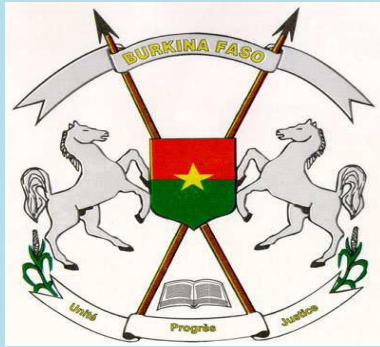


BURKINA FASO

Unité- Progrès-Justice



RAPPORT D'ACTIVITE SUR LA RIPOSTE AU SIDA AU BURKINA FASO (GARP 2014)

GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING 2014

Mars 2014

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES GRAPHIQUES ET CARTE	5
INTRODUCTION	6
I. PRESENTATION DU BURKINA FASO	7
1.1. Situation démographique, sociale et administrative.....	7
1.2. Situation juridique	7
1.3. Situation éducative.....	8
1.4. Situation économique.....	8
1.5. Situation sanitaire	9
II. APERÇU DE LA SITUATION DE LA REPOSE NATIONALE	10
2.1. Degré de participation des parties prenantes.....	10
2.2. Situation actuelle de l'épidémie.....	10
2.3. Riposte au plan politique et programmatique	11
2.4. Résumé des principaux résultats de la réponse en 2013.....	12
III. APERÇU DE L'EPIDEMIE DE SIDA.....	32
3.1 Données de l'épidémie	32
3.2. Données sur la notification universelle des cas de sida et d'IST en 2012	33
IV. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA	41
V. MEILLEURES PRATIQUES	57
VI. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES	60
VII. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	62
6.1. Appui technique	62
6.2. Appui financier.....	62
VIII. ENVIRONNEMENT DE SUIVI ET D'EVALUATION	63

ANNEXES	67
Annexe 1 : Liste des personnes impliquées	68
Annexe 2 : Historique de la tenue des sessions du CNLS-IST	69
SIGLES UTILISES	71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition de la vente/distribution des condoms par structure en 2013.....	13
Tableau 2 : Situation d'atteinte des objectifs par cible en 2013	15
Tableau 3 : Situation du conseil dépistage en milieu de soins en 2013.....	16
Tableau 4 : Situation des PVVIH sous ARV au 31 décembre 2013.....	17
Tableau 5 : évolution du nombre de PVVIH sous traitement ARV de 2003 à 2013	18
Tableau 6 : situation des patients déclarés perdus de vue au 31 décembre 2013 selon le sexe et le groupe d'âge	19
Tableau 7 : nombre de cas détectés par type de TB (TPM+, TPM-, TEP, autres cas) au 30 septembre 2013	20
Tableau 8: Récapitulatif des indicateurs.....	26
Tableau 9 : situation du VIH dans les sites sentinelles en milieu rural et urbain en 2012.....	33
Tableau 10: Prévalence du VIH, par tranche d'âge au Burkina Faso en 2012.....	33
Tableau 11: notification des cas de Sida en 2012 par région	34
Tableau 12: cas de Sida notifiés par tranche d'âge en 2012	34
Tableau 13: cas de Sida notifiés par sexe en 2012.....	34
Tableau 14: répartition des cas d'IST selon le syndrome en 2012.....	35
Tableau 15: incidence des cas d'IST par région en 2012	35
Tableau 16: incidence des IST par sexe en 2012.....	36
Tableau 17: évolution de l'incidence (pour 1 000 habitants) par tranches d'âge des IST de 2010 à 2012	36
Tableau 18: activités de CPN et de dépistage de 2011 à 2013.....	36
Tableau 19 : activités de CPN et de dépistage 2013 par région.....	37
Tableau 20 : répartition des données de suivi du couple mère enfant par région en 2013	38
Tableau 21 : situation du conseil dépistage en milieu de soins en 2013	39
Tableau 22 : nombre de personnes testées pendant la campagne auprès des HSH et en milieu prostitutionnel par sexe et par âge	40
Tableau 23 : nombre de personnes testées pendant la campagne auprès des commerçants et des routiers par sexe et par âge en 2013	40
Tableau 24 : situation des dépenses par source de financement, 2012.....	50
Tableau 25: répartition des ressources des sources de financement par agent de financement en 2012 (FCFA)	52
Tableau 26 : répartition des dépenses par type de prestataire en 2012 (FCFA)	52
Tableau 27: répartition des dépenses par catégorie d'intervention.....	53
Tableau 28: besoins par composante clé.....	66

LISTE DES GRAPHIQUES ET CARTE

Graphique 1 : prévalence du VIH, par tranche d'âge au Burkina Faso en 2011.....	11
Graphique 2 : évolution des nouveaux cas de Sida de 1986 à 2012 au Burkina Faso.....	34
Graphique 3 : répartition des dépenses par type d'agent de financement en fonction des sources de financement ...	51
Graphique 4 : répartition des dépenses par population bénéficiaire, 2012	54
Graphique 5 : répartition des dépenses par objet	55

INTRODUCTION

Au cours de ces dernières années, plusieurs rencontres de haut niveau ont eu lieu dans le cadre de la lutte contre le VIH, le sida et les IST. Au niveau mondial, les Etats, lors du sommet du millénaire en 2000, se sont fixés, entre autres objectifs, de combattre le VIH/sida, le Paludisme et d'autres maladies (objectif 6), avec pour cible de stopper et commencer à inverser la tendance actuelle de l'épidémie à l'horizon 2015 (cible 7). En Juin 2001, lors de la 20^{ième} Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS), les gouvernements de 189 Etats membres ont adopté la Déclaration d'engagement sur le VIH. Ce faisant, ces états, y compris les organisations de la société civile et du secteur privé, se sont engagés à créer une alliance mondiale pour atteindre parmi les OMD l'objectif 6 de « stopper et de commencer à inverser le cours de l'épidémie à VIH et de sida d'ici 2015 ».

En 2006, lors de la Réunion spéciale des Chefs d'Etat de l'Union Africaine à Abuja et puis, de la session de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au sida tenue à New York, les dirigeants africains ont réaffirmé leur engagement à accélérer les interventions visant à réaliser l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien pour 2010, échéance prolongée jusqu'en 2015 afin de contribuer à l'atteinte des OMD.

Lors de la 65^{ème} Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida tenue à New York en Juin 2011, une nouvelle déclaration politique dénommée « INTENSIFIER NOS EFFORTS POUR ELIMINER LE VIH/sida » a été élaborée (RESOLUTION 65/277).

C'est ainsi que dans le cadre du suivi de ces déclarations, il a été convenu que les progrès de la riposte au sida devraient être évalués tous les deux ans à travers des rapports biennaux des pays.

En outre, pour atteindre cet objectif, l'ONUSIDA et ses partenaires ont élaboré une série d'indicateur clairement défini ainsi qu'un mécanisme de collecte harmonisé et informatisé. Et se faisant, le Burkina Faso a produit et soumis cinq rapports respectivement en avril 2003, en mars 2005, en janvier 2008, puis en mars 2010 et 2012. Et en prélude de la tenue de l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2013, il a soumis un rapport spécial en mars 2013.

Le présent rapport de situation servira d'outil de sensibilisation, de plaidoyer, d'information, et d'orientations sur les décisions programmatiques, et également sur les efforts de mobilisation des ressources, et de suivi évaluation.

I. PRESENTATION DU BURKINA FASO

1.1. Situation démographique, sociale et administrative

Selon le Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH 2006), le Burkina Faso comptait 14 017 262 habitants en 2006 dont 51,7% de femmes. La population est à majorité jeune (46,6% des habitants ont moins de 15 ans) et croît à un taux de 3,1% par an. Elle atteindrait 17 880 386 habitants en 2014. Cette population réside essentiellement en milieu rural, (77,3% contre 22,7%, en milieu urbain). Les femmes et les jeunes constituent les groupes cibles les plus importants qui devront bénéficier d'actions vigoureuses afin de réduire leur vulnérabilité face à l'infection au VIH.

Au plan socioculturel, le pays compte une soixantaine d'ethnies et trois principales religions : l'islam, le christianisme (catholiques, protestants) et l'animisme. Les populations sont encore sous l'influence de certaines croyances ancestrales et pesanteurs sociologiques qui maintiennent des pratiques traditionnelles néfastes telles que l'excision, le lévirat, le sororat, le mariage précoce et forcé, etc. Malgré les progrès récents et les initiatives en faveur de l'égalité des sexes, de grandes disparités entre hommes et femmes, notamment en matière d'équité et de droits humains, persistent encore dans les différentes régions du pays. La prise de conscience collective de l'impact négatif des inégalités entre les sexes sur le processus de développement durable du pays, a motivé l'adoption de la politique nationale genre, pour œuvrer progressivement vers une plus grande justice et équité sociale.

Sur le plan administratif, le processus de décentralisation s'est davantage consolidé avec la communalisation intégrale. Il s'est traduit par l'organisation du pays en collectivités territoriales, accompagné d'une déconcentration de l'Administration. La subdivision administrative donne par ordre successif : la région, la province, la commune (rurale ou urbaine), le secteur de commune et le village. Ainsi, le territoire national est organisé en 13 régions, 45 provinces, 351 communes dont 302 communes rurales et 49 communes urbaines. Les collectivités territoriales jouissent d'une autonomie d'organisation pour prendre en charge leur développement. Dans cette dynamique régionale et communale de développement, la lutte contre le VIH, le Sida et les IST devrait aussi s'inscrire au centre des préoccupations.

1.2. Situation juridique

Le Burkina Faso s'est doté de deux lois spécifiques : l'une portant sur la Santé de la reproduction (SR) et l'autre relative à la lutte contre le VIH/SIDA et à la protection des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Il s'agit de :

- (i) la loi N°049-2005/AN du 21 décembre 2005 portant sur la Santé de la reproduction qui, en son article 14 précise, alinéa 1, que «Toute personne atteinte d'une Infection sexuellement transmissible (IST) et du Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/SIDA) en particulier, doit jouir sans discrimination, des droits civils, politiques et sociaux (logement, éducation, emploi, santé, protection sociale)» ;
- (ii) la Loi n°30-2008 du 20 mai 2008 portant lutte contre le VIH/SIDA et protection des droits des (PVVIH) dont le décret d'application consacre les mêmes droits en ses articles 3 à 19. Malgré l'intensification des mesures de prévention et de prise en charge du VIH et du Sida et ces Lois, les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées persistent encore à l'échelon familial, communautaire et sur les lieux de travail.

1.3. Situation éducative

L'enseignement primaire a enregistré une forte expansion au cours de ces cinq dernières années. En 2011-2012, le taux brut de scolarisation s'est établi à 79,6 %. Celui des filles s'est établi à 78,1% contre 81,1% pour les garçons. Le taux d'achèvement qui est un indicateur pertinent en termes de maintien reste une préoccupation. Il était de 55,1% en 2011-2012 pour tout sexe confondu et 53,7% pour les filles (Annuaire statistique éducation 2011-2012).

Au niveau de l'alphabétisation et de l'éducation non formelle, plusieurs activités sont réalisées. Les statistiques sont parcellaires. Mais des progrès ont été enregistrés avec l'appui du Fonds national pour l'alphabétisation et l'éducation non formelle (FONAENF). En 2011-2012, 1 112 184 enfants de 6 à 11 ans sont hors du système scolaire.

Au niveau de l'enseignement secondaire, le taux brut de scolarisation était de 25,7 % en 2011-2012 dont 29,0 % pour les garçons et 22,4% pour les filles. L'enseignement secondaire technique et professionnel est très peu développé. Pour l'enseignement supérieur des efforts sont faits pour augmenter le nombre d'étudiants pour 100 000 habitants qui doit passer de 324,2 en 2008-2009 à 1 400 étudiants pour 100 000 habitants en 2025 visés par le pays.

L'intégration de la prévention de l'infection à VIH et des IST dans les curricula et modules de formation dans les différents niveaux d'enseignement ainsi que le développement des activités de prévention en dehors des classes, sont des opportunités pour amener les jeunes des milieux scolaires, universitaires et non scolaires au changement de comportement.

1.4. Situation économique

Les ambitions de croissance de l'économie burkinabè au cours de ces cinq dernières années, ont été fortement contrariées par la crise financière survenue en 2008 et par les pluies diluviennes du 1er septembre 2009. L'économie nationale a évolué à un rythme moyen de l'ordre de 4,5% par an. Malgré l'impact négatif de la crise sociale de 2011 et de l'afflux massif de réfugiés maliens de 2012, le pays a enregistré une croissance de 9,7% en 2012. Cette croissance reste cependant insuffisante, au regard de la situation démographique, pour atténuer l'ampleur de la pauvreté dont la principale cible est constituée des populations vivant en milieu rural.

Les résultats de l'enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages 2009/2010, font ressortir un repli de l'incidence de la pauvreté de 2,5 points par rapport à 2003 avec 43,9% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté en 2009 contre 46,4% en 2003. Les femmes sont plus vulnérables face à la pauvreté du fait de leur accès limité aux facteurs de production et aux ressources. Les impacts socioéconomiques de l'épidémie du VIH accentuent la pauvreté dans les ménages, retardent l'atteinte des objectifs de développement humain durable et aggravent les disparités entre les sexes.

Cet environnement économique difficile est aussi marqué par la fin de la majorité des projets de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ; ce qui nécessite au cours de l'année 2013 beaucoup d'efforts de la part du gouvernement et des acteurs pour mobiliser des ressources internes et externes en faveur de la réponse nationale au VIH.

1.5. Situation sanitaire

La couverture nationale en prestation de services de soins a connu une amélioration ces dernières années, mais des disparités régionales subsistent. En 2012, le Burkina Faso totalisait 164 dispensaires isolés, 24 maternités isolées, 1 495 CSPS, 51 CM, 44 CMA, 9 CHR, 4 CHU, 398 formations sanitaires privées tous types confondus (Annuaire statistique 2012 du Ministère de la santé).

Certains indicateurs démographiques et sanitaires, bien qu'en baisse, demeurent encore très élevés. Le recours aux formations sanitaires et l'utilisation des moyens préventifs et curatifs, sont encore faibles (0,77 contact par habitant/an en 2012 selon l'annuaire statistique 2012 du Ministère de la santé). En outre, certains comportements et habitudes de vie renforcent l'impact de certaines maladies infectieuses sur un terrain souvent fragilisé par la malnutrition.

On note une augmentation du nombre de structures assurant la prise en charge médicale des PVVIH par les ARV. En fin décembre 2012, cent (100) formations sanitaires aussi bien publiques (75), confessionnelles (06), privées (09) et communautaires (10) assurent cette prise en charge dans les 13 régions du pays. Outre la couverture de l'ensemble des districts sanitaires, le nombre de sites assurant la PTME est de 1 745 sur 1 787 sites éligibles, soit un taux de couverture de 97,65%.

Aussi, d'énormes efforts ont été consentis afin d'améliorer le taux d'adhésion des femmes enceintes à la PTME ; ce qui a permis de réaliser un taux de 82,32% contre un objectif national de 80%. En ce qui concerne le taux de transmission résiduelle, il est passé de 6,0% en 2012 à 5,72% en 2013.

II. APERÇU DE LA SITUATION DE LA REPONSE NATIONALE

2.1. Degré de participation des parties prenantes

L'élaboration du rapport GARPR 2014 (Global Aids Response Progress reporting 2014) a été faite de façon inclusive et participative. La coordination du processus a été assurée par le Secrétariat permanent du CNLS-IST à travers son Unité centrale de planification et de suivi évaluation (UC-PSE).

Une équipe technique composée de toutes les parties prenantes de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST que sont le secteur public (secteur santé et secteur non santé), les organisations de la société civile, le secteur privé, les partenaires au développement (multilatéraux et bilatéraux) et les ONG internationales a été mise en place pour la collecte des données devant servir aux calculs des indicateurs et à la rédaction du rapport. La liste de présence jointe en annexe renseigne sur les structures, fonctions et adresses des différentes parties prenantes.

Le Groupe technique de suivi évaluation (GTSE) mis en place par le SP/CNLS-IST a assuré la fiabilité et la validité des données collectées pour ce rapport.

Plusieurs activités ont été menées dans le cadre du processus d'élaboration de ce rapport en suivant les étapes suivantes : (i) collecte des données, (ii) validation des données, (iii) élaboration du rapport.

La collecte des données s'est faite de façon active par les structures gouvernementales et communautaires en charge d'information stratégique et de programme (INSD, DGISS, PSSLS-IST, DSF, PNT, PAMAC et IPC).

Par ailleurs, les données collectées ont permis l'élaboration du présent rapport, et la saisie des données validées a été effectuée en ligne sur le site de l'ONUSIDA.

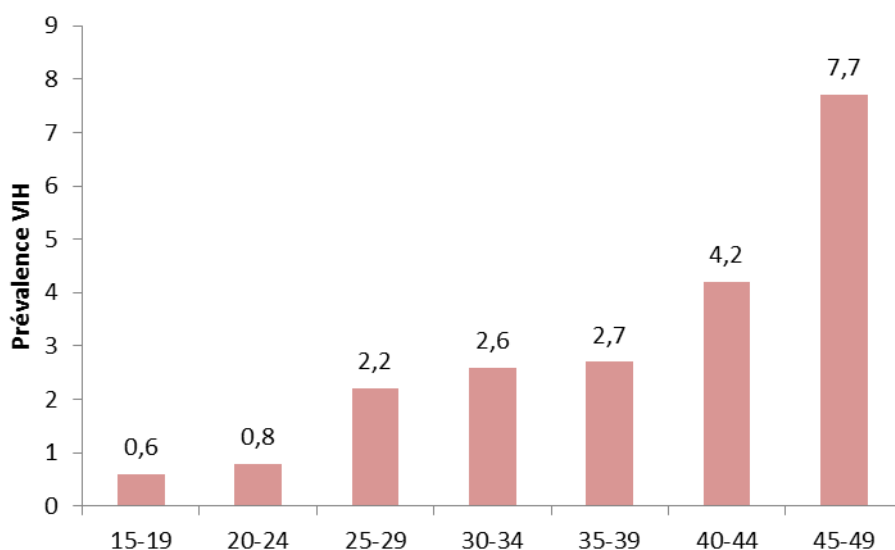
2.2. Situation actuelle de l'épidémie

Selon le rapport ONUSIDA 2013, le Burkina Faso est placé parmi les pays à épidémie généralisée, avec une forte concentration de l'épidémie dans certains groupes cibles (TS 16 % et HSH 3,6%). Ces groupes constituent les principaux foyers potentiels à partir desquels l'épidémie pourrait ressurgir. La prévalence moyenne de l'infection à VIH dans la population générale du Burkina Faso est estimée à 1% en fin 2012, dans un intervalle de [0,8-1,1].

Le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 110 000 dont 94 000 adultes et 26 000 enfants de moins de 15 ans. Parmi ces adultes, 55 000 sont des femmes. Par ailleurs les décès liés au VIH sont estimés à 5500 décès ont été et 130 000 enfants sont orphelins du fait du Sida.

La sérosurveillance par site sentinelle a débuté en 2004. Elle couvre l'ensemble des 13 régions sanitaires du pays avec 43 centres de prélèvement mis en place dans 15 districts sanitaires (6 en zone rurale et 9 en zone urbaine). Les prélèvements sont traités dans 19 laboratoires (17 au niveau des districts/régions et 2 laboratoires de référence nationaux).

Les résultats de la surveillance sentinelle en 2012 donnent une prévalence globale du VIH chez les 15 à 49 ans de 1,7% [1,4 - 2,0], identique à celle de 2011. Chez les 15-24 ans, elle reste la même qu'en 2011 à savoir 0,7% [0,5-1,1]. Le VIH 1 prédomine toujours avec 95,9% des cas. Le VIH 2 est à 4,1%. La forme combinant VIH 1 + 2 n'a pas été observée en 2012 tout comme ce fut le cas en 2011. Par ailleurs, des disparités existent selon les tranches d'âge et le milieu.

Graphique 1 : prévalence du VIH, par tranche d'âge au Burkina Faso en 2011

Source : rapport sérosurveillance 2012

L'enquête bio comportementale réalisée en 2010 auprès des travailleuses de sexe et leurs clients au Burkina Faso, a fait ressortir une prévalence de 16,5% plus élevée que dans la population générale.

Au titre de la prévention, des efforts ont été consentis par les actions d'IEC/CCC, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la promotion de la santé sexuelle et reproductive notamment auprès des jeunes, la promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins, la promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques, la promotion du conseil dépistage volontaire etc.

En fin décembre 2013, 100 établissements de santé aussi bien publics, privés que communautaires assuraient la prise en charge médicale des PVVIH par les ARV contre 99 et 95 structures respectivement en fin 2012 et 2011.

En outre, la proportion des structures sanitaires ayant intégré la PTME dans leur paquet minimum d'activités est passé de 97,3% en 2012 à 97,65% en 2013. Quant au taux d'adhésion des femmes enceintes, il est de l'ordre de 82,31% en 2013 contre 67% en 2011 et 71,14% en 2012.

Les données de prévalence ainsi que les résultats obtenus en matière de prévention et de prise en charge attestent que d'importants acquis ont été enregistrés dans le cadre de la lutte contre le sida au Burkina Faso, cependant des défis importants demeurent toujours.

2.3. Riposte au plan politique et programmatique

Au niveau national, la riposte au sida est menée à travers une approche multisectorielle et décentralisée matérialisée par l'adoption en 1998 de l'approche multisectorielle décentralisée et participative qui a impliqué tous les secteurs de développement dans l'organisation de la réponse nationale au VIH ; et la mise en œuvre de trois (03) Cadres stratégiques de lutte contre le sida et les IST (CSLS), couvrant respectivement les périodes 2001-2005, 2006-2010 et 2011-2015.

L'élaboration de ces cadres a suivi un processus participatif de réflexion et de concertation qui a regroupé l'ensemble des acteurs multisectoriels au niveau central et régional, ainsi que les partenaires techniques et financiers.

En rappel, l'objectif général du CSLS 2011-2015 est de contribuer à réduire la prévalence du VIH et des IST en population générale et chez les groupes spécifiques, et l'impact négatif du VIH sur le développement social et économique du Burkina Faso. A l'issu de la revue à mi-parcours, les objectifs spécifiques révisés sont les suivants :

- d'ici fin 2015, la prévalence du VIH est passée de 1,22% à 0,89% au sein de la population générale ;
- la transmission résiduelle du VIH de la mère à l'enfant est éliminée d'ici 2015 (<5%) ;
- chaque année, 100% des cas d'IST diagnostiqués au niveau national sont pris en charge selon les normes dans les structures appropriées ;
- chaque année, le nombre de personnes dépistées a augmenté de 10% environ ;
- d'ici fin 2015, la couverture du traitement par les ARV des PVVIH dont l'état de santé le nécessite est passée de 52 % à 90% ;
- chaque année, 100% des PVVIH suivies dans les structures de soins et dont l'état de santé le nécessite, bénéficient d'une PEC des IO notamment la Tuberculose ;
- chaque année, 45% des PVVIH suivies dans les structures de prise en charge et dont l'état de santé le nécessite, bénéficient d'une prise en charge nutritionnelle ;
- au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des personnes infectées, des personnes affectées et groupes spécifiques qui sont dans le besoin bénéficient du soutien psychosocial, économique et spirituel ;
- au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des OEV du fait du Sida, qui sont dans le besoin bénéficient d'une prise en charge intégrée ;
- au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des personnes infectées et affectées victimes de stigmatisation et de discrimination identifiées bénéficient de la protection juridique, d'un soutien psychologique, spirituel et d'auto-support ;
- les capacités techniques et organisationnelles des structures de coordination et d'exécution sont renforcées au niveau central, régional et local pour un accès universel aux services liés au VIH ;
- au cours de la période 2011-2015, les ressources externes et internes mobilisées atteignent au moins 85% des besoins de financement pour l'accès universel aux services liés au VIH ;
- la surveillance de seconde génération du VIH est renforcée.

2.4. Résumé des principaux résultats de la réponse en 2013

Les résultats obtenus correspondent aux produits de l'ensemble des interventions multisectorielles réalisées au cours de l'année 2013. On note :

✂ Dans le domaine de la prévention :

a. Renforcement de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Au titre du programme de Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'énormes efforts ont encore été consentis au cours de l'année 2013 pour renforcer de la couverture

géographique. Ainsi, le taux de couverture des sites ayant intégré la PTME dans leur paquet minimum d'activités est passé de 97,6% en 2013 contre 96,6% en 2011 et 97,3% en 2012.

b. Promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins

Le nombre de préservatifs vendus et/ou distribués en 2013 s'élève à 16 822 370, dont 16 715 306 masculins et 107 064 féminins. On note une réduction considérable par rapport au chiffre de 2012 qui était de 26 858 961. Les condoms ont été distribués et vendus essentiellement par PROMACO, les projets et programmes à travers les différents secteurs dont notamment celui communautaire. Cette baisse mérite d'être analysée pour mieux appréhender les raisons de la faible utilisation des condoms, notamment auprès des jeunes ou par ailleurs, il ressort une augmentation du nombre de grossesses non désirées (cf. rapports du MENA). Un des défis permanent à relever serait la formation des jeunes (adolescents) à l'utilisation du condom et la promotion du condom féminin.

Pour le cas spécifique du condom féminin, des obstacles sont notés quant à la promotion de son utilisation. On constate en effet la réduction d'année en année du nombre distribué ou vendu. En effet, les résultats montrent que le condom féminin est peu utilisé par les femmes en dehors des TS. Il serait souhaitable de réaliser une étude sur les facteurs explicatifs de cette faible utilisation afin de mieux adapter les stratégies de promotion.

Le tableau ci-dessous présente la situation des condoms vendus et/ou distribués selon les sources :

Tableau 1 : Répartition de la vente/distribution des condoms par structure en 2013

Structures	Condoms masculins	Condoms féminins	Total	Observations
FONDS MONDIAL	2 300 000	50 000	2 350 000	DSF et autres structures
PROMACO (campagnes de promotion)	14 336 292	56 974	14 393 266	Quantité utilisée par les différents secteurs d'intervention au niveau central et régional
PACTE VIH	79 014	90	79 104	
Autres secteurs	ND			
TOTAL	16 715 306	107 064	16 822 370	L'objectif annuel est atteint à 49,91%

Source : SP/CNLS-IST

Les principales activités de marketing social du condom et de la communication pour le changement de comportement réalisées par PROMACO au cours de l'année sont :

- les spots télévisuel et radiophonique pour la promotion des condoms masculins « Prudence » et féminins « Saramani » ;
- la réalisation des campagnes de communication lors des grandes manifestations à caractère national (FESPACO, 8 mars, 11 décembre, forum national des jeunes) ;
- la campagne de prévention du VIH et des IST dans les bars et maquis.

En ce qui concerne la promotion du condom féminin, l'implication des structures faîtières féminines a contribué à favoriser son utilisation. La contribution des Disc-joker (DJ) dans les bars et maquis a permis non seulement de renforcer les connaissances sur le condom masculin mais aussi le condom féminin à travers des séances de démonstration. Cela a été précédé du renforcement de compétences de 400 femmes et de 30 DJ.

c. Promotion de la santé sexuelle et reproductive (SSR)

L'essentiel des activités de promotion de la SSR sont mises en œuvre par le Ministère de la santé, les structures communautaires, les ministères en charge de l'éducation ainsi que les

projets/programmes (projet UNFPA, PROMACO, PAMAC, etc.). D'importants résultats ont été enregistrés. L'intégration bidirectionnelle SSR et VIH a été poursuivie par la DSF et le SP/CNLS-IST en collaboration avec les acteurs sectoriels.

On note un renforcement des efforts d'intégration systématique de la SSR dans les activités de sensibilisation communautaires. Les activités réalisées sont essentiellement : (i) des animations populaires, (ii) le renforcement des campagnes pour la levée des tabous en matière d'éducation en SSR, (iii) l'intégration effective de la SSR et le VIH dans les activités d'IEC/CCC, (iv) la sécurisation des produits SSR, (v) le plaidoyer pour l'adhésion de la communauté aux interventions sur la SSR/VIH, (vi) l'amélioration de l'offre de service notamment au profit des jeunes.

La fréquentation des services SSR s'est accrue. Ce sont au total 171 272 personnes (89 471 femmes et 81 801 hommes) qui ont pu être touchées. Les jeunes, au nombre de 167 590, constituent la grande majorité des personnes touchées. Il ressort également que 29 autorités (présidents de conseils régionaux et maires) ont été touchées par des activités de plaidoyer pour la prise en compte des questions de SSR dans les Plans communaux et régionaux de développements (PCD/PRD).

Au niveau du secteur de l'éducation, la contribution à la promotion de la SSR a concerné surtout le renforcement des capacités de huit (08) formateurs des écoles publiques et privées de formation des enseignants du primaire sur le module relatif à la SSR/VIH. A cela s'ajoute un appui apporté à onze (11) écoles privées pour l'enseignement du module sur la SSR/VIH. La prise en compte des personnes vivant avec un handicap a permis la traduction, la production/reproduction et la diffusion de supports de sensibilisation (DVD, affiches, livrets sur la R/PF et les droits) en fonction des types d'handicap (déficients intellectuels, sourds, muets, malvoyants et aveugles, albinos).

Dans le souci d'assurer une meilleure intégration bidirectionnelle de la SSR et du VIH, un consultant a été recruté pour l'élaboration d'un guide. Le draft préliminaire du guide a été présenté aux acteurs intervenant dans le domaine, lors d'un atelier de réflexion et d'orientation pour l'élaboration dudit guide qui s'est tenu à Bobo-Dioulasso au cours du mois de janvier 2014. A l'issue de l'atelier, les observations et les conclusions qui en sont sorties ont été transmises au consultant pour prise en compte dans le document définitif.

d. Promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques

La tendance épidémiologique actuelle incite à un renforcement des interventions de prévention du VIH, au profit des groupes spécifiques. L'année 2013 a été caractérisée par une intensification plus accrue des activités au profit de ces cibles. L'essentiel des activités est mené par les structures du secteur communautaire. Le résultat global donne 491 570 cibles spécifiques atteintes sur une prévision de 386 859 ; ce qui donne une performance de 127%. En 2012, ce sont 474 822 personnes qui avaient été touchées sur une prévision de 369 928 personnes.

Entre autres détails, il ressort ce qui suit :

- les activités de sensibilisation au profit des détenus ont permis de toucher 13 059 (841 femmes et 2 218 hommes). Ces activités ont consisté en des causeries débats et des séances de projections de films ; elles ont été réalisées par APA et le CMLS de la Justice. Grâce au financement de l'ONUSIDA pays, le ministère a mené des campagnes de sensibilisation sur le VIH, le Sida et les IST dans 25 Maisons d'arrêt et de correction (MAC) avec 168 détenus touchés ;
- au niveau des orpailleurs ce sont 111 114 personnes qui ont été touchées (20 580 femmes, 87 855 hommes et 2 679 enfants) à partir des causeries débats, des projections de films

suivies de débats, des théâtres forums, des animations de kiosques. CCISD en est l'acteur principal.

- concernant les routiers, on note 41 824 personnes touchées (7 048 femmes et 34 776 hommes). ce sont des activités d'animations et de causerie débats qui ont été menées à leur endroit par le CCISD et le Projet TOTAL ;
- en matière de « santé positive, dignité et prévention » dans le secteur communautaire, 47952 PVVIH ont été touchées à travers notamment des causeries, des groupes de paroles et des jeux de rôle, sous la coordination du REGIPIV ;
- le renforcement de la sensibilisation au niveau des jeunes a été mené par plusieurs acteurs : RAJS/BF, FDC, ATUJB, etc. Un nombre total de 218 841 jeunes (113 797 filles et 105 044 garçons) ont été atteints.

Le tableau ci-dessous présente la situation des objectifs par cible :

Tableau 2 : Situation d'atteinte des objectifs par cible en 2013

Cibles concernées par les activités	Prévision	Réalisation	Performance (%)
Nbre de TS ayant bénéficié d'interventions ciblées	15 353	25 553	166%
Nbre de HSH ayant bénéficié d'interventions ciblées	2 239	2 773	124%
Nbre d'usagers de drogues ayant bénéficié d'interventions ciblées	1 919	2 259	118%
Interventions en milieu carcéral	10 291	13 059	127%
Nbre de routiers ayant bénéficié d'interventions ciblées	30 543	41 824	137%
Nbre d'orpailleurs ayant bénéficié d'interventions ciblées	67 227	111 114	165%
Nbre de personnels de tenue ayant bénéficié d'interventions ciblées	24 528	28 195	115%
Nbre de PVVIH ayant bénéficié d'interventions ciblées	41 484	47 952	116%
Nbre de jeunes non scolarisés ayant bénéficié d'interventions ciblées	193 275	218 841	113%
TOTAL	386 859	491 570	127%

Source : SP/CNLS-IST

De la lecture du tableau, il ressort que la plupart des cibles ont été atteintes à plus de 100%. Grâce à l'effort de prise en charge continu des usagers de drogue par l'ONG REMAR, la cible a été atteinte à 124%.

En ce qui concerne les TS, les routiers et les orpailleurs, les performances enregistrées s'expliquent sans doute par la prise en compte des clients des TS et celle des populations connexes aux routiers et aux orpailleurs dans la capitalisation des données.

Il faut noter la tenue en juin 2013, du forum de partage d'expériences entre les acteurs de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Il a été organisé par le SP/CNLS-IST en collaboration avec le PSSLS du Ministère de la santé, les structures impliquées dans les interventions ciblées auprès des groupes spécifiques vulnérables et à haut risque ainsi que les PTF. Il s'est agi au cours de ce forum, de partager les expériences en vue de la définition de meilleures stratégies en matière d'interventions ciblées en direction des groupes spécifiques vulnérables et à haut risque.

A cela s'ajoutent les études suivantes commanditées par le SP/CNLS-IST en collaboration avec les PTF : l'identification du paquet minimum des interventions en faveur des groupes spécifiques, l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse à l'infection à VIH au Burkina Faso, l'étude comportementale et biologique chez les HSH et les TS, l'étude bio-comportementale en milieu carcéral auprès des détenus, l'étude d'évaluation différenciée par le genre. La cartographie des interventions auprès des groupes spécifiques est régulièrement faite par les antennes régionales. Le Comité d'orientation et de suivi des interventions auprès des

groupes spécifiques (COS-SG) a régulièrement tenu des réunions concernant le suivi de ces études.

Par ailleurs, le renforcement de la prise en compte du genre a été remarquable avec la poursuite du renforcement des capacités des acteurs, la diffusion des outils de planification et de suivi évaluation intégrant le genre, la mise en œuvre du plan stratégique « genre et VIH/Sida » du Ministère de la promotion de la femme et du genre (MPFG), le renforcement du ciblage des interventions au profit des différents groupes par les acteurs. Des stratégies appropriées de sensibilisation des hommes pour leur meilleure participation à la PTME ont été réalisées par quelques structures communautaires (MAS-Bobo par exemple).

Aussi, la mise en œuvre du programme multi-pays matérialisé au Burkina Faso, par le Projet de prévention du VIH envers les populations les plus à risques PACTE-VIH, FHI 360 est d'un apport considérable dans le ciblage des interventions au profit des TS et des HSH. Ce projet est mis en œuvre par AIDSETI au niveau national avec l'appui financier de l'USAID.

e. Renforcement de la prise en charge adéquate des IST

Au cours de l'année 2013, ce sont 174 425 cas d'IST qui ont été diagnostiqués et pris en charge selon les normes, dans les formations sanitaires publiques et communautaires. La cible qui était de 76 058 a été largement atteinte. Selon les objectifs du PNM 2013, la contribution de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST pour le diagnostic et la prise en charge des IST selon les normes était estimée à hauteur de 57% au moins. Il ressort donc que l'objectif de la contribution de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST est atteint.

f. Renforcement du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires et communautaires (sans les données de la PTME)

Le nombre total de personnes dépistées est passé de 250 262 en 2012 à 332 266 en 2013 soit 70,43% de la cible (extrant) attendue en 2013 qui est de 471 751. Le nombre de personnes testées positives est de 7 047 (non compris les données du secteur privé), soit un taux de séropositivité de 2,18% en 2013 contre 2,78% en 2012.

Au niveau des structures sanitaires publiques

En fin 2013, 68 925 personnes ont bénéficié de counseling et 54 602 personnes ont été dépistées en milieu de soins (41 144 femmes et 13 458 hommes) soit 79,21%. Le nombre des personnes testées positives s'élève à 2 516 soit un taux de séropositivité de 4,60% contre 5,25% en 2012.

Tableau 3 : Situation du conseil dépistage en milieu de soins en 2013

ITEMS	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Nombre de personnes ayant bénéficié d'un counseling individuel	14365	54560	68 925
Nombre total de personnes dépistées	13458	41144	54 602
Nombre total de personnes testées positives	800	1716	2 516
Nombre total de personnes dont le test est indéterminé	76	237	313

Source : PSSLS

Au niveau des institutions et ministères autre que celui de la santé

Ce sont au total 20 255 personnes qui ont été dépistées (944 femmes et 19 311 hommes), avec un taux de séropositivité de 0,30% soit 61 personnes dépistées séropositives.

Au niveau des structures sanitaires privées

Au total 10 000 personnes (5 200 femmes et 4 800 hommes) ont été touchées par les campagnes de sensibilisation couplées au dépistage VIH en milieu du travail. Ces activités ont été menées avec l'appui du monde communautaire. Les localités concernées sont Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Banfora, Koudougou et Fada-N'gourma.

Au niveau des structures communautaires

247 409 personnes ont bénéficié de conseils et tests volontaires. Parmi ces personnes, 4 470 ont été dépistées séropositives soit un taux de séropositivité de 1,8% contre 2,4% en 2012. Les résultats sont les suivants par type de stratégie :

- en stratégie fixe, le taux de séropositivité est de 5,0% en 2013 contre 5,3% en 2012. On remarque que les femmes participent plus que les hommes aux tests de dépistage (31 137 hommes contre 35 602 femmes) ;
- en stratégie avancée, les femmes de plus de 24 ans sont plus infectées (1,3%) que les hommes de la même catégorie d'âge (0,8%). Ce constat est aussi valable pour la catégorie d'âge de 15 à 24 ans (0,6% pour les filles et 0,1% pour les garçons). Le taux de séropositivité dans cette stratégie est de 0,8% en 2013 contre 1,9% en 2012 ;
- la stratégie mobile a touché 8 559 femmes et 6 424 hommes. La proportion la plus forte des personnes dépistées positives s'enregistre chez les femmes avec 0,9% contre 0,5% chez les hommes. Le taux de séropositivité révélé par cette stratégie est de 0,8% en 2013 contre 0,5% en 2012 ;

La campagne JMS 2013 a touché 141 080 personnes qui ont réalisé le test de dépistage. Le taux de séropositivité est de 0,6% contre 0,8% en 2012.

⌘ Dans le domaine de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale**a. Renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées**

Les patients inscrits dans les files actives : en fin 2013, 70 230 PVVIH dont 47 126 femmes sont inscrits dans les différentes files actives. On relève également que 95,54% des patients enrôlés sont des adultes. Les principales portes d'entrée ont été par ordre décroissant le dépistage volontaire (43,33%), le diagnostic (30,96%) et enfin la PTME (18,26%).

La prise en charge médicale par les ARV : la prise en charge médicale par les ARV est assurée dans 100 établissements de santé aussi bien publics, privés que communautaires dans tous les districts sanitaires des 13 régions sanitaires.

Le nombre de malades sous traitement ARV est passé de 38 790 PVVIH en 2012 à 42 145 en fin décembre 2013. Parmi ces 42 145 PVVIH sous ARV, 40 276 patients sont des adultes (avec 29,49% d'homme) et 1 869 sont des enfants de moins de 14 ans (avec 57,51% de garçons).

La contribution des 9 structures de PECM associatives est de 8 508 soit 18,76% de l'ensemble des patients sous ARV. Quant aux huit cliniques privées impliquées dans la prise en charge médicale, leur contribution a été de 540 patients soit 1,28%.

Le tableau ci-dessous indique la situation détaillée des adultes et des enfants :

Tableau 4 : Situation des PVVIH sous ARV au 31 décembre 2013

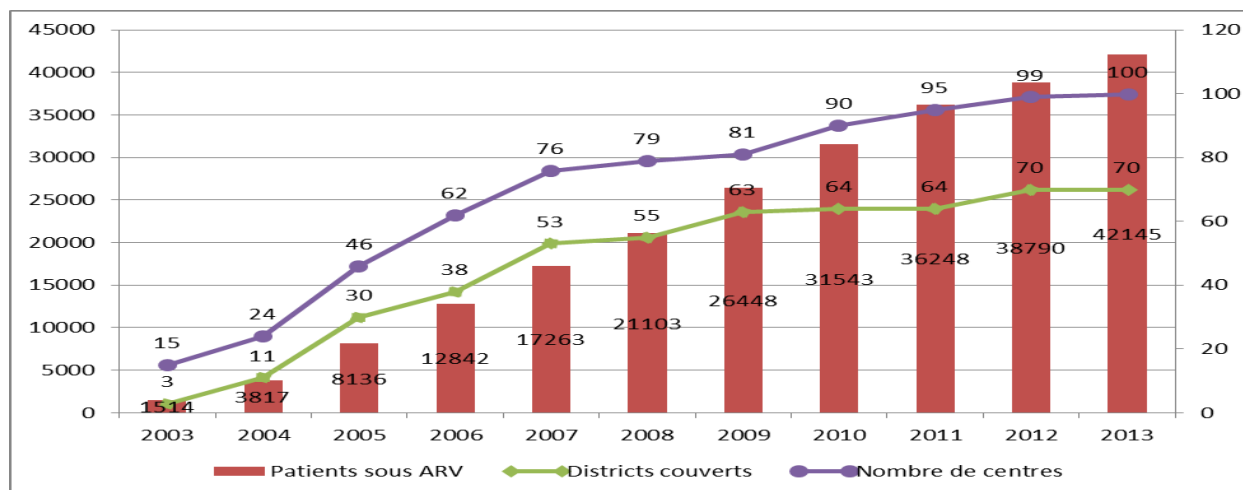
PVVIH	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Adultes	11 877	28 399	40 276 (H 29,49%, F 70,51%)
Enfants	1 075	794	1 869 (G 57,52%, F 42,48%)
TOTAL	12 952	29 193	42 145

Source : Rapport d'activités 2013 PSSLS.

L'objectif annuel de traitement n'est pas atteint. En effet, la couverture des besoins ARV par comparaison à la cible du PNM (48 375 PVVIH soit 85%) est seulement de 74,05%. Par rapport à la cible du spectrum avec CD4<500 qui est de 100 000, elle est de 42%.

Le graphique ci-dessous donne l'évolution de l'effectif des patients sous traitement ainsi que celle de l'offre des performances de la prise en charge médicale des PVVIH de 2003 à 2013 :

Graphique 1 : évolution des performances de la prise en charge médicale des PVVIH de 2003 à 2013



Source : SP/CNLS-IST

La situation d'inclusion des malades par année comparée aux résultats attendus de la mise en œuvre du CSLS montre qu'il faut nécessairement doubler les efforts. De même cela devient obligatoire avec la mise en œuvre des nouvelles recommandations 2013 de l'OMS qui va augmenter le nombre de PVVIH à mettre sous traitement ARV :

Tableau 5 : évolution du nombre de PVVIH sous traitement ARV de 2003 à 2013

ANNEE	NOMBRE DE STRUCTURES DE PEC ARV (NOMBRE DE DS)	TOTAL DES PVVIH SOUS TRAITEMENT ARV		ADULTES SOUS TRAITEMENT ARV		ENFANTS SOUS TRAITEMENT ARV	
		Nbre	Progression	Nbre	Progression	Nbre	Progression
2003	15 (3 DS)	1 514		1 501		13	
2004	24 (11 DS)	3 817	2 303	3 700	2 199	117	104
2005	46 (30 DS)	8 136	4 319	7 716	4 016	420	303
2006	62 (38 DS)	12 842	4 706	12 308	4 592	534	114
2007	76 (53 DS)	17 263	4 421	16 614	4 306	649	115
2008	79 (55 DS)	21 103	3 840	20 075	3 461	1 028	379
2009	81 (63 DS)	26 448	5 345	25 094	5 019	1 354	326
2010	90 (64 DS)	31 543	5 095	30 144	5 050	1 399	45
2011	95 (64 DS)	36 248	4 705	34 472	4 328	1 776	377
2012	99 (70 DS)	38 790	2 542	36 912	2 440	1 878	102
2013	100 (70 DS)	42 145	3 355	40 276	3 364	1 869	-

Source : SP/CNLS-IST

N.B. : la progression de 45 enfants entre 2010 et 2011 s'explique par le reversement des enfants qui ont atteint 18 ans sur la liste des adultes.

Les perdus de vue

Les patients déclarés perdus de vue dans la prise en charge médicale sont un indicateur de la qualité et de la performance du dispositif de prise en charge. Les patients déclarés perdus de vue au 31 décembre 2013 sont au nombre de 833 contre 486 en fin 2012. Cette situation s'explique par le nombre élevé de perdus de vues déclarées au niveau de certaines structures de prise en charge après la mise à jour de leur base Esope. Il y'a lieu de revoir la qualité de la participation communautaire surtout à Gaoua.

Ce chiffre en hausse témoigne des difficultés que vivent les agents de santé pour un suivi de qualité de la prise en charge médicale des patients. Cela interpelle tous les acteurs et la nécessité

de la délégation des tâches. Le renforcement de l'intégration des structures associatives dans le dispositif de suivi des patients constitue aussi une réponse efficace.

Tableau 6 : situation des patients déclarés perdus de vue au 31 décembre 2013 selon le sexe et le groupe d'âge

Sexe	Masculin	Féminin	TOTAL
Adultes	279	527	806
Enfants	14	13	27
TOTAL	293	540	833

Source : Rapport annuel d'activités 2013 du PSSLS.

Les décès en 2013

Les données recueillies pour l'ensemble des structures donnent 1 407 décès dont 517 femmes et 356 enfants en 2013. Ce résultat est assez inquiétant au stade actuel de la réponse au VIH. Une priorité devra être accordée à l'amélioration des soins et traitement en 2014.

La mise en application des nouvelles recommandations de l'OMS, publiées en juin 2013, devrait être envisagée à partir de l'année 2014. Elles prônent notamment le traitement précoce des personnes vivant avec le VIH et la promotion du traitement des enfants de moins de cinq ans infectés par le VIH ainsi que des femmes enceintes ou allaitantes.

b. Renforcement du système d'approvisionnement en médicaments, y compris les ARV, réactifs, consommables et équipements

Avec l'appui des PTF surtout le Fonds mondial et sur budget national, des dispositions ont été prises pour assurer le traitement au profit des PVVIH en rendant disponibles les ARV, les médicaments contre les IO, les réactifs, les consommables et les équipements. La tenue régulière des réunions ordinaires et extraordinaires du comité de gestion des ARV et autres intrants de lutte contre le VIH a permis d'éviter les ruptures de réactifs et d'ARV en 2013. Par ailleurs, il y a eu la création de la commission nationale de coordination des approvisionnements des intrants des programmes de santé prioritaires ainsi que la création d'un comité technique de coordination de la gestion des ARV, des antituberculeux et autres intrants de lutte contre le VIH/Sida, les IST et la tuberculose. A cela s'ajoutent les rencontres organisées par le Comité de réflexion sur les questions liées au VIH (CRAQ).

Trente (30) appareils de CD4 tous des <PIMA> dont 20 acquis par le Fonds mondial et 10 par TM diffusion ont été mis à la disposition des structures de prise en charge. Un contrat de maintenance des appareils a été signé dans le cadre de la mise en œuvre du projet Fonds mondial en 2013 pour la période de septembre 2013 à septembre 2014. Cependant, des pannes d'appareils persistent obligeant certaines PVVIH à parcourir d'énormes distances pour réaliser leurs examens. Pour minimiser cette difficulté, le projet ESTHERAID dans sa zone d'intervention (régions des Hauts-Bassins, de la Boucle du Mouhoun, des Cascades et du Sud-Ouest) a entrepris d'organiser l'acheminement des prélèvements pour la mesure de la charge virale à l'hôpital du jour de Bobo-Dioulasso. Pour le dosage des CD4 certaines structures de PECM regroupent des patients pour effectuer des prélèvements qui sont acheminés dans des laboratoires où cet examen peut être réalisé. Ces initiatives connaissent des succès, mais également quelques difficultés liées aux coûts additionnels pour ces structures et au non-respect des rendez-vous par les patients pour les prélèvements. Cette insuffisance constatée pour la réalisation des examens de dosage des CD4 et de mesure de la charge virale mérite des réflexions au plan national afin d'y apporter des réponses adéquates.

Pour ce qui concerne la problématique de la gratuité des frais liés aux analyses biologiques, des réflexions se poursuivent en vue de trouver une solution à la préoccupation des PVVIH dont un bon nombre ont des difficultés financières pour le paiement des frais liés aux examens.

c. Renforcement de la prophylaxie et du traitement des Infections opportunistes (IO) notamment la Tuberculose

La recherche active des cas de tuberculose chez les patients infectés par le VIH est un aspect très important du sous-secteur santé parce qu'elle permet de réduire la morbidité et la mortalité des patients VIH+ dans les files actives. Les directives en la matière contenues dans le document normatif national recommandent la recherche active de la tuberculose chez tous les patients reçus en consultations pour tout motif.

En fin 2013, 39 249 patients (36 948 adultes et 2 301 enfants) ont bénéficié d'une recherche active de TB sur 105 162 patients PVVIH vus en consultation soit une proportion de 37,32%. Cette proportion qui est très faible est tout de même plus encourageante que 2012 où 7 357 patients avaient fait l'objet de recherche.

Il s'avère nécessaire de mener des actions continues de formations et de supervision en vue de promouvoir le diagnostic systématique de la tuberculose chez les PVVIH vues en consultation :

Tableau 7 : nombre de cas détectés par type de TB (TPM+, TPM-, TEP, autres cas) au 30 septembre 2013

Items	Adulte (>14 ans)	Enfant (0-14 ans)	Total
Patients ayant bénéficié d'une recherche active de TB	36 948	2301	39 249
Nombre de cas suspectés	5179	225	5404
Nombre de TPM+ diagnostiqués	335	4	339
Nombre de TPM- diagnostiqués	221	6	227
Nombre de TEP diagnostiqués	71	1	72

Source : Rapport annuel 2013 PSSLS

Le suivi immunologique des patients (CD4) : le suivi biologique des patients a connu d'énormes difficultés. En fin 2013, 30 604 examens de CD4 ont été réalisés au profit des patients contre 8 660 en 2012. Les enfants ayant bénéficié de la réalisation des examens de CD4 au cours de cette même période 2013 sont au nombre de 1 432. Les examens de charge virale réalisés sont au nombre de 10 526 avec 526 examens chez les enfants. Cette augmentation est due à la dotation des structures de prise en charge médicale d'appareils de CD4 (30 PIMA) par les partenaires financiers.

Cependant, des pannes de compteurs CD4 persistent, freinant ainsi l'accessibilité aux examens. Aussi, l'inaccessibilité financière des patients au suivi biologique est également une cause du faible niveau de réalisation des examens. Ces difficultés méritent d'être résolues pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

La prophylaxie au cotrimoxazole : la prophylaxie au cotrimoxazole dans les structures de prise en charge est menée conformément aux directives nationales en la matière. Les patients ayant bénéficié de la prophylaxie au cotrimoxazole sont au nombre de 35 711 soit une couverture de 99,96%.

d. Renforcement de l'implication du monde associatif et communautaire dans le continuum de soins aux personnes infectées et affectées par le VIH

Les PVVIH bénéficient d'une prise en charge communautaire de qualité qui permet de maintenir le continuum de soins. Pour ce faire, il a été développé la stratégie de la contractualisation entre

le Ministère de la santé et les structures communautaires dans le cadre du continuum de soins. Mais, cette stratégie récente, mérite d’être renforcée pour le bien-être des PVVIH.

En effet, la collaboration entre les structures sanitaires de prise en charge et les associations/OBC a été pour un certain nombre formalisée par la signature de contrats de prestations. Le renforcement de la collaboration s’est poursuivi tout au long de l’année 2013 avec la mise en place d’une instance d’échange et de concertation regroupant le PSSLS, le PAMAC et les structures clés concernées. Cette instance est chargée du développement des stratégies pour le continuum de soins et le passage à l’échelle.

Les services de soutien dans le cadre du continuum de soins par les structures coordonnées par le PAMAC ont pu toucher 9 217 PVVIH au cours de l’année.

⌘ Dans le domaine de la protection et du soutien

Le renforcement du soutien psychologique, social et spirituel aux PVVIH, aux personnes affectées a été fait à travers plusieurs types d’activités. On note entre autres des groupes de parole, des activités récréatives, le soutien alimentaire et en vêtements, des visites à domicile et à l’hôpital. Un nombre total de 121 278 PVVIH et personnes affectées dont 73 405 femmes a été soutenu en 2013.

Le soutien alimentaire a été le plus important avec 61 885 personnes touchées dont 66,13% de femmes (40 928). Il a été suivi par les repas communautaires (8 503 personnes dont 4 675 femmes) et les groupes de parole (5 650 personnes dont 3 021 femmes). Les appuis ponctuels en nature et autres soutiens divers non spécifiés au niveau du communautaire et de l’action sociale ont concerné 27 185 PVVIH/PA dont 15 180 femmes (appuis ponctuels en nourriture, vêtements, habitation, etc.). D’autres activités spécifiques comme les aides psychologiques individualisées et les repas aux hospitalisés ont été menées par le PAMAC.

Outre les personnes ciblées, 300 familles démunies et 202 familles d’OEV ont aussi été soutenues. 273 parents tuteurs dont 263 mères tutrices ont acquis des connaissances utiles en vue de l’amélioration de la situation nutritionnelle de leurs enfants. Dans le cadre de son activité de recensement des PVVIH dans le besoin, l’Action sociale a également identifié 298 PVVIH (161 femmes et 137 hommes) qui devront à l’avenir bénéficier d’un renforcement du soutien psychologique, social et spirituel.

Toujours au niveau de l’action sociale, l’existence de médiateurs avec la mise en place d’équipes de soutien psychologique s’est maintenue comme en 2012. Leurs capacités ont toujours été renforcées dans le rôle d’interface qu’ils jouent entre le patient et les agents médicaux en vue de faciliter la prise en charge des PVVIH. Les OEV vivant dans l’extrême pauvreté au niveau des 45 directions provinciales de l’action sociale et de la solidarité nationale ont bénéficié de la distribution des vivres octroyés par la CPFM-SSP.

Des dotations en vivre ont également été octroyées par la CPFM-SSP et la république de CHINE (Taïwan) au profit des femmes infectées/affectées et des enfants dans le cadre de la PTME dans l’ensemble des districts et des directions provinciales de l’action sociale et de la solidarité nationale.

a. En matière de Partenariat, de coordination et de mobilisation des ressources

Les activités de renforcement des capacités des structures de coordination et d'exécution de la réponse nationale ont été réalisées dans tous les secteurs d'intervention. Elles ont porté sur les aspects suivants :

Le renforcement du dispositif de coordination multisectorielle a concerné tous les secteurs d'intervention. En effet, on note en 2013, la dotation des structures de coordination centrales, régionales et communautaires en moyens financiers, matériels, logistiques et en ressources humaines. De façon spécifique, les principales réalisations sont les suivantes :

- dotation des structures de coordination centrale en matériel logistique (03 véhicules) ;
- acquisition de matériels informatiques (ordinateurs, imprimantes photocopieuses) pour certaines structures sectorielles au niveau central et régional ;
- acquisition de mobiliers et consommables de bureau pour certaines structures de coordination (chaises, fauteuils directeurs, encres, rames de papier, ...) ;
- acquisition de matériel de sonorisation (appareil de music, poste TV, matériel de spot, ...) pour le SP/CNLS-IST ;
- mise à disposition d'équipements pour les structures de prise en charge médicale ;
- appui pour le fonctionnement de toutes les ONG/associations financées ;
- prise en charge du fonctionnement des structures de coordination (carburant, électricités, eau, ...) ;
- acquisition de locaux devant servir de siège pour certaines antennes régionales (Plateau Central, Nord, Centre-Ouest) ;
- renforcement du personnel (01 agent recruté pour l'animation du site Web du SP/CNLS-IST et d'autres agents recrutés pour renforcer certaines structures de coordination au niveau central et régional)

En dehors des acquisitions de matériels, il faut noter la poursuite du renouvellement de certaines structures de coordination du CNLS-IST au niveau décentralisé conformément aux nouveaux arrêtés présidentiels 2012 du CNLS-IST, la mise en place des cadres de concertation pour la coordination et l'orientation des interventions et l'appui au renouvellement des CILS et des CMLS. A cela s'ajoutent le renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles des antennes régionales du SP/CNLS-IST avec un accent particulier accordé au transfert des compétences, l'appui technique en planification et en suivi évaluation des activités, les rencontres de concertations regroupant l'antenne régionale, les acteurs sectoriels, les autorités administratives, politiques, coutumières et religieuses sur la problématique de la réponse régionale au VIH/Sida et les IST, la mise à disposition de personnels techniques.

Le renforcement des capacités techniques des structures de coordination et des structures d'exécution a essentiellement concerné la poursuite du renforcement des capacités techniques et managériales avec la formation du personnel, les appuis techniques aux structures et la prise en compte du genre dans les interventions.

Les principales formations ont concerné l'ensemble des acteurs de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Pour le secteur communautaire, les principaux thèmes ont porté sur l'IEC/CCC, la SSR, le CDV, la PEC communautaire, l'utilisation du préservatif, la visite et les soins à domicile, la PEC intégrée des OEV, la PTME, la paire éducation et compétences en vie courante, la PEC nutritionnelle, l'aide à l'observance, les procédures de gestion du budget national, etc.

Pour les structures de coordination centrale et régionale on note des thématiques transversales telles que le genre et VIH/Sida, la SSR/VIH (y compris l'éducation sexuelle dans les foyers et la PF), la gestion axée sur les résultats, les techniques d'élaboration de plans stratégiques et opérationnels, les stratégies de communication, la gestion de la base de données et autres logiciels de gestion, la passation des marchés, la gestion financière et le suivi évaluation des projets.

Outre les formations, l'appui/accompagnement des structures pour le renforcement de leurs capacités techniques a porté sur plusieurs domaines dont : la mise à disposition des documents d'orientation (directives, protocoles, ...), les sorties d'appui technique aux antennes régionales et structures de coordination sectorielles, la supervision conjointes DRS et PSSLS des agents au niveau régional, le développement des structures relais régionales. Aussi, des réponses ont été apportées aux sollicitations des structures sectorielles, des projets et programmes et des PTF. On note l'appui permanent aux organisations faîtières de la société civile. Au niveau du secteur public, on relève la tenue des réunions thématiques (PTME, PEC par les ARV, transfusion sanguine, AELB, PEC des IST et des IO, PEC nutritionnelle, ...) du sous-secteur santé, la participation des CMLS aux rencontres de travail et de concertation ou ateliers avec le SP/CNLS-IST, le MASSN, les structures associatives et autres PTF qui ont permis de valider des documents dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida.

Sur le plan de l'amélioration des compétences en matière de planification basée sur les évidences, il faut noter la diffusion des outils révisés par le SP/CNLS-IST en tenant compte du genre, la formation sur l'approche d'investissement et la consultation multipartite sur l'efficacité et l'efficience pour les réponses VIH durable au profit des pays francophone (Dakar) de l'ONUSIDA, le processus d'élaboration de la note conceptuelle pour le nouveau mécanisme de financement du Fonds mondial au Burkina Faso, etc.

En matière de prise en compte du genre, on note que, la consolidation des acquis de 2012 a été poursuivie au cours de l'année 2013. Les efforts ont portés sur la clarification de la notion de genre et VIH, le renforcement de la coordination et de la concertation pour la poursuite du processus d'opérationnalisation du genre dans la réponse nationale au VIH à travers :

- la tenue d'ateliers de renforcement des capacités des acteurs en genre et VIH/Sida notamment l'appui à l'Alliance des maires et responsables municipaux du Burkina Faso pour la formation des élus locaux sur « l'approche Genre dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST au Burkina Faso ». La formation des représentants des structures régionales du MPFG en genre et VIH/Sida, adressé aux besoins spécifiques des femmes, la tenue d'ateliers de formation et d'information des acteurs des structures financées par le SP/CNLS-IST à la prise en compte du genre dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST, la formation des acteurs communautaires ;
- l'appui aux antennes régionales pour le plaidoyer auprès des autorités administratives, politiques et religieuses pour la prise en compte de l'approche genre dans les interventions en matière de lutte contre le Sida, et des analyses diverses sur le genre (cartographie des intervention, analyse de contexte, ...) ;
- la diffusion des outils de planification, de budgétisation et de suivi évaluation sensibles au genre et leurs guides d'utilisation auprès des acteurs de la réponse nationale au VIH ;
- le développement de la réflexion sur la prise en compte du genre dans la revue à mi-parcours du CSLS 2011-2015 ;
- l'élaboration d'un module de formation en genre et VIH/Sida ;

- l'élaboration des indicateurs spécifiques au genre et VIH/Sida dans le cadre de la rédaction du Plan national de suivi évaluation (PNSE) en vue de faciliter le calcul des indicateurs désagrégés selon le genre et la sexospécificité ;
- l'élaboration du document descriptif du système harmonisé de suivi des indicateurs intégrant le genre de même que le répertoire des outils harmonisés de suivi évaluation de la réponse nationale au VIH ;
- l'élaboration d'un guide pratique pour la prise en compte du genre dans les plans d'actions la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- l'appui technique aux acteurs communautaires dont : le lancement des activités de lutte contre les violences faites aux femmes de la fondation RAMA, la formation en planification et suivi évaluation sensible au genre ;
- la réalisation de l'étude sur l'évaluation genre de la riposte nationale au VIH au Burkina Faso avec l'appui technique de l'ONUSIDA. Une participation à une téléconférence avec l'ONUSIDA/Genève sur l'outil d'évaluation genre a été faite dans ce cadre ;
- la sensibilisation permanente des acteurs sur la nécessité de prendre en compte le genre et la couverture des cibles prioritaires dans la planification, la budgétisation et la mise en œuvre de leurs plans d'actions et programmes.

Malgré ces avancées significatives, il faut noter que le plan d'actions pour l'opérationnalisation du genre dans la réponse nationale au VIH élaboré par le SP/CNLS-IST en janvier 2013 a connu un niveau de financement mitigé. Seules quelques activités ont été réalisées. De grandes insuffisances demeurent sur le plan de la planification et de la mise en œuvre des plans d'actions et programmes sensibles au genre. Les principales préoccupations concernent :

- le développement des outils consensuels en vue de produire des données désagrégées et ventilées par sexe, par tranche d'âge, par profil socioprofessionnel et par groupe cible spécifique ;
- la vulgarisation de la méthode de contrôle et d'évaluation de l'intégration du genre ;
- la définition des approches pour améliorer l'implication des hommes dans la PTME ;
- le développement des stratégies pour assurer un consensus des parties prenantes clés autour des indicateurs harmonisés pour la surveillance ;
- le suivi des progrès prenant en compte l'égalité des sexes dans le contexte du VIH.

Par ailleurs, le caractère ponctuel des interventions menées en faveur des groupes spécifiques prioritaires mérite d'être corrigé à travers des programmes structurés pour plus de cohérence et d'efficacité.

La question des « Droits Humains » n'est pas clairement abordée dans la mise en œuvre des interventions. La prise en compte du VIH dans le dispositif national de protection sociale permettra certainement d'améliorer la couverture des besoins des cibles.

Par ailleurs, la contribution des PTF au renforcement des capacités techniques des structures a porté essentiellement sur : l'appui à la formation, les subventions spécifiques dont le don espagnol et le don hors projet japonais (offre de 4 unités mobiles de dépistages à 4 régions), ainsi que les appuis ponctuels financiers ou en assistance technique.

b. Dans le domaine de la surveillance de l'épidémie et suivi-évaluation

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités de surveillance sentinelle, des enquêtes auprès des femmes enceintes ont été réalisées dans les centres de CPN dans les treize (13) sites

sentinelles retenus au niveau national. Ces activités de sérosurveillance ont été organisées par le Ministère de la santé en collaboration avec le SP/CNLS-IST.

En dehors du suivi de la notification des cas d'IST traités dans les formations sanitaires, une mission d'évaluation effectuée dans les 13 régions a permis de vérifier la prise en charge des cas d'IST selon les normes et protocoles en utilisant les kits IST.

Au cours de l'année 2013, la réalisation des études /recherches vient en complément des activités de surveillance effectuées sous la responsabilité du ministère de la santé. 29 études, recherches et enquêtes ont été effectuées par les structures sectorielles, les instituts de recherche, les projets et programmes, le SP/CNLS-IST et les PTF. Elles portent essentiellement sur la situation de l'épidémie, les résultats et impacts des interventions, etc.

Le renforcement de la gestion de l'information stratégique sur le VIH, le Sida et les IST s'est poursuivi à travers l'amélioration des performances du système national de suivi évaluation pour la production de l'information stratégique, de façon prompt et régulière.

L'organisation du système national de suivi évaluation a été marquée par les activités suivantes mises en œuvre au sein du SP/CNLS-IST :

- La révision du plan national de suivi évaluation (PNSE) 2013-2015, évaluation intégrant aussi bien les préoccupations du Fonds mondial que celles des autres partenaires techniques et financiers.
- L'élaboration du tableau de bord et du rapport de suivi des indicateurs ;
- L'élaboration du rapport GARPR 2013
- L'élaboration du rapport de la revue à mi-parcours sur les dix (10) cibles de la déclaration de juin 2011 sur le sida ;
- L'élaboration du rapport de la revue à mi-parcours du Cadre Stratégique de lutte contre le Sida (CSLS) 2011-2015 ;

La surveillance des résistances se fait essentiellement à travers les indicateurs d'alerte précoce et l'émergence de la pharmacorésistance du VIH aux ARV. La phase préparatoire, la mobilisation des ressources et des intrants, et la formation des acteurs au profit des sites retenus ont été les principales réalisations au cours de l'année 2013.

Par ailleurs, un forum des acteurs de la recherche sur le VIH/Sida et les IST a été réalisé en décembre 2013. Il a regroupé en général l'ensemble des acteurs de la lutte contre le VIH/Sida et les IST et en particulier des chercheurs.

Tableau 8: Récapitulatif des indicateurs

N°	Indicateur	2011 / GARP 2012	2012 / GARP 2013	2013 / GARP 2014
Objectif N°1 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle		-	-	-
Population générale				
1.1	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH*	Ensemble : 32 ,35% Question 1 : 85,20% Question 2 : 79,84% Question 3 : 74,87% Question 4 : 50,69% Question 5 : 68,98%	Ensemble : 32 ,35% Question 1 : 85,20% Question 2 : 79,84% Question 3 : 74,87% Question 4 : 50,69% Question 5 : 68,98%	Ensemble : 32 ,35% Question 1 : 85,20% Question 2 : 79,84% Question 3 : 74,87% Question 4 : 50,69% Question 5 : 68,98%
1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	7,29%	7,29%	7,29%
1.3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	4,98%	4,98%	4,98%
1.4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*	28,96%	28,96%	28,96%
1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	10,43%	10,43%	10,43%
1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*	0,87%	0,72%	0,72%
Professionnel(le)s du sexe				
1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	Numérateur : 26 649 Dénominateur : ND	Numérateur : 26 649 Dénominateur : ND	Numérateur : 26 649 Dénominateur : ND
1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	98,23%	98,23%	98,23%
1.9	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	82,92%	82,92%	82,92%
1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	16,40%	16,40%	16,40%

N°	Indicateur	2011 / GARP 2012	2012 / GARP 2013	2013 / GARP 2014
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes				
1.11	Pourcentage d'hommes ayant de rapport sexuel avec d'autres hommes atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	ND	ND	ND
1.12	Pourcentage d'hommes ayant de rapport sexuel avec d'autres hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	58,14%	58,14%	76,64%
1.13	Pourcentage d'hommes ayant de rapport sexuel avec d'autres hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	100%	100%	22,19%
1.14	Pourcentage d'hommes ayant de rapport sexuel avec d'autres hommes qui vivent avec le VIH	0,93%	0,83%	3,61%
Etablissements de santé				
1.15	Nombre d'établissements de santé où le dépistage du VIH et les services de conseil sont disponibles (AU 2011 #A1)	1 665	1723	1745
Conseil dépistage				
1.16	Nombre de femmes et d'hommes de 15 ans et plus ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et de conseil au cours des 12 derniers mois, et qui connaissent le résultat du dépistage (AU 2011 #A2)	221 915	Femmes enceintes : 548 958 Autres : 239 850	Femmes enceintes : 647 384 Autres : 166273
IST				
1.17_1	Pourcentage de femmes ayant consulté dans les services dispensant des soins prénatals et ayant bénéficié d'un dépistage de la syphilis à la première consultation (AU 2011 #F1)	100,00%	100,00%	100,00%
1.17_2	Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals et qui sont séropositives à la syphilis (AU 2011 #F2)	1,70%	1,98%	1,7%
1.17_3	Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals, séropositives à la syphilis et qui ont reçu un traitement (AU 2011 #F3)	100,00%	100,00%	100,00%
1.17_4	Pourcentage de professionne(le)s du sexe qui sont affecté(e)s par la syphilis active (AU 2011 #F4)	ND	ND	ND
1.17_5	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui sont affectés par la syphilis active (AU 2011 # F5)	ND	ND	ND
Objectif 2 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables				
2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	ND	ND	ND

N°	Indicateur	2011 / GARP 2012	2012 / GARP 2013	2013 / GARP 2014
2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	ND	ND	ND
2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	ND	ND	ND
2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ND	ND	ND
2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	ND	ND	ND
2.6	Nombre de personnes bénéficiant de traitement de substitution aux opiacés (AU 2011 #C3)	ND	ND	ND
2.7	Nombre de sites ciblés où des programmes d'aiguilles et de seringues sont menés (AU 2011 #C2)	ND	ND	ND
Objectif 3. : D'ici à 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida				
3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	45,58%	38,73%	62,09%
3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	28,57%	39,98%	46,83%
3.3	Pourcentage estimé d'enfants ayant été infectés par le VIH par des femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois	1,32%	3,56%	5,72%
3.4	Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu les résultats - au cours de leur grossesse, durant le travail et l'accouchement, et pendant la période post-partum (≤ 72 heures) - y compris celles dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH était déjà connu (AU 2011 #I5)	0,87%	60,48%	82,95%
3.5	Pourcentage de femmes enceintes consultant dans les services de soins prénatals, dont le partenaire masculin a été dépisté pour le VIH (AU 2011 #I6)	1,39%	1,35%	1,44%
3.6	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'éligibilité à l'accès au traitement antirétroviral a été évaluée selon les critères cliniques ou immunologiques (numération des CD4) (AU 2011 #I7)	9,87%	27,45%	ND

N°	Indicateur	2011 / GARP 2012	2012 / GARP 2013	2013 / GARP 2014
3.7	Pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH, recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) dans les six premières semaines de vie (c'est à dire la transmission en période de postpartum précoce, autour de leurs six premières semaines) (AU 2011 #19)	38,56%	26,24%	43,66%
3.8	Nourrissons nés de femmes séropositives au VIH, recevant des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH durant la période de l'allaitement au sein	ND	ND	ND
3.9	Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) dans les deux mois suivant leur naissance (AU 2011 #10)	33,31%	28,89%	43,66%
3.10	Distribution des pratiques d'alimentation à l'âge de 3 mois (allaitement au sein exclusif, de substitution, mixte/autre) pour les enfants nés de femmes séropositives au VIH, à la visite DTC3 (3ème dose vaccination diphtérie, coqueluche, tétanos) (AU 2011 #12)	2 357 Allaitement exclusif 3 02 Allaitement de remplacement	ND	ND
3.11	Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals au moins une fois durant la période couverte par les données (AU 2011 #11)	749 900	771 661	788 892
3.12_2a	Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals (AU 2011 #12a)	1 694	1 770	1 787
3.12_2b	Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals, et aussi des services de dépistage et de conseil pour les femmes enceintes (AU 2011 #12b)	1 620	1 723	1 745
3.12_2c	Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals, et qui dispensent également le dépistage du VIH et les antirétroviraux pour la PTME sur place (AU 2011 #12C)	1 620	1 723	1 745
3.12_2d	Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals, et assurant aussi la surveillance des CD4 pour les femmes enceintes sur place ou qui disposent d'un système de collecte et de transport des échantillons de sang pour la surveillance des CD4 pour les femmes enceintes (AU 2011 #12D)	38	38	38
3.12_13	Nombre d'établissements de santé qui dispensent la thérapie antirétrovirale pédiatrique (AU 2011 #13)	95 (Structure de prise en charge pédiatrique: 45)	99 (Structure de prise en charge pédiatrique: 60)	100 (Structure de prise en charge pédiatrique: 68)
3.12_14	Pourcentage d'établissements de santé qui dispensent des services de tests virologiques (ex. PCR) pour le diagnostic du VIH chez les nourrissons, sur place ou à partir de sang séché sur papier buvard (AU 2011 #14)	0,37%	0,46%	68%

N°	Indicateur	2011 / GARP 2012	2012 / GARP 2013	2013 / GARP 2014
Objectif 4 : D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH		-	-	-
4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès*	55,26%	59,68%	37,40%
4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	76,77%	ND	78,90%
4.1_G2b	Nombre d'adultes et d'enfants éligibles, ayant nouvellement débuté un traitement antirétroviral durant la période couverte par les données (en 2010) (AU 2011 G2b)	7 282	2 542	3 355
4.2_G3b	Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH, dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral 24 mois après le début du traitement parmi les patients ayant débuté le traitement antirétroviral en 2009, (AU 2011 G3b)	ND	ND	ND
4.2_G3c	Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH, dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral (c) 60 mois après le début du traitement parmi les patients ayant débuté le traitement antirétroviral en 2006 (AU 2011 G3c)	ND	ND	ND
4.3_G1	Nombre d'établissements de santé qui dispensent des traitements antirétroviraux (TAR) (AU 2011 #G1)	95	99	100
4.4_H1	Pourcentage des établissements de santé délivrant des antirétroviraux et ayant connu une rupture de stocks pour au moins un antirétroviral dans les 12 derniers mois (AU 2011 #H1)	0%	0%	0%
4.6_D1	Pourcentage d'adultes et d'enfants pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH, répondant aux critères d'accès (selon les recommandations nationales) à la prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) et recevant cette prophylaxie actuellement (AU 2011 #D1)	55,30%	99,61%	99,96%
Objectif 5 : D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH		-	-	-
5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	59,95%	84,50%	40,94%
5.2_E1	Nombre d'établissements de santé (dispensant des traitements antirétroviraux) qui respectent des pratiques attestées de lutte contre l'infection, notamment de lutte antituberculeuse (AU 2011 #E1)	95	99	100

N°	Indicateur	2011 / GARP 2012	2012 / GARP 2013	2013 / GARP 2014
5.3_E3	Pourcentage d'adultes et d'enfants nouvellement pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH et ayant débuté une thérapie contre la tuberculose latente (thérapie préventive par isoniazide) (AU 2011 #E3)	ND	ND	ND
5.4_E4	Pourcentage d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH, dépistés pour la tuberculose à leur dernière visite (AU 2011 #E4)	ND	18,97%	5,89%
Objectif 6. : Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire				
6.1	Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement	18 877 735 219 (REDES 2011)	26 159 216 475 (REDES 2012)	18 084 800 646 (Bilan PNM 2013)
Objectif 7. : Eliminer les disparités entre les sexes		-	-	-
7.1	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois.	-	9,38%	9,38%
Objectif 8 : Eliminer la stigmatisation et la discrimination		-	-	-
8.1	Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans ayant répondu « Non » ou « Cela dépend » à la question : « Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'un épicier ou d'un vendeur si vous saviez que cette personne est atteinte du virus du SIDA ? »	Femme : 35,5% Homme: 42,9% Ensemble: 37,5	Femme : 35,5% Homme: 42,9% Ensemble: 37,5	Femme : 35,5% Homme: 42,9% Ensemble: 37,5
Objectif 10. : Renforcer l'intégration du VIH		-	-	-
10.1	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*	-	Orphelins : 52,79% Non-orphelins : 53,10%	Orphelins : 52,79% Non-orphelins : 53,10%
10.2	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	ND	ND	ND

III. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

Les données épidémiologiques du VIH, du Sida et des IST de 2012 à 2014 au Burkina Faso sont les suivantes :

3.1 Données de l'épidémie

Le rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de Sida 2013, estime la prévalence moyenne de l'infection à VIH dans la population adulte du Burkina Faso à 1% en fin 2012, dans un intervalle de [0,8-1,1]. Les autres données se présentent comme suit :

- 110 000 personnes vivant avec le VIH ;
- 94 000 adultes vivant avec le VIH, dont 55 000 sont des femmes ;
- 5500 décès dus au Sida ;
- 130 000 enfants orphelins du fait du Sida.

Dans le cadre de la sérosurveillance auprès des treize (13) sites sentinelles du pays, les données de 2012 ont montré une prévalence globale du VIH chez les 15 à 49 ans de 1,7% [1,4-2,0] identique à celle de 2011. Chez les 15-24 ans, elle reste la même qu'en 2011, à savoir 0,7% [0,5-1,1]. Le VIH 1 prédomine toujours avec 95,9% des cas. Le VIH 2 est à 4,1%. La forme combinant VIH 1 + 2 n'a pas été observée en 2012 tout comme ce fut le cas en 2011. Par ailleurs, des disparités existent selon les tranches d'âge et le milieu.

Les résultats selon le milieu urbain montrent que :

- la prévalence du VIH chez les 15-49 ans est de 2,2 % [1,8-2,6] en 2012 avec des extrêmes allant de 2,9 [2,1-4,0] à Ouagadougou à 0,7% [0,2-2,3] à Tenkodogo. En 2011, elle était de 2,3 % [1,9-2,8].
- la prévalence du VIH chez les 15-24 ans est de 0,9% [0,5-1,4] en 2012 avec des extrêmes allant de 0,2% à Ouagadougou et Bobo Dioulasso à 0% à Fada et Tenkodogo. En 2011, elle était de 1,1% [0,7-1,6]

Les résultats en milieu rural donnent des taux relativement plus faibles :

- la prévalence du VIH chez les 15-49 ans est de 0,9 [0,6-1,4] avec des extrêmes allant de 1,1% à Dédougou et Kaya à 0,7% [0,2-2,1] à Manga et Ziniaré. En 2011, elle était de 0,8 [0,5-1,2]
- la prévalence du VIH chez les 15-24 ans est de 0,6 [0,3-1,2] avec des extrêmes allant de 0,1% [0,1-3,4] à Dédougou, Ziniaré et Dori à 0,0% 0,1 [0,1-3,4] à Kaya, Manga et Sindou. En 2011, elle était de 0,2% [0,1-0,6].

Tableau 9 : situation du VIH dans les sites sentinelles en milieu rural et urbain en 2012

SITE	15-49 ANS			15-24 ANS		
	Effectif	Positifs	% (IC à 95%)	Effectif	Positifs	% (IC à 95%)
Milieu Urbain						
BOBO-DIOULASSO	867	19	2,2 [1,4 - 3,5]	443	7	0,2 [0,7-3,4]
FADA	401	5	1,2 [0,5 - 3,1]	181	0	0,0 [0,0-3,0]
GAOUA	449	11	2,4 [1,3-4,5]	207	2	0,1 [0,1-3,5]
KOUDOUGOU	554	9	1,6 [0,8-3,2]	267	3	0,1 [0,2-3,2]
OUAGADOUGOU	1382	40	2,9 [2,1-4,0]	625	6	0,2 [0,4-2,2]
OUAHIGOUYA	403	9	2,2 [1,1-4,4]	197	0	0,0 [0,0-0,0]
TENKODOGO	407	3	0,7 [0,2-2,3]	195	0	0,0 [0,0-0,0]
GLOBAL	4463	96	2,2 [1,8-2,6]	2115	18	0,9 [0,5-1,4]
Milieu Rural						
DEDOUGOU	444	5	1,1 [0,4-2,8]	208	2	0,1 [0,1-3,4]
DORI	473	4	0,8 [0,3-2,3]	258	2	0,1 [0,1-2,8]
KAYA	444	5	1,1 [0,4-2,8]	222	0	0,0 [0,0-0,0]
MANGA	458	3	0,7 [0,2-2,1]	176	1	0,0 [0,1-3,4]
SINDOU	588	6	1,0 [0,4-2,3]	276	1	0,0 [0,0-2,0]
ZINIARE	424	3	0,7 [0,2-2,2]	225	2	0,1 [0,1-3,2]
GLOBAL	2831	26	0,9 [0,6-1,4]	1365	8	0,6 [0,3-1,2]

Source : Rapport 2012, PSSLS-IST

Par ailleurs, les prévalences suivant les tranches d'âge révèlent quelques disparités comme mentionnées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 10: Prévalence du VIH, par tranche d'âge au Burkina Faso en 2012

Tranche d'âge	Effectif	Positif	Prévalence (%) (IC à 95%)
Prévalence du VIH, par tranche d'âge au Burkina Faso en 2012			
15-19	1196	7	0,6 [0,3-1,3]
20-24	2284	19	0,8 [0,5-1,3]
25-29	1869	42	2,2 [1,6-3,1]
30-34	1205	31	2,6 [1,8-3,7]
35-39	585	16	2,7 [1,6-4,5]
40-44	142	6	4,2 [1,6-9,0]
45-49	3	1	7,7 [0,2-36,0]
TOTAL	7294	122	1,7 [1,4-2,0]

Source : Rapport 2012, PSSLS-IS

Au total la prévalence du VIH dans la population générale est en baisse relative au Burkina Faso depuis une décennie. Selon les projections révisées du CSLS 2011-2015, elle devrait continuer à décroître pour s'établir à 0,89% en fin 2015.

3.2. Données sur la notification universelle des cas de sida et d'IST en 2012

a. Notification des cas de Sida en 2012

Le nombre de cas de Sida notifiés en 2012 dans les centres hospitaliers est de 5934 contre 4 654 en 2011 soit une hausse de 27%. Le plus grand nombre de cas a été notifié dans les régions du Centre (29%) et du Centre Ouest (14%). Les proportions les plus faibles sont observées dans les régions du Sahel (1,30%) et au Plateau Central (2,11%).

En ce qui concerne l'incidence, les niveaux les plus élevés sont enregistrés dans les régions des Centre et du Centre-Ouest avec respectivement 7,65 et 5,87 pour 10 000 habitants. Les plus faibles taux d'incidence sont observés dans les régions du Sahel (0,66) et de l'Est (1,8) pour 10 000 habitants.

Par ailleurs 95% des cas sont notifiés chez des adultes et 62%(N=3659) des cas notifiés sont enregistrés chez les femmes.

Tableau 11: notification des cas de Sida en 2012 par région

Région administrative	Population	Nombre de cas	Incidence (pour 10000 hbts)	Proportion (cas sur Total)
Boucle du Mouhoun	1 677 018	429	2,56	7,23
Cascades	661 936	347	5,24	5,85
Centre	2 231 807	1708	7,65	28,78
Centre-Est	1343079	241	1,79	4,06
Centre-Nord	1 416 895	196	1,38	3,30
Centre-Ouest	1 387 860	815	5,87	13,73
Centre-Sud	742378	202	2,72	3,40
Est	1 464 366	158	1,08	2,66
Hauts-Bassins	1 776 830	600	3,38	10,11
Nord	1 382 111	522	3,78	8,80
Plateau Central	807 444	125	1,55	2,11
Sahel	1 158 147	77	0,66	1,30
Sud Ouest	729 362	514	7,05	8,66
TOTAL	16 799 206	5934	3,54	100

Source : Annuaire statistique 2012 DGISS/mini-Santé

Tableau 12: cas de Sida notifiés par tranche d'âge en 2012

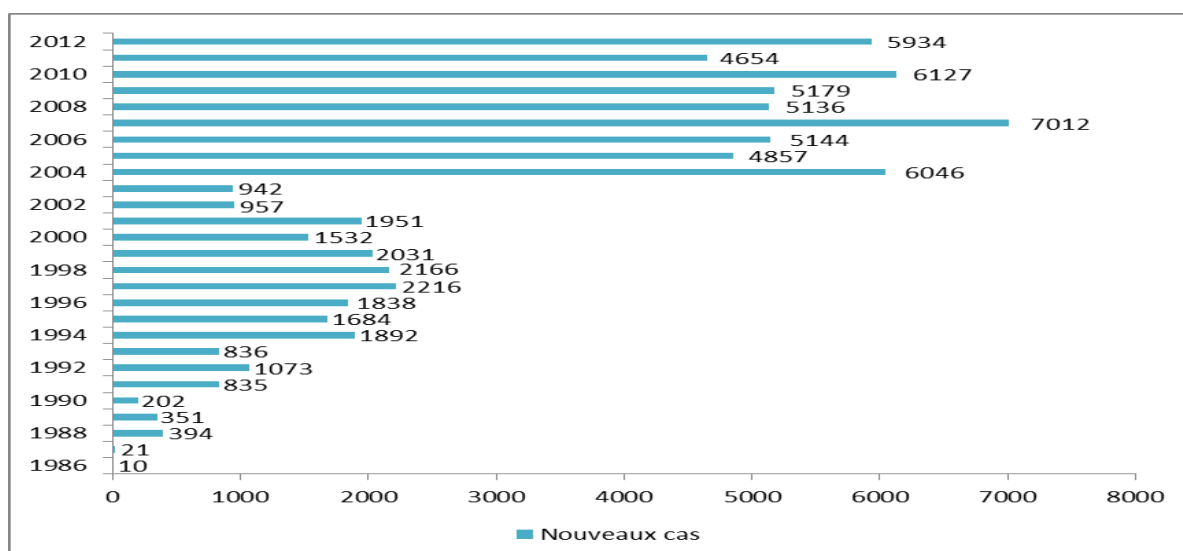
Tranche d'âge	2012	Proportion (%)
inf. à 15 ans	301	5,07
adulte	5633	94,93
Total	5 934	100

Source : Annuaire statistique 2012 DGISS/mini-Santé

Tableau 13: cas de Sida notifiés par sexe en 2012

Sexe	2012	Proportion (%)
Masculin	2275	61,66
Féminin	3659	38,34
Total	5934	100

Source : Annuaire statistique 2012 DGISS/mini-Santé

Graphique 2: évolution des nouveaux cas de Sida de 1986 à 2012 au Burkina Faso

Source : Bilan PNM 2013, SP/CNLS-IST

Données de mortalité : es données recueillies en 2013, pour l'ensemble des structures donnent 1 407 décès dont 517 femmes et 356 enfants. Ce résultat est assez inquiétant au stade actuel

de la réponse au VIH. Une priorité devra être accordée à l'amélioration des soins et traitement en 2014.

La mise en application des nouvelles recommandations de l'OMS, publiées en juin 2013, devrait être envisagée à partir de l'année 2014. Elles prônent notamment le traitement précoce des personnes vivant avec le VIH et la promotion du traitement des enfants de moins de cinq ans infectés par le VIH ainsi que des femmes enceintes ou allaitantes.

b. Notification des cas d'IST en 2012

Les structures sanitaires ont notifié 272 247 cas d'IST en 2012 contre 156 684 en 2011, soit une hausse de 10%. Les syndromes les plus fréquents demeurent l'écoulement vaginal (41,2%), suivi par les douleurs pelviennes (27,62%), ce qui traduit une incidence plus élevée chez les femmes (16,28‰) que chez les hommes (3,81‰). Des efforts de sensibilisation devraient être faits auprès des hommes pour le dépistage et le traitement des IST.

La situation des IST par syndrome se présente comme suit :

Tableau 14: répartition des cas d'IST selon le syndrome en 2012

Syndrome IST	Cas d'IST	Proportion (%)
Écoulement vaginal	70 970	41,20
Douleur pelvienne	47 570	27,62
Ulcération génitale	19 905	11,56
Écoulement urétral	16 723	9,71
Conjonctivite purulente du nouveau né	3 883	2,25
Gonflement douloureux du scrotum	1 729	1
Végétations vénériennes	920	0,53
Bubon inguinal	1 130	0,66
Autres IST	9 417	5,47
TOTAL	172 247	100

Source : Annuaire statistique 2012 DGIS/mini santé

L'incidence des IST au niveau national est de 10,27‰ en 2012 contre 9,64‰ en 2011. La répartition spatiale des taux donne une tendance identique à celle de 2011. Les taux d'incidence les plus élevés demeurent dans les régions du Centre (20,82‰), suivi des Hauts-Bassins (16,33‰). Les taux les plus faibles restent toujours dans les régions du Centre-Ouest (5,41‰) et du Centre-Nord (5,70‰) (cf. tableau ci-dessous) :

Tableau 15: incidence des cas d'IST par région en 2012

Région administrative	Population	Nombre de cas	Incidence (‰)	Proportion (%)
Boucle du Mouhoun	1 677 018	11681	6,97	6,78
Cascades	661 936	6409	9,68	3,72
Centre	2 231 807	46 474	20,82	26,98
Centre-Est	1 343 079	11424	8,51	6,63
Centre-Nord	1 416 895	8076	5,70	4,69
Centre-Ouest	1 387 860	7507	5,41	4,36
Centre-Sud	742 378	6367	8,58	3,70
Est	1 464 366	11846	8,09	6,88
Hauts-Bassins	1 776 803	29012	16,33	16,84
Nord	1 382 111	10750	7,78	6,24
Plateau Central	807 444	7993	9,90	4,64
Sahel	1 158 147	7861	6,79	4,56
Sud-Ouest	729 362	6847	9,39	3,98
TOTAL	16 779 206	172247	10,27	100

Source : Annuaire statistique 2012 DGISS/mini santé

Tableau 16: incidence des IST par sexe en 2012

Sexe	Effectif	Population	Incidence (‰)
Masculin	30 879	8 095 324	3,81
Féminin	141 368	8 683 882	16,28
TOTAL	172 247	16 799 206	10,27

Source : Annuaire statistique 2012 DGISS/mini santé

Le tableau ci-dessous relatif à l'évolution des incidences de 2010 à 2012 montre que les tranches d'âge de 15-19, 20-29 et 30-39 ans présentent les incidences les plus élevées.

Tableau 17: évolution de l'incidence (pour 1 000 habitants) par tranches d'âge des IST de 2010 à 2012

Année	2010	2011	2012
Nombre des cas	137 742	156 684	172 247
Tranche d'âge	‰	‰	‰
0 à 14 ans	0,6	0,62	1,89
15 à 19 ans	11,9	13,65	14
20 à 29 ans	27,4	29,86	27,93
30 à 39 ans	22,5	24,62	26,78
40 ans et plus	4,3	4,91	5,27
TOTAL	8,7	9,64	10,27

Source : Annuaire statistique 2006-2011, DGISS/ mini santé

Données de la PTME 2013

Les données indiquent que le Programme national de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) est appliqué dans l'ensemble des soixante dix (70) districts sanitaires soit une couverture de 100% des districts. L'extension géographique s'est donc poursuivie au cours de l'année 2012. En effet, le nombre de sites ayant intégré la PTME dans leur paquet minimum d'activités est passé de 1620 en 2011 à 1723 en 2012 et à 1745 en 2013 soit un taux de couverture 98 %. (N=1787). Les principales données sont consignées dans les tableaux qui suivent :

Tableau 18: activités de CPN et de dépistage de 2011 à 2013

Item	2011	2012	2013
Nouvelles CPN	749 900	771 661	788 892
Femmes enceintes ayant réalisé le test VIH	499 408 (67%)	548 958 (71,1%)	649 370 (82,31%)
Femmes enceintes dépistées VIH+	4 322 (0,86 %)	4 280 (0,78%)	5 429 (0,83%)
Partenaires des femmes enceintes ayant réalisé le test VIH	10 477 (2,09 %)	10384 (1,90)	11 3641 (1,75)
Partenaires des femmes enceintes VIH+	381 (3,63%)	803 (7,73%)	729 (13,44)

Source : Rapport DSF 2011 à 2013

Le taux d'adhésion des femmes au niveau national est de 82,31% en 2013 contre 71,14 % en 2012. Ce chiffre bien qu'en hausse, reste en deçà de l'objectif national qui est de 90%. Les meilleurs taux d'adhésion des femmes ont été observés dans les régions du Sud-Ouest et des Hauts Bassins respectivement 98,55% et 87,86%. Le plus faible taux d'adhésion des femmes est de 70,91% dans la région du sahel comme indiqué dans le tableau ci-dessous. L'adhésion des partenaires des femmes enceintes ayant réalisé reste faible (1,75% en 2013 contre 1,90 en 2012 (cf tableau ci-dessus).

La situation par région se présente comme suit :

Tableau 19 : activités de CPN et de dépistage 2013 par région

Régions	Nombre de nouvelles CPN	Nombre de femmes enceintes ayant réalisé le test VIH	Taux de réalisation du test	Nombre de femmes enceintes dépistées VIH+	Taux de séropositivité au test VIH chez les femmes enceintes
Boucle du Mouhoun	86493	71322	82,50	639	0,90
Cascades	34638	29893	86,30	209	0,70
Centre	66273	57516	86,79	1180	2,05
Centre-Est	60257	46732	77,55	271	0,58
Centre-Nord	73524	64535	87,77	451	0,70
Centre-Ouest	57630	48384	83,96	437	0,90
Centre-Sud	25573	21699	84,85	163	0,75
Est	92558	69659	75,26	247	0,35
Hauts-Bassins	78990	69399	87,86	656	0,95
Nord	66786	52129	78,05	347	0,67
Plateau Central	34875	30023	86,09	318	1,06
Sahel	78154	55420	70,91	127	0,23
Sud-Ouest	33141	32659	98,55	378	1,16
SYNTHESE NATIONALE	788892	649370	82,31	5423	0,84

Source : Rapport DSF 2013

Concernant le suivi du couple mère-enfant, il ressort que sur un nombre total de 3 049 femmes VIH+ ayant accouché dans une formation sanitaire, 2 701 ont bénéficié de la prise en charge prophylactique complète aux ARV pour la PTME, soit 89% contre 92,81% en 2012. Ce taux est en deçà de l'objectif national qui est de 97%, en 2013.

Pour ce qui est du dépistage des nouveaux nés, il s'affiche en 2013, des résultats révélateurs des efforts fournis pour tester les nouveau-nés par rapport à l'année 2012. En effet, le nombre d'enfants testés par la PCR est de 1 850 sur 3 128 enfants nés vivants de mère VIH+, soit un taux de 59%. En 2012, ce taux était de 39% (1 101 enfants testés sur 2 764).

Le tableau ci-après présente la situation des activités de suivi du couple mère-enfant par région :

Tableau 20 : répartition des données de suivi du couple mère enfant par région en 2013

Régions sanitaires + CHU- YO et CHU-SS	Nbre de femmes enceintes testées séropositives ayant accouché dans une formation sanitaire	Nbre d'enfants nés vivants de mère VIH+	Nbre de mères ayant reçu un traitement prophylactique complet aux ARV	Nbre d'enfants ayant reçu un traitement prophylactique complet aux ARV	Nbre d'enfants nés de mères VIH+ mis sous prophylaxie au cotrimoxazole à partir de la 6e semaine de vie	Nbre d'enfants ayant bénéficié d'un prélèvement pour la PCR (y compris la DBS)	Nbre d'enfants testés positifs à la PCR (y compris la DBS)	Nbre d'enfants testés à 18 mois de vie par les tests rapides	Nbre d'enfants testés positifs à 18 mois de vie par les tests rapides
Boucle du Mouhoun	360	361	277	169	197	35	5	83	8
Cascades	121	121	111	51	79	72	3	20	1
Centre	457	477	459	487	585	402	27	157	24
Centre- Est	161	163	156	89	92	291	41	111	3
Centre - Nord	259	264	238	115	210	26	2	55	0
Centre- ouest	284	285	261	156	193	98	2	52	15
Centre- Sud	112	111	101	66	99	38	4	32	5
Est	142	144	105	48	82	62	3	12	0
Hauts- Bassins	336	340	315	229	316	319	22	197	80
Nord	171	182	132	65	114	15	4	31	3
Plateau central	199	189	174	122	76	48	12	24	28
Sahel	68	70	66	19	61	64	3	23	596
Sud-ouest	270	293	268	128	258	171	4	48	1
CHUYO	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHUSS	10	104	0	0	0	0	0	10	104
Total	3049	3128 (100%)	2701 (89%)	1289	2362	1850 (59%)	85	768	41

Source : Extrait du rapport d'activités DSF 2013

Données sur le dépistage au niveau des structures publiques, privées et communautaires en 2013 sans les sites PTME

Le nombre total de personnes dépistées est estimé à 332 266 en 2013 contre 250 262 en 2012. Le nombre de personnes testées positives est de 7 047 sur 322 266 soit un taux de séropositivité de 2,18% en 2013 contre 2,78% en 2012.

Au niveau des structures sanitaires publiques : 54 602 personnes ont été dépistées en milieu de soins (41 144 de sexe féminin et 13 458 de sexe masculin). Le nombre des personnes testées positives s'élève à 2 516, soit un taux de séropositivité de 4,60% contre 5,25% en 2012.

Tableau 21 : situation du conseil dépistage en milieu de soins en 2013

Items	Hommes	Femmes	TOTAL
▪ Nombre de personnes ayant bénéficié d'un counseling individuel	14 365	54 560	68 925
▪ Nombre total de personnes dépistées	13 458	41 144	54 602
▪ Nombre total de personnes testées positives	800	1 716	2 516
▪ Nombre total de personnes dont le test est indéterminé	76	237	313

Source : PSSLS

Au niveau des institutions et ministères autre que celui de la santé : 20 255 personnes qui ont été dépistées dont 19 311 hommes et 944 femmes, avec un taux de séropositivité de 0,30% soit 61 personnes séropositives.

Au niveau des structures sanitaires privées : 10 000 personnes dont 5 200 femmes ont été touchées par les campagnes de sensibilisation couplées au dépistage.

Au niveau des structures communautaires

247 409 personnes ont bénéficié de conseils et tests volontaires. Parmi ces personnes, 4 470 ont été dépistées séropositives soit un taux de séropositivité de 1,8% contre 2,4% en 2012. Les résultats sont les suivants par type de stratégie :

- en stratégie fixe, le taux de séropositivité est de 5,0% en 2013 contre 5,3% en 2012. On remarque que les femmes participent plus que les hommes aux tests de dépistage (31 137 hommes contre 35 602 femmes) ;
- en stratégie avancée, les femmes de plus de 24 ans sont plus infectées (1,3%) que les hommes de la même catégorie d'âge (0,8%). Ce constat est aussi valable pour la catégorie d'âge de 15 à 24 ans (0,6% pour les filles et 0,1% pour les garçons). Le taux de séropositivité dans cette stratégie est de 0,8% en 2013 contre 1,9% en 2012 ;
- la stratégie mobile a touché 8 559 femmes et 6 424 hommes. La proportion la plus forte des personnes dépistées positives s'enregistre chez les femmes avec 0,9% contre 0,5% chez les hommes. Le taux de séropositivité révélé par cette stratégie est de 0,8% en 2013 contre 0,5% en 2012 ;
- la campagne JMS 2013 a touché 141 080 personnes qui ont réalisé le test de dépistage. Le taux de séropositivité est de 0,6% contre 0,8% en 2012.

Les résultats de la campagne nationale de conseil et de test du VIH anonyme selon les groupes spécifiques se présentent comme suit :

- en milieu prostitutionnel, 47,7% des personnes touchées sont des TS avec un taux de séropositivité de 2,4% contre 2,2% en 2012. On remarque toutefois que ce taux de séropositivité est plus élevé chez les TS de plus de 25 ans, soit 3,2% contre 1,5% chez les moins de 25 ans. Le reste des personnes touchées (soit 52%) est constitué des clients et "des petits amis" des TS avec un taux de séropositivité de 0,4% ;
- la campagne auprès des HSH a concerné trois structures associatives (02 à Ouagadougou et 01 à Bobo-Dioulasso). 273 HSH et 3 de leurs amies filles ont bénéficié du conseil et du test volontaire. La séropositivité est de 0,7% pour les HSH contre 0,8% en 2012 :

Tableau 22 : nombre de personnes testées pendant la campagne auprès des HSH et en milieu prostitutionnel par sexe et par âge

	ADULTES			JEUNES DE 15 A 24 ANS			ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS			TOTAL		
	Nbre de tests	Tests +	%	Nbre de tests	Tests +	%	Nbre de tests	Tests +	%	Nbre de tests	Tests +	%
HSH	132	2	1,5	141	0	0	-	-	-	273	2	0,7
Amies HSH	3	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-
TS	1 416	45	3,2	1 429	22	1,54	2	0	0	2 847	67	2,4
Clients	1 593	9	0,6	1 530	4	0,26	-	-	-	3 123	13	0,4

Source : PAMAC, bilan d'activités 2013

- dans le milieu des routiers, la campagne s'est essentiellement déroulée dans les gares routières, ferroviaires et garages auto de la ville de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. Au cours de cette campagne, 997 personnes de ces deux localités ont bénéficié du conseil et du test. Parmi ces 997 personnes, 161 sont de sexe féminin (16,1%). Au niveau des hommes, le taux de séropositivité est de 0,2% contre 0,6% en 2012 ;
- dans le milieu des commerçants, le taux de séropositivité est de 0,4% contre 0,7% en 2012. La campagne s'est tenue dans 16 marchés de la ville de Ouagadougou et dans 2 marchés de Koudougou. Au cours de cette campagne, 56,4% des personnes ayant bénéficié du conseil et du test sont de sexe féminin avec une séropositivité de 0,7% chez les femmes contre 0,1% chez les hommes.

Tableau 23 : nombre de personnes testées pendant la campagne auprès des commerçants et des routiers par sexe et par âge en 2013

		COMMERÇANTS			ROUTIERS		
		Nbre de tests	Nbre de tests positifs	% tests positifs	Nbre de tests	Nbre de tests positifs	%tests positifs
Adultes	Féminin	631	5	0,8	90	2	2,2
	Masculin	660	1	0,2	526	2	0,4
Jeunes de 15 à 24 ans	Féminin	780	5	0,6	71	0	0
	Masculin	429	-	-	310	0	0
Enfants de moins de 15 ans	Féminin	-	-	-	-	-	-
	Masculin	-	-	-	-	-	-
TOTAL		2 500	11	0,4	997	4	0,4

Source : PAMAC, bilan d'activités 2013

Données d'études et d'enquêtes ponctuelles

Les principales études de références sur l'épidémie du VIH réalisées en 2013 sont :

- la sérosurveillance du VIH au niveau des sites sentinelles (PSSLS) ;
- l'étude comportementale et biologique chez les HSH et les TS (PAMAC) ;
- l'étude sur les Indicateurs d'alerte précoce (PSSLS) ;
- l'étude sur les résistances aux ARV (PSSLS).

IV. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA

Objectif 1. : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle

IND_1.1 : Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH*

Les résultats de l'EDS IV (2010) révèlent que 32,35% des personnes de 15 à 24 ans ont une connaissance exacte des moyens de prévention du VIH. Selon ces mêmes données, on constate que la connaissance en matière de prévention du VIH semble être corrélée avec l'âge et le sexe. Ainsi au niveau des filles cette proportion est de 31,06% contre 35,80% pour les garçons, et pour les tranches d'âge de [15-19] et [20-24] elle est respectivement de 30,90% et 42,61% pour les garçons contre 31,06% et 28,80% pour les filles.

IND_1.2 : Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans

Au Burkina Faso la sexualité avant l'âge de 15 ans est rarement observée sauf au niveau des filles qui relève de la pratique sociale de certaines ethniques. Cependant avec les efforts engagés par les autorités dans la lutte contre le mariage forcé et/ou précoce, cette pratique tend à disparaître. Toutefois, avec le développement de la technologie de la communication et de l'information, les médias (télévision et internet) ne cessent de diffuser des feuillets et des images pornographiques, qui ne font qu'encourager les jeunes à aller à la découverte de la sexualité.

Cependant, les données de l'EDS IV (2010) indiquent qu'une faible proportion (7,29%) des jeunes a eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. Cette proportion est plus élevée chez les filles (9,30%) qu'au niveau des garçons (1,90%).

IND_1.3 : Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois

La multiplicité des partenaires accroît le risque d'infection par le VIH. Ce risque est d'autant plus élevé que l'utilisation du préservatif comme moyen de prévention est faible.

La proportion de personnes qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire est relativement faible selon l'EDS IV (2010). Moins de 5% des enquêtés âgés de 15 à 49 ans ont affirmé avoir eu au moins, deux partenaires sexuels différents au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête. Cette proportion est nettement plus élevée au niveau des hommes (16,57%) et tend à croître avec l'âge, alors que chez les femmes elle est de 0,57% avec une tendance à la baisse plus l'âge augmente.

IND_1.4 : Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*

Les données de l'EDS IV (2010) montrent que parmi les personnes ayant eu des partenaires sexuels multiples au cours des douze derniers mois, seulement 28,96% ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernière partenaire. Les niveaux d'utilisation les plus élevés

sont observés chez les femmes 56,70% contre 26,44% pour les hommes. Ces mêmes données montrent que les personnes âgées de 25 à 49 ans utilisent très peu le préservatif.

IND_1.5 : Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Selon les résultats de l'EDS IV (2010) 10,43% des enquêtés âgés de 15 à 49 ans, ont déclaré avoir réalisé un test de dépistage du VIH au cours des douze derniers mois écoulés et connaissent leur résultat. Cette proportion est de 11,20% et 8,42% respectivement pour les femmes et les hommes.

Le pourcentage de la population ayant effectué un test de dépistage et qui en connaît les résultats varie en fonction de la tranche d'âge. Chez les hommes, ce taux est de l'ordre de 3,97% pour les 15-19 ans, 10,92% pour les 20-24 ans et 9,36% pour les 25-49 ans. Du côté des femmes, on a la même tendance : de 7,91% chez les 15-19 ans, le taux passe à 16,49% et 10,57% respectivement chez les 20-24 ans et 25-49 ans.

IND_1.6 : Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*

Le rapport de la sérosurveillance sentinelle de 2012, estime qu'en 2011, la prévalence chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans était de 0,7% [0,5 - 1,1] en 2011 contre 1,3% [0,9 - 1,7]. en 2010.

IND_1.7 : Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH

L'enquête de surveillance comportementale réalisée en novembre 2010 dans quelques grandes villes du Burkina Faso, auprès des groupes à haut risque (professionnel/travailleuse de sexe et leurs clients), indique que 66,73% des travailleuses de sexe interrogées (1019) ont été touchées par les activités de prévention du VIH (distribution de préservatifs), et connaissent au moins un centre de dépistage du VIH.

IND_1.8 : Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client

Lors de l'enquête de surveillance comportementale de 2010, les travailleuses de sexe ont été interrogées sur l'utilisation de condom à chaque rapport sexuel tenu le dernier jour de travail. Pour cette interrogation, 98,23% des travailleuses de sexe ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client. On note une tendance similaire de cette pratique aussi bien chez les travailleuses de sexe de moins de 25 ans que pour celles de plus de 25 ans.

IND_1.9 : Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

L'analyse des données de l'enquête de surveillance comportementale de 2010 montrent que 82,92% des travailleuses de sexe enquêtées ont effectué le test de dépistage du VIH et ont reçu le résultat au cours des 12 derniers mois. On enregistre une hausse considérable par rapport à la première étude réalisée par le SP/CNLS-IST en 2008, qui était de 38%.

IND_1.10 : Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH

Les acteurs intervenant dans le domaine de la prévention et aussi de la prise en charge des PVVIH accordent une attention particulière aux travailleuses du sexe, qui sont considérées comme groupe spécifique à haut risque d'infection.

Les données de l'enquête de surveillance comportementale de 2010 indiquent que sur un échantillon de 1016 TS dépistées, la prévalence générale est de 16,40%, IC à 95% [14,14-18,8]. Les résultats de la même étude montrent aussi que la prévalence au sein de ce groupe varie en fonction de l'âge.

IND_1.11 : Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH

Les HSH tout comme les TS sont considérés comme un groupe spécifique à haut risque d'infection

Les résultats de l'analyse situationnelle sur la problématique des minorités sexuelles en rapport avec le VIH, réalisée courant avril et mai 2010 dans les deux grandes villes du pays (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) révèlent que près de 47% des enquêtés ont eu à approvisionner des préservatif dans des boutiques.

IND_1.12 : Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme

Les résultats de l'étude comportementale et de serprévalence VIH et syphilis réalisée en 2013 par le PAMAC en collaboration avec l'IRSS et l'université John Hopkins, montrent que 76,64% des enquêtés (HSH) ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal.

IND_1.13 : Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Les données de la même étude indiquent que 22,19% des HSH ont effectué un test de dépistage VIH au cours des douzes (12) derniers mois et en ont reçu leur résultat.

IND_1.14 : Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

L'étude comportementale et de séroprévalence de 2013, estime la prévalence au sein des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à 22,19%.

IND_1.15 : Nombre d'établissement de santé où le dépistage du VIH et les services de conseil sont disponibles

Les efforts du gouvernement dans la riposte du VIH, peuvent être appréciés par les investissements en infrastructures et équipements dans le domaine de la santé. Ce qui permettra d'augmenter en particulier le taux de couverture des structures sanitaires par l'offre de service de conseil et dépistage aux IST en général et au VIH en particulier.

Les données consolidées à partir des rapports du sous secteur de la santé, du secteur privé, et du secteur communautaire, montrent que 2108 structures sanitaires aussi bien publiques,

privée que communautaire, dont 1745 établissements de santé (y compris les sites PTME) offrent des services de conseil et dépistage du VIH.

IND_1.16 : Dépistage du VIH chez les plus de 15 ans

Le conseil dépistage est recommandé pour faciliter le diagnostic et la prise en charge des PVVIH. Il est réalisé dans les formations sanitaires et à travers diverses stratégies de proximité aux populations.

Le nombre total de personnes dépistées (sans les données de la PTME) est passé de 247 407 en 2012 à 315 060 en 2013 soit 66,78% de la cible (extrant) attendue en 2013 qui est de 471 751. Le nombre de personnes testées positives est de 6 870 soit un taux de séropositivité de 2,18% contre 2,81% en 2011.

Quant aux activités de conseil et de dépistage, menées dans les centres de consultation prénatale dans le cadre de la PTME, elles ont abouti au dépistage de 649 370 femmes enceintes en 2013 contre 548 958 femmes enceintes en 2012. Ce nombre correspond à un taux d'adhésion de 82,31%.

IND_1.17 : Infection sexuellement transmissible (IST)

Les structures sanitaires ont notifié 172 247 cas d'IST en 2012 contre 156 684 en 2011, soit une hausse de 10%. Ceci dénote d'une meilleure prise en charge partant des efforts qui sont faits pour une meilleure surveillance des IST, les dotations en intrant, etc. Les syndromes les plus fréquents demeurent l'écoulement vaginal (41,2%), suivi par les douleurs pelviennes (27,62%), ce qui traduit une incidence plus élevée chez les femmes (16,28‰) que chez les hommes (3,81‰). Des efforts de sensibilisation devraient être faits auprès des hommes pour le dépistage et le traitement des IST.

Le rapport de la serosurveillance de 2013, estime qu'en 2012, la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans était de 1,6% [1,4-2,0] en 2012 contre 1,9% [1,6-2,2] en 2011.

Pour ce qui concerne les jeunes femmes enceintes (15 à 24 ans), les données de la même enquête donnent un taux de séropositivité de 1,19% et 1,7% respectivement pour les tranches d'âge de 15 à 19 ans et 20 à 24 ans ; soit un taux global de séropositivité à la syphilis de 1,7% contre 1,98 en 2011.

En outre, toutes les femmes enceintes infectées par la syphilis ont bénéficié d'une prise en charge médicale conformément aux normes en vigueur pour les cas d'IST notifiés.

Objectif 2. : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables

Pour ce qui est de l'objectif 2, il n'existe pas encore de données d'enquêtes permettant d'apprécier l'ampleur des consommateurs de drogues injectables sur le territoire. Les quelques études réalisées n'ont pas permis d'identifier les consommateurs de drogues injectables.

IND_2.1 : Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues

Données non disponibles

IND_2.2 : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport

Données non disponibles

IND_2.3 : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection

Données non disponibles.

IND_2.4 : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Données non disponibles.

IND_2.5 : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH

Données non disponibles.

IND_2.6 : Personnes bénéficiant de traitement de substitution aux opiacés

Données non disponibles.

IND_2.7 : Nombre de sites ciblés où des programmes d'aiguilles et de seringues sont menés

Données non disponibles.

Objectif 3. : D'ici à 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida

IND_3.1 : Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant

3369 femmes enceintes séropositives ont reçu en 2013 un traitement prophylactique complet aux ARV pour prévenir le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ceci représente 62,09 % des mères ayant besoin de PTME estimées par Spectrum. En 2012, 2 556 femmes enceintes séropositives ont reçu un traitement prophylactique complet aux ARV pour prévenir le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Des efforts devront être consentis en 2014 pour maintenir cette performance.

IND_3.2 : Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie

Dans le cadre du suivi des enfants nés de mères séropositives, on note que 46,83% des enfants nés de mères séropositives (N=3064), ont bénéficié d'un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie. Des efforts importants ont été faits avec l'introduction de la PCR pour un diagnostic précoce dès la sixième semaine mais l'accessibilité reste encore faible car seulement six laboratoires ont les capacités techniques pour la réalisation des PCR.

Les autres formations sanitaires (1 745) font les prélèvements sur papier buvard et les acheminent dans ces laboratoires selon une répartition géographique.

IND_3.3 : Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)

L'objectif assigné est de réduire la transmission résiduelle du VIH, de la mère à l'enfant de moins de 5%. Le résultat obtenu par le programme PTME en 2013 est 5,72% (N=2203). Ce taux est au dessus de l'objectif fixé. Des efforts devront être fournis quant à l'observance des femmes enceintes enregistrées dans le programme PTME. Toutefois, on remarque que le taux d'adhésion s'améliore d'année en année, ce qui constitue un espoir vers l'élimination virtuel.

IND_3.4 : Pourcentage de femmes enceintes qui ont été testées pour le VIH et ont reçu leur résultat pendant la grossesse, pendant le travail et l'accouchement, pendant la période post partum (< 72 heure), y compris celles dont le statut VIH précédemment connu

En 2013, 654381 femmes enceintes connaissaient leur statut sérologique (ancien VIH++nouveau VIH+), soit un taux de 82,95 % si l'on rapporte chiffre au nombre de femmes enceintes vues en CPN soit 788 892. Cette performance s'explique par l'usage des tests rapides, qui permettent à toutes les femmes testées de recevoir leurs résultats sur place.

IND_3.5 : Pourcentage de femmes enceintes consultant dans les services de soins prénatals, dont le partenaire masculin a été dépisté pour le VIH

Les données de la PTME montrent qu'en 2013, seulement 1,44% (N=788 892) des partenaires des femmes enceintes (hommes) ont réalisé leur test de dépistage. Ce taux reste faible en dépit des efforts déployés pour assurer l'implication massive des partenaires des femmes enceintes aux activités de consultations prénatales. Cela serait dû à l'influence des pesanteurs socioéconomiques.

IND_3.6 : Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'éligibilité à l'accès au traitement antirétroviral a été évaluée selon les critères cliniques ou immunologiques (numération des CD4)

Au cours de l'année 2013, seulement 16, 39 % des femmes enceintes séropositives au VIH étaient éligibles à l'accès au traitement antirétroviral (N=5423). L'approche de la détermination de l'accès au traitement antirétroviral sur la base de l'évaluation des critères cliniques ou immunologiques a débuté en 2011 et qui va se renforcer certainement avec le temps.

IND_3.7 : Pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH, recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) dans les six premières semaines de vie

L'élimination virtuelle de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est la préoccupation majeure du programme. Aussi 2369 enfants nés dans les formations sanitaires ont bénéficié de la prophylaxie ARV en vigueur actuellement dans le pays. La couverture est de 43,66% par rapport au nombre de mères VIH+ qui vont donner naissance à un enfant qui est estimé à 5426 selon Spectrum. Il s'avère donc nécessaire d'intensifier les efforts pour développer des stratégies en vue de minimiser au maximum la transmission du VIH aux nourrissons nés de mères séropositives

IND_3.8 : Nourrissons nés de femmes séropositives au VIH, recevant des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH durant la période de l'allaitement au sein

Données non disponibles.

IND_3.9 : Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) dans les deux mois suivant leur naissance

En 2013, 2369 enfants nés de mères séropositives ont bénéficié de la prophylaxie au cotrimoxazole (CTX). En se référant au Spectrum, la proportion d'enfants couverts est de 43 66% contre 28,89% en 2012.

IND_3.10 : Distribution des pratiques d'alimentation à l'âge de 3 mois (allaitement au sein exclusif, de substitution, mixte/autre) pour les enfants nés de femmes séropositives au VIH, à la visite DTC3.

Non disponibles.

IND_3.11 : Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals au moins une fois durant la période couverte par les données

En 2013, 791 788 femmes enceintes ont été vues en consultation prénatales contre 771 661 en 2012 soit une hausse de 2,61 %. Cela dénote de l'amélioration de la couverture sanitaire qui se traduit par la réduction du rayon d'accès au service de santé.

IND_3.12 : Etablissements de santé

Les données du programme PTME, 1745 centres de santé offrent des prestations de consultations et de soins prénatals contre 1 723 en 2012. Au total, 38 formations sanitaires mettent en œuvre le comptage des CD4 en stratégie fixe et mobile. Par ailleurs il est à noter que des efforts ont été déployés pour que tous les sites de traitement assurent la prise en charge pédiatrique.

En ce qui concerne les services offrant les tests virologiques sur sites, ils sont au nombre de 8. Ils se font surtout en ambulatoire ou mobile sur papier buvard (DBS) pour 1 745 formations sanitaires. En considérant les formations sanitaires éligibles pour les sites PTME, la couverture est de 97,6%.

Objectif 4. : D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH

IND_4.1 : Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès

Les structures associatives (10), en collaboration avec les structures sanitaires publiques (81) et privées (9), ont pu fournir des soins de santé aux personnes vivant avec le VIH/Sida. Les résultats suivants ont été obtenus :

Au 31 décembre 2013, le nombre de malades sous traitement ARV est passé de 38 790 PVVIH en 2012 à 42 145 en fin décembre 2013 à soit une couverture de 74,05% de la cible estimée en 2013 par le PNM (48 375) et 37,4% par rapport à Spectrum 2013 (112653). Parmi ces 42 145 PVVIH sous ARV, 40 276 patients sont des adultes (avec 29,49% d'homme) et 1 869 sont des enfants de moins de 14 ans (avec 57,51% de garçons).

IND_4.2 : Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale

La couverture est de 78,9% (N=1145) calculé selon la méthode de cohorte. Ce chiffre est deçà des objectifs nationaux qui sont d'au moins 85%. La méthode de calcul doit être revue pour plus de fiabilité.

IND_4.2b : Traitement contre le VIH : Rétention à 24 mois

Données non disponibles.

IND_4.2c : Traitement contre le VIH : Rétention à 60 mois

Données non disponibles.

IND_4.3 : Établissements de santé qui dispensent des traitements antirétroviraux

Les efforts se sont poursuivis pour l'accroissement des structures de prise en charge. En effets, les structures de prise en charge sont passées de 99 en 2012 à 100 en 2013. De façon spécifique la répartition se présente comme suit :

- structures associatives = 10
- structures privées = 9
- structures publiques = 81 (dont 06 structures confessionnelles)

IND_4.4 : Ruptures de stocks d'antirétroviraux

Durant l'année 2013, sur les 100 structures de prise en charge médical (ARV) des PVVIH, aucune rupture d'ARV n'a été constatée.

IND_4.6_D1 : Pourcentage d'adultes et d'enfants pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH, répondant aux critères d'accès (selon les recommandations nationales) à la prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) et recevant cette prophylaxie actuellement

La file active des PVVIH est de 70 230 dont 42145 sont sous traitement ARV. Le différentiel est de 28 085 et sont également tous sous cotrimoxazole à titre prophylactique conformément aux normes en vigueur.

Objectif 5. : D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

IND_5.1 : Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH

Au cours de l'année 2013, sur 5 520 cas de tuberculose notifiés, ceux qui ont été testés pour le VIH sont de 5 295, soit une proportion de 99,92%. Parmi ces cas testés, 668 se sont révélés positifs, soit un taux de séropositivité/co-infection de 12,61% contre 14,22% en 2012. Sur ces cas positifs, 655 malades ont bénéficié de la prophylaxie au cotrimoxazole et de traitement ARV, soit une proportion de 98,05%. Cela correspond selon la cible OMS, à une proportion de 41%.

Ainsi, pour la recherche du VIH chez les patients tuberculeux, on note une meilleure adhésion desdits patients au test VIH en 2013 (99,92%) contre 84,5% en 2012 et 82,49% en 2011.

IND_5.2 : pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH nouvellement inscrit dans les services de soins et chez qui une tuberculose active a été détectée

En fin 2013, sur un total de 70 230 PVVIH inscrites sur la file active, 40 558 patients ont bénéficié d'une recherche active de la tuberculose, soit une proportion de 57,75%. Parmi ces 40 558, le nombre de cas de tuberculose détecté est 508 soit un taux de co-infection de 1,25%.

IND_5.3 : Pourcentage d'adultes et d'enfants récemment pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH et ayant débuté une thérapie contre la tuberculose latente (thérapie préventive par isoniazide)

Données non disponibles.

IND_5.4 : Pourcentage d'adultes et d'enfants inscrit pour des soins à VIH, chez qui, le statut par rapport à la tuberculose a été évalué et enregistré au cours de leur dernière visite

En 2013, 57,8% des patients inscrit sur la file active ont bénéficié d'une recherche de tuberculose. Parmi ces PVVIH, 508 ont été dépistées tuberculose positive.

Objectif 6. : Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

IND_6.1 : Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement

L'étude sur l'estimation des flux de ressources et dépenses liées au Sida pour l'année 2012 fait ressortir le point sur le niveau global de financement de la réponse nationale et une description détaillée de la destination et de l'utilisation des ressources.

Flux des ressources et des dépenses de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2012

L'estimation du flux des ressources et des dépenses de Sida pour l'année 2012 s'élève à la somme de 26,26 milliards de F CFA, soit 51,49 millions de dollars US contre 18,88 milliards de F.CFA (39,98 millions de dollars US) en 2010. Ce montant correspond à une dépense par tête d'habitant de 1 565 F CFA (3,07 dollars US) en 2012 contre 1 161,95 F CFA (2,46 dollars US) en 2011. On note une nette hausse entre les deux années.

Les dépenses de la réponse nationale au Sida au Burkina Faso en 2012 ont représenté 0,49% du Produit intérieur brut (PIB¹) contre 0,40% en 2011 soit une hausse de 9 points.

Détails sur les flux de ressources et dépenses

Sources de financement

Les sources de financement représentent les divers groupes de bailleurs qui ont financé la réponse nationale au VIH. Il s'agit entre autre des :

- financements intérieurs qui sont constitués de fonds publics (Budget de l'État, prêts remboursables et autres fonds publics non classés ailleurs) et les fonds privés (autofinancement des entreprises, fonds des ménages et fonds propres des institutions à but non lucratif) et ;
- des financements extérieurs, qui comprennent les fonds fournis par les partenaires bilatéraux, les multilatéraux, les ONG internationales et les fondations.

La source de financement la plus importante demeure les fonds internationaux qui ont fourni 21,15 milliards de F CFA soit 80,52% du montant total des dépenses en 2012 contre 16,91 milliards de FCFA représentant 65,40% du montant total des dépenses en 2011.

La situation consolidée des dépenses de 2012 par source de financement est présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 24 : situation des dépenses par source de financement, 2012

SOURCES DE FINANCEMENT	Montant FCFA	Montant en USD	Pourcentage
FS.01 Fonds publics	3 575 419 945	7 010 627	13,62%
FS.02 Fonds privés	1 539 261 309	3 018 159	5,86%
FS.03 Fonds internationaux	21 145 224 619	41 461 225	80,52%
TOTAL GENERAL	26 259 905 873	51 490 012	100,00%

Source : Données REDES 2012

A l'instar des années précédentes et des résultats de divers pays africains à faibles revenus, la principale source de financement de la réponse nationale au VIH provient des fonds extérieurs ou du reste du monde. Aussi, au fil des années, la participation des ressources intérieures commence à être plus substantielle.

Le terme financement extérieur comprend les fonds fournis par les partenaires bilatéraux, les multilatéraux, les ONG internationales et les fondations.

¹ Le PIB du Burkina Faso selon les données de la Banque Mondiale est évalué à 5 658,9 milliards de FCfa en 2012.

Les financements extérieurs ont représenté pour 80,52% du total des dépenses et ceux intérieurs constitués de fonds publics (Budget de l'Etat, prêts remboursables et autres fonds publics) et des fonds privés ont représenté 19,48%. On pourrait noter une baisse des financements intérieurs qui se situaient à 30,74% en 2011 et 26,23% en 2010.

Les partenaires extérieurs ont été les principaux pourvoyeurs de fonds pour la lutte contre le VIH, le Sida et les IST au Burkina Faso en 2012. En effet, ils ont appuyé l'Etat burkinabè avec 21,15 milliards de FCFA, soit 80,52% des dépenses totales, contre 13,07 milliards de F CFA en 2011, soit 69,26% du total des dépenses.

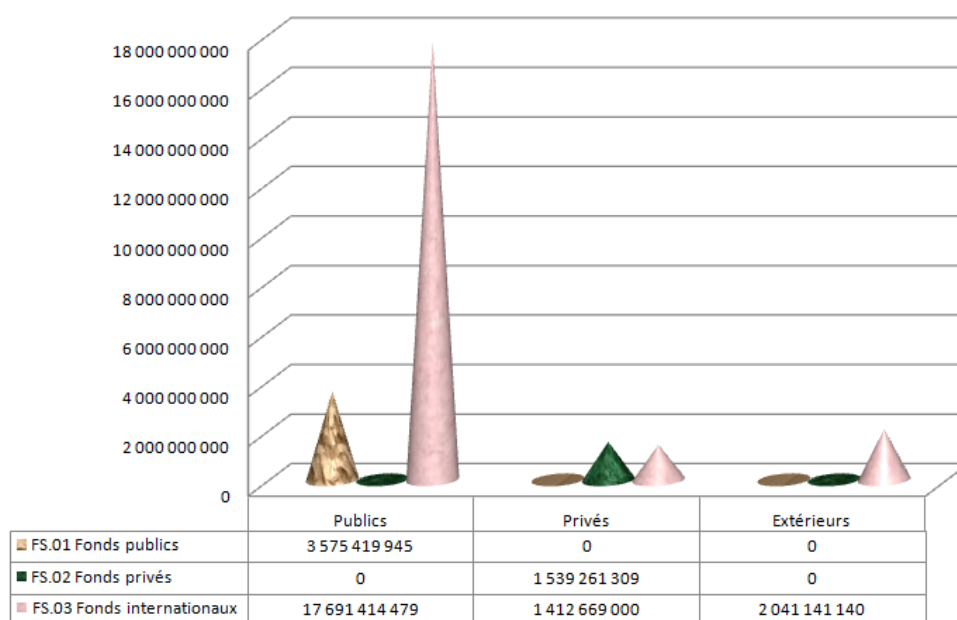
Agents financiers

Les agents de financement représentent les entités qui décident de l'utilisation des fonds. Ce sont des entités à partir desquelles les ressources financières transitent avant d'atteindre les prestataires de biens et de services.

L'analyse des données financières montre que :

- 80,99% des ressources dépensées en 2012 ont transité par les agents publics, contre 83,26% en 2011. On note ainsi un maintien du pouvoir de décision relatif à l'affectation des ressources par les agents publics malgré une légère baisse par rapport à 2011 ;
- 11,24% des ressources dépensées ont transité par les agents privés contre 13,65% en 2011 ;
- 7,77% des ressources dépensées ont transité par les agents extérieurs en 2011, contre 3,09% en 2011. Une hausse est constatée à ce niveau.

Graphique 3 : répartition des dépenses par type d'agent de financement en fonction des sources de financement



Source : Données REDES 2012

Le tableau suivant donne le détail de la répartition des ressources mobilisées pour la réponse nationale au VIH par source et par agent de financement :

Tableau 25: répartition des ressources des sources de financement par agent de financement en 2012 (FCFA)

SOURCES /AGENTS	Agents de financements			TOTAL	POURCENTAGE
	Publics	Privés	Extérieurs		
FS.01 Fonds publics	3 575 419 945	-	-	3 575 419 945	13,62%
FS.02 Fonds privés	-	1 539 261 309	-	1 539 261 309	5,86%
FS.03 Fonds internationaux	17 691 414 479	1 412 669 000	2 041 141 140	21 145 224 619	80,52%
Contributions bilatérales directes	3 632 423 620	-	856 552 500	4 488 976 120	17,09%
Organismes multilatéraux	13 957 698 913	1 412 669 000	1 083 899 242	16 454 267 155	62,66%
Organisations et fondations internationales à but non lucratif	101 291 946	-	100 689 398	201 981 344	0,77%
TOTAL	21 266 834 424	2 951 930 309	2 041 141 140	26 259 905 873	100,00%
Pourcentage	80,99%	11,24%	7,77%	100,00%	

Source : Données REDES 2012

Les agents de financement du secteur public mobilisent leurs ressources auprès de gouvernements (budget de l'Etat) et des partenaires techniques et financiers (PTF). Les agents de financement du secteur privé utilisent leurs propres ressources ou les fonds provenant de partenaires extérieurs (multilatéraux généralement).

Une partie des fonds extérieurs est gérée par les partenaires techniques et financiers eux-mêmes dans l'administration des divers programmes de lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

Prestataires de services

La production des biens et des services dans le cadre de la réponse nationale au VIH/SIDA a été réalisée par tous les trois (03) types de prestataires habituels que sont :

- les prestataires du secteur public avec 10,2 milliards FCFA ;
- les prestataires du secteur privé tenant la tête avec 15,9 milliards FCFA ;
- les entités bilatérales et multilatérales avec seulement 209,5 millions FCFA de services produits.

Le tableau ci-dessous présente la répartition et l'évolution des dépenses par type de prestataire en 2012 :

Tableau 26 : répartition des dépenses par type de prestataire en 2012 (FCFA)

FA CATEGORIES	FA.01 SECTEUR PUBLIC	FA.02 SECTEUR PRIVE	FA.03 ORGANISMES ACQUEREURS INTERNATIONAUX	TOTAL GENERAL	POURCENTAGE
PS.01 Prestataires du secteur public	9 769 734 900	69 338 289	357 160 839	10 196 234 028	38,8%
PS.02 Prestataires du secteur	11 497 099 524	2 882 592 020	1 474 453 898	15 854 145 442	60,4%
PS.03 Organismes multilatéraux	-	-	209 526 403	209 526 403	0,8%
TOTAL GENERAL	21 266 834 424	2 951 930 309	2 041 141 140	26 259 905 873	100,0%

Source : Données REDES 2012

Il ressort que la plupart des interventions de la réponse nationale au VIH ont été exécutées par les acteurs nationaux avec 99,2% des dépenses totales, contre 96,91% en 2011, soit en hausse de plus de 2%. A l'intérieur de ces acteurs nationaux, ceux du secteur public ont

exécuté 38,8% des dépenses totales contre 67,91% en 2011 tandis que ceux du secteur privé ont exécuté 60,4% contre 29% des dépenses totales de 2011.

Le poids des interventions du sous-secteur santé à travers le SP/CNLS-IST et le Ministère de l'action sociale explique en partie la prédominance du secteur public.

Types d'interventions

L'analyse fonctionnelle fait état de la situation des ressources et des dépenses dans les divers secteurs d'intervention.

Tableau 27: répartition des dépenses par catégorie d'intervention

CATEGORIES DE DEPENSES	FONDS PUBLICS	FONDS PRIVES	FONDS EXTERIEURS	TOTAL	%
Prévention	2 816 934 945	303 033 471	4 381 330 703	7 501 299 119	28,57%
Traitement et soins	1 254 500 000	1 171 033 089	5 514 974 219	7 940 507 308	30,24%
Activités OEV	1 300 460 000		2 018 513 000	3 318 973 000	12,64%
Gestion et administration de programme	2 361 850 000	55 745 600	3 121 851 500	5 539 447 100	21,09%
Ressources humaines	254 500 000		497 000 251	751 500 251	2,86%
Protection sociale et services sociaux	75 550 000			75 550 000	0,29%
Environnement favorable	733 254 000	9 449 149	288 639 000	1 031 342 149	3,93%
Recherches liées au VIH			101 291 946	101 291 946	0,39%
TOTAL GENERAL	8 797 048 945	1 539 261 309	15 923 600 619	26 259 910 873	100,00%

Source : Données REDES 2012

Ainsi, au titre de l'année 2012, l'essentiel des dépenses effectuées se sont concentrées sur quatre (04) catégories d'interventions que sont :

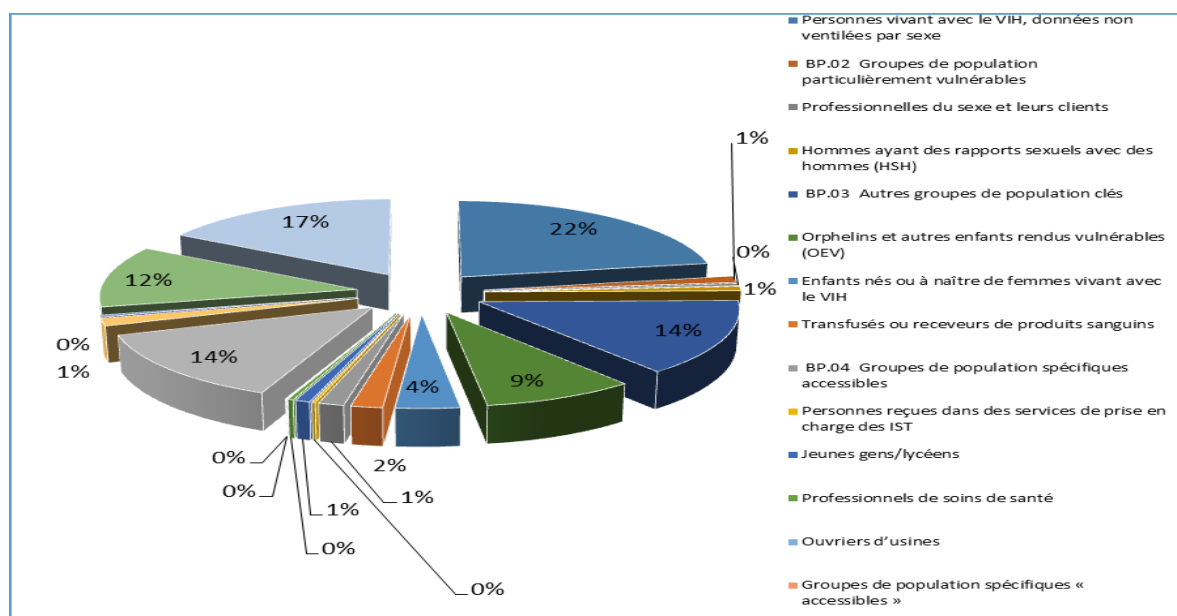
- les traitements et soins pour 30,24%, contre 46,48% en 2011, en baisse de 16,24% ;
- la prévention 28,57% contre 26,92% en 2011, en légère hausse ;
- la gestion de programme de renforcement de l'administration avec 21,09% des dépenses contre 18,66% pour 2011 ;
- les OEV qui englobent 12,64% des ressources.

Certaines catégories d'intervention ont été faiblement financées telles que l'environnement favorable (2,86%), la recherche liée au VIH (0,39%) et la protection sociale (0,29%).

Population bénéficiaire

La délimitation des groupes de populations cibles a pour but de quantifier les ressources allouées aux bénéficiaires des services fournis dans le cadre d'un programme. Les résultats obtenus permettront aussi une réallocation des ressources si nécessaire. Ces groupes de populations bénéficiaires ont été sélectionnés en fonction de la nature du projet ou de l'objectif associé aux dépenses engagées dans le cadre du programme.

Au titre de l'année 2012, toutes les six (06) catégories de populations bénéficiaires ont été touchées par les services. Le graphique ci-dessous illustre cette situation

Graphique 4 : répartition des dépenses par population bénéficiaire, 2012

Source : Données REDES 2012

En outre, certaines populations bénéficiaires comme les professionnels de santé, les professionnelles de sexe, les ouvriers, les personnes reçues dans les services de prise en charge des IST, ont bénéficié de faibles financements en 2012.

Il est à noter que le groupe de population particulièrement vulnérable dans son ensemble a bénéficié de seulement 1,79% des ressources dépensées, de même que le groupe de population spécifiques avec 2,1% des ressources totales dépensées.

Quatre (04) groupes de populations bénéficiaires ont reçu d'importants financements en 2012. Il en a toujours été de même au cours des années antérieures.

On pourrait noter à partir de la figure :

- les Personnes vivant avec le VIH ont bénéficié de 32,11% des dépenses totales contre 46,37% en 2011, soit une baisse de 14,26% ;
- les initiatives non ciblées représentent 23,78% du total des dépenses en 2012 contre 18,95% en 2011, soit une hausse sensible ;
- les dépenses effectuées au profit des autres groupes de population clé représentent 20,58% de l'ensemble des dépenses en 2012 ;
- les dépenses effectuées au profit de la population générale représentent 19,63%.

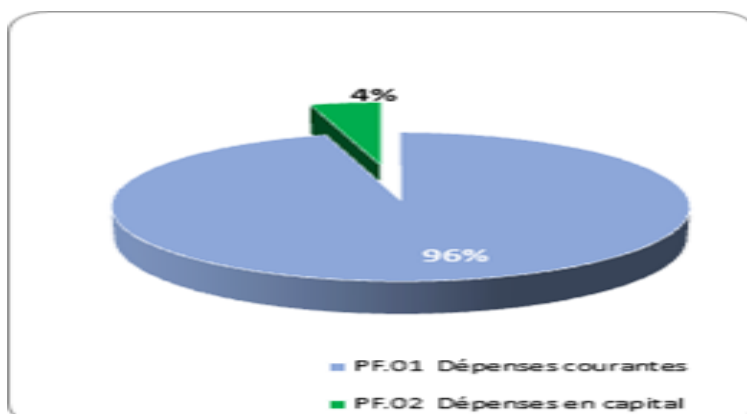
Objets de dépenses

Comme l'illustre le graphique ci-après, la répartition des dépenses par objet de dépenses est composée :

- de dépenses courantes (fournitures et services) à hauteur de 96% des dépenses totales en 2012 contre 95,73% 2011 ;
- de dépenses en capital se limitant seulement à 4% contre 4,31% en 2011.

On observe une constance dans la répartition des ressources entre les dépenses courantes et celles en capital entre 2011 et 2012.

Graphique 5 : répartition des dépenses par objet



Source : Données REDES 2012

Les dépenses courantes ont concerné essentiellement :

- les dépenses en fournitures et services pour 65% des dépenses totales (ARV, produits alimentaires, réactifs, médicaments, etc.) ;
- les dépenses de prestations de services avec 24% (consultance, services administratifs, publication, transports, services de logistique, etc.) ;
- le revenu du travail pour 11% (salaires, perdiem, etc.).

Il est important de noter que de façon globale, les ARV ont représenté le premier facteur de production en termes de financement (22,35%) suivi des produits alimentaires (10,21%). Les réactifs et matériels ont également eu une importante place (9,27%). Par contre, les technologies de l'information et les équipements de laboratoire pourtant nécessaire ont été faiblement financés avec moins de 1%.

Par ailleurs, il convient de noter que pour pallier au non respect des engagements de certains PTF dû à la crise financière, le gouvernement a inscrit dans le budget 2013, un montant de 8 milliard de francs Cfa ; et cette initiative se poursuit également en 2014. Ce qui permettra non seulement de couvrir les besoins en ARV et réactif mais aussi de renforcer les capacités opérationnelles des structures de coordination ; toute chose qui permettra d'accroître l'offre de prise en charge médicale des PVVIH.

Objectif 7. : Eliminer les disparités entre les sexes

IND_7 : Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois

Selon les résultats de l'EDS IV (2010), 9,4% des femmes de 15 à 49 ans vivant en couple, ont déclaré avoir subi de violence physique ou sexuelle de la part de leur mari ou partenaire. Selon les tranches d'âges, on note un taux sensiblement identique.

Objectif 8. : Eliminer la discrimination et la stigmatisation

Le comportement que les gens adopteraient dans différentes situations à l'égard des personnes séropositives ou malade du sida est révélateur du niveau de stigmatisation et de discrimination à l'égard des PVVIH. Au cours de l'EDS IV, des questions ont été posées aux enquêtés ayant entendu parler du sida pour connaître leurs attitudes face aux personnes infectées.

A la question « achèteriez-vous des légumes frais chez un commerçant vivant avec le VIH/Sida », seulement 38% des enquêtés (âgé de 15 à 49 ans) feront preuve de tolérance dans une telle situation. Par ailleurs, ces données montrent que les hommes (43%) se montreraient plus tolérants que les femmes (36%).

Objectif 10. : Renforcer l'intégration du VIH

IND_10.1 : Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*

Les données de l'EDS IV (2010), révèlent que selon l'état de survie des parents, il n'existe aucune disparité en matière de scolarisation des enfants de 10 à 14 ans.

En effet quand les deux parents sont en vie, 53,10% des enfants de 10 à 14 ans vont à l'école contre 53,61% quand les parents sont décédés.

IND_10.2 : Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre

Données non disponibles.

V. MEILLEURES PRATIQUES

Pour ce qui concerne les meilleures pratiques, le Burkina est une destination, en témoignent les multiples voyages d'études reçus par le SP/CNLS-IST au cours des dernières années. La documentation des meilleures pratiques a été un défi à relever et le processus a connu des avancées importantes. Sous la conduite du SP/CNLS-IST, un groupe de travail pluridisciplinaire et multisectoriel comprenant en son sein une équipe restreinte a été mis en place. Ce groupe a œuvré à la définition des critères et à la sélection de 59 meilleures pratiques.

En 2012 des travaux de finalisation des propositions ont été réalisés par les membres du groupe de travail. Une rencontre de lecture et d'amendements des projets de documents s'est tenue en vue d'orienter la finalisation de la documentation des propositions de meilleures pratiques retenues.

En outre, le PAMAC a commandité en 2012 une étude visant à élaborer un document, permettant de valoriser les bonnes pratiques. Ce document a été diffusé au cours de l'année 2013 et son appropriation par les acteurs permettra d'améliorer leurs stratégies interventions.

Par ailleurs, un processus impliquant tous les acteurs communautaires est en cours, et permettra à terme, de disposer de nouveaux meilleurs pratiques au niveau national. Ce qui contribuera à favoriser la promotion de partage d'expérience en matière d'intervention communautaire.

a). Direction politique

Depuis 2001, le Président du Faso, Président du Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST, préside ledit Conseil et cela est perçu comme une meilleure pratique dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA. En effet, pendant plus d'une décennie son Excellence Monsieur Blaise Compaoré, Président du Faso, Président du Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST a toujours présidé de bout en bout tous les travaux des différentes sessions du CNLS-IST. Dans la sous-région, cela a été bien apprécié au regard de l'intérêt que les autres CNLS ont accordé à ces sessions par leur présence au cours de la 6^{ème} session qui s'est tenue le 16 mars 2007. Au titre de ces participations, on peut citer les responsables des CNLS du Mali, du Niger et du Bénin.

Pour la 7^{ème} session qui s'est tenue le 21 décembre 2007, on a enregistré la participation d'une forte délégation accompagnant son Excellence Monsieur le président de la République du Bénin, qui a marqué son soutien aux travaux de la session tout en félicitant son homologue du Burkina Faso.

Pour la 8^{ème} session qui s'est tenue le 6 février 2009, on note la participation remarquée du Coordonnateur Résident du système des Nations Unies, représentant des Partenaires techniques et financiers (PTF).

Pour la 9^{ème} session ordinaire du CNLS-IST qui s'est tenue le 29 janvier 2010, on remarque la participation de la représentante du PAM, coordonnatrice résidente par intérim du système des nations unies, du directeur associé des programmes et chefs de départements du VIH/SIDA au siège de l'UNICEF et la délégation de la République de Côte d'Ivoire, composée de trois (3) personnes représentant le ministre de la lutte contre le SIDA.

La 10^{ème} session ordinaire du CNLS-IST s'est tenue le 13 mai 2011 et a connu la participation de 117 membres du CNLS-IST (dont 102 présents, 15 représentés).

Pour ce qui est de la 11^{ème} session ordinaire du CNLS-IST, elle s'est tenue le 25 mai 2012 et a connu la participation de 140 membres du CNLS-IST (dont 132 présents et 08 représentés).

En ce qui concerne la 12^{ème} session ordinaire du CNLS-IST, elle s'est tenue le 07 mai 2013 et a connu la participation de 139 membres du CNLS-IST (dont 125 présents et 14 représentés). La 13^{ème} session est prévu en fin avril 2014.

b). Environnement politique propice

L'implication remarquable des responsables des différents secteurs d'intervention dans la lutte témoigne du fort leadership du Président du Faso qui a favorisé l'environnement politique de la lutte contre le VIH/SIDA. Il s'agit de :

- l'implication de l'ensemble des ministères ;
- l'implication grandissante du secteur privé et des entreprises ;
- la forte implication de la société civile ;
- la forte implication des ONG et associations ;
- la forte implication des comités régionaux et provinciaux ;
- l'appui des partenaires techniques et financiers.

c). Intensification des programmes efficaces de prévention

- Au cours de l'année 2013, la prévention du VIH au sein de la population générale et des cibles spécifiques est restée une priorité de la réponse nationale au VIH. Elle est essentiellement faite par les acteurs notamment communautaires. Les résultats obtenus, fort remarquables dans ce domaine, permettent de tirer les principales leçons et les défis suivants : le ciblage des interventions est désormais une priorité à considérer par l'ensemble des acteurs de la réponse nationale au VIH. Il s'agit du recentrage des activités vers les groupes spécifiques vulnérables et la prise en compte de toutes les nouvelles initiatives en la matière, afin de réduire au maximum, le risque de rebond de l'épidémie ;
- Le renforcement du soutien à la scolarisation des OEV.

d). Intensification des programmes de soins, de traitement et/ou de soutien

La mise en place d'un système d'approvisionnement en intrant et ARV performant constitue la clé de l'efficacité de la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH. Le comité de suivi mis en place au sein du Ministère de la santé devra jouer un rôle de surveillance et de veille pour une gestion appropriée des intrants et des médicaments ARV, d'où la nécessité d'assurer son fonctionnement.

e). Suivi et évaluation

Le logiciel NASA développé par l'ONUSIDA a été expérimenté au Burkina et a permis de disposer des dépenses effectuées dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida et les IST des années 2005 à 2012. L'Unité centrale de planification et de suivi évaluation dispose des compétences nécessaires pour rendre effectif le fonctionnement de ce logiciel.

Les différents outils de planification et de suivi évaluation ont été révisés pour tenir compte de l'aspect genre.

Aussi une base de données prenant en compte les besoins en information stratégique du CSLS 2011-2015 a également été développée par le SP/CNLS-IST pour permettre à l'Unité centrale de planification et de suivi évaluation de suivre, et d'assurer la gestion des données relatives aux actions de riposte au VIH, au Sida et aux IST. Cette base a été installée dans les régions et les premiers responsables desdites structures ainsi que leurs chargés de suivi évaluation ont été formés à son utilisation ; afin d'améliorer la gestion de l'information stratégique.

L'installation de ladite base auprès de certaines structures clés de coordination est également envisagée et doit se réaliser courant 2014.

En matière de planification et de suivi évaluation, l'accent devra être accordé à la priorisation des interventions en tenant compte des questions d'équité selon le genre. Il s'agit de programmer les activités selon les besoins réels des groupes spécifiques.

Les activités de coordination des antennes régionales sont relativement appréciables dans les chefs lieux de région. Il sera nécessaire de mettre à leur disposition, des moyens de fonctionnement conséquents pour renforcer la coordination provinciale et communale des interventions en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;

Un guide d'intégration du volet VIH/Sida dans les plans de développement communaux a été élaboré, en vue d'intensifier les interventions au profit de la population générale.

f). renforcement des capacités

Dans le domaine de l'appui et du renforcement des capacités, on retiendra les formations des cadres du SP/CNLS-IST en suivi évaluation, la gestion axée sur les résultats et la formation des acteurs sur l'aspect genre et VIH.

Le renforcement des capacités du PSSLS-IST pour piloter la mise en œuvre du plan de riposte du secteur santé face au VIH est nécessaire pour mieux coordonner les activités de prise en charge médicale des PVVIH et assurer le passage à l'échelle ;

g). Développement de l'infrastructure

En ce qui concerne l'infrastructure, il est à noter que le SP/CNLS-IST dispose d'un bâtiment à deux niveaux abritant la majorité des unités, départements et projets rattachés. Ce bâtiment considéré comme le siège du SP/CNLS-IST a été bien apprécié par les partenaires et l'ensemble des missions qui ont séjourné au Burkina dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Plusieurs infrastructures ont également été construites ou rénovées et ont permis d'améliorer les prestations de services.

Dans le cadre de la régionalisation de la réponse au VIH, des bâtiments ont été également réhabilités ou construits pour servir de siège des antennes régionales du SP/CNLS-IST.

VI. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

a). Les progrès éventuels réalisés pour apporter des mesures correctives aux principaux obstacles rencontrés

Les mesures correctives suivantes ont été apportées aux obstacles :

- *L'insuffisance d'études pour le suivi de l'épidémie dans les groupes spécifiques*

L'insuffisance d'études au sein des groupes spécifiques n'a pas connu de grande amélioration en 2013 compte tenu des difficultés rencontrées dans le renseignement de nos indicateurs clés. Les études réalisées en 2010 par le SP/CNLS-IST ciblant les TS ainsi que celle réalisée en 2013 par le PAMAC auprès des HSH ont également été exploitées dans le cadre de l'élaboration du présent rapport. Par ailleurs, des études sont prévues pour être réalisées courant 2014 et s'inscrivent dans le cadre de la revue à mis parcours du CSLS 2011-2015.

- *La faible décentralisation de la prise en charge médicale y compris par les ARV*

Le nombre de malades sous traitement ARV est passé de 38 790 PVVIH en 2012 à 42 145 en fin décembre 2013. Parmi ces 42 145 PVVIH sous ARV, 40 276 patients sont des adultes (avec 29,49% d'homme) et 1 869 sont des enfants de moins de 14 ans (avec 57,51% de garçons). La contribution des 9 structures de PECM associatives est de 8 508 soit 18,76% de l'ensemble des patients sous ARV. Quant aux huit cliniques privées impliquées dans la prise en charge médicale, leur contribution a été de 540 patients soit 1,28%.

- *L'insuffisance des capacités techniques des structures communautaires impliquées dans la prise en charge*

Les structures associatives, en collaboration avec les structures sanitaires, ont pu fournir des soins de santé aux personnes vivant avec le VIH/Sida. Parmi les résultats obtenus, on note :

- la fonctionnalité de 10 structures communautaires accréditées à la prise en charge médicale ;
- les visites à domicile, les visites à l'hôpital et l'animation des clubs d'observance occupent une grande place dans la prise en charge des malades ;
- En 2013, 8 508 PVVIH sont prises en charge dans les structures communautaires. Cela représente une contribution très significative de 18,76% de l'ensemble des patients sous ARV. Aussi, on note que 540 patients sont pris en charge dans huit (08) cliniques privés.

Malgré leur implication de plus en plus accrue dans la riposte, ces structures communautaires et privées souhaitent bénéficier d'un renforcement de leurs capacités techniques.

- *La multiplicité des procédures de gestion des ressources due à la diversité des intervenants et au caractère vertical des projets/programmes*

Cette difficulté a été amoindrie avec la mise en place du panier commun qui regroupe l'Etat, la Banque mondiale, l'ONUSIDA, le PNUD, le Danemark, l'UNICEF.

- *La faiblesse du système de collecte de données.*

Le système de collecte de données s'est amélioré mais demande à être systématisé par la transmission des rapports trimestriels des structures de mise en œuvre dans les délais. L'opérationnalisation de la base de données au sein des antennes régionales du SP/CNLS-IST contribuera beaucoup à une meilleure collecte, traitement et transmission des données.

- *Concernant la disponibilité des données pour le rapport GARPR 2014*

Dans le cadre de la production du rapport GARPR 2014, l'équipe technique a eu quelques difficultés liées à la disponibilité des informations ; étant données que certaines données ne sont pas encore consolidées et validées.

Par ailleurs, pour des raisons techniques et financières, certaines enquêtes auprès des groupes cibles n'ont pas pu être réalisées. Cependant, l'enquête EDS IV, l'enquête auprès des TS et l'étude comportementale et de serprévalence auprès des HSH, ont permis de renseigner quelques indicateurs importants.

Toutefois, à l'élaboration des termes de référence de toute étude à laquelle est impliqué le SP/CNLS-IST, l'équipe technique veillera toujours à ce que les directives de renseignement du rapport GARPR soient prises en compte.

Aussi, la réalisation des études courant 2014, et entrant dans le cadre de la revue à mis parcours du CSLS 2011-2015, permettra de disposer de données plus complètes sur certains groupes spécifiques.

b). Les obstacles rencontrés au cours de la période de l'établissement du rapport

Pour la période 2013-2014, les difficultés constatées et pouvant influencer l'atteinte des objectifs de la déclaration de juin 2011 sont :

- l'insuffisance dans l'organisation de la prise en charge pédiatrique ;
- les difficultés de gestion des approvisionnements en réactifs et consommables ;
- la faiblesse des interventions en faveur des groupes spécifiques et vulnérables.

Au cours de la période de l'établissement du rapport, l'équipe a rencontré quelques difficultés liées à la disponibilité des données. Il s'agit de :

- l'absence d'une enquête de surveillance de seconde génération actualisée auprès des Professionnelles du sexe ;
- l'absence d'enquête auprès de certaines cibles les plus à risque comme les usagers de drogues injectables ;

c). Les mesures correctives concrètes prévues en vue de réaliser les objectifs convenus

En vue de solutionner les difficultés ci-dessus mentionnées pour le respect des engagements pris lors de la 65^{ème} Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida tenue à New York en Juin 2011 les mesures correctives ci-après seront mises en œuvre :

- *Les difficultés d'approvisionnement en réactifs*

Les efforts d'organisation du système d'approvisionnement des structures en médicaments (ARV, médicaments contre les IO), réactifs de laboratoire, ont été poursuivis à travers les rencontres de concertation, l'achat et la livraison de médicaments, des consommables et des équipements. Ainsi que les rencontres de concertation et de travail de la commission de réflexion et d'anticipation sur les questions du VIH

- *la faiblesse des interventions en faveur des groupes spécifiques et vulnérables (TS, HSH)*

En vue de faciliter l'appréciation des résultats et des progrès, une des options d'interventions reposera sur le ciblage des groupes spécifiques, vulnérables et à haut risque. A cet effet, un effort important a été fait pour que les groupes spécifiques en termes de ciblage soient des priorités dans le CSLS 2011-2015. Ceci permettrait de rationaliser aussi bien les interventions que les financements. Une étude sur la définition du paquet minimum d'activités

a été réalisée, et l'exploitation des résultats définitifs permettront d'améliorer les interventions au profit de ces populations.

- *Pour renseigner les indicateurs GARP à l'avenir*

L'Unité centrale de planification et de suivi évaluation fera toujours de ces indicateurs une priorité dans son plan de suivi évaluation. Pour ce faire, elle veillera à ce que ces indicateurs soient pris en compte à travers les éventuelles études qui seront réalisées.

Un plan de recherche a été élaboré en fin 2012, et des plaidoyers de mobilisation des ressources seront faits en vue de son opérationnalisation.

VII. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

Pour assurer le financement de la mise en œuvre du CSLS 2011-2015 en cours, une table ronde des bailleurs de fonds organisée le 24 mars 2011 à Ouagadougou a permis d'enregistrer des annonces de contributions (d'un montant total de 145 005 023 012 FCFA soit 305 273 732,7 dollars US). Il est ressorti en termes d'annonces de contribution, un accroissement notable des ressources internes estimées à 26,85% contre 7% en 2001-2005 et 15,12% en 2006-2010.

La mise en place d'une Unité de Gestion Financière au sein du SP/CNLS-IST en 2006 a permis d'améliorer la mobilisation des ressources avec le respect des engagements pris par les PTF. La contribution des PTF est encouragée par l'augmentation en termes de niveau de financement de l'Etat Burkinabè pour la lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

6.1. Appui technique

Les partenaires ont toujours apporté un appui technique constant. On pourrait citer quelques uns dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques et programmes nationaux à travers :

- le CSLS 2011-2015 (tous les partenaires) ;
- le Plan de passage à l'échelle pour l'accès aux ARV ;
- les Directives et programme PTME ;
- le Plan national de suivi évaluation (tous les partenaires) ;
- etc.

6.2. Appui financier

Compte tenu du contexte international et la rareté des ressources financières, la fermeture de certains projets/programmes, la mobilisation des ressources n'a pas été à la hauteur des attentes en 2012 conformément au rapport actuel sur la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PNM.

Les résultats de l'étude REDES permettront d'obtenir des données plus complètes.

VIII. ENVIRONNEMENT DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

a). Aperçu du système actuel de suivi et d'évaluation

Le système national de suivi évaluation s'appuie sur l'existence de structures de coordination et d'exécution des actions de lutte contre le VIH/Sida et les IST aux niveaux central et décentralisé. Depuis la révision du manuel de suivi évaluation en 2011, on retiendra les acquis suivants :

Concernant le système de collecte des données, les activités ont permis de mettre en place un dispositif national performant pour capter à différents niveaux les informations et les données sur le VIH. Ce dispositif comprend :

- la base de données du SP/CNLS-IST en version améliorée ;
- le logiciel ESOPE pour le suivi des patients sous ARV ;
- les bases de données sectorielles (CMLS/santé, secteur des institutions et ministères autres que la santé, secteur communautaire, projets rattachés au SP/CNLS-IST).

Ce dispositif a permis de renseigner les rapports UNGASS, le Tableau de Bord des Indicateurs sida (TBIS), notamment les indicateurs de la surveillance sentinelle de seconde génération (VIH, Sida, IST, comportements) et les indicateurs sur les activités des autres secteurs d'intervention et l'actuel rapport GARP 2014.

Pour rendre opérationnel le système de collecte des données, un dispositif d'appui/accompagnement des acteurs a été mis en œuvre et a permis d'assurer la supervision et la formation en planification, suivi et évaluation des acteurs impliqués dans la collecte des données, en particulier les Contrôleurs et Agents de collecte des données (CCD, ACD) de l'ensemble des secteurs d'intervention.

Le cadre de suivi évaluation est piloté par l'UC-PSE du SP/CNLS-IST. L'unité comprend des services spécialisés. Elle assume la responsabilité principale dans les domaines de la planification, du suivi évaluation, de l'orientation et de la coordination de la recherche. C'est le dépôt central de toute information en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

L'UC-PSE assure la coordination de la mise en œuvre des mécanismes de revue de la réponse nationale à travers, entre autres, la rédaction des rapports semestriels et annuels du PNM et des rapports UNGASS/GARP, la préparation des sessions annuelles du CNLS-IST et les évaluations périodiques du CSLS impliquant l'ensemble des acteurs de la réponse nationale.

Le Comité Technique de Programmation et de Suivi du Cadre Stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CTPS) 2011-2015 et les autres acteurs clés de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST en collaboration avec les structures décentralisées de coordination du CNLS-IST, l'UC-PSE et les autres départements du SP/CNLS-IST, sont chargés du développement et de la coordination de la gestion du système national de suivi-évaluation.

Un manuel de suivi évaluation a été élaboré en 2004, actualisé en 2006 et révisé en 2011 dans le but d'opérationnaliser le système de suivi évaluation de la mise en œuvre du CSLS 2011-2015 au niveau central et décentralisé. Il s'inscrit dans les objectifs du « three ones ». Il décrit le système national de collecte, de traitement, d'analyse et de diffusion des informations relatives à l'atteinte des objectifs, des résultats et des indicateurs définis pour la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Il définit les outils standardisés dans l'optique d'un système unique de

suivi-évaluation. Il met l'accent sur la production des données de qualité à tous les niveaux (sectoriel, central, régional, projets/programmes).

Les efforts fournis ont engendré des acquis mais des insuffisances demeurent au nombre desquelles :

- la faible performance du système de collecte des données ;
- la faible complétude des rapports d'activités ;
- le retard et les difficultés dans la transmission, la saisie et l'analyse des données ;
- l'insuffisance de la rétro-information aux acteurs ;
- l'insuffisance de coordination des différents sous systèmes chargés de suivi-évaluation ;
- la faible disponibilité des ressources humaines compétentes pour assurer le suivi évaluation au niveau décentralisé (mobilité des personnes formées, faible motivation des acteurs concernés) ;
- l'insuffisance dans la génération de l'information stratégique pour la prise de décision liée à la faible performance du système de collecte des données ;
- l'insuffisance de financement pour la mise en œuvre du plan d'opérationnalisation du système national de suivi évaluation ;
- le faible niveau de fonctionnalité des cadres de concertation pour le suivi-évaluation ;
- la persistance de la diversité des systèmes et des outils de suivi-évaluation ;
- l'insuffisance du mécanisme de contrôle de la qualité des données ;
- etc.

b). Les mesures correctives prévues pour surmonter les difficultés

L'UC-PSE prévoit :

- déployer et renseigner les bases de données du SP/CNLS-IST au niveau régional et sectoriel ;
- organiser des séances trimestrielles de validation des données, à l'occasion de laquelle, chaque structure présentera ses données ;
- rendre fonctionnel le sous groupe technique de gestion des bases de données au niveau central (SGT/BD) et régional (SGTR/BD) pour la validation des données à soumettre au groupe technique de suivi évaluation ;
- faire le plaidoyer pour le financement conséquent du plan d'action de suivi évaluation ainsi que la réalisation régulière des études.

Quelques recommandations clé pour la mise en œuvre du « Three ones » au Burkina méritent d'être rappelées :

A l'endroit des structures centrales de coordination (CNLS-IST et SP/CNLS-IST)

Il apparaît pertinent de renforcer les capacités des structures au niveau déconcentré afin d'assurer la relève en matière de coordination. Il s'agit alors :

- d'assurer la fonctionnalité des antennes régionales en leur apportant les ressources nécessaires au fonctionnement ;

- de formaliser les revues conjointes avec les partenaires afin de faire des bilans techniques conjoints qui peuvent alimenter les évaluations externes en vue de la tenue des sessions du Conseil ;
- d'harmoniser les outils de collecte et de traitement de l'information notamment par l'introduction et l'utilisation de la base de données au niveau central et décentralisé (régional, sectoriel et organisations faitières de la société civile).

A l'endroit de la société civile

Le défi est de parvenir à assurer un équilibre entre les exigences d'autonomie de la société civile d'une part et la nécessité de rendre compte au CNLS-IST à travers le SP/CNLS-IST d'autre part.

A l'endroit des partenaires techniques et financiers

Il s'agit de :

- maintenir et renforcer le processus d'adhésion au panier commun ;
- renforcer l'appui au SP/CNLS-IST en vue d'un meilleur ciblage des interventions. Dans ce cadre, un accompagnement plus poussé (financement, appui technique) du dispositif de suivi et d'évaluation peut aider à améliorer la situation.

A l'endroit de l'ONUSIDA

Promouvoir l'accompagnement du pays notamment dans l'amélioration du dispositif du suivi et de l'évaluation. Il s'agira de :

- renforcer l'appui technique dans le domaine du suivi évaluation ;
- renforcer les capacités opérationnelles aussi bien du SP/CNLS-IST à travers l'UC-PSE de même que le PSSLS-IST pour la coordination effective de l'ensemble du système de surveillance du VIH ;
- renforcer l'appui technique à la diffusion et l'utilisation effective de l'information stratégique.

c). Souligner les besoins en matière de suivi et d'évaluation en assistance technique et de renforcement des capacités

En matière de suivi évaluation, 12 composantes ont été retenues et quelques unes méritent d'être approfondies pour le Burkina Faso. Il s'agit des composantes 4, 6, 7 et 10.

Le tableau suivant résume les besoins du Burkina en matière de suivi évaluation en assistance technique et de renforcement de capacités.

Tableau 28: besoins par composante clé

Composantes	Constats	Défis	Besoins
4 : Plan National, Multisectoriel de S&E du VIH	Difficultés dans la mise en œuvre du Plan National de suivi évaluation multisectoriel lié au CSLS 2011-2015	<i>Mettre un accent particulier sur le système d'information</i> <i>Supprimer les obstacles liés au déblocage du budget de suivi évaluation.</i>	Appui à l'opérationnalisation du Plan National de suivi évaluation multisectoriel lié au CSLS 2011-2015
6 : Plaidoyer, Communication et Culture pour le S&E du VIH	Insuffisance de plaidoyer, communication et culture pour le S&E du VIH	<i>Instaurer un engagement des décideurs et responsables des programmes et autres parties prenantes pour le S&E</i>	Plaidoyer fort de l'ONUSIDA pour que le suivi évaluation soit mieux doté en ressources humaines et financières
7 : Suivi routinier des programmes de S&E du VIH	Difficultés à collecter toutes les informations à travers le système actuel	<i>Avoir un système de suivi-évaluation simple et léger (contractualisation) permettant de collecter les données essentielles</i>	- Appui technique - Renforcement de la structure régionale avec un chargé de suivi évaluation et un mécanisme de collecte des données au niveau plus bas. -Communication avec la base des données centrale
10 : Supervision formative et audit des données	Inexistence d'un mécanisme de contrôle de la qualité des données	<i>Assurer le contrôle de qualité de données par la mise en place d'un système d'audit des données</i>	-Appui pour la production des outils de contrôle de la qualité des données et d'un manuel de procédure pour les audits -Intensifier les activités de suivi/supervision des acteurs de terrains

Source : extrait du manuel de suivi évaluation

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des personnes impliquées

N° Ordre	Nom Prénom(s)	Structure	Tél	Email
Public				
1	Dr. Didier Romuald BAKOUAN	SP/CNLS-IST	50 30 66 22	drbakouan@yahoo.fr
2	TRAORE DABOU Irène	SP/CNLS-IST	70 14 20 90	tdirene@yahoo.fr
3	ILBOUDO Moumouni	SP/CNLS-IST	70 69 03 30	Ilboudomouni5@yahoo.fr
4	SOKEY Mamadou	SP/CNLS-IST	70 31 03 34	sokeymamadou@yahoo.fr
5	DAMIBA Marie Claire	SP/CNLS-IST	70 24 05 16	mcdamiba@yahoo.fr
6	BAMBARA Paul	SP/CNLS-IST	70 11 41 13	bambarap2000@yahoo.fr
7	SANON Alice	SP/CNLS-IST	70 24 42 16	celiasanon@yahoo.fr
8	DEMBELE/ TRAORE Augustine	SP/CNLS-IST	70 60 21 67	dembеле_traore@yahoo.fr
9	KI/TOE Célestine	SP/CNLS-IST CPFM	70 38 80 04	celestoe@yahoo.fr
10	GUIRE Abdoulaye	PSSLS-IST	70 29 43 34	barrofaustin@yahoo.fr
11	COULIBALY Abdoulaye	PSSLS-IST	70 95 31 95	banasira2006@yahoo.fr
12	SAWADOGO Issaka	DSF	50 30 77 78	isawad@yahoo.fr
13	SANOU Zézouma Philippe	PTME	70 65 69 90	sanouphilippe@yahoo.fr
14	KONSEIMBO Arnaud	PNT	70 43 32 35	konseimbo@yahoo.fr
15	KAFANDO Jérémy	INSD	70 13 07 62	kafando_jeremy@yahoo.fr
16	BOLOGO Adama	CMLS/MENA	50 36 65 20	bologo_adama@yahoo.fr
17	BANDRE Gabrielle	CMLS/MESS	71 26 81 86	gabriellabandre@gmail.com
18	SAM Moussa	CMLS/MASSN	50 38 63 32	cmlsmassn@yahoo.fr
Société Civile				
19	SIMPORE Lassané	IPC/BF	70 29 65 16	lassane_simpore@yahoo.fr
20	Mme KY Zerbo Odette	PAMAC	70 01 77 45	kyzerbo_odette@yahoo.fr
21	KERE Sosthène	PAMAC	70 23 96 44	sos_kerson@yahoo.fr
PTF				
22	BAZIE Babou	OMS	76 60 94 43	bazieb@bf.afro.who.int
23	KABORE André	ONUSIDA	70 20 66 28	kaborea@unaids.org

Annexe 2 : Historique de la tenue des sessions du CNLS-IST

1^{ère} session ordinaire du CNLS-IST

Présidée par : Son Excellence monsieur Blaise COMPAORE, Président du Faso, Président du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST

Date : Jeudi 06 novembre 2001

Lieu : Salle de conférence du complexe international de Ouaga 2000

Nombre de participants : 67 membres présents ou représentés sur 72.

2^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

Présidée par : Son Excellence monsieur Blaise COMPAORE, Président du Faso, Président du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST

Date : Vendredi 20 décembre 2002

Lieu : Salle de conférence du complexe international de Ouaga 2000

Nombre de participants : 107 personnes dont 64 membres présents ou représentés sur 69

3^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

Présidée par : Son Excellence monsieur Blaise COMPAORE, Président du Faso, Président du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST

Date : Mardi 16 décembre 2003

Lieu : Salle de réunion du Palais de la Présidence du FASO

Nombre de participants : 117 personnes dont 64 membres présents ou représentés sur 69.

4^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

Présidée par : Son Excellence monsieur Blaise COMPAORE, Président du Faso, Président du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST

Date : Mardi 21 décembre 2004

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

Nombre de participants : 165 personnes dont 65 membres présents ou représentés sur 69

1^{ère} session extraordinaire du CNLS-IST

Présidée par : Son Excellence monsieur Blaise COMPAORE, Président du Faso, Président du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST

Date : Jeudi 30 juin 2005

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

Nombre de participants : 113 personnes dont 63 membres présents ou représentés sur 69

5^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

Présidée par : Son Excellence monsieur Blaise COMPAORE, Président du Faso, Président du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST

Date : Vendredi 17 février 2006

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

Nombre de participants : 178 personnes dont 66 membres présents ou représentés sur 68

6^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

Présidée par : Son Excellence monsieur Blaise COMPAORE, Président du Faso, Président du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST

Date : Vendredi 16 mars 2007

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

Nombre de participants : 260 personnes dont 137 membres présents ou représentés sur 146

7^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

Présidée par : Son Excellence monsieur Blaise COMPAORE, Président du Faso, Président du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST

Date : Vendredi 21 décembre 2007

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

Nombre de participants : 339 personnes dont 132 membres présents ou représentés sur 142

8^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

Présidée par : Son Excellence monsieur Blaise COMPAORE, Président du Faso, Président du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST

Date : Vendredi 6 février 2009

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

Nombre de participants : 339 personnes dont 132 membres présents ou représentés sur 142

9^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

Présidée par : Son Excellence monsieur Blaise COMPAORE, Président du Faso, Président du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST

Date : Vendredi 29 janvier 2010

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

Nombre de participants : 339 personnes dont 135 membres présents ou représentés sur 140

10^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

Présidée par : Son Excellence monsieur Blaise COMPAORE, Président du Faso, Président du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST

Date : Vendredi 13 mai 2011

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

Nombre de participants : 339 personnes dont 117 membres du CNLS-IST (dont 102 présents, 15 représentés) sur 140

11^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

Présidée par : Son Excellence monsieur Blaise COMPAORE, Président du Faso, Président du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST

Date : Vendredi 25 mai 2012

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

Nombre de participants : 339 personnes dont 117 membres du CNLS-IST (dont 102 présents, 15 représentés) sur 140

12^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

Présidée par : Son Excellence monsieur Blaise COMPAORE, Président du Faso, Président du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST

Date : mardi 07 mai 2013

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

Nombre de participants : 259 personnes dont 139 membres du CNLS-IST (dont 125 présents, 14 représentés) sur 151

Sigles utilisés

ACD	Agent de collecte de données
ARV	Anti retro viral
BSS	Behavioral sentinel survey
CCD	Contrôleurs de collecte des données
CD4	Cellules lymphocytes type 4
CDV	Conseil dépistage volontaire
CMLS	Comité ministériel de lutte contre le sida et les IST
CNLS	Conseil national de lutte contre le sida
CNLS-IST	Conseil National de Lutte contre le SIDA et IST
CORAB	Coalition des réseaux et associations du Burkina de lutte contre le VIH/Sida et la promotion de la santé
COS	Comité d'orientation et de suivi
CP	Chargé de programme
CPFM	Coordination du projet Fonds mondial
CPN	Consultation Pré-National
CRAQ	Commission de Réflexion et d'anticipation sur les questions liées au VIH
CSLS	Cadre Stratégique de Lutte contre le Sida et les IST
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
CTPS	Comité Technique de Programmation et de Suivi
DCRP	Département chargé de la communication et des relations publiques
DGISS	Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires
DSF	Direction de la santé et de la famille
EDS	Enquête Démographique et de Santé
F CFA	Franc de la communauté financière africaine
GARPR	Global Aids Response Progress reporting
GIZ	Coopération technique allemande
HSH	Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IC	Intervalle de confiance
ICPN	Indice Composite des Politiques Nationales
IEC/CCC	Information éducation communication/ communication pour un changement de comportement
INSD	Institut national de la statistique et de la démographie
IO	Infection opportuniste
IST	Infection sexuellement transmissible
JMS	Journée mondiale sida
KFW	Kreditanstalt für wiederaufbau
MENA	Ministère de l'éducation nationale et de l'alphabétisation
MSM	Man who have sexual with men
OEV	Orphelin et enfant vulnérable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des nations unies pour le VIH/Sida

PAMAC	Programme d'appui au monde associatif et communautaire
PCR	Polymerase chain reaction
PEC	Prise en Charge
PIB	Produit intérieur brut
PND	Programme nation de développement sanitaire
PNM	Plan National Multisectoriel
PNUD	Programme des nations unies pour le développement
PREVISAR	Programme de prevention du VIH/Sida et d'appui à la santé de la reproduction
PROMACO	Programme de marketing social et de communication pour la santé
PROSAD	Programme santé sexuelle/droits humains
PS	Professionnel(le) de sexe
PSSLS-IST	Programme sectoriel santé de lutte contre le Sida et les IST
PTF	Partenaire technique et financier
PTME	Prévention de la transmission mère- enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
REDES	Ressources et dépenses de lutte contre le Sida
S&E	Suivi et évaluation
SGT/BD	Sous groupe technique de gestion des bases de données au niveau central
SGTR/BD	Sous groupe technique régional de gestion des bases de données
SIDA	Syndrome d'immuno déficience acquise
SP/CNLS-IST	Secrétariat Permanent de Lutte contre le SIDA et IST
SR	Santé de la reproduction
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TARV	Traitement par les antiretroviraux
TB	Tuberculose
TBIS	Tableau de bord des indicateurs sida
TS	Travailleuse de sexe
UC-PSE	Unité centrale de la planification et du suivi-évaluation
UNFPA	Fonds des nations unies pour la population
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
URCB	Union de Religieux et Coutumiers du Burkina
US	United states
USD	United states dollar
VIH	Virus de l'immuno déficience humain