



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

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

RAPPORT UNGASS 2010 DU BURKINA FASO

**SUIVI DE LA DECLARATION D'ENGAGEMENT
SUR LE VIH/SIDA**

Mars 2010

Table des matières

I. APERÇU DE LA SITUATION.....	3
II. APERÇU DE L'EPIDEMIE DE SIDA.....	9
2.1. Prévalence en population générale.....	9
2.2. Données de surveillance sentinelle.....	9
2.3. Prévalence au sein des groupes spécifiques.....	10
2.4. Cas de SIDA.....	12
III. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA.....	13
3.1. Prévention.....	19
3.2. Traitement.....	19
3.3. Soins et soutien.....	22
3.4. Connaissances et changements intervenus dans les comportements.....	22
3.5. Atténuation de l'impact.....	25
IV. MEILLEURES PRATIQUES.....	26
V. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES.....	29
VI. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT.....	32
VII. ENVIRONNEMENT DE SUIVI ET D'EVALUATION.....	32
ANNEXES.....	36
ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES IMPLIQUEES.....	37
ANNEXE 3 : HISTORIQUE DE LA TENUE DES SESSIONS DU CNLS-IST.....	38
SIGLES UTILISES.....	40

I. Aperçu de la situation

a) Degré de participation des parties prenantes

L'élaboration du rapport UNGASS 2010 coordonnée par le SP/CNLS-IST a impliqué toutes les parties prenantes de la lutte contre le SIDA que sont le secteur public (secteur santé et secteur non santé), les organisations de la société civile, le secteur privé, les partenaires au développement (multilatéraux et bilatéraux) et les ONGs internationales.

L'équipe technique était constituée de personnes ayant des compétences pour la collecte des différents indicateurs. La majorité des membres (57,9%) ont participé à la collecte de données et à la rédaction du rapport UNGASS 2008, ce qui a été un atout pour l'élaboration du rapport 2010.

Au total 30 représentants du secteur public, 6 des organisations de la société civile, des ONG internationales et 5 partenaires au développement ont pris part au processus. Les listes de présence jointes en annexe renseignent sur les structures, fonctions et adresses des différentes parties prenantes.

b) Situation actuelle de l'épidémie

L'épidémie du VIH au Burkina Faso est de type généralisée. Sur la base de la sérosurveillance sentinelle, la prévalence globale du VIH chez les 15 à 49 ans est passée de 2,7% en 2006 à 2,3% en 2007 et à 2,0% en 2008. La tendance générale est à la stabilisation depuis 2005. En termes de répartition spatiale, les sites situés en zone urbaine ont une plus forte prévalence que les sites situés en zone rurale soit 3,1% VS 0,4% en 2008. La prévalence la plus élevée en 2008 est a été retrouvée dans la ville de Koudougou avec un niveau de 4,2%. En 2006 et 2007 c'était la capitale Ougadougou qui détenait le niveau le plus élevé en prévalence avec respectivement 5,9% et 5,1%. La prévalence reste toujours élevée au sein de certains groupes spécifiques tels que les professionnelles du sexe avec un taux de 16,3% en 2005, selon l'Enquête de prévalence IST/HIV et des comportements sexuels auprès des travailleuses de sexe et leurs clients à Ouagadougou, Burkina, juin 2006.

Concernant la situation de la séroprévalence, selon le rapport 2008 de l'ONUSIDA, la prévalence moyenne de l'infection à VIH au sein de la population adulte du Burkina Faso est estimée à 1,6% en fin 2007, dans un intervalle [1,4-1,9]. Les autres données se présentent comme suit :

- 130 000 personnes vivant avec le VIH,
- 120 000 adultes vivant avec le VIH, dont 61 000 sont des femmes,
- 10 000 enfants
- 10 000 décès dus au sida,
- 100 000 enfants estimés orphelins du fait du SIDA.

Les efforts se poursuivent pour réduire la transmission du VIH, par le renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH et des IST et la promotion du conseil dépistage volontaire pour la période 2009-2010.

Les résultats atteints à ce jour en termes de réduction de la propagation du VIH et d'élargissement de l'offre de services liés au VIH témoignent de plusieurs années d'efforts entrepris depuis 1987. D'une vision restreinte de la riposte, le pays est allé progressivement vers des options multisectorielles, engageant de ce fait toutes les composantes sociales et professionnelles dans la réponse nationale avec le soutien important des partenaires techniques et financiers.

c) La riposte au plan politique et programmatique

Les années 2006, 2007, 2008 et 2009 ont permis de consolider les acquis du Cadre Stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2001-2005 par la mise en œuvre du Cadre Stratégique pour la période 2006-2010.

Les objectifs du Cadre Stratégique 2006-2010 en matière de prévention et de prise en charge sont en droite ligne avec ceux de l'accès universel à savoir :

- réduire d'au moins 25% le pourcentage de nouvelles infections à VIH et des IST dans les groupes cibles prioritaires de 2006 à 2010 ;
- réduire l'incidence des IST de 10% par an de 2006 à 2010 ;
- porter à 80% l'accès au CDV de la population ;
- assurer la couverture en soins et conseils dans les structures de soins et hôpitaux de jour selon les directives nationales pour 100% des personnes dépistées positives ;
- assurer le traitement par les ARV, à au moins 90% des PVVIH dont l'état de santé le nécessite.
- assurer le soutien psychosocial, économique et spirituel à au moins 60% des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques qui en ont besoin ;
- assurer la protection juridique des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques victimes de stigmatisation et de discrimination.
- accroître les capacités organisationnelles et fonctionnelles d'au moins 80% des institutions, services, ONG et associations/OBC impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- impliquer au moins 80% des partenaires techniques et financiers identifiés dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- assurer la surveillance de l'épidémie, le suivi-évaluation et la promotion de la recherche.

Les principaux résultats de la riposte pour la période 2006-2009 sont les suivants :

❖ Dans le domaine de la prévention :

- La promotion du préservatif réalisée de manière spécifique ou lors des campagnes d'IEC a permis de maintenir un bon niveau en termes financier de vente des préservatifs masculins et féminins qui représentent 3,5% du total des préservatifs vendus et distribués. Pour diverses raisons, le nombre de préservatifs écoulés a

baissé en termes de volume de 20% passant de 22 165 880 en 2008 à 17 293 304 en 2009 dont 600 000 préservatifs féminins.

- Dans le cadre de la mise en œuvre des activités ciblées, le SP/CNLS-IST a signé des contrats de partenariat avec des ONG pour l'exécution d'interventions ciblées au compte des financements du Panier commun sida (PCS). Ces interventions ont touché les PVVIH, les TS, les jeunes ainsi que d'autres cibles prioritaires (OEV, orpailleurs, routiers, prisonniers, filles du secteur informel, veuves, veufs, etc.). Au total environ 689 544 personnes ont été touchées par les activités de sensibilisation dans le cadre des interventions ciblées du PCS.
A ce résultat s'ajoutent ceux des autres interventions réalisées par divers acteurs au profit des groupes spécifiques ce qui amènent le nombre de personnes touchées à environ 750 000.
- La promotion de la santé de la reproduction/santé sexuelle :
La coordination des activités de promotion de la SR dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST a été marquée en 2009 par l'organisation de sessions de travail et d'ateliers avec les acteurs clés en vue de l'élaboration d'un plan d'actions pour une meilleure intégration de la SR et du VIH.
Ainsi, en collaboration avec la DSF, le SP/CNLS-IST avec l'appui du projet UNFPA a fait l'état des lieux en matière de promotion de la SR, dégagé les perspectives pour améliorer l'intégration de la Santé de la reproduction et du VIH. L'ébauche d'un plan d'actions pour l'intégration et l'établissement de liens entre SR et VIH a été proposée. Par ailleurs, deux cadres du SP/CNLS-IST et de la DSF ont bénéficié de deux formations à Tunis sur :
 - La communication pour le changement de comportement dans le domaine de la SS/SR axée sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile ;
 - le développement d'une stratégie en santé sexuelle et reproductive axée sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile.
- La Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) : Outre la couverture de l'ensemble des districts sanitaires (63), le nombre de sites a connu une hausse de 57,8% passant de 803 sites en 2008 à 1267 sites en 2009. Ceci représente 81% des formations sanitaires éligibles à la PTME en fin 2009 (1 564), soit une performance au-delà de l'objectif national fixé à 70%. Le nombre de femmes bénéficiaires de la PTME a été de 310 583, soit un taux d'adhésion de 50,9% si l'on rapporte ce chiffre aux femmes vues en CPN (609 632). Le taux de séropositivité chez les femmes vues en PTME a été estimé à 1,5%.
- Le renforcement du Conseil Dépistage Volontaire (CDV) au niveau des structures sanitaires et communautaires : Au cours de l'année 2009, 271 791 personnes ont bénéficié de conseils et test volontaires. Sur ces personnes, 7 334 personnes ont été dépistées séropositives soit un taux de prévalence de 2,7% contre 3,6% en 2008.

Dans l'ensemble la proportion des personnes dépistées séropositives en stratégie fixe est de 7,4% contre 7,6% en 2008. Cependant les femmes participent plus que les hommes aux tests de dépistage. Le nombre de centres CDV a augmenté passant de 116 en 2006 à 218 en fin 2008. Le nombre de districts sanitaires ayant des centres de CDV est passé de 37 en 2006 à 40 en fin septembre 2007.

- Le renforcement du traitement précoce des IST : Concernant les infections sexuellement transmissibles, 49 377 cas ont été dépistés et traités au cours de

l'année 2009 dont 14,9% chez des jeunes de 15-24 ans. Au niveau des adultes, les cas survenus chez les femmes représentent 85,2% du total des douleurs pelviennes comme syndrome prédominant.

■ .

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

On note une 'augmentation du nombre de patients sous traitement ARV avec 12 842 en fin 2006, 17 263 en fin 2007, 21 103 en fin 2008 et 26 448 en fin Décembre 2009.

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

Concernant les groupes vulnérables, 3 200 enquêtes sociales ont été menées pour s'assurer de leurs conditions de vie et établir leurs besoins. Le soutien a concerné 96 562 OEV.

Dans le cadre du soutien aux PVVIH, 4 600 groupes de parole ont été organisés au profit de 38 235 personnes ainsi que 2 800 repas communautaires au profit de 37 621 PVVIH.

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

Le plaidoyer pour une plus grande implication des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux s'est poursuivi au cours de l'année 2009 et a permis de maintenir et d'améliorer la qualité et la performance de la réponse nationale.

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

Les efforts déployés au cours de l'année 2009 ont visé le renforcement global du système de collecte des données, l'amélioration du traitement des données en vue de produire l'information stratégique ainsi que la documentation et la promotion des meilleures pratiques y compris la recherche.

d) Tableau N°1 : Récapitulatif des indicateurs

N°	Indicateurs	NIVEAU 2008	NIVEAU 2010
Engagement et actions au plan national			
1	Dépenses intérieures et internationales relatives au SIDA par catégorie et sources de financement (NASA 2009) en FCFA	21 284 159 059	25 164 729 414
2	Indice Composite des Politiques Nationales (Domaines : Sexospécificité, Programmes sur les lieux de travail, Stigmatisation et Discrimination, Prévention, Soins et soutien, Droits de la personne, participation de la société civile, Suivi-Evaluation)	Partie A : 80,0% Partie B : 52,0%	Partie A : 80,0% Partie B : 70,0%
Programmes nationaux			
3	Pourcentage de dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	66,0 %	100 %
4	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous ARV	48,1%	47,03%
5	Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des ARV pour réduire le risque de transmission Mère -Enfant	7,7%	31,65%
6	Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	0,7%	3,82%
7	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	20,6%	20,6%
8	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	(PS) : 94,0% (MSM) : ND	(PS) : 94,0% (MSM) : 100,0%
9	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre (TS) (2008)	36,69%	36,69%
10	Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0- 17 ans) vivant dans les foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	5,10 %	4,60 %
11	Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	Ensemble : 1,1% dont : Primaire : 0,0 % Secondaire : 2,9%	Ensemble : 9,60% dont : Primaire : 9,73 % Secondaire : 8,28%
Connaissances et Comportements			
12	Scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10-14 ans	55,9% et 48,8%	55,9% et 48,8%
13	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus (OMD)	Ensemble : 45,2%	Question 1 : 71,65% Question 2 : 69,19% Question 3 : 76,15% Question 4 : 49,79% Question 5 : 73,07% Ensemble : 24,87%

14	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus (OMD)	ND	ND
15	Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 - 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	5,5%	8,19%
16	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents	7,2%	13,06%
17	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (OMD)	37,9%	69,59%
18	Pourcentage de professionnel(le) s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	98,9%	98,9%
19	Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin	ND	51,90%
20	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	ND	ND
21	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés la drogue	ND	ND
Indicateurs d'Impacts			
22	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 - 24 ans infectés par le VIH (OMD)	1,31%	1,31%
23	Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque (PS)	8,9%	16,3%
24	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	73,3%	82,61%
25	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	ND	3,5%

II. Aperçu de l'épidémie de sida

Le Burkina Faso est dans une situation d'épidémie généralisée avec une prévalence estimée à 1,6% en 2007 selon le Rapport ONUSIDA 2008.

La tendance de la prévalence est à la stabilisation voire à la baisse selon les estimations de l'OMS/ONUSIDA avec respectivement 2,1% en 2001 et 1,6% en 2007 (cf rapport ONUSIDA 2008). Dans certaines populations, la prévalence reste élevée. C'est le cas des travailleuses du sexe avec 16,3% en 2005.

2.1. Prévalence en population générale.

En rappel, la prévalence du VIH en population générale au Burkina Faso en 2007 selon des données de l'ONUSIDA est de 1,6%.

L'EDS réalisée en 2003 avait révélé une prévalence de 1,8% pour l'ensemble des 15-49 ans avec 1,8% chez les femmes et 1,9% chez les hommes.

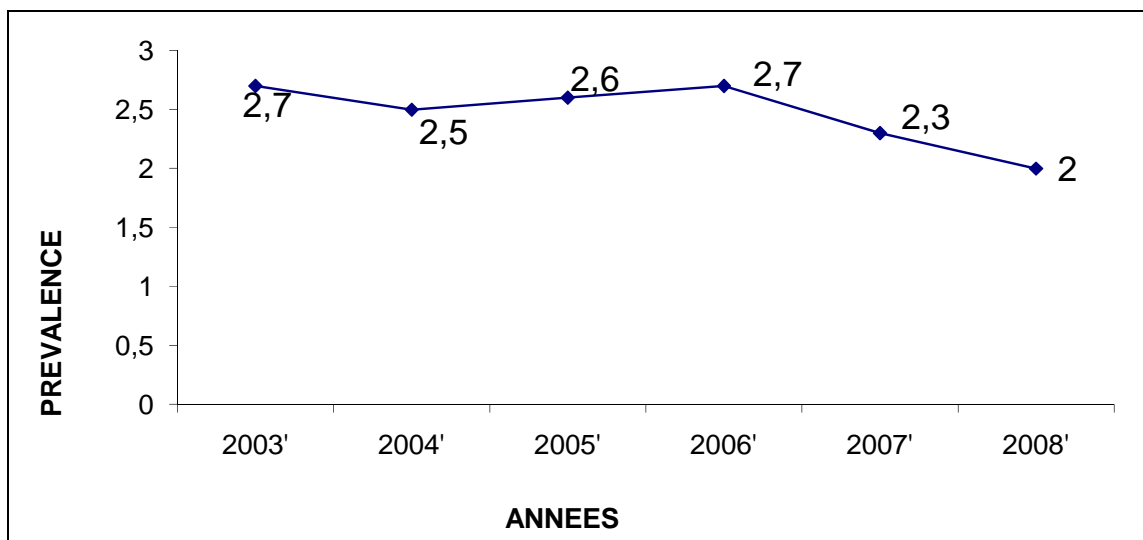
2.2. Données de surveillance sentinelle

La prévalence globale du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans est de 2,0% avec un intervalle de confiance de [1,8 - 2,4] en 2008. La prévalence du VIH en milieu urbain chez les 15 – 49 ans est de 3,1% [2,6-3,6] avec des extrêmes allant de 0,9 (Fada) à 4,2 (Koudougou). La prévalence en milieu rural est de 0,4% [0,2-0,7] avec des extrêmes allant de 0% [0,0-1,2] à Sindou à 0,9% [0,3-2,3] à Kaya.

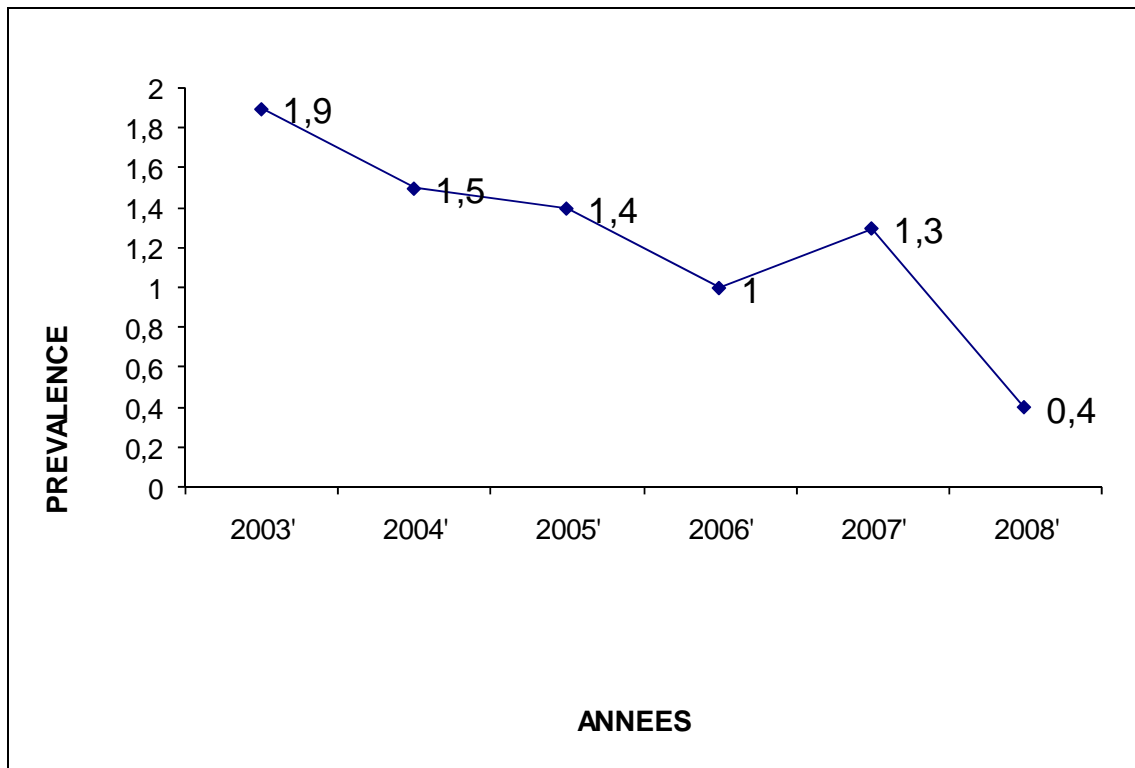
Chez les femmes enceintes âgées de 15 - 24 ans, la prévalence en milieu urbain du VIH est de 2% [1,5-2,6]. Elle est de 0,3 [0,1-0,8] en milieu rural.

On note une tendance à la stabilisation de la prévalence du VIH aussi bien chez les 15-49 ans que chez les 15-24 ans depuis 2003.

Graphique N°1 : Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans dans les sites sentinelles de 2003 à 2008 au Burkina Faso



Graphique N° 2: Evolution du taux de prévalence chez les femmes enceintes dans la tranche d'âge 15-24 ans de 2003 à 2008 au Burkina Faso



2.3. Prévalence au sein des groupes spécifiques

2.3.1. Prévalence chez les Professionnelles du sexe (PS) et leurs clients

En attendant les résultats de l'enquête auprès des PS en cours de réalisation, nous reconduisons les données du rapport UNGASS 2008.

Les études réalisées en 2003 et 2005 par le projet SIDA 3 montrent que la prévalence du VIH a baissé chez les professionnelles du sexe de 20,8% (2003) à 16,3% en 2005 ; chez les clients la prévalence était de 1,6%. Pour la période 2006-2007, aucune enquête n'a été réalisée pour ce groupe cible.

2.3.2. Données de la co-infection TB-VIH

De Janvier à Décembre 2008, 3972 nouveaux cas de tuberculose ont été enregistrés dont 3310 cas testés pour le VIH soit un taux de 83,33%. Pour l'année 2009, la proportion de nouveaux cas de tuberculose testés est de 88,51% soit 3904 cas testés sur 4411 cas enregistrés. L'adhésion des malades tuberculeux au test VIH s'est sensiblement améliorée en 2009 comparativement à 2008. Sur ces deux années, cette proportion de tuberculeux testés est au delà des 80% recommandé par l'OMS. Parmi les cas testés pour le VIH en 2008 et 2009, respectivement 716 cas et 782 cas se sont révélés positifs soit un taux de séropositivité de 22,96% en 2008 et 20,30% en 2009. La prévalence du VIH parmi les malades tuberculeux reste relativement stable. Quant à la prise en charge des cas, la proportion des tuberculeux infectés par le VIH bénéficiant de la prophylaxie au cotrimoxazole est passée de 94,21% en 2008 à 98,21% en 2009. 326 cas en 2008 et 402 cas en 2009 ont bénéficié de la thérapie ARV soit une proportion de 42,89% en 2008 et 50,63% en 2009.

On retrouve pratiquement ces mêmes proportions de cas testés, de co-infectés, de co-infectés bénéficiant de la prophylaxie par cotrimoxazole et de la thérapie ARV pour l'ensemble des malades tuberculeux enregistrés y compris les cas en retraitement et suivis dans les formations sanitaires. On a recensé 864 co-infectés TB/VIH en 2008 dont 370 sous ARV et 981 en 2009 dont 503 cas sous ARV.

2.3.3. Donneurs de sang

De janvier 2009 à décembre 2009, les quatre CRTS ont collecté 51 268 poches de sang dont 50 361 ont été sécurisées à travers le dépistage systématique des quatre marqueurs selon les méthodes des bonnes pratiques de qualification des dons de sang.

2.3.4. Conseil dépistage Volontaire

En termes de dépistage volontaire, les données du Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (PAMAC) donnent les résultats suivants :

Au cours de l'année 2009, 271 791 personnes ont bénéficié de conseils et tests volontaires, parmi lesquelles 7 334 ont été dépistées séropositives soit un taux de 2,7% contre 3,6% en 2008.

Dans l'ensemble la proportion des personnes dépistées séropositives en stratégie fixe est de 7,4% contre 7,6% en 2008. Cependant, les femmes participent plus que les hommes aux tests de dépistage.

En stratégie avancée les femmes adultes sont plus infectées (1,9%) que les hommes (1,4%). Ce constat est aussi valable pour la catégorie d'âge de 15 à 24 ans (0,6% pour les filles et 0,3% pour les garçons). De manière générale la séropositivité chez les adolescents et les jeunes est inférieure à 1% quelque soit le sexe.

La stratégie mobile semble être celle qui touche plus les hommes que les femmes (13 269 femmes contre 14 642 hommes). Cependant, la proportion la plus forte des personnes dépistées positives s'enregistre chez les femmes (1,6 contre 0,7% pour les hommes). La séropositivité de cette catégorie en moyenne est de 1,1%.

Les résultats de la campagne régionale ciblée donnent un taux de séropositivité de 1,8%.

Pour la campagne JMS 2009, 94 007 tests ont été réalisés. Le taux de séropositivité est de 1,5% en 2009 contre 2,1% en 2008.

2.4. Cas de SIDA

2.4.1. Données de morbidité :

En 2006, les services de santé ont notifié 5 144 cas de SIDA. Parmi ces cas enregistrés, on dénombre 1 835 hommes et 3 309 femmes soit respectivement 36% et 64% des cas. Le sexe ratio est de 0,55. En 2007, 7 012 cas ont été enregistrés avec 33,55 % d'hommes et 66,45% de femmes.

En 2008, les services de santé ont notifié 5 136 nouveaux cas de Sida dont 63,53% de femmes (3 263) et 36,47% d'hommes (1973). On note une évolution en dents de scie entre 2006 et 2008. Près de 2/3 des cas notifiés sont de sexe féminin.

2.4.2. Données de mortalité :

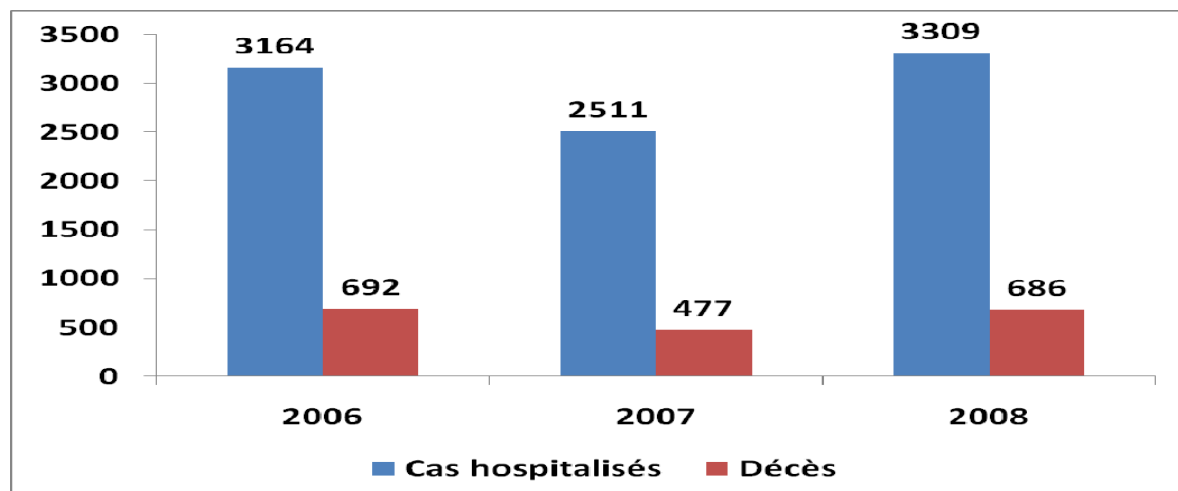
Un total de 3 164 cas de SIDA a été hospitalisé dans les districts et les hôpitaux en 2006. Parmi ces patients, 692 sont décédés soit 21,9%.

Au cours de l'année 2007, 2 511 cas de Sida ont été hospitalisés avec 477 décès soit un taux de létalité de 19%. En 2008, ce sont 3 309 cas de Sida qui ont été hospitalisés avec 686 décès soit un taux de 20,7%.

On note une évolution en dents de scie des cas hospitalisés entre 2006 et 2008 mais avec un taux de létalité qui est resté relativement stable sur la même période.

Le taux de létalité des enfants de moins d'un an a également connu une évolution en dent de scie passant de 11,4% en 2006 à 42,1% en 2007 puis à 32,1% en 2008.

Graphique N° 3 : Evolution des cas hospitalisés et des décès de 2006 à 2008 au Burkina Faso



III. Riposte nationale à l'épidémie de sida

IND_1. Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement

L'estimation des flux de ressources et dépenses de sida pour l'année 2008 s'élève à la somme de 25,16 milliards de F.CFA, soit 52,98¹ millions USD contre 21,04 milliards de F.CFA en 2007 représentant 42,57 millions USD.

La source de financement la plus importante reste les fonds internationaux qui ont fourni 17,05 milliards de F.CFA soit 67,7% du montant total des dépenses en 2008 contre 16,6 milliards de F.CFA, soit 79,0% en 2007. En 2008, l'on note une forte contribution des organismes multilatéraux (40% des dépenses totales).

Les dépenses se sont majoritairement concentrées sur trois (3) groupes de population bénéficiaire. Il s'agit des personnes vivant avec le VIH (36,5% des dépenses totales en 2008 contre 41,5% en 2007), de la population générale (20,0% des dépenses totales en 2008 contre 41,3% en 2007) et des initiatives non ciblées (24,8% des dépenses totales en 2008 contre 0,4% en 2007). Cette évolution peut s'expliquer par le reclassement de certaines dépenses liées à la « gestion et administration des programmes » et aux « ressources humaines » dans la catégorie des « initiatives non ciblées » selon les modifications apportées à la méthodologie de REDES.

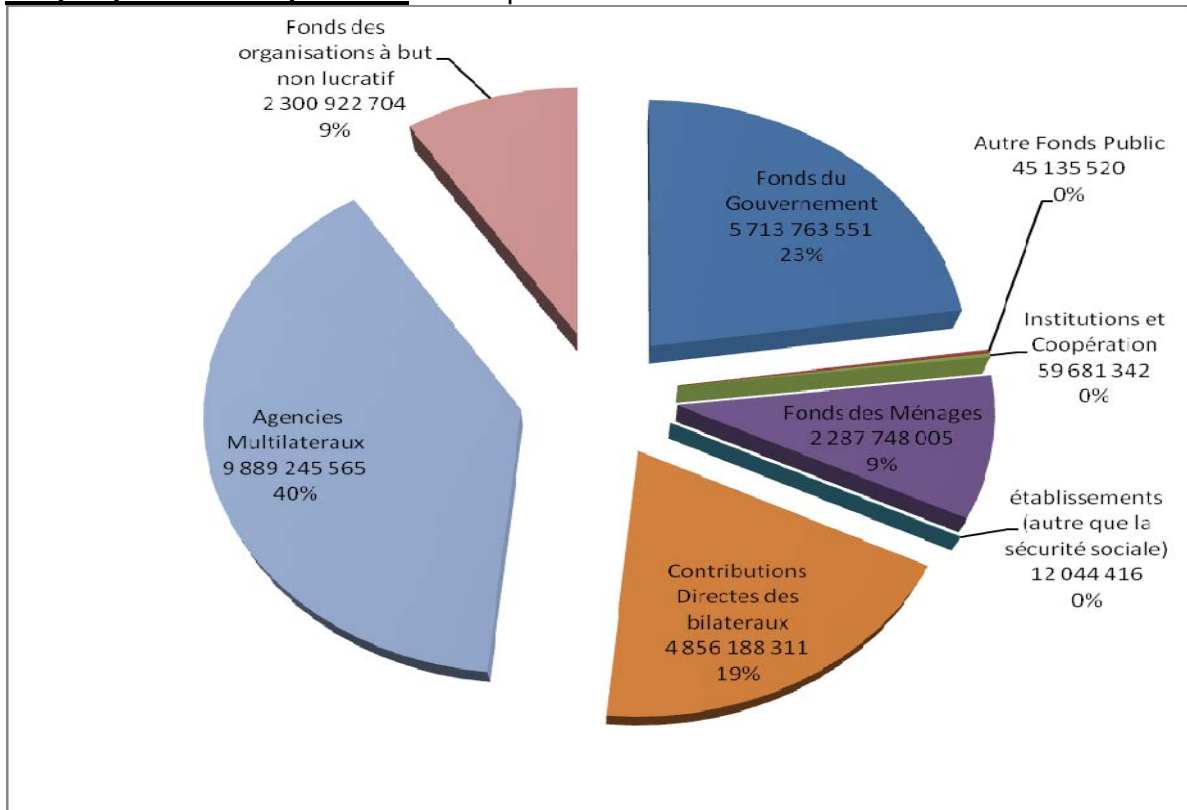
Tableau N°2 : Répartition des ressources par sources de financement par agent de financement en F.CFA, 2008

Source de financement	Agent de financement public	Agent de financement privé	Agent de financement Extérieur	Total en F.CFA	Total en USD	%
Fonds publics	5 756 344 071	2 555 000	0	5 758 899 071	12 123 998	22,9%
Budget de l'Etat	1 596 605 759	2 555 000	0	1 599 160 759	3 366 654	
Prêts remboursables	4 114 602 792	0	0	4 114 602 792	8 662 322	
Autres fonds publics non classifiés ailleurs (n.c.a.)	45 135 520	0	0	45 135 520	95 022	
Fonds privés	0	2 359 473 763	0	2 359 473 763	4 967 313	9,4%
Institutions et entreprises à but lucratif	0	59 681 342	0	59 681 342	125 645	
Fonds des ménages	0	2 287 748 005	0	2 287 748 005	4 816 312	
Institutions à but non lucratif (autres que l'assurance sociale)	0	12 044 416	0	12 044 416	25 357	
Fonds internationaux	11 190 154 004	1 152 096 270	4 704 106 306	17 046 356 580	35 887 066	67,7%
Contributions bilatérales directes	2 438 411 256	60 667 977	2 357 109 078	4 856 188 311	10 223 554	
Organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées	8 165 854 810	0	1 723 390 755	9 889 245 565	20 819 464	
Organisations et fondations internationales à but non lucratif	585 887 938	1 091 428 293	623 606 473	2 300 922 704	4 844 048	
Total en F.CFA	16 946 498 075	3 514 125 033	4 704 106 306	25 164 729 414	52 978 378	100,0%
Total en USD	35 676 838	7 398 158	9 903 382	52 978 378		
%	67,34%	13,96%	18,69%	100,00%		

Source : étude REDES 2009, SP/CNLS-IST.

¹ Taux du dollar en 2008= 475 F.CFA

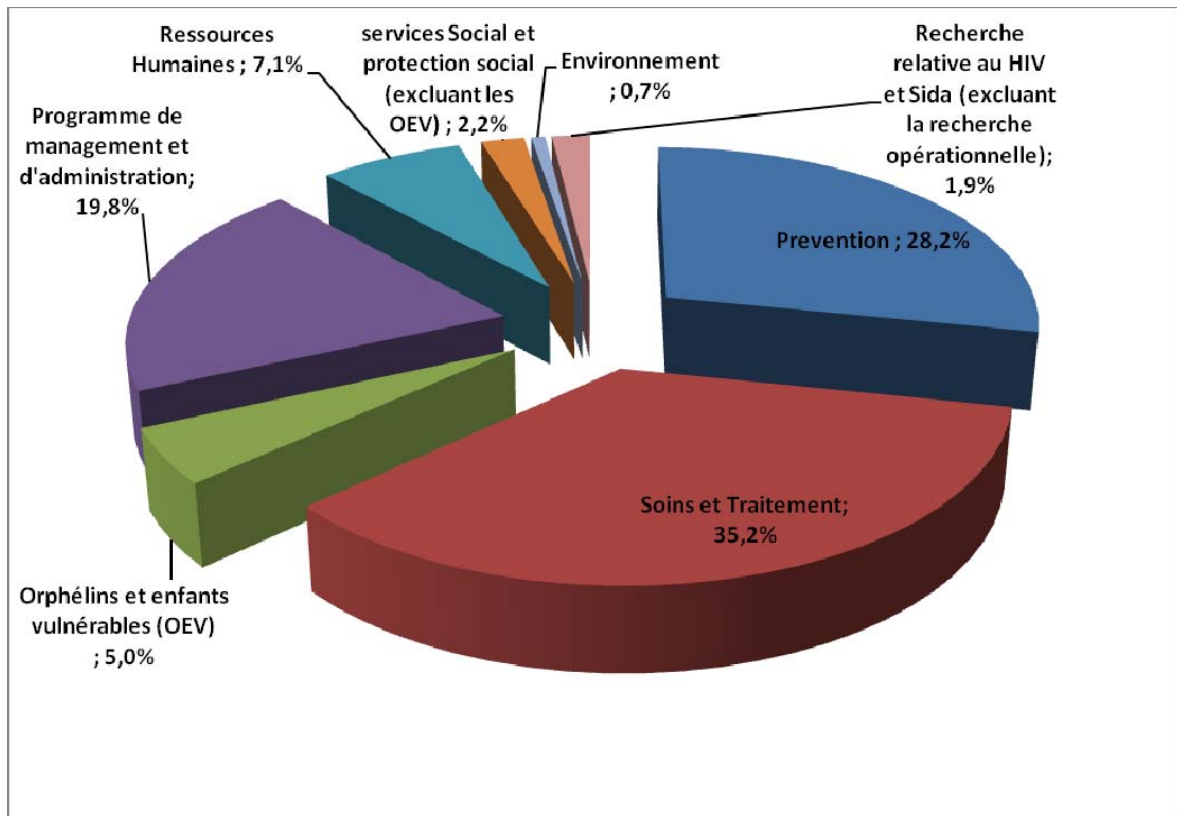
Graphique N° 4 : Répartition des dépenses de 2008 selon la source



Les dépenses allouées à la lutte contre le VIH ont connu une augmentation de 20% de 2007 à 2008. Les tendances de l'affectation des ressources entre les différentes interventions sont sensiblement identiques sur les 2 années. Toutefois, deux types d'affectation se dégagent :

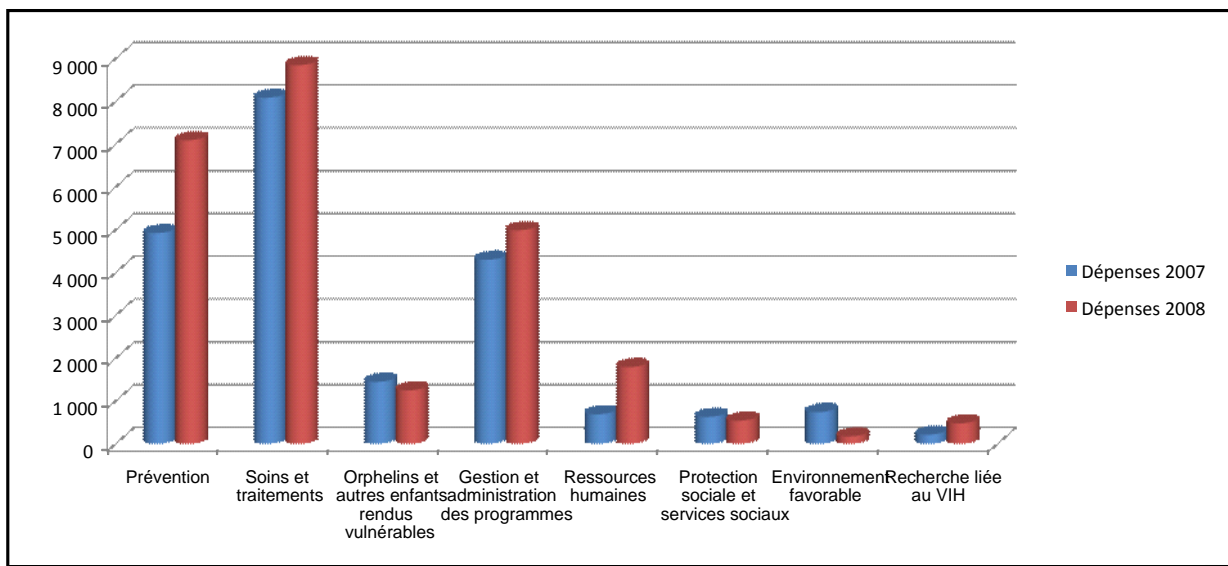
- d'une part, les catégories qui ont enregistré une hausse de dépenses entre 2007 et 2008 que sont la prévention (44% de hausse), les soins et traitement (9% de hausse), la gestion et administration des programmes (16% de hausse), les ressources humaines (159% de hausse) et la recherche liée au VIH (122% de hausse) ;
- et d'autre part, les catégories qui ont enregistré une baisse de dépenses de 2007 à 2008 que sont les orphelins et enfants vulnérables (14% de baisse), la protection sociale et services sociaux (14% de baisse) et l'environnement favorable (76% de baisse).

Graphique N°5 : Répartition des dépenses par intervention en millions de F.CFA 2008

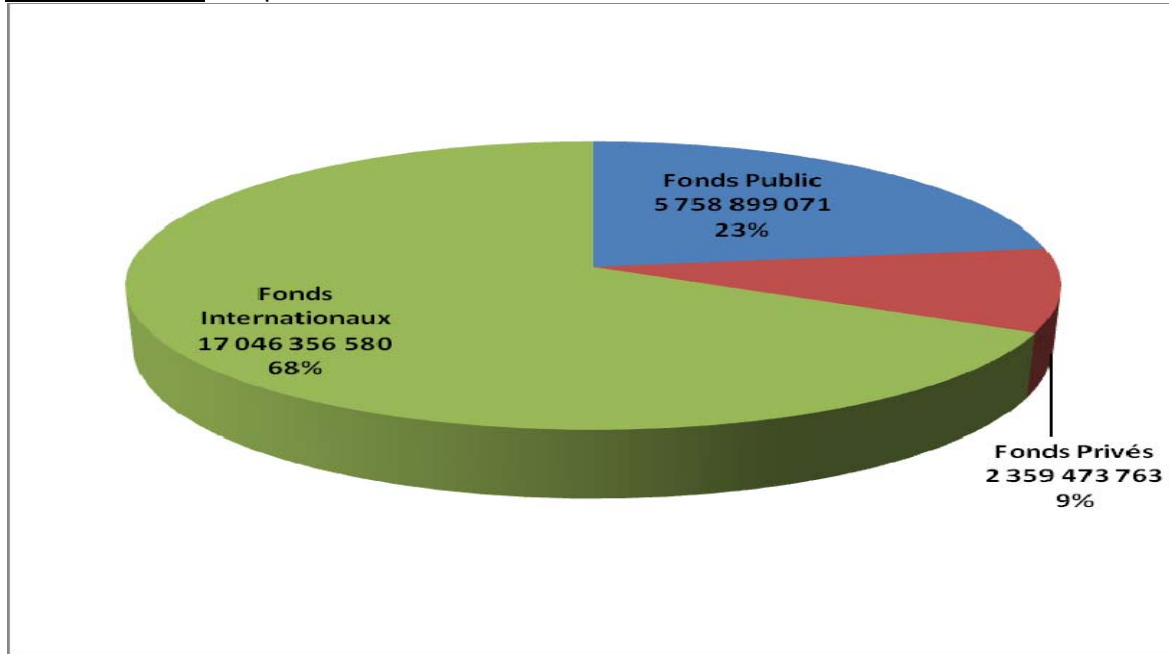


La décision de financer la réalisation des interventions était du ressort du Gouvernement car la majeure partie des ressources était sous son contrôle (56% des ressources en 2007 et 67% des ressources en 2008). Sur la base des données analysées, la priorité a été accordée en 2008 au soins et traitement (35,2%) et à la prévention (28,2%).

Graphique N°6 : Répartition des dépenses par intervention en millions de F.CFA, 2007 et 2008



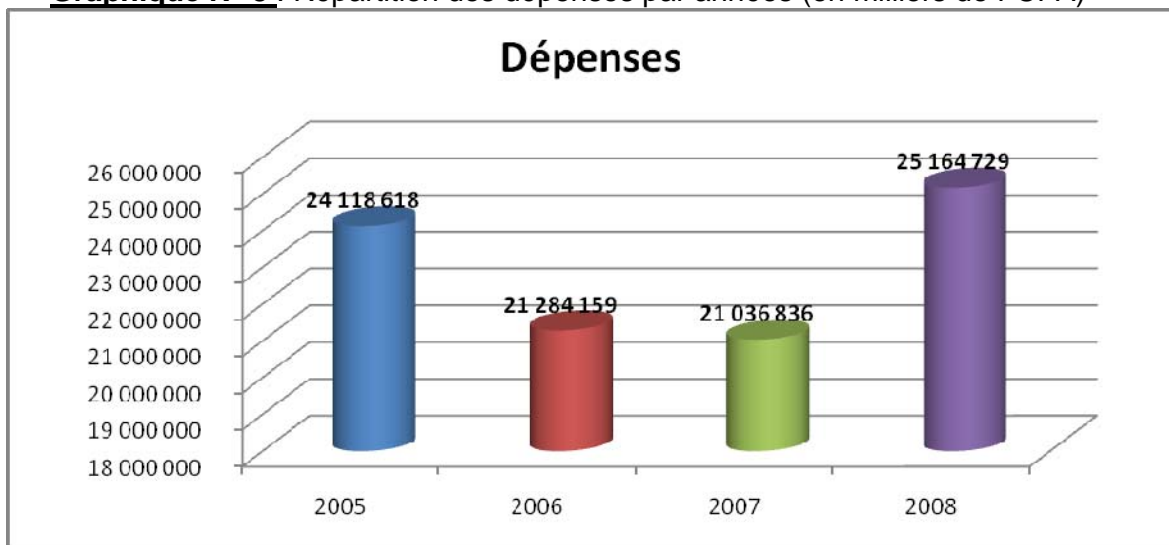
Graphique N° 7 : Répartition des fonds internationaux en 2006 selon la source de financement



Entre 2005 et 2008, le montant des dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida est passé de 24,118 milliards à 25,164 milliards soit une hausse de 4,3%. Le début de mise en œuvre du Cadre stratégique 2006-2010 a connu un léger décrochage en termes de mobilisation des ressources due à l'effet de transition de l'ancien au nouveau cadre stratégique.

Après les fonds internationaux qui représentent 68% des ressources dépensées, les fonds publics viennent en deuxième position avec 23% des ressources dépensées et les fonds privés en troisième position avec 9%.

Graphique N° 8 : Répartition des dépenses par années (en milliers de FCFA)



IND_2. Indice composite des politiques nationales (Domaines : sexospécificité, programmes sur les lieux de travail, stigmatisation et discrimination, prévention, soins et soutien, droits de la personne, participation de la société civile, suivi et évaluation)

Tout comme en 2007, l'indice composite des politiques nationales en 2009 comporte une partie A et une partie B. La partie A est destinée aux responsables du secteur public et la partie B à compléter par les représentants des ONG, organismes bilatéraux, organismes du système des nations unies.

Partie A

Cette partie comporte cinq (5) domaines :

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

Pour les domaines « **Plan stratégique** » et « **Appui politique** », la mesure de l'indice est restée stable (90%) entre 2007 et 2009. Ce niveau exprime un bon engagement public dans les domaines concernés.

Dans le domaine de la « **prévention** », « **traitement, soins et soutien** » et « **suivi évaluation** » le niveau d'atteinte des résultats est également satisfaisant avec un score de 80%. La poursuite des efforts dans ces domaines a été constante notamment dans l'harmonisation et le ciblage des interventions à travers une meilleure implication de la société civile. On note un accroissement de l'accès au traitement par les ARV, aux soins et au soutien. Soulignons qu'à partir de janvier 2010 les ARV ont été déclarés gratuits sur l'ensemble du territoire.

Pour le domaine du « **Suivi et évaluation** », avec la mise en œuvre du processus d'opérationnalisation du système de S&E engagé depuis 2005, la mise en place de mécanismes et d'outils harmonisés pour tous les niveaux, la mise en œuvre du processus de renforcement des capacités des acteurs clés par la formation et un meilleur dispositif d'appui/ accompagnement des acteurs, la mise en place d'une base de données centrale, on enregistre une amélioration significative des tendances facilitant l'élaboration des rapports.

Tableau N° 3: Niveau des résultats atteints par domaine et par année (Partie secteur public)

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

Partie B

Cette partie comporte quatre (4) domaines :

En matière des « **Droits de la personne** », les résultats enregistrés commencent à être perceptibles avec un score de 70%. Pour ce qui est des politiques, lois et règlements relatifs au VIH SIDA, on observe une amélioration passant de 20% en 2005 à 50% en 2009. Notons que les textes d'application de la loi sur le VIH/SIDA N°30-2008/AN du 20 mai 2008 viennent d'être adoptés par le conseil des ministres en mars 2010.

Dans le domaine de la « participation de la société civile », les résultats sont en nette progression depuis 2003 (30% en 2003, 40 % en 2005, 60% en 2007 et 80% en 2009) et témoignent de la reconnaissance du rôle qu'elle joue dans la lutte contre le SIDA. Des efforts importants ont été consentis pour une meilleure implication de la société civile à cet effet.

Pour la « prévention », les résultats sont également en progression avec des scores de 50% en 2003, 40% en 2005, 50% en 2007 et 70% en 2009. Cela traduit les efforts fournis dans le domaine de la prévention à travers la mise en œuvre de stratégies plus appropriées à la spécificité des cibles.

Avec le soutien du Fonds Mondial, l'accès au traitement, soins et soutien par les ARV s'est vu renforcé en 2009. Le score est passé de 40% en 2003 et 2005 à 70% en 2007 et 80% en 2009.

Tableau N° 4 : Niveau des résultats atteints par domaine et par année (Partie société civile)

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

Une analyse des scores pour l'ICPN montre que la société civile juge moins positivement les efforts dans les domaines « stratégie et politique » que le secteur public en 2009 (70% contre 90%). Par contre pour ce qui est du Traitement, soins et soutien, la société civile et le secteur public ont la même appréciation (80%) en 2009.

Tableau N° 5: Niveau des scores atteints selon le domaine d'intervention, l'année et le secteur

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

➤ 3.1. Prévention

IND_3. Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH.

En termes de sécurité de la transfusion, il faut rappeler que la Politique nationale en matière de transfusion sanguine fait obligation à tous les établissements de dépister les quatre principales maladies transmissibles par le sang, à savoir le VIH, le VHB, le VHC et la syphilis. Depuis 2002 cette politique de sécurisation de 100% des poches de sang est appliquée.

Les Centres Régionaux de Transfusion Sanguine (CRTS) travaillent donc selon les Bonnes pratiques transfusionnelles en vigueur qui, elles mêmes sont inspirées des standards internationaux reconnus par l'OMS. Par ailleurs, le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) a engagé des ateliers de formation des prescripteurs des produits sanguins dans le but de limiter les transfusions abusives et de mieux sécuriser les patients transfusés.

Un certain nombre de formations sanitaires continuent de prélever, qualifier et distribuer le sang dont ils ont besoin avec beaucoup moins de moyens. En 2008, ces formations sanitaires ont fourni près de 41% du sang collecté au Burkina contre 59,2% pour les CRTS. Le CNTS, à travers des supervisions formatives essaie d'améliorer la qualité des PSL produits dans ces zones non couvertes par un CRTS.

Au 31 décembre 2009, les quatre CRTS ont collecté 51 268 poches de sang dont 50 361 ont été sécurisées à travers le dépistage systématique des quatre marqueurs selon les méthodes des Bonnes pratiques de qualification des dons de sang.

Le taux de séropositivité chez les donateurs de sang était de 1,77% pour l'ensemble des CRTS.

➤ 3.2. Traitement

IND_4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux

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

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

- les visites à domicile, les visites à l'hôpital et l'animation des clubs d'observance occupent une grande place dans la prise en charge des malades ;
- l'accroissement du nombre de malades de sida qui ont accès au traitement par les ARV. En effet, 26 448 PVVIH ont été prises en charge par les ARV en 2009 soit 47,03% de couverture des besoins de PEC estimés avec le logiciel Spectrum (56 241 avec l'option CD4<350)
- 5 721 adultes et 22 enfants en 2009 ont été pris en charge dans les structures communautaires contre 4712 adultes et 29 enfants en 2008 soit un taux d'accroissement de 21%.

De façon générale, 47,03% des adultes et enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sont sous traitement antirétroviraux. Parmi les patients qui reçoivent les ARV, 32,6% sont de sexe masculin et 67,4% de sexe féminin. 7,6% des patients sous traitement ARV ont moins de 15 ans et 92,4% ont 15 ans et plus.

IND_5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant

Dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), le renforcement des capacités de délivrance du secteur santé et l'implication des acteurs communautaires tant dans l'offre que dans la promotion a permis de renforcer les performances de ce programme. Ainsi, outre la couverture de l'ensemble des districts sanitaires, le nombre de sites a connu une hausse de 52% passant de 803 sites en 2008 à 1267 sites en fin 2009. Le nombre de femmes bénéficiaires de la PTME a été de 310 583, soit un taux d'adhésion de 50,9% si l'on rapporte ce chiffre aux femmes vues en CPN1 609 632. Le taux de séropositivité chez les femmes vues en PTME a été estimé à 1,5%. En termes d'indicateur, le Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant est de 31,65% en 2009. Cet indicateur a connu une nette progression passant de 22,3% en 2007 (nouvelle estimation à partir de spectrum) à 31,65% en 2009.

IND_6. Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH

De janvier à décembre 2007, 287 cas de co-infection TB/VIH ont bénéficié à la fois d'une thérapie ARV et antituberculeuse dont 113 hommes et 174 femmes sur un total estimé à 8193 cas de co-infection TB/HIV.

On constate que seulement 2,84% des hommes et 4,12% des femmes parmi les cas de co-infection TB/HIV bénéficient d'une prise en charge conjointe pour les deux maladies. En termes de tranche d'âge, 0,07% des moins de 15 ans bénéficient de la prise en charge et 6,47% des autres bénéficiaires se retrouvent dans la tranche d'âge des plus de 15 ans. Des actions sont en cours aussi bien au niveau du Programme de lutte contre la Tuberculose qu'au niveau du Programme de lutte contre le SIDA pour améliorer cette prise en charge.

IND_7. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

A défaut de données récentes de l'enquête EDS en cours de réalisation, nous avons utilisé les résultats d'une enquête spéciale menée en 2007 auprès des élèves et des enseignants en milieu scolaire qui ont donné un pourcentage de 20,6% de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui ont pris connaissance des résultats du test. Selon le sexe, les femmes ont plus tendance à prendre leur résultat que les hommes avec respectivement des pourcentages de 23,3% et 18,4%.

IND_8-1. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Les données d'enquête de population n'étant pas disponibles, ce sont les données de la campagne de Conseil dépistage Volontaire dans le milieu prostitutionnel en 2009 qui ont été utilisées. Selon les résultats de cette enquête menée par le Programme d'Appui au Monde Associatif (PAMAC) 99,6% des Professionnelles de sexe ayant subi un test de VIH durant la campagne ont connaissance des résultats de leur test. Quelque soit la tranche d'âge, le pourcentage est supérieur à 99% et cela traduit l'effort de sensibilisation lors de ces campagnes de conseil dépistage volontaire.

IND_8-2. Pourcentage, parmi les MSM, de MSM ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Les données de cette même campagne de Conseil dépistage Volontaire dans le milieu de MSM en 2009 menée par le Programme d'Appui au Monde Associatif (PAMAC) ont donné les résultats suivant : 100% des MSM ayant subi un test de VIH durant la campagne ont connaissance des résultats de leur test.

IND_9. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre

En attendant les résultats de l'enquête auprès des TS en cours de réalisation, les résultats de l' « enquête de prévalence IST/HIV et des comportements sexuels auprès des travailleuses de sexe et leurs clients menée dans la capitale Ouagadougou en juin 2005 » révèle que 36,7% des TS interrogées et leurs clients savent où aller se faire dépister et ont obtenu des préservatifs au cours des 12 derniers mois soit 59,2% des Professionnelles de sexe et 14,5% de leurs clients.

Ce pourcentage passe de 36,7% à 51,1% quand il s'agit de savoir où aller se faire dépister. Plus de la moitié des personnes interrogées savent où aller se faire dépister et parmi cette population, les femmes sont mieux informées que les hommes avec respectivement 68,6% et 33,9%.

En termes de tranche d'âge, les moins âgés (moins de 25 ans) sont mieux informés que les plus de 25 ans.

IND_11. Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire

Dans le secteur de l'éducation, les données compilées des Directions des Etudes et de la Planification des ministères en charge de l'enseignement secondaire et de l'enseignement primaire indiquent que 9,60% des écoles et établissements secondaires ont inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie

active. Ce pourcentage est plus élevé au niveau primaire avec 9,73% contre 8,28% au niveau secondaire.

Comparativement aux années précédentes, il ressort que beaucoup d'efforts ont été consentis dans ce sens.

Dans le cadre de la réforme du système éducatif entamé en 2007, les ministères en charge de l'éducation ont engagé le processus d'introduction des thèmes émergents dont l'éducation à la prévention des IST/VIH/Sida dans les curricula du préscolaire, du primaire et du secondaire. Pour la première phase, les classes de CP et de 6^{ième} des écoles de 45 communes ont été concernées sur les 350 communes que compte le Burkina Faso.

➤ **3.3. Soins et soutien**

IND_ 10. Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0 -17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge

Selon les données traitées du ministère de l'Action Sociale, le pourcentage d'orphelins ou d'enfants vulnérables dont le foyer a bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge est 4,6%. L'enquête annuelle « EA-QUIBB » réalisée en 2007 par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie donnait un niveau de 5,1%. Même si les sources des données sont différentes, on pourrait penser à une baisse de l'aide extérieure gratuite pour la prise en charge des OEV.

➤ **3.4. Connaissances et changements intervenus dans les comportements**

IND_ 12. Scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans

Faute de données plus récentes, nous travaillons avec les données de l'enquête annuelle « EA-QUIBB » réalisée en 2007 par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie qui indique que 55,9% des orphelins ayant perdu les deux parents sont scolarisés contre 48,8% d'enfants non orphelins. Parmi ces orphelins, 57,9% sont des garçons et 42,1% des filles. Il ressort de l'enquête que le pourcentage d'orphelins fréquentant une école est plus élevé que celui des orphelins soit respectivement 57,9% et 54,5%.

On pourrait penser que les orphelins ont plus de chance de fréquenter une école que les non orphelins. De plus, pour les enfants non orphelins, les filles ont moins de chance de fréquenter (45,8%) comparativement aux garçons (51,4%).

Dans tous les cas, des efforts doivent être consentis pour améliorer ce score qui reste encore faible.

IND_13. Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus*

De l'enquête comportementale réalisée dans les 13 sites sentinelles en 2008, il ressort qu'au moins 71% des personnes interrogées ont répondu correctement de façon séparée aux questions 1 ; 3 et 5 à savoir : «1. le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté » , « 3. une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ? » , « 5. peut-on contracter le VIH en partageant le repas avec une personne séropositive ». Parmi les bonnes réponses données, les hommes se sont mieux illustrés que les femmes. En termes de tranche d'âge, il ressort que les bonnes réponses viennent plus des 20-24 ans comparativement aux 15-19 ans.

Cependant, le Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus est faible avec un niveau de 24,87%.Parmis ces jeunes qui ont correctement répondu aux cinq questions, les hommes sont plus informés que les femmes avec des pourcentage de 28,57% contre 14,44%.

IND_14. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus*

☞ (Données non disponibles. Une enquête auprès des TS est en cours de réalisation)

IND_15. Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

Pour ce qui est de la sexualité des jeunes de 15 à 24 ans, l'enquête comportementale réalisée dans les 13 sites sentinelles en 2008 par le SP/CNLS-IST a révélé que 8,19% des jeunes ont eu leur premier rapport avant l'âge de 15 ans. Cela nécessite une attention particulière pour cette tranche d'âge.

En analysant selon le sexe, il ressort que 7,45% des filles ont des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans contre 9,9% des garçons.

Quelle que soit la tranche d'âge 15-19 ans ou 20-24 ans, ce score est supérieur ou égal à 4,2% en 2008. Compte tenu du niveau toujours élevé de ce score, des mesures visant à minimiser les risques de transmission du VIH par des actions de communication pour le changement de comportement s'avèrent nécessaires pour ces jeunes dès le plus bas âge.

IND_16. Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents

Pour ce qui est de la sexualité des adultes de 15 à 49 ans, il ressort que 13,06% des personnes interrogées de 15 à 49 ans ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois. Pour la population masculine de 15 à 49 ans interrogée, ce score est de 26,57% et celui de la population féminine est de 2,35%. Cet indicateur montre que les hommes s'exposent plus que les femmes en changeant de

partenaires sexuelles. En termes de tranche d'âge, on constate que plus l'âge des hommes augmente plus ils ont des rapports avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois (24,47% pour les [15-19], 26,07% pour [20-24] et 26,92% pour les [25-59]). Par contre chez les femmes, plus l'âge augmente moins elles ont des rapports avec plus d'un partenaire (5,94% pour les [15-19], 2,66% pour les [20-24] et 1,62% pour les [25-59]).

IND_17. Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel*

Le pourcentage d'hommes et de femmes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel est de 69,59%. Ce score s'est amélioré comparativement à celui de 2007 qui était de 37,9%. Bien que les hommes soient les plus nombreux à changer de partenaires, ils ont utilisé moins les préservatifs au cours de leur dernier rapport soit respectivement 50,8% et 68,63% en 2007 et 2008 contre 36,3% et 78,16% de femmes en 2007 et 2008. On constate également que, quel que soit le sexe, que ce sont les plus âgés [25-49] qui en utilisent moins.

IND_18. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client

Faute de données récentes nous avons utilisé L' « enquête de prévalence IST/HIV et des comportements sexuels auprès des travailleuses de sexe et leurs clients menée dans la capitale Ouagadougou en juin 2005 » qui révélait que 98,9% des personnes interrogées dans ce milieu prostitutionnel déclarent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client. Ce score est toujours supérieur à 98% quel que le sexe et quel que soit l'âge des personnes interrogées. Cela peut faire penser que le milieu prostitutionnel est moins exposant parce que tous ceux qui y vont ainsi que les PS sont sensibilisés à l'utilisation des préservatifs.

IND_19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin

Le renseignement de cet indicateur pose encore des problèmes compte tenu de la complexité d'approche des MSM. L'homosexualité étant toujours tabou au Burkina, les MSM vivent leur sexualité dans la clandestinité et sans préservatifs car c'est dans ses lieux ou les préservatifs ne sont pas disponibles ou même accessible. Ils n'ont pas suffisamment accès aux soins. L'ONG **AAS** a créé son concept d'intégration de la prise en charge des MSM et des PVVIH mais les MSM infectés sont prise en compte chez les PVVIH. Ce concept veut améliorer l'accès aux soins des MSM. Les données récoltées sur la base d'une campagne menée par le PAMAC montrent que le pourcentage des hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin est de 51,9%. Ce qui reste faible et demande une stratégie en la matière.

IND_20. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (ND)

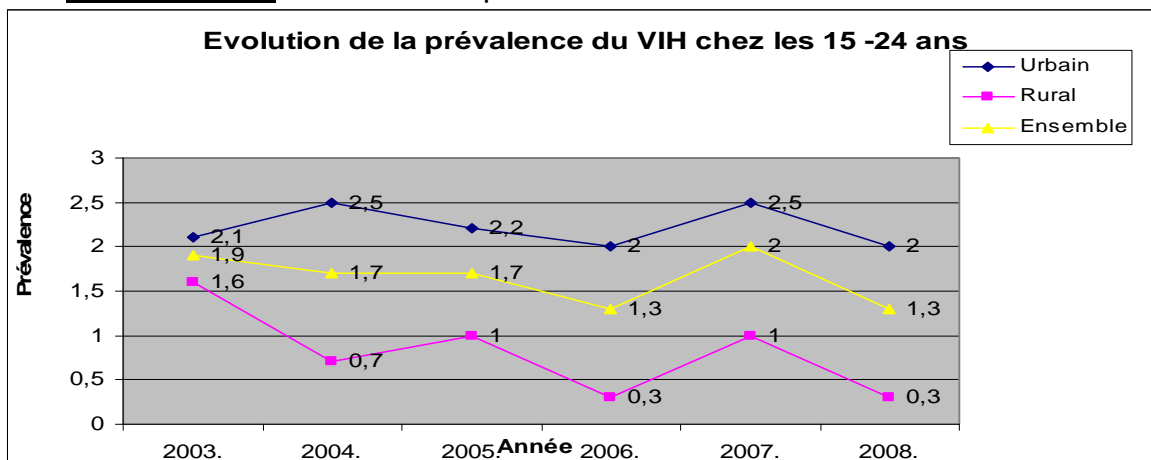
IND_21. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue (ND)

➤ **3.5. Atténuation de l'impact**

IND_22. Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH*

On note une tendance à la stabilisation de la prévalence globale du VIH chez les jeunes femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans (cf graphique n°9 ci-dessous). Pour l'année 2008, le pourcentage de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans infectées par le VIH est de 1,31% avec un niveau plus faible pour la tranche d'âge 15-19 ans (0.65%).

Graphique N°9: Evolution de la prévalence du VIH chez les 15-24 ans de 2003 à 2008.



En 2008, en milieu urbain, la prévalence du VIH dans la tranche d'âge des 15-24 ans est de **2%** [1,5-2,6]. En milieu rural, elle est de **0,3%** [0,1-0,8].

IND_23. Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque

Les résultats de l'enquête auprès des Travailleuses de Sexe n'étant pas encore disponible, nous avons utilisé les résultats de l'enquête de surveillance sentinelle réalisée en 2005 (SSG2, SIDA 3/PNLS, 2005) auprès des Professionnelles du Sexe et de leurs clients. Elle a révélé une prévalence de 16,3% chez les Professionnelles du Sexe et 1,6% chez leurs clients dans la capitale.

On constate que les Professionnelles de Sexe sont 10 fois plus infectés que leurs clients.

La prévalence du VIH chez les Professionnelles de Sexe était de 20,8% en 2003, cette prévalence était supérieure à 57% en 1994 selon une enquête réalisée en 1994 dans les sites sentinelles de Ouagadougou et Bobo- Dioulasso.

On note une régression de la prévalence dans cette population entre 2003 et 2005.

IND_24. Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale

Pour la période de janvier 2007 à Décembre 2007, sur 2 847 patients mis sous traitement ARV, 2 352 étaient toujours sous traitement en fin décembre 2008 soit 82.61% d'entre eux. Ce taux s'est amélioré par rapport à celui de 2006 qui était de 73.3%.

IND_25. Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH

Cet indicateur avait été calculé par l'ONUSIDA à partir d'un modèle en 2008 et pour le présent rapport il nous a été demandé d'utiliser les estimations de Spectrum comme dénominateur. Aussi, avec les données de routine de la direction de la santé de la famille (DSF) et les données du modèle spectrum, nous avons estimé le nombre de nourrissons infectés nés de mères séropositives à 214 sur un total de 6 110 nourrissons nés de mères séropositives selon le spectrum. Ainsi, le niveau de 3,5% indiqué par l'indicateur attire l'attention des spécialistes en PTME à renforcer leurs stratégies en vue de minimiser au maximum la transmission du VIH aux nourrissons nés de mères séropositives.

IV. Meilleures pratiques

Pour ce qui concerne les meilleures pratiques, le Burkina en regorge ; en témoignent les multiples voyages d'études reçus par le SP/CNLS-IST au cours des sept dernières années. Concernant la documentation des meilleures pratiques, le processus a connu des avancées importantes au cours de l'année 2009. Sous la conduite du SP/CNLS-IST, un groupe de travail pluridisciplinaire et multisectoriel comprenant en son sein une équipe restreinte a été mis en place. Ce groupe a œuvré à la définition des critères et à la sélection de 59 meilleures pratiques qui sont maintenant documentées, réparties comme suit :

- 10 dans le domaine de la prévention ;
- 7 dans le domaine du traitement ;
- 11 dans le domaine de la prise en charge ;
- 7 dans le domaine de l'appui et du renforcement des capacités ;
- 9 dans le domaine de la coordination ;
- 7 dans le domaine du suivi évaluation et de l'information stratégique ;
- 8 dans le domaine du plaidoyer et de la mobilisation sociale.

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

a). direction politique

Depuis 2001 le Président du Faso, Président du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST préside ledit Conseil et cela est perçu comme une meilleure pratique dans le domaine de lutte contre le VIH/SIDA. En effet, pendant neuf (9) ans son Excellence Monsieur Blaise Compaoré, Président du Faso, Président du Conseil

National de Lutte contre le SIDA et les IST a toujours présidé de bout en bout tous les travaux des différentes sessions du CNLS-IST. Dans la sous région, cela a été bien apprécié au regard de l'intérêt que les autres CNLS ont accordé à ces sessions par leur présence au cours de la 6^{ème} session qui s'est tenue le 16 mars 2007. Au titre de ces participations, on peut citer les responsables des CNLS du Mali, du Niger, du Bénin. Pour la 7^{ème} session qui s'est tenue le 21 décembre 2007, nous avons enregistré la participation d'une forte délégation accompagnant son Excellence Monsieur le président de la République du Bénin, qui a marqué son soutien aux travaux de la session tout en félicitant son homologue du Burkina.

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

Pour la 9^{ème} session qui s'est tenue le 29 janvier 2010, nous avons enregistré la participation de la Représentante du PAM, Coordinatrice Résidente par intérim du Système des Nations Unies, du Directeur associé des Programmes et Chef du département VIH/Sida au siège de l'UNICEF et la délégation de la République de Côte-d'Ivoire, composée de trois personnes représentant le Ministre de la lutte contre le Sida.

b). environnement politique propice

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

- ★ L'implication de l'ensemble des ministères ;
- ★ l'implication grandissante du secteur privé et des entreprises ;
- ★ la forte implication de la société civile à savoir les chefs coutumiers, les religieux ;
- ★ la forte implication des ONG et associations ;
- ★ l'implication de l'alliance des maires ;
- ★ la forte implication des comités régionaux et provinciaux ;
- ★ l'appui des partenaires technique et financier.

c). intensification des programmes efficaces de prévention

Au cours de l'année 2009, les activités de prévention du VIH en matière d'IEC/CCC se sont poursuivies tant dans la population générale qu'au niveau des groupes cibles à risque. Au total, environ 9 208 584 personnes ont été touchées au cours de l'année 2009 dont 75,4% par les acteurs communautaires à travers les activités de masse (théâtre forum, projection de film/vidéo, causeries éducatives, radio et télé). Quant aux groupes vulnérables, 743 325 d'entre eux ont été touchés par les interventions ciblées.

Ceci a été possible grâce à l'exécution de campagnes d'IEC de masse, d'actions ciblées en direction de certaines populations spécifiques (les travailleuses de sexe et leurs clients, les orpailleurs, les jeunes scolarisés ou non, les orphelins et autres enfants vulnérables (OEV), la population féminine et les femmes enceintes).

Quant aux activités de masse média, en direction de la population générale, il s'est agi en général de diffusion de spots radio/télé et de distributions de supports d'IEC comme les brochures, les dépliants, les flyers.

Il est à noter que la stratégie nationale de communication a été adoptée lors de la huitième session ordinaire du CNLS-IST et est en cours de diffusion.

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

Sept (7) meilleures pratiques ont été identifiées et sont en cours de documentation dans le domaine du traitement.

e). suivi et évaluation

Le logiciel NASA développé par l'ONUSIDA a été expérimenté au Burkina et a permis de disposer des dépenses effectuées dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST des années 2005, 2006, 2007 et 2008. L'Unité centrale de planification et de suivi évaluation dispose des compétences nécessaires pour rendre effective le fonctionnement de ce logiciel en témoignent les différentes missions d'appuis qui sont effectuées par l'expert NASA du Burkina aux pays qui en ont fait la demande.

Une base de données a également été développée par le SP/CNLS-IST pour permettre à l'Unité centrale de planification et de suivi évaluation de suivre, saisir et traiter les données collectées à travers les fiches de rapports trimestriels. L'alimentation de cette base est effective et quelques indicateurs ont pu être calculés pour alimenter le document bilan de la mise en œuvre du PNM 2007, 2008 et 2009.

f). renforcement des capacités

Sept (7) meilleures pratiques ont été identifiées et sont en cours de documentation dans dans le domaine de l'appui et du renforcement des capacités.

g). développement de l'infrastructure

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

V. Principaux obstacles et mesures correctives

a). Les progrès éventuels réalisés pour apporter des mesures correctives aux principaux obstacles rencontrés rapportés en 2008

Les mesures correctives suivantes ont été apportées aux obstacles identifiés en 2008.

- ***L'absence d'une stratégie nationale de communication harmonisée en matière d'IEC/CCC et de diffusion des messages auprès des groupes cibles spécifiques***

Une stratégie nationale de communication en matière de lutte contre le VIH/SIDA a été élaborée et est en cours de diffusion auprès des différents acteurs. La recherche de financement pour sa mise en œuvre est aussi en cours.

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

L'insuffisance d'études au sein des groupes spécifiques n'a pas connu d'amélioration en 2009 en témoigne nos difficultés à renseigner nos indicateurs clés. Cependant, plusieurs études ont été réalisées par la Coordination du Projet Fonds Mondial notamment les vendeuses ambulantes, et d'autres sont en cours. Il s'agit de l'enquête auprès des TS et leurs clients. Une étude ciblant les MSM est également en cours de préparation.

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

Au niveau du traitement médical par les ARV, le nombre de malades sous traitement ARV est passé de 21 103 PVVIH en fin décembre 2008 à 26 448 PVVIH au 31 Décembre 2009 (dont 25 094 adultes et 1 354 enfants) soit une hausse de 25.3%. Cette prise en charge est assurée dans 82 établissements de santé aussi bien publics, privés que communautaires dans les 13 régions dont 39 assurent la PEC pédiatrique. L'ensemble des 63 districts sanitaires assurent la prise en charge médicale par ARV.

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

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

- la fonctionnalité de 11 structures communautaires accréditées à la prise en charge médicale ;
- les visites à domicile, les visites à l'hôpital et l'animation des clubs d'observance occupent une grande place dans la prise en charge des malades ;
- En 2008, 4 712 adultes et 29 enfants ont été pris en charge dans les structures communautaires ;
- En 2009, 5 721 adultes et 22 enfants ont été pris en charge dans les structures communautaires.

Cependant, elles souhaitent un meilleur renforcement de leurs capacités techniques et une meilleure implication dans la riposte.

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

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

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

Le système de collecte de données s'est légèrement amélioré mais demande à être systématisé par la transmission des rapports trimestriels des structures de mise en oeuvre. La mise en place des antennes régionales et le lancement du CRIS03 contribueront beaucoup à une meilleure collecte et traitement des données.

- **Concernant la disponibilité des données pour le rapport UNGASS**, l'équipe technique n'a pas eu la tâche facile pour rassembler l'ensemble des indicateurs pour la production du rapport UNGASS 2010. Pour des raisons techniques, certaines enquêtes n'ont pas pu être réalisées à temps. Cependant, l'enquête EDS IV, l'enquête intégrale, l'enquête auprès des TS et l'enquête auprès des MSM sont en cours de réalisation et nous pensons que les résultats seront disponibles d'ici fin 2010.

Toutefois à l'élaboration des termes de référence de toute étude à laquelle est impliqué le SP/CNLS, l'équipe veille à ce que les directives de l'UNGASS soient prises en compte afin de renseigner les indicateurs qui y sont inscrits.

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

Pour la période 2008-2010, les difficultés constatées en vue d'atteindre les objectifs de l'Accès Universel et partant ceux de l'UNGASS sont :

- l'insuffisance dans l'organisation de la Prise En Charge (PEC) pédiatrique
- les difficultés d'approvisionnement en réactifs
- la faiblesse des interventions en faveur des groupes spécifiques et vulnérables
- l'insuffisance des interventions dans le secteur informel

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

- l'absence d'une enquête de surveillance de seconde génération actualisée auprès des Professionnelles du sexe,
- l'absence d'enquête auprès des cibles les plus à risque,
- la faiblesse des ressources financières affectées pour l'élaboration du rapport,
- le non désagrégation de l'indicateur 24 selon l'âge sur les supports de collecte de données,
- le non disponibilité des résultats de la sérosurveillance 2009.

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

En vue de solutionner les difficultés ci-dessus mentionnées pour l'atteinte des objectifs de l'UNGASS les mesures correctives ci-après seront mise en oeuvre :

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

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

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

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

- **la faiblesse des interventions en faveur des groupes spécifiques et vulnérables (PS)**

En vue de faciliter l'appréciation des résultats et des progrès, une des options d'interventions reposera sur le ciblage des groupes spécifiques, vulnérables et à haut risque. A cet effet, un regroupement des cibles prioritaires devrait être effectué au cours de la planification opérationnelle. Ceci permettrait de rationaliser aussi bien les interventions que les financements.

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

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

- **Pour renseigner les indicateurs UNGASS à l'avenir**, l'Unité centrale de planification et de suivi évaluation fera de ces indicateurs une priorité dans son plan de Suivi-Evaluation. Pour ce faire, elle inscrira les enquêtes nécessaires dans ses plans de Suivi-Evaluation pour les années à venir. Ces plans de Suivi-Evaluation budgétisés seront examinés avec l'ensemble des partenaires techniques et financiers en vue de rechercher les financements nécessaires à leur réalisation. Force est de constater que les enquêtes nous permettant de renseigner nos indicateurs UNGASS ne bénéficient pas de financement conséquent.

VI. Soutien des partenaires au développement

Pour assurer le financement de la mise en œuvre du CSLS 2006-2010 en cours, une table ronde des bailleurs de fonds a été organisée en Juillet 2006 et les engagements pris par les partenaires à cet effet traduisent leur adhésion aux priorités nationales.

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

6.1. Appui technique

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

- Revue du cadre stratégique 2001-2005 (tous les partenaires) ;
- Plan stratégique 2006-2010 (tous les partenaires) ;
- Plan de passage à l'échelle pour l'accès aux ARV ;
- Directives et programme PTME ;
- Plan National de Suivi et Evaluation (tous les partenaires) ;
- Revue du cadre stratégique 2006-2010 (tous les partenaires) ;
- Le Cadre stratégique 2011-2015 en cours d'élaboration (tous les partenaires).

6.2. Appui financier

Sur l'ensemble des fonds dépensés 2008, les financements multilatéraux représentent 40% des financements et les bilatéraux 19%.

VII. Environnement de suivi et d'évaluation

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

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

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

- la base de données du SP/CNLS-IST en cours d'amélioration avec l'appui de l'ONUSIDA ;
- la base de données CRIS 3 « Country response information system » développé par l'ONUSIDA en cours de configuration ;
- le logiciel ESOPÉ pour le suivi des patients sous ARV.
- les bases de données sectorielles (CMLS/santé, secteur des institutions et ministères autres que la santé, secteur communautaire, projets rattachés au SP/CNLS-IST).

Ce dispositif a permis de renseigner le rapport biennal UNGASS, le Tableau de bord de suivi des indicateurs sida (TBIS), notamment les indicateurs de la surveillance sentinelle

de seconde génération (VIH, Sida, IST, comportements) et les indicateurs sur les activités des autres secteurs d'intervention.

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

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

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

Le Comité Technique de Programmation et de Suivi du Cadre Stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010 (CTPS) et les autres acteurs clés de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST en collaboration avec les structures décentralisées de coordination du CNLS-IST, l'UC-PSE et les autres départements du SP/CNLS-IST, sont chargés du développement et de la coordination de la gestion du système national de suivi-évaluation.

Un manuel de suivi-évaluation a été élaboré en 2004 et actualisé en 2006 dans le but d'opérationnaliser le système de suivi évaluation de la mise en œuvre du CSLS 2006-2010 au niveau national. Il s'inscrit dans les objectifs du « three ones ». Il décrit le système national de collecte, de traitement, d'analyse et de diffusion des informations relatives à l'atteinte des objectifs, des résultats et des indicateurs définis pour la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Il définit les outils standardisés dans l'optique d'un système unique de suivi-évaluation.

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

- La faible performance du système de collecte des données ;
- La faible complétude des rapports d'activités ;
- Le retard et les difficultés dans la transmission, la saisie et l'analyse des données ;
- L'insuffisance de la rétro-information aux acteurs ;
- L'insuffisance de coordination des différents sous systèmes chargés de SE
- 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'absence de génération de l'information stratégique pour la prise de décision

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

Par ailleurs, quelques recommandations clés du rapport d'évaluation de la mise en œuvre du « Three ones » au Burkina méritent d'être soulignées :

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

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

- de mettre en place toutes les antennes régionales et les rendre véritablement fonctionnelles ;
- de formaliser les revues conjointes avec les partenaires afin de faire des bilans techniques conjoints qui peuvent alimenter les évaluations externes en vue de la tenue des sessions du Conseil.
- D'harmoniser les outils de collecte et traitement de l'information notamment par l'introduction et l'utilisation du CRIS03 au niveau central et décentralisé (regional, sectoriel, organisations faitières de la Société Civile.

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

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

A l'endroit des partenaires techniques et financiers :

Il s'agit de :

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

A l'endroit de l'ONUSIDA :

Promouvoir l'accompagnement du pays notamment dans l'amélioration du dispositif du suivi et de l'évaluation :

- réviser et harmoniser les indicateurs de suivi et d'évaluation ;
- renforcer les capacités opérationnelles aussi bien du SP/CNLS-IST à travers l'UCP-SE de même que le CMLS/santé pour la coordination effective de l'ensemble du système de surveillance du VIH ;
- Appui technique à la diffusion et utilisation effective du CRIS 03.

c). Les mesures correctives prévues pour surmonter les difficultés

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

- déployer et renseigner les bases de données du SP/CNLS-IST et du CRIS (version 3) au niveau régional et sectoriel ;
- organiser des séances d'appropriation du système national de suivi évaluation et diffuser le rapport d'évaluation des « Three ones » réalisé en 2009 ;
- réviser le protocole de seconde génération (SG) du VIH en vigueur tenant compte du rapport d'évaluation du Protocole de SG fait en 2008 et restitué en 2009 ;
- mettre en place un protocole de surveillance du VIH et des IST chez les donneurs de sang ;
- mettre en place le sous groupe technique base de données (SGT/BD) pour la première validation des données à soumettre au groupe technique de suivi évaluation ;
- faire le plaidoyer pour le financement du plan d'actions pour l'opérationnalisation du système national de suivi évaluation.

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

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

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

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

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

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

Tableau N° 6 : Le tableau suivant résume les besoins du Burkina en matière de suivi évaluation en assistance technique et de renforcement de capacités.

Composantes	Constats	Défis	Besoins
4 : Plan National, Multi-sectoriel de S&E du VIH	Absence de plan National de suivi évaluation multi sectoriel lié au CSLS 2011-2015	<i>Avoir un plan National de S&E budgétisé et financé décrivant les actions à mettre en oeuvre pour renseigner les résultats de la mise en oeuvre du CSLS en cours d'élaboration</i>	Appui à l'élaboration du Plan national de suivi évaluation multi sectoriel lié au CSLS 2011-2015
6 : Plaidoyer, Communication et Culture pour le S&E du VIH	Insuffisance de plaidoyer, Communication et culture pour le S&E du VIH	<i>Instaurer un engagement des décideurs et responsables des programmes et autres parties prenantes pour le S&E</i>	Plaidoyer fort de l'ONUSIDA
7 : Suivi routinier des programmes de S&E du VIH	Difficultés à capturer toutes les informations à travers le système actuel	<i>Avoir un système de suivi-évaluation simple et léger (contractualisation) permettant de capturer les données essentielles</i>	- Appui technique - Renforcement de la structure régionale avec un chargé de suivi évaluation et un mécanisme de collecte des données au niveau plus bas. - Communication avec la base des données centrale à travers CRIS03

ANNEXES

Annexe 2 : Liste des personnes impliquéesATELIER DE VALIDATION DU RAPPORT UNGASS 2010
Ouagadougou, le 15 Mars 2010-03-17

N° Ordre	Nom Prénom(s)	Structure	Adresse	Email
Public				
1	KABRE Seydou	UGF SP/CNLS-IST	30 31 67 82	pmls@cenatrin.bf
2	BIDIGA Joseph Aimé	SP/CNLS-IST	70 26 30 21	Bidiga_aime@yahoo.fr
3	GUIRE Kassim	SP/CNLS-IST	70 26 87 11	kassinguire@yahoo.fr
4	GYENGANI/K. Josiane	UC-PSE/SP-CNLS-IST	76 60 80 80	Gyengani_josiane@yahoo.fr
5	LALSAGA Marcel	SP/CNLS-IST FSMOS	50 31 67 82	marcelalsaga@yahoo.fr
6	TAPSOBA André	SP/CNLS-IST/DAF	50 30 19 94	andretapso@yahoo.fr
7	SOMDA Antoine	CMLS/Santé	70 43 71 75	toniosomda@yahoo.fr
8	SANON Alice	SP/CNLS-IST	70 24 42 16	celiasanon@yahoo.fr
9	KABORE Noel	(DCRP) SP/CNLS-IST	76 64 48 53	kaborenoel@yahoo.fr
10	SOKEY Mamadou	SP/CNLS-IST	70 31 03 34	sokeymamadou@yahoo.fr
11	BARRO Faustin	CMLS/Santé	70 29 43 34	barrofaustin@yahoo.fr
12	SANOU M. Joseph	CMLS/Santé	70 28 84 92	Sidalo_audrey@yahoo.fr
13	KI/TOE Célestine	SP/CNLS-IST CPFM	50 30 66 33	celestoe@yahoo.fr
14	OUEDRAOGO Joachim	SP/CNLS-IST	70 26 28 42	ouedraogojoachim@yahoo.fr
15	FARAMA O. Fatoma	SP/CNLS-IST	78 83 17 14	ofaramafatoma@yahoo.fr
16	YAMEOGO Hervé	SP/CNLS-IST	70 45 34 36	eryam2001@yahoo.fr
17	OUEDRAOGO Francine	DSF	70 26 10 16	hk_fanfan@yahoo.fr
18	SAWADOGO Issaka	DSF	50 30 77 78	isawad@yahoo.fr
19	SAM Moussa	CMLS/MASSN	50 38 63 32	cmlsmassn@yahoo.fr
20	BOLOGO Adama	CMLS/MEBA	50 36 65 20	Bologo_adama@yahoo.fr
21	SANFO/COULIBALY Yvette	CMLS/MEBA	50 38 56 34	yvettesanfo@yahoo.fr
22	BOUGMA Moussa	INSD	70 07 69 68	bougmous@yahoo.fr
23	CAZAL-CAMELSY Robert	CMLS/Santé	70 00 27 25	cazalrobert@yahoo.fr
24	TRAORE/ZERBO Mah	SP/CNLS-IST	70 23 86 66	zermatra@yahoo.fr
Société Civile				
25	DIAPA T. Edouard	CORAB	70 15 54 35	diapaedouard@yahoo.fr
26	KERE Sosthène	CP/PAMAC	70 23 96 44	Sos_kerson@yahoo.fr
27	LAMOUKRI/ILBOUDO Rita	Pers. Ressources	78 81 20 67	ilboudomariejoseph@yahoo.fr
28	MONE Théophile	URCB/SIDA	50 36 14 15	Theo_mone@yahoo.fr
PTF				
29	FAYE MAME Awa	ONUSIDA	70 21 60 46	fayema@unaid.org
30	BIGIRIMARCE Françoise	OMS	50 30 65 65	bigirimaraf@bf.afro.who.int
31	GATALI Jean Baptist	ONUSIDA	70 20 66 27	gataly@unaid.org
32	OUEDRAOGO Julien	UNFPA	76 60 95 51	Julien.ouedraogo@undp.org
33	ZAMPALIGRE Fatimata	OMS/BFA	70 21 17 20	zampaligref@bf.afro.who.int
34	HENRI Brun	OMS/EAI	76 99 14 78	brunh@bf.afro.who.int

Annexe 3 : 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

Sigles utilisés

ACD	Agent de collecte de données
CCC	Communication pour un changement de comportement
CCLS	Comité Communal de Lutte contre le sida et les IST
CDV	Centre de dépistage volontaire
CMLS	Comité ministériel de lutte contre le sida et les IST
CORAB	Coalition des réseaux et associations du Burkina de lutte contre le VIH/Sida et la promotion de la santé
CPLS	Comité provincial de lutte contre le sida et les IST
CPN	Consultation Pré-National
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le sida et les IST
DTD	<i>(Non trouvé)</i>
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FM	Fonds Mondial
ICPN	Indice Composite des Politiques Nationales
IEC/CCC	Information éducation communication/ communication pour un changement de comportement
NEP/PCM	<i>(Non trouvé)</i>
PCIM/VIH	Prise en charge Intégré de la maladie dans le contexte du VIH/sida
PCIME-PTME	Prévention de la transmission mère- enfant
PCNU	<i>(Non trouvé)</i>
PECC	Prise en charge communautaire
PSL	Produits Sanguins Labiles
RALIS	Réseau Régional des Associations de Lutte contre le SIDA et les IST
RASS	<i>(Non trouvé)</i>
REDES	Ressources et dépenses de lutte contre le Sida
UCPSE	Unité centrale de la planification et du suivi-évaluation
UC-PSE	Unité centrale de la planification et du suivi-évaluation
UDI	<i>(Non trouvé)</i>
URCB	Union de Religieux et Coutumiers du Burkina
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS