

BURKINA FASO

Unité- Progrès-Justice



PRESIDENCE DU FASO

**CONSEIL NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE SIDA ET LES IST**



SECRETARIAT PERMANENT

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

GLOBAL AIDS MONITORING (GAM) 2018



Mars 2018

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX.....	3
LISTE DES GRAPHIQUES	3
SIGLES UTILISES.....	4
INTRODUCTION	6
I. CONTEXTE SOCIO ECONOMIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DU BURKINA FASO.....	7
1.1. Situation socio économique et administrative.....	7
II. APERÇU DE LA SITUATION DE LA REPOSE NATIONALE	7
2.1. Degré de participation des parties prenantes.....	7
2.2. Situation de l'épidémie	8
2.3. Riposte au plan politique.....	10
2.4. Riposte au plan programmatique (résumé des principaux résultats de la réponse en 2017)	11
III. BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU SUIVI DES INDICATEURS DE LA DECLARATION POLITIQUE DES NATIONS UNIES SUR LE VIH (INTENSIFIER NOS EFFORTS POUR ELIMINER LE VIH/SIDA D'ICI 2030)	17
IV. MEILLEURES PRATIQUES	22
4.1. Direction politique	22
4.2. Environnement politique propice	22
4.3. Intensification des programmes efficaces de prévention	23
4.4. Intensification des programmes de soins, de traitement et/ou de soutien.....	23
4.5. Suivi et évaluation.....	23
4.6. Renforcement des capacités.....	24
4.7. Développement de l'infrastructure	24
V. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES	24
5.1. Les principaux obstacles sont :	24
5.2. Les mesures correctives concrètes prévues en vue de réaliser les objectifs convenus	25
VI. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	26
6.1. Appui technique.....	26
6.2. Appui financier	26
VII. ENVIRONNEMENT DE SUIVI ET D'ÉVALUATION	26
7.1. Aperçu du système actuel de suivi et d'évaluation	26
7.2. Besoins en matière de suivi et d'évaluation en assistance technique et de renforcement des capacités.....	27
ANNEXES.....	28

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Données de sérosurveillance auprès des groupes à haut risque	9
Tableau 2 : synthèse des principaux résultats enregistrés dans le domaine de la prévention en 2016 et 2017.....	12
Tableau 3 : situation de la prise en charge médicale des PVVIH en 2016 et 2017.....	13
Tableau 4: Récapitulatif des indicateurs GAM.....	14
Tableau 5: besoins par composante clé	27

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique : 1 Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles de 2003 à 2017	9
Graphique : 2 : Evolution de la prévalence du VIH selon le milieu 15-24 ans de 2003 à 2017	9

SIGLES UTILISES

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

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

INTRODUCTION

En juin 2011, les chefs d'Etat et de gouvernement, membres de l'ONU, ont adopté une nouvelle déclaration politique sur le VIH/sida : « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/Sida ».

En vue de répondre aux besoins d'information sur la mise en œuvre de cette forte déclaration, l'ONUSIDA a élaboré une matrice d'indicateurs que chaque pays est invité à renseigner annuellement. Cette approche permet à chaque pays de faire un compte-rendu annuel sur les progrès accomplis dans la réponse nationale au VIH.

C'est ainsi que dans le but de dresser le bilan des progrès réalisés par rapport aux objectifs « intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/Sida » dont l'échéance était fixé pour fin 2030, le Burkina Faso, à l'instar des autres pays élabore régulièrement un bilan national de la réponse au VIH. Le rapportage de 2018 concerne les données du NCPI et des indicateurs des objectifs de la déclaration politique 2016 sur le VIH des Nations Unies.

Le présent rapport fait un aperçu sur la situation de la riposte au VIH/Sida en 2017 au Burkina Faso. Il a pour objectif de fournir des directives sur l'utilisation d'indicateurs servant à évaluer et à décrire la réponse nationale au Sida des programmes nationaux de lutte contre le Sida et à leurs partenaires.

Il se veut être, un outil de sensibilisation, de plaidoyer, d'information, et d'orientations sur les décisions programmatiques, et également sur les efforts de mobilisation des ressources, et de suivi évaluation.

Le présent rapport s'articule autour des principaux points suivants :

- **Contexte socio économique et épidémiologique du Burkina Faso ;**
- **Aperçu de la situation de la réponse nationale ;**
- **Bilan de la mise en œuvre du suivi des indicateurs de la déclaration politique des nations unies sur le VIH (intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/Sida d'ici 2030)**
- **Meilleures pratiques**
- **Principaux obstacles et mesures correctives**
- **Soutien des partenaires au développement**
- **Environnement de suivi et d'évaluation**

I. CONTEXTE SOCIO ECONOMIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DU BURKINA FASO

1.1. Situation socio économique et administrative

Le Burkina Faso compterait en 2017, 19 632 147 habitants dont 51,7% de femmes et 46,6% jeunes de moins de 15 ans selon les projections du RGPH, avec 77,3% de la population qui réside en milieu rural (INSD, 2009). De grandes disparités existent entre hommes et femmes, notamment en matière d'équité et de droits humains, dans les différentes régions du pays du fait de l'influence des croyances et des pesanteurs socioculturelles.

Le pays est organisé en collectivités territoriales (régions, provinces, communes) accompagnées d'une déconcentration de l'Administration publique. Celles-ci jouissent d'une autonomie d'organisation pour prendre en charge leur développement et intègrent la lutte contre le VIH, le Sida et les IST comme une priorité.

Sur le plan juridique, le pays a souscrit à divers instruments juridiques internationaux traitant des droits humains en se dotant de textes législatifs et règlementaires traitant de la Santé de la reproduction, de la lutte contre l'infection à VIH et de la protection des droits des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Cependant, des pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées par le VIH sont encore enregistrées à l'échelon familial, communautaire et sur les lieux de travail.

L'économie du Burkina Faso repose essentiellement sur le secteur primaire (l'agriculture et l'élevage) qui occupe plus de 80% de la population active, mais sa contribution au Produit intérieur brut (PIB) est de l'ordre de 30%. Le taux de croissance économique moyen est de l'ordre de 5% par an depuis plus d'une décennie. Ainsi, 40,1% de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté selon l'enquête multisectorielle continue (EMC), (INSD 2014). Des efforts de plaidoyer pour la mobilisation des ressources sont nécessaires.

Malgré les efforts de couverture nationale en prestation de services de soins, certains indicateurs démographiques et sanitaires, demeurent encore à un seuil non satisfaisant. Le recours aux formations sanitaires et l'utilisation des moyens préventifs et curatifs, sont encore faibles. On note une augmentation du nombre de structures assurant la prise en charge médicale des PVVIH par les ARV dans les 13 régions du pays : cent (100) sites aussi bien publics (75), privés (09), confessionnelles (06) que communautaires (10). En outre, le taux de couverture des formations sanitaires en sites assurant la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) est de 98% en moyenne, avec une amélioration continue du taux d'adhésion des femmes enceintes et de leurs partenaires masculins à la PTME (DSF, 2017). La gratuité du traitement par les ARV au Burkina Faso a été adoptée par l'arrêté conjoint N° 2010-18/MS/MEF du 10 février 2010.

II. APERÇU DE LA SITUATION DE LA REPONSE NATIONALE

2.1. Degré de participation des parties prenantes

Le présent rapport a été élaboré sous la coordination du SP/CNLS-IST avec l'appui de ses partenaires notamment l'ONUSIDA, l'OMS et l'UNICEF, selon une approche participative impliquant les différents intervenants dans la réponse nationale, à savoir les organisations de la société civile, les secteurs public et privé, les partenaires techniques et financiers.

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

- ↳ **La préparation du GAM** : elle a consisté à l'élaboration des termes de références (TDR), à la mise en place de l'équipe technique et de l'agenda de travail ;
- ↳ **La réunion de lancement du GAM** : c'est la réunion d'information à l'intention des membres de l'équipe technique chargée de l'élaboration du GAM. Au cours de cette réunion, il a été présenté les indicateurs à renseigner avec la prise en compte des modifications consignées dans les directives d'élaboration du rapport GAM 2018. Une répartition des différentes activités et tâches a été faite avant l'examen de l'agenda de l'ensemble du processus ;
- ↳ **La collecte et la validation des données** : les données ont été collectées du 02 au 11 Mars 2018 suivi de leur validation par l'équipe de coordination.
- ↳ **La rédaction et la validation du rapport narratif** : elle a été faite par une équipe restreinte suivie de sa validation par les membres de l'équipe technique ;
- ↳ **La saisie des données en ligne et envoi du rapport** : les données validées et le rapport narratif ont été envoyés à l'ONUSIDA Genève le **25 mars 2018**.

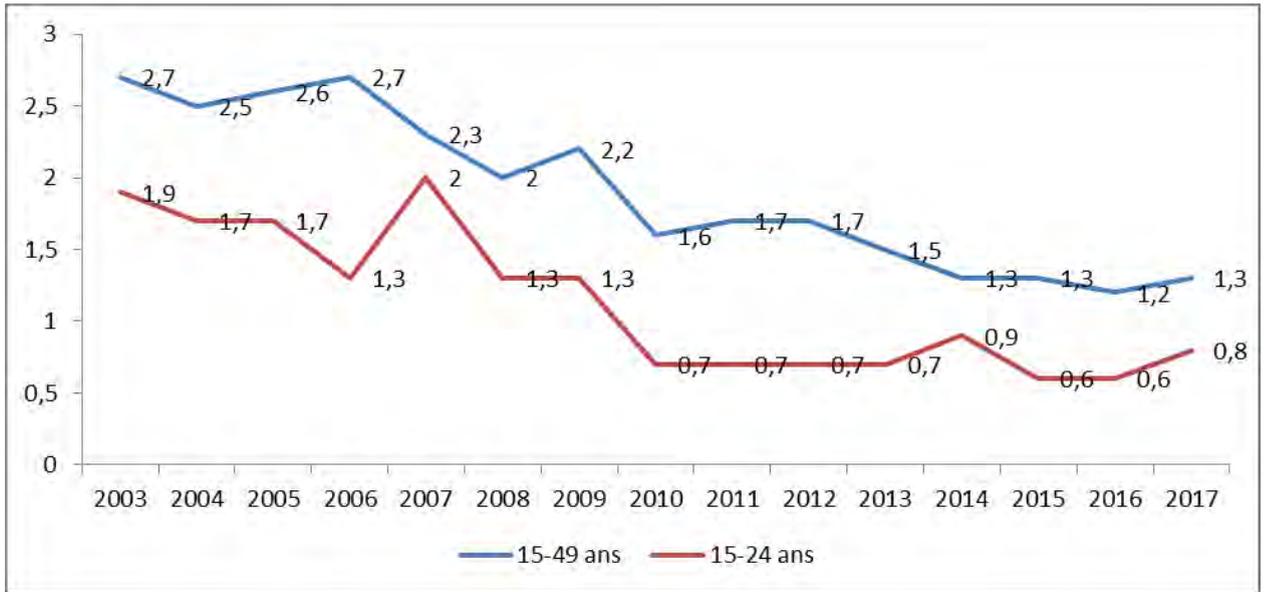
2.2. Situation de l'épidémie

Le Burkina Faso est classé dans une situation d'épidémie mixte, c'est-à-dire relativement générale avec des poches de concentration (prévalence élevée au sein de certains groupes spécifiques). Selon le rapport ONUSIDA 2016, la prévalence moyenne de l'infection à VIH dans la population générale (15 à 49 ans) du Burkina Faso est estimée à 0,80% [0,7-1,0] en fin 2015. Les autres données sont : 95 000 PVVIH, 88 000 adultes vivant avec le VIH dont 53 000 femmes, 7 700 enfants vivant avec le VIH, 3 600 décès dus au Sida et 71 000 enfants orphelins du fait du Sida.

Les résultats de la sérosurveillance 2017 par site sentinelle auprès des femmes enceintes reçues en Consultation prénatale (CPN) dans l'ensemble des 13 régions sanitaires du pays donnent une prévalence globale du VIH chez les 15 à 49 ans de 1,3% [1,0 - 1,5] tout comme en 2017, contre 1,2% [0,1 - 1,4] en 2016. Des disparités existent selon les tranches d'âge et le milieu de résidence (urbain et rural). Chez les jeunes de 15-24 ans, elle est de 0,8% [0,4 - 1,2] contre 0,6% en 2016.

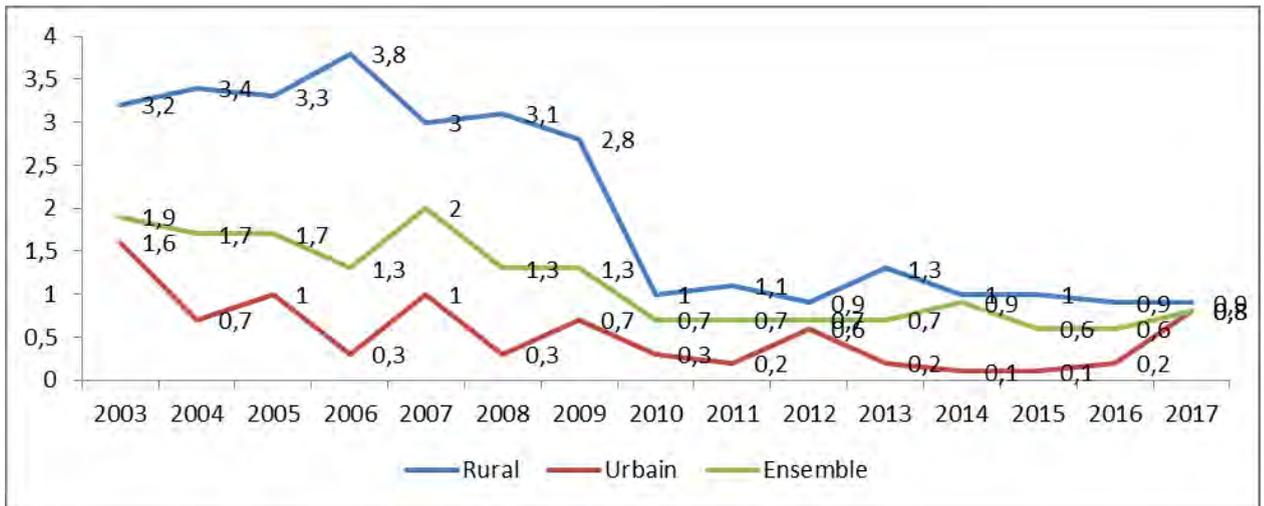
Les graphiques ci-dessous illustrent au fil des années, la tendance à la stabilisation dans les deux tranches d'âge (15-49 et 15-24 ans) aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural.

Graphique : 1 Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles de 2003 à 2017



Source : Rapport sérosurveillance 2017, PSSLS-IST

Graphique : 2 : Evolution de la prévalence du VIH selon le milieu 15-24 ans de 2003 à 2017



Source : Rapport sérosurveillance 2017, PSSLS-IST

La surveillance au sein des groupes spécifiques donne les résultats suivants :

Tableau 1 : Données de sérosurveillance auprès des groupes à haut risque

CIBLE	NIVEAUX DE PREVALENCE	OBSERVATIONS
Travailleuses du sexe (TS) et leurs clients	5,4% [4,7 : 6] (258/4784) chez les TS (Cartographie programmatique, estimation de la taille et enquête BSS parmi les populations clé au Burkina Faso, 2017) 4,1% chez les clients (étude BSS 2010)	On note une baisse significative de la prévalence chez les TS. Cependant elle reste plus de 5 fois élevée par rapport à celle de la population générale. Chez les clients des TS la prévalence est 4 fois supérieure qu'en population générale adulte d'âge comparable.
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes (HSH)	1,9% (étude BSS 2017).	Ce niveau de prévalence est au moins 2 fois supérieur à la population masculine d'âge comparable. La majorité des HSH déclarent être bisexuels (71,3%).
Détenus	2,17% avec de grand écarts dans les régions (bio-comportementale, SP/CNLS-IST 2017)	La prévalence chez les détenus est 2 fois plus élevée que celle de la population générale. Ce taux est très élevé dans certaines régions : Centre 3,6% ; Centre-Ouest 3,5%, Hauts-Bassins et Centre-Est 3,2%

2.3. Riposte au plan politique

2.3.1. Organisation de la lutte contre le VIH

Au niveau national, la riposte au sida est menée à travers une approche multisectorielle et décentralisée matérialisée par l'adoption en 1998 de l'approche multisectorielle décentralisée et participative qui a impliqué tous les secteurs de développement dans l'organisation de la réponse nationale au VIH.

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

Le CNLS-IST a pour mission de définir les orientations politiques, évaluer l'efficacité de la lutte et approuver les budgets et programmes annuels d'actions. Il est opérationnel à travers son Secrétariat Permanent qui est la structure chargée de la coordination de la lutte contre le sida. Grâce à son leadership, la réponse nationale au VIH était depuis 2001 organisée autour de trois (03) Cadres stratégiques de lutte contre le sida et les IST (CSLS), couvrant respectivement les périodes 2001-2005, 2006-2010 et 2011-2015. Un quatrième Cadre stratégique national de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (CSN-SIDA) 2016-2020 est en cours d'exécution.

La coordination, le leadership et la gestion économique de la lutte contre le VIH ont été les principales fonctions exercées par le CNLS-IST en termes de gouvernance nationale de la réponse au VIH. De 2001 à 2017, le CNLS-IST a tenu 16 sessions ordinaires présidées par le Chef de l'Etat, Président du CNLS-IST.

En rappel, les objectifs stratégiques du CSN-SIDA 2016-2020 sont les suivants :

1. réduire les nouvelles infections à VIH face au risque de rebond de l'épidémie et à la propagation des IST ;
2. améliorer l'accès et la qualité des services de soins, de traitement, de soutien des personnes infectées/affectées par le VIH et leur intégration dans les systèmes de protection sociale ;
3. améliorer la gouvernance et la gestion de l'information stratégique pour une réponse nationale au VIH efficace et efficiente.

2.3.2. Implication des différents secteurs dans la réponse

Le souci de la participation et de l'appropriation des stratégies de lutte contre le VIH, le Sida et les IST a longtemps guidé la définition des secteurs d'intervention. Pour le CSN-SIDA 2016-2020, trois (03) principaux secteurs sont définis. Ce sont : le secteur santé, le secteur non santé et le secteur de la coordination nationale. Chaque secteur est composé de sous-secteurs conformément à la vision de l'organisation multisectorielle de la réponse nationale au VIH.

Secteur santé

Ce secteur regroupe l'ensemble des intervenants impliqués dans les soins et/ou les prestations de services de santé liés au VIH. Il est coordonné par le Ministère de la santé. Dans le cadre de la mise en œuvre du CSN-SIDA, il est subdivisé en trois (03) sous-secteurs, à savoir :

- *le Sous-secteur santé publique* qui comprend les structures publiques à vocation d'interventions en matière de santé, notamment, le ministère de la santé y compris les écoles professionnelles de santé publique et structures universitaires de santé, les services de santé des institutions/ministères ;
- *le Sous-secteur santé privée* qui regroupe les établissements sanitaires privés non conventionnés. Il s'agit essentiellement des cliniques et polycliniques, des cabinets de soins, des infirmeries des entreprises, des laboratoires privés, des pharmacies, des écoles et universités privées de formation en santé;
- *le Sous-secteur santé communautaire et conventionnée* comprenant les structures de santé des organisations associatives et des ONG, des établissements sanitaires privés conventionnés ou confessionnels (islamiques, catholiques et protestants) et la pharmacopée traditionnelle.

Secteur non santé

Ce secteur regroupe tous les acteurs dont les interventions concernent essentiellement les domaines de la prévention, de la protection et du soutien, en direction de la population générale et des groupes spécifiques. Il se compose de trois (03) sous-secteurs :

- *le sous-secteur des institutions et des ministères* qui regroupe les institutions et les Ministères autres que la Santé ;
- *le sous-secteur privé non santé* qui est constitué des grandes entreprises nationales et multinationales, les PME/PMI et le secteur informel ;
- *le sous-secteur communautaire non santé* qui comprend les structures faitières, les réseaux d'associations, les organisations à base communautaire et autres ONG.

Secteur de la coordination nationale

Ce secteur regroupe l'ensemble des structures de coordination centrale et décentralisée du CNLS-IST responsables de la bonne gouvernance de la réponse nationale au VIH et de la gestion de l'information stratégique. Il comprend deux (02) sous-secteurs que sont :

- *le sous-secteur de la coordination décentralisée* constitué par les CRLS chargés de veiller à la bonne coordination de la réponse au niveau des régions, des provinces et des communes avec l'appui des antennes régionales du SP/CNLS-IST et la collaboration des structures régionales de coordination.
- *le sous-secteur de la coordination centrale* représenté par le SP/CNLS-IST avec ses démembrés au niveau régional en collaboration avec les structures sectorielles centrales de coordination et les partenaires techniques et financiers.

2.4. Riposte au plan programmatique (résumé des principaux résultats de la réponse en 2017)

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

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

En attendant les données validées et complètes de 2017, nous présentons les principaux produits obtenus en 2016 et 2017 dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : synthèse des principaux résultats enregistrés dans le domaine de la prévention en 2016 et 2017

Indicateurs	2016			2017		
	H	F	T	H	F	T
Nombre de personnes touchées par les activités de sensibilisation **	1 275 216	1 739 710	3 014 926	ND	ND	ND
Nombre de poches de sang collecté et testé			110 691			
Nombre de cas d'accidents d'exposition aux liquides biologiques			255			464
Nombre de sites PTME			1820			1 853
Nombre de nouvelles CPN		860 220	860 220		874 064	874 064
Taux d'adhésion des femmes enceintes au test de dépistage du VIH		84,9%	84,9%		83,97%	83,97%
Nombre de femmes enceintes dépistées VIH+		5 267 (0,72%)	5 267 (0,72%)		4 811 (0,67%)	4 811 (0,67%)
Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu la prophylaxie complète aux ARV		4 826	4 826		5 314	5 314
Taux d'adhésion des partenaires des femmes enceintes à la PTME	2,97%		2,97%	2,79%		2,79%
Nombre de préservatifs vendus et/ou distribués	18 597 012	383 714	18 970 726			
Nombre de TS touché par les activités de sensibilisation **		30 126	30 126			
Nombre de HSH touché par les activités de sensibilisation **	3 771		3 771			
Nombre de personnels de tenue touché par les activités de sensibilisation	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Nombre de routiers touché par les activités de sensibilisation **	5 826	2 657	8 483			
Nombre d'orpailleurs touché par les activités de sensibilisation **	26 617	23 875	50 492			
Nombre de cas d'IST diagnostiqué et traité			239 291	55 296	230 021	285 317
nombre total de personnes dépistées hors sites PTME	335 047	496 440	831 487	128 246(IP C) 82 127 (PSSLS)	144 501(IP C) 173 825 (PSSLS)	272 747(IP C) 255 952 (PSSLS)
taux de séropositivité du dépistage hors sites PTME			1,10%	(1 745/82 1 27)	(2 789/173 825)	1,8%(4 534 /255 952)

** Possibilité de toucher plusieurs fois la même personne

Au titre de la prise en charge, on note que le nombre de PVVIH inscrites dans la file active est passé de 82 837 en 2016 à 83 989 dont 58 090 femmes en 2017. Quant aux PVVIH sous traitement, elles sont au nombre de 61 487 dont 43 646 femmes en 2017 contre 57 178 en fin 2016 (cf tableau ci après).

Le nombre des perdus de vue est de 1 761 dont 1 229 femmes en 2017 contre 1009 dont 715 femmes en 2016. On note une relative augmentation des cas.

Le nombre de décès a connu une baisse passant de 636 en 2016 à 603 dont 327 femmes en fin 2017.

Le tableau ci après illustre cette situation.

Tableau 3 : situation de la prise en charge médicale des PVVIH en 2016 et 2017

Indicateurs	2016			2017		
	H	F	T	H	F	T
Nombre de sites de traitement ARV			102			109
Nombre de PVVIH inscrite dans la file active	24 861	57 976	82 837	25 373	58 170	83 543
Nombre de PVVIH sous traitement ARV	16 611	40 567	57 178	17 841	43 646	61 487
Nombre de PVVIH décédé	310	326	636	276	327	603
Nombre de PVVIH déclaré perdu de vue	294	715	1009	532	1 229	1 761

Dans le domaine du soutien aux PVVIH et personnes affectées, les interventions réalisées au cours de l'année 2017 ont permis d'obtenir des résultats satisfaisant dont les principaux sont :

- ✍ 100 PVVIH dont 90 femmes ont bénéficié d'assistance financière pour la mise en œuvre des AGR dans le sous-secteur de l'action sociale ;
- ✍ 45 696 OEV dont 20 824 filles ont bénéficié de prise en charge diverses (appui psychologique, frais de scolarité ou d'apprentissage, alimentaire,)

Tableau 4: Récapitulatif des indicateurs GAM

N°	Indicateur	2017
Engagement 1 : Garantir l'accès au traitement aux 30 millions de personnes vivant avec le VIH grâce à l'atteinte de l'objectif 90-90-90 d'ici à 2020		
<i>Population générale</i>		
1.1	Personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique	83 543
1.2	Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral	61 487
1.3	Rétention sous traitement ARV à 12 mois	62,15% (2 978/4 791)
1.4	Personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée	9 794
1.5	Diagnostic tardif du VIH	ND
1.6	Rupture de stock de médicaments antirétroviraux	00
1.7	Mortalité due au sida (nombre)	603
Engagement 2 : Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 et garantir l'accès au traitement du VIH à 1,6 millions d'enfants d'ici 2018		
2.1	Diagnostic précoce chez les nourrissons	2 473
2.2	Transmission mère-enfant du VIH	113
2.3	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (femmes enceintes VIH+ sous ARV)	5 314
2.4	Syphilis chez les femmes enceintes	7 768
2.5	Taux de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances)	0,7% (52/7 768)
2.6	Test du VIH parmi les femmes enceintes	729198
Engagement 3 : Assurer l'accès aux options de l'association de mesures de prévention, parmi lesquelles la prophylaxie préexposition, la circoncision masculine volontaire médicale, la réduction des risques et les préservatifs, à au moins 90 % des personnes d'ici 2020, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés, c'est-à-dire les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers		
3.1	Incidence du VIH	0,17 ‰
3.2	Estimations de la taille des populations clés	TS : 21 858 HSH : 3 458 Détenus : 5 619 Transsexuelles : ND UDI : 87
3.3	Prévalence du VIH parmi les populations clés	
3.3A	Prévalence du VIH parmi les travailleurs du sexe	5,4%
3.3B	Prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	1,9%
3.3C	Prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues	ND
3.3D	Prévalence du VIH parmi les personnes transsexuelles	ND
3.3E	Prévalence du VIH parmi les prisonniers	2,15%
3.4	Test du VIH parmi les populations clés	
3.4A	Test du VIH parmi les professionnels du sexe	85,6%
3.4B	Test du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	65%
3.4C	Test du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues	ND
3.4D	Test du VIH parmi les personnes transsexuelles	ND
3.5	Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les personnes vivant avec le VIH au sein des populations clés	
3.5A	Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les professionnels du sexe vivant avec le VIH	ND

Rapport GAM 2018 du Burkina Faso

N°	Indicateur	2017
3.5B	Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH	ND
3.5C	Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les personnes qui s'injectent des drogues vivant avec le VIH	ND
3.5D	Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les personnes transsexuelles vivant avec le VIH	ND
3.5E	Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les prisonniers vivant avec le VIH	ND
3.6	Utilisation du préservatif parmi les populations clés	
3.6A	Utilisation du préservatif chez les professionnels du sexe	92,90% (4 446/4 784)
3.6B	Utilisation du préservatif chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	87,16% (516/592)
3.6C	Utilisation du préservatif chez les personnes qui s'injectent des drogues	ND
3.6D	Utilisation du préservatif parmi les personnes transgenres	ND
3.7	Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés	
3.7A	Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les professionnels du sexe	47%
3.7B	Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	76%
3.7C	Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues	ND
3.7D	Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les personnes transsexuelles	ND
3.8	Pratiques d'injection sans risques parmi les personnes qui s'injectent des drogues	ND
3.9	Aiguilles et seringues distribuées par personnes qui s'injectent des drogues	ND
3.10	Couverture de la thérapie de substitution aux opiacés	ND
3.11	Syphilis active chez les professionnels du sexe	1,43% (R2P 2015, PAMAC)
3.12	Syphilis active parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	1,1% (R2P 2015, PAMAC)
3.13	Programmes de prévention du VIH dans les prisons	9 968 (nombre de prisonniers touchés par des activités de prévention)
3.14	Hépatite virale parmi les populations clés	ND
3.15	Personnes recevant un traitement prophylactique préexposition (PrEP)	ND
3.16	Prévalence de la circoncision masculine	ND
3.17	Nombre annuel d'hommes circoncis volontairement	ND
3.18	Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque	ND
Engagement 4 : Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'ici 2020		
4.1	Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH	57,5%
4.2	Évitement des services de santé du fait de la stigmatisation et discrimination parmi les populations clés	
4.2A	Évitement des services de santé du fait de la stigmatisation et discrimination parmi les professionnels du sexe	ND
4.2B	Évitement des services de santé du fait de la stigmatisation et discrimination parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	ND
4.2C	Évitement des services de santé du fait de la stigmatisation et discrimination parmi les personnes qui s'injectent des drogues	ND
4.2D	Évitement des services de santé du fait de la stigmatisation et discrimination parmi les personnes transsexuelles	ND
4.3	Prévalence de la violence récente au sein du couple	11,5%
4.4	Expérience de la discrimination liée au VIH dans les établissements de soins de santé	ND
Engagement 5 : S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et disposent d'un accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020 afin de réduire à moins de 100 000 personnes par an le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes		
5.1	Jeunes : Connaissances en matière de prévention du VIH	32,5% (EDS 2010)
5.2	Demande de planification familiale satisfaite par les moyens modernes	39,9% (EDS 2010)

N°	Indicateur	2017
Engagement 8 : Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à hauteur de US\$ 26 milliards d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les acteurs sociaux		
8.1	Dépenses totales de la lutte contre le VIH	21 656 137 008
8.1A	Dépenses pour le dépistage et le conseil en matière de VIH	ND
8.1B	Dépenses pour la thérapie antirétrovirale	ND
8.1C	Dépenses pour le suivi spécifique en laboratoire du VIH	ND
8.1D	Dépenses liées à la TB et au VIH	ND
8.1E	Dépenses liées aux cinq piliers de l'association de mesures de prévention	ND
8.1F	Dépenses liées à la prévention de la transmission mère enfant du VIH	ND
8.1G	Dépenses liées aux acteurs sociaux	ND
8.1H	Dépenses concernant les transferts d'espèces pour les jeunes femmes et les jeunes filles	ND
Engagement 10 : S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations afin d'améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C		
10.1	Cogestion du traitement de la tuberculose et du VIH	392
10.2	Personnes vivant avec le VIH nouvellement prises en charge pour des soins liés au VIH et qui souffrent d'une tuberculose active	145
10.3	Personnes vivant avec le VIH ayant débuté une thérapie préventive de la tuberculose	516
10.4	Hommes souffrant d'écoulement urétral	35 900
10.5	Blennorragie chez les hommes	18
10.6	Dépistage de l'hépatite B	ND
10.7	Personnes présentant une co-infection VIH/VHB et recevant un traitement combiné	ND
10.8	Dépistage de l'hépatite C	ND
10.9	Personnes présentant une co-infection VIH/VHC débutant le traitement VHC	ND
10.10	Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH	ND

**III. BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU SUIVI DES INDICATEURS DE LA
DECLARATION POLITIQUE DES NATIONS UNIES SUR LE VIH (INTENSIFIER
NOS EFFORTS POUR ELIMINER LE VIH/SIDA D'ICI 2030)**

Engagement 1 : Garantir l'accès au traitement aux 30 millions de personnes vivant avec le VIH grâce à l'atteinte de l'objectif 90-90-90 d'ici à 2020

1.1 Personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique

En fin 2017, le nombre de PVVIH au Burkina Faso est de 83 543 contre 82 837 en 2016.

1.2 Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral

Le nombre de PVVIH sous traitement ARV est passé de 57 178 en 2016 à 61 487 en 2017. Environ 74% des PVVIH sont sous ARV au Burkina Faso.

1.3 Rétention sous traitement ARV à 12 mois

Le taux de rétention est de 62,16% pour la cohorte de 2016 contre 63,57% pour la cohorte de 2015

1.4 Personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée

Au total 9 794 PVVIH ont une charge virale indétectable en 2017

1.5 Diagnostic tardif du VIH

Les données ne sont pas disponibles

1.6 Rupture de stock de médicaments antirétroviraux

Aucun cas de rupture de stock de médicament ARV n'a été enregistré au cours de l'année 2017

1.7 Mortalité due au sida (nombre)

Le nombre total de décès lié au VIH était de 603 en 2017

Engagement 2 : Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 et garantir l'accès au traitement du VIH à 1,6 millions d'enfants d'ici 2018

2.1 Diagnostic précoce chez les nourrissons

En 2017, au Burkina Faso 2 473 enfants ont bénéficié d'un diagnostic précoce du VIH

2.2 Transmission mère-enfant du VIH

Pour l'année 2017, 113 enfants nés de mères séropositives ont été dépistés VIH+.

2.3 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (femmes enceintes VIH+ sous ARV)

Le nombre de femmes enceintes séropositives qui ont reçu un traitement prophylactique complet aux ARV pour prévenir le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant était de 5 314 en 2017 contre 4 826 en 2016.

2.4 Syphilis chez les femmes enceintes

Dans la pratique, toutes les femmes enceintes vues en CPN sont soumises au test syphilitique (RPR, TPHA) et toutes celles confirmées positives reçoivent le traitement selon le protocole de traitement en vigueur. Ainsi, 874 064 femmes ont été testées dans le cadre de la CPN.

2.5 Taux de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances)

En 2017, il y'a eu 0,7%(52/7 768) de cas de syphilis congénitale.

2.6 Test du VIH parmi les femmes enceintes

729 198 femmes enceintes ont été testées au VIH dans le cadre de la CPN en 2017.

Engagement 3 : Assurer l'accès aux options de l'association de mesures de prévention, parmi lesquelles la prophylaxie préexposition, la circoncision masculine volontaire médicale, la réduction des risques et les préservatifs, à au moins 90 % des personnes d'ici 2020, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés, c'est-à-dire les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers

3.1. Incidence du VIH

Selon les données du SPECTRUM V5.63, l'incidence du VIH est de 0,17‰ en 2017.

3.2. Estimations de la taille des populations clés

L'étude cartographique 2017 donne une estimation de la taille des populations clés suivantes : TS : 21 858 ; HSH : 3 458 ; Détenus : 5 619

3.3. Transsexuelles : ND ; UDI : 87

Prévalence du VIH parmi les populations clés

3.3 A Prévalence du VIH parmi les travailleurs du sexe

La prévalence du VIH au sein des TS est de 5,4%.

3.3 B Prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Au sein des HSH, la prévalence au VIH est de 1,9%.

3.3 C Prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues

Données non disponibles.

3.3 D Prévalence du VIH parmi les personnes transsexuelles

Données non disponibles pour cette cible.

3.3 E Prévalence du VIH parmi les prisonniers

Le taux de prévalence au sein de la population carcérale est de 2,15% en 2017.

3.4. Test du VIH parmi les populations clés

3.4 A Test du VIH parmi les professionnels du sexe

85,6% des TS ont fait leur test de dépistage VIH en 2017,

3.4 B Test du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Chez les HSH, 65% d'entre eux ont fait le test de dépistage du VIH en 2017.

3.4 C Test du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues

Données non disponibles pour cette cible.

3.4 D Test du VIH parmi les personnes transsexuelles

Données non disponibles pour cette cible.

3.5. Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les personnes vivant avec le VIH au sein des populations clés

3.5 A Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les professionnels du sexe vivant avec le VIH

Données non disponibles pour cette cible.

3.5 B Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH

Données non disponibles pour cette cible.

3.5 C Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les personnes qui s'injectent des drogues vivant avec le VIH

Données non disponibles pour cette cible.

3.5 D Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les personnes transsexuelles vivant avec le VIH

Données non disponibles pour cette cible.

3.5 E Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les prisonniers vivant avec le VIH

Données non disponibles pour cette cible.

3.6. Utilisation du préservatif parmi les populations clés

3.6 A Utilisation du préservatif chez les professionnels du sexe

La majorité des TS utilisent le préservatif lors des rapports sexuels. Le taux d'utilisation est de 92,90% en 2017.

3.6 B Utilisation du préservatif chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, le taux d'utilisation du préservatif en 2017 est de 87,16%.

3.6 C Utilisation du préservatif chez les personnes qui s'injectent des drogues

Données non disponibles.

3.6 D Utilisation du préservatif parmi les personnes transgenres

Données non disponibles.

3.7. Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés

3.7 A Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les professionnels du sexe

47% des professionnels du sexe ont bénéficié des programmes de prévention du VIH.

3.7 B Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Les programmes de prévention du VIH ont touché 76% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

3.7 C Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues

Données non disponibles pour cette cible.

3.7 D Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les personnes transsexuelles

Données non disponibles pour cette cible.

3.8. Pratiques d'injection sans risques parmi les personnes qui s'injectent des drogues

Données non disponibles pour cette cible.

3.9. Aiguilles et seringues distribuées par personnes qui s'injectent des drogues

Données non disponibles pour cette cible.

3.10. Couverture de la thérapie de substitution aux opiacés

Données non disponibles pour cette cible.

3.11. Syphilis active chez les professionnels du sexe

Chez les professionnels du sexe, 1,43% ont été dépistés positifs à la syphilis active.

3.12. Syphilis active parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

1,1% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont été dépistés positifs à la syphilis active.

3.13. Programmes de prévention du VIH dans les prisons

9 968 prisonniers ont été touchés par des activités de prévention

3.14. Hépatite virale parmi les populations clés

Données non disponibles pour cette cible.

3.15. Personnes recevant un traitement prophylactique préexposition (PrEP)

Données non disponibles pour cette cible.

3.16. Prévalence de la circoncision masculine

Données non disponibles pour cette cible.

3.17. Nombre annuel d'hommes circoncis volontairement

Données non disponibles pour cette cible.

3.18. Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque

Données non disponibles pour cette cible.

Engagement 4 : Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'ici 2020

4.1 Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH

Selon l'EDS IV, 57,5 % des personnes vivant avec le VIH sont victimes de discrimination car seulement 42,5% des enquêtés ont répondu Oui à la question acheteriez-vous des légumes frais à un commerçant vivant avec le virus du Sida

4.2 Évitement des services de santé du fait de la stigmatisation et discrimination parmi les populations clés

Données non disponibles.

*4.2 A Évitement des services de santé du fait de la stigmatisation et discrimination parmi les professionnels du sexe
Données non disponibles.*

*4.2 B Évitement des services de santé du fait de la stigmatisation et discrimination parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
Données non disponibles.*

*4.2 C Évitement des services de santé du fait de la stigmatisation et discrimination parmi les personnes qui s'injectent des drogues
Données non disponibles.*

*4.2 D Évitement des services de santé du fait de la stigmatisation et discrimination parmi les personnes transsexuelles
Données non disponibles.*

4.3 Prévalence de la violence récente au sein du couple

Selon les résultats de l'EDS IV (2010), 11,5% (N = 9 532) des femmes de 15 à 49 ans vivant en couple, ont déclaré avoir subi de violence physique ou sexuelle de la part de leur mari ou partenaire. Le plus fort taux de violence est constaté chez les femmes de 25-49 ans.

4.4 Expérience de la discrimination liée au VIH dans les établissements de soins de santé

Données non disponibles.

Engagement 5 : S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et disposent d'un accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020 afin de réduire à moins de 100 000 personnes par an le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes

5.1 Jeunes : Connaissances en matière de prévention du VIH

Les résultats de l'EMDS (INSD 2015) révèlent que 72,35% 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 84,6% contre 86,8% pour les garçons. Concernant les tranches d'âge de [15-19] et [20-24], elle est respectivement de 81,9% et 93,7% pour les garçons contre 80,4% et 88,7% pour les filles.

5.2 Demande de planification familiale satisfaite par les moyens modernes

Selon l'EMDS (INSD 2015), les besoins satisfaits en matière de planification familiale avec les méthodes contraceptives modernes s'élèvent à 37,2% au sein des femmes en âge de procréer (15 -49 ans).

Engagement 8 : Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à hauteur de US\$ 26 milliards d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les acteurs sociaux

8.1 Dépenses totales de la lutte contre le VIH

8.1 A Dépenses pour le dépistage et le conseil en matière de VIH

8.1 B Dépenses pour la thérapie antirétrovirale

8.1 C Dépenses pour le suivi spécifique en laboratoire du VIH

8.1 D Dépenses liées à la TB et au VIH

8.1 E Dépenses liées aux cinq piliers de l'association de mesures de prévention

8.1 F Dépenses liées à la prévention de la transmission mère enfant du VIH

8.1 G Dépenses liées aux acteurs sociaux

8.1 H Dépenses concernant les transferts d'espèces pour les jeunes femmes et les jeunes filles

Au total 21 656 137 008 FCFA ont été dépensés en 2015 pour les activités de la lutte contre le VIH /SIDA. Les enquêtes REDES de 2016 et 2017 ne sont pas effectives et par conséquent les données de 2016 et 2017 ne sont pas disponibles pour le moment.

Engagement 10 : S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations afin d'améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C

10.1 Cogestion du traitement de la tuberculose et du VIH

En 2017, sur un total de 475 nouveaux cas et rechutes de patients coinfectés TB/VIH, 392 reçoivent à la fois le traitement antituberculeux et le traitement VIH soit 82,53%.

10.2 Personnes vivant avec le VIH nouvellement prises en charge pour des soins liés au VIH et qui souffrent d'une tuberculose active

En 2017, parmi les patients pris en charge pour des soins liés au VIH, 145 nouveaux enrôlés ont été dépistés et pris en charge pour la tuberculose.

10.3 Personnes vivant avec le VIH ayant débuté une thérapie préventive de la tuberculose

Parmi les personnes vivant avec le VIH, 516 ont débuté une thérapie préventive à l'isoniazide.

10.4 Hommes souffrant d'écoulement urétral

Au cours de l'année 2017, on note que 35 900 cas d'écoulements urétraux ont été diagnostiqués et traités conformément au protocole national en vigueur. En rapportant ce chiffre à la population de plus de 15 ans (N = 4 735 235), l'incidence est de 0,76%.

10.5 Blennorragie chez les hommes

18 cas de Blennorragie ont été enregistrés chez les hommes.

10.6 Dépistage de l'hépatite B

Données non disponibles.

10.7 Personnes présentant une co-infection VIH/VHB et recevant un traitement combiné

Données non disponibles.

10.8 Dépistage de l'hépatite C

Données non disponibles.

10.9 Personnes présentant une co-infection VIH/VHC débutant le traitement VHC

Données non disponibles.

10.10 Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH

Données non disponibles.

IV. MEILLEURES PRATIQUES

La capitalisation des meilleures pratiques a toujours été un défi à relever dans les orientations stratégiques au Burkina Faso. Le pays a longtemps constitué une destination pour le partage d'expériences en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST, en témoignent les multiples voyages d'études reçus par le SP/CNLS-IST au cours de ces dernières années. Un recueil de meilleures pratiques a été produit en 2012 sous la conduite du SP/CNLS-IST.

Par ailleurs, le SP/CNLS-IST a plusieurs fois relancé le processus de capitalisation des bonnes pratiques dans le but de favoriser la promotion de partage d'expériences en matière d'intervention de riposte au VIH. En perspective pour 2017, des outils seront développés pour conduire un nouveau processus de sélection et de documentation des meilleures pratiques.

4.1. Direction politique

Depuis 2001, le Président du Faso, Président du Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST, préside ledit Conseil et cela est perçu comme une meilleure pratique dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida.

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

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

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

4.2. Environnement politique propice

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

- l'implication de l'ensemble des ministères ;
- l'implication grandissante du secteur privé et des entreprises ;
- la forte implication de la société civile ;
- la forte implication des ONG et associations ;
- la forte implication des collectivités administratives et locales (comités régionaux, provinciaux et communaux) ;
- la forte implication des autorités coutumières et religieuses (URCB/SD) ;
- l'appui des partenaires techniques et financiers.

La stratégie nationale de lutte contre le Sida définie dans le Cadre stratégique national de lutte contre le VIH, le Sida et les IST s'inscrit dans la mise en œuvre du Plan national de développement économique et social (PNDES) et du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

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

Au plan financier, il ressort une amélioration de la contribution du budget de l'Etat (environ 42,94%) au financement des activités de lutte contre le VIH/Sida et les IST.

4.3. Intensification des programmes efficaces de prévention

Au cours de l'année 2017, 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 sont satisfaisants dans ce domaine. Le défi majeur est le ciblage des interventions sur les groupes à haut risque et vulnérables afin de réduire le risque de rebond de l'épidémie.

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

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

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

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

4.5. Suivi et évaluation

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

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

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

4.6. Renforcement des capacités

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

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

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

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

4.7. Développement de l'infrastructure

En ce qui concerne l'infrastructure, il est à noter que le SP/CNLS-IST dispose d'un bâtiment à deux niveaux abritant la majorité des unités, départements et projets rattachés. Ce bâtiment considéré comme le siège du SP/CNLS-IST a été bien apprécié par les partenaires.

Plusieurs infrastructures ont également été construites ou rénovées et ont permis d'améliorer les prestations de services.

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

V. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

5.1. Les principaux obstacles sont :

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

Le nombre de malades sous traitement ARV augmente d'année en année. La prise charge de ces PVVIH est assurée à plus de 70% par des structures sanitaires publiques.

Cependant, le nombre de sites de prise en charge médicale des PVVIH est resté stationnaire (109 sites entre 2011-2017).

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

- l'insuffisance de l'accès des PVVIH au suivi biologique ;
 - la faible accessibilité géographique des PVVIH aux structures de prise en charge médicales (distance, frais de transport).
- *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 à travers les visites à domicile, les visites à l'hôpital, l'animation des clubs d'observance, la recherche des perdus de vue ... ;

Malgré leur implication de plus en plus accrue dans la riposte, ces structures communautaires ont besoin de renforcement de leurs capacités.

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

Le système de collecte de données s'est amélioré mais demande à être systématisé par la transmission des rapports trimestriels des structures d'exécution dans les délais. L'opérationnalisation de la base de données du SP/CNLS-IST dans les antennes régionales, ainsi que de logiciels de gestion des PVVIH dans les structures de prise en charge médicale, contribuera beaucoup à une meilleure collecte, traitement et transmission des données.

- *Insuffisance dans la collecte des données pour le rapport GAM 2018*

Dans le cadre de la production du rapport GAM 2018, l'équipe technique a eu quelques difficultés liées à :

- L'absence de données pour certains indicateurs ;
- L'absence de canevas standard pour le rapport GAM ;
- La multitude des indicateurs à renseigner.

- *Insuffisance dans la gouvernance, et la gestion de l'information stratégique*

Au cours de l'année 2017, les principales contraintes rencontrées dans la mise en œuvre des interventions ont été l'insuffisance et le retard des financements accordés aux structures de mise en œuvre ont impacté négativement l'exécution des activités au cours de l'année.

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

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

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

Les mesures correctives suivantes ont été apportées aux obstacles :

- *La réalisation de plusieurs études pour le suivi de l'épidémie dans les groupes spécifiques*

Plusieurs études ont été réalisées en 2017 par le SP/CNLS-IST. Il s'agit de :

- ✂ Cartographie, estimation de la taille et enquête biocomportementale auprès des PS, HSH et usagers de drogue
 - ✂ Etude biocomportementale du VIH/Sida en milieu carcéral auprès des détenus femmes et les hommes au Burkina Faso
 - ✂ Etude sur l'estimation de la prévalence du VIH et l'analyse de la réponse au VIH, au Sida et aux IST dans le secteur de la santé au Burkina Faso
- *le développement des nouvelles stratégies en vue d'assurer une plus grande mobilisation des ressources au niveau local ; ainsi que des mesures visant à mettre les ressources acquises le plus tôt possible à la disposition des acteurs ;*

- le renforcement de capacités des acteurs à l'utilisation des outils de suivi évaluation ;
- l'opérationnalisation de la délégation encadrée du traitement ARV aux personnels paramédicaux ;
- le renforcement du plateau technique des structures sanitaires.

VI. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

6.1. Appui technique

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

- l'élaboration du rapport GAM
- le CSN-SIDA 2016-2020 (tous les partenaires) ;
- la décentralisation de la prise en charge par les ARV et la délégation des tâches aux paramédicaux ;
- l'élaboration du plan d'urgence pour l'accélération pour l'atteinte des « 90-90- 90 » et l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH ;
- le Plan national de suivi évaluation (tous les partenaires) ;
- l'élaboration de la demande de reconduction du programme Fond mondial etc.

6.2. Appui financier

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

En 2017, malgré l'insuffisance dans la mobilisation des ressources, on note une contribution remarquable du budget de l'Etat au financement des interventions de lutte contre le VIH/Sida et les IST.

VII. ENVIRONNEMENT DE SUIVI ET D'EVALUATION

7.1. Aperçu du système actuel de suivi et d'évaluation

Le système national de suivi évaluation s'appuie sur l'existence de structures de coordination et d'exécution des actions de lutte contre le VIH/Sida et les IST aux niveaux central et décentralisé. Les acquis sont :

- la base de données « Endos » du ministère de la santé ;
- la révision des outils de suivi évaluation de la mise en œuvre du CSN-Sida 2016-2020.

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

Pour rendre opérationnel le système de collecte des données, un dispositif d'appui/accompagnement des acteurs a été mis en œuvre et a permis d'assurer la supervision formative des acteurs impliqués dans la collecte des données de l'ensemble des secteurs d'intervention.

Le cadre de suivi évaluation est piloté par l'Unité centrale de planification et de suivi évaluation (UC-PSE) du SP/CNLS-IST. L'unité comprend des services spécialisés. Elle assume la responsabilité principale dans les domaines de la planification, du suivi évaluation,

de l'orientation et de la coordination de la recherche. C'est le dépôt central de toute information en matière de lutte contre le VIH/Sida et les IST.

L'UC-PSE assure la coordination de la mise en œuvre des mécanismes de revue de la réponse nationale à travers, entre autres, la rédaction des rapports semestriels et annuels du PNM et des rapports GAM, la préparation des sessions annuelles du CNLS-IST et les évaluations périodiques du CSN-SIDA 2016-2020 impliquant l'ensemble des acteurs de la réponse nationale.

Le Comité Technique de Programmation et de Suivi du CSN-SIDA 2016-2020 (CTPS) en collaboration avec l'Observatoire communautaire sur l'accès aux services de santé (OCASS), 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 de la mise en œuvre du CSN-SIDA 2016-2020 a été élaboré. Il s'inscrit dans les objectifs du « three ones ». Il décrit le système national de collecte, de traitement, d'analyse et de diffusion des informations relatives à l'atteinte des objectifs, des résultats et des indicateurs définis pour la lutte contre le VIH/Sida et les IST. Il définit les outils standardisés dans l'optique d'un système unique de suivi-évaluation. Il met l'accent sur la production des données de qualité à tous les niveaux (sectoriel, central, régional, projets/programmes).

7.2. Besoins en matière de suivi et d'évaluation en assistance technique et de renforcement des capacités

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

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

Tableau 5: besoins par composante clé

Composantes	Constats	Défis	Besoins
4 : Plan National, Multisectoriel de S&E du VIH	Insuffisance dans la mise en œuvre du Plan National de suivi évaluation du CSN-SIDA 2016-2020	Mettre un accent sur la culture du suivi évaluation au niveau des acteurs Plaidoyer pour le financement conséquent des activités de suivi évaluation.	- Appui à l'opérationnalisation du Plan National de suivi évaluation du CSN-SIDA 2016-2020 - Appui technique et financier pour la mise en œuvre du plan national de suivi évaluation
6 : Plaidoyer, Communication et Culture pour le S&E du VIH	Insuffisance de plaidoyer, communication et culture pour le S&E du VIH	Instaurer un engagement des décideurs et responsables des programmes et autres parties prenantes pour le S&E	Plaidoyer fort de l'ONUSIDA pour que le suivi évaluation soit mieux doté en ressources humaines et financières
7 : Suivi routinier des programmes de S&E du VIH	Difficultés à collecter toutes les informations à travers le système actuel	Avoir un système de suivi-évaluation simple et léger permettant de collecter les données essentielles	- Appui technique pour la définition de la matrice de S&E du CSN-SIDA 2016-2020 - Renforcement de la structure régionale avec un chargé de suivi évaluation et un mécanisme de collecte des données au niveau plus bas.
10 : Supervision formative et audit des données	Inexistence d'un mécanisme de contrôle de la qualité des données	Assurer le contrôle de qualité de données par la mise en place d'un système d'audit des données	- Appui pour la production des outils de contrôle de la qualité des données et d'un manuel de procédure pour les audits ; - Appui financier pour la tenue des rencontres de validation des données par le GTSE et les GTR/SE ; - Appui financier pour l'intensification des activités de suivi/supervision des acteurs de terrains

ANNEXES

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

N° ORDRE	NOM ET PRENOM(S)	TELEPHONE	STRUCTURE
STRUCTURES PUBLIQUES			
1.	Dr Didier Romuald BAKOUAN	25 30 66 22	SP/CNLS-IST
2.	Mme Dabou Irène TRAORE	70 14 20 90	SP/CNLS-IST-UCPSE
3.	Dr Ghislain G. PODA	70 29 88 80	SP/CNLS-IST-UCPSE
4.	M.Arthur POIMOURIBOU	70 28 47 00	SP/CNLS-IST-DET
5.	M Issa Natünmanégré ROMBA	70 74 02 90	SP/CNLS-IST-UCPSE
6.	M. Hervé YAMEOGO	78 39 42 29	SP/CNLS-IST-UCPSE
7.	M. Paul BAMBARA	70 11 41 13	SP/CNLS-IST-UCPSE
8.	Mme Rachel SOURABIE	76 66 83 03	SP/CNLS-IST-UCPSE
9.	M. Aboubacar OUANE	76 61 42 22	SP/CNLS-IST-UCPSE
10.	M. Roger P. ZOMBRE	70 04 83 70	SP/CNLS-IST-UCPSE
11.	M. Fatoma FARAMA	78 83 17 14	SP/CNLS-IST-UCPSE
12.	M.Saidou ROMBA	78 26 40 73	SP/CNLS-IST-UCPSE
13.	M. Yéripaguiba MANDIBIGA	71 02 61 10	SP/CNLS-IST-UCPSE
14.	M. Amidou KABORE	70 26 57 74	SP/CNLS-IST-UCPSE
15.	Mme Alice SANON	70 24 42 16	SP/CNLS-IST-DCCRO
16.	Dr Augustine DEMBELE / TRAORE	70 60 21 67	SP/CNLS-IST-DSS
17.	Dr Celestine KI/TOE	70 38 80 04	CPFM
18.	M. Guillaume SANON	70 26 31 62	SP/CNLS-IST- DCRP
19.	Mme Flore OUEDRAOGO	70 43 11 64	INSD
20.	Mme Leaticia OUEDRAOGO	70 24 49 23	PNT
21.	Dr Nadia YAMEOGO	70 76 93 72	DSF/MS
22.	M. Issaka SAWADOGO	70 27 21 96	DSF/MS
23.	Dr Abdoulaye GUIRE	70 32 49 93	PSSLS-IST
24.	Dr Théophile OUEDRAOGO	71355160	PSSLS-IST
25.	M. Moussa SAM	70 28 29 43	CMLS/ MFSNF
26.	M. Niki BONDE	70 02 70 34	CMLS/MENA
27.	M. Augustin ZONGO	70 26 28 26	DSS/MS
28.	Mme Isabelle OUEDRAOGO	70 29 29 82	Secrétariat
29.	Mme Valérie OUEDRAOGO	73 99 75 27	Secrétariat
SOCIETE CIVILE			
30.	M. Lassané SIMPORE	70 29 65 16	IPC/BF
PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS			
31.	Dr André KABORE	70 20 66 28	ONUSIDA
32.	Dr Babou BAZIE	70 85 07 53	OMS
33.	Dr Mireille Cissé	70 24 71 23	UNICEF

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

1^{ère} session ordinaire du CNLS-IST

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

Date : Jeudi 06 novembre 2001

Lieu : Salle de conférence du complexe international de Ouaga 2000

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

2^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

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

Date : Vendredi 20 décembre 2002

Lieu : Salle de conférence du complexe international de Ouaga 2000

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

3^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

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

Date : Mardi 16 décembre 2003

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

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

4^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

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

Date : Mardi 21 décembre 2004

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

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

1^{ère} session extraordinaire du CNLS-IST

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

Date : Jeudi 30 juin 2005

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

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

5^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

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

Date : Vendredi 17 février 2006

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

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

6^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

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

Date : Vendredi 16 mars 2007

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

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

7^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

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

Date : Vendredi 21 décembre 2007

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

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

8^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

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

Date : Vendredi 6 février 2009

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

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

9^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

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

Date : Vendredi 29 janvier 2010

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

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

10^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

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

Date : Vendredi 13 mai 2011

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

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

11^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

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

Date : Vendredi 25 mai 2012

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

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

12^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

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

Date : mardi 07 mai 2013

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

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

13^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

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

Date : vendredi 16 mai 2014

Lieu : Salle des Banquets de Ouaga 2000

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

14^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

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

Date : jeudi 26 mars 2015

Lieu : Salle polyvalente de la Présidence du Faso

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

15^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

Présidée par : Son Excellence monsieur Rock Marc Christian KABORE, Président du Faso, Président du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST

Date : vendredi 13 mai 2016

Lieu : Salle polyvalente de la Présidence du Faso

Nombre de participants : 180 personnes dont 125 membres du CNLS-IST (dont 95 présents, 19 représentés, 11 absents).

16^{ème} session ordinaire du CNLS-IST

Présidée par : Son Excellence monsieur Rock Marc Christian KABORE, Président du Faso, Président du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST

Date : vendredi 14 Juillet 2017

Lieu : Salle polyvalente de la Présidence du Faso

Nombre de participants : 140 personnes dont 126 membres du CNLS-IST (dont 74 présents, 40 représentés, 12 absents)