

BURKINA FASO

Unité- Progrès-Justice



PRESIDENCE DU FASO

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE SIDA ET LES IST



SECRETARIAT PERMANENT

RAPPORT D'ACTIVITE SUR LA RIPOSTE AU SIDA AU BURKINA FASO

GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS
REPORTING (GARPR) 2015

Avril 2015

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX.....	3
LISTE DES GRAPHIQUES.....	3
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	6
I. PRESENTATION DU BURKINA FASO	7
1.1. Situation géographique, démographique, sociale et administrative	7
1.2. Situation juridique	7
1.3. Situation éducative.....	8
1.4. Situation économique.....	8
1.5. Situation sanitaire.....	8
II. APERÇU DE LA SITUATION DE LA REPONSE 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	11
2.3.1 Organisation de la lutte contre le VIH	11
2.3.2 Implication des différents secteurs dans la réponse	13
2.4. Riposte au plan programmatique (résumé des principaux résultats de la réponse en 2014).....	13
III. BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA DECLARATION POLITIQUE DE 2011 (INTENSIFIER NOS EFFORTS POUR ELIMINER LE VIH/SIDA)	22
IV. MEILLEURES PRATIQUES	33
VI. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT.....	38
6.1. Appui technique	38
6.2. Appui financier.....	38
ANNEXES	43

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : synthèse des principaux résultats enrégistrés dans le domaine de la prévention en 2013 et 2014	14
Tableau 2 : situation de la prise en charge médicale des PVVIH en 2013 et 2014	14
Tableau 3: Récapitulatif des indicateurs GARPR.....	16
Tableau 4: répartition des ressources en 2013 par source de financement	31
Tableau 5: besoins par composante clé.....	42

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : prévalence du VIH, par tranche d'âge au Burkina Faso en 2013	11
Graphique 2 : situation de la recherche du VIH chez les patients tuberculeux de 2011 à 2014	30
Graphique 3 : répartition des patients sous traitement ARV par type de structure	36

SIGLES ET ABREVIATIONS

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	Journé 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
PNDS	Programme nation de développement sanitaire
PNM	Plan National Multisectoriel
PNUD	Programme des nations unies pour le développement
PROMACO	Programme de marketing social et de communication pour la santé
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	Traitements 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

INTRODUCTION

Au cours de ces dernières décennies, la lutte contre le VIH, le Sida et les IST a été l'objet d'une vaste mobilisation mondiale qui a, entre autres, à son actif, plusieurs textes internationaux. En effet 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^{ème} 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'Assemblé 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.

Mais, malgré cette volonté politique affirmée au plan mondial, le VIH/Sida demeure toujours un problème de santé publique et l'une des principales causes des décès. D'où l'adoption d'une nouvelle déclaration politique dénommée « intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida » en Juin 2011, lors de la 65^{ème} Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida tenue à New York. Le Burkina Faso à l'instar des autres pays du monde a ratifié cette déclaration.

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre de cette déclaration, les pays sont invités à dresser périodiquement un bilan.

Le présent rapport fait un apperçu sur la situation de la riposte au VIH/Sida en 2014 au Burkina Faso. Il se veut être, un 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 géographique, démographique, sociale et administrative

Pays sahélien enclavé, sans littoral situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso couvre une superficie de 272 967 km² (IGB 2002), et partage ses frontières avec six (6) pays : le Mali, le Niger, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

Selon les données du 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. Les projections démographiques faites par l'INSD en 2007 sur la période 2007-2020 montrent que la population burkinabè serait de 18 450 494 habitants en 2015 dont 52,1% sont âgés de 15 ans et plus (soit 9 315 681). Cette population réside essentiellement en milieu rural, (77,3% contre 22,7%, en milieu urbain). Les jeunes et les femmes constituent les groupes cibles les plus importants qui devront bénéficier d'actions vigoureuses en matière de santé et de lutte contre le VIH / Sida.

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 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 en 2009 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

En matière d'éducation, la loi d'orientation de l'éducation adoptée par l'Assemblée nationale le 30 juillet 2007, traduit la volonté du Gouvernement burkinabè de rendre le système éducatif plus performant, accessible et à même de répondre aux besoins de l'économie nationale.

En effet, l'enseignement primaire a enregistré une forte expansion au cours de ces cinq dernières années. En 2012-2013, le taux brut de scolarisation s'établit à 81,3 %. Celui des filles s'est établi à 81,0% contre 81,6% pour les garçons. Le taux d'achèvement qui est un indicateur pertinent en termes de maintien reste une préoccupation. Il était de 59,5% en 2012-2013 pour tout sexe confondu et 59,7% pour les filles (Annuaire statistique éducation 2012-2013).

Par ailleurs, au niveau des enseignements post primaire et secondaire, le taux brut de scolarisation de l'ensemble était de 27,8 % en 2012-2013 dont 30,6 % pour les garçons et 24,9% pour les filles. L'enseignement secondaire technique et professionnel est très peu développé.

1.4. Situation économique

Sur le plan économique, l'économie nationale a évolué à un rythme moyen de l'ordre de 4,5% par an depuis près d'une décennie, au prix d'importantes réformes politiques et socio-économiques, et des caprices des conditions agro climatiques. En 2013, le pays a enregistré une croissance de 6,8% soit une baisse de 3 points par rapport à 2012.

Le revenu par habitant est équivalent à 300 \$ US par an, plaçant le Burkina Faso parmi les Pays les moins avancés (PMA). Selon le rapport 2014 du PNUD sur le développement humain, le pays occupe le 177^{ème} rang sur 187 pays avec un IDH de 0,388 en 2013.

Les données de l'enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages 2009/2010, montrent 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 impacts socioéconomiques en matière de santé et 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.

1.5. Situation sanitaire

Le Burkina Faso, depuis 2000, dispose d'une Politique sanitaire nationale (PSN) qui accorde une place de choix à la lutte contre la maladie dont le VIH/ Sida. Un Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020, est élaboré et mis en œuvre pour améliorer l'état général de santé de la population. Le renforcement de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité des prestations de service sont les domaines d'intervention prioritaires du gouvernement en matière de santé.

L'espérance de vie à la naissance reste faible 56,7 ans. Le système de santé est toujours caractérisé par des taux de morbidité et de mortalité élevés. En effet, selon l'EDS 2010, les taux de mortalité maternelle et infantile étaient respectivement de 341 pour 100 000 naissances vivantes et de 65 pour 1000 naissances vivantes. Il ressort également que l'offre de services reste fortement marquée par la mise en œuvre de programmes verticaux et une segmentation de l'offre entraînant de faibles performances et réduisant l'utilisation des structures de santé par les populations.

La couverture nationale en prestation de services de soins a connu une amélioration ces dernières années, mais des disparités régionales subsistent. En 2013, le Burkina Faso totalisait 123 dispensaires isolés, 14 maternités isolées, 1 606 CSPS, 32 CM, 45 CMA, 09 CHR, 03 CHU, 01 CHN 384 formations sanitaires privées tous types confondus (Annuaire statistique 2013 du Ministère de la santé).

En 2014, cent (100) formations sanitaires aussi bien publiques (75), confessionnelles (06), privées (09) et communautaires (10) ont assuré la prise en charge médicale des PVVIH dans les 13 régions du pays.

Outre la couverture de l'ensemble des districts sanitaires, le nombre de sites assurant la PTME est de 1 766 sur 1 800 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 85,67% en 2014 contre 82,32% en 2013 pour un objectif national de 80%. En ce qui concerne le taux de transmission résiduelle, il est passé de 5,72% en 2013 à 5,30% en 2014 selon les données programmatiques.

II. APERÇU DE LA SITUATION DE LA REPONSE NATIONALE

2.1. Degré de participation des parties prenantes

Le présent rapport a été élaboré sous la coordination du SP/CNLS-IST selon une approche participative qui a impliqué les différents intervenants dans la réponse nationale, notamment les organisations de la société civile, les secteurs publics et privé, les partenaires techniques et financiers dont les agences du Système des Nations Unies (ONUSIDA, OMS et UNICEF).

L'élaboration du rapport a été marquée par plusieurs étapes :

- ↳ élaboration des TDR suivi de l'établissement de la liste des membres de l'équipe technique chargée de l'élaboration du GARPR ;
- ↳ réunion d'information à l'intention des membres de l'équipe technique chargée de l'élaboration du GARPR ;
- ↳ actualisation des données NCPI et des indicateurs qui s'est faite de façon active par les structures gouvernementales et communautaires en charge d'information stratégique et de programme (SP/CNLS-IST, INSD, PSSL-IST, DSF, PNT, PAMAC et IPC) ;
- ↳ validation des données ainsi que du plan de rédaction du rapport narratif ;
- ↳ rédaction du rapport narratif au cours d'un atelier de 6 jours par un comité de rédaction de 06 personnes essentiellement membres de l'équipe technique ;
- ↳ validation du rapport narratif par le groupe technique de suivi évaluation ;
- ↳ Saisie des données et envoi du rapport à l'ONUSIDA Genève le 31 mars 2015.

2.2. Situation actuelle de l'épidémie

2.2.1. Situation dans la population générale

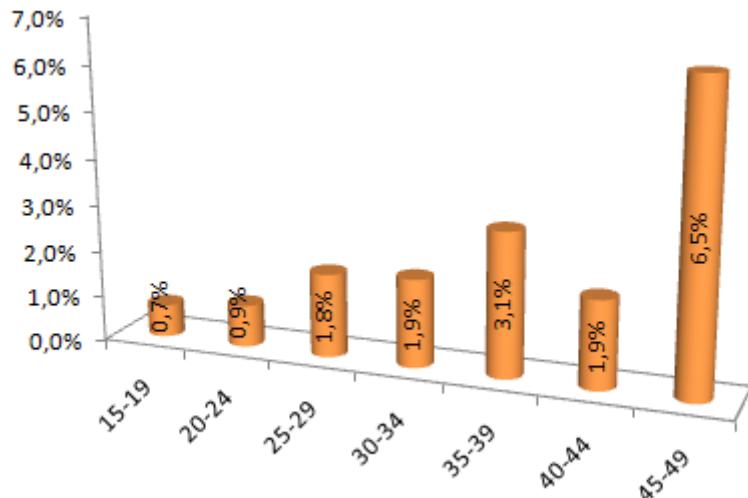
L'absence de données récente issues d'enquête de grande envergure (tel que l'EDS) au Burkina Faso ne permet pas d'avoir des prévalences mesurées de la population générale mais estimée à partir des données épidémiologiques issues des estimations de la séro-surveillance sentinelle chez les femmes enceintes et des estimations Spectrum ONUSIDA.

Le rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale du Sida 2014 indique que la prévalence de l'infection à VIH dans la population adulte du Burkina Faso est estimée à 0,92% en fin 2013, dans un intervalle de [0,81-1,06], contre 1% en fin 2012.

Selon la même source, le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 110 000 dont 94 000 adultes et 18 000 enfants de moins de 15 ans. Parmi ces adultes, 56 000 sont des femmes. Par ailleurs les décès dûs au Sida sont estimés à 5600 décès ; et les orphelins du fait du Sida à 120 000.

En outre, les résultats de l'enquête de surveillance sentinelle en 2013 donnent une prévalence globale du VIH chez les 15 à 49 ans de 1,5% [1,2 - 1,8] contre 1,7% [1,4 - 2,0] en 2012. Chez les 15-24 ans, elle est de 0,8% [0,5 - 1,3] contre 0,7% [0,5-1,1] en 2012. Le VIH 1 prédomine toujours avec 90% des cas. Le VIH 2 est à 5,6% et la forme combinant VIH 1 + 2 est à 4,4%. Par ailleurs, des disparités existent selon les tranches d'âge.

Graphique 1 : prévalence du VIH, par tranche d'âge au Burkina Faso en 2013



Source : rapport sérosurveillance 2013

2.2.2. Situation au niveau des groupes à haut risque

L'étude comportementale et de séroprévalence du VIH (R2P) chez les populations clés (TS et HSH), réalisé en 2013-2014 dans les villes de Ouagadougou, Bobo-dioulasso, Ouahigouya, Koudougou et Tenkodogo a permis de déterminer leurs caractéristiques.

Les résultats de cette étude révèlent que les TS au Burkina Faso ont un âge moyen de 27,1 et que seulement 9,1% vit en couple. La prévalence du VIH au sein de ce groupe de population est estimée à 16,19%.

Quant aux hommes ayant des rapports avec d'autres hommes, ils se caractérisent par leur jeunesse (âge moyen : 22,6) et la quasi-totalité est constitué de célibataires (98%). La prévalence en leur sein est de 3,6%.

En 2013, on comptait au Burkina Faso, 10 008 incarcérations dont 3,42% de femmes et 5,45% de mineurs, répartis dans 25 établissements pénitentiaires (Annuaire statistique 2013 du Ministère de la justice). En 2007, la prévalence était estimée à 2,3%¹ (soit 7,7% chez les femmes et 1,6% chez les mineurs) ; elle est élevée par rapport à la moyenne nationale actuelle qui est de 0,9% (ONUSIDA 2014).

2.3. Riposte au plan politique

2.3.1 Organisation de la lutte contre le VIH

Au niveau national, la riposte au sida est menée à travers une approche multisectorielle et décentralisée matérialisé 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.

Le Conseil national de lutte contre le Sida et les IST (CNLS-IST) est l'instance nationale de décision et d'orientation de la lutte contre le VIH, le SIDA et les IST au Burkina Faso. En rappel, le CNLS-IST a été mis en place par le décret n°2001-510/PRES/PM/MS du 1er octobre 2001, modifié par décret n°2007-078/PRES/PM/MS-MASSN du 14 février 2007 portant création, attributions, organisation et fonctionnement du CNLS-IST. Il est rattaché à la Présidence du Faso. Le président du Faso en assure la présidence.

Le CNLS-IST à pour mission de définir les orientations politiques, évaluer l'efficacité de la lutte et approuver les budgets et programmes annuels d'actions. Il est opérationnel

¹ Etude de l'Association Pénitentiaire (APA), 2007

à travers son Secrétariat Permanent qui est la structure chargée de la coordination de la lutte contre le sida. Grâce à son leadership, la réponse nationale au VIH était depuis 2001 organisée autour 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.

La coordination, le leadership et la gestion économique de la lutte contre le VIH ont été les principales fonctions exercées par le CNLS-IST en termes de gouvernance nationale de la réponse au VIH. De 2001 à 2015, le CNLS-IST a tenu 14 sessions ordinaires présidées par le Chef de l'Etat, Président du CNLS-IST.

Aussi, dans le cadre du suivi de la Déclaration d'Engagement de UNGASS 2001, sept (07) rapports ont été élaborés de 2007 à 2015.

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 78% ;
- 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.

2.3.2 Implication des différents secteurs dans la réponse

La lutte contre le sida entre 2001 et 2014 a été animée par les secteurs public et privé d'une part, et le secteur communautaire d'autre part, avec l'appui des partenaires techniques et financier, sous la coordination du SP/CNLS-IST.

Le secteur de la santé participe à la lutte à travers le Programme sectoriel santé de lutte contre le sida et les IST (PSSLS-IST), le Programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) et le Centre national de transfusion sanguine (CNTS). Le PSSLS-IST intervient dans la coordination des activités de prise en charge médicale des PVVIH, le dépistage, la prise en charge des infections opportunistes et IST, et la surveillance épidémiologique du VIH. Le CNTS assure la sécurité transfusionnelle. Toutes ces activités sont déployées à tous les niveaux du système de santé.

Dans le secteur public, la majorité des institutions et ministères disposent de plans sectoriels de lutte contre le sida qui prennent en compte les cibles telles que les jeunes, les femmes les orphelins et enfants vulnérables, les Hommes en uniformes, les détenus, ... Ils interviennent à travers les comités institutionnels, ministériels et des points focaux.

La participation du secteur privé et des entreprises est l'un des symboles forts de la multi-sectorialité et se matérialise par la création de la coalition nationale du secteur privé et des entreprises (CNSPE) en 2008.

La société civile s'est activement engagée dans la lutte contre le VIH au Burkina Faso dans tous les domaines comme en témoigne son dynamisme dans la prise en charge globale des PVVIH.

La forte mobilisation de la société civile est matérialisée par la mise en place d'une Plateforme des organisations de la société civile impliquées dans la réponse au VIH sur toute l'étendue du territoire.

Les organisations confessionnelles comme l'église catholique, l'église évangélique, la communauté musulmane et les autorités coutumières participent aussi activement à la réponse nationale.

2.4. Riposte au plan programmatique (résumé des principaux résultats de la réponse en 2014)

Sur le plan programmatique, le pays a enregistré courant 2014, les résultats ci-après.

Dans le domaine de la prévention, trois types de services ont été offerts aux populations : il s'agit de la sensibilisation, la distribution des préservatifs et l'offre de conseil et dépistage du VIH. Ainsi, des actions de Communication pour le Changement de Comportement (IEC/CCC) en matière VIH, la promotion des comportements sexuels à moindre risque, la promotion de l'utilisation des préservatifs, la promotion du conseil et dépistage du VIH et le diagnostic et le traitement des IST, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail et la promotion de la sécurité transfusionnelle ont été réalisées.

Les principaux produits obtenus à l'issue des offres de ces services sont mentionnés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : synthèse des principaux résultats enrégistrés dans le domaine de la prévention en 2013 et 2014

Indicateurs	2013			2014		
	H	F	T	H	F	T
Nombre de personnes touchées par les activités de sensibilisation **	2 315 633	2 369 717	4 685 350	2 564 307	2 551 002	5 115 309
Nombre de poches de sang collecté et testé			59 969			71 377
Nombre de cas d'accidents d'exposition aux liquides biologiques			236			291
Nombre de sites PTME			1 745			1 766
Nbre de nouvelles CPN		788 892	788 892		824 668	824 668
Taux d'adhésion des femmes enceintes au test de dépistage du VIH		82,31%	82,31%		85,67%	85,67%
Nombre de femmes enceintes dépistées VIH+		5 423	5 423		4 872	4 872
Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu la prophylaxie complète aux ARV		2 701	2 701		3 226	3 226
Taux d'adhésion des partenaires des femmes enceintes à la PTME	1,75%		1,75%	1,57%		1,57%
Nombre de préservatifs vendus et/ou distribués	19 268 824	114 593	13 383 417	24 320 856	332 588	24 653 444
Nombre de TS touché par les activités de sensibilisation **		25 553	25 553		16 250	16 250
Nombre de HSH touché par les activités de sensibilisation **	2 773		2 773	2 128		2 128
Nombre de personnels de tenue touché par les activités de sensibilisation	-	-	28 195	-	-	18 419
Nombre de routiers touché par les activités de sensibilisation **	34 776	7 048	41 824	17 232	14 623	31 855
Nombre d'orpailleurs touché par les activités de sensibilisation **	89 141	21 973	111 114	61 064	45 101	106 165
Nombre de cas d'IST diagnostiqué et traité	-	-	154 147	-	-	173 695
nombre total de personnes dépistées hors sites PTME	156 846	175 420	332 266	60 780	118 261	179 049
taux de séropositivité du dépistage hors sites PTME	-	-	2,18%	-	-	3,36%

** Possibilité de toucher plusieurs fois la même personne

Au titre de la prise en charge, on note que le nombre de PVVIH inscrites dans la file active a passé de 70 230 en 2013 à 76 342 en 2014. Quant aux PVVIH sous traitement, elles sont au nombre de 46 623 en fin 2014 contre 42 145 en 2013 (cf tableau ci après).

Le nombre des perdus de vue (443) a connu une baisse par rapport à l'année précédente (833 en 2013). Il en est de même des cas de décès qui a passé de 1 407 en fin 2013 à 991 en fin 2014.

Le tableau ci après illustre cette situation.

Tableau 2 : situation de la prise en charge médicale des PVVIH en 2013 et 2014

Indicateurs	2013			2014		
	H	F	T	H	F	T
Nombre de sites de traitement ARV			100			100
Nombre de PVVIH inscrite dans la file active	23 104	47 126	70 230	24 039	52 303	76 342
Nombre de PVVIH sous traitement ARV	12 952	29 193	42 145	13 800	32 823	46 623
Nombre de PVVIH décédé	890	517	1 407	468	523	991
Nombre de PVVIH déclaré perdu de vue	293	540	833	140	303	443

Dans le domaine du soutien aux PVVIH et personnes affectées, les interventions réalisées au cours de l'année 2014 ont permis d'obtenir des résultats très satisfaisant dont les principaux sont :

- 185 975 PVVIH et personnes affectées (dont 7 122 OEV) ont bénéficié des appuis psychosociaux sous diverses formes ;
- 66 566 PVVIH ont bénéficié de soutien alimentaire ;
- 1 401 PVVIH dont 1 088 femmes ont été bénéficiaires de ressources financières pour mener des activités génératrices de revenu ;
- 170 PVVIH dont 101 femmes ont bénéficié des transferts monétaires ;
- des kits d'hygiène ont également été offerts à 52 PVVIH (21 H et 31 F) et 250 OEV (190 garçons et 60 filles) ;
- 136 524 OEV dont 69 917 filles et 66 607 garçons ont bénéficié des appuis divers (scolaire, sanitaire, formations professionnelles, soutien psychosocial, etc.).

Tableau 3: Récapitulatif des indicateurs GARPR

N°	Indicateur	2011 / GARP 2012	2012 / GARP 2013	2013 / GARP 2014	2014 / GARP 2015
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% (EDS IV, INSD 2010)	Ensemble : 32,35% Question 1 : 85,20% Question 2 : 79,84% Question 3 : 74,87% Question 4 : 50,69% Question 5 : 68,98% (EDS IV, INSD 2010)	Ensemble : 32,35% Question 1 : 85,20% Question 2 : 79,84% Question 3 : 74,87% Question 4 : 50,69% Question 5 : 68,98% (EDS IV, INSD 2010)	Ensemble : 32,35% Question 1 : 85,20% Question 2 : 79,84% Question 3 : 74,87% Question 4 : 50,69% Question 5 : 68,98% (EDS IV, INSD 2010)
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% (EDS IV, INSD 2010)			
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% (EDS IV, INSD 2010)			
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% (EDS IV, INSD 2010)			
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% (EDS IV, INSD 2010)			
1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*	0,87% (EDS IV, INSD 2010)	0,72% (EDS IV, INSD 2010)	0,72% (EDS IV, INSD 2010)	0,72% (EDS IV, INSD 2010)
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	ND
1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	98,23% (BSS 2010, SP/CNLS-IST)	98,23% (BSS 2010, SP/CNLS-IST)	98,23% (BSS 2010, SP/CNLS-IST)	88,50% (Rapport R2P 2015, PAMAC)
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% (BSS 2010, SP/CNLS-IST)	82,92% (BSS 2010, SP/CNLS-IST)	82,92% (BSS 2010, SP/CNLS-IST)	82,36% (Rapport R2P 2015, PAMAC)
1.10	Prévalence du VIH chez les professionnelles de sexe	16,40% (BSS 2010, SP/CNLS-IST)	16,40% (BSS 2010, SP/CNLS-IST)	16,40% (BSS 2010, SP/CNLS-IST)	16,19% (Rapport R2P 2015, PAMAC)

N°	Indicateur	2011 / GARP 2012	2012 / GARP 2013	2013 / GARP 2014	2014 / GARP 2015
	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	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% (Etude sur les minorités sexuelle 2010, SP/CNLS-IST)	58,14% (Etude sur les minorités sexuelle 2010, SP/CNLS-IST)	76,26% (Rapport provisoire R2P, PAMAC)	76,26% (Rapport R2P 2015, PAMAC)
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% (BSS 2010, SP/CNLS-IST)	100% (Etude sur les minorités sexuelle 2010, SP/CNLS-IST)	22,19% (Rapport R2P, PAMAC)	22,19% (Rapport R2P, PAMAC)
1.14	Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	0,98% (Etude sur les minorités sexuelle 2010, SP/CNLS-IST)	0,98% (Etude sur les minorités sexuelle 2010, SP/CNLS-IST)	3,61% (Rapport R2P, PAMAC)	3,61% (Rapport R2P, PAMAC)
	Etablissements de santé				
1.15	Nombre d'établissements de santé où le dépistage du VIH et les services de conseil sont disponibles	1 665 (Rapport 2011, PTME)	1 723 (Rapport 2012, PTME)	1 745 (Rapport 2013, PTME)	1 766 (Rapport 2014, PTME)
	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	221 915 (Bilan PNM 2011, SP/CNLS-IST)	Femmes enceintes : 548 958 Autres : 239 850 (Bilan PNM 2012, SP/CNLS-IST)	Femmes enceintes : 649 370 Autres : 332 266 (Bilan PNM 2013, SP/CNLS-IST)	Femmes enceintes : 706 470 Autres : 179 049 (Bilan PNM 2014, SP/CNLS-IST)
	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	100,00% (Rapport serosurveillance VIH 2010)	100,00% (Rapport serosurveillance VIH 2011)	100,00% (Rapport serosurveillance VIH 2012)	100% (Rapport serosurveillance VIH 2012)
1.17_2	Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals et qui sont séropositives à la syphilis	1,70% (Rapport serosurveillance VIH 2010)	1,98% (Rapport serosurveillance VIH 2011)	1,7% (Rapport serosurveillance VIH 2012)	1,2% (Rapport serosurveillance VIH 2013)
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	100,00% (Rapport serosurveillance VIH 2010)	100,00% (Rapport serosurveillance VIH 2011)	100,00% (Rapport serosurveillance VIH 2012)	100,00% (Rapport serosurveillance VIH 2013)
1.17_4	Pourcentage de professionne(l)e(s) du sexe qui sont affecté(e)s par la syphilis active	ND	ND	ND	1,43% (Rapport R2P, PAMAC)
1.17_5	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui sont affectés par la syphilis active	ND	ND	ND	1,1% (Rapport R2P, PAMAC)

N°	Indicateur	2011 / GARP 2012	2012 / GARP 2013	2013 / GARP 2014	2014 / GARP 2015
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	ND
2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	ND	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	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	ND
2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	ND	ND	ND	ND
2.6	Nombre de personnes bénéficiant de traitement de substitution aux opiacés	ND	ND	ND	ND
2.7	Nombre de sites ciblés où des programmes d'aiguilles et de seringues sont menés	ND	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%	75,45%
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%	49,33%
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%	5,30
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	57,15%	60,48%	69,30%	72,81%

N°	Indicateur	2011 / GARP 2012	2012 / GARP 2013	2013 / GARP 2014	2014 / GARP 2015
3.5	Pourcentage de femmes enceintes consultant dans les services de soins prénatals, dont le partenaire masculin a été dépisté pour le VIH	1,39%	1,35%	1,44%	1,35%
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)	9,87%	27,45%	ND	ND
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)	38,56%	26,24%	43,66%	34,97%
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	33,31%	28,89%	43,66%	38,6%
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, téтанos)	2 357 Allaitement exclusif 3 02 Allaitement de remplacement	ND	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	749 900	771 661	788 892	828 854
3.12_1	Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals	1 694	1 770	1 787	1 800
3.12_2	Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals, et aussi des services de dépistage et de conseil pour les femmes enceintes	1 620	1 723	1 745	1 766
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 recevant actuellement un traitement antirétroviral parmi tous les adultes et les enfants vivant avec le VIH	55,26%	59,68%	37,40%	42,04%
4.2.a	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%	ND
4.2.b	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	ND	ND	ND	ND

N°	Indicateur	2011 / GARP 2012	2012 / GARP 2013	2013 / GARP 2014	2014 / GARP 2015
4.2.c	Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH, dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral, 60 mois après le début du traitement parmi les patients ayant débuté le traitement antirétroviral en 2006	ND	ND	ND	ND
4.3_1	Nombre d'établissements de santé qui dispensent des traitements antirétroviraux	95 (Bilan PNM 2011)	99 (Bilan PNM 2012)	100 (Bilan PNM 2013)	100 (Bilan PNM 2014)
4.3_2	Nombre d'établissements de santé qui dispensent la thérapie antirétrovirale pédiatrique	45 (Bilan PNM 2011)	60 (Bilan PNM 2012)	68 (Bilan PNM 2013)	78 (Bilan PNM 2014)
4.4	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	0% (Bilan PNM 2011)	0% (Bilan PNM 2012)	0% (Bilan PNM 2013)	0% (Bilan PNM 2014)
4.6	Nombre d'adultes et d'enfants éligibles, ayant nouvellement débuté un traitement antirétroviral durant la période couverte par les données	7 282 (Rapport 2011 CMSL/Santé)	2 542 (Rapport 2012 PSSLS-IST)	3 355 (Rapport 2013 PSSLS-IST)	5 395 (Rapport 2014 PSSLS-IST)
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 ²	59,95%	84,50%	40,94%	47,88%
5.2	Nombre d'établissements de santé (dispensant des traitements antirétroviraux) qui respectent des pratiques attestées de lutte contre l'infection, notamment de lutte antituberculeuse	95	99	100	100
5.3	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)	ND	ND	ND	ND
5.4	Pourcentage d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH, dépistés pour la tuberculose à leur dernière visite	ND	18,97%	57,8%	84,5%

² Le numérateur est une compilation des données de routines du Programme National de lutte contre la Tuberculose et le dénominateur est un nombre estimé par l'OMS

N°	Indicateur	2011 / GARP 2012	2012 / GARP 2013	2013 / GARP 2014	2014 / GARP 2015
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 (Rapport REDES 2011)	26 159 216 475 (Rapport REDES 2012)	25 755 427 657 (Rapport REDES 2013)	21 518 557 429 (Bilan PNM 2014)
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% (EDS IV, INSD 2010)			
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 : « Achetez-vous des légumes frais auprès d'un épicer ou d'un vendeur si vous saviez que cette personne est atteinte du virus du SIDA ? »	Femme : 64,4% Homme : 56,7% Ensemble : 62,3% (EDS IV, INSD 2010)	Femme : 64,4% Homme : 56,7% Ensemble : 62,3% (EDS IV, INSD 2010)	Femme : 64,4% Homme : 56,7% Ensemble : 62,3% (EDS IV, INSD 2010)	Femme : 64,4% Homme : 56,7% Ensemble : 62,3% (EDS IV, INSD 2010)
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% (EDS IV, INSD 2010)	Orphelins : 52,79% Non-orphelins : 53,10% (EDS IV, INSD 2010)	Orphelins : 52,79% Non-orphelins : 53,10% (EDS IV, INSD 2010)	Orphelins : 52,79% Non-orphelins : 53,10% (EDS IV, INSD 2010)
10.2	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	ND	ND	ND	ND

III. BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA DECLARATION POLITIQUE DE 2011 (Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/Sida)

En absence d'étude récente de grande envergure, les indicateurs relatifs à la population générale ont été renseignés sur la base des données de l'enquête démographique et de santé (EDS) de 2010.

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. En effet, 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%).

Par ailleurs, l'étude sur les grossesses indésirées en milieu scolaire, réalisée en 2013, a révélé qu'au cours de l'année scolaire 2011-2012, 1056 élèves du primaire et du post-primaire sont tombées en grossesses (dont 40 cas pour le primaire). Cela prouve que les jeunes ont tendance à aller précocement à la découverte de la sexualité ; ce qui nécessite alors de renforcer les actions de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive à l'endroit des jeunes et surtout en milieu scolaire.

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 2013, estime qu'en 2013, la prévalence chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans était de 0,8% [0,5 - 1,3] contre 1,3% [0,9 - 1,7] en 2010 (soit une baisse de 0,5 point entre 2010 et 2014).

Bien que la prévalence est en baisse dans la population de 15-24 ans, il convient de renforcer les actions de sensibilisation des jeunes sur la santé sexuelle et reproductive et ceci en vue de réduire non seulement l'ampleur des grossesses indésirées notamment en milieu scolaire mais aussi, de prévenir les risques d'infection au VIH.

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

L'étude comportementale et de séroprévalence VIH et syphilis dénommée « Research To Prevention (R2P) » réalisée courant 2013-2014 par le PAMC en collaboration avec l'IRSS et l'université John Hopkins, montre qu'en ce qui concerne l'accès à la sensibilisation sur les messages clés de prévention du VIH, près d'un tiers (30%) et plus de la moitié (58,2%) des travailleuses de sexe (TS) enquêtées, respectivement à Ouagadougou et à Bobo-dioulasso, ont déclaré avoir participé à des causeries ou à des rencontres de sensibilisation sur le VIH/Sida au cours des 12 derniers mois.

Par ailleurs, on note qu'à l'instar des années antérieures, les acteurs intervenant dans le domaine de la prévention et aussi de la prise en charge des PVVIH ont accordé une attention particulière courant 2014, aux travailleuses du sexe, qui sont considérées comme groupe spécifique à haut risque d'infection.

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

Selon les données de l'étude comportementale et de séroprévalence de 2013-2014, 88,5% 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 (87,79%) que chez celles de plus de 25 ans (89,11%).

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'étude R2P montrent que 82,36% des travailleuses de sexe enquêtées ont effectué le test de dépistage du VIH et ont reçu le résultat au cours des 12 derniers mois.

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

Les données de l'étude R2P de 2013-2014, indiquent que la prévalence du VIH dans la population des TS est estimée à 16,19% comparativement à celle de la population générale qui est estimée à 0,92% en fin 2013 (rapport ONUSIDA 2014). Les résultats de la même étude montrent aussi que la prévalence au sein de ce groupe varie en fonction de l'âge. Chez les moins de 25 ans, elle est de 5,25% contre 25,61% chez les plus de 24 ans.

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

Selon l'étude R2P, 85.6% et 66.5% des HSH respectivement à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso ont déclaré avoir reçu au cours des 12 derniers mois, des informations sur la prévention de la transmission du VIH lors des rapports sexuels entre femme et homme. Par contre s'agissant des messages de prévention du VIH lors des rapports sexuels entre hommes, seulement 46.6% à Ouagadougou et 34.5% les ont reçus.

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 séroprévalence VIH et syphilis réalisée en 2013 par le PAMAC en collaboration avec l'IRSS et l'université John Hopkins, montrent que 76,26% 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 douze (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 de la population des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à 3,6%.

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 permet 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.

En fin 2014, les données consolidées à partir des rapports sectoriels montrent que 1 783 structures sanitaires aussi bien publiques, privée que communautaire, dont 1 766 établissements publics de santé ont offert 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 en 2014 (sans les données de la PTME) est estimé à 178 692 contre 315 060 en 2013.

Cette baisse du nombre de personnes dépistées s'explique par le faible financement des activités de conseil dépistage du VIH en 2014 qui serait dû à la lourdeur administrative pour le déblocage des ressources du Fond mondiale round 10.

En ce qui concerne les 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 706 470 femmes enceintes contre 649 370 en 2013.

Par ailleurs, on note une augmentation du taux d'adhésion des femmes à la PTME qui est passé de 71,14% en 2012 à 82,31% en 2013 et 85,67% en 2014.

IND_1.17 : Infection sexuellement transmissible (IST)

Les structures sanitaires ont notifié 173 695 cas d'IST en 2014 contre 152 104 cas en 2013, soit une hausse de 14,19%. Cela dénote, une meilleure prise en charge partant des efforts qui sont faits pour une meilleure surveillance des IST.

En considérant les syndromes, on note une prédominance des écoulements vaginaux (40,02%), des douleurs pelviennes (29,51% des cas), des ulcérations génitales (13,83%) et les écoulements urétraux (10,89%).

L'incidence des IST est très forte dans les deux régions qui abritent les plus grandes villes du pays à savoir la région du centre avec Ouagadougou (incidence 162,5 pour 10000) et la région des Hauts-Bassins avec Bobo-Dioulasso (incidence à 146,6 pour 10000).

En ce qui concerne la surveillance des IST (syphilis) dans les sites sentinelles, le rapport de la serosurveillance de 2013, indique une prévalence de 1,2% [1,0 - 1,5] chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans contre 1,6% [1,4-2,0] en 2012.

Par ailleurs, des prises en charge médicale conformément aux normes en vigueur ont été offertes à toutes les personnes chez qui, un syndrome d'IST a été diagnostiqué au cours de l'année 2014.

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'apprecier le comportement des consommateurs de drogues injectables sur le territoire national. Les quelques études réalisées n'ont pas permis d'identifier les consommateurs de drogues injectables.

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

4 285 femmes enceintes séropositives ont reçu en 2014 un traitement prophylactique complet aux ARV pour prévenir le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ceci représente 63% des mères ayant besoin de PTME estimées par Spectrum contre 62,09 % en 2013. Avec l'adoption de l'option B+ en début 2015, le niveau de cet indicateur pourrait être amélioré ; toute chose qui contribuera à réduire considérablement la transmission du VIH de ainsi que le nombre de décès maternels liés au sida.

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

Le nombre total d'enfants nés de mères VIH+ testés en 2014 (toutes techniques confondues) est de 2 658.

Dans le cadre du suivi des enfants nés de mères séropositives, on note qu'en 2014, 49,03% des enfants nés de mères séropositives (N=3503), ont bénéficié d'un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie contre 46,83% en 2013.

Des efforts importants ont été faits avec l'introduction de la PCR pour un diagnostic précoce dès la sixième semaine. En effet, l'effectif des enfants testés par la technique de la PCR s'est nettement amélioré, passant de 538 en 2010, 785 en 2011, 1101 en 2012, 1435 en 2013 et 1728 en 2014. Cette situation est due à l'engagement des acteurs de terrain et à l'appui des partenaires techniques et financiers (BE, UNICEF, Fonds Mondial), qui a permis de renforcer les capacités des structures de santé pour la réalisation de la technique DBS (Dried Blood Spot) ou Goutte de Sang Déséchée et qui ont fourni les intrants nécessaires.

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

En fin 2014, sur 2 658 enfants nés de mères séropositives et qui ont été dépistés au VIH, 141 étaient positifs soit un taux de 5,30% contre 5,72% (N=2 203) en 2013.

On note alors, une augmentation du nombre d'enfants dépistés et une légère baisse du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Des efforts restent à fournir car ce taux est au dessus de l'objectif fixé (moins de 5%).

En outre, on note que le taux d'adhésion des femmes à la PTME 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

Dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, le test de dépistage du VIH est proposé aux femmes enceintes vues à la CPN1 ou aux CPN suivantes si elle avait refusé à la première CPN.

En fin 2014, 86% des femmes enceintes vues en CPN ont été dépisté au VIH contre 82% en 2013. Ce taux bien qu'en hausse, reste en deçà de l'objectif national qui est de 90%.

Parmi les 14% des femmes enceintes qui n'ont pas fait le test de dépistage se trouve celles qui connaissaient déjà leur statut sérologique (5106). Ce qui porte le nombre des femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique en fin 2014 à 771 576 soit 72,81% si l'on rapporte ce nombre à celui des grossesses attendues dans l'année (977 337). 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

Le dépistage des conjoints est un indicateur de l'implication des hommes à la SR et plus particulièrement à la PTME.

Sur 706 470 femmes enceintes qui ont acceptées le test de dépistage VIH, 11 161 conjoints l'ont également réalisé soit 1,57%. Cet indicateur stagne et n'évolue pas dans le temps.

La séropositivité du VIH chez les conjoints des femmes enceintes a été estimée à 1,6% en fin 2014.

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)

Avec l'application des directives 2013 de l'OMS en début janvier 2014, l'éligibilité des femmes enceintes séropositives au traitement ARV, n'est plus liée aux critères cliniques ou immunologiques.

Cependant, dans le cadre du suivi biologique des patients sous traitement ARV, plus de la moitié (71%) des femmes dépistées positives en 2014 ont bénéficié, d'une classification clinique selon les critères de l'OMS. Cela est nettement en deçà des attentes du programme qui est de 100% mais connaît une augmentation par rapport à 2013.

Le dosage des CD4 reste également l'une des difficultés du programme, car le taux est seulement 22%.

Les principales difficultés sont : sont les longues distances, les pannes des appareils, l'inaccessibilité financière et la faible disponibilité des réactifs et appareils de dosage des CD4.

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 pays. Au cours de l'année 2014, 2 379 enfants nés de mères séropositives ont bénéficié de la prophylaxie complète aux ARV contre 2369 enfants en 2013. La couverture est de 35% par rapport au nombre de mères VIH+ qui vont donner naissance à un enfant (6 803 selon les estimations faites avec la nouvelle version du Spectrum en mars 2015). 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_3.9 : 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 cours de l'année 2014, 2 191 enfants nés de mères séropositives ont bénéficié de la prophylaxie au cotrimoxazole (CTX) dans les deux mois suivant leur naissance. En se référant aux estimations issues du Spectrum, la proportion d'enfants couverts est de 32,21% en 2014 contre 43,66% en 2013 et 28,89% en 2012.

Il s'avère donc nécessaire d'intensifier les efforts en vue d'offrir le traitement prophylaxie au cotrimoxazole à un plus grand nombre d'enfants.

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 2014, 828 854 femmes enceintes ont été vues en consultation prénatales contre 791 788 en 2013 soit une hausse de 4,68 %. Cela dénote de l'amélioration de la couverture sanitaire qui se traduit par la réduction du rayon d'accès au service de santé et l'augmentation du nombre de sites PTME (1 766 en 2014 contre 1 745 en 2013).

IND_3.12 : Etablissements de santé

Selon les données du programme PTME, le nombre de centres de santé offrant des prestations de consultations et de soins prénataux est passé de 1 745 en 2013 à 1 766 en fin 2014. 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 1 766 formations sanitaires. En considérant les formations sanitaires éligibles pour les sites PTME, la couverture est de 98,1% contre 97,6% en 2013.

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 et confessionnelles (16), en collaboration avec les structures sanitaires publiques (75) et privées (9), ont pu fournir des soins de santé aux personnes vivant avec le VIH/Sida. En effet, le nombre de malades sous traitement ARV est passé de 42 145 PVVIH en 2013 à 46 623 en fin décembre 2014. Parmi ces 46 623 PVVIH, 44 410 sont des adultes (31 769 femmes soit 71,54%) et 2 213 sont des enfants de moins de 14 ans dont 1 054 filles (47,63%).

L'objectif du Plan National Multisectoriel qui était de couvrir 75% des besoins ARV soit 50 652 PVVIH n'est pas atteint. En effet seulement 46 623 PVVIH ont bénéficiées de traitement ARV au cours de l'année 2014 ; ce qui représente 68,96% des besoins de traitement ont été couverts. Par rapport à la cible estimée en fin 2014 par Spectrum (123 237), le taux de couverture est de 37,83%.

En dépit de ces résultats peu satisfaisant, les mesures prise en janvier 2015 (l'application effectif de la délégation encadrée des tâches aux paramédicaux et adoption de l'option B+) augure un bon espoir quant à l'atteinte des objectifs stratégiques du pays qui est d'assurer le traitement ARV à 78% des PVVIH en fin 2015.

IND_4.2.a : 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

Données non disponibles.

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

Données non disponibles.

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

Données non disponibles.

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

Les efforts se sont poursuivis pour l'accroissement des structures de prise en charge. En fin 2014, le nombre de structures de prise en charge médicale (ARV) s'élève à 100. Parmi ces structures 78 assure le traitement pédiatrique par les ARV. 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 2014, sur les 100 structures de prise en charge médical (ARV) des PVVIH, aucune rupture d'ARV n'a été constatée.

IND_4.6 : Nombre d'adultes et d'enfants éligibles, ayant nouvellement débuté un traitement antirétroviral durant la période couverte par les données

En fin 2014, le nombre de PVVIH inscrites dans les registres de traitement ARV est estimée à 76 342 dont 46 623 sont sous traitement ARV.

Par ailleurs, on note que 5 395 PVVIH dont 344 enfants ont nouvellement débuté leur traitement antiretroviral au cours de l'année 2014.

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

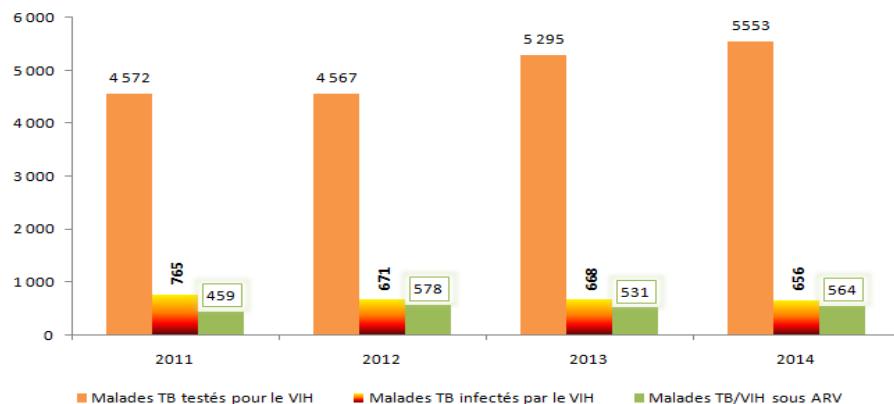
IND_5.1 : Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH

La recherche active des cas de tuberculose chez les patients infectés par le VIH et vice versa, est un aspect très important car elle permet de réduire la morbidité et la mortalité des patients dans les files actives.

Au 31 décembre 2014, sur un total de 112 304 consultations réalisées, la recherche active de la tuberculose s'est faite chez 59 960 patients PVVIH (55 620 adultes et 4 340 enfants) ; soit une proportion de 53,39%. Parmi ceux-ci, 536 cas de tuberculose ont été dépistés soit un taux de co-infection de TB-VIH de 0,89%, contre 1,29% en 2013 (508 cas sur 39 249 PVVIH).

Le graphique ci-dessous donne la situation de la recherche du VIH chez les tuberculeux enregistrés au cours des quatre dernières années.

Graphique 2 : situation de la recherche du VIH chez les patients tuberculeux de 2011 à 2014



Source : bilan PNM 2014

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

Sur un total de 5 395 PVVIH inscrites sur la file active couran 2014, la tuberculose active a été détectée chez 529 patients soit un taux de co-infection de 9,81%.

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 enrégistré au cours de leur dernière visite

En 2014, 84,5% des patients inscrit sur la file active ont bénéficié d'une recherche de la tuberculose. Parmi ces PVVIH dépistées, 536 cas se révèlent positifs.

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

Durant l'année 2013 au Burkina Faso, l'estimation des flux de dépenses de lutte contre le VIH /Sida et les IST s'élève à la somme de 25,76 milliards FCFA (soit 54,34 millions USD) contre 25,76 milliards de FCFA (soit 51,5 millions de dollars US) en 2012.

Les dépenses de la réponse nationale au Sida par tête d'habitant ont connu une baisse entre les deux années. En effet, elles sont estimées à 1 521 FCFA (3,21 USD) contre 1 565 FCFA (3,07 dollars US) en 2012.

Ces dépenses ont représenté 0,45% du Produit intérieur brut (PIB³) contre 0,49% en 2012, soit en baisse de 4 points.

Trois sources de financement cohabitent au Burkina Faso : il s'agit des fonds publics, des fonds privés et des fonds internationaux.

Les financements publics se chiffrent à 3,84 milliards FCFA (8,11 millions USD), soit 14,92% des flux en 2013 contre 8,8 milliards de FCFA en 2012. Les financements privés sont évalués à 1,56 milliards FCFA (3,28 millions USD) en 2013 contre 1,54 milliard de FCFA, en 2012. En ce qui concerne les financements extérieurs, ils sont estimés en 2013 à 20,4 milliards FCFA, soit environ 79,04% des dépenses totales contre 15,92 milliards de FCFA avec 61% des dépenses totales en 2012. On note une hausse de l'ordre de 18,04% des appuis extérieurs du fait de l'accroissement du financement du Fonds Mondial.

Le tableau ci-dessous donne la répartition des ressources en 2013.

Tableau 4: répartition des ressources en 2013 par source de financement

Sources de financement	Montant en FCFA	Montant en USD	Pourcentage
Fonds publics	3 843 660 710	8 108 989	14,92%
Fonds privés	1 555 132 381	3 280 870	6,04%
Fonds internationaux	20 356 634 976	42 946 487	79,04%
TOTAL	25 755 427 657	54 336 345	100,00%

Source : rapport REDES 2013

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

³ Le PIB du Burkina Faso selon les Statistiques mondiales est évalué à 12 130 millions de dollars US en 2013. Le taux de conversion à l'incertain considéré pour le dollar est de 474 F CFA pour 1 dollar US.

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 « achéteriez-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), revèlent 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% lorsque 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.

IV. 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 de ces cinq 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 qui ont été finalisés et disseminés en 2012.

En outre, dans le but de favoriser la promotion de partage d'expérience en matière d'intervention de riposte au VIH, le SP/CNLS-IST a encore entamé en septembre 2014, un processus de capitalisation des bonnes pratiques. Une relecture du formulaire de collecte des bonnes pratiques a été réalisée à cet effet, et la collecte des données se déroulera au cours du 2^{ème} trimestre 2015.

4.1. 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, les différentes sessions ordinaires et extraordinaires du CNLS-IST ont été présidées par le Président du Faso, Président du CNSL-IST.

Dans le souci d'assurer une large représentation de l'ensemble des parties prenantes à la prise de décision, le CNLS-IST est composé des premiers responsables des institutions, des départements ministériels, des collectivités administratives et locales (gouvernorats et communes), des structures du secteur privé et des entreprises, des organisations de la société civile ainsi que des Partenaires Techniques et Financiers (multilatéraux, bilatéraux et ONG internationales).

La coordination des interventions est assurée par des structures de coordination mises en place par le CNLS-IST au niveau central, sectoriel et régional.

Des cadres de coordination multipartenaire sont également mis en place en fonction des besoins (Comités de pilotage, Comité technique de programmation et de suivi, Comité de suivi des déclarations, Comité de gestion du Fonds mondial, etc.).

A l'instar des autres années, la 14^{ème} session ordinaire du CNSL-IST a été présidée par le Président de la Transition, Président du Faso, Président du CNLS-IST qui a réaffirmé l'engagement de l'Etat burkinabè à maintenir au rang des priorités, la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Elle s'est tenue le 26 mars 2015 et a connu la participation de 112 membres (dont 96 présents et 16 représentés).

4.2. 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 collectivités administratives et locales (comités régionaux, provinciaux et communaux) ;

- la forte implication des autorités coutumières et religieuses (URCB/SD) ;
- l'appui des partenaires techniques et financiers.

La stratégie nationale de lutte contre le Sida définie dans le Cadre Stratégique de Lutte Contre le Sida s'inscrit dans la mise en œuvre de la Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable et du Plan National de Développement Sanitaire.

Sur le plan juridique, on note l'adoption de la loi portant lutte contre le VIH/Sida et protection des PVVIH et de son décret d'application, permet de renforcer la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH.

Au plan financier, il ressort une amélioration de la contribution du budget de l'Etat (environ 30%) au financement des activités de lutte contre le VIH/Sida et les IST.

4.3. Intensification des programmes efficaces de prévention

Au cours de l'année 2014, 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.

En outre, des programmes spécifiques (Projet TOTAL, Projet PACTE-VIH) débuté en 2013 ont été mis en œuvre au profit des TS, HSH et routiers.

4.4. 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.

L'engagement du gouvernement à accroître l'offre de la prise en charge médicale des PVVIH, en témoigne, la signature d'une lettre par le Secrétaire Général du Ministère de la santé, invitant ainsi les structures à la mise en application des directives 2013 de l'OMS sur l'utilisation des ARV ; et en faisant une mention spécifique sur la délégation encadrée du personnel paramédical sur la prescription des ARV.

Le renforcement du soutien à la scolarisation des OEV a été maintenu de même que le soutien psychosocial et économique aux PVVIH et aux personnes affectées.

4.5. Suivi et évaluation

L'Unité centrale de planification et de suivi évaluation mise en place au sein du SP/CNLS-IST, coordonne les activités de suivi évaluation.

Les outils de planification et de suivi évaluation revisé en 2013 pour tenir compte de l'aspect genre ont été davantage diffusés auprès des acteurs. Un accent devra être accordé à la priorisation des interventions en tenant compte des questions d'équité selon le genre.

L'ensemble des acteurs intervenants dans la lutte contre le VIH/Sida et les IST sont des parties prenantes du système de suivi évaluation.

4.6. Renforcement des capacités

Dans le domaine de l'appui et du renforcement des capacités, on retient les appuis divers aux acteurs sectoriels à travers entre autres le financement de leurs plan d'action, la mise à disposition des équipements ainsi que des formations spécifiques.

Pour ce qui concerne les cadres du SP/CNLS-IST, des formations ont été organisées sur le logiciel de suivi-évaluation (TomMonitoring) et de comptabilité (TomPortail) ainsi certains acteurs clés intervenant dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida et les IST.

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.

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.

4.7. 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.

V. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

5.1. 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*

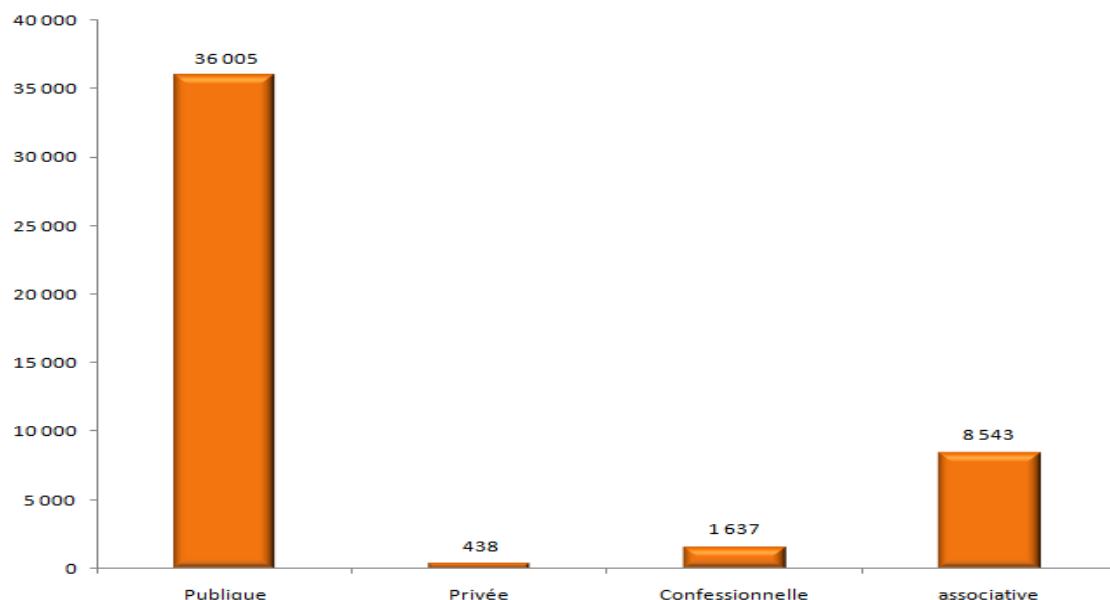
Peu d'études ont été réalisées en 2014. Seules les études réalisées en 2013 par le PAMAC auprès des HSH et TS et l'extension de la même étude dans trois autres villes du Burkina en 2014 sur les TS ont été exploitées dans le cadre de l'élaboration du présent rapport.

Par ailleurs, des études portant sur les détenus et la transmission résiduelle du VIH de la mère à l'enfant sont en cours de réalisation ; et leurs permettront de prendre des mesures visant à améliorer les interventions.

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

Le nombre de malades sous traitement ARV est passé de 42 145 en 2013 à 46 623 en 2014. Parmi ces 46 623 PVVIH sous ARV, 44 410 patients sont des adultes (avec 71,54% de femmes) et 2 213 sont des enfants de moins de 14 ans (avec 47,63% de filles). La prise en charge de ces PVVIH est assurée à plus de 77% par des structures sanitaires publiques. Le graphique ci-après illustre la répartition des patients sous traitement ARV par type de structure.

Graphique 3 : répartition des patients sous traitement ARV par type de structure



Source : Bilan PNM 2014, SP/CNLS-IST

Cependant, le nombre de sites de prise en charge médicale des PVVIH est resté stationnaire (100 sites aussi bien en 2013 qu'en 2014).

Malgré les efforts de décentralisation de la prise en charge médicale des difficultés subsistent pour lesquelles des actions et des réflexions sont faites. Ce sont :

- l'insuffisance de l'accès des PVVIH au suivi biologique ;
- l'inaccessibilité géographique des PVVIH aux structures de prise en charge médicales (distance, frais de transport) ;
- la non régularité de l'approvisionnement en intrant en milieu périphérique ;

- l'insuffisance de la prise en charge des effets indésirables liés aux ARV ;
 - la faible vulgarisation de l'intégration bidirectionnelle SSR/VIH.
-
- *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, qui occupent une grande place dans la prise en charge des malades ;
- En 2014, 8 543 PVVIH sont prises en charge dans les structures communautaires contre 8 508 en 2013. Cela représente une contribution très significative de 18,32% de l'ensemble des patients sous ARV.

Malgré leur implication de plus en plus accrue dans la riposte, ces structures communautaires 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 et 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 d'exécution dans les délais. L'opérationnalisation de la base de données du SP/CNLS-IST dans les antennes régionales, ainsi que du logiciel ESOPE dans les structures de prise en charge médicale, contribuera beaucoup à une meilleure collecte, traitement et transmission des données.

- *Concernant la disponibilité des données pour le rapport GARPR 2015*

Dans le cadre de la production du rapport GARPR 2015, l'équipe technique a eu quelques difficultés liées à la disponibilité des informations.

Par ailleurs, pour des raisons techniques et financières, certaines enquêtes auprès des groupes cibles n'ont pas pu être réalisées.

Cependant, les résultats des études telles que : EDS IV, étude comportementale et de séroprévalence auprès des TS et 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.

5.2. Les obstacles rencontrés au cours de la mise en œuvre des interventions en 2014

Au cours de l'année 2014, la principale contrainte rencontrée dans la mise en œuvre des interventions a été l'insuffisance des financements accordés au

fonctionnement des structures pour mener à bien le CDV qui a impacté négativement des activités de dépistage au cours de l'année.

En matière de coordination de la réponse nationale, la difficulté du SP/CNLS-IST se résume essentiellement au déficit en ressources humaines, matérielles, financières et techniques.

Dans le domaine de planification et de suivi-évaluation, le renforcement des capacités des acteurs au niveau des ministères, entreprises et organisations de la société civile constitue un défi à relever pour améliorer le taux de complétude des données et surtout leur qualité.

5.3. 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 :

- le développement des nouvelles stratégies en vue d'assurer une plus grande mobilisation des ressources au niveau local ; ainsi que des mesures visant à mettre les ressources acquises le plus tôt possible à la disposition des acteurs ;
- la poursuite du plaidoyer pour l'affectation du personnel dans les Unités, Départements, et Antennes régionales du SP/CNLS-IST ;
- le renforcement de capacités des acteurs à l'utilisation des outils de suivi évaluation entraîne
- la vulgarisation de l'utilisation du logiciel ESOPE dans les structures de prise en charge médicales ;
- l'opérationnalisation de la délégation encadrée du traitement ARV aux personnels paramédicaux ;
- le renforcement du plateau technique des structures sanitaires.

VI. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

6.1. Appui technique

Les partenaires ont toujours apporté un appui technique constant. On pourrait citer quelques unes 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) ;
- la conduite de la revue à mi-parcours du CSLS 2011-2015 ;
- l'élaboration de la note conceptuelle TB/VIH suivant le nouveau mécanisme de financement du Fond mondial ;
- etc.

6.2. Appui financier

L'ensemble des partenaires au développement de la coopération bilatérale voire multilatérale apportent une assistance financière multiforme dans la lutte contre le sida. Le Panier Commun Sida (PCS) assure la coordination de leurs appuis.

En 2014, compte tenu du contexte international et la fermeture de certains projets/programmes, la mobilisation des ressources n'a pas été à la hauteur des attentes. On note cependant la contribution remarquable du budget de l'Etat au financement des interventions de lutte contre le VIH/Sida et les IST.

VII. ENVIRONNEMENT DE SUIVI ET D'EVALUATION

7.1. 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 ;
- la base de données « Endos » du ministère de la santé ;
- 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 GARPR, le Tableau de Bord des Indicateurs sida (TBIS), les indicateurs de la surveillance sentinelle de seconde génération (VIH, Sida, IST, comportements) et les indicateurs sur les activités des autres secteurs d'intervention.

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 / formative des acteurs impliqués dans la collecte des données de l'ensemble des secteurs d'intervention.

Le cadre de suivi évaluation est piloté par l'Unité centrale de planification et de suivi évaluation (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 GARPR, 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 :

- l'insuffisance dans la collecte et la transmission des données non santé, entraînant un faible niveau de complétude et de promptitude des rapports techniques et financiers ;
- la faiblesse des ressources pour le financement des enquêtes de surveillance et des études ;
- l'insuffisance d'équipements informatiques pour l'opérationnalisation du logiciel ESOPE ;
- 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 de ressources financières et humaines pour opérationnaliser le système de suivi évaluation au niveau des antennes régionales du SP/CNLS-IST ;
- le manque de financement pour la réalisation des enquêtes de surveillance auprès des groupes spécifiques (Détenus et Orparilleur) ;
- 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.

7.2. Les mesures correctives prévues pour surmonter les difficultés

L'UC-PSE prévoit :

- 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 consequent du plan d'action de suivi évaluation ainsi que la réalisation régulière des études.

Outre cela, 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 ou ses services déconcentrés 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 et financier 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.

7.3. 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 5: 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 multi sectoriel 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 - Appui technique et financier pour la réalisation de l'auto-évaluation du système national de suivi évaluation
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 permettant de collecter les données essentielles</i>	- Appui technique pour la définition de la matrice de S&E du CSLS 2016-2020 - Renforcement de la structure régionale avec un chargé de suivi évaluation et un mécanisme de collecte des données au niveau plus bas.
10 : Supervision formative et audit des données	Inexistance 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 ; - Appui financier pour la tenue des rencontres de validation des données par le GTSE et les GTR/SE ; - Appui financier pour l'intensification des activités de suivi/supervision des acteurs de terrains

ANNEXES

Annexe 1 : liste des membres de l'équipe technique GARPR

N° Ordre	Nom et prénom(s)	Tél	STRUCTURE
STRUCTURES PUBLIQUES			
1	- Dr Didier Romuald BAKOUAN	50 30 66 22	SP/CNLS-IST
2	- Mme Dabou Irène TRAORE	70 14 20 90	SP/CNLS-IST-UCPSE
3	- M. Moumouni ILBOUDO	70 69 03 30	SP/CNLS-IST-UCPSE
4	- Dr. Mamadou SOKEY	70 31 03 34	SP/CNLS-IST-UCPSE
5	- Mme Marie Claire DAMIBA	70 24 05 16	SP/CNLS-IST-UCPSE
6	- M. Paul BAMBARA	70 11 41 13	SP/CNLS-IST-UCPSE
7	- Mme SOURABIE Rachelle	76 66 83 03	SP/CNLS-IST-UCPSE
8	- Mme Alice SANON	70 24 42 16	SP/CNLS-IST-DCCRO
9	- Dr Augustine DEMBELE / TRAORE	70 60 21 67	SP/CNLS-IST-DSS
10	- Dr. Célestine KI/ TOE	70 38 80 04	CPFM/ SP/CNLS-IST
11	- Mme Gabrielle BANDRE	71 26 81 86	CMLS/MESS
12	- Mme Oumou BOLI/ PAFADNAME	70 24 41 16	CMLS/MENA
13	- M. Arnaud KONSEIBO	70 43 32 35	PNT
14	- M. Jérémy KAFANDO	70 13 07 62	INSD
15	- M. Issaka SAWADOGO	70 27 21 96	DSF
16	- M. Abdoulaye COULIBALY	70 95 31 95	PSSLS
17	- Dr. Solange DIOMA / OUEDRAOGO	70 30 59 96	PSSLS
18	- M. Moussa SAM	70 28 29 43	CMLS / MASSN
SOCIETE CIVILE			
19	- M. Sosthène KERE	70 23 96 44	PAMAC
20	- Mme Odette KIZERBO	70 01 77 45	PAMAC
21	- M. Lassané SIMPORE	70 29 65 16	IPC
PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS			
22	Dr André KABORE	70 20 66 28	ONUSIDA
23	Dr Babou BAZIE	70 85 07 53	OMS
24	Dr Mireille CISSE	70 24 71 23	UNICEF

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.

6ème 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

7ème 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

8ème 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

9ème 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

10ème 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

11ème 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

12ème 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

13ème 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 mai 2014

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

Nombre de participants : 240 personnes dont 143membres du CNLS-IST (dont 129 présents, 14 représentés) sur 151

14ème session ordinaire du CNLS-IST

Présidée par : Son Excellence monsieur Michel KAFANDO, Président de la transition, Président du Faso, Président du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST

Date : jeudi 26 mars 2015

Lieu : Salle polyvalente de la Présidence du Faso

Nombre de participants : 180 personnes dont 112 membres du CNLS-IST (dont 96 présents, 16 représentés) sur 130