

BURKINA FASO  
Unité - Progrès - Justice



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

**ONUSIDA**

HCR • UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC  
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

**RAPPORT D'ACTIVITES SUR LA RIPOSTE AU SIDA  
DU BURKINA FASO 2012  
(GARP 2012)**

*GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING 2012*

Mars 2012

**Table des matières**

**LISTE DES TABLEAUX ..... 3**

**LISTE DES GRAPHIQUES ET CARTE ..... 4**

**APERÇU DE LA SITUATION ..... 5**

**I. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA ..... 19**

**II. RIPOSTE NATIONALE A L'ÉPIDÉMIE DE SIDA ..... 43**

**Objectif 1. : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle ..... 43**

**Objectif 2. : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables ..... 46**

**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 ..... 47**

**Objectif 4. : D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH ..... 50**

**Objectif 5. : D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ..... 51**

**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 ..... 52**

**Objectif 7. : Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement ..... 57**

**III. MEILLEURES PRATIQUES..... 60**

**IV. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES..... 62**

**V. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT ..... 65**

**VI. ENVIRONNEMENT DE SUIVI ET D'ÉVALUATION..... 65**

**ANNEXES ..... 69**

**ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES IMPLIQUEES ..... 70**

**ANNEXE 3 : HISTORIQUE DE LA TENUE DES SESSIONS DU CNLS-IST ..... 71**

**SIGLES UTILISES ..... 73**

## Liste des tableaux

|   |    |
|---|----|
| <b>Tableau 1:</b> répartition de la vente/distribution des condoms par structure en 2010.....   | 7  |
| <b>Tableau 2:</b> situation d'atteinte des objectifs par cible.....   | 8  |
| <b>Tableau 3:</b> évolution du nombre de PVVIH sous traitement ARV.....   | 11 |
| <b>Tableau 4:</b> situation comparée de la co-infection au Burkina Faso de 2010 et 2011.....  | 11 |
| <b>Tableau 5:</b> répartition des bénéficiaires de la PECC et des personnes sous ARV en fonction du sexe et de l'âge.....                                       | 12 |
| <b>Tableau 6:</b> Récapitulatif des indicateurs.....  | 14 |
| <b>Tableau 7:</b> prévalence du VIH selon les tranches d'âge.....   | 19 |
| <b>Tableau 8:</b> prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socioculturelles, économiques et les régions.....  | 20 |
| <b>Tableau 9:</b> notification des cas de Sida en 2010 par région.....  | 22 |
| <b>Tableau 10: cas de Sida notifiés par tranche d'âge 2009 et 2010.....</b>   | 22 |
| <b>Tableau 11:</b> répartition des cas d'IST selon le syndrome en 2010.....   | 23 |
| <b>Tableau 12:</b> incidence des cas d'IST par région en 2010.....  | 24 |
| <b>Tableau 13:</b> évolution de l'incidence (pour 1 000 habitants) par tranches d'âge des IST de 2006 à 2010.....   | 24 |
| <b>Tableau 14:</b> prévalence du VIH, par tranche d'âge au Burkina Faso en 2009 et 2010.....  | 25 |
| <b>Tableau 15:</b> situation du VIH dans les sites sentinelles en milieu rural et urbain en 2010.....   | 25 |
| <b>Tableau 16:</b> situation du VIH dans les sites sentinelles en milieu rural et urbain en 2009.....   | 26 |
| <b>Tableau 17:</b> prévalence du VIH chez les TS par ville.....   | 27 |
| <b>Tableau 18:</b> pourcentage des MSM selon les lieux de rencontre.....  | 29 |
| <b>Tableau 19:</b> pourcentage des enquêtés selon leurs principales caractéristiques identitaires.....  | 29 |
| <b>Tableau 20:</b> pourcentage des MSM selon leur connaissance des pratiques sexuelles qui exposent au risque d'infection par le VIH.....                       | 30 |
| <b>Tableau 21:</b> situation des principaux indicateurs PTME.....   | 31 |
| <b>Tableau 22:</b> activités de CPN et de dépistage 2011 par région.....  | 32 |
| <b>Tableau 23:</b> activités de suivi du couple mère-enfant 2011 par région.....  | 32 |
| <b>Tableau 24:</b> indicateurs du conseil dépistage en milieu de soins selon régions.....   | 33 |
| <b>Tableau 25:</b> nombre de personnes testées pendant la campagne auprès des MSM et en milieu prostitutionnel par sexe et par âge.....                         | 34 |
| <b>Tableau 26:</b> nombre de personnes testées pendant la campagne auprès des commerçants et des routiers par sexe et par âge.....                              | 34 |
| <b>Tableau 27:</b> principaux indicateurs de REDES, 2009 et 2010.....   | 52 |
| <b>Tableau 28:</b> répartition des ressources par source de financement et par agent financier en FCFA, 2010.....   | 53 |
| <b>Tableau 29:</b> Niveau des résultats atteints par domaine et par année (Partie secteur public).....  | 58 |
| <b>Tableau 30:</b> Niveau des résultats atteints par domaine et par année (Partie société civile).....  | 59 |
| <b>Tableau 31:</b> Niveau des scores atteints selon le domaine d'intervention, l'année et le secteur.....   | 59 |
| <b>Tableau 32:</b> le tableau suivant résume les besoins du Burkina en matière de suivi évaluation en assistance technique et de renforcement de capacités..... | 68 |

## Liste des graphiques et carte

|  |    |
|--|----|
| <b>Graphique 1</b> : prévalence du VIH par sexe et par âge.....  | 20 |
| <b>Graphique 2</b> : évolution des nouveaux cas de Sida de 1986 à 2010 au Burkina Faso.....                        | 22 |
| <b>Graphique 3</b> : Evolution des cas hospitalisés et des décès de 2006 à 2010 au Burkina Faso.....               | 23 |
| <b>Graphique 4</b> : évolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles .....  | 26 |
| <b>Graphique 5</b> : évolution de la prévalence du VIH dans la tranche d'âge 15-24 ans de 2003 à 2009 .....        | 26 |
| <b>Graphique 7</b> : prévalence du VIH selon l'âge des TS .....  | 28 |
| <b>Graphique 8</b> : prévalence du VIH selon la situation matrimoniale .....                                       | 28 |
| <b>Graphique 9</b> : répartition des dépenses par source de financement 2010.....                                  | 53 |
| <b>Graphique 10</b> : répartition des dépenses par type de prestataire en FCFA, 2009 et 2010.....                  | 54 |
| <b>Graphique 11</b> : répartition des dépenses par type d'intervention en F.CFA, 2009 et 2010.....                 | 55 |
| <b>Graphique 12</b> : répartition des dépenses par groupe de population bénéficiaire en F CFA en 2009 et 2010..... | 56 |
| <b>Graphique 13</b> : répartition des dépenses par facteurs de production en millions de F.CFA, 2009 et 2010.....  | 57 |

## **Aperçu de la situation**

### **a) Degré de participation des parties prenantes**

L'élaboration du rapport GARP 2012 (Global Aids Response Progress reporting 2012) coordonnée par le SP/CNLS-IST a impliqué toutes les parties prenantes de la lutte contre le SIDA. Ont pris part au processus 24 représentants du secteur public (secteur santé et secteur non santé), 5 des organisations de la société civile, secteur privé et des ONG et les partenaires au développement (multilatéraux et bilatéraux). La liste de présence jointe en annexe renseigne sur les structures, fonctions et adresses des différentes parties prenantes.

Une équipe technique a été mise en place. Elle est constituée de personnes ayant des compétences pour la collecte des données devant servir aux calculs des indicateurs. Cette équipe a également contribué à la rédaction du rapport GARP 2012.

### **b) Situation actuelle de l'épidémie**

Le Burkina Faso est placé parmi les pays à épidémie généralisée. Le rapport ONUSIDA paru en 2010 estimait la prévalence moyenne de l'infection à VIH dans la population générale du Burkina Faso à 1,2% [1,0-1,5] en fin 2009. Selon le même rapport, le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 110 000 personnes, dont 56 000 femmes et 17 000 enfants de moins de 15 ans. Par ailleurs, 7 100 décès ont été liés au VIH et 140 000 enfants sont orphelins du fait du Sida.

Sur la base de la sérosurveillance sentinelle, la prévalence globale du VIH chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans est passée de 2,7% en 2006 à 1,6% en 2010. La tendance générale est à la stabilisation l'épidémie depuis 2005.

La prévalence reste toujours élevée au sein de certains groupes spécifiques tels que les professionnelles du sexe avec un taux de 16,5% en 2010, selon l'Enquête bio comportementale auprès des travailleuses de sexe et leurs clients au Burkina Faso.

L'année 2010 a également connu la réalisation de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS IV). Selon le rapport, la prévalence du VIH en population générale (15 à 49 ans) au niveau national est de 1,0%.

Les efforts se poursuivent pour réduire la transmission du VIH par l'IEC/CCC, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la promotion de la santé sexuelle et reproductive notamment auprès des jeunes, la promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins, la promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques, la promotion du conseil dépistage volontaire etc.

On note une augmentation du nombre de structures assurant la prise en charge médicale des PVVIH par les ARV. En fin décembre 2011, 95 formations sanitaires aussi bien publiques, privées que communautaires assurent cette prise en charge dans les 13 régions du pays. Outre la couverture de l'ensemble des districts sanitaires, le nombre de sites (CSPS) assurant la PTME est de 1 620 sur 1 694 CSPS, soit un taux de couverture de 96,63 %. Le taux d'adhésion des femmes qui est de 67% pour la même période reste faible par rapport à l'objectif national de 80%.

De façon globale, la lutte contre le sida au Burkina Faso est menée à travers une approche multisectorielle et décentralisée. Les acquis enregistrés sont certes remarquables du point de vue des données de prévalence, les résultats obtenus en matière de prévention et de prise en charge mais des défis importants demeurent.

### **c) La riposte au plan politique et programmatique**

Au-delà des plans d'actions à court et moyen termes élaborés à partir de 1987, le pays a élaboré successivement 3 cadres stratégiques d'orientations de la réponse nationale au VIH, respectivement pour les périodes 2001-2005, 2006-2010 et 2011-2015.

L'année 2011 a permis de consolider les acquis du Cadre Stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CSLS) 2006-2010. Les objectifs et résultats attendus du CSLS 2011-2015 en matière de prévention et de prise en charge sont en droite ligne avec ceux de l'accès universel aux services de prévention, de soins et de traitement au Burkina Faso.

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. Les objectifs spécifiques sont les suivant :

- D'ici fin 2015, la prévalence du VIH est passée de 1,22% à 1,12% au sein de la population générale ;
- La transmission résiduelle du VIH de la mère à l'enfant est éliminée d'ici 2015 (<5%) ;
- Chaque année, 100% des cas d'IST diagnostiqués au niveau national sont pris en charge selon les normes dans les structures appropriées ;
- Chaque année, le nombre de personnes dépistées a augmenté de 10% environ ;
- D'ici fin 2015, la couverture du traitement par les ARV des PVVIH dont l'état de santé le nécessite est passée de 52 % à 90% ;
- Chaque année, 100% des PVVIH suivies dans les structures de soins et dont l'état de santé le nécessite, bénéficient d'une PEC des IO notamment la Tuberculose ;
- Chaque année, 45% des PVVIH suivies dans les structures de prise en charge et dont l'état de santé le nécessite, bénéficient d'une prise en charge nutritionnelle ;
- Au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des personnes infectées, des personnes affectées et groupes spécifiques qui sont dans le besoin bénéficient du soutien psychosocial, économique et spirituel ;
- Au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des OEV du fait du Sida, qui sont dans le besoin bénéficient d'une prise en charge intégrée ;
- Au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des personnes infectées et affectées victimes de stigmatisation et de discrimination identifiées bénéficient de la protection juridique, d'un soutien psychologique, spirituel et d'auto-support ;
- Les capacités techniques et organisationnelles des structures de coordination et d'exécution sont renforcées au niveau central, régional et local pour un accès universel aux services liés au VIH ;

- Au cours de la période 2011-2015, les ressources externes et internes mobilisées atteignent au moins 85% des besoins de financement pour l'accès universel aux services liés au VIH ;
- La surveillance de seconde génération du VIH est renforcée.

### **Résumé des principaux résultats de la réponse en 2011**

Ces résultats sont issus des interventions multisectorielles réalisées au cours de la période 2010-2011. On note :

#### **❖ Dans le domaine de la prévention :**

#### **Renforcement de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant**

Des efforts ont été faits pour renforcer l'extension géographique du programme de Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au cours de l'année 2011. Le taux de couverture des sites ayant intégré la PTME dans leur paquet minimum d'activités est très satisfaisant (96,63%).

#### **Promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins**

Au cours de l'année 2011, la promotion du préservatif a été entretenue, particulièrement en ce qui concerne le préservatif féminin toujours à travers le projet PREVISAR mis en œuvre par PROMACO. Bien qu'il existe dans les sources commerciales une prolifération de marques de préservatifs provenant de l'extérieur, le nombre de préservatifs vendus et distribués par le PAMAC et PROMACO a atteint 20 839 200 condoms de tout genre. Ceci représente une hausse substantielle de 6,1% par rapport aux chiffres de 2010 (19 575 296) et une performance annuelle de 65,93% par rapport aux prévisions de 2011 (31 608 968).

**Tableau 1:** répartition de la vente/distribution des condoms par structure en 2010

|                                  | CONDOMS MASCULINS | CONDOMS FEMININS | TOTAL             | OBSERVATIONS   |
|----------------------------------|-------------------|------------------|-------------------|--|
| PAMAC                            | 1 200 000         | -                | 1 200 000         | Quantité utilisée notamment par le secteur communautaire au niveau central et régional     |
| PROMACO (campagnes de promotion) | 19 614 496        | 24 704           | 19 639 200        | Quantité utilisée par les différents secteurs d'intervention au niveau central et régional |
| Autres secteurs                  | -                 | -                | -                 |  |
| <b>TOTAL</b>                     | <b>20 814 436</b> | <b>24 704</b>    | <b>20 839 200</b> |  |

*Source : SP/CNLS-IST, Bilan PNM 2011*

Des campagnes de masse media sur les condoms ont été réalisées et diffusées en 2011 par PROMACO avec l'appui financier de la KFW et du projet UNFPA : diffusion faite sur les chaînes de télévision, affiches, posters. A cela s'ajoutent les démonstrations sur le port du condom faites par les acteurs des structures communautaires lors des rencontres de sensibilisation.

#### **Promotion de la santé sexuelle et reproductive (SSR)**

Les activités sont menées par le sous-secteur santé, au niveau public et communautaire, et certains projets et programmes dont PREVISAR (KFW), le produit 2 du plan de coopération de l'UNFPA-Burkina Faso, PROSAD (GIZ) etc. Cependant, en

matière de sensibilisation l'ensemble des acteurs tend à intégrer cette thématique dans leurs activités. Au titre des principales activités réalisées en 2011, il ressort ce qui suit :

- ❖ le renforcement des campagnes pour la levée des tabous en matière d'éducation en SSR ;
- ❖ l'intégration effectivement de la SSR et le VIH dans les activités d'IEC/CCC ;
- ❖ la sécurisation des produits SR ;
- ❖ le plaidoyer pour l'adhésion de la communauté aux interventions sur la SSR/VIH ;
- ❖ l'amélioration de l'offre de service notamment au profit des jeunes ;
- ❖ le renforcement des liens entre la santé de la reproduction et la prévention, particulièrement la planification familiale et les services de la santé sexuelle des hommes.
- ❖ l'enseignement du module sur la SR dans les écoles de formation professionnelle des enseignants du primaire ;
- ❖ la formation des encadreurs pédagogiques sur la SR ;
- ❖ l'organisation d'un forum national des centres jeunes sur la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes ;
- ❖ l'élaboration des outils de plaidoyer des leaders religieux et coutumiers sur l'espacement des naissances et la lutte contre la stigmatisation liée au VIH.

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

Pour la mise en œuvre du CSLS 2011-2015, le ciblage a été retenu comme une option majeure de la mise en œuvre de la riposte au Sida. Cela s'est traduit par l'identification et la priorité accordée à certaines populations clés au niveau national qui sont touchées par les activités sectorielles (notamment communautaires) et celles des projets et programmes (PREVISAR, PAMAC, etc.). Au sein du sous-secteur de la santé par exemple, le guide à l'intention des intervenants en milieu de TS a été d'avantage diffusé et appliqué dans le cadre du suivi médical des TS. Des études ont également été réalisées pour apprécier les connaissances et les comportements des groupes cibles (orpailleurs, routiers, ...).

Au total, 317 966 personnes ont été touchées au cours de l'année 2011, ce qui représente 90,59% de la cible attendue (350 971). Le nombre de clients des TS touchés est de 93 562.

**Tableau 2:** situation d'atteinte des objectifs par cible

| <b>CIBLES CONCERNEES PAR LES ACTIVITES</b>   | <b>PREVISION</b> | <b>REALISATION</b> | <b>PERFORMANCE</b> |
|--|------------------|--------------------|--------------------|
| - Nombre de TS ayant bénéficié d'interventions ciblées et clients                        | 14 102           | 26 649             | 188,93%            |
| - Nombre de MSM ayant bénéficié d'interventions ciblées                                  | 1 444            | 1 610              | 111,5%             |
| - Nombre d'usagers de drogues ayant bénéficié d'interventions ciblées                    | 1 167            | 0                  | 0,0%               |
| - Interventions en milieu carcéral   | 11 165           | 91                 | 0,8%               |
| - Nombre de routiers ayant bénéficié d'interventions ciblées                             | 32 746           | 40 106             | 122,47%            |
| - Nombre d'orpailleurs ayant bénéficié d'interventions ciblées                           | 71 936           | 38 436             | 53,43%             |
| - Nombre de personnels de tenue ayant bénéficié d'interventions ciblées                  | 26 609           | 33 401             | 125,5%             |
| - Nombre de PVVIH ayant bénéficié d'interventions ciblées (prévention à la vie positive) | 46 358           | 1 002              | 2,16%              |
| - Nombre de jeunes non scolarisés ayant bénéficié d'interventions ciblées                | 145 444          | 179 671            | 123,5%             |
| <b>Total</b>   | <b>350 971</b>   | <b>317 966</b>     | <b>90,59%</b>      |

**Source :** SP/CNLS-IST

Bien que globalement le taux de performance soit satisfaisant, on note cependant une disparité dans les détails. Certaines cibles comme la population carcérale et les usagers de drogue ont été peu touchés. En ce qui concerne les usagers de drogue, en l'absence de structures spécialisées dans ce domaine, aucune donnée n'est disponible. Seule l'association KASABATI a réalisé une étude sur les toxicomanies, les usagers de drogue et le VIH/SIDA au Burkina Faso.

S'agissant des TS, le nombre de cibles touchées est nettement plus élevé que les prévisions du fait d'une part de l'élargissement des interventions, mais aussi de la multiplication des sites aurifères et de la prise en compte des clients des TS.

En ce qui concerne les Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), 1610 personnes ont été sensibilisées dans le domaine de la prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC. En outre, on note la réalisation d'une analyse situationnelle sur la problématique des IST/VIH/Sida auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH).

#### Renforcement de la prise en charge adéquate des IST

La notification des cas d'IST a été améliorée, en 2010 comparativement à 2009. Les structures sanitaires ont notifié 137 742 cas d'IST contre 133.689 en 2009. Ceci dénote d'une meilleure prise en charge partant des efforts qui sont faits pour une meilleure surveillance des IST, les dotations, etc. Les plus fortes proportions d'IST sont observées dans les régions du centre et des hauts bassins.

#### Renforcement du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires et communautaires

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. Pour l'ensemble (formations sanitaires publique, privée et communautaire), 228 098 personnes au total ont été dépistées soit 58,38% de la cible (extrant) attendue en 2011 qui est de 390 648.

Au niveau du sous secteur santé publique, en plus des activités de renforcement des capacités du personnel et les dotations en intrants, des activités de dépistage dans les formations sanitaires ont été réalisées au cours de l'année. Au total, 79 184 personnes ont bénéficié de counseling dans les formations sanitaires publiques dont 66 020 ont accepté le dépistage soit 83,38%. Le nombre des personnes testées positives s'élève à 2 909, soit un taux de séropositivité de 4,41%. Parmi ces personnes, 7 901 ont été dépistées lors des campagnes de dépistage organisées dans 8 ministères et 1 institution.

Au sein du secteur privé et des entreprises, la promotion du dépistage a été faite auprès des travailleurs dans 7 régions du pays, par la CNSPE. Ce qui a permis de toucher 20 940 personnes. Le taux d'adhésion au test de dépistage a été de l'ordre de 99,4% Le nombre des personnes testées positives s'élève à 164, soit un taux de séropositivité de 0,78%.

Au niveau communautaire, les activités de dépistage réalisées par les structures communautaires sont coordonnées par le PAMAC qui a appuyé les activités de 38

centres autonomes répartis sur toute l'étendue du territoire dont 37 ont développé la stratégie fixe, 27 une stratégie avancée et 11 structures ont offert le conseil et le test en stratégie mobile avec 16 unités mobiles. Au cours de l'année 2011, 141 138 personnes au total ont bénéficié de conseils et tests volontaires. Parmi ces personnes, 4 374 ont été dépistées séropositives soit un taux de séropositivité de 3,09% contre 3,5% en 2010.

### ❖ Dans le domaine de l'Accès aux soins et à la Prise en charge médicale

#### Renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées

La prise en charge médicale par les ARV est assurée dans 95 établissements de santé aussi bien publics, privés que communautaires dans 64 districts sanitaires des 13 régions sanitaires. Parmi ces structures, 45 assurent la prise en charge pédiatrique. Les cliniques privées impliquées dans cette prise en charge sont au nombre de sept (07) à Ouagadougou. Elles prennent en charge au total 293 patients repartis comme suit :

- Clinique SUKA : 78 patients sous ARV,
- Clinique SANDOF : 48 patients sous ARV,
- Clinique les Opportunités : 32 patients sous ARV,
- Clinique « Notre Dame de la Compassion » : 60 patients sous ARV,
- Clinique du « Bon Sauveur » : 05 patients sous ARV,
- Clinique « Notre Dame de la Paix » : 54 patients sous ARV,
- Clinique de l'EST : 16 patients sous ARV.

Au 31 décembre 2011, le nombre de malades sous traitement ARV est passé à 36 248 PVVIH contre 31.543 en décembre 2010, soit une couverture de 79% de la cible estimée en 2011 par le PNM (45 885). Parmi ces 36 248 PVVIH sous ARV, 34 472 patients sont des adultes (dont 69,7% de femmes) et 1 776 sont des enfants (55% de garçons). La situation détaillée des adultes et des enfants est la suivante :

Pour les adultes sous traitement ARV :

- sur les 34 472 patients adultes sous traitement ARV, 30,3% sont des hommes (10.454) et 69,7% sont des femmes (24.018) ;
- le nombre des patients en 2<sup>ème</sup> ligne de traitement est à 907. Ceci correspond à 2,63% des patients adultes sous traitement. Ce chiffre est en constante augmentation avec un rythme régulier d'environ 2% pour chaque trimestre ;
- les patients en troisième ligne de traitement ARV sont suivis depuis le mois de février 2011. 16 patients sont en troisième ligne de traitement ARV. Les conséquences de ces différents passages à des lignes supérieures de traitement, sont le coût élevé qui greffe l'ensemble de la subvention pour les traitements ARV ;

Concernant les enfants (moins de 14 ans) sous traitement ARV :

- 1776 enfants sont sous traitement ARV avec 55% de garçon (979) et 45% de filles (797) ;
- les enfants en deuxième ligne sont au nombre de 105 (5,91%).

En terme de performance, on note une baisse du rythme d'inclusions des nouveaux malades depuis deux ans (2) environ. La situation s'est aggravée en 2011 en raison de la rupture des médicaments et des intrants ARV. Cependant, les nouvelles inclusions de patients à mettre sous traitement antirétroviraux tiennent compte des capacités existantes au niveau des formations sanitaires. Au niveau de la société civile, il est

également discuté du niveau élevé du coût du suivi biologique qui ne favorise pas le suivi régulier d'un grand nombre de PVVIH.

**Tableau 3:** évolution du nombre de PVVIH sous traitement ARV

| ANNEE | NOMBRE DE STRUCTURES DE PEC ARV (NB DE DS) | TOTAL DES PVVIH SOUS TRAITEMENT ARV |             | ADULTES SOUS TRAITEMENT ARV |             | ENFANTS SOUS TRAITEMENT ARV |             |
|-------|--|-------------------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|
|       |  | Nombre                              | Progression | Nombre                      | Progression | Nombre                      | Progression |
| 2003  | 15 (3 DS)                                  | 1 514                               |             | 1501                        |             | 13                          |             |
| 2004  | 24 (11 DS)                                 | 3 817                               | 2 303       | 3 700                       | 2 199       | 117                         | 104         |
| 2005. | 46 (30 DS)                                 | 8 136                               | 4 319       | 7 716                       | 4 016       | 420                         | 303         |
| 2006  | 62 (38 DS)                                 | 12 842                              | 4 706       | 12 308                      | 4 592       | 534                         | 114         |
| 2007  | 76 (53 DS)                                 | 17 263                              | 4 421       | 16 614                      | 4 306       | 649                         | 115         |
| 2008  | 79 (55 DS)                                 | 21 103                              | 3 840       | 20 075                      | 3 461       | 1 028                       | 379         |
| 2009  | 81 (63 DS)                                 | 26 448                              | 5 345       | 25 094                      | 5 019       | 1 354                       | 326         |
| 2010. | 90 (64 DS)                                 | 31 543                              | 5 095       | 30 144                      | 5 050       | 1 399                       | 45          |
| 2011  | 95 (64 DS)                                 | 36 248                              | 4 705       | 34 472                      | 4 328       | 1 776                       | 377         |

Source : SP/CNLS-IST

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

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

Avec l'appui essentiellement du Fonds mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose, et certains projets, des dispositions ont été prises au cours de l'année 2011 pour assurer le traitement au profit des PVVIH en rendant les intrants et les médicaments disponibles. Il a été noté cependant des ruptures des stocks au cours du quatrième trimestre de l'année qui devraient être solutionnées au cours du premier trimestre de l'année 2012. D'où la nécessité de renforcer la concertation autour d'un plan consolidé d'approvisionnement et la quantification routinière des besoins en intrants. Par ailleurs, la gratuité des frais liés aux analyses biologiques reste une préoccupation pour les structures communautaires.

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

En plus de l'approvisionnement en cotrimoxazole pour la prévention des IO et des médicaments contre ces IO notamment la tuberculose, il y a eu des sessions de formation/recyclage et des missions de supervision pour le renforcement des capacités des agents de santé à la prise en charge adéquate des PVVIH.

Les résultats de la prise en charge de la co-infection TB/VIH : en fin décembre 2011, le nombre de cas de tuberculose testés pour VIH s'élève à 4572. Au total 5543 cas de tuberculose ont été notifiés. La proportion de malades tuberculeux testés pour VIH s'élève à 82,4%. Parmi les 4572 cas testés pour le VIH, 765 se sont révélés positifs soit un taux de séropositivité de 16%. 717 malades de tuberculose testés positifs pour le VIH ont bénéficié de la prophylaxie au cotrimoxazole soit une proportion de 93,7%.

**Tableau 4:** situation comparée de la co-infection au Burkina Faso de 2010 et 2011.

| ITEM                              | 2010       | 2011          |
|-----------------------------------|------------|---------------|
| Total TTF                         | 4080       | 5543          |
| Malades testés pour le VIH        | 3514 (86%) | 4572 (82,48%) |
| Malades VIH+                      | 660 (19%)  | 765 (16,73%)  |
| Malades TB/VIH sous Cotrimoxazole | 637 (97%)  | 717 (93,72%)  |
| Malades TB/VIH sous ARV           | 281 (43%)  | 459 (60%)     |

Source : Rapport 2010 et 2011 PNT

On note une meilleure participation des patients tuberculeux au test VIH en 2010. Ce résultat est au-delà des 80% de réalisation de test recommandé par an (OMS/ONUSIDA). La prévalence du VIH a baissé de 15% chez les patients tuberculeux sur les deux années. En effet, elle est passée de 19% en 2010 à 16,73% en 2011.

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

Les PVVIH bénéficient d'une prise en charge communautaire de qualité qui permet de maintenir le continuum de soins. Pour ce faire, il a été développé la stratégie de la contractualisation entre le Ministère de la santé et les structures communautaires dans le cadre du continuum de soins. Mais, cette stratégie, encore fragile, mérite d'être renforcée pour le bien-être des PVVIH.

En effet, la collaboration entre les structures sanitaires de PEC et les associations/OBC a été pour un certain nombre formalisée par la signature de contrats de prestations. Le renforcement de la collaboration est amélioré en 2011, avec la mise en place d'une instance d'échange et de concertation regroupant le CMLS/Santé, le PAMAC et les structures clés concernées. Cette instance est chargée du développement des stratégies pour le continuum de soins et le passage à l'échelle.

Par ailleurs, les données de routine collectées montrent que 44 000 PVVIH (contre 43 000 PVVIH en 2010) ont bénéficié d'une PEC communautaire (VAD/VAH, ...). Parmi ces PVVIH 20 716 sont sous traitement ARV soit 41,7%.

**Tableau 5 :** répartition des bénéficiaires de la PECC et des personnes sous ARV en fonction du sexe et de l'âge

| TRANCHES D'AGES           | BENEFICIAIRES DE LA PECC |               | TOTAL         | PERSONNES SOUS ARV |               | TOTAL         |
|---------------------------|--------------------------|---------------|---------------|--------------------|---------------|---------------|
|                           | H                        | F             |               | H                  | F             |               |
| Adultes de 25 ans et plus | 10 471                   | 27 114        | 37 585        | 4 694              | 13 561        | 18 255        |
| Jeunes de 15 à 24 ans     | 1 033                    | 2 786         | 3 819         | 433                | 937           | 1 370         |
| Enfants de 0 à 14 ans     | 1 334                    | 1 262         | 2 596         | 565                | 526           | 1 091         |
| <b>Total</b>              | <b>12 838</b>            | <b>31 162</b> | <b>44 000</b> | <b>5 692</b>       | <b>15 024</b> | <b>20 716</b> |

Source : SP/CNLS-IST

**❖ Dans le domaine de la Protection et du soutien**

Le soutien psychosocial et psychologique s'est poursuivi tout au long de l'année 2011 au profit des personnes infectées et affectées. Il ressort que 105 120 PVVIH et personnes affectées ont bénéficié de soutien psychosocial et spirituel. En outre, on note la multiplication de médiateurs qui jouent le rôle d'interfaces entre le patient et les agents médicaux en vue de faciliter la prise en charge du malade.

Tout comme les autres années, les efforts se sont poursuivis dans le sens d'offrir aux OEV de meilleures conditions de vie. Au total, 92 437 OEV ont été soutenus en 2011.

**❖ En matière de Partenariat, de coordination et de mobilisation des ressources**

Au cours de l'année 2011, le renforcement des capacités a concerné tous les secteurs d'intervention essentiellement sur les aspects suivants : formation (planification, suivi évaluation, plaidoyer, management et bonne gouvernance, genre et budgétisation...) la production de documents d'orientations (directives, protocoles, ...), la réhabilitation d'infrastructures, etc.

Le dispositif de coordination multisectorielle a été renforcé et mis en cohérence par l'organisation des travaux de relecture des textes relatifs à la mise en place des structures de coordination du CNLS-IST conformément aux orientations de la réponse nationale au VIH définie dans le CSLS 2011-2015. Plusieurs ateliers techniques ont été organisés par le SP/CNLS-IST à cet effet. Certaines structures sont mises en place, mais les concertations sont en cours pour la réorganisation et la création de nouvelles structures au sein des secteurs. Les projets de textes sont en cours de validation et de signature. Au cours de l'année, il a également été procédé à l'amendement et à l'adoption des projets d'arrêtés portant sur le comité de pilotage du panier commun Sida et le comité technique de programmation et de suivi du CSLS.

En matière de partenariat national, régional et international, il s'est agi d'améliorer la concertation et le partage des expériences porteuses à tous les niveaux. Le souci de synergie des interventions a permis de développer la collaboration avec les structures techniques nationales au sein des institutions et les départements ministériels, qui sont responsables de la réalisation des activités sectorielles ou globales de développement. Au plan de la coopération régionale et internationale, le partenariat a été renforcé par la réalisation de voyages d'autres pays auprès du SP/CNLS-IST (visite de trois délégations béninoise, malawite et malienne). On note également la participation d'importantes délégations du Burkina Faso aux rencontres régionales et internationales. La mise en place et l'animation régulière du site web du cadre de concertation des Secrétariats permanents/Secrétariats exécutifs de la zone UEMOA élargi à la Mauritanie participe au renforcement du partenariat sous-régional. Une bibliothèque virtuelle sur le site web et un réseau d'experts sont mis en place, des rapports périodiques sont produits.

Le plaidoyer pour une plus grande implication des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux s'est poursuivi au cours de l'année 2011 et a permis de mobiliser l'essentiel des ressources nécessaires à la réponse nationale en matière de mobilisation des ressources. Il est noté que la contribution de l'Etat aux financements des activités programmatiques a été fortement améliorée (notamment dans le domaine de la prise en charge médicale).

#### ❖ **Dans le domaine de la surveillance de l'épidémie et suivi-évaluation**

Les efforts déployés au cours de l'année 2011 ont visé le renforcement global du système national de collecte des données, l'amélioration du traitement des données en vue de produire l'information stratégique ainsi que la documentation des meilleures pratiques y compris la recherche.

La révision du manuel de suivi évaluation par l'UC-PSE a mis l'accent sur la prise en compte du genre dans les outils de planification et de suivi évaluation.

L'implication du niveau régional dans le renforcement du système de suivi évaluation a été améliorée en vue de produire les données de qualité pour l'ensemble des acteurs de la réponse régionale; en témoigne l'élaboration des PO/R et PRM ainsi que les bilans d'exécution des PRM 2011 avec l'appui des antennes régionales du SP/CNLS-IST. La mise en place des groupes techniques régionaux de suivi évaluation, des cellules régionales de gestion des données et des cellules régionales genre et VIH/SIDA permettra de renforcer les activités de suivi évaluation dans les 13 régions du pays.

**d.) Tableau récapitulatif des indicateurs**

**Tableau 6: Récapitulatif des indicateurs**

| N°   | Indicateur  | UNGASS 2008      | UNGASS 2010  | GARP 2012  |
|--|---|------------------|--|--|
| <b>Objectif N°1 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle</b> |   |                  |  |  |
| <i>Population générale</i>   |   |                  |  |  |
| 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 : 45,2% | Ensemble : 24,87%<br>Question 1 : 71,65%<br>Question 2 : 69,19%<br>Question 3 : 76,15%<br>Question 4 : 49,79%<br>Question 5 : 73,07% | Ensemble : 32,35%<br>Question 1 : 85,20%<br>Question 2 : 79,84%<br>Question 3 : 74,87%<br>Question 4 : 50,69%<br>Question 5 : 68,98% |
| 1.2  | Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans   | ND               | ND   | 7,29%  |
| 1.3  | Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois  | ND               | ND   | 4,98%  |
| 1.4  | Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*   | ND               | ND   | 28,96%   |
| 1.5  | Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat  | 20,6%            | 20,6%  | 10,43%   |
| 1.6  | Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*   | ND               | ND   | 0,87%  |
| <i>Professionnel(le)s du sexe</i>  |   |                  |  |  |
| 1.7  | Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH   | ND               | ND   | Numérateur : 26 649<br>Dénominateur : ND   |
| 1.8  | Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client   | ND               | ND   | 98,23%   |
| 1.9  | Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat  | ND               | ND   | 82,92%   |
| 1.10   | Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH  | ND               | ND   | 16,40%   |
| 1.15   | Nombre d'établissements de santé où le dépistage du VIH et les services de conseil sont disponibles (AU 2011 #A1)   | ND               | ND   | 1 665  |
| 1.16   | Nombre de femmes et d'hommes de 15 ans et plus ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et de conseil au cours des 12 derniers mois, et qui connaissent le résultat du dépistage (AU 2011 #A2)   | ND               | ND   | 221 915  |
| 1.17_1   | Pourcentage de femmes ayant consulté dans les services dispensant des soins prénatals et ayant bénéficié d'un dépistage de la syphilis à la première consultation (AU 2011 #F1)   | ND               | ND   | 100,00%  |
| <i>IST</i>   |   |                  |  |  |
| 1.17_2   | Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals et qui sont séropositives à la syphilis (AU 2011 #F2)   | ND               | 2%   | 1,7%   |
| 1.17_3   | Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals, séropositives à la syphilis et qui ont reçu un traitement (AU 2011 #F3)  | ND               | 100%   | 100,00%  |
| 1.17_4   | Pourcentage de professionnelle(le)s du sexe qui sont affecté(e)s par la syphilis active (AU 2011 #F4)   | ND               | ND   | 1,87%  |

|  |  |      |        |        |
|--|--|------|--------|--------|
| 1.17_5   | Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui sont affectés par la syphilis active (AU 2011 # F5)   | ND   | ND     | ND     |
| <i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>   |  |      |        |        |
| 1.11   | Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH   | ND   | ND     | ND     |
| 1.12   | Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme  | ND   | ND     | 58,14% |
| 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   | ND   | ND     | 100%   |
| 1.14   | Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH   | ND   | ND     | 0,98%  |
| <b>Objectif 2. : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables</b>                         |  |      |        |        |
| 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     |
| 2.2  | Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport  | ND   | ND     | ND     |
| 2.3  | Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection   | ND   | ND     | ND     |
| 2.4  | Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat   | ND   | ND     | ND     |
| 2.5  | Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH   | ND   | ND     | ND     |
| 2.6  | Nombre de personnes bénéficiant de traitement de substitution aux opiacés (AU 2011 #C3)  | ND   | ND     | ND     |
| 2.7  | Nombre de sites ciblés où des programmes d'aiguilles et de seringues sont menés (AU 2011 #C2)  | ND   | ND     | ND     |
| <b>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</b> |  |      |        |        |
| 3.1  | Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant  | 7,7% | 31,65% | 45,58% |
| 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   | ND   | ND     | 28,57% |
| 3.3  | Pourcentage estimé d'enfants ayant été infectés par le VIH par des femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois   | ND   | ND     | 1,32%  |
| 3.4  | Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu les résultats - au cours de leur grossesse, durant le travail et l'accouchement, et pendant la période post-partum (≤ 72 heures) - y compris celles dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH était déjà connu (AU 2011 #I5) | ND   | ND     | 0,87%  |
| 3.5  | Pourcentage de femmes enceintes consultant dans les services de soins prénatals, dont le partenaire masculin a été dépisté pour le VIH (AU 2011 #I6)   | ND   | ND     | 1,39%  |

|         |   |     |   |  |
|---------|---|-----|---|--|
| 3.6     | Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'éligibilité à l'accès au traitement antirétroviral a été évaluée selon les critères cliniques ou immunologiques (numération des CD4) (AU 2011 #17)  | ND  | ND  | 9,87%  |
| 3.7     | Pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH, recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) dans les six premières semaines de vie (c'est à dire la transmission en période de postpartum précoce, autour de leurs six premières semaines) (AU 2011 #9) | ND  | ND  | 38,56%   |
| 3.8     | Nourrissons nés de femmes séropositives au VIH, recevant des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH durant la période de l'allaitement au sein (NOUVEAU)   | ND  | ND  | ND   |
| 3.9     | Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) dans les deux mois suivant leur naissance (AU 2011 #10)   | ND  | ND  | 33,31%   |
| 3.10    | Distribution des pratiques d'alimentation à l'âge de 3 mois (allaitement au sein exclusif, de substitution, mixte/autre) pour les enfants nés de femmes séropositives au VIH, à la visite DTC3 (3ème dose vaccination diphtérie, coqueluche, tétanos) (AU 2011 #12)   | ND  | 1 560 Allaitement exclusif<br>276 Allaitement de remplacement | 2 357 Allaitement exclusif<br>3 02 Allaitement de remplacement |
| 3.11    | Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals au moins une fois durant la période couverte par les données (AU 2011 #11)   | ND  | 685 215   | 749 900  |
| 3.12_2a | Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals (AU 2011 #12a)  | ND  | ND  | 1 694  |
| 3.12_2b | Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals, et aussi des services de dépistage et de conseil pour les femmes enceintes (AU 2011 #12b)  | 413 | 1 288   | 1 620  |
| 3.12_2c | Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals, et qui dispensent également le dépistage du VIH ET les antirétroviraux pour la PTME sur place (AU 2011 #12C)   | 413 | 1 288   | 1 620  |
| 3.12_2d | Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals, et assurant aussi la surveillance des CD4 pour les femmes enceintes sur place ou qui disposent d'un système de collecte et de transport des échantillons de sang pour la surveillance des CD4 pour les femmes enceintes (AU 2011 #12D)                         | 34  | 18  | 38   |
| 3.12_13 | Nombre d'établissements de santé qui dispensent la thérapie antirétrovirale pédiatrique (AU 2011 #13)   | ND  | ND  | 95   |
| 3.12_14 | Pourcentage d'établissements de santé qui dispensent des services de tests virologiques (ex. PCR) pour le diagnostic du VIH chez les nourrissons, sur place ou à partir de sang séché sur papier buvard (AU 2011 #14)   | ND  | ND  | 0,37%  |

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

|  |   |                |                |                |
|--|---|----------------|----------------|----------------|
| 4.1  | Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès*  | 48,1%          | 47,03%         | 55,26%         |
| 4.2  | Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale   | 73,3%          | 82,61%         | 76,77%         |
| 4.1_G2b  | Nombre d'adultes et d'enfants éligibles, ayant nouvellement débuté un traitement antirétroviral durant la période couverte par les données (en 2010) (AU 2011 G2b)  | 725            | 5 095          | 7 282          |
| 4.2_G3b  | Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH, dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral 24 mois après le début du traitement parmi les patients ayant débuté le traitement antirétroviral en 2009, (AU 2011 G3b)                      | ND             | ND             | ND             |
| 4.2_G3c  | Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH, dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral (c) 60 mois après le début du traitement parmi les patients ayant débuté le traitement antirétroviral en 2006 (AU 2011 G3c)                   | ND             | ND             | ND             |
| 4.3_G1   | Nombre d'établissements de santé qui dispensent des traitements antirétroviraux (TAR) (AU 2011 #G1)   | 79             | 90             | 95             |
| 4.4_H1   | Pourcentage des établissements de santé délivrant des antirétroviraux et ayant connu une rupture de stocks pour au moins un antirétroviral dans les 12 derniers mois (AU 2011 #H1)  | 0%             | 0%             | 0%             |
| 4.6_D1   | Pourcentage d'adultes et d'enfants pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH, répondant aux critères d'accès (selon les recommandations nationales) à la prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) et recevant cette prophylaxie actuellement (AU 2011 #D1) | 92%            | 100%           | 55,30%         |
| <b>Objectif 5. : D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH</b>   |   |                |                |                |
| 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  | 47%            | 54,7%          | 59,95%         |
| 5.2_E1   | Nombre d'établissements de santé (dispensant des traitements antirétroviraux) qui respectent des pratiques attestées de lutte contre l'infection, notamment de lutte antituberculeuse (AU 2011 #E1)   | ND             | ND             | ND             |
| 5.3_E3   | Pourcentage d'adultes et d'enfants nouvellement pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH et ayant débuté une thérapie contre la tuberculose latente (thérapie préventive par isoniazide) (AU 2011 #E3)   | ND             | ND             | ND             |
| 5.4_E4   | Pourcentage d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH de patients dépistés pour la tuberculose à leur dernière visite (AU 2011 #E4)   | ND             | ND             | ND             |
| <b>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</b> |   |                |                |                |
| 6.1  | Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement  | 21 284 159 059 | 25 164 729 414 | 26 183 442 224 |
| <b>Objectif 7. : Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement</b>  |   |                |                |                |

|     |   |                                      |                                      |                                      |
|-----|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 7.1 | Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation) | Partie A : 80,0%<br>Partie B : 52,0% | Partie A : 80,0%<br>Partie B : 70,0% | Partie A : 80,0%<br>Partie B : 70,0% |
| 7.2 | 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                                     | ND                                   | ND                                   | ND                                   |
| 7.3 | Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*  | ND                                   | ND                                   | ND                                   |
| 7.4 | Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre   | ND                                   | ND                                   | ND                                   |

## I. Aperçu de l'épidémie de sida

Les données épidémiologiques du VIH, du Sida et des IST en 2010 et 2011 au Burkina Faso sont les suivantes :

### Données estimées selon l'EDS IV

Selon le rapport de l'EDS IV réalisée en 2010, la prévalence du VIH en population générale (15 à 49 ans) au niveau national est de 1,0 %. En 2003, cette prévalence était de 1,8%. Cette baisse importante de la prévalence pourrait être le résultat combiné des programmes de prévention et de la thérapie antirétrovirale qui ont significativement atténué le risque de transmission du VIH.

Les résultats spécifiques sont les suivants :

- ❖ la prévalence en population générale présente des disparités selon le sexe. En effet, les femmes ont une prévalence de 1,2% contre 0,8% chez les hommes. Le ratio d'infection femme/homme est de 1,5, ce qui revient à dire que pour 10 hommes infectés, il y a 15 femmes infectées confirmant ainsi la théorie de la féminisation de l'infection pour des raisons à la fois socio-économiques et biologiques ;
- ❖ selon les tranches d'âge, on note que les prévalences connaissent des fluctuations plus ou moins marquées : entre 15-19 ans les hommes ont un taux d'infection plus élevé que les femmes ; de 20-24 ans, la prévalence est pratiquement la même chez les hommes et les femmes ; à partir de 25 ans par contre, la prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Chez les femmes âgées de 30-34 ans, la prévalence atteint son maximum avec 2,4 % ;
- ❖ la prévalence du VIH chez les 15-24 ans est de 0,33 %. En 2003, elle était de 1%. Cela traduit un meilleur comportement chez les jeunes.

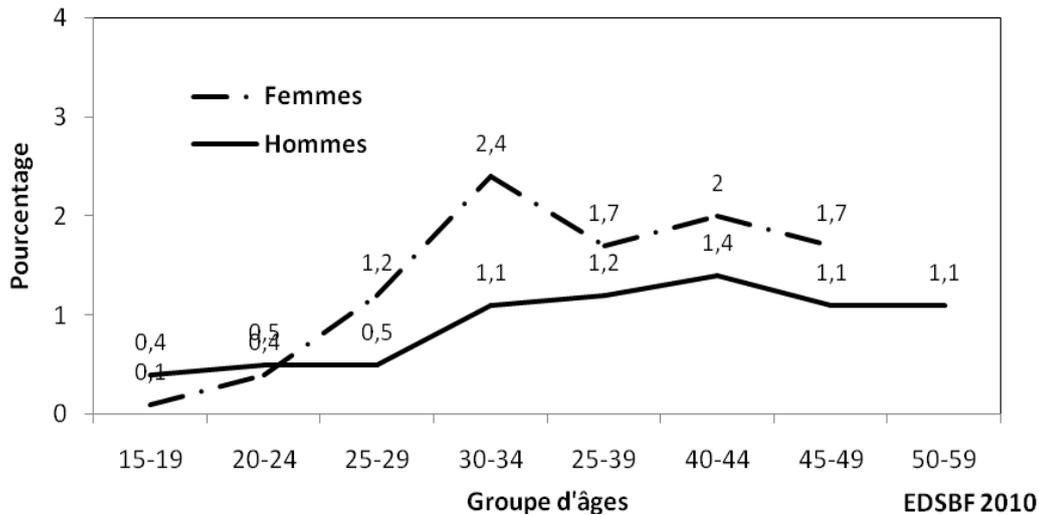
**Tableau 7:** prévalence du VIH selon les tranches d'âge

| Groupe d'âges  | FEMME     |          | HOMME     |          | ENSEMBLE  |          |
|----------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|
|                | % positif | Effectif | % positif | Effectif | % positif | Effectif |
| 15-19          | 0,1       | 1<br>600 | 0,4       | 1 408    | 0,3       | 3 008    |
| 20-24          | 0,4       | 1<br>615 | 0,5       | 1 016    | 0,4       | 2 630    |
| 25-29          | 1,2       | 1<br>453 | 0,5       | 923      | 0,9       | 2 377    |
| 30-34          | 2,4       | 1<br>287 | 1,1       | 915      | 1,8       | 2 202    |
| 25-39          | 1,7       | 985      | 1,2       | 770      | 1,5       | 1 754    |
| 40-44          | 2,0       | 726      | 1,4       | 689      | 1,7       | 1 415    |
| 45-49          | 1,7       | 628      | 1,1       | 592      | 1,4       | 1 220    |
| Ensemble 15-49 | 1,2       | 8<br>293 | 0,8       | 6 314    | 1,0       | 14 607   |
| 50-59          | na        | na       | 1,1       | 770      | na        | na       |
| Ensemble 15-59 | na        | na       | 0,8       | 7 084    | na        | na       |

na=Non applicable

Source : EDS IV

**Graphique 1 : prévalence du VIH par sexe et par âge**



Source : Résultats préliminaires de l'EDS IV.

**Tableau 8: prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socioculturelles, économiques et les régions**

| Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans testés selon certaines caractéristiques socioéconomiques, Burkina Faso 2010 |                            |          |                            |          |                            |          |
|---|----------------------------|----------|----------------------------|----------|----------------------------|----------|
| Caractéristique socio-économique  | FEMME                      |          | HOMME                      |          | ENSEMBLE                   |          |
|   | % VIH positif <sup>1</sup> | Effectif | % VIH positif <sup>1</sup> | Effectif | % VIH positif <sup>1</sup> | Effectif |
| <b>Ethnie</b>   |                            |          |                            |          |                            |          |
| Bobo  | 1,2                        | 405      | 1,7                        | 344      | 1,4                        | 749      |
| Dioula  | 1,6                        | 57       | 3,1                        | 44       | 2,2                        | 100      |
| Fulfuldé / Peul   | 0,3                        | 653      | 0,1                        | 542      | 0,2                        | 1 195    |
| Gourmantché   | 0,7                        | 576      | 0,2                        | 463      | 0,5                        | 1 040    |
| Gourounsi   | 1,2                        | 374      | 2,0                        | 318      | 1,6                        | 692      |
| Lobi  | 1,3                        | 201      | 0,6                        | 135      | 1,0                        | 336      |
| Mossi   | 1,1                        | 4 309    | 0,9                        | 3 189    | 1,0                        | 7 499    |
| Sénofo  | 1,2                        | 399      | 0,2                        | 299      | 0,8                        | 697      |
| Touareg / Bella   | 1,3                        | 160      | 0,9                        | 121      | 1,1                        | 281      |
| Dagara  | 3,6                        | 199      | 1,2                        | 145      | 2,6                        | 344      |
| Bissa   | 0,3                        | 326      | 0,0                        | 197      | 0,2                        | 523      |
| Autres nationalités   | 7,1                        | 47       | 0,0                        | 31       | 4,3                        | 79       |
| Autres ethnies  | 2,1                        | 570      | 0,7                        | 453      | 1,5                        | 1 023    |
| <b>Religion</b>   |                            |          |                            |          |                            |          |
| Sans religion/aucune  | 1,3                        | 72       | 0,0                        | 11       | 1,1                        | 83       |
| Musulmane   | 1,2                        | 5 069    | 0,5                        | 3 855    | 0,9                        | 8 924    |
| Catholique  | 1,5                        | 1 942    | 1,6                        | 1 478    | 1,5                        | 3 420    |
| Protestante   | 0,6                        | 577      | 0,6                        | 387      | 0,6                        | 964      |
| Traditionnelle/animiste   | 0,7                        | 609      | 0,7                        | 577      | 0,7                        | 1 186    |
| Autre   | *                          | 1        | *                          | 2        | *                          | 3        |
| <b>Emploi (durant les 12 derniers mois)</b>   |                            |          |                            |          |                            |          |
| N'a pas travaillé   | 0,9                        | 1 773    | 0,3                        | 300      | 0,9                        | 2 073    |
| A travaillé   | 1,2                        | 6 519    | 0,8                        | 6 014    | 1,0                        | 12 533   |
| <b>Résidence</b>  |                            |          |                            |          |                            |          |
| Ouagadougou   | 2,5                        | 1 066    | 1,7                        | 952      | 2,1                        | 2 018    |
| Autres villes   | 2,6                        | 1 156    | 1,1                        | 944      | 2,0                        | 2 100    |
| Ensemble urbain   | 2,6                        | 2 223    | 1,4                        | 1 896    | 2,1                        | 4 118    |
| Rural   | 0,7                        | 6 071    | 0,5                        | 4 419    | 0,6                        | 10 489   |
| <b>Région</b>   |                            |          |                            |          |                            |          |
| Centre  | 2,4                        | 1 220    | 1,6                        | 1 087    | 2,0                        | 2 307    |
| Ouagadougou   | 2,5                        | 1 066    | 1,7                        | 952      | 2,1                        | 2 018    |
| Centre (Sans Ouaga.)  | 1,4                        | 154      | 0,8                        | 135      | 1,2                        | 289      |
| Boucle du Mouhoun   | 1,0                        | 902      | 0,3                        | 745      | 0,6                        | 1 647    |
| Cascades  | 1,3                        | 314      | 1,0                        | 241      | 1,2                        | 556      |
| Centre-Est  | 0,9                        | 596      | 0,8                        | 396      | 0,9                        | 992      |
| Centre-Nord   | 0,4                        | 576      | 0,6                        | 383      | 0,5                        | 959      |
| Centre-Ouest  | 1,2                        | 656      | 2,3                        | 453      | 1,7                        | 1 109    |
| Centre-Sud  | 0,6                        | 363      | 0,8                        | 308      | 0,7                        | 671      |
| Est   | 0,6                        | 720      | 0,2                        | 551      | 0,4                        | 1 271    |
| Hauts Bassins   | 2,0                        | 1 018    | 0,5                        | 745      | 1,4                        | 1 763    |
| Nord  | 0,8                        | 597      | 0,6                        | 376      | 0,7                        | 973      |

| Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans testés selon certaines caractéristiques socioéconomiques, Burkina Faso 2010 |                            |          |                            |          |                            |          |
|---|----------------------------|----------|----------------------------|----------|----------------------------|----------|
| Caractéristique socio-économique  | FEMME                      |          | HOMME                      |          | ENSEMBLE                   |          |
|   | % VIH positif <sup>1</sup> | Effectif | % VIH positif <sup>1</sup> | Effectif | % VIH positif <sup>1</sup> | Effectif |
| Plateau Central   | 0,4                        | 382      | 0,1                        | 293      | 0,2                        | 675      |
| Sahel   | 0,4                        | 602      | 0,2                        | 475      | 0,3                        | 1 077    |
| Sud-Ouest   | 1,4                        | 347      | 0,9                        | 261      | 1,2                        | 607      |
| <b>Niveau d'instruction</b>   |                            |          |                            |          |                            |          |
| Aucun   | 1,0                        | 6 131    | 0,6                        | 3 721    | 0,8                        | 9 852    |
| Primaire  | 1,5                        | 1 149    | 1,1                        | 1 308    | 1,3                        | 2 457    |
| Secondaire ou plus  | 2,0                        | 1 009    | 1,1                        | 1 284    | 1,5                        | 2 293    |
| <b>Quintiles de bien-être économique</b>  |                            |          |                            |          |                            |          |
| Le plus pauvre  | 0,7                        | 1 511    | 0,7                        | 1 031    | 0,7                        | 2 542    |
| Second  | 0,7                        | 1 572    | 0,1                        | 1 194    | 0,5                        | 2 766    |
| Moyen   | 0,9                        | 1 560    | 0,8                        | 1 146    | 0,8                        | 2 706    |
| Quatrième   | 0,8                        | 1 622    | 0,8                        | 1 211    | 0,8                        | 2 832    |
| Le plus riche   | 2,5                        | 2 029    | 1,4                        | 1 732    | 2,0                        | 3 761    |
| Ensemble 15-49 <sup>1</sup>   | 1,2                        | 8 293    | 0,8                        | 6 314    | 1,0                        | 14 607   |
| 50-59   | na                         | na       | 1,1                        | 770      | 1,1                        | 770      |
| Ensemble 15-59  | na                         | na       | 0,8                        | 7 084    | 0,8                        | 7 084    |

na = Non applicable.  
<sup>1</sup>. Y compris 14 femmes pour lesquelles l'information sur l'ethnie est manquante, 25 femmes et 3 hommes pour lesquels l'information sur la religion est manquante, 1 femme et 1 homme pour lesquels l'information sur l'emploi est manquante et 4 femmes et 1 homme pour lesquels l'information sur le niveau d'instruction est manquante.

**Source : Rapport EDS IV**

Par ailleurs, l'enquête BSS (enquête de surveillance comportementale du VIH auprès des ménages des sites sentinelles VIH) réalisée dans le cadre de l'EDS IV fait ressortir la situation des connaissances sur le Sida et les moyens de prévention ainsi que les pratiques sexuelles. Les résultats sont les suivants :

- ❖ en ce qui concerne les connaissances sur le Sida le niveau est dans l'ensemble assez élevé. En effet, la presque totalité des 15-49 ans enquêtés connaissent les manifestations cliniques de la maladie (98%). Il n'y a pas de disparité selon le sexe car les hommes et les femmes ont pratiquement le même niveau de connaissance. Le niveau d'instruction n'influence pas la connaissance de la maladie. Il en est de même pour l'âge, l'état matrimonial et le lieu de résidence ;
- ❖ pour ce qui est du niveau de connaissance sur les moyens de prévention, il est également satisfaisant tant au niveau des femmes que des hommes, car se situant au-delà de 74%. Ces chiffres ne sont pas influencés par les caractéristiques socio démographiques des enquêtés ;
- ❖ enfin concernant les comportements et pratiques, les données relèvent que le multi partenariat et la non utilisation systématique du préservatif constituent des facteurs de risque très importants. En effet, sur les 1 077 hommes enquêtés âgés de 15-49 ans, seulement 22,2% ont porté un condom au cours des derniers rapports sexuels à risque alors que chez les femmes ce chiffre est élevé (62,3%). Le chiffre assez faible chez les hommes pourrait s'expliquer par le biais lié à la question qui ne fait pas la différence entre les partenaires réguliers et non réguliers. De plus l'utilisation du préservatif a été faible lors des derniers rapports à risque ou occasionnels quelque soit le statut et le niveau d'instruction. L'utilisation du condom lors des rapports sexuels à risque ou occasionnels payant est aussi faible (33%) chez les hommes adultes de 15 à 49 ans. Ces résultats préoccupants méritent d'être davantage analysés à travers d'autres enquêtes.

## **Données sur la notification universelle des cas de sida et d'IST en 2010**

### **1. Notification des cas de Sida en 2010**

En 2010, 6127 cas de Sida ont été notifiés contre 5 179 en 2009 soit une augmentation de cas notifiés de 18 %. On note que 46,46% des cas ont été notifiés dans les centres

hospitaliers. Les régions du Centre et des Hauts-Bassins ont notifié le plus grand nombre de cas avec respectivement 24,92% et 14,80%. On observe les proportions les plus faibles dans le Sahel (2,19%) et au Plateau Central (2,94%).

Sur le plan de l'incidence, les régions du Centre et du Sud-Ouest enregistrent les plus fortes incidences avec respectivement 7,43 et 7,20 pour 10 000 habitants tandis que les plus faibles taux d'incidence sont observés dans la région de l'Est (1,11) et du Sahel (1,23) pour 10 000 habitants.

Par ailleurs, les cas notifiés par tranche d'âge indiquent que la proportion des adultes notifiés a augmenté passant de 95% en 2009 à 95,69% en 2010, tandis que celle des moins de 15 ans a diminué (5% en 2009 contre 4,31% en 2010).

**Tableau 9:** notification des cas de Sida en 2010 par région

| REGION ADMINISTRATIVE | POPULATION        | NOMBRE DE CAS | INCIDENCE (POUR 10000 HBTS) | PROPORTION    |
|-----------------------|-------------------|---------------|-----------------------------|---------------|
| Boucle du Mouhoun     | 1 586 748         | 353           | 2,22                        | 5,76          |
| Cascades              | 613 229           | 329           | 5,37                        | 5,37          |
| Centre                | 2 043 945         | 1527          | 7,47                        | 24,92         |
| Centre Est            | 1 262 782         | 432           | 3,42                        | 7,05          |
| Centre Nord           | 1 334 860         | 188           | 1,41                        | 3,07          |
| Centre Ouest          | 1 310 644         | 767           | 5,85                        | 12,52         |
| Centre Sud            | 703 358           | 232           | 3,30                        | 3,79          |
| Est                   | 1 369 233         | 152           | 1,11                        | 2,48          |
| Hauts Bassins         | 1 660 909         | 907           | 5,46                        | 14,80         |
| Nord                  | 1 306 619         | 431           | 3,30                        | 7,03          |
| Plateau Central       | 764 574           | 180           | 2,35                        | 2,94          |
| Sahel                 | 1 086 250         | 134           | 1,23                        | 2,19          |
| Sud Ouest             | 687 826           | 495           | 7,20                        | 8,08          |
| <b>Total</b>          | <b>15 730 977</b> | <b>6127</b>   | <b>3,89</b>                 | <b>100,00</b> |

Source : Annuaire statistique 2009-2010 DGISS/mini-Santé

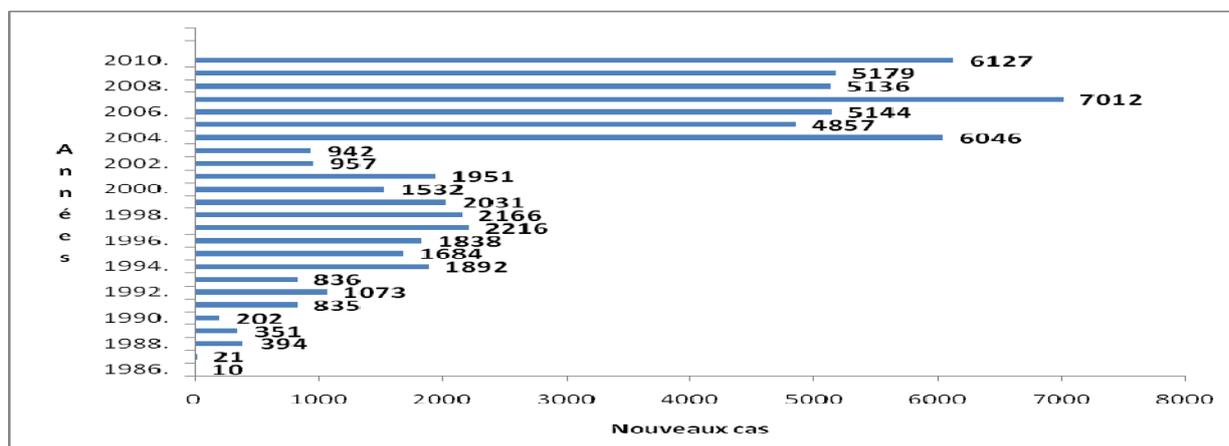
**Tableau 10:** cas de Sida notifiés par tranche d'âge 2009 et 2010

| TRANCHE D'AGE | 2009        | PROPORTION   | 2010        | PROPORTION    |
|---------------|-------------|--------------|-------------|---------------|
| inf. à 15 ans | 259         | 5,0          | 264         | 4,31          |
| adulte        | 4920        | 95,0         | 5863        | 95,69         |
| <b>Total</b>  | <b>5179</b> | <b>100,0</b> | <b>6127</b> | <b>100,00</b> |

Source : Annuaire statistique 2009-2010 DGISS/mini-Santé

Il ressort une amélioration de la notification dans les formations sanitaires par rapport à 2008 et 2009. Sur ces cas notifiés, 2666 ont été hospitalisés, avec 544 cas de décès soit un taux de létalité de 20,41%.

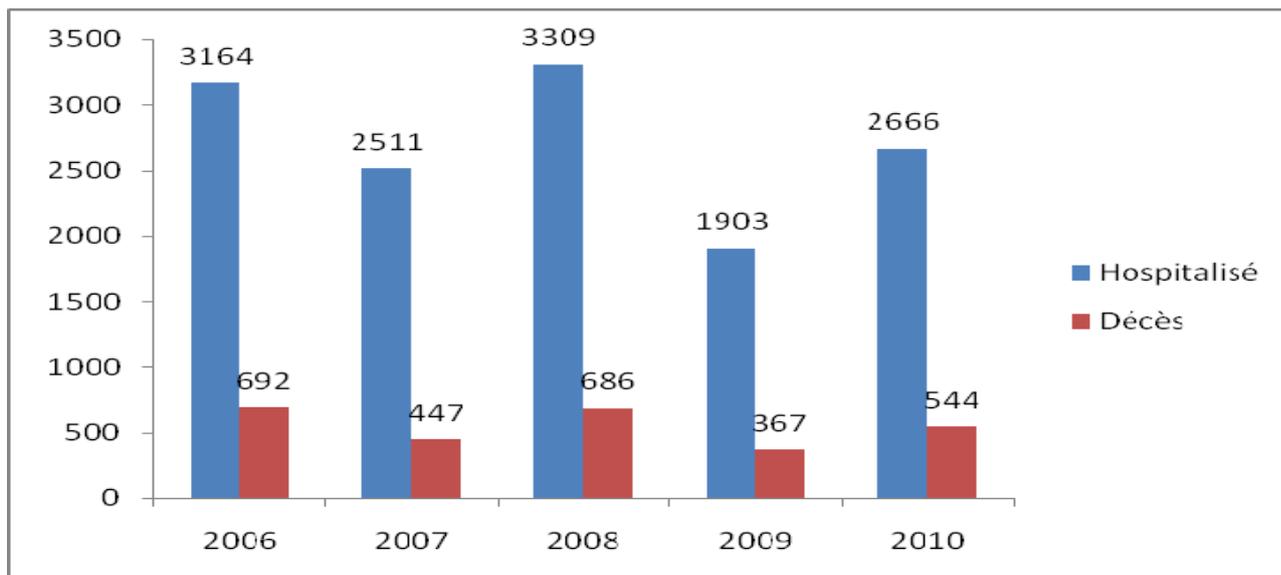
**Graphique 2 :** évolution des nouveaux cas de Sida de 1986 à 2010 au Burkina Faso



Source : SP/CNLS-IST, 2010

**Données de mortalité :** On note une évolution en dents de scie des cas hospitalisés entre 2006 et 2010 mais avec un taux de létalité qui est resté relativement stable autour de 20%. Ainsi, sur un total de 3 164 cas de SIDA hospitalisés dans les districts et les hôpitaux en 2006, 692 patients sont décédés soit 21,9%. Au cours de l'année 2010, il a été enregistré 544 décès sur 2 666 cas de Sida hospitalisés soit un taux de létalité de 20%.

**Graphique 3:** Evolution des cas hospitalisés et des décès de 2006 à 2010 au Burkina Faso



Source : Bilan PNM, 2011, SP/CNLS-IST

## 2. Notification des cas d'IST en 2010

En 2010, les structures sanitaires ont notifié 137 742 cas d'IST contre 133 689 en 2009, soit une hausse de 3%. La situation des IST par syndrome se présente comme suit :

**Tableau 11:** répartition des cas d'IST selon le syndrome en 2010

| SYNDROME IST                          | CAS           | PROPORTION    |
|---------------------------------------|---------------|---------------|
| Écoulement vaginal                    | 58269         | 42,30         |
| Douleur pelvienne                     | 39278         | 28,52         |
| Ulcération génitale                   | 14952         | 10,86         |
| Écoulement urétral                    | 12902         | 9,37          |
| Conjonctivite purulente du nouveau né | 3520          | 2,56          |
| Gonflement douloureux du scrotum      | 1562          | 1,13          |
| Végétations vénériennes               | 787           | 0,57          |
| Bubon inguinal                        | 324           | 0,24          |
| Autres IST                            | 6148          | 4,46          |
| <b>Total</b>                          | <b>137742</b> | <b>100,00</b> |

Source : Annuaire statistique 2010 DGIS/mini santé

Les syndromes les plus fréquents demeurent l'écoulement vaginal (42,30%), suivi par les douleurs pelviennes (28,52%), ce qui traduit une incidence plus élevée chez les femmes (13,95 pour 1 000) que chez les hommes (3,18 pour 1 000). L'incidence des IST au niveau national est de 8,76 pour 1 000. Les taux les plus élevés se situent dans

les régions du Centre (18,19 pour 1000), suivi des Hauts-Bassins (15,54 pour 1 000). Les taux les plus faibles se retrouvent dans les régions du Centre-Nord (4,32 pour 1 000) et du Centre-Ouest (4,37 pour 1 000) (cf. tableau ci-dessous) :

**Tableau 12:** incidence des cas d'IST par région en 2010

| REGION ADMINISTRATIVE | POPULATION        | NOMBRE DE CAS  | INCIDENCE        | PROPORTION (%) |
|-----------------------|-------------------|----------------|------------------|----------------|
|                       |                   |                | (pour 1000 hbts) |                |
| Boucle du Mouhoun     | 1 586 748         | 8 576          | 5,40             | 6,23           |
| Cascades              | 613 229           | 5 963          | 9,72             | 4,33           |
| Centre                | 2 043 945         | 37 189         | 18,19            | 27,00          |
| Centre Est            | 1 262 782         | 10 036         | 7,95             | 7,29           |
| Centre Nord           | 1 334 860         | 5 772          | 4,32             | 4,19           |
| Centre Ouest          | 1 310 644         | 5 726          | 4,37             | 4,16           |
| Centre Sud            | 703 358           | 4 203          | 5,98             | 3,05           |
| Est                   | 1 369 233         | 6 590          | 4,81             | 4,78           |
| Hauts Bassins         | 1 660 909         | 25 816         | 15,54            | 18,74          |
| Nord                  | 1 306 619         | 7 929          | 6,07             | 5,76           |
| Plateau Central       | 764 574           | 7 265          | 9,50             | 5,27           |
| Sahel                 | 1 086 250         | 6 732          | 6,20             | 4,89           |
| Sud Ouest             | 687 826           | 5 945          | 8,64             | 4,32           |
| <b>Total</b>          | <b>15 730 977</b> | <b>137 742</b> | <b>8,76</b>      | <b>100,00</b>  |

Source : Annuaire statistique 2010 DGISS/mini santé

Le tableau ci-dessous relatif à l'évolution des incidences de 2006 à 2010 montre que les tranches d'âge de 15-19, 20-29 et 30-39 ans présentent les incidences les plus élevées. Entre 2006 et 2007 une hausse de l'incidence est observée puis de 2007 à 2010, on note une stabilisation de l'incidence globale des IST.

**Tableau 13:** évolution de l'incidence (pour 1 000 habitants) par tranches d'âge des IST de 2006 à 2010

| ANNEE                 | 2006           | 2007           | 2008           | 2009           | 2010           |
|-----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Nombre des cas</b> | <b>109 266</b> | <b>120 069</b> | <b>119 964</b> | <b>133 689</b> | <b>137 107</b> |
| <b>Tranche d'âge</b>  |                |                |                |                |                |
| 0 à 14 ans            | 0,5            | 0,4            | 0,5            | 0,5            | 0,6            |
| 15 à 19 ans           | 12,6           | 12,3           | 12,1           | 12,8           | 11,9           |
| 20 à 29 ans           | 28,2           | 28,8           | 26,2           | 27,8           | 27,4           |
| 30 à 39 ans           | 18,9           | 22,1           | 19,6           | 21,8           | 22,5           |
| 40 ans et plus        | 3,2            | 4,4            | 3,7            | 4,0            | 4,3            |
| <b>Total</b>          | <b>7,8</b>     | <b>8,4</b>     | <b>8,1</b>     | <b>8,8</b>     | <b>8,7</b>     |

Source : Annuaire statistique 2006-2010, DGISS/ mini santé

### **Données de la sérosurveillance par site sentinelle en 2010**

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

Les résultats de 2010 donnent une prévalence globale du VIH chez les 15 à 49 ans de 1,6% [1,4-2,0] contre 2,2 [1,9-2,6] en 2009. Chez les 15-24 ans, elle est de l'ordre de 0,7% [0,5 - 1,1] contre 1,3% [0,9-1,7] en 2009. Le VIH 1 prédomine toujours avec 95,3 % des cas. Le VIH 2 est à 4,7%. La forme combinant VIH 1 + 2 n'a pas été observée cette année. Aussi, des disparités existent selon les tranches d'âge.

**Tableau 14:** prévalence du VIH, par tranche d'âge au Burkina Faso en 2009 et 2010.

| <i>Prévalence du VIH, par tranche d'âge au Burkina Faso en 2010</i> |             |            |                        |
|---|-------------|------------|------------------------|
| TRANCHE D'AGE   | EFFECTIF    | POSITIF    | PREVALENCE             |
| 15-19   | 1329        | 6          | 0,5 [0,2-1,0]          |
| 20-24   | 2542        | 22         | 0,9 [0,6-1,3]          |
| 25-29   | 1907        | 42         | 2,2 [1,6-3,0]          |
| 30-34   | 1249        | 38         | 3,0 [2,2-4,0]          |
| 35-39   | 658         | 19         | 2,9 [1,8-4,6]          |
| 40-44   | 161         | 2          | 1,2 [0,2-4,4]          |
| 45-49   | 26          | 0          | 0,0 [0,0-13,2]         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>7872</b> | <b>129</b> | <b>1,6 [1,4 - 2,0]</b> |
| <i>Prévalence du VIH, par tranche d'âge au Burkina Faso en 2009</i> |             |            |                        |
| TRANCHE D'AGE   | EFFECTIF    | POSITIF    | PREVALENCE             |
| 15-19   | 1277        | 9          | 0,7 [0,3-1,4]          |
| 20-24   | 2183        | 35         | 1,6 [1,1-2,2]          |
| 25-29   | 1916        | 57         | 3,0 [2,3-3,9]          |
| 30-34   | 1155        | 40         | 3,5 [2,5-4,7]          |
| 35-39   | 564         | 16         | 2,8 [1,7-4,7]          |
| 40-44   | 126         | 3          | 2,4 [0,5-6,8]          |
| 45-49   | 11          | 0          | 0 [0,5-8,5]            |
| <b>TOTAL</b>  | <b>7232</b> | <b>160</b> | <b>2,2 [1,9 - 2,6]</b> |

Source : Rapport CMLS/Santé

Les résultats selon le milieu urbain (tableau ci-après) montrent que :

- ❖ la prévalence du VIH chez les 15-49 ans est de 2,3% [1,9-2,8] avec des extrêmes allant de 3,5% [2,6-4,7] à Ouagadougou à 1,1% [0,4-2,8] à Tenkodogo et à Fada [0,5-2,6]. En 2009, elle était de 2,8% [2,3-3,3] avec des extrêmes allant de 4,7% [3,1-7,1] à Ouahigouya à 1,2% [0,5-2,8] à Tenkodogo ;
- ❖ la prévalence du VIH chez les 15-24 ans est de 1,0% [0,6-1,5] avec des extrêmes allant de 1,9% [1,1-3,5] à Ouagadougou à 0,0% [0,0-1,5] à Fada. En 2009, elle était de 1,6% [1,1-2,2] avec des extrêmes allant de 2,7% [1,0-5,8] à Ouahigouya, à 0,0% [0,0-1,8] à Tenkodogo.

Les résultats en milieu rural (tableau ci-après) donnent des taux relativement plus faibles :

- ❖ la prévalence chez les 15-49 ans est de 0,6% [0,4-1,0] avec des extrêmes allant de 1,2% [0,5-2,8] à Ziniaré à 0,0% [0,0-0,8] à Dori. En 2009, elle était de 1,2% [0,6-1,7] avec des extrêmes allant de 1,6% [0,7-3,5] à Kaya à 0,8% [0,2-2,1] à Dori ;
- ❖ la prévalence du VIH chez les 15-24 est de 0,3% [0,1-0,8] avec des extrêmes allant de 1,1% [0,2-3,2] à Sindou à 0,0% [0,0-1,5] à Dori. En 2009, elle était de 0,7% [0,3-1,4] avec des extrêmes allant de 0,8% à Dori [0,1-1,8] et Dédougou [0,1-2,8] à 0,4% [0,0-2,3] à Sindou.

**Tableau 15:** situation du VIH dans les sites sentinelles en milieux rural et urbain en 2010

| SITE                 | 15-49 ANS   |            |                        | 15-24 ANS   |           |                      |
|----------------------|-------------|------------|------------------------|-------------|-----------|----------------------|
|                      | Effectif    | Positifs   | IC à95%                | Effectif    | Positifs  | IC à95%              |
| <b>Milieu Urbain</b> |             |            |                        |             |           |                      |
| BOBO-DIOULASSO       | 923         | 18         | 2,1 [1,3 - 3,3]        | 496         | 2         | 0,4 [0,1-1,6]        |
| FADA                 | 528         | 6          | 1,1 [0,5 - 2,6]        | 250         | 0         | 0,0 [0,0-1,5]        |
| GAOUA                | 535         | 18         | 3,4 [2,1 - 5,4]        | 251         | 2         | 0,8 [0,1-2,8]        |
| KOUDOUGOU            | 559         | 13         | 2,3 [1,3 - 4,0]        | 252         | 4         | 1,6 [0,4-4,0]        |
| OUAGADOUGOU          | 1 229       | 43         | 3,5 [2,6 - 4,7]        | 620         | 12        | 1,9 [1,1-3,5]        |
| OUAHIGOUYA           | 497         | 6          | 1,2 [0,5 - 2,7]        | 262         | 2         | 0,8 [0,1-2,7]        |
| TENKODOGO            | 436         | 5          | 1,1 [0,4 - 2,8]        | 200         | 1         | 0,5 [0,0-2,8]        |
| <b>Global</b>        | <b>4707</b> | <b>109</b> | <b>2,3 [1,9 - 2,8]</b> | <b>2331</b> | <b>23</b> | <b>1,0 [0,6-1,5]</b> |
| <b>Milieu Rural</b>  |             |            |                        |             |           |                      |
| DEDOUGOU             | 597         | 3          | 0,5 [0,1-1,6]          | 263         | 1         | 0,4 [0,0-2,1]        |
| DORI                 | 578         | 0          | 0 [0,0-0,8]            | 324         | 0         | 0,0 [0,0-1,5]        |
| KAYA                 | 451         | 4          | 0,9 [0,3-2,4]          | 230         | 1         | 0,4 [0,0-2,4]        |
| MANGA                | 512         | 2          | 0,4 [0,1-1,6]          | 205         | 0         | 0,0 [0,0-1,8]        |

| SITE          | 15-49 ANS    |           |                      | 15-24 ANS    |          |                      |
|---------------|--------------|-----------|----------------------|--------------|----------|----------------------|
|               | Effectif     | Positifs  | IC à95%              | Effectif     | Positifs | IC à95%              |
| SINDOU        | 538          | 5         | 0,9 [0,3-2,3]        | 273          | 3        | 1,1 [0,2-3,2]        |
| ZINIARE       | 489          | 6         | 1,2 [0,5-2,8]        | 245          | 0        | 0,0 [0,0-1,5]        |
| <b>Global</b> | <b>3 165</b> | <b>20</b> | <b>0,6 [0,4-1,0]</b> | <b>1 540</b> | <b>5</b> | <b>0,3 [0,1-0,8]</b> |

Source : Rapport 2010 CMLS/Santé

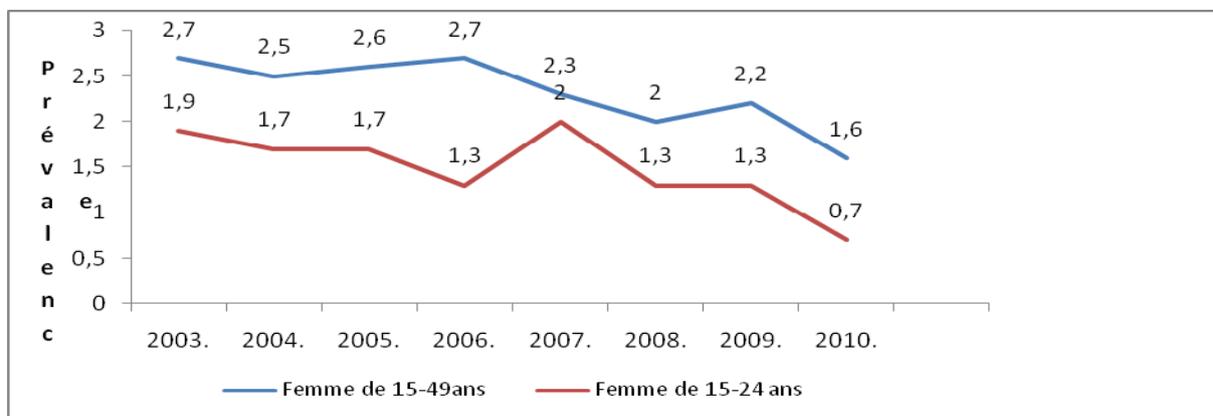
Tableau 16: situation du VIH dans les sites sentinelles en milieu rural et urbain en 2009

| SITE                 | 15-49 ANS   |            |                    | 15-24 ANS   |            |                  |
|----------------------|-------------|------------|--------------------|-------------|------------|------------------|
|                      | Effectif    | %          | IC à95%            | Effectif    | %          | IC à95%          |
| <b>Milieu Urbain</b> |             |            |                    |             |            |                  |
| BOBO-DIOULASSO       | 910         | 1,5        | [0,9 - 2,6]        | 489         | 0,6        | [0,2-1,9]        |
| FADA                 | 455         | 2          | [1,0 - 3,9]        | 223         | 1,3        | [0,3-3,9]        |
| GAOUA                | 525         | 2,9        | [1,7 - 4,8]        | 257         | 1,6        | [0,4-3,9]        |
| KOUDOUGOU            | 507         | 3,2        | [1,9 - 5,2]        | 255         | 2,0        | [0,6-4,2]        |
| OUAGADOUGOU          | 1232        | 3,7        | [2,7 - 4,9]        | 603         | 2,5        | [1,5-4,0]        |
| OUAHIGOUYA           | 487         | 4,7        | [3,1 - 7,1]        | 222         | 2,7        | [1,0-5,8]        |
| TENKODOGO            | 484         | 1,2        | [0,5 - 2,8]        | 202         | 0,0        | [0,0-1,8]        |
| <b>Global</b>        | <b>4600</b> | <b>2,8</b> | <b>[2,3 - 3,3]</b> | <b>2251</b> | <b>1,6</b> | <b>[1,1-2,2]</b> |
| <b>Milieu Rural</b>  |             |            |                    |             |            |                  |
| DEDOUGOU             | 584         | 0,9        | [0,3 - 2,1]        | 253         | 0,8        | [0,1-2,8]        |
| DORI                 | 515         | 0,8        | [0,2 - 2,1]        | 255         | 0,8        | [0,1-1,8]        |
| KAYA                 | 432         | 1,6        | [0,7 - 3,5]        | 196         | 0,5        | [0,0-2,8]        |
| MANGA                | -           | -          | -                  | -           | -          | -                |
| SINDOU               | 552         | 1,4        | [0,7 - 3,0]        | 236         | 0,4        | [0,0-2,3]        |
| ZINIARE              | 549         | 1,5        | [0,7 - 3,0]        | 269         | 0,7        | [0,0-1,4]        |
| <b>Global</b>        | <b>2632</b> | <b>1,2</b> | <b>[0,6 - 1,7]</b> | <b>1451</b> | <b>0,7</b> | <b>[0,3-1,4]</b> |

Source : Rapport CMLS/Santé

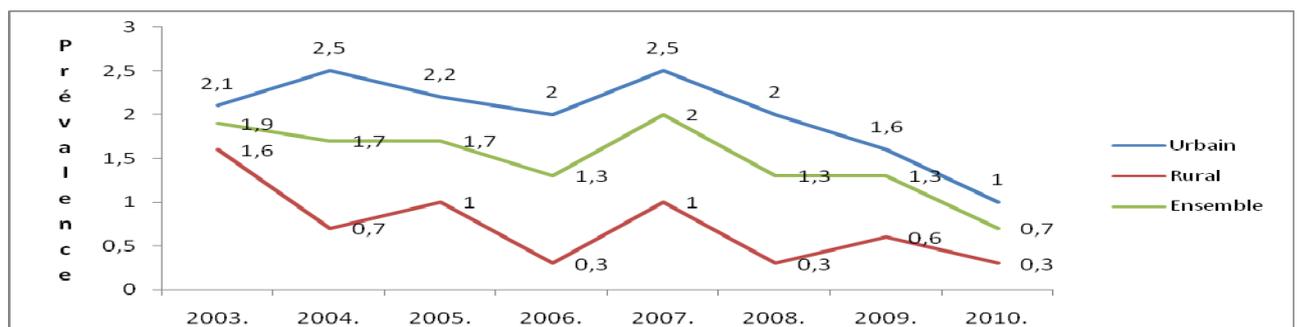
L'évolution du taux de prévalence au fil des années montre que jusqu'en 2010, la tendance est à la stabilisation dans les deux tranches d'âge (15-49 et 15-24 ans) et dans le milieu (urbain et rural).

Graphique 4 : évolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles



Source : SP/CNLS-IST et CMLS/Santé

Graphique 5 : évolution de la prévalence du VIH dans la tranche d'âge 15-24 ans de 2003 à 2009



Source : SP/CNLS-IST et CMLS/Santé

**Données de la sérosurveillance dans les groupes prioritaires à haut risque**

**Chez les travailleuses du sexe (TS)**

Une étude bio comportementale réalisée en 2010 et qui a porté sur 956 TS dépistées donne une prévalence générale de 16,5%, IC à 95% [14,14 % à 18,8%]. Le VIH 1 est prédominant avec un taux de 97 %. Le VIH 2 isolé chez deux TS seulement, représente 0,20% et 3 cas d'infection double (VIH1+VIH2) enregistrés, représentent 0,31%.

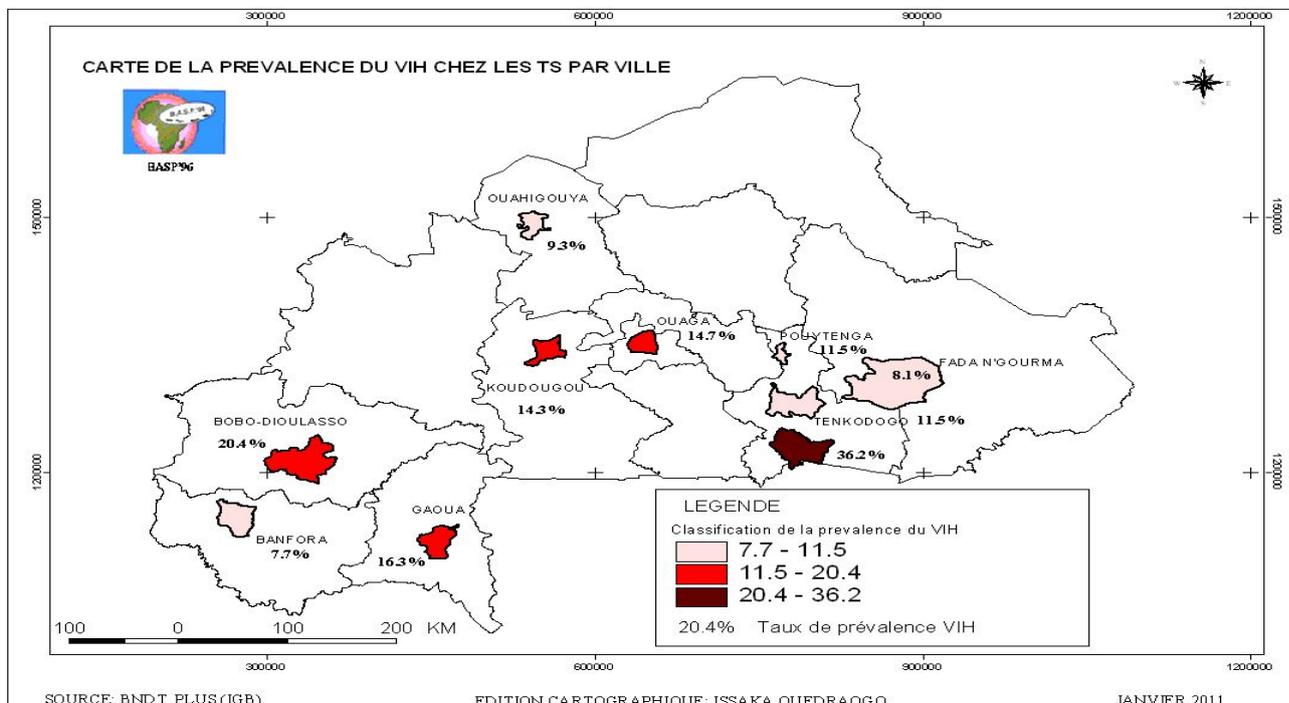
**Tableau 17:** prévalence du VIH chez les TS par ville

| VILLE          | PREVALENCE (%) | Nombre de TS |
|----------------|----------------|--------------|
| BANFORA        | 7,7            | 52           |
| BITTOU         | 36,2           | 47           |
| BOBO-DIOULASSO | 20,4           | 294          |
| FADA           | 8,1            | 37           |
| GAOUA          | 18             | 49           |
| KOUDOUGOU      | 14,3           | 49           |
| OUAGADOUGOU    | 14,9           | 285          |
| OUAHIGOUYA     | 9,5            | 43           |
| POUYTENGA      | 11,8           | 52           |
| TENKODOGO      | 11,5           | 52           |
| <b>TOTAL</b>   | <b>16,5</b>    | <b>956</b>   |

**Source :** Rapport d'étude bio comportementale auprès des TS au BF en 2010

Sur le plan spatial, la prévalence varie de 7,7% à Banfora, à 36,2% à Bittou. La carte ci-dessous permet de mieux apprécier cette variation :

**Carte 1:** Carte de la prévalence du VIH chez les TS par ville



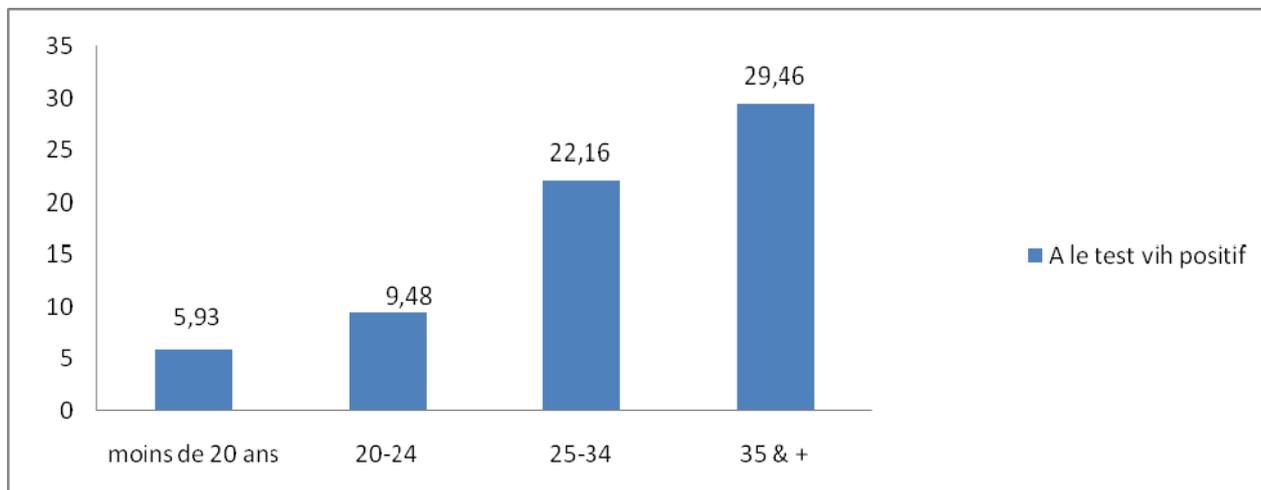
**Source :** Rapport d'étude bio comportementale auprès des TS au BF en 2010

L'analyse de la prévalence selon le type de TS bien que non statistiquement significative (p=0,909) donne les proportions suivantes : 16,5% chez les TS fixes, 16,1% chez les TS racoleuses et 17,1% chez les TS non affichées. Selon le niveau d'instruction, on note une prévalence de 17,2% chez les TS non scolarisées, 18,8%

chez celles ayant un niveau d'instruction du primaire et 13,2% pour celles du niveau secondaire.

Les données montrent par ailleurs que plus l'âge augmente plus la prévalence est élevée. Le graphique ci-dessous illustre cette corrélation :

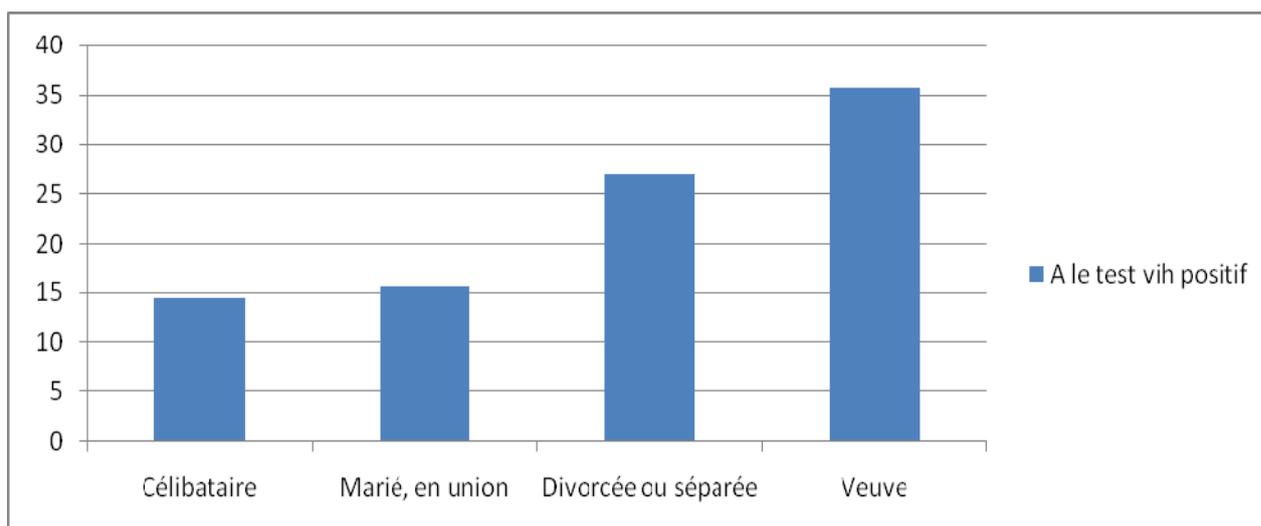
**Graphique 6:** prévalence du VIH selon l'âge des TS



**Source :** Rapport d'étude bio comportementale auprès des TS au BF en 2010

Selon l'état matrimonial l'étude montre que les TS célibataires et les mariées ont presque les mêmes risques d'infection au VIH avec des prévalences respectives de 14,5% et 15,6%. Chez les TS vivant en situation de divorce ou de séparation, la prévalence est de 26,9%. La prévalence est encore plus élevée chez les veuves : 35,7%.

**Graphique 7 :** prévalence du VIH selon la situation matrimoniale



**Source :** Rapport d'étude bio comportementale auprès des TS au BF en 2010

### Chez les MSM

Les MSM tout comme les TS sont considérés comme un groupe spécifique à haut risque d'infection. Ils font de plus en plus l'objet d'attention de la part des acteurs intervenant dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des PVVIH,

malgré les préjugés et les tabous qui entourent la question. Une analyse de situation faite en 2010, dans les deux grandes villes du pays (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) a montré l'existence de l'homosexualité.

Il ressort des résultats des focus groups constitués dans le cadre de l'étude, l'existence de plus de 200 MSM à Bobo-Dioulasso et un effectif qui dépasserait le millier (1000) dans la ville de Ouagadougou.

Un mapping des lieux de rencontre et de fréquentation des MSM, aussi bien à Ouagadougou qu'à Bobo-Dioulasso a été fait pour orienter les intervenants (voir tableau ci-après). Selon les réponses de 302 MSM interviewés, les résultats indiquent que près des  $\frac{3}{4}$  des enquêtés préfèrent se rencontrer au domicile d'un des leurs (73,8%). Plus de la moitié (50,3%) d'entre eux préféreraient les maquis/bars/restaurants contre (21,2%) qui indiquent un choix porté sur les boîtes de nuit ou les hôtels (15,9%). Cependant, d'autres espaces seraient plus privilégiés par une certaine frange des enquêtés comme l'ont indiqué 16,9% d'entre eux. En outre, seul 26,2% des enquêtés affirment effectuer des voyages à la rencontre d'autres partenaires MSM, aussi bien au niveau national qu'à l'étranger.

**Tableau 18:** pourcentage des MSM selon les lieux de rencontre

| LIEUX DE RENCONTRE DES MSM | %    | (N=302) |
|----------------------------|------|---------|
| - Domicile d'un MSM        | 73,8 | 223     |
| - Maquis/bars/restaurants  | 50,3 | 152     |
| - Boîtes de nuit           | 21,2 | 64      |
| - Hôtels                   | 15,9 | 48      |
| - Maisons de passe         | 3    | 9       |
| - Autres                   | 16,9 | 51      |

**Source :** Rapport d'analyse de situation 2010

Les autres caractéristiques socio démographiques des MSM sont les suivantes :

**Tableau 19:** pourcentage des enquêtés selon leurs principales caractéristiques identitaires

| CARACTERISTIQUES                              | (%)  | (N = 303)    |
|---|------|--------------|
| <b>Classes d'âges</b>                         |      |              |
| 17 – 19                                       | 12,9 | 39           |
| 20 – 24                                       | 32,7 | 99           |
| 25 – 29                                       | 24,1 | 73           |
| 30 – 34                                       | 11,2 | 34           |
| 35 – 39                                       | 10,6 | 32           |
| 40 – 44                                       | 4    | 12           |
| 45 – 49                                       | 3    | 9            |
| 50 ans et plus                                | 1,7  | 5            |
| <b>Statut matrimonial et génésique</b>        |      |              |
| Célibataire                                   | 78   | 238          |
| Marié (en union)                              | 15,4 | 47           |
| Concubinage                                   | 5,2  | 16           |
| Divorcé (séparé)                              | 1    | 3            |
| Veuf  | 0,3  | 1            |
| A des enfants                                 | 23,5 | 72 (N = 306) |
| <b>Education</b>                              |      |              |
| Ont été à l'école                             | 95,4 | 292          |
| <b>Plus hauts niveaux atteints</b>            |      |              |
| Primaire                                      | 12,7 | 37           |
| Secondaire                                    | 60,8 | 177          |
| Supérieur                                     | 26,5 | 77           |
| <b>Activités professionnelles</b>             |      |              |
| Elèves/étudiants                              | 30,7 | 94           |
| Commerçants                                   | 12,7 | 39           |
| Administration                                | 12,4 | 38           |
| Serveur/Gérant de bar, café, restaurant, etc. | 5,2  | 16           |
| Coiffeur                                      | 4,2  | 13           |

|                 |     |    |
|-----------------|-----|----|
| Mécanicien      | 3,9 | 12 |
| Tailleur        | 3,6 | 11 |
| Homme de tenue  | 1,3 | 4  |
| Aucune activité | 5,9 | 18 |

**Source :** Rapport d'analyse de situation 2010

Au delà de ce qui est précédemment décrit, il est important de noter que la population de MSM au Burkina Faso comporterait davantage de mineurs (jeunes enfants) qui ne pouvaient pas figurer dans l'échantillon de cette étude en raison de considérations éthiques.

En outre, les données consignées dans le tableau ci-dessous, montrent qu'une proportion relativement importante (15,4%) de l'échantillon est composée de MSM qui seraient mariés à des femmes, et paradoxalement, près du quart (23,5%) de l'échantillon aurait des enfants. De ce qui précède, il apparait une complexité de l'identité sexuelle des MSM qui sont à la fois parents, hommes libres, etc. L'analyse des données, fait ressortir chez les enquêtés un faible niveau d'instruction car les ¾ d'entre eux n'auraient pas achevé leur cycle d'enseignement secondaire.

Sur le plan des connaissances, les MSM ont une bonne information de l'incidence des pratiques sexuelles non protégées sur la transmission du VIH. 86,2% d'entre eux considèrent que les rapports vaginaux non-protégés exposent au risque d'infection par le VIH contre 73,1% qui évoquent la pénétration anale sans préservatif. De plus, 30,2% des MSM considèrent que la fellation sans préservatif expose au risque d'infection par le VIH. Cette dernière pratique communément appelée « interview » s'est révélée très courante dans le milieu des MSM enquêtés. Par conséquent, outre la nécessité d'élaborer des messages appropriés, relatifs à l'incidence des pratiques sexuelles des MSM sur la transmission du VIH, des stratégies de communication pour mieux atteindre le plus grand nombre de MSM devront être développées.

**Tableau 20:** pourcentage des MSM selon leur connaissance des pratiques sexuelles qui exposent au risque d'infection par le VIH

| FORMES DE PRATIQUES                     | POURCENTAGE (%) | (N = 305) |
|---|-----------------|-----------|
| - Pénétration vaginale sans préservatif | 86,2            | 263       |
| - Pénétration anale sans préservatif    | 73,1            | 223       |
| - Fellation sans préservatif            | 30,2            | 92        |
| - Cunnilingus sans préservatif          | 14,1            | 43        |
| - Autres                                | 3,6             | 11        |

**Source :** Rapport d'analyse de situation 2010

### **Données de la PTME 2010 et 2011**

Les données indiquent que le Programme national de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) a été appliqué dans l'ensemble des soixante trois (63) districts sanitaires qui étaient prévus en 2011, soit une couverture de 100%. L'extension géographique s'est donc poursuivie au cours de l'année 2011. En effet, le nombre de sites ayant intégré la PTME dans leur paquet minimum d'activités est passé de 1 492 en 2010 à 1 620 en fin 2011 soit un taux de couverture de 96,63% (N=1 694). Les principales données sont consignées dans les tableaux qui suivent :

**Tableau 21:** situation des principaux indicateurs PTME

|   | 2010         | 2011                        |
|---|--------------|-----------------------------|
| <b>Activités de CPN et de dépistage</b>   |              |                             |
| Nouvelles CPN   | 685 215      | 749 900                     |
| Femmes enceintes ayant réalisé le test VIH  | 382 092(56%) | 499 408 (67%)               |
| Femmes enceintes dépistées VIH+   | 4 003(1%)    | 4322 (0,86 %)               |
| Partenaires des femmes enceintes ayant réalisé le test VIH                                  | 10 064(3%)   | 10 477 (2,09 %)             |
| Partenaires des femmes enceintes VIH+   | 362(4%)      | 381 (3,63%)                 |
| <b>Activités de suivi du couple mère-enfant</b>   |              |                             |
| Accouchements prévus chez les femmes enceintes séropositives                                |              | 2 637                       |
| Femmes enceintes testées séropositives ayant accouché dans une formation sanitaire          | 2622         | 2 748                       |
| Mère ayant reçu un traitement prophylactique complet aux ARV                                | 2361(90%)    | 2 497 (90,86%= 2 497/2 748) |
| Enfants ayant reçu un traitement prophylactique complet aux ARV                             | 2447(93%)    | 2621 (93,84 %= 2621/2793)   |
| Enfants nés vivants de mères VIH+   | 2627         | 2 793                       |
| Enfants sous prophylaxie au cotrimoxazole   |              | 2 264                       |
| Nombre de femmes ayant choisi l'allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce à 4 mois |              | 2 357                       |
| Nombre de femmes ayant choisi l'alimentation avec les substituts de lait maternel           |              | 302                         |
| Enfants testés à 6 semaines par la PCR  | 288          | 447                         |
| Enfants testés à 8 mois de vie par la PCR dans l'année                                      |              | 338                         |
| Enfants testés positifs dans le trimestre par la PCR  |              | 34                          |
| Enfants testés à 18 mois de vie par les tests rapides                                       | 496(19%)     | 627                         |
| Enfants testés VIH+ sur la période  | 81(16%)      | 90 (6,37%= 90/1412)         |
| Nombre de femmes enceintes VIH+ ayant fait les CD4 dans l'année                             |              | 671                         |
| Nombre de femmes enceintes VIH+ sous trithérapie dans l'année                               |              | 601                         |

**Source :** Rapports DSME 2010 et 2011

Au niveau national le taux d'adhésion des femmes est de 67% contre 56 % en 2010. Ce chiffre bien qu'augmentant d'année en année reste faible au regard de l'objectif national qui est de 80%. En ce qui concerne l'adhésion des partenaires des femmes enceintes ayant réalisé le test, les performances restent encore faibles (moins de 10%). Dans les régions, le plus fort taux est relevé au Centre et dans les Cascades (plus de 80%) et le plus faible taux dans la région du Sahel (55, 4%).

S'agissant du suivi, sur 2 748 femmes VIH+ qui ont accouché dans une formation sanitaire, 2 497 ont eu la prophylactique complète aux ARV pour la PTME, soit 90,86%. Ce taux est acceptable car se situant au dessus de l'objectif national qui est de 90%. Cependant, des efforts sont encore attendus du côté du dépistage des enfants (évalué à seulement 50,55%). En effet, sur 2 793 enfants nés vivants de mère VIH+, le nombre d'enfants testés par la PCR reste faible (447 à 6 semaines, 338 à 8 mois).

Par ailleurs, la PTME a fait l'objet de plus d'attention au niveau communautaire à travers la sensibilisation pour une plus grande implication des structures communautaires. Le renforcement des compétences communautaires en matière de PTME et l'organisation d'un atelier de réflexion sur la PTME/communautaire. Cependant, l'insuffisance de capitalisation des données au niveau communautaire ne permet pas de disposer de données complètes sur les activités. Toutefois, l'implication des acteurs communautaires pourrait expliquer en partie les performances de la PTME au niveau régional.

La situation par région se présente comme suit :

**Tableau 22:** activités de CPN et de dépistage 2011 par région

| REGIONS                   | NOUVELLES CPN  | FEMMES ENCEINTEES AYANT REALISE LE TEST VIH | TAUX DE REALISATION DU TEST | FEMMES ENCEINTEES DEPISTEES VIH+ | TAUX DE SEROPOSITIVITE AU TEST VIH CHEZ LES FEMMES ENCEINTEES |
|---------------------------|----------------|---|-----------------------------|----------------------------------|---|
| BOUCLE DU MOUHOUN         | 83649          | 52259                                       | 62,5%                       | 424                              | 0,81  |
| CASCADES                  | 31444          | 25592                                       | 81,4%                       | 232                              | 0,91  |
| CENTRE                    | 61528          | 54126                                       | 88,0%                       | 853                              | 1,58  |
| CENTRE-EST                | 56989          | 36296                                       | 63,7%                       | 221                              | 0,61  |
| CENTRE-NORD               | 67599          | 42658                                       | 63,1%                       | 252                              | 0,59  |
| CENTRE-OUEST              | 56618          | 38032                                       | 67,2%                       | 365                              | 0,95  |
| CENRE-SUD                 | 24535          | 18556                                       | 75,6%                       | 130                              | 0,70  |
| EST                       | 88516          | 53649                                       | 60,6%                       | 204                              | 0,38  |
| HAUTS-BASSINS             | 80184          | 47617                                       | 59,4%                       | 654                              | 1,37  |
| NORD                      | 58656          | 36515                                       | 62,3%                       | 315                              | 0,86  |
| PLATEAU CENTRAL           | 35321          | 28673                                       | 81,2%                       | 221                              | 0,77  |
| SAHEL                     | 73321          | 40626                                       | 55,4%                       | 124                              | 0,31  |
| SUD-OUEST                 | 31540          | 24809                                       | 78,7%                       | 327                              | 1,32  |
| <b>SYNTHESE NATIONALE</b> | <b>749 900</b> | <b>499 408</b>                              | <b>67%</b>                  | <b>4 322</b>                     | <b>0,87</b>   |

Source : Rapport DSME 2011

**Tableau 23:** activités de suivi du couple mère-enfant 2011 par région

| REGIONS           | MERES AYANT REÇU UNE PROPHYLAXIE COMPLETE AUX ARV | ENFANTS AYANT REÇU UNE PROPHYLAXIE COMPLETE AUX ARV | ENFANTS NES VIVANTS DE MERE VIH+ | ENFANTS TESTES PAR LA PCR | TOTAL ENFANTS TESTES VIH+ | ENFANTS TESTES A 18 MOIS DE VIE PAR LES TESTS RAPIDES | FEMMES ENCEINTEES VIH+ AYANT FAIT LES CD4 | NBRE DE FEMMES ENCEINTEES VIH+ SOUS TRITHERAPIE |
|-------------------|---|---|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---|---|---|
| BOUCLE DU MOUHOUN | 91  | 97  | 108                              | 6                         | 1                         | 24  | 9   | 8   |
| CASCADES          | 536   | 546   | 577                              | 326                       | 28                        | 169   | 396                                       | 260   |
| CENTRE            | 76  | 78  | 81                               | 29                        | 1                         | 11  | 5   | 11  |
| CENTRE-EST        | 145   | 148   | 159                              | 3                         | 4                         | 30  | 11  | 6   |
| CENTRE-NORD       | 217   | 232   | 247                              | 20                        | 15                        | 42  | 27  | 45  |
| CENTRE-OUEST      | 114   | 128   | 142                              | 37                        | 2                         | 20  | 26  | 17  |
| CENTRE--SUD       | 180   | 182   | 194                              | 4                         | 1                         | 16  | 22  | 40  |
| EST               | 275   | 279   | 301                              | 67                        | 8                         | 95  | 34  | 22  |
| HAUTS-BASSINS     | 342   | 377   | 397                              | 200                       | 17                        | 54  | 64  | 114   |
| NORD              | 106   | 104   | 109                              | 56                        | 1                         | 73  | 45  | 33  |
| PLATEAU CENTRAL   | 170   | 180   | 195                              | 29                        | 4                         | 38  | 5   | 20  |
| SAHEL             | 144   | 157   | 164                              | 0                         | 7                         | 50  | 20  | 15  |
| SUD-OUEST         | 101   | 113   | 119                              | 8                         | 1                         | 5   | 7   | 10  |
| <b>TOTAL</b>      | <b>2497</b>                                       | <b>2621</b>   | <b>2793</b>                      | <b>785</b>                | <b>90</b>                 | <b>627</b>  | <b>671</b>                                | <b>601</b>                                      |

Source : Rapport DSME 2011

### **Données sur le dépistage au niveau des structures publiques, privées et communautaires en 2011**

Pour l'ensemble, 228 098 personnes ont été dépistées en 2011, au sein des formations sanitaires publiques, privées et communautaires. Le nombre de personnes séropositives est de 7 446 soit un taux de séropositivité de 3,26%.

Au niveau des structures sanitaires publiques la situation est la suivante :

**Tableau 24:** indicateurs du conseil dépistage en milieu de soins selon régions

| REGION            | NOMBRE DE PERSONNES AYANT BENEFICIE D'UN COUNSELING INDIVIDUEL (PRE- TEST) | NOMBRE TOTAL DE PERSONNES DEPISTEES | NOMBRE DE PERSONNES TESTEES POSITIVES | NOMBRE DE PERSONNES TESTEES NEGATIVES | NOMBRE DE PERSONNES DONT LE TEST EST INDETERMINE |
|-------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Boucle du Mouhoun | 20 244   | 16 948                              | 614                                   | 16 243                                | 91   |
| Cascades          | 803  | 755                                 | 67                                    | 681                                   | 7  |
| Centre            | 1 818  | 1 754                               | 182                                   | 1 564                                 | 8  |
| Centre-Est        | 2 112  | 2 109                               | 191                                   | 1 896                                 | 22   |
| Centre-Ouest      | 1 743  | 1 671                               | 167                                   | 1 475                                 | 29   |
| Centre-Nord       | 11 675   | 11 223                              | 332                                   | 10 817                                | 74   |
| Centre-Sud        | 1 457  | 1 415                               | 150                                   | 1 244                                 | 21   |
| Est               | 7 818  | 5 521                               | 161                                   | 5 299                                 | 61   |
| Hauts-Bassins     | 4 979  | 4 402                               | 166                                   | 4 201                                 | 35   |
| Nord              | 3 907  | 3 197                               | 322                                   | 2 821                                 | 54   |
| Plateau Central   | 3 507  | 3 366                               | 185                                   | 3 143                                 | 38   |
| Sahel             | 15 558   | 10 448                              | 58                                    | 10 368                                | 22   |
| Sud-Ouest         | 3 563  | 3 211                               | 314                                   | 2 828                                 | 69   |
| <b>Total</b>      | <b>79 184</b>  | <b>66 020</b>                       | <b>2 909</b>                          | <b>62 580</b>                         | <b>531</b>                                       |

*Source : Rapport d'activités CMLS/Santé 2011*

Au niveau des structures sanitaires privées les activités de dépistage ont été organisées par la Coalition national du secteur privé et des entreprises au profit de 20 940 personnes. Le nombre de personnes testées positives s'élève à 164 soit un taux de séropositivité de 0,78%.

Au niveau des structures communautaires, un nombre total de 141 138 personnes ont été dépistées. Les résultats sont les suivants par type de stratégie :

- dans l'ensemble la proportion des personnes dépistées séropositives en stratégie fixe est de 5,8% en 2011 contre 6,6% en 2010. Les femmes participent plus que les hommes aux tests de dépistage (35 296 femmes contre 25 675 hommes) ;
- en stratégie avancée les femmes adultes sont plus infectées (2,1%) que les hommes (1,4%). Ce constat est aussi valable pour la catégorie d'âge de 15 à 24 ans (0,2% pour les filles et 0,0% pour les garçons) ;
- la stratégie mobile semble être celle qui touche plus les hommes que les femmes (11 378 femmes contre 9 067 hommes). Cependant, la proportion la plus forte des personnes dépistées positives s'enregistre chez les femmes avec 0,73% contre 0,6% chez les hommes. La séropositivité de cette stratégie est de 0,8% ;
- pour la campagne JMS 2011, 46 081 tests ont été réalisés. Le taux de séropositivité est de 1,2% contre 1,3% en 2010. Les taux de séropositivité chez les TS et chez les commerçants sont respectivement de 2,6% et de 1,2%.

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

- ❖ En milieu prostitutionnel, 47% des personnes touchées sont des TS avec un taux de séropositivité de 2,6%. On remarque toutefois que ce taux de séropositivité est plus élevé chez les TS de plus de 25 ans, soit 3,5% contre 1,9% chez les moins de 25 ans.  
Le reste des personnes touchées (soit 53%) est constitué des clients et "des petits amis" des TS avec un taux de séropositivité de 0,8%.
- ❖ La campagne auprès des MSM s'est tenue dans les deux plus grandes villes du Burkina. Quatre structures associatives ont été impliquées (03 à Ouagadougou et

01 à Bobo-Dioulasso). Au cours de cette campagne, 306 MSM et 22 de leurs amies filles ont bénéficié du conseil et du test volontaire. La séropositivité est de 1,0% pour les MSM.

**Tableau 25:** nombre de personnes testées pendant la campagne auprès des MSM et en milieu prostitutionnel par sexe et par âge

|           | ADULTES       |         |     | JEUNES DE 15 A 24 ANS |         |     | ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS |         |   | TOTAL         |         |     |
|-----------|---------------|---------|-----|-----------------------|---------|-----|----------------------------|---------|---|---------------|---------|-----|
|           | Nbre de tests | Tests + | %   | Nbre de tests         | Tests + | %   | Nbre de tests              | Tests + | % | Nbre de tests | Tests + | %   |
| MSM       | 148           | 3       | 2,0 | 158                   | 0       | 0,0 | 0                          | 0       | - | 306           | 3       | 1,0 |
| Amies MSM | 3             | 0       | -   | 9                     | 0       | 0,0 | 10                         | 0       | - | 22            | 0       | 0,0 |
| TS        | 1123          | 39      | 3,5 | 1218                  | 23      | 1,9 | 5                          | 0       | - | 2346          | 62      | 2,6 |
| Clients   | 1483          | 20      | 1,3 | 1104                  | 0       | 0,0 | 14                         | 0       | - | 2601          | 20      | 0,8 |

Source : PAMAC, bilan d'activités 2011

- Au niveau des routiers : la campagne s'est essentiellement déroulée dans les gares routières, ferroviaires et garages auto de la ville de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. Au cours de cette campagne, 797 personnes de ces deux localités ont bénéficié du conseil et du test. Parmi ces 797 personnes 108 sont de sexe féminin (14%). Au niveau des hommes, le taux de séropositivité est de 0,6%.
- Pour les commerçants, la campagne s'est tenue dans 16 marchés de la ville de Ouagadougou et dans deux marchés de Koudougou. Au cours de cette campagne, 59% des personnes ayant bénéficié du conseil et du test sont de sexe féminin avec une séropositivité de 1,8% chez les femmes contre 0,3% chez les hommes.

**Tableau 26:** nombre de personnes testées pendant la campagne auprès des commerçants et des routiers par sexe et par âge

|                            |          | COMMERÇANTS         |                        |                 | ROUTIERS            |                        |                 |
|----------------------------|----------|---------------------|------------------------|-----------------|---------------------|------------------------|-----------------|
|                            |          | Nbre de tests faits | Nbre de tests positifs | %tests positifs | Nbre de tests faits | Nbre de tests positifs | %tests positifs |
| Adultes                    | Féminin  | 405                 | 14                     | 3,5             | 60                  | 1                      | 1,7             |
|                            | Masculin | 378                 | 2                      | 0,5             | 562                 | 4                      | 0,7             |
| Jeunes de 15 à 24 ans      | Féminin  | 481                 | 2                      | 0,4             | 48                  | 1                      | 2,1             |
|                            | Masculin | 233                 | 0                      | 0               | 127                 | -                      | -               |
| Enfants de moins de 15 ans | Féminin  | 1                   | 0                      | 0               | -                   | -                      | -               |
|                            | Masculin | 2                   | 0                      | 0               | -                   | -                      | -               |
| <b>Total</b>               |          | <b>1500</b>         | <b>18</b>              | <b>1,2</b>      | <b>797</b>          | <b>6</b>               | <b>0,8</b>      |

Source : PAMAC, bilan d'activités 2011

### Données d'études et d'enquêtes ponctuelles

Au cours de l'année 2011, les SP/CNLS-IST et la Direction de la santé de la mère et de l'enfant (DSME) ont commandité certaines études portant entre autres sur la surveillance du VIH avec l'appui financier du projet Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme.

La synthèse des résultats des principales études concernées est la suivante :

#### ☛ Etude sur la mortalité liée au VIH/Sida en milieu de soins au Burkina Faso

Les objectifs de l'étude sont : i) décrire les conditions d'admission des patients atteints de Sida dans les milieux de soins ii) décrire l'organisation de la Prise en charge (PEC) des personnes vivant avec le virus d'immunodéficience humaine (PVVIH) dans les milieux de soins (iii) déterminer la mortalité liée au syndrome d'immunodéficience

acquise (Sida) dans la file active et chez les patients sous ARV selon le type de structure de prise en charge et selon le sexe iv) préciser la proportion de décès liés au Sida par rapport à l'ensemble des décès dans les structures de soins v) identifier les déterminants de la mortalité liée au SIDA en milieu de soins.

C'est une étude transversale de la mortalité liée au VIH/Sida en milieu de soins. Elle a été centrée sur une analyse de la documentation de la mortalité dans les structures de soins : collecte des données à partir des dossiers des patients, des registres de consultation assortie d'entrevue avec les responsables des structures de prise en charge.

### **Résultats**

L'étude a été menée dans 11 structures de prise en charge médicale des PVVIH : 1 Centre hospitalier universitaire (CHU), 8 Centres hospitaliers régionaux (CHR), 2 Centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA). Ce sont 681 dossiers de patients souffrants du VIH/Sida qui ont été consultés et 11 responsables de structures de prise en charge interviewés. Les analyses ont abouti aux constats suivants :

- les structures de prise en charge sont accessibles aux patients sans aucune restriction ;
- on note que la majorité des PVVIH ne recoure aux structures qu'à partir du stade 3 ;
- de manière générale, la tenue des dossiers est de qualité assez faible pour plusieurs raisons dont l'insuffisance de ressources notamment humaines. Même si la proportion des femmes est plus importante parmi les décès observés, le taux de décès est nettement plus important chez les hommes 96‰ contre 39‰ chez les femmes ;
- en dehors de déterminants liés au sexe, le stade d'admission et la mise sous ARV constituent des facteurs qui déterminent la probabilité de survie des patients.

Les résultats inspirent entre autres :

- un besoin de renforcement de l'organisation de la PEC dans les structures notamment publiques de soins ;
- le renforcement de l'IEC/CCC afin d'améliorer l'adhésion précoce au dispositif de prise en charge ;
- des analyses complémentaires afin de mieux cerner les raisons de la consultation tardive des patients.

### **• Etude qualitative et multicentrique sur le niveau d'adhésion /observance des PVVIH aux ARV**

Les objectifs de l'étude tels que mentionnés dans les termes de référence sont :

- identifier les principaux déterminants de l'adhésion au traitement ARV et de l'observance thérapeutique chez les patients sous ARV dans le contexte du Burkina Faso ;
- décrire le dispositif d'aide à l'observance au niveau des structures de prise en charge médicale et communautaire des PVVIH au Burkina Faso ;
- déterminer le niveau de l'observance des patients sous traitement ARV dans les structures de prise en charge médicale et communautaire des PVVIH au Burkina Faso ;

- proposer des recommandations pour l'amélioration de la qualité de l'observance aux ARV chez les patients pris en charge dans les structures de prise en charge médicale et communautaire des PVVIH du Burkina Faso.

C'est une étude qualitative et multicentrique sur le niveau d'adhésion/observance des PVVIH au traitement ARV (y compris les patients tuberculeux VIH positifs) et a consisté en une étude rétrospective à visée descriptive, à travers des interviews couplées à une étude de dossiers de patients. Elle a inclus les PVVIH sous TARV et leur famille, le personnel de prise en charge, les associations et ONG.

### **Résultats**

L'étude a été menée dans 18 structures sanitaires prenant en compte des régions dont celles du Centre et des Hauts-Bassins. Si certains centres ont été systématiquement inclus du fait de leurs expériences et de leurs files actives importantes, d'autres ont été retenus par choix raisonné en tenant compte du type de structure : public ou associatif et de leur répartition géographique. Ce sont au total 2 800 dossiers de patients couvrant la période du 31 octobre 2009 au 1er juillet 2011 qui ont pu être analysés. Les analyses ont abouti aux constats suivants :

- l'évaluation a montré un niveau d'observance des PVVIH sous TARV de 92 %. Ce taux d'observance bien que jugé intéressant pour obtenir une efficacité du TARV, reste en dessous du niveau recommandé (>95%). Par ailleurs il n'est pas statistiquement différent de celui de 2009 (90%) ;
- le taux de mauvaise observance croît selon que le patient est suivi respectivement dans les structures confessionnelles (4,8%), privées (5,2%), communautaires (5,4%) et publiques (11,6%) ;
- l'évaluation a montré que les divers autres facteurs qui contribuent au bon niveau d'observance sont notamment les efforts personnels, les facteurs liés aux patient(e)s portant sur le respect des horaires de prise des médicaments, ceux liés aux acteurs de santé, qui de l'avis des bénéficiaires, sont très favorables en terme d'accueil, de disponibilité et de compétence ;
- qu'il s'agisse des structures publiques ou associatives, ce dispositif d'aide à l'observance repose sur le soutien psycho social, à travers le counseling, les visites à domicile (avec l'autorisation de la PVVIH et/ou des membres de sa famille dans les cas de statut sérologique divulgué). Il y a également la mise en place de clubs d'observance, de maisons d'observance, etc. ;
- les principaux motifs de rupture sont les causes de maladies, les effets secondaires du traitement antirétroviral, les événements sociaux en particulier les funérailles, les voyages, les difficultés d'accessibilité financière et géographique, la mauvaise gestion du TARV. Il y a encore la stigmatisation qui limite les bénéfices du soutien social ;
- enfin, par rapport à l'observance et l'efficacité du TARV, nous avons vérifié que l'évolution moyenne des paramètres habituels de suivi du traitement antirétroviral notamment (i) le poids du patient, (ii) l'hémoglobine, (iii) les globules blancs, (iv) les lymphocytes totaux, (v) les CD4, est meilleure chez les observants que les non observants ;
- au niveau communautaire, quatre dispositifs d'aide à l'observance ont été recensés : (i) Groupe de parole ou Club d'observance, (ii) Maison d'observance, (iii) VAD (Visite à Domicile) et (iv) Counseling/décomptage.

## ☛ **Enquête comportementale en matière de VIH/SIDA et d'IST des vendeuses du secteur informel**

Les objectifs de l'étude tels que mentionnés dans les termes de référence sont :

- décrire les caractéristiques de la population constituant l'échantillon en les mettant en liaison avec les caractéristiques socio-démographiques de la population générale des 15 à 49 ans et des jeunes de 15 à 24 ans obtenues lors des recensements et des EDS ;
- déterminer dans ce groupe cible les comportements sexuels notamment le nombre et le type de partenaires sexuels, les antécédents d'IST et les taux d'utilisation des préservatifs ;
- mesurer dans le sous-groupe cible : (i) les connaissances vis-à-vis des IST/VIH/Sida, (ii) l'exposition aux interventions dans le domaine des IST/VIH/Sida, (iii) l'impact des interventions de prévention et de prise en charge des IST/VIH/Sida ;
- faire des recommandations au Conseil national de lutte contre le Sida et les IST (CNLS-IST) pour le renforcement des activités de prévention et de surveillance au niveau de ce sous-groupe de population.

Cette enquête comportementale, qui est une étude descriptive et analytique, a utilisé deux approches complémentaires : quantitative et qualitative. L'enquête quantitative a concerné 735 vendeuses du secteur informel réparties dans cinq villes du pays que sont : Bobo-Dioulasso, Boromo, Koudougou, Koupéla, et Ouagadougou. Les personnes enquêtées, toutes de sexe féminin ayant un âge compris entre 10 et 49 ans, ont été recrutées parmi les catégories de vendeuses suivantes : (i) vendeuses fixes sur cible fixe, (ii) vendeuses fixes sur cible mobile, (iii) vendeuses mobiles sur cible fixe, (iv) vendeuses mobiles sur cible mobile.

L'enquête qualitative a été faite par le biais de focus group auprès des vendeuses du secteur informel, mais également des entretiens approfondis auprès des vendeuses. Il a été fait recours à des personnes ressources en relation avec le domaine d'étude.

### **Résultats**

#### • Caractéristiques des vendeuses du secteur informel enquêtées.

Parmi les vendeuses enquêtées, au moins 38% sont ambulantes (Mobile-mobile, mobile-fixe). La tranche d'âge la plus importante parmi les vendeuses du secteur informel est celle de 10-24 ans. Elle constitue 43,10% de l'échantillon global. Elle est suivie de la tranche d'âge de 25-34 ans qui représente 31,2%. Les vendeuses du secteur informel enquêtées ayant un âge supérieur à 34 ans ne représentent qu'environ un quart de l'échantillon (25,7%). Cette répartition est conforme à la structure de la population féminine telle que décrite par le RGPH 2006. Ces statistiques révèlent que la majorité des personnes qui s'adonnent ou qui sont employées dans cette activité ont un âge inférieur à 35 ans. L'analyse montre que le niveau d'instruction des personnes enquêtées est très faible. En effet, près de la moitié (48%) de l'échantillon enquêté rapporte n'avoir aucun niveau d'instruction scolaire. La répartition des vendeuses enquêtées selon le statut matrimonial, indique 43,3% de célibataires et 13,8% sont mariées suivant un régime de polygamie. La mobilité des vendeuses, leur faible niveau d'instruction, leur jeunesse, la difficulté d'accès au capital initial nécessaire au démarrage de l'activité, ainsi que leur statut matrimonial (célibataires, mariées polygames) sont autant de facteurs qui contribuent à la vulnérabilité de celles-ci.

- Du niveau de connaissance des enquêtées

Dans la plupart des cas, les vendeuses du secteur informel ont entendu parler du Sida. Seules 6,7% d'entre elles déclarent ne pas en avoir entendu parler. Cependant, parmi celles qui n'ont pas encore entendu parler de la maladie, 31,9% ont déjà une vie sexuelle active. Parmi les enquêtées qui ont entendu parler du Sida, au moins 20% d'entre elles ne se sentent pas concernées par la maladie.

Pour ce qui concerne l'évaluation des connaissances des modes de transmission du VIH, 80,8% des vendeuses sont considérées comme ayant une bonne connaissance des modes de transmission qui doit inclure obligatoirement la voie sexuelle. 72,80% des vendeuses connaissent la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Environ 17% d'enquêtées soutiennent que le Sida peut être transmis par les piqûres de moustiques. Outre ce préjugé, certaines vendeuses pensent que le simple fait de dormir sous le même toit qu'une personne infectée par le VIH, ou de partager un repas avec elle, ou encore d'utiliser les mêmes toilettes expose au risque de la contamination de la maladie. Ainsi, 42,2% sont prédisposées à stigmatiser les PVVIH.

En s'intéressant spécifiquement à la transmission de la mère à l'enfant du VIH, l'étude révèle que les périodes de contamination de l'enfant sont globalement mal connues de l'ensemble des enquêtées. La modalité de contamination par l'allaitement maternel qui est la mieux connue est citée seulement par 40,6% des enquêtées. L'accouchement et la grossesse sont mentionnés respectivement par 36,1% et 23,3% des enquêtées.

Il est encourageant de relever qu'au moins 78,5% des enquêtées ayant entendu parler du Sida savent qu'une personne qui apparaît physiquement bien portante peut être porteuse du VIH. Par ailleurs, s'agissant des possibilités de diagnostic de l'infection, au moins 87% d'entre elles déclarent qu'il n'est possible que par test sérologique.

S'agissant de la connaissance des IST, seulement une enquêtée sur deux (environ 50%) a une notion sur les IST. Les manifestations les plus connues sont les douleurs pendant les rapports sexuels (dyspareunies), les douleurs mictionnelles, les plaies au niveau des organes génitaux, les pertes (écoulements) et les douleurs abdominales. Parmi les enquêtées qui connaissent l'existence des IST, 13,2% ont évoqué le lien entre IST et VIH/Sida.

Pour ce qui concerne les connaissances sur le préservatif, l'évaluation indique que le condom masculin est connu par 93,1% des enquêtées, contre seulement 62,7% pour le condom féminin. Plus d'un tiers des vendeuses enquêtées (34,2%) pensent que le préservatif n'est pas efficace dans la prévention sexuelle du VIH, ce qui laisse entrevoir un faible recours à son utilisation lors des rapports sexuels occasionnels. Par ailleurs, dans plus de 11% des cas, le Sida est perçu comme une malédiction ou une punition divine.

- Attitudes et pratiques

En matière d'attitudes et de pratiques, on note qu'environ 3 vendeuses sur 5 (58%) reconnaissent avoir eu des rapports sexuels avec des personnes autres que leur mari ou leur fiancé. Aussi plus de 20% des enquêtées n'ont pas recours au préservatif lors des rapports sexuels occasionnels. Par ailleurs, l'analyse montre que dans 37,5% des cas, les vendeuses acceptent le rapport sexuel non protégé lorsque leurs partenaires s'opposent à l'utilisation du préservatif.

Parmi celles qui ont l'expérience de la connaissance d'une personne infectée par le VIH, la plupart affirment ne pas avoir changé de comportement à son égard (85,3%).

De l'analyse des comportements à l'égard des personnes infectées, on peut constater que la stigmatisation des PVVIH reste assez forte chez les vendeuses du secteur informel. Ainsi, 42,2% des enquêtées sont tentées d'adopter des comportements stigmatisant à l'égard des personnes infectées par le VIH.

40% des vendeuses du secteur informel enquêtées affirment avoir fait le test de dépistage. Dans la plupart des cas le test de dépistage a été fait dans le cadre du programme de PTME, notamment au cours des CPN.

L'analyse de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles montre qu'environ un quart des vendeuses enquêtées n'ont pas fait recours aux structures sanitaires modernes (23,5%).

- Exposition aux interventions

Pour ce qui est de l'accès aux messages de sensibilisation, l'enquête révèle que moins d'un tiers des vendeuses enquêtées ont pris déjà part à des séances d'IEC/CCC. Plusieurs facteurs limitent l'accès des vendeuses aux actions de sensibilisation sur le VIH. Parmi ceux-ci, on peut mentionner :

- les contraintes horaires (le temps c'est de l'argent pour une vendeuse) ;
- la barrière linguistique ;
- la faible application du recours aux paires éducatrices dans ce milieu ;
- le fait de profiter des manifestations qui mobilisent des foules pour passer des messages a été identifié comme un point de faiblesse, car cela s'apparente à de la distraction, la préférence allant aux approches individuelles.

## ☛ Etude sur les impacts de la mise en œuvre de la PTME au Burkina Faso

Le volet PTME, qui est l'un des quatre (04) buts du programme ERLIV (round 6 VIH du Fonds mondial), vise à réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant par l'extension et l'amélioration de l'accessibilité aux services. La question qui se pose aujourd'hui est de savoir quel est l'impact réel de la mise en œuvre du programme sur la santé du couple mère enfant dans le contexte du VIH. C'est ce qui a nécessité la réalisation de cette étude d'impact au niveau des districts sanitaires.

De façon générale, cette étude visait à analyser la contribution du Fonds mondial à l'amélioration de l'état de santé du couple mère enfant dans le cadre de la PTME. De façon spécifique, il s'agissait :

- de décrire l'opportunité qu'offre la PTME pour renforcer le système de santé ;
- d'analyser l'impact des prestations de PTME sur l'état de santé du couple mère enfant ;
- d'apprécier la performance du programme PTME (transmission résiduelle du VIH de la mère à l'enfant, accès du couple mère enfant à la TARV grâce à la PTME comme porte d'entrée) ;
- de mesurer la satisfaction des bénéficiaires primaires par rapport aux prestations de PTME.

Il s'est agi d'une étude descriptive et analytique qui a été réalisée dans 21 districts sanitaires répartis dans 7 régions sanitaires du pays. Celle-ci a intégré une dimension quantitative et qualitative et a intéressé les cibles suivantes :

- les acteurs stratégiques au niveau central, notamment les partenaires techniques et financiers de mise en œuvre du programme de PTME ;
- les acteurs opérationnels (DRS, districts sanitaires, les CSPS, les CMA, les CHR et les associations) ;
- les bénéficiaires du programme qui sont les femmes en CPN, des femmes allaitantes, des hommes âgés de 25 à 45 ans, des femmes en âge de procréer, des femmes séropositives.

### **Résultats**

Au total 40 prestataires de santé (CSPS et CMA), 198 femmes séropositives, 311 femmes en CPN ou allaitantes, 21 MCD, 10 animatrices communautaires et 7 associations ont pris part à cette étude au niveau opérationnel.

- Performance du programme

Au niveau de la couverture géographique du programme, on note que la proportion de districts sanitaires disposant d'au moins un site de PTME/VIH est passée de 81,82% en 2006 à 100% en 2008. Quant aux formations sanitaires publiques offrant des prestations de PTME/VIH, leur proportion est passée de 21,33% en 2006 à plus de 95% au premier semestre de l'année 2011.

S'agissant de l'adhésion des femmes enceintes au test de dépistage du VIH, cette étude met en évidence une amélioration de l'adhésion des femmes enceintes vues en CPN au test de dépistage VIH qui est passée de 44,70% en fin 2006 à 68% au premier semestre de 2011. Pour le cas spécifique des districts sanitaires soutenus par le Fonds mondial, l'analyse des données de dépistage du VIH donne un taux d'adhésion au test de 71%. Les différences de performances de ces districts pourraient s'expliquer par la contribution des animatrices PTME dans la sensibilisation des populations.

Au niveau de la couverture tant des mères séropositives que de leurs enfants en prophylaxie par le traitement ARV complet, l'analyse montre des augmentations perceptibles des niveaux de couverture des deux cibles entre 2006 et 2010. Chez les mères séropositives, cette couverture est passée de 80,08% en 2006 à 93% à la fin du premier semestre de 2011. Chez les enfants, cette couverture est passée de 74,73% en 2007 à 93,26% à la fin du premier semestre de 2011. Cette situation est la conséquence certaine de l'amélioration de la disponibilité des ARV au niveau des formations sanitaires sites de PTME.

En matière de couverture des femmes séropositives en traitement ARV à vie, les données de l'étude indiquent que des efforts sont fournis par le programme pour offrir cette thérapie, mais ces efforts restent insuffisants pour assurer l'accès de toutes celles qui sont dans le besoin de traitement.

Dans le domaine de l'accès des enfants au test de dépistage précoce du VIH, il ressort que de plus en plus, une proportion importante d'enfants nés de mères séropositives bénéficie d'un diagnostic à 6 semaines de vie ou à 8 mois. Ceci pourrait être la conséquence positive de la mise en œuvre du plan d'extension à l'échelle du diagnostic précoce.

- Contribution au renforcement des capacités opérationnelles du système de santé

De façon générale, il ressort que la mise en œuvre de la PTME a offert une opportunité au système de santé pour assurer une plus grande complétude de son paquet minimum d'activités (PMA) à tous les niveaux du système de soins. Cette complétude permet une offre de soins plus équitable et assure une plus grande crédibilité au système de soins.

Pour améliorer les compétences techniques des prestataires de santé, diverses réalisations ont été faites dans le cadre de la mise en œuvre du programme. Au niveau CSPS, les données collectées révèlent une moyenne de 6 agents par formation sanitaire avec une proportion de 43,41% du personnel formé en PTME. Dans les CMA, le nombre moyen d'agents par structure est de 7, avec un taux de 70% des agents qui sont formés à la PTME. Ces résultats interpellent sur la nécessité de poursuivre les efforts de formation du personnel de santé.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre des activités de PTME, les districts sanitaires ainsi que les formations sanitaires sites du programme ont bénéficié d'un renforcement en équipement. En outre, la mise en œuvre du programme a permis également le renforcement des capacités des sites en médicaments, en réactifs et autres consommables médicaux.

- Contribution du programme PTME à l'amélioration de l'état de santé des mères et des enfants

L'analyse montre une baisse continue de la prévalence du VIH chez les enfants nés de mères VIH+ à partir de 2009 passant de 9,21% à cette date, à 5,96% au premier semestre 2011 se rapprochant ainsi de l'objectif d'élimination de la transmission (inférieur à 5%) du VIH de la mère à l'enfant poursuivi par le programme. Cette diminution de la transmission résiduelle du VIH de la mère à l'enfant contribue sans nul doute à l'amélioration des indicateurs de mortalité néonatale et infantile observée au niveau national.

La mise en œuvre des activités de PTME dans un site offre l'opportunité de renforcer la prévention de l'infection par le VIH à travers les conseils de protection qui sont donnés aux femmes enceintes au cours des entretiens pré et post test. Au niveau de la santé des femmes, l'analyse montre une baisse sensible du taux de séropositivité parmi les femmes enceintes au fil du temps. La prévalence du VIH de 5,30% en 2006 à 0,90% au premier semestre de 2011. Au niveau des districts sanitaires appuyés par le Fonds mondial, l'analyse des données de dépistage du VIH des femmes enceintes montre qu'environ 0,73% d'entre elles sont testées positives au premier semestre de 2011.

L'évaluation de l'état nutritionnel des femmes séropositives enceintes montre que dans 78,5% des cas, elles présentaient un bon état nutritionnel, contre 0,6% qui avaient un mauvais état nutritionnel. Environ 21% d'entre elles présentaient un état nutrition moyen. En effet en 2009, seulement 74,18% des femmes séropositives enceintes étaient classées en bon état nutritionnel.

En s'intéressant à la couverture des femmes séropositives dans les sites de PTME/VIH, les données de cette enquête indiquent qu'environ 95% des femmes enceintes séropositives ont pris part à au moins deux CPN et environ 80% d'entre elles ont suivi au moins trois CPN pour la surveillance de leur grossesse. Au plan national, la couverture des femmes enceintes en CPN2 était estimée à 72,30% en fin 2010.

Le programme PTME/VIH semble également avoir une incidence positive sur la couverture en accouchements assistés par du personnel qualifié. L'analyse des

données de la présente étude montre que 97,14% des mères séropositives ont accouché dans une formation sanitaire, contre 66% en population générale (EDS IV). Cependant, la persistance des accouchements à domicile parmi les femmes enceintes séropositives (3%) constitue un facteur défavorable à l'objectif d'élimination de la transmission de la mère à l'enfant du VIH.

L'analyse montre que le programme de PTME/VIH constitue également une porte d'entrée des conjoints de femmes enceintes dans la prise en charge du VIH, et contribue énormément à l'épanouissement des cibles.

- Appréciations des bénéficiaires de la PTME

L'une des difficultés majeures à laquelle les formations sanitaires sites du programme sont confrontées, est la survenue de façon récurrente des ruptures, en médicaments, réactifs et autres consommables médicaux.

Plus de deux tiers des femmes séropositives enquêtées (68%) pensent que les services offerts au niveau des formations sanitaires répondent à leurs besoins, contre 26% qui rapportent le contraire. Les motifs de satisfaction avancés par les bénéficiaires sont entre autres, le suivi régulier qui encourage la femme, la disponibilité des ARV et l'accueil réservé aux patients. Pour les femmes séropositives enquêtées qui déclarent ne pas être satisfaites des services de la PTME, les 2 principales raisons évoquées sont : la première a trait aux difficultés de réalisation des examens biologiques (52%). Ces difficultés sont liées à i) l'absence de doseur de CD4 dans la formation sanitaire, ii) les pannes de l'appareil (quand il existe) et iii) les coûts des examens biologiques. La deuxième raison est qu'il y a souvent des ruptures de lait, ce qui perturbe l'alimentation des enfants. Quant au rapport qu'ont les patientes avec les prestataires, on relève que 85% des femmes séropositives déclarent être satisfaites du comportement des agents de santé. Cela dénote de la qualité de l'accueil fait par le personnel des formations sanitaires.

- Les effets induits du programme

Au titre des effets positifs enregistrés par le programme de PTME/VIH, on peut mentionner :

- ❖ une grande adhésion au programme à travers le test ;
- ❖ des entretiens avec les femmes séropositives, il ressort que l'une des contributions majeures du programme PTME pour les femmes vivant avec le VIH c'est de concevoir et de mettre au monde un enfant sein.

Au-delà de ces effets positifs, le programme est susceptible également de générer des problèmes.

Parmi ceux, on peut mentionner :

- les mésententes conjugales,
- la stigmatisation et l'isolement de la femme séropositive.

## **II. Riposte nationale à l'épidémie de sida**

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

**IND\_1.1 :** *Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH\**

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

**IND\_1.2 :** *Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans*

Les données de l'EDS IV (2010) montrent 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%).

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

**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*

Selon l'EDS IV (2010), près 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 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 28,96% des personnes ayant eu plus de deux partenaires sexuels au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête,

ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Cette pratique est plus élevée au niveau des femmes (56,70%) que chez les hommes (26,44%). L'analyse selon la tranche d'âge révèle que comparativement aux autres groupes d'âge, 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*

L'EDS IV (2010) mentionne que seulement 8,42% des hommes et 11,20% des femmes de 15 à 49 ans ont réalisé un test de dépistage du VIH au cours des douze derniers mois écoulés et connaissent leur résultat. Par rapport à la population des hommes et des femmes âgée de 15 à 49 ans, cela représente un pourcentage de 10,43%.

La répartition par tranche d'âge montre que les femmes et les hommes de 20 à 24 ans, semblent accorder beaucoup plus d'intérêt à la découverte de leur statut sérologique que ceux appartenant aux tranches d'âge de [15-19] et [25-49].

**IND\_1.6 :** *Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH\**

Le rapport 2011 de la sérosurveillance sentinelle réalisée auprès des femmes enceintes de 15 à 24 ans fréquentant un centre de consultations prénatales indique que 0,87% (4322/499408) des jeunes femmes sont infectées par le VIH.

**IND\_1.7 :** *Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH*

Selon les données de l'enquête de surveillance comportementale auprès des groupes à haut risque (professionnel/travailleuse de sexe et leurs clients), réalisé en novembre 2010 dans quelques grandes villes du Burkina Faso, il ressort que sur 1019 travailleuses de sexe interrogées, 680 (soit 66,73%) ont répondu avoir été touchées par les activités de prévention du VIH (distribution de préservatifs) et connaissent au moins un centre de dépistage du VIH.

**IND\_1.8 :** *Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client*

Les travailleuses de sexe couvertes par l'enquête de surveillance comportementale de 2010, ont été interrogées sur l'utilisation de condom à chaque rapport sexuel tenu le dernier jour de travail. Il en ressort de façon générale que 98,23% des travailleuses de sexe ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client. La tendance de cette pratique est presque que la même tant pour les travailleuses de sexe de moins de 25 ans que pour celles de plus de 25 ans.

**IND\_1.9 :** *Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat*

Les données de l'enquête de surveillance comportementale de 2010 montrent que 82,92% des travailleuses de sexe enquêtées ont affirmé avoir déjà fait le test de dépistage du VIH en 2010. Ce taux est en amélioration comparativement au taux de

dépistage de 38% observé en 2008 selon les résultats de l'étude BSS réalisée par le SP/CNLS-IST.

**IND\_1.10 : Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH**

Les travailleuses du sexe, considérées comme groupe spécifique à haut risque d'infection, font de plus en plus l'objet d'attention de la part des acteurs intervenant dans le domaine de la prévention et aussi de la prise en charge des PVVIH. Les données de l'enquête de surveillance comportementale de 2010 montre que sur 1016 travailleuses du sexe dépistées, 167 étaient séropositives ; soit une prévalence générale de 16,40% (IC à 95% : [14,14 à 18,8]). La variation de la prévalence est très sensible selon les tranches d'âges. Elle est de 8,62% pour les travailleuse de sexe de moins de 25 ans contre 23,91% pour celles âgées de 25 ans ou plus.

**IND\_1.11 : Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH**

Malgré les préjugés et tabous qui entourent la question de l'homosexualité depuis des années au Burkina Faso. Ce groupe de population a été identifié et est également exposé au risque plus élevé de contamination du VIH parce que la majorité des MSM ignorent les moyens de prévention du VIH.

C'est ainsi qu'une analyse situationnelle sur la problématique des minorités sexuelles en rapport avec le VIH au Burkina Faso a été réalisée courant avril et mai 2010 dans les deux grandes villes du pays (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso). Cette étude révèle que près de 47% des enquêtés s'approvisionnent en préservatif dans les boutiques.

**IND\_1.12 : Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme**

Les résultats de l'analyse situationnelle sur la problématique des minorités sexuelles en rapport avec le VIH au Burkina Faso de 2010, montrent que sur 301 MSM interrogés sur l'utilisation du préservatif lors de leur dernier rapport anal, 58,14% d'entre eux ont déclaré l'avoir utilisé.

**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**

Le rapport 2011 du Programme d'appui au monde associatif et communautaire (PAMAC), fait ressortir un taux de dépistage des MSM de 100% aussi bien pour les MSM de moins de 25 ans, que pour ceux ayant au moins 25 ans.

**IND\_1.14 : Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH**

Selon le rapport 2011 du Programme d'appui au monde associatif et communautaire (PAMAC), sur un total de 306 MSM dépistés, dont 158 ont moins de 25 ans, seulement 3 MSM âgés de plus de 25 ans (0,98%) sont infectés par le VIH.

**IND\_1.15 : Nombre d'établissement de santé où le dépistage du VIH et les services de conseil sont disponibles**

Selon le rapport du CMLS/Santé de 2011, il ressort que les services de conseil et dépistage du VIH sont disponibles dans 1 665 établissements de santé y compris les sites PTME

**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. Pour l'ensemble (formations sanitaires publique, privée et communautaire), 228 098 personnes au total ont été dépistées soit 58,39% de la cible (extrant) attendue en 2011 qui est de 390 648. Parmi les 228 098 personnes dépistées la part du monde communautaire est de 62% et de 9% pour le privé. On remarque que la grosse part du dépistage est encore faite par le monde communautaire.

Quant aux activités de conseil et de dépistage, menées dans les centres de consultation prénatale dans le cadre de la PTME, elles ont abouti aux dépistages de 499 408 femmes enceintes.

**IND\_1.17 : Infection sexuellement transmissible (IST)**

La notification des cas d'IST a été améliorée, en 2010 comparativement à 2009. Les structures sanitaires ont notifié 137 742 cas d'IST contre 133 689 en 2009 selon l'approche syndromique. Ceci dénote d'une meilleure prise en charge partant des efforts qui sont faits pour une meilleure surveillance des IST, les dotations, etc. Les syndromes les plus fréquents demeurent l'écoulement vaginal (42,30%), suivi par les douleurs pelviennes (28,52%). L'incidence des IST au niveau national est de 8,76 pour 1 000. Cette incidence est plus élevée chez les femmes (13,95 pour 1 000) que chez les hommes (3,18 pour 1 000).

Les résultats de l'enquête de séro-surveillance de 2010 révèlent que 7 967 femmes enceintes qui ont fréquenté un centre de consultation prénatal, ont eu à réaliser un test de dépistage de la syphilis. En ce qui concerne les jeunes femmes enceintes, les données de la même enquête donnent un taux de séropositivité de 2,17% pour la tranche d'âge de 15 à 19 ans et 1,72% pour celle de 20 à 24 ans soit un taux global de séropositivité à la syphilis de 1,87%. Par ailleurs, toutes ces jeunes femmes enceintes qui sont infectées par la syphilis ont bénéficié d'un traitement conforme aux normes en vigueur pour les cas d'IST notifiés.

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

Pour ce qui est de l'objectif 2, il n'existe pas encore de données d'enquêtes nous permettant d'apprécier l'ampleur des consommateurs de drogues injectables sur le territoire. Les quelques tentatives d'études réalisées montrent que les consommateurs de drogues injectables ne sont encore une priorité pour le pays.

**IND\_2.1** : Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues

**Données non disponibles**

**IND\_2.2** : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport

**Données non disponibles**

**IND\_2.3** : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection

**Données non disponibles**

**IND\_2.4** : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

**Données non disponibles**

**IND\_2.5** : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH

**Données non disponibles**

**IND\_2.6** : Personnes bénéficiant de traitement de substitution aux opiacés

**Données non disponibles**

**IND\_2.7** : Nombre de sites ciblés où des programmes d'aiguilles et de seringues sont menés

**Données non disponibles**

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

**IND\_3.1** : Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant

En ce qui concerne le suivi des femmes enceintes, sur 2 748 femmes VIH+ qui ont accouché dans une formation sanitaire 45% d'entre elles ont bénéficié de prophylaxie pour prévenir le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ce taux est faible car se situant en dessous de l'objectif national qui est de 90%. Des efforts doivent être redoublés à ce niveau si nous voulons contribuer de façon importante à l'objectif zéro infection de la déclaration de politique du VIH 2011

**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

En ce qui concerne le suivi des enfants nés de mères séropositives, des efforts importants ont été faits avec l'introduction de la PCR pour un diagnostic précoce dès la sixième semaine mais l'accessibilité reste encore faible (29%) car seulement 6 centres sur 1620 offrent la prestation sur place. Les autres structures de santé font le prélèvement sur papier buvard mais les transferts à temps restent encore à améliorer.

**IND\_3.3 : Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)**

L'objectif assigné est de réduire la transmission résiduelle du VIH, de la mère à l'enfant de moins de 5%. Au regard de ce taux, le résultat obtenu par le programme PTME (1,3%) est satisfaisant. Cependant il faudra relever qu'il s'agit du résultat chez les femmes enceintes couvertes par le programme et qui adhèrent au dépistage du VIH. On note néanmoins que le taux d'adhésion s'améliore d'année en année, ce qui constitue un espoir vers l'élimination virtuel.

**IND\_3.4 : Pourcentage de femmes enceintes qui ont été testées pour le VIH et on reçu leur résultat pendant la grossesse, pendant le travail et l'accouchement, pendant la période post partum (< 72 heure), y compris celles dont le statut VIH précédemment connu**

En 2011, le nombre de femmes enceintes ayant réalisé le test VIH a été de 499 408, soit un taux d'adhésion de 67% si l'on rapporte ce chiffre aux femmes vues en CPN1 (749 900). Le nombre de femmes enceintes testées positives au test VIH était de 4322 soit un taux de séropositivité de 0,86%. Avec l'usage des tests rapides de plus en plus répandus, toutes les femmes testées reçoivent 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**

Malgré les efforts déployés pour une implication plus grande des partenaires des femmes enceintes (hommes) aux activités de consultations prénatales, leur adhésion demeure faible en raison des pesanteurs socioéconomiques. En ce qui concerne l'adhésion des partenaires des femmes enceintes ayant réalisé le test, les performances restent encore faibles (moins de 2%)

**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)**

C'est une mesure nouvelle qui a démarré en 2011 et qui va se renforcer certainement avec le temps. La proportion des femmes enceintes éligibles (671 femmes ayant fait les CD4) est encore faible (9,87%) en considérant la cible de spectrum (6797),

**IND\_3.7 : Pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH, recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) dans les six premières semaines de vie**

L'élimination virtuelle de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est la préoccupation majeure du programme. Aussi 2 621 enfants nés dans les formations sanitaires ont bénéficié de la prophylaxie double en vigueur actuellement dans le pays. En se référant aux enfants nés de mères séropositives sur la période, la couverture se situant au-dessus de 90% est bonne. En se référant au Spectrum, la proportion

d'enfants couverts est de 37,56% en 2011. Le niveau de cet indicateur attire l'attention des spécialistes en PTME sur le renforcement des stratégies en vue de minimiser au maximum la transmission du VIH aux nourrissons nés de mères séropositives

**IND\_3.8 :** *Nourrissons nés de femmes séropositives au VIH, recevant des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH durant la période de l'allaitement au sein*

**Données non disponibles**

**IND\_3.9 :** *Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) dans les deux mois suivant leur naissance*

La prophylaxie au cotrimoxazole se pratique régulièrement dans toutes les formations sanitaires du pays. Elle est parfois affectée par la rupture des médicaments. En 2011, 2 264 enfants nés de mères séropositives ont bénéficié de la prophylaxie. En se référant au Spectrum, la proportion d'enfants couverts est de 33,30 % en 2011.

**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.*

Des choix d'alimentation sont de plus en plus proposés aux femmes pour préserver leur enfant de la transmission post partum du VIH. Cependant on note que c'est l'allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce à 4 mois qui prédomine pour des raisons à la fois culturelles et économiques. Aussi en 2011, sur 2 659 naissances seulement 302 ont opté pour l'allaitement de remplacement soit 11,35%. Les observations ici présentes ne sont pas en rapport avec le DTC3.

**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*

On note que le nombre de femmes vues en consultation prénatales augmente d'année en année, dû à l'amélioration de la couverture sanitaire qui rapproche les services de santé des femmes enceintes en particulier. Les chiffres sont passés de 700 506 en 2008 à 726 705 en 2010 et 749 900 en 2011.

**IND\_3.12 :** *Établissements de santé*

Selon l'annuaire statistique de la DGISS, 2011, le territoire national est couvert par 1694 centres de santé offrant des prestations de consultations et de soins prénatals contre 1492 en fin 2010. 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. Cependant en 2011, sur 95 sites, seuls 45 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 1027 formations sanitaires. En considérant les sites PTME, la couverture est de 64%.

***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 (11), en collaboration avec les structures sanitaires publiques (77) et privées (7), ont pu fournir des soins de santé aux personnes vivant avec le VIH/Sida. Les résultats suivants ont été obtenus :

L'accroissement du nombre de malades de sida qui ont accès au traitement par les ARV. En effet au 31 décembre 2011, le nombre de malades sous traitement ARV est passé à 36 248 PVVIH contre 31 543 en décembre 2010, soit une couverture de 79% de la cible estimée en 2011 par le PNM (45 885) et 56% par rapport à Spectrum 2012 V4.47 (63980). Parmi ces 36 248 PVVIH sous ARV, 34 472 patients sont des adultes (dont 69,7% de femmes) et 1 776 sont des enfants (55% de garçons).

**IND\_4.2 :** *Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale*

Dans la cohorte des patients de 2009, sur un total de 4 029 patients (cohorte nette), 3 093 d'entre elles étaient toujours sous TARV soit 76,77% de taux de survie dans les différentes files actives du pays.

**IND\_4.2b :** *Traitement contre le VIH : Rétention à 24 mois*

**Données non disponibles**

**IND\_4.2c :** *Traitement contre le VIH : Rétention à 60 mois*

**Données non disponibles**

**IND\_4.3 :** *Établissements de santé qui dispensent des traitements antirétroviraux*

Les efforts se sont poursuivis pour l'accroissement des structures de prise en charge. En effets, les structures de prise en charge sont passées de 90 en 2010 à 95 en 2011 soit un taux d'accroissement de 5%. Si au niveau communautaire les chiffres sont restés stationnaires, on observe au niveau du privé et du public une évolution à la hausse. De façon spécifique la répartition se présente comme suit :

- structures associatives = 11
- structures privées = 7
- structures publiques = 77

**IND\_4.4 :** *Ruptures de stocks d'antirétroviraux*

Le pays a connu des ruptures en ARV au dernier trimestre de 2011 ce qui n'a pas permis l'enrôlement de nouveaux malades de Sida pour la prise en charge ARV.

**IND\_4.6\_D1 :** *Pourcentage d'adultes et d'enfants pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH, répondant aux critères d'accès (selon les recommandations nationales) à la prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) et recevant cette prophylaxie actuellement*

Sur un total de 45 672 patients ayant besoin de cotrimoxazole 37 887 ont été enrôlés en 2011 soit 82,95%. Comparativement au niveau de 2010 qui était de 100%, il est en baisse. En 2010 toute la file active bénéficiait de la prophylaxie au cotrimoxazole alors qu'en 2011, il a été considéré que tous les patients dans la file active n'avaient pas systématiquement besoin de la prophylaxie au cotrimoxazole.

**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*

En fin décembre 2011, le nombre de cas de tuberculose testés pour VIH s'élève à 4 572 sur un total de 5 543 cas de tuberculose notifiés. La proportion de malades tuberculeux testés pour VIH s'élève à 82,4%. Parmi les 4 572 cas testés pour le VIH, 839 se sont révélés positifs soit un taux de séropositivité de 18,35%. 503 malades de tuberculose testés positifs pour le VIH ont bénéficié de la thérapie antirétrovirale soit une proportion de 60%. On note une meilleure participation des patients tuberculeux au test VIH en 2011. Ce résultat est au-delà des 80% de réalisation de test recommandé par an (OMS/ONUSIDA).

Cependant, les patients tuberculeux bénéficiant d'une prise en charge conjointe pour les deux maladies restent encore faibles. Des actions sont en cours aussi bien au niveau du Programme de lutte contre la Tuberculose qu'au niveau du Programme de lutte contre le SIDA pour améliorer cette prise en charge.

**IND\_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*

Tous les 95 établissements de santé qui dispensent les traitements antirétroviraux respectent les pratiques attestées de lutte contre la tuberculose. En effet, ces établissements sont tenus par des médecins formés à la lutte contre la tuberculose et sont en mesure de faire le diagnostic de la tuberculose chez les PVVIH.

**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 bénéficiant d'une prise en charge du VIH, dépistés pour la tuberculose à leur dernière visite*

**Données non disponibles**

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

### **IND\_6.1 : Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement**

L'étude sur l'estimation des flux de ressources et dépenses liées au Sida pour l'année 2010 fait ressortir le point sur le niveau global de financement de la réponse nationale et une description détaillée de la destination et de l'utilisation des ressources.

### **Flux des ressources et des dépenses de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010**

L'estimation du flux des ressources et des dépenses de Sida pour l'année 2010 s'élève à la somme de 26,18 milliards de F CFA, soit 55,12 millions de dollars US contre 23,84 milliards de F.CFA (50,19 millions de dollars US) en 2009. Ce montant correspond à une dépense par tête d'habitant de 1 664,45 F CFA (3,50 dollars US) en 2010 contre 1 699 F CFA (3,58 dollars US) en 2009. Par rapport aux prévisions du PNM 2010 qui se chiffraient à 38 263 839 514 F CFA (80 555 452 dollars US), ces dépenses correspondent à un taux d'exécution de 68,43% contre 76,12% en 2009.

Les dépenses de la réponse nationale au Sida au Burkina Faso en 2010 ont représenté 0,62% du Produit intérieur brut (PIB<sup>1</sup>) contre 0,67% en 2009.

**Tableau 27:** principaux indicateurs de REDES, 2009 et 2010

| <b>INDICATEURS</b>                            | <b>2009</b> | <b>2010</b> |
|---|-------------|-------------|
| Dépenses ARV en % des dépenses total de sida. | 15%         | 17,04%      |
| Dépenses de sida par PVVIH (USD)              | 495         | 501         |
| Dépenses de sida par tête d'habitant (USD)    | 3,57        | 3,50        |
| Dépenses de sida par rapport au PIB           | 0,67%       | 0,62%       |

*Source : Rapport REDES 2009 et 2010, SP/CNLS-IST*

## **Détails sur les flux de ressources et dépenses**

### **Sources de financement**

Les sources de financement de la réponse nationale au VIH sont les financements intérieurs et extérieurs :

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

La source de financement la plus importante demeure les fonds internationaux qui ont fourni 19,31 milliards de F CFA soit 73,77% du montant total des dépenses en 2010

<sup>1</sup> Le PIB du Burkina Faso selon les données de la Banque Mondiale est évalué à 8,8203 milliards de dollars US en 2010. Le taux de change à l'incertain considéré pour le dollar est de 475 F CFA pour 1 dollar US.

contre 16.91 milliards de FCFA représentant 65,40% du montant total des dépenses en 2009. La contribution des organismes multilatéraux en 2010 est de 10,73 milliards de F CFA, soit 40,99% des dépenses totales contre 9,25 milliards de F CFA représentant 35,8% des dépenses totales en 2009.

La situation consolidée des dépenses par source de financement en 2010 est présentée comme suit :

**Graphique 8:** répartition des dépenses par source de financement 2010



Source : SP/CNLS-IST

### Agents financiers

Les agents financiers (ceux qui décident de l'utilisation des fonds) sont des entités à partir desquelles les ressources financières transitent avant d'atteindre les prestataires de biens et de services (ceux qui exécutent les activités). L'analyse des données financières montre que :

- ❖ 87,32% des ressources dépensées en 2010 ont transité par les agents publics contre 80,33% en 2009. On note un accroissement du pouvoir de décision relatif à l'affectation des ressources par les agents publics ;
- ❖ 7,93% des ressources dépensées en 2010 ont transité par les agents privés contre 11,38% en 2009. On constate donc une baisse du pouvoir de décision des agents privés ;
- ❖ 4,75% des ressources dépensées en 2010 ont transité par les agents extérieurs contre 8,29% des ressources dépensées en 2009. On constate également une baisse considérable du pouvoir de décision des agents extérieurs au profit des agents publics.

Le tableau suivant donne les détails de la répartition des ressources dépensées pour la réponse nationale au VIH par source et par agent financier :

**Tableau 28:** répartition des ressources par source de financement et par agent financier en FCFA, 2010

| Source de financement | Agent de financement Public | Agent de financement privé | Agent de financement extérieur | Total en F.CFA       | Total en USD      |
|-----------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------|-------------------|
| <b>Fonds publics</b>  | <b>5 505 772 660</b>        | -                          | -                              | <b>5 505 772 660</b> | <b>11 591 100</b> |
| Budget de l'Etat      | 1 485 809 983               | -                          | -                              | 1 485 809 983        | <b>3 128 021</b>  |
| Prêts remboursables   | 4 019 962 677               |                            | -                              | 4 019 962 677        | <b>8 463 079</b>  |
| <b>Fonds privés</b>   | <b>9 797 330</b>            | <b>1 352 112 473</b>       | -                              | <b>1 361 909 803</b> | <b>2 867 179</b>  |

| Source de financement   | Agent de financement Public | Agent de financement privé | Agent de financement extérieur | Total en F.CFA        | Total en USD      |
|---|-----------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------------------|-------------------|
| Institutions et entreprises à but lucratif                          | -                           | 185 614 351                | -                              | 185 614 351           | <b>390 767</b>    |
| Fonds des ménages   | -                           | 1 070 351 353              | -                              | 1 070 351 353         | <b>2 253 371</b>  |
| Institutions à but lucratif (autres que l'assurance sociale)        | 9 797 330                   | 96 146 769                 | -                              | 105 944 099           | <b>223 040</b>    |
| <b>Fonds internationaux</b>   | <b>17 347 738 936</b>       | <b>724 015 431</b>         | <b>1 244 005 394</b>           | <b>19 315 759 761</b> | <b>40 664 757</b> |
| Contributions bilatérales directes                                  | 7 741 299 519               | 426 034 794                | 416 036 341                    | 8 583 370 654         | <b>18 070 254</b> |
| organismes multilatéraux administrant des subventions pré affectées | 9 603 529 417               | 123 159 110                | 800 223 000                    | 10 526 911 527        | <b>22 161 919</b> |
| organismes et fondations internationales à but non lucratif         | 2 910 000                   | 174 821 527                | 27 746 053                     | 205 477 580           | <b>432 584</b>    |
| <b>Total général</b>  | <b>22 863 308 926</b>       | <b>2 076 127 904</b>       | <b>1 244 005 394</b>           | <b>26 183 442 224</b> | <b>55 123 036</b> |

Source : SP/CNLS-IST

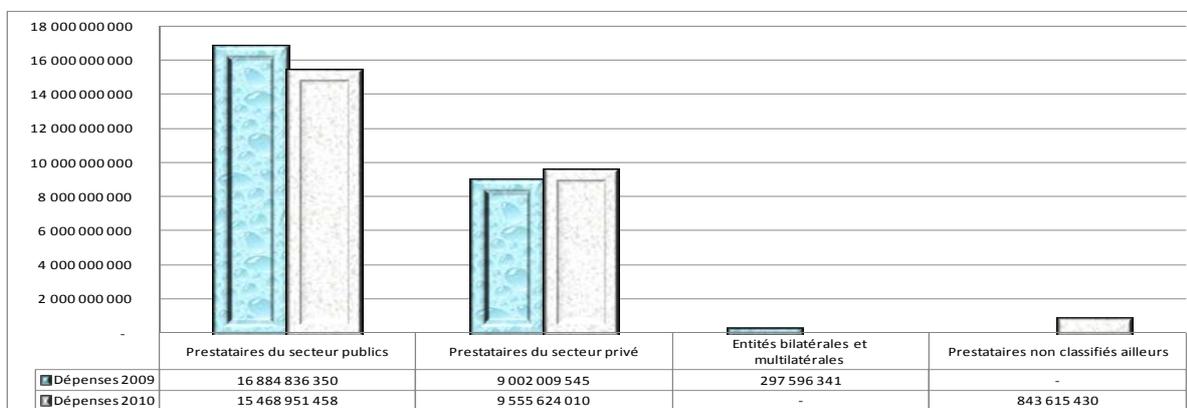
### Prestataires de services

La production des biens et des services dans le cadre de la réponse nationale au VIH a été réalisée par trois (03) types de prestataires que sont : les prestataires du secteur public, les prestataires du secteur privé et les entités bilatérales et multilatérales.

Il ressort que la plupart des interventions de la réponse nationale au VIH ont été essentiellement exécutées par les acteurs nationaux (98,86% des dépenses totales en 2010 contre 96,74% des dépenses totales en 2009). Les acteurs du secteur public ont exécuté 64,48% des dépenses totales de 2010 contre 59,80% en 2009. Quant aux acteurs du secteur privé/associatif, ils ont exécuté 34,38% des dépenses totales de 2010 contre 36,94% en 2009. Le poids des interventions du sous secteur santé explique en partie la prédominance du secteur public duquel il relève.

Le graphique ci-dessous présente la répartition et l'évolution des dépenses par type de prestataire en 2009 et 2010 :

**Graphique 9:** répartition des dépenses par type de prestataire en FCFA, 2009 et 2010



Source : SP/CNLS-IST

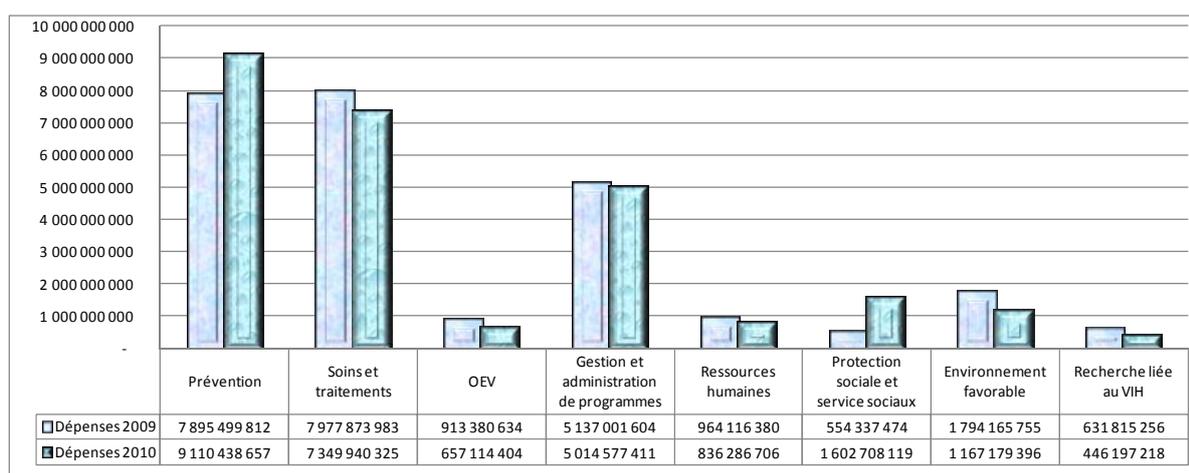
## Types d'interventions

Les tendances de l'affectation des dépenses de 2010 entre les différents types d'interventions sont sensiblement identiques à celles de 2009. La décision de financer la réalisation des interventions était du ressort du Gouvernement car la majeure partie des ressources était sous son contrôle. Sur la base du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010, la priorité a été accordée à la prévention (34,79% des dépenses totales en 2010 contre 30,84% en 2009) et aux soins et traitement (28,07% des dépenses totales en 2010 contre 30,84% en 2008). Ainsi la prévention et les soins et traitement ont absorbé au total 62,86% des ressources en 2010 contre 61,36% en 2008.

Les dépenses concernant les autres types d'interventions se présentent comme suit :

- ❖ 19,15% des dépenses totales sont allées au profit de la rubrique « Gestion et administration des programmes » en 2010 contre 19,86% en 2009 ;
- ❖ 6,12% des dépenses totales sont allées à la « protection sociale et services sociaux » en 2010 contre 2,14% en 2009 ;
- ❖ 4,46% des dépenses totales ont été faites pour « l'environnement favorable » en 2010 contre 6,94% en 2009 ;
- ❖ 3,19% des dépenses totales sont allées aux « ressources humaines » en 2010 contre 3,73% en 2009 ;
- ❖ 2,51% des dépenses totales ont été faites au profit des « orphelins et enfants vulnérables » en 2010 contre 3,53% en 2009 ;
- ❖ 1,70% des dépenses totales sont allées pour la recherche en 2010 contre 2,44% en 2009.

**Graphique 10:** répartition des dépenses par type d'intervention en F.CFA, 2009 et 2010



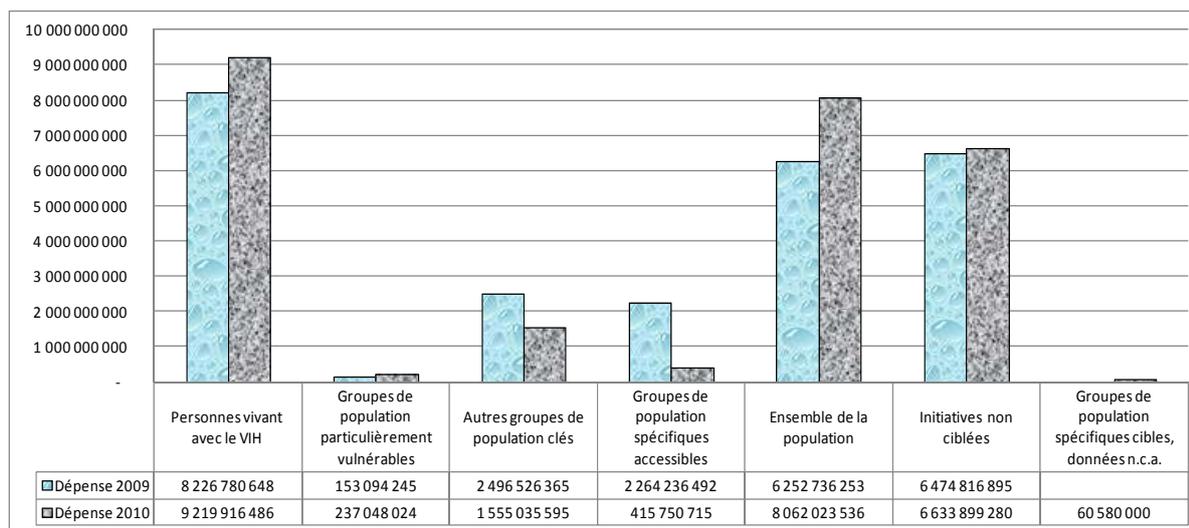
**Source :** SP/CNLS-IST

## Population bénéficiaire

Les principaux groupes de population bénéficiaires des dépenses sont les personnes vivant avec le VIH et la population générale. Un montant important des dépenses a été consacré aux initiatives non ciblées c'est-à-dire qui ne sont pas explicitement liées à un groupe de population en particulier mais bénéficiant de manière indirecte à un certain nombre de population. Les montants dépensés sont les suivants :

- ❖ les personnes vivant avec le VIH ont bénéficié de 9,21 milliards de F CFA représentant 35,21% des dépenses totales de 2010 contre 31,80% en 2009 ;
- ❖ la population générale a bénéficié de 8,06 milliards de F CFA représentant 30,79% des dépenses totales de 2010 contre 24,17% en 2009 ;
- ❖ les initiatives non ciblées à des « populations en particulier » pour 6,63 milliards de dollars représentant 25,34% de l'ensemble des dépenses de 2010 contre 25,03% en 2009.

**Graphique 11:** répartition des dépenses par groupe de population bénéficiaire en F CFA en 2009 et 2010



Source : SP/CNLS-IST

## Objets de dépenses

Les objets de dépenses sont composés de dépenses courantes (97,07% des dépenses totales en 2010 contre 93,95% en 2009) et de dépenses en capital (2,93% des dépenses totales en 2010 contre 3,66% en 2009).

Les dépenses courantes se répartissent essentiellement en :

- ❖ revenus du travail (12,74% des dépenses totales de 2010 contre et 13,61% en 2009) ;
- ❖ fournitures et services (83,63% des dépenses totales en 2010 contre 76% en 2009) ;
- ❖ dépenses courantes (moins de 1% en 2010) qui ne sont ni ventilées ni classifiées selon la terminologie REDES, mais qui rentrent dans la réalisation des activités générales.

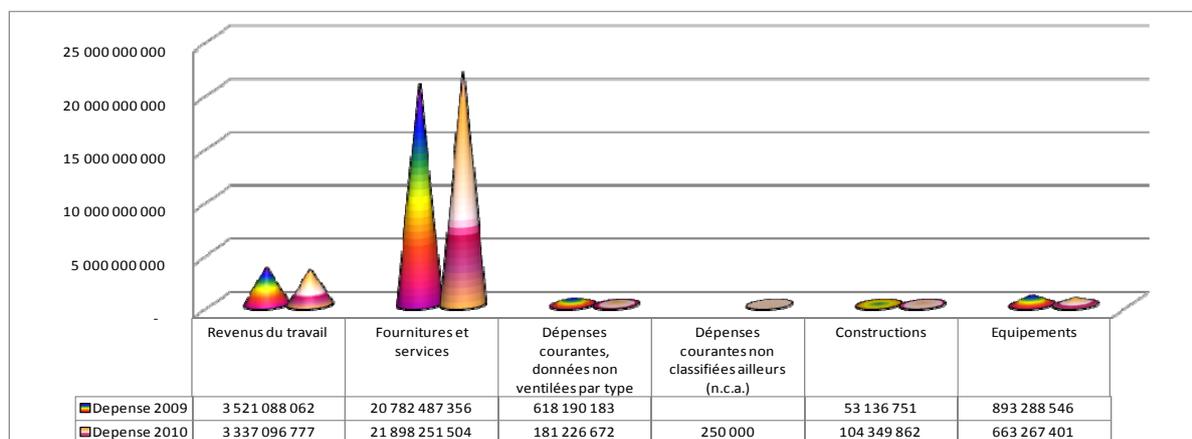
Il faut noter que dans les fournitures et services, les antirétroviraux et les réactifs constituent l'essentiel des dépenses :

- ❖ l'achat d'antirétroviraux (4,46 milliards de F CFA) en 2010 représente 17,04% des dépenses totales contre 15% en 2009. Cette augmentation pourrait s'expliquer par l'accroissement du nombre de patients sous antirétroviraux de 19,26% (de 26 448 patients en 2009 à 31 543 patients en 2010), du fait de la gratuité du traitement ARV pour tous les patients (suite au message à la nation du Président du Faso le 31 décembre 2009) ;

- ❖ les réactifs représentent 5,25% des dépenses totales en 2010 contre 10% des dépenses totales en 2009).

Les dépenses en capital quant à elles sont composées des constructions (0,40% des dépenses totales en 2010) et des équipements (2,53% des dépenses totales en 2010).

**Graphique 12:** répartition des dépenses par facteurs de production en millions de F.CFA, 2009 et 2010



Source : SP/CNLS-IST

## **Objectif 7. : Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement**

**IND\_7.1 :** Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation)

Tout comme en 2009, l'indice composite des politiques nationales en 2011 comporte une partie A et une partie B. La partie A est destinée aux responsables du secteur public et la partie B à compléter par la société civile.

### **Partie A : Engagements nationaux et moyens d'action (NCPI) (Partie A)**

Cette partie comporte cinq (5) domaines :

De façon générale et pour l'ensemble des domaines concernés, les scores sont à un niveau appréciable.

Pour les domaines « **Plan stratégique** » et « **Appui politique** », la mesure de l'indice est restée stable (90%) entre 2009 et 2011. Ce niveau exprime un bon engagement public dans les domaines concernés.

Dans le domaine de la « **prévention** », « **traitement, soins et soutien** » et « **suivi évaluation** » le niveau d'atteinte des résultats est également satisfaisant avec un score moyen de 83%. La poursuite des efforts dans ces domaines s'est accentuée notamment dans l'harmonisation et le ciblage des interventions à travers une meilleure implication de la société civile. On note un accroissement de l'accès au traitement par les ARV, aux soins et au soutien. Rappelons que depuis janvier 2010 les ARV ont été déclarés gratuits sur l'ensemble du territoire.

Pour le domaine du « **suivi et évaluation** », avec la mise en œuvre du processus

d'opérationnalisation du système national de suivi évaluation engagé depuis 2005, la mise en place de mécanismes et d'outils harmonisés pour tous les niveaux, la mise en œuvre du processus de renforcement des capacités des acteurs clés par la formation et un meilleur dispositif d'appui/accompagnement des acteurs, la mise en place d'une base de données centrale, on enregistre une amélioration significative des tendances facilitant l'élaboration des rapports. Ainsi, le CSLS 2011-2015 a mis un accent particulier sur l'information stratégique à travers l'axe 5.

**Tableau 29:** Niveau des résultats atteints par domaine et par année (Partie secteur public)

| Année                        | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 | 2011 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|
| Domaine                      |      |      |      |      |      |
| Plan stratégique             | 60%  | 90%  | 90%  | 90%  | 90%  |
| Appui politique              | 60%  | 90%  | 90%  | 90%  | 80%  |
| Prévention                   | 60%  | 80%  | 80%  | 80%  | 90%  |
| Traitement, soins et soutien | 50%  | 70%  | 70%  | 80%  | 80%  |
| Suivi et évaluation          | 30%  | 60%  | 70%  | 80%  | 80%  |

**Source :** SP/CNLS-IST

### **Partie B : Engagements nationaux et moyens d'action (NCPI) (Partie B)**

Cette partie comporte quatre (4) domaines :

En matière des « **Droits de la personne** », les résultats enregistrés ont été plus sensibles avec un score de 90%. Pour ce qui est des politiques, lois et règlements relatifs au VIH/SIDA, on observe une amélioration passant de 50% en 2009 à 60% en 2011. Notons que les textes d'application de la loi sur le VIH/SIDA N°30-2008/AN du 20 mai 2008 ont été adoptés par le conseil des ministres depuis mars 2010.

Dans le domaine de la « participation de la société civile », les résultats sont en nette progression depuis 2003 passant de 30% à 90% en 2011. Cela témoigne de la reconnaissance du rôle que la société civile joue dans la lutte contre le SIDA. Des efforts importants ont été consentis pour une meilleure implication de la société civile à cet effet.

Pour la « prévention », les résultats sont restés constants avec des scores de 70% entre 2009 et 2011. Cela traduit les efforts fournis dans le domaine de la prévention à travers la mise en œuvre de stratégies plus appropriées à la spécificité des cibles.

**Tableau 30:** Niveau des résultats atteints par domaine et par année (Partie société civile)

| Domaine   | Année | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 | 2011 |
|---|-------|------|------|------|------|------|
| Droits de la personne- Existence de politiques/lois |       | 30%  | 40%  | 50%  | 70%  | 90%  |
| Droits de la personne- Application politiques/lois  |       | -    | 20%  | 30%  | 50%  | 60%  |
| Participation société civile                        |       | 30%  | 40%  | 60%  | 80%  | 90%  |
| Prévention  |       | 50%  | 40%  | 50%  | 70%  | 70%  |
| Traitement, soins et soutien                        |       | 40%  | 40%  | 70%  | 80%  | 70%  |

**Source :** SP/CNLS-IST

Une analyse des scores pour l'ICPN montre que la société civile et le secteur public sont en phase dans leur appréciation en 2011 (90%) pour les domaines « stratégie et politique ». Pour ce qui est du domaine « Traitement, soins et soutien », la société civile et le secteur public n'ont pas la même appréciation (80% contre 70%) en 2011.

**Tableau 31:** Niveau des scores atteints selon le domaine d'intervention, l'année et le secteur

| Score sur 100                | 2005           |                | 2007           |                | 2009           |                | 2011           |                |
|------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                              | Secteur Public | Société civile |
| Prévention                   | 80%            | 40%            | 80%            | 50%            | 80%            | 70%            | 90%            | 70%            |
| Traitement, soins et soutien | 70%            | 40%            | 70%            | 70%            | 80%            | 80%            | 80%            | 70%            |

**Source :** SP/CNLS-IST

**IND\_7.2 :** 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

**Données non disponibles**

**IND\_7.3 :** Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans\*

**Données non disponibles**

**IND\_7.4 :** Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre

**Données non disponibles**

### **III. Meilleures pratiques**

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

La rédaction du document final est en cours. Mais d'ores et déjà, nous pouvons en citer quelques unes :

#### **a). direction politique**

Depuis 2001, le Président du Faso, Président du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST préside ledit Conseil et cela est perçu comme une meilleure pratique dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA. En effet, pendant dix (10) ans son Excellence Monsieur Blaise Compaoré, Président du Faso, Président du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST a toujours présidé de bout en bout tous les travaux des différentes sessions du CNLS-IST. Dans la sous-région, cela a été bien apprécié au regard de l'intérêt que les autres CNLS ont accordé à ces sessions par leur présence au cours de la 6<sup>ème</sup> session qui s'est tenue le 16 mars 2007. Au titre de ces participations, on peut citer les responsables des CNLS du Mali, du Niger et du Bénin. Pour la 7<sup>ème</sup> session qui s'est tenue le 21 décembre 2007, nous avons enregistré la participation d'une forte délégation accompagnant son Excellence Monsieur le président de la République du Bénin, qui a marqué son soutien aux travaux de la session tout en félicitant son homologue du Burkina Faso.

Pour la 8<sup>ème</sup> session qui s'est tenue le 6 février 2009, nous avons enregistré la participation remarquable du Coordonnateur Résident du système des Nations Unies, représentant des Partenaires techniques et financiers (PTF).

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

La 10<sup>ème</sup> session ordinaire du CNLS-IST s'est tenue le 13 mai 2011 et a connu la participation de 117 membres du CNLS-IST (dont 102 présents, 15 représentés). La onzième session est en cours de préparation.

#### **b). environnement politique propice**

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

- ★ L'implication de l'ensemble des ministères ;
- ★ l'implication grandissante du secteur privé et des entreprises ;
- ★ la forte implication de la société civile ;
- ★ la forte implication des ONG et associations ;

- ★ la forte implication des comités régionaux et provinciaux ;
- ★ l'appui des partenaires techniques et financiers.

### **c). intensification des programmes efficaces de prévention**

Au cours de l'année 2011, 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 :

- ❖ les activités de prévention ont permis de toucher un nombre important de populations sur l'ensemble du territoire national ;
- ❖ le renforcement des activités de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant devront d'avantage intégrer le genre (homme) pour mieux atteindre les résultats escomptés ;
- ❖ les activités relatives à la promotion de la Santé sexuelle et reproductive (SSR) sont restées isolées à travers les initiatives développées par certaines structures notamment communautaires et certains projets et programmes. Il ressort une absence de visibilité sur la vision « VIH et SSR ». Il n'est pas non plus défini des approches harmonisées applicables par les différentes structures qui assurent une synergie des interventions ;
- ❖ peu d'informations ont été disponibles sur la promotion des valeurs éducatives et morales qui semble être le fait des coutumiers et religieux. Les stratégies d'approches devront d'avantage être développées et vulgarisées à tous les niveaux et les actions renforcées dans les milieux de jeunes filles et garçons ;
- ❖ les résultats des interventions ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques montrent des résultats parcellaires qui restent à compléter afin de permettre une maîtrise de la situation des différents groupes cibles prioritaires. Il ressort une faiblesse de la capitalisation des multiples interventions. A cela s'ajoute la nécessité d'élaborer une cartographie nationale et régionale des groupes cibles prioritaires pour une meilleure programmation des actions à réaliser ;
- ❖ Le renforcement du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires et communautaires a quelques fois souffert de ruptures d'intrants (consommables et réactifs) au cours de l'année.

### **d). intensification des programmes de soins, de traitement et/ou de soutien**

Les sept (7) meilleures pratiques qui avaient été identifiées sont toujours en cours de documentation dans le domaine du traitement.

### **e). suivi et évaluation**

Le logiciel NASA développé par l'ONUSIDA a été expérimenté au Burkina et a permis de disposer des dépenses effectuées dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST des années 2005 à 2010. L'Unité centrale de planification et de suivi évaluation dispose des compétences nécessaires pour rendre effectif le fonctionnement de ce logiciel.

Une base de données prenant en compte les besoins en information du CSLS 2011-2015 a également été développée par le SP/CNLS-IST pour permettre à l'Unité centrale de planification et de suivi évaluation de suivre, saisir et traiter les données collectées à travers les fiches de collecte de données trimestrielles. Cette base est en cours d'installation dans les régions et auprès des structures clés de coordination.

#### **f). renforcement des capacités**

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

#### **g). développement de l'infrastructure**

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

### **IV. Principaux obstacles et mesures correctives**

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

Les mesures correctives suivantes ont été apportées aux obstacles.

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

L'insuffisance d'études au sein des groupes spécifiques n'a pas connu de grande amélioration en 2011 compte tenu des difficultés rencontrées dans le renseignement de nos indicateurs clés. Cependant, deux études ont été réalisées en 2010 par le SP/CNLS-IST et le PAMAC ciblant respectivement les TS et les MSM.

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

- Au niveau du traitement médical par les ARV, le nombre de malades sous traitement ARV est passé de 26 448 PVVIH en fin décembre 2009 à 36 248 PVVIH en 2011 dont : 34 472 adultes (24 018 femmes, 10 454 hommes) et 1 776 enfants soit une hausse de 25,3%. Cette prise en charge est assurée dans 95 établissements de santé aussi bien publics, privés que communautaires dans les 13 régions.

- ***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 11 structures communautaires accréditées à la prise en charge médicale ;

- les visites à domicile, les visites à l'hôpital et l'animation des clubs d'observance occupent une grande place dans la prise en charge des malades ;
- En 2011, 44 000 PVVIH dont 31162 femmes (70,82%) et 12 838 hommes (29,18%) ont été prises en charge dans les structures communautaires ;

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.

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

Le système de collecte de données s'est amélioré mais demande à être systématisé par la transmission des rapports trimestriels des structures de mise en oeuvre. La mise en place des antennes régionales et l'installation de la base de données du SP/CNLS-IST au sein de ces antennes régionales contribueront beaucoup à une meilleure collecte, traitement et transmission des données.

- **Concernant la disponibilité des données pour le rapport GARP 2012**

L'équipe technique n'a pas eu la tâche facile pour rassembler l'ensemble des indicateurs pour la production du rapport GARP 2012. Pour des raisons techniques et financières, certaines enquêtes auprès des groupes cibles n'ont pas pu être réalisées. Cependant, l'enquête EDS IV et l'enquête auprès des TS nous 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 à ce que les directives de renseignement du rapport GARP soient prises en compte.

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

Pour la période 2010-2011, les difficultés constatées en vue d'atteindre les objectifs de l'Accès Universel et partant ceux du GARP sont :

- l'insuffisance dans l'organisation de la prise en charge pédiatrique ;
- les difficultés d'approvisionnement en réactifs ;
- la faiblesse des interventions en faveur des groupes spécifiques et vulnérables ;
- l'insuffisance des interventions dans le secteur informel.

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

- l'absence d'une enquête de surveillance de seconde génération actualisée auprès des Professionnelles du sexe ;
- l'absence d'enquête auprès de certaines cibles les plus à risque comme les usagers de drogues injectables ;
- la difficulté de mobilisation de ressources financières affectées pour l'élaboration du rapport.

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

En vue de solutionner les difficultés ci-dessus mentionnées pour l'atteinte des objectifs du GARP et de l'accès universel les mesures correctives ci-après seront mises en œuvre :

▪ **l'insuffisance dans l'organisation de la PEC pédiatrique**

L'organisation de la PEC pédiatrique reste toujours d'actualité avec l'établissement de paliers nécessaires entre le programme de Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et l'amélioration des capacités des structures de Prise en charge pédiatrique. La mise en œuvre du projet Fonds mondial reste une opportunité de financement qui permettra d'accroître l'accès à la PEC Pédiatrique. Un plan de passage à l'échelle de la PEC pédiatrique est en cours d'élaboration au Ministère de la santé avec l'appui des partenaires.

▪ **les difficultés d'approvisionnement en réactifs**

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

▪ **la faiblesse des interventions en faveur des groupes spécifiques et vulnérables (PS, MSM, ...)**

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

▪ **Insuffisance des interventions dans le secteur informel**

Des actions visant à mieux organiser ce secteur en vue d'y développer des interventions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST sont en cours au niveau du SP/CNLS-IST.

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

L'Unité centrale de planification et de suivi évaluation fera de ces indicateurs une priorité dans son plan de suivi-évaluation. Pour ce faire, elle inscrira les enquêtes nécessaires dans ses plans de suivi-évaluation.

Un plan national de suivi-évaluation est en cours d'élaboration. Ce plan national budgétisé fera l'objet de plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers en vue de rechercher les financements nécessaires à sa réalisation. Force est de constater que les enquêtes nous permettant de renseigner nos indicateurs GARP ne bénéficient pas de financement conséquent.

## **V. Soutien des partenaires au développement**

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

La mise en place d'une Unité de Gestion Financière au sein du SP/CNLS-IST en 2006 a permis d'améliorer la mobilisation des ressources avec le respect des engagements pris par les PTF.

### **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) ;
- Etc.

### **6.2. Appui financier**

Compte tenu du contexte international et la rareté des ressources financières, la fermeture de certains projets/programmes, la mobilisation des ressources n'a pas été à la hauteur des attentes.

Cependant, avec le soutien sans faille des partenaires techniques et financiers, le début de mise en œuvre du CSLS 2011-2015 a été effectif.

## **VI. Environnement de suivi et d'évaluation**

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

Le système national de suivi-évaluation s'appuie sur l'existence de structures de coordination et d'exécution des actions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au niveau central, décentralisé et communautaire. De la mise en œuvre du dispositif de suivi-évaluation entre 2006-2010 et 2011, on retiendra les acquis suivants :

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

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

Ce dispositif a permis de renseigner les rapports UNGASS, le Tableau de Bord des Indicateurs sida (TBIS), notamment les indicateurs de la surveillance sentinelle de

seconde génération (VIH, Sida, IST, comportements) et les indicateurs sur les activités des autres secteurs d'intervention et l'actuel rapport GARP 2012.

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

Le cadre de suivi évaluation est piloté par l'Unité Centrale de Planification et de Suivi-Evaluation (UC-PSE) du SP/CNLS-IST. L'unité comprend des services spécialisés dont deux en charge de la gestion des bases de données. Elle assume la responsabilité principale dans les domaines de la planification, du suivi évaluation, de l'orientation et de la coordination de la recherche. C'est le dépôt central de toute information en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

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

Le Comité Technique de Programmation et de Suivi du Cadre Stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CTPS) 2006-2010 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.

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

- La faible performance du système de collecte des données ;
- La faible complétude des rapports d'activités ;
- Le retard et les difficultés dans la transmission, la saisie et l'analyse des données ;
- L'insuffisance de la rétro-information aux acteurs ;
- L'insuffisance de coordination des différents sous systèmes chargés de suivi-évaluation ;
- La faible disponibilité des ressources humaines compétentes pour assurer le suivi évaluation au niveau décentralisé (mobilité des personnes formées, faible motivation des acteurs concernés) ;
- L'insuffisance dans la génération de l'information stratégique pour la prise de décision liée à la faible performance du système de collecte des données ;

- L'insuffisance de financement pour la mise en œuvre du plan d'opérationnalisation du système national de suivi évaluation ;
- Le faible niveau de fonctionnalité des cadres de concertation pour le suivi-évaluation ;
- La persistance de la diversité des systèmes et des outils de suivi-évaluation ;
- L'insuffisance du mécanisme de contrôle de la qualité des données ;
- Etc.

#### **b). Les mesures correctives prévues pour surmonter les difficultés**

L'Unité centrale de planification et de suivi-évaluation prévoit :

- déployer et renseigner les bases de données du SP/CNLS-IST au niveau régional et sectoriel ;
- organiser des séances d'appropriation du système national de suivi évaluation et diffuser le cadre stratégique 2011-2015 et le manuel de suivi évaluation ;
- 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 du plan national de suivi évaluation.

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

#### **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 :

- de mettre en place toutes les antennes régionales et les rendre véritablement fonctionnelles ;
- 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 traitement de l'information notamment par l'introduction et l'utilisation de la base de données au niveau central et décentralisé (régional, sectoriel, organisations faitières de la société civile).

#### **A l'endroit des structures communautaires et de la société civile :**

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

#### **A l'endroit des partenaires techniques et financiers :**

Il s'agit de :

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

**A l'endroit de l'ONUSIDA :**

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

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

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

En matière de suivi évaluation, 12 composantes ont été retenues et quelques unes méritent d'être approfondies pour le Burkina Faso.

Il s'agit des composantes 4, 6, 7 et 10 ;

**Composante 4** : Plan National, Multisectoriel de S&E du VIH ;

**Composante 6** : Plaidoyer, Communication et Culture pour le S&E du VIH ;

**Composante 7** : Suivi routinier des programmes de S&E du VIH ;

**Composante 10** : Supervision formative et audit des données.

**Tableau 32:** le tableau suivant résume les besoins du Burkina en matière de suivi évaluation en assistance technique et de renforcement de capacités.

| Composantes   | Constats   | Défis  | Besoins  |
|---|--|--|--|
| <b>4 : Plan National, Multisectoriel de S&amp;E du VIH</b>            | Absence de Plan National de suivi évaluation multi sectoriel lié au CSLS 2011-2015 | <i>Avoir un Plan National de S&amp;E budgétisé et financé décrivant les actions à mettre en oeuvre pour renseigner les résultats de la mise en oeuvre du CSLS en cours d'élaboration</i> | <b>Appui à l'élaboration du Plan National de suivi évaluation multisectoriel lié au CSLS 2011-2015</b>   |
| <b>6 : Plaidoyer, Communication et Culture pour le S&amp;E du VIH</b> | 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&amp;E</i>  | <b>Plaidoyer fort de l'ONUSIDA pour que le suivi évaluation soit mieux doté en ressources humaines et financières</b>  |
| <b>7 : Suivi routinier des programmes de S&amp;E du VIH</b>           | Difficultés à collecter toutes les informations à travers le système actuel        | <i>Avoir un système de suivi-évaluation simple et léger (contractualisation) permettant de collecter les données essentielles</i>  | - <b>Appui technique</b><br>- <b>Renforcement de la structure régionale avec un chargé de suivi évaluation et un mécanisme de collecte des données au niveau plus bas.</b><br>- <b>Communication avec la base des données centrale</b> |
| <b>10 : Supervision formative et audit des données</b>                | Inexistence d'un mécanisme de contrôle de la qualité des données                   | <i>Assurer le contrôle de qualité de données par la mise en place d'un système d'audit des données</i>   | - <b>Appui pour la production des outils de contrôle de la qualité des données et d'un manuel de procédure pour les audits</b>   |

## **ANNEXES**

**Annexe 2 : Liste des personnes impliquées**

ATELIER DE VALIDATION DU RAPPORT GARP 2012

Ouagadougou, le 22 Mars 2012

| N°<br>Ordre    | Nom Prénom(s)                    | Structure              | Adresse     | Email                       |
|----------------|----------------------------------|------------------------|-------------|-----------------------------|
| Public         |                                  |                        |             |                             |
| 1              | Dr. Joseph André<br>TIENDREBEOGO | SP/CNLS-IST            | 50 48 54 37 | tiendrebeogojoand@yahoo.fr  |
| 2              | TRAORE DABOU Irène               | SP/CNLS-IST            | 70 14 20 90 | tdirene@yahoo.fr            |
| 3              | GUIRE Kassim                     | SP/CNLS-IST            | 70 26 87 11 | kassinguire@yahoo.fr        |
| 4              | GYENGANI/K Josiane               | UC-PSE/SP-CNLS-<br>IST | 76 60 80 80 | Gyengani_josiane@yahoo.fr   |
| 5              | ZIGANI Zambendé                  | CMLS/Santé             | 70 43 71 75 | toniosomda@yahoo.fr         |
| 6              | SANON Alice                      | SP/CNLS-IST            | 70 24 42 16 | celiasanon@yahoo.fr         |
| 7              | KABORE Nobila                    | (DCRP) SP/CNLS-<br>IST | 76 64 48 53 | kaborenoel@yahoo.fr         |
| 8              | SOKEY Mamadou                    | SP/CNLS-IST            | 70 31 03 34 | sokeymamadou@yahoo.fr       |
| 9              | GUIRE Abdoulaye                  | CMLS/Santé             | 70 29 43 34 | barrofaustin@yahoo.fr       |
| 10             | SANOUE M. Joseph                 | CMLS/Santé             | 70 28 84 92 | Sidalo_audrey@yahoo.fr      |
| 11             | KI/TOE Célestine                 | SP/CNLS-IST<br>CPFM    | 50 30 66 33 | celestoe@yahoo.fr           |
| 12             | FARAMA O. Fatoma                 | SP/CNLS-IST            | 78 83 17 14 | ofaramafatoma@yahoo.fr      |
| 13             | SAWADOGO Issaka                  | DSME                   | 50 30 77 78 | isawad@yahoo.fr             |
| 14             | SAM Moussa                       | CMLS/MASSN             | 50 38 63 32 | cmlsmassn@yahoo.fr          |
| 15             | BOLOGO Adama                     | CMLS/MEBA              | 50 36 65 20 | Bologo_adama@yahoo.fr       |
| 16             | SANFO/COULIBALY<br>Yvette        | CMLS/MEBA              | 50 38 56 34 | yvettesanfo@yahoo.fr        |
| 17             | KAFANDO Jérémy                   | INSD                   | 70 07 69 68 | bougmous@yahoo.fr           |
| 18             | FARAMA O. Fatoma                 | SP/CNLS-IST            | 78 83 17 14 | ofaramafatoma@yahoo.fr      |
| 19             | YAMEOGO Hervé                    | SP/CNLS-IST            | 70 45 34 36 | eryam2001@yahoo.fr          |
| 20             | BAMBARA Paul                     | SP/CNLS-IST            | 70 11 41 13 | bambarap2000@yahoo.fr       |
| 21             | ILBOUDO Moumouni                 | SP/CNLS-IST            | 70 69 03 30 | Ilboudomouni5@yahoo.fr      |
| 22             | OUANE Boubacar                   | SP/CNLS-IST            | 76 61 42 22 | djoula@yahoo.fr             |
| 23             | SOURABIE Rachel                  | SP/CNLS-IST            | 76 66 83 03 | sourabierachel@yahoo.fr     |
| 24             | KERE Aziel Barkwendé             | SP/CNLS-IST            |             |                             |
| Société Civile |                                  |                        |             |                             |
| 25             | SIMPORE Lassané                  | IPC                    |             | lassane_simpore@yahoo.fr    |
| 26             | ONADJO Genéviève                 | IPC                    |             | oginou@yahoo.fr             |
| 27             | DIAPA T. Edouard                 | CORAB                  | 70 15 54 35 | diapaedouard@yahoo.fr       |
| 28             | KERE Sosthène                    | CP/PAMAC               | 70 23 96 44 | Sos_kerson@yahoo.fr         |
| 29             | MONE Théophile                   | URCB/SIDA              | 50 36 14 15 | Theo_mone@yahoo.fr          |
| PTF            |                                  |                        |             |                             |
| 30             | BIGIRIMANA Françoise             | OMS                    | 50 30 65 65 | bigirimaraf@bf.afro.who.int |
| 31             | GATALI Jean Baptiste             | ONUSIDA                | 70 20 66 27 | GataliJ@unaids.org          |
| 32             | BAZIE Babou                      | OMS                    | 76 60 94 43 | bazieb@bf.afro.who.int      |

## **Annexe 3 : HISTORIQUE DE LA TENUE DES SESSIONS DU CNLS-IST**

### **1<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> session ordinaire du CNLS-IST**

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

**Date :** Vendredi 17 février 2006

**Lieu :** Salle des Banquets de Ouaga 2000

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

#### **6<sup>ème</sup> session ordinaire du CNLS-IST**

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

**Date :** Vendredi 16 mars 2007

**Lieu :** Salle des Banquets de Ouaga 2000

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

#### **7<sup>ème</sup> session ordinaire du CNLS-IST**

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

**Date :** Vendredi 21 décembre 2007

**Lieu :** Salle des Banquets de Ouaga 2000

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

#### **8<sup>ème</sup> session ordinaire du CNLS-IST**

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

**Date :** Vendredi 6 février 2009

**Lieu :** Salle des Banquets de Ouaga 2000

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

#### **9<sup>ème</sup> session ordinaire du CNLS-IST**

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

**Date :** Vendredi 29 janvier 2010

**Lieu :** Salle des Banquets de Ouaga 2000

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

#### **10<sup>ème</sup> 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

## Sigles utilisés

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>ACD</b>      | Agent de collecte de données   |
| <b>ARV</b>      | Anti retro viral   |
| <b>BSS</b>      | Behavioral sentinel survey   |
| <b>CCD</b>      | Contrôleurs de collecte des données  |
| <b>CD4</b>      | Cellules lymphocytes type 4  |
| <b>CDV</b>      | Conseil dépistage volontaire   |
| <b>CMLS</b>     | Comité ministériel de lutte contre le sida et les IST  |
| <b>CNLS</b>     | Conseil national de lutte contre le sida   |
| <b>CNLS-IST</b> | Conseil National de Lutte contre le SIDA et IST  |
| <b>CORAB</b>    | Coalition des réseaux et associations du Burkina de lutte contre le VIH/Sida et la promotion de la santé |
| <b>CP</b>       | Chargé de programme  |
| <b>CPFM</b>     | Coordination du projet Fonds mondial   |
| <b>CPN</b>      | Consultation Pré-National  |
| <b>CSLS</b>     | Cadre Stratégique de Lutte contre le Sida et les IST   |
| <b>CSPS</b>     |  |
| <b>CTPS</b>     | Comité Technique de Programmation et de Suivi  |
| <b>DCRP</b>     | Département chargé de la communication et des relations publiques  |
| <b>DGISS</b>    | Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires                                       |
| <b>DSME</b>     | Direction de la santé de la mère et de l'enfant  |
| <b>DTC3</b>     |  |
| <b>EDS</b>      | Enquête Démographique et de Santé  |
| <b>F CFA</b>    | Franc de la communauté financière africaine  |
| <b>GARP</b>     | Global Aids Response Progress reporting  |
| <b>GIZ</b>      | Coopération technique allemande  |
| <b>IC</b>       | Intervalle de confiance  |
| <b>ICPN</b>     | Indice Composite des Politiques Nationales   |
| <b>IEC/CCC</b>  | Information éducation communication/ communication pour un changement de comportement                    |
| <b>INSD</b>     | Institut national de la statistique et de la démographie   |
| <b>IO</b>       | Infection opportuniste   |
| <b>IST</b>      | Infection sexuellement transmissible   |
| <b>JMS</b>      | Journée mondiale sida  |
| <b>KFW</b>      | Kreditanstalt für wiederaufbau   |
| <b>MENA</b>     | Ministère de l'éducation nationale et de l'alphabétisation   |
| <b>MSM</b>      | Man who have sexual with men   |
| <b>OEV</b>      | Orphelin et enfant vulnérable  |
| <b>OMS</b>      | Organisation mondiale de la santé  |
| <b>ONG</b>      | Organisation non gouvernementale   |
| <b>ONUSIDA</b>  | Programme commun des nations unies pour le VIH/Sida  |

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