

**BURKINA FASO**

Unité- Progrès-Justice



**PRESIDENCE DU FASO**

**CONSEL 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) 2017



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA  
**ONUSIDA**

**Mars 2017**



**unicef**

## TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>3</b>
<b>LISTE DES GRAPHIQUES.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>6</b>
<b>I. CONTEXTE SOCIO ECONOMIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DU BURKINA FASO.....</b>	<b>7</b>
1.1. Situation socio économique et administrative.....	7
<b>II. APERÇU DE LA SITUATION DE LA REPOSE NATIONALE.....</b>	<b>7</b>
2.1. Degré de participation des parties prenantes.....	7
2.2. Situation de l'épidémie.....	8
2.3. Riposte au plan politique.....	9
2.3.1. Organisation de la lutte contre le VIH.....	9
2.3.2. Implication des différents secteurs dans la réponse.....	10
2.4. Riposte au plan programmatique (résumé des principaux résultats de la réponse en 2016) .....	11
<b>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).....</b>	<b>19</b>
<b>IV. MEILLEURES PRATIQUES.....</b>	<b>27</b>
4.1. Direction politique.....	27
4.2. Environnement politique propice.....	27
<b>V. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES.....</b>	<b>30</b>
5.1. Les progrès éventuels réalisés pour apporter des mesures correctives aux principaux obstacles rencontrés.....	30
5.2. Les obstacles rencontrés au cours de la mise en oeuvre des interventions en 2016.....	31
5.3. Les mesures correctives concrètes prévues en vue de réaliser les objectifs convenus.....	31
<b>VI. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT.....</b>	<b>31</b>
6.1. Appui technique.....	31
6.2. Appui financier.....	32
<b>VII. ENVIRONNEMENT DE SUIVI ET D'EVALUATION.....</b>	<b>32</b>
7.1. Aperçu du système actuel de suivi et d'évaluation.....	32
7.2. Les mesures correctives prévues pour surmonter les difficultés.....	33
7.3. Besoins en matière de suivi et d'évaluation en assistance technique et de renforcement des capacités.....	33
<b>ANNEXES.....</b>	<b>35</b>

<b>LISTE DES TABLEAUX</b>
---------------------------

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 2014 et 2015 .....	11
Tableau 3 : situation de la prise en charge médicale des PVVIH en 2014 et 2015 .....	12
Tableau 4: Récapitulatif des indicateurs GAM .....	13
Tableau 5: besoins par composante clé .....	34

**LISTE DES GRAPHIQUES**

Graphique : 1 : Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles de 2003 à 2015 .8	
Graphique : 2 : Evolution de la prévalence du VIH selon le milieu 15-24 ans de 2003 à 2015 .....	9
Graphique : 3 : Evolution de la prévalence par région.....	9
Graphique : 5 Prévalence du VIH chez les détenus selon les régions.....	Erreur ! Signet non défini.

### 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>COS</b>	Comité d'orientation et de suivi
<b>CP</b>	Chargé de programme
<b>CPFM</b>	Coordination du projet Fonds mondial
<b>CPN</b>	Consultation Pré-National
<b>CRAQ</b>	Commission de Réflexion et d'anticipation sur les questions liées au VIH
<b>CSLS</b>	Cadre Stratégique de Lutte contre le Sida et les IST
<b>CSPS</b>	Centre de santé et de promotion sociale
<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>DSF</b>	Direction de la santé et de la famille
<b>EDS</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>F CFA</b>	Franc de la communauté financière africaine
<b>GAM</b>	Global Aids Monitoring
<b>GIZ</b>	Coopération technique allemande
<b>HSH</b>	Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
<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>PNDES</b>	Plan national de développement économique et social
<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>PrEP</b>	Prophylaxie pré-exposition
<b>PROMACO</b>	Programme de marketing social et de communication pour la santé
<b>PS</b>	Professionnel(le) de sexe
<b>PSSLS-IST</b>	Programme sectoriel santé de lutte contre le Sida et les IST
<b>PTF</b>	Partenaire technique et financier
<b>PTME</b>	Prévention de la transmission mère- enfant du VIH
<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>TS</b>	Travailleuse de sexe
<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

## **INTRODUCTION**

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre de la déclaration « éliminer le VIH / SIDA d'ici 2030 », le Burkina Faso, à l'instar des autres pays est invité à dresser régulièrement un bilan national de la réponse au VIH.

Le présent rapport fait un aperçu sur la situation de la riposte au VIH/Sida en 2016 au Burkina Faso.

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

## **I. CONTEXTE SOCIO ECONOMIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DU BURKINA FASO**

### **1.1. Situation socio économique et administrative**

Le Burkina Faso compte en 2016 un nombre total de 19 034 397 habitants dont 51,7% de femmes et 46,6% jeunes de moins de 15 ans (projections RGPH 2006, INSD). Cette population réside essentiellement en milieu rural, (77,3% contre 22,7%, en milieu urbain). 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. 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 (enquête multisectorielle continue (EMC), 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. La gratuité du traitement par les ARV au Burkina Faso a été adopté par l'arrêté conjoint N° 2010-18/MS/MEF du 10 février 2010.

## **II. APERÇU DE LA SITUATION DE LA REPOSE 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 l'ONUSIDA et de ses cosponsors (OMS, UNICEF), selon une approche participative impliquant les différents intervenants dans la réponse nationale, notamment 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 rencontre, il a été présenté les indicateurs à renseigner, réparti les différentes tâches et examiné l'agenda de l'ensemble du processus ;
- ↳ **La collecte et la validation des données** : deux semaines ont été accordées à chaque équipe pour la collecte des données suivie de leur validation ;
- ↳ **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 et envoi du rapport** : les données validées et le rapport narratif ont été envoyés à l'ONUSIDA Genève le 31 mars 2017.

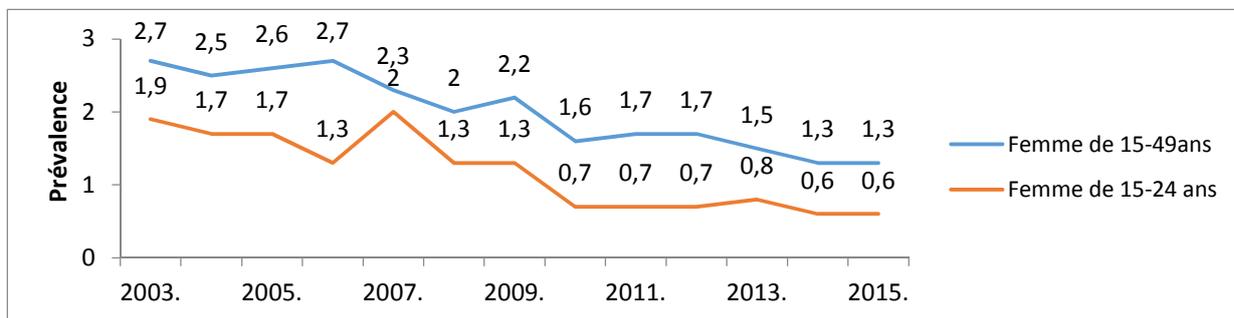
## 2.2. Situation de l'épidémie

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 sont des 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 2015 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 2014, contre 1,5% [1,2 - 1,9] en 2013. 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 1,0% [0,6 - 1,4] contre 0,6% [0,4 - 1,0] en 2014.

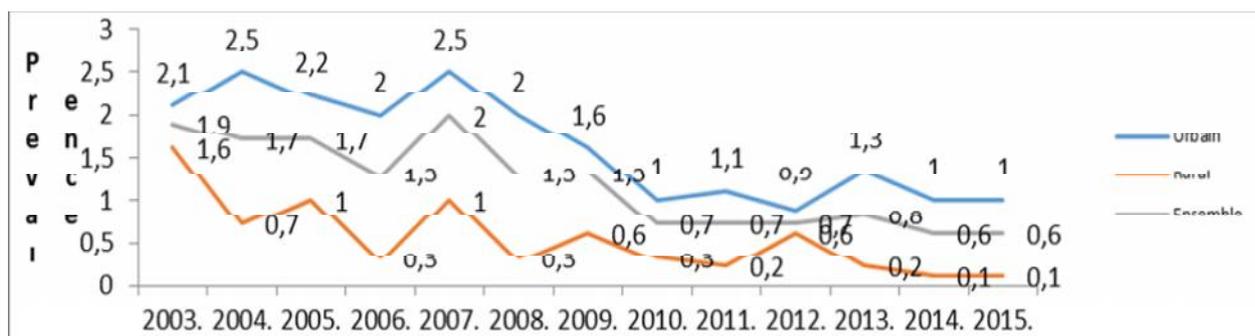
Les graphiques ci-dessous illustrent au fil des années, la tendance à la stabilisation dans les deux tranches d'âge (15-49 et 15-24 ans) aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural.

Graphique : 1 : Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles de 2003 à 2015



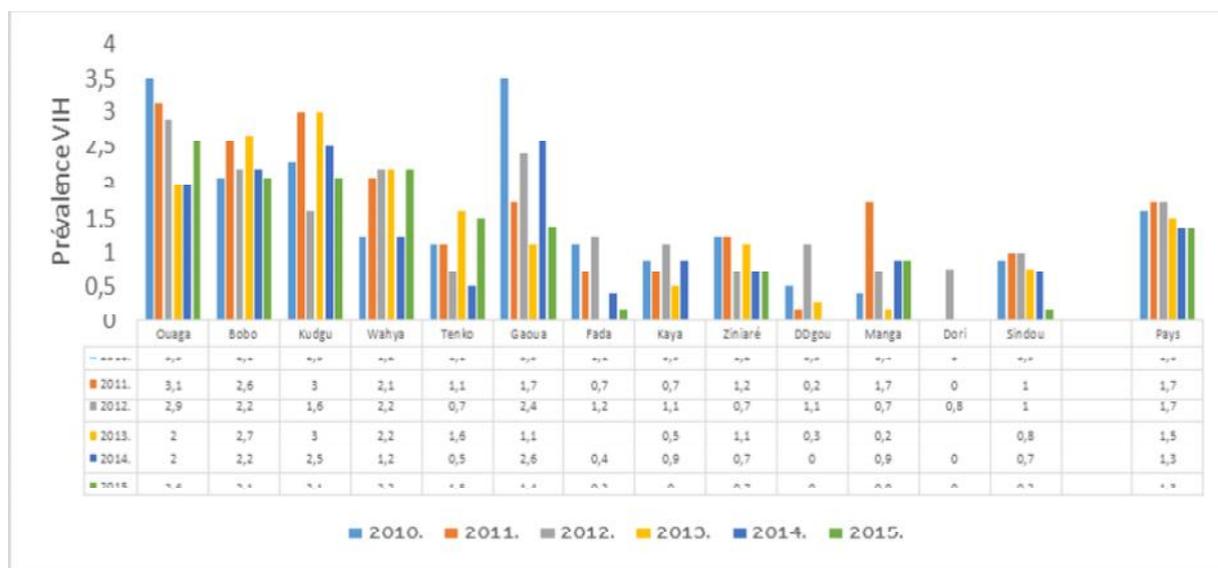
Source : SP/CNLS-IST et PSSLS-IST

Graphique : 2 : Evolution de la prévalence du VIH selon le milieu 15-24 ans de 2003 à 2015



Source : SP/CNLS-IST et PSSLS 2014

Graphique : 3 : Evolution de la prévalence par région



Source : SP/CNLS-IST

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

Tableau 1 : Données de séro-surveillance auprès des groupes à haut risque

CIBLE	NIVEAUX DE PREVALENCE	OBSERVATIONS
<b>Travailleuses du sexe (TS) et leurs clients</b>	16,1% chez les TS (étude R2P PAMAC-IRSS-JHU 2014). 4,1% chez les clients (étude BSS 2010).	Ces données bien que élevées, marquent une réduction de moitié de la prévalence du VIH chez les TS depuis 1990. Soit au moins 4 fois plus qu'en population générale adulte d'âge comparable.
<b>Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes (HSH)</b>	3,6% en moyenne avec 3,3% à Ouagadougou et 4% à Bobo-Dioulasso (étude R2P PAMAC-IRSS-JHU 2014).	Ce niveau de prévalence est au moins 3 à 6 fois supérieur à la population masculine d'âge comparable. La majorité des HSH sont des homosexuels (51,3%) et des bisexuels (41,7%).
<b>Détenus</b>	2,98% avec de grand écarts dans les régions (enquête bio-comportementale, SP/CNLS-IST 2014)	soit 3 fois plus que la prévalence dans la population générale. Ce taux est très élevé dans certaines régions : Sud-Ouest 9,09%, Hauts-Bassins 6,06%, Centre-Sud 5,66%

## 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 2016, le CNLS-IST a tenu 15 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 démembrements 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 2016)**

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 de 2016, nous présentons les principaux produits obtenus en 2014 et 2015 dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 2 : synthèse des principaux résultats enregistrés dans le domaine de la prévention en 2014 et 2015**

Indicateurs	2014			2015		
	H	F	T	H	F	T
Nombre de personnes touchées par les activités de sensibilisation **	2 564 307	2 551 002	5 115 309	348 774	1 904 652	2 253 426
Nombre de poches de sang collecté et testé			71 377			37 083
Nombre de cas d'accidents d'exposition aux liquides biologiques			291			235
Nombre de sites PTME			1 766			1820
Nbre de nouvelles CPN		824 668	824 668			836 433
Taux d'adhésion des femmes enceintes au test de dépistage du VIH		85,67%	85,67%			86,14%
Nombre de femmes enceintes dépistées VIH+		4 872	4 872			5 303

Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu la prophylaxie complète aux ARV		3 226	3 226			2023
Taux d'adhésion des partenaires des femmes enceintes à la PTME	1,57%		1,57%			2,24 %
Nombre de préservatifs vendus et/ou distribués	24 320 856	332 588	24 653 444	6 299 718	2 291 852	8 591 570
Nombre de TS touché par les activités de sensibilisation **		16 250	16 250		17889	17889
Nombre de HSH touché par les activités de sensibilisation **	2 128		2 128	5006		5006
Nombre de personnels de tenue touché par les activités de sensibilisation	-	-	18 419			86 782
Nombre de routiers touché par les activités de sensibilisation **	17 232	14 623	31 855			7684
Nombre d'orpailleurs touché par les activités de sensibilisation **	61 064	45 101	106 165			13 541
Nombre de cas d'IST diagnostiqué et traité	-	-	173 695			190 717
nombre total de personnes dépistées hors sites PTME	60 780	118 261	179 049	120 690	162 584	433 515
taux de séropositivité du dépistage hors sites PTME	-	-	3,36%			1,19%

\*\* Possibilité de toucher plusieurs fois la même personne

Au titre de la prise en charge, on note que le nombre de PVVIH inscrites dans la file active a passé de 76 342 en 2014 à 77 648 PVVIH dont 51 946 femmes en 2015. Quant aux PVVIH sous traitement, elles sont au nombre de 52 248 en 2015 contre 46 623 en fin 2014 (cf tableau ci après).

Le nombre des perdus de vue est de 560 contre 443 en 2014. On note une relative augmentation des cas.

Le nombre de décès a connu une baisse importante passant de 991 en 2014 à 634 en fin 2015 soit près du tiers.

Le tableau ci après illustre cette situation.

Tableau 3 : situation de la prise en charge médicale des PVVIH en 2014 et 2015

Indicateurs	2014			2015		
	H	F	T	H	F	T
Nombre de sites de traitement ARV			100			100
Nombre de PVVIH inscrite dans la file active	24 039	52 303	76 342	21397	51 946	77 648
Nombre de PVVIH sous traitement ARV	13 800	32 823	46 623	15 702	36 546	52 248
Nombre de PVVIH décédé	468	523	991	280	354	634
Nombre de PVVIH déclaré perdu de vue	140	303	443	152	295	447

Dans le domaine du soutien aux PVVIH et personnes affectées, les interventions réalisées au cours de l'année 2015 ont permis d'obtenir des résultats satisfaisants dont les principaux sont :

- ✎ 500 PVVIH ont bénéficié d'assistance financière pour la mise en œuvre des AGR dans le sous-secteur de l'action sociale et 115 PVVIH (87 F et 28 H) dans le secteur communautaire ;
- ✎ 41 086 OEV ont bénéficié de prise en charge diverses (appui psychologique, frais de scolarité ou d'apprentissage, alimentaire,....)

Tableau 4: Récapitulatif des indicateurs GAM

N°	Indicateur	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Objectif N°1 : D'ici à 2020, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle</b>							
<b>Population générale</b>							
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*	<b>Ensemble : 32,35%</b> <b>Question 1 : 85,20%</b> <b>Question 2 : 79,84%</b> <b>Question 3 : 74,87%</b> <b>Question 4 : 50,69%</b> <b>Question 5 : 68,98%</b> (EDS IV, INSD 2010)	<b>Ensemble : 32,35%</b> <b>Question 1 : 85,20%</b> <b>Question 2 : 79,84%</b> <b>Question 3 : 74,87%</b> <b>Question 4 : 50,69%</b> <b>Question 5 : 68,98%</b> (EDS IV, INSD 2010)	<b>Ensemble : 32,35%</b> <b>Question 1 : 85,20%</b> <b>Question 2 : 79,84%</b> <b>Question 3 : 74,87%</b> <b>Question 4 : 50,69%</b> <b>Question 5 : 68,98%</b> (EDS IV, INSD 2010)	<b>Ensemble : 32,35%</b> <b>Question 1 : 85,20%</b> <b>Question 2 : 79,84%</b> <b>Question 3 : 74,87%</b> <b>Question 4 : 50,69%</b> <b>Question 5 : 68,98%</b> (EDS IV, INSD 2010)	<b>Ensemble : 32,35%</b> <b>Question 1 : 85,20%</b> <b>Question 2 : 79,84%</b> <b>Question 3 : 74,87%</b> <b>Question 4 : 50,69%</b> <b>Question 5 : 68,98%</b> (EDS IV, INSD 2010)	<b>Ensemble : 32,35%</b> <b>Question 1 : 85,20%</b> <b>Question 2 : 79,84%</b> <b>Question 3 : 74,87%</b> <b>Question 4 : 50,69%</b> <b>Question 5 : 68,98%</b> (EDS IV, INSD 2010)
1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	<b>7,29%</b> (EDS IV, INSD 2010)					
1.3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	<b>4,98%</b> (EDS IV, INSD 2010)					
1.4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*	<b>28,96%</b> (EDS IV, INSD 2010)					
1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	<b>10,43%</b> (EDS IV, INSD 2010)					
1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*	<b>0,87%</b> (EDS IV, INSD 2010)	<b>0,72%</b> (EDS IV, INSD 2010)				
<b>Professionnel(le)s du sexe</b>							
1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	<b>Numérateur : 26 649</b> <b>Dénominateur : ND</b>	<b>Numérateur : 26 649</b> <b>Dénominateur : ND</b>	<b>Numérateur : 26 649</b> <b>Dénominateur : ND</b>	<b>ND</b>	<b>57,81%</b> <b>Numérateur : 17889</b> <b>Dénominateur : 30945</b>	<b>ND</b>
1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	<b>98,23%</b> (BSS 2010, SP/CNLS-IST)	<b>98,23%</b> (BSS 2010, SP/CNLS-IST)	<b>98,23%</b> (BSS 2010, SP/CNLS-IST)	<b>88,50%</b> (Rapport R2P 2015, PAMAC)	<b>88,50%</b> (Rapport R2P 2015, PAMAC)	<b>88,50%</b> (Rapport R2P 2015, PAMAC)
1.9	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	<b>82,92%</b> (BSS 2010, SP/CNLS-IST)	<b>82,92%</b> (BSS 2010, SP/CNLS-IST)	<b>82,92%</b> (BSS 2010, SP/CNLS-IST)	<b>82,36%</b> (Rapport R2P 2015, PAMAC)	<b>82,36%</b> (Rapport R2P 2015, PAMAC)	<b>82,36%</b> (Rapport R2P 2015, PAMAC)
1.10	Prévalence du VIH chez les professionnelles de sexe	<b>16,40%</b> (BSS 2010,	<b>16,40%</b> (BSS 2010,	<b>16,40%</b> (BSS 2010,	<b>16,19%</b> (Rapport R2P 2015, PAMAC)	<b>16,19%</b> (Rapport R2P 2015, PAMAC)	<b>16,19%</b> (Rapport R2P 2015, PAMAC)

Rapport GAM 2017 du Burkina Faso

N°	Indicateur	2011	2012	2013	2014	2015	2016
		SP/CNLS-IST)	SP/CNLS-IST)	SP/CNLS-IST)			
<b>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</b>							
1.11	Pourcentage d'hommes ayant de rapport sexuel avec d'autres hommes atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	ND	ND	ND	ND	<b>1 8,68%</b> <b>Numérateur : 5 006</b> <b>Dénominateur : 26821</b>	ND
1.12	Pourcentage d'hommes ayant de rapport sexuel avec d'autres hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	<b>58,14%</b> (Etude sur les minorités sexuelle 2010, SP/CNLS-IST)	<b>58,14%</b> (Etude sur les minorités sexuelle 2010, SP/CNLS-IST)	<b>76,26%</b> (Rapport provisoire R2P, PAMAC)	<b>76,26%</b> (Rapport R2P 2015, PAMAC)	<b>76,26%</b> (Rapport R2P 2015, PAMAC)	<b>76,26%</b> (Rapport R2P 2015, PAMAC)
1.13	Pourcentage d'hommes ayant de rapport sexuel avec d'autres hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	<b>100%</b> (BSS 2010, SP/CNLS-IST)	<b>100%</b> (Etude sur les minorités sexuelle 2010, SP/CNLS-IST)	<b>22,19%</b> (Rapport provisoire R2P, PAMAC)	<b>22,19%</b> (Rapport R2P 2015, PAMAC)	<b>22,19%</b> (Rapport R2P 2015, PAMAC)	<b>22,19%</b> (Rapport R2P 2015, PAMAC)
1.14	Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	<b>0,83%</b> (Etude sur les minorités sexuelle 2010, SP/CNLS-IST)	<b>0,83%</b> (Etude sur les minorités sexuelle 2010, SP/CNLS-IST)	<b>3,61%</b> (Rapport provisoire R2P, PAMAC)	<b>3,61%</b> (Rapport R2P 2015, PAMAC)	<b>3,61%</b> (Rapport R2P 2015, PAMAC)	<b>3,61%</b> (Rapport R2P 2015, PAMAC)
<b>Etablissements de santé</b>							
1.15	Nombre d'établissements de santé où le dépistage du VIH et les services de conseil sont disponibles	<b>1 665</b> (Rapport 2011, PTME)	<b>1 723</b> (Rapport 2012, PTME)	<b>1 745</b> (Rapport 2013, PTME)	<b>1 766</b> (Rapport 2014, PTME)	<b>1820</b> (Rapport 2015, PTME)	ND
<b>Conseil dépistage</b>							
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	<b>221 915</b> (Bilan PNM 2011, SP/CNLS-IST)	<b>Femmes enceintes : 548 958</b> <b>Autres : 239 850</b> (Bilan PNM 2012, SP/CNLS-IST)	<b>Femmes enceintes : 649 370</b> <b>Autres : 332 266</b> (Bilan PNM 2013, SP/CNLS-IST)	<b>Femmes enceintes : 706 470</b> <b>Autres : 179 049</b> (Bilan PNM 2014, SP/CNLS-IST)	<b>Femmes enceintes : 719 062</b> <b>Autres : 433 515</b> (Bilan PNM 2015, SP/CNLS-IST)	ND
<b>IST</b>							
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	<b>100,00%</b> (Rapport serosurveillance VIH 2010)	<b>100,00%</b> (Rapport serosurveillance VIH 2011)	<b>100,00%</b> (Rapport serosurveillance VIH 2012)	<b>100%</b> (Rapport serosurveillance VIH 2013)	<b>100%</b> (Rapport serosurveillance VIH 2014)	ND
1.17_2	Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals et qui sont séropositives à la syphilis	<b>1,70%</b> (Rapport serosurveillance VIH 2010)	<b>1,98%</b> (Rapport serosurveillance VIH 2011)	<b>1,7%</b> (Rapport serosurveillance VIH 2012)	<b>1,2%</b> (Rapport serosurveillance VIH 2013)	<b>1,2%</b> (Rapport serosurveillance VIH 2014)	ND
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	<b>100,00%</b> (Rapport serosurveillance VIH 2010)	<b>100,00%</b> (Rapport serosurveillance VIH 2011)	<b>100,00%</b> (Rapport serosurveillance VIH 2012)	<b>100,00%</b> (Rapport serosurveillance VIH 2013)	<b>100,00%</b> (Rapport serosurveillance VIH 2014)	<b>100,00%</b> (Rapport serosurveillance VIH 2015)

N°	Indicateur	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1.17_4	Pourcentage de professionne(le)s du sexe qui sont affecté(e)s par la syphilis active	ND	ND	ND	1,43% (Rapport R2P 2015, PAMAC)	1,43% (Rapport R2P 2015, PAMAC)	1,43% (Rapport R2P 2015, PAMAC)
1.17_5	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui sont affectés par la syphilis active	ND	ND	ND	1,1% (Rapport R2P 2015, PAMAC)	1,1% (Rapport R2P 2015, PAMAC)	1,1% (Rapport R2P 2015, PAMAC)
<b>Objectif 2. : D'ici à 2020, 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	ND	ND	ND
2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2.6	Nombre de personnes bénéficiant de traitement de substitution aux opiacés	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2.7	Nombre de sites ciblés où des programmes d'aiguilles et de seringues sont menés	ND	ND	ND	ND	ND	ND
<b>Objectif 3. : D'ici à 2020, 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	45,58%	38,73%	62,09%	62,99%	60,47%	
3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	28,57%	39,98%	46,83%	49,33%	53,17%	
3.3	Pourcentage estimé d'enfants ayant été infectés par le VIH par des femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois	1,32%	3,56%	5,72%	5,30	4,95%	

N°	Indicateur	2011	2012	2013	2014	2015	2016
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	0,87%	60,48%	82,95%	72,81%	86,93%	
3.5	Pourcentage de femmes enceintes consultant dans les services de soins prénatals, dont le partenaire masculin a été dépisté pour le VIH	1,39%	1,35%	1,44%	1,35%	1,93%	
3.6	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'éligibilité à l'accès au traitement antirétroviral a été évaluée selon les critères cliniques ou immunologiques (numération des CD4)	9,87%	27,45%	ND	ND	ND	
3.7	Pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH, recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) dans les six premières semaines de vie (c'est à dire la transmission en période de postpartum précoce, autour de leurs six premières semaines)	38,56%	26,24%	43,66%	34,97%	74,00%	
3.8	Nourrissons nés de femmes séropositives au VIH, recevant des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH durant la période de l'allaitement au sein	ND	ND	ND	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	33,31%	28,89%	43,66%	32,21%	68,95%	
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)	2 357 Allaitement exclusif 3 02 Allaitement de remplacement	ND	ND	ND	ND	
3.11	Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals au moins une fois durant la période couverte par les données	749 900	771 661	788 892	828 854	836 433	
3.12_1	Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals	1 694	1 770	1 787	1 800	1 853	
3.12_2	Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals, et aussi des services de dépistage et de conseil pour les femmes enceintes	1 620	1 723	1 745	1 766	1 820	
<b>Objectif 4. : D'ici à 2020, assurer un traitement antirétroviral à 20 millions de personnes vivant avec le VIH</b>							
4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès	55,26%	59,68%	37,40%	37,83%	49,1%	

N°	Indicateur	2011	2012	2013	2014	2015	2016
4.2.a	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	76,77%	ND	78,90%	ND	ND	ND
4.2.b	Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH, dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral 24 mois après le début du traitement parmi les patients ayant débuté le traitement antirétroviral	ND	ND	ND	ND	ND	ND
4.2.c	Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH, dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral 60 mois après le début du traitement parmi les patients ayant débuté le traitement antirétroviral en 2006	ND	ND	ND	ND	ND	ND
4.3_1	Nombre d'établissements de santé qui dispensent des traitements antirétroviraux	95	99	100	100	100	100
4.3_2	Nombre d'établissements de santé qui dispensent la thérapie antirétrovirale pédiatrique	45	60	68	78	82	82
4.4	Pourcentage des établissements de santé délivrant des antirétroviraux et ayant connu une rupture de stocks pour au moins un antirétroviral dans les 12 derniers mois	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4.6	Nombre d'adultes et d'enfants éligibles, ayant nouvellement débuté un traitement antirétroviral durant la période couverte par les données	7 282	2 542	3 355	5 395	6	7 337
<b>Objectif 5. : D'ici à 2020, 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	59,95%	84,50%	40,94%	47,88%	78,63 Numérateur : 412 Dénominateur : 524	86,7% Numérateur : 468 Dénominateur : 540
5.2	Nombre d'établissements de santé (dispensant des traitements antirétroviraux) qui respectent des pratiques attestées de lutte contre l'infection, notamment de lutte antituberculeuse	95	99	100	100	100	100
5.3	Pourcentage d'adultes et d'enfants nouvellement pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH et ayant débuté une thérapie contre la tuberculose latente (thérapie préventive par isoniazide)	ND	ND	ND	ND	ND	ND

N°	Indicateur	2011	2012	2013	2014	2015	2016
5.4	Pourcentage d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH, dépistés pour la tuberculose à leur dernière visite	ND	18,97%	57,8%	84,5%	64,64% Numérateur : 31 967 Dénominateur : 49450 Rapport PSSLS 2015	55,78% Numérateur : 76 053 Dénominateur : 136 342 Rapport PSSLS 2016
<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		18 877 735 219 (REDES) 2011	26 159 216 475 (REDES 2012))	25 755 427 657 (REDES 2013)	26 881 794 950 REDES 2014)	
<b>Objectif 7. : Eliminer les disparités entre les sexes</b>							
7.1	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois.	-	11,5% (EDS IV, INSD 2010)	11,5% (EDS IV, INSD 2010)			
<b>Objectif 8 : Eliminer la stigmatisation et la discrimination</b>							
8.1	Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans ayant répondu « Non » ou « Cela dépend » à la question : « Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'un épicier ou d'un vendeur si vous saviez que cette personne est atteinte du virus du SIDA ? »	Femme : 35,5% Homme : 42,9% Ensemble : 37,5	Femme : 35,5% Homme : 42,9% Ensemble : 37,5 (EDS IV, INSD 2010)	Femme : 35,5% Homme : 42,9% Ensemble : 37,5 (EDS IV, INSD 2010)	Femme : 35,5% Homme : 42,9% Ensemble : 37,5 (EDS IV, INSD 2010)	Femme : 35,5% Homme : 42,9% Ensemble : 37,5 (EDS IV, INSD 2010)	Femme : 35,5% Homme : 42,9% Ensemble : 37,5 (EDS IV, INSD 2010)
<b>Objectif 10. : Renforcer l'intégration du VIH</b>							
10.1	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans	-	Orphelins : 52,79% Non-orphelins : 53,10% (EDS IV, INSD 2010)	Orphelins : 52,79% Non-orphelins : 53,10% (EDS IV, INSD 2010)	Orphelins : 52,79% Non-orphelins : 53,10% (EDS IV, INSD 2010)	Orphelins : 52,79% Non-orphelins : 53,10% (EDS IV, INSD 2010)	Orphelins : 52,79% Non-orphelins : 53,10% (EDS IV, INSD 2010)
10.2	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	ND	ND	ND	ND	6932	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)**

**Objectif 1 - D'ici à 2020, assurer un traitement antirétroviral aux PVVIH (indicateurs 1.1 à 1.7, 3.1, 3.2 et 10.1 à 10.10)**

**IND\_1.1 : Personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut (file active)**

En fin 2016, le nombre de PVVIH inscrites dans les registres de traitement ARV est de 82 837 dont 56 087 femmes contre 74 018 PVVIH en 2015. On note une progression de 10,7% par rapport à l'année 2015. Par rapport aux projections de Spectrum qui estimait le nombre de PVVIH à 110 000, c'est donc seulement 82 837 personnes qui connaissent leur statut soit une couverture de 75,30%.

**IND\_1.2 : Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès**

Les structures sanitaires publiques en collaboration avec les structures associatives et confessionnelles et les structures privées ont pu fournir des soins de santé aux personnes vivant avec le VIH/Sida. Le nombre de PVVIH sous traitement ARV est passé de 52 248 en 2015 à 57 178 en 2016. Parmi ces 57 178 PVVIH, 54 676 sont des adultes et 2 502 sont des enfants de moins de 15 ans.

L'objectif du Plan National Multisectoriel (PNM 2016) qui était de couvrir 78% des besoins ARV soit 61 163 PVVIH n'est pas atteint. En effet, seulement 57 178 PVVIH ont bénéficié de traitement ARV au cours de l'année 2016 ; ce qui représente 72,92% des besoins de traitement qui ont été couverts contre 69,55% en 2015.

La plupart des PVVIH sous TARV représentant environ 70% de l'ensemble des PVVIH sont suivies dans les villes de Ouagadougou (région du Centre) et de Bobo-Dioulasso (région des Hauts-bassins)

**IND\_1.3. : 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**

Les données ne sont pas disponibles mais une étude sur la rétention des PVVIH sous traitement, financée par le Projet Fonds Mondial est en cours. Cependant, il ya chaque année une étude sur la surveillance des IAP dans certains centres de prise en charge dont les résultats ne sont que le reflet de la situation de ceux-ci (Cf feuille 1.3).

**IND\_1.4. : Suppression de la charge virale**

Les données ne sont pas disponibles, cependant des dispositions sont prises pour renseigner l'item dans les outils de collecte des données

**IND\_1.5. : Diagnostic tardif des CD4**

Les données ne sont pas disponibles mais les malades sont mis sous traitement lorsque leurs CD4 sont inférieurs à 500. Cependant, 34 814 PVVIH ont bénéficié d'un comptage de CD4 en 2016.

**IND\_1.6 : Ruptures de stocks d'antirétroviraux**

Durant l'année 2016, sur les 100 structures de prise en charge médicale (ARV) des PVVIH, aucun cas de rupture d'ARV n'a été signalé.

**IND\_1.7 : Mortalité liée au VIH**

En 2016, le nombre de décès liés au VIH notifiés était de 634 dont 354 femmes. Ceci représente un taux de létalité de 0,77% (N= 82 733).

**Objectif 2-. D'ici à 2020, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida (indicateurs 2.1 à 2.5 et 5.2)**

**IND\_2.1 : Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie**

Dans le cadre du suivi des enfants nés de mères séropositives, on note qu'en 2016, 32,7% des enfants nés de mères séropositives (N=2 545) ont bénéficié d'un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie contre 53,17% en 2015. La couverture en 2016 est faible et des efforts sont nécessaires pour couvrir tous les enfants nés de mères séropositives.

**IND\_2.2 : Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)**

En fin 2016, sur 2 605 enfants nés de mères séropositives et qui ont été dépistés au VIH, 167 étaient positifs.

**IND\_2.3 : Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant**

En 2016, 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 4 826 contre 4 285 en 2015. Ceci représente 80,43% des mères ayant besoin de PTME estimées par Spectrum (N=6 000) contre 54,77% en 2015.

**IND\_2.4 : Recherche de 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, 859 259 femmes ont été testées dans le cadre de la CPN. Cependant, pour le calcul de la couverture, on a eu recours à une enquête sur les sites sentinelles de sérosurveillance VIH qui donne une prévalence de 0,7% avec N = 7 768.

**IND\_2.5 : Syphilis congénitale**

Les données ne sont pas disponibles. A l'heure actuelle les tests utilisés ne permettent pas de faire le diagnostic de la syphilis congénitale.

**Objectif 3 : D'ici à 2020, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les populations clés (TS, HSH, UDI, Détenus, Transgenre) (indicateur 3.3 à 3.18 et 4.2)**

**IND\_3.1 : Nouvelles infections**

En fin 2016, on note que 7 337 PVVIH dont 5 283 femmes ont été nouvellement dépistées positives et ont débuté le traitement antirétroviral contre 6 932 en 2015. L'incidence annuelle calculée est de 0,39 pour mille (N=18 952 060 qui représente la population en 2016 moins la file active (82 837)).

**IND\_3.2 : Taille des populations clé (TS, HSH, UDI, détenus)**

L'étude R2P de 2013-2014 a fait l'estimation des tailles des populations clés à travers la combinaison des méthodes « capture et recapture », « unique object multiplier », « wisdom of the masses » et « network scales-up ». Les résultats se présentent comme suit : TS : 30 945 ; HSH : 26 821. Quant aux détenus, ils sont estimés à 6 827 (Etude biocomportementale du VIH/SIDA en milieu carcéral auprès des détenus hommes et femmes au Burkina faso en 2014).

**IND\_3.3A : Prévalence du VIH chez les professionnels (le)s du sexe**

Les données de l'étude R2P de 2013-2014, indiquent que la prévalence du VIH dans la population des TS est estimée à 16,19% comparativement à celle de la population générale qui est estimée à 0,80% en fin 2015 (rapport ONUSIDA 2016).

**IND\_3.3B : Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes**

L'étude R2P de 2013, estime la prévalence au sein de la population des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à 3,6% soit près de quatre fois au dessus de la prévalence nationale.

**IND\_3.3C : Prévalence du VIH chez les usagers de drogues injectables**

Données non disponibles mais une étude d'analyse situationnelle sur les usagers de drogue injectable (UDI) est en cours et les résultats sont attendus en 2017.

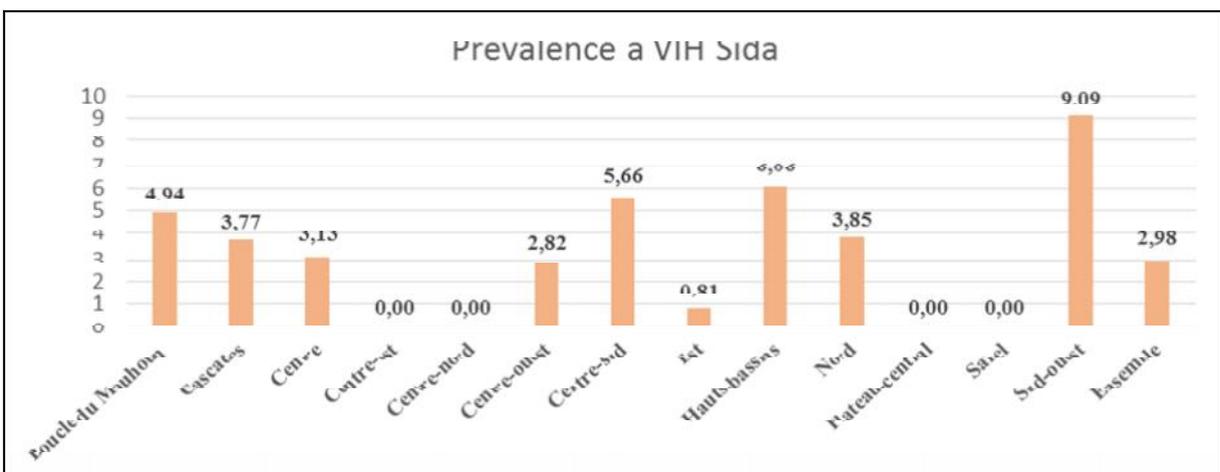
**IND\_3.3D : Prévalence du VIH chez les transgenres**

Données non disponibles.

**IND\_3.3E : Prévalence du VIH chez les détenus**

La plus récente étude a été réalisée en 2014 par le SP/CNLS-IST. Elle a porté sur 1 079 détenus pour la plupart de sexe masculin. Cette enquête d'envergure nationale a eu lieu dans 18 établissements pénitentiaires échantillonnés dans les 13 régions. Le taux de séropositivité était de 2,98% soit 3 fois plus que la prévalence dans la population générale.

Graphique : 4 : Prévalence' du VIH chez les détenus selon les régions



Source: BSS, 2014, CPFM-SP/CNLS-IST

**IND\_3.4A : Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat**

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

**IND\_3.4B : Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat**

Les données de la même étude (R2P) indiquent que 22,19% des HSH ont effectué un test de dépistage VIH au cours des douze (12) derniers mois et ont reçu leur résultat.

**IND\_3.4C : Pourcentage d'usagers 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\_3.4D : Pourcentage de transgenre qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat**

Données non disponibles.

**IND\_3.5A : Couverture antirétrovirale chez les travailleurs (ses) de sexe vivant avec le VIH**

Données non disponibles.

**IND\_3.5B : Couverture antirétrovirale chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes vivant avec le VIH**

Données non disponibles.

**IND\_3.5C : Couverture antirétrovirale chez les usagers de drogues injectables vivant avec le VIH**

Données non disponibles.

**IND\_3.5D : Couverture antirétrovirale chez les transgenres vivant avec le VIH**

Données non disponibles.

**IND\_3.5E : Couverture antirétrovirale chez les détenus vivant avec le VIH**

Données non disponibles.

**IND\_3.6A : Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client**

Selon les données de l'étude R2P de 2013-2014, 88,5% des travailleuses de sexe ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client. On note une tendance similaire de cette pratique aussi bien chez les travailleuses de sexe de moins de 25 ans (87,79%) que chez celles de plus de 25 ans (89,11%).

**IND\_3.6B : Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme**

Les résultats de l'étude R2P de 2013 montrent que 76,26% des enquêtés (HSH) ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal.

**IND\_3.6C : Pourcentage d'usagers de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel**

Données non disponibles.

**IND\_3.6D : Pourcentage de détenus qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel**

Données non disponibles.

**IND\_3.7A : Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH**

L'étude R2P de 2013-2014 montre qu'en ce qui concerne l'accès à la sensibilisation sur les messages clés de prévention du VIH, près d'un tiers (30%) et plus de la moitié (58,2%) des travailleuses de sexe (TS) enquêtées, respectivement à Ouagadougou et à Bobo-dioulasso, ont déclaré avoir participé à des causeries ou à des rencontres de sensibilisation sur le VIH/Sida au cours des 12 derniers mois.

**IND\_3.7B : Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH**

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

**IND\_3.7C : Pourcentage d'usagers de drogues injectables atteints par les programmes de prévention du VIH**

Données non disponibles.

**IND\_3.7D : Pourcentage de transgenres atteints par les programmes de prévention du VIH**

Données non disponibles.

**IND\_3.8 : Sécurité des injections chez les usagers de drogues injectables**

Données non disponibles.

**IND\_3.9 : Distribution de seringues aux usagers de drogues injectables**

Données non disponibles.

**IND\_3.10 : Traitement de substitution aux opiacés chez les usagers de drogues injectables**

Données non disponibles.

**IND\_3.11 : Recherche de syphilis chez les travailleurs (se) du sexe**

Selon l'étude R2P 2013-2014, la prévalence de la syphilis au sein des TS est de 1,4% (N = 1 046) contre 0,7% en population générale en 2015.

**IND\_3.12 : Recherche de syphilis chez les d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes**

Selon l'étude R2P 2013-2014, la prévalence de la syphilis au sein des HSH est de 1,10% (N = 663) contre 0,7% en population générale en 2015.

**IND\_3.13 : Recherche de syphilis chez les détenus**

Données non disponibles.

**IND\_3.14 : Recherche de l'hépatite virale chez les populations clés**

Données non disponibles.

**IND\_3.15 : Prophylaxie préexposition**

Données non disponibles. Les réflexions sur la PrEP sont en cours.

**IND\_3.16 : Couverture circoncision**

Il n'y a pas de programme de circoncision dans le cadre du VIH. Mais elle est pratiquée à grande échelle dans le pays pour des raisons socio culturelles. D'après l'EDS IV, la couverture est de 88,3% environ.

**IND\_3.17 : Couverture de garçons circoncis volontairement**

Données non disponibles.

**IND\_3.18 : 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 à risque**

Les données de l'EDS IV (2010) montrent que parmi les femmes ayant eu des partenaires sexuels multiples au cours des douze derniers mois, 62,3% des femmes ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier partenaire. Les niveaux d'utilisation les plus élevés se situent chez les femmes de 20-24 ans soit un taux de 73,6%.

**Objectif 4 : D'ici à 2020, réduire à zéro la discrimination lié au VIH et la violence basée sur le genre (indicateur 4.1 à 4.3)**

**IND\_4.1 : Discrimination et stigmatisation envers les PVVIH**

Selon l'EDS IV, seulement 38% des enquêtés (âgé de 15 à 49 ans) font preuve de tolérance envers les PVVIH. Par ailleurs, ces données montrent que les hommes (43%, N = 7 178) seraient plus tolérants que les femmes (36%, N = 16 798).

**IND\_4.2.A : Non fréquentation des services par les travailleurs (ses) du sexe à cause de la stigmatisation/discrimination**

Données non disponibles.

**IND\_4.2.B : Non fréquentation des services par les d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à cause de la stigmatisation/discrimination**

Données non disponibles.

**IND\_4.2.C : Non fréquentation des services par les aux usagers de drogues injectables à cause de la stigmatisation/discrimination**

Données non disponibles.

**IND\_4.2.D : Non fréquentation des services par les transgenres à cause de la stigmatisation/discrimination**

Données non disponibles.

**IND\_4.3 : Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois**

Selon les résultats de l'EDS IV (2010), 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.

**Objectif 5 : D'ici à 2020, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle (indicateur 5.1 à 5.2)**

**IND\_5.1 : Connaissance des jeunes sur la prévention**

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. Concernant 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\_5.2 : Satisfaction des besoins des familles en méthodes modernes de planification**

Selon l'EDS IV 2010, les besoins satisfaits en matière de planification familiale (méthodes modernes de planification) s'élèvent à 37,2% (N=13 563) au sein des femmes en âge de procréer (15 -49 ans).

**Objectif 8 : atteindre un niveau important de dépenses annuelles et mondiales dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires**

**IND\_8.1 : Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement**

Données non disponibles : celles de 2015 et 2016 sont en cours d'élaboration.

**Objectif 10 : VIH et autres maladies (indicateur 10.1 à 10.10)**

**IND\_10.1 : Traitement concomitant de la tuberculose et du VIH**

En ce qui concerne la recherche du VIH chez les tuberculeux, on note en 2016 que sur 5 918 patients tuberculeux vus en consultation, 5 604 ont été testés soit une couverture de 94,69%. Parmi les personnes testées, 540 sont positifs et 468 reçoivent à la fois le traitement antituberculeux et le traitement VIH.

**IND\_10.2 : Proportion de PVVIH nouvellement enrôlés ayant bénéficié de la recherche active de tuberculose**

En 2016, sur 136 342 consultations, 76 053 consultations ont fait l'objet d'une recherche active de TB soit 55,78%. Parmi ceux-ci, 327 cas de tuberculose ont été dépistés soit une proportion de 0,43% contre 1,65% en 2015.

**IND\_10.3 : Proportion de PVVIH nouvellement enrôlés qui ont commencé un traitement préventif à l'isoniazide**

Données non disponibles. Un projet pilote est en cours.

**IND\_10.4 : Ecoulement urétral chez l'homme**

Au cours de l'année 2016, on note que 27 952 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 = 10 021 247), l'incidence est de 0,28%.

**IND\_10.5 : Proportion de la gonococcie chez les hommes**

Données non disponibles car le système utilise l'approche syndromique.

**IND\_10.6 : Test de l'hépatite B chez les PVVIH**

Données non disponibles.

**IND\_10.7 : Traitement des coinfections HIV-HBV**

*Données non disponibles.*

**IND\_10.8 : Test de l'hépatite C chez les PVVIH**

*Données non disponibles*

**IND\_10.9 : Traitement des coinfections HIV-HCV**

*Données non disponibles.*

**IND\_10.10 : Recherche du cancer du col de l'utérus chez les femmes 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 30%) au financement des activités de lutte contre le VIH/Sida et les IST.

#### **4.3. Intensification des programmes efficaces de prévention**

Au cours de l'année 2016, 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 progrès éventuels réalisés pour apporter des mesures correctives aux principaux obstacles rencontrés

Les mesures correctives suivantes ont été apportées aux obstacles :

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

Peu d'études ont été réalisées en 2016. Seules les études réalisées en 2013 par le PAMAC auprès des HSH et TS et l'extension de la même étude dans trois autres villes du Burkina en 2014 sur les TS ont été exploitées dans le cadre de l'élaboration du présent rapport. L'étude récente sur les détenus réalisé en 2014 et l'enquête de sérosurveillance du VIH de 2015 auprès des femmes enceintes ont été également exploités. Par ailleurs, l'étude sur la transmission résiduelle du VIH de la mère à l'enfant est en cours de réalisation ;

- *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 77% par des structures sanitaires publiques.

Cependant, le nombre de sites de prise en charge médicale des PVVIH est resté stationnaire (100 sites entre 2011-2016).

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 du logiciel ESOPE dans les structures de prise en charge médicale, contribuera beaucoup à une meilleure collecte, traitement et transmission des données.

- *Concernant la disponibilité des données pour le rapport GAM 2017*

Dans le cadre de la production du rapport GAM 2017, l'équipe technique a eu quelques difficultés liées à :

- La non validation des données de certaines structures clés ;

- La compréhension de certains items ;
- La non disponibilité de certaines informations qui ne sont pas prises en compte dans les outils de collecte des données.

## **5.2. Les obstacles rencontrés au cours de la mise en oeuvre des interventions en 2016**

Au cours de l'année 2016, les principales contraintes rencontrées dans la mise en oeuvre des interventions ont été l'insuffisance et le retard des financements accordés aux structures de mise en oeuvre 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.

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

En vue de solutionner les difficultés ci-dessus mentionnées pour le respect des engagements pris lors de la rencontre de haut niveau des Nations Unies sur le VIH/sida tenue à New York en Juin 2016, les mesures correctives ci-après seront mises en oeuvre :

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

# **VI. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT**

## **6.1. Appui technique**

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

- 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 2016, compte tenu du contexte international et de la situation nationale, la mobilisation des ressources n'a pas été à la hauteur des attentes. On note cependant la contribution remarquable du budget de l'Etat au financement des interventions de lutte contre le VIH/Sida et les IST.

# **VII. ENVIRONNEMENT DE SUIVI ET D'ÉVALUATION**

## **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 fonctionnalité de la base de données du SP/CNLS-IST ;
- le logiciel ESOPE pour le suivi des patients sous ARV ;
- la base de données « Endos » du ministère de la santé.

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).

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

- l'insuffisance dans la collecte et la transmission des données non santé, entraînant un faible niveau de promptitude et de complétude des rapports techniques et financiers ;
- la faiblesse des ressources pour le financement des enquêtes de surveillance et des études ;
- l'insuffisance d'équipements informatiques pour l'opérationnalisation du logiciel ESOPE ;
- l'insuffisance de la rétro-information aux acteurs ;
- l'insuffisance de coordination des différents sous systèmes chargés de suivi-évaluation ;
- la faible disponibilité des ressources humaines compétentes pour assurer le suivi évaluation au niveau décentralisé (mobilité des personnes formées, faible motivation des acteurs concernés) ;
- l'insuffisance de ressources financières et humaines pour opérationnaliser le système de suivi évaluation au niveau des antennes régionales du SP/CNLS-IST ;
- le faible niveau de fonctionnalité des cadres de concertation pour le suivi-évaluation ;
- la persistance de la diversité des systèmes et des outils de suivi-évaluation ;
- l'insuffisance du mécanisme de contrôle de la qualité des données.

### **7.2. Les mesures correctives prévues pour surmonter les difficultés**

L'UC-PSE prévoit :

- de déployer et renseigner les bases de données du SP/CNLS-IST au niveau régional et sectoriel ;
- d'organiser des séances trimestrielles de validation des données, à l'occasion de laquelle, chaque structure présentera ses données ;
- de 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 ;
- de faire le plaidoyer pour le financement conséquent du plan d'action de suivi évaluation ainsi que la réalisation régulière des études.

### **7.3. Besoins en matière de suivi et d'évaluation en assistance technique et de renforcement des capacités**

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

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

Tableau 5: besoins par composante clé

Composantes	Constats	Défis	Besoins
<b>4 : Plan National, Multisectoriel de S&amp;E du VIH</b>	insuffisance dans la mise en œuvre du Plan National de suivi évaluation du CSN-SIDA 2016-2020	<i>Mettre un accent sur la culture du suivi évaluation au niveau des acteurs</i>  <i>plaidoyer pour le financement conséquent des activités de suivi évaluation.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appui à l'opérationnalisation du Plan National de suivi évaluation du CSN-SIDA 2016-2020</li> <li>- Appui technique et financier pour la mise en œuvre du plan national de suivi évaluation</li> </ul>
<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>	Plaidoyer fort de l'ONUSIDA pour que le suivi évaluation soit mieux doté en ressources humaines et financières
<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 permettant de collecter les données essentielles</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appui technique pour la définition de la matrice de S&amp;E du CSN-SIDA 2016-2020</li> <li>- Renforcement de la structure régionale avec un chargé de suivi évaluation et un mécanisme de collecte des données au niveau plus bas.</li> </ul>
<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appui pour la production des outils de contrôle de la qualité des données et d'un manuel de procédure pour les audits ;</li> <li>- Appui financier pour la tenue des rencontres de validation des données par le GTSE et les GTR/SE ;</li> <li>- Appui financier pour l'intensification des activités de suivi/supervision des acteurs de terrains</li> </ul>

**ANNEXES**

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

<b>N° Ordre</b>	<b>Nom et prénom(s)</b>	<b>Tél</b>	<b>STRUCTURE</b>
<b>STRUCTURES PUBLIQUES</b>			
1.	Dr Didier Romuald BAKOUAN	50 30 66 22	SP/CNLS-IST
2.	Mme Dabou Irène TRAORE	70 14 20 90	SP/CNLS-IST-UCPSE
3.	Dr. Mamadou SOKEY	70 31 03 34	SP/CNLS-IST-UCPSE
4.	M. Hervé YAMEOGO	78 39 42 29	SP/CNLS-IST-UCPSE
5.	M. Paul BAMBARA	70 11 41 13	SP/CNLS-IST-UCPSE
6.	Mme SOURABIE Rachel	76 66 83 03	SP/CNLS-IST-UCPSE
7.	M. Aboubacar OUANE	76 61 42 22	SP/CNLS-IST-UCPSE
8.	M. Roger P. ZOMBRE	70 04 83 70	SP/CNLS-IST-UCPSE
9.	M. Yéripaguiba MANDIBIGA	71 02 61 10	SP/CNLS-IST-UCPSE
10.	Mme Alice SANON	70 24 42 16	SP/CNLS-IST-DCCRO
11.	Dr Augustine DEMBELE / TRAORE	70 60 21 67	SP/CNLS-IST-DSS
12.	M.Arthur POIMOURIBOU	70 28 47 00	SP/CNLS-IST-DET
13.	M Issa Natünmanégré ROMBA	70 74 02 90	SP/CNLS-IST-AR-CENTRE
14.	Mme Flore OUEDRAOGO	70 43 11 64	INSD
15.	Dr. Seydou KABORE	70 84 04 74	PNT
16.	Dr. Nadia YAMEOGO	70 76 93 72	DSF
17.	Mme Coumbo DAO / DIALLO	76 24 22 00	DSF
18.	M. Abdoulaye COULIBALY	70 95 31 95	PSSLS-IST
19.	Dr. Zamiéta ZAMBELONGO	70 67 73 19	PSSLS-IST
20.	M. Moussa SAM	70 28 29 43	CMLS/ MASSN
<b>SOCIETE CIVILE</b>			
21.	Dr Benoît Césaire SAMADOULOUYOU	70 65 15 71	PAMAC
22.	M. Lassané SIMPORE	70 29 65 16	IPC
<b>23. PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS</b>			
24.	Dr André KABORE	70 20 66 28	ONUSIDA
25.	Dr Babou BAZIE	70 85 07 53	OMS
26.	Dr Mireille Cissé	70 24 71 23	UNICEF

**Annexe 2 : 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

**11<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 25 mai 2012

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

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

**12<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 07 mai 2013

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

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

**13ème session ordinaire du CNLS-IST**

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

**Date :** vendredi 16 mai 2014

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

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

**14ème session ordinaire du CNLS-IST**

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

**Date :** jeudi 26 mars 2015

**Lieu :** Salle polyvalente de la Présidence du Faso

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

**15ème 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) sur 130