



**CADRE STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE  
LE VIH, LE SIDA ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT  
TRANSMISSIBLES (CSLS)  
2011-2015**

**DOCUMENT PROVISOIRE FINAL**

*JUIN 2010*

## TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS.....	5
LISTE DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX.....	9
AVANT PROPOS .....	10
REMERCIEMENTS.....	11
RÉSUMÉ EXÉCUTIF .....	12
INTRODUCTION.....	21
<b>I. PROCESSUS D'ÉLABORATION DU CADRE STRATÉGIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA ET LES IST 2011-2015 .....</b>	<b>23</b>
<b>1.1. Objectifs et résultats du processus .....</b>	<b>23</b>
<b>1.2. Orientations pour l'élaboration du CSLS 2011-2015 .....</b>	<b>23</b>
<b>1.3. Description du processus .....</b>	<b>23</b>
1.3.1. <i>Mise en place d'un dispositif institutionnel et organisationnel de pilotage.....</i>	<i>24</i>
1.3.2. <i>Travaux de bilan et d'évaluation de la mise en œuvre du CSLS 2006-2010 .....</i>	<i>24</i>
1.3.3. <i>Travaux de définition des orientations et des objectifs stratégiques aux niveaux programmatique et sectoriel pour la période 2011-2015.....</i>	<i>24</i>
1.3.4. <i>Travaux de rédaction et de validation du document provisoire de Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015.....</i>	<i>24</i>
1.3.5. <i>Travaux de validation et d'adoption du document de Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015.....</i>	<i>25</i>
<b>II. CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA ET LES IST AU BURKINA FASO .....</b>	<b>26</b>
<b>2.1. Généralités sur le pays .....</b>	<b>26</b>
2.1.1. <i>Situation démographique et sociale .....</i>	<i>26</i>
2.1.2. <i>Situation politique et administrative .....</i>	<i>26</i>
2.1.3. <i>Situation économique .....</i>	<i>27</i>
2.1.4. <i>Situation éducative.....</i>	<i>28</i>
2.1.5. <i>Situation juridique .....</i>	<i>29</i>
2.1.6. <i>Situation sanitaire.....</i>	<i>29</i>
<b>2.2. Données sur l'épidémie du VIH .....</b>	<b>30</b>
2.2.1. <i>Situation générale sur le VIH, le Sida et les IST .....</i>	<i>30</i>
2.2.2. <i>Facteurs de propagation du VIH et des IST .....</i>	<i>33</i>
2.2.3. <i>Données sur les groupes spécifiques.....</i>	<i>33</i>
2.2.3.1. <i>Populations à haut risque d'exposition au VIH .....</i>	<i>34</i>
2.2.3.2. <i>Populations passerelles.....</i>	<i>35</i>
2.2.3.3. <i>Populations vulnérables .....</i>	<i>38</i>
<b>2.3. Situation de la réponse nationale au VIH en 2010 .....</b>	<b>41</b>
2.3.1. <i>Rappel historique de la réponse au VIH.....</i>	<i>41</i>
2.3.2. <i>Organisation actuelle de la réponse au VIH .....</i>	<i>41</i>
2.3.3. <i>Rappel des objectifs du CSLS 2006-2010.....</i>	<i>42</i>
2.3.4. <i>Analyse des résultats obtenus par domaine programmatique .....</i>	<i>42</i>
2.3.4.1. <i>Résultats dans le domaine de la prévention .....</i>	<i>42</i>
2.3.4.2. <i>Résultats dans le domaine des soins et traitements.....</i>	<i>45</i>
2.3.4.3. <i>Résultats dans le domaine de la prise en charge psychosociale et socioéconomique.....</i>	<i>48</i>
2.3.4.4. <i>Résultats dans le domaine de l'appui.....</i>	<i>50</i>
2.3.4.5. <i>Résultats dans le domaine de l'information stratégique .....</i>	<i>51</i>
2.3.5. <i>Recommandations de la revue à mi-parcours du CSLS 2006-2010.....</i>	<i>53</i>
2.3.6. <i>Revue de la réponse au VIH du secteur santé.....</i>	<i>53</i>
2.3.6.1. <i>Renforcement des interventions de prévention du VIH .....</i>	<i>53</i>
2.3.6.2. <i>Renforcement des soins et traitement des PVVIH .....</i>	<i>55</i>
2.3.6.3. <i>Renforcement du système de santé.....</i>	<i>55</i>
2.3.6.4. <i>Renforcement de la coordination et du leadership .....</i>	<i>57</i>
2.3.6.5. <i>Renforcement de l'information stratégique.....</i>	<i>57</i>
2.3.7. <i>Analyse du partenariat entre acteurs de la réponse au VIH .....</i>	<i>58</i>
2.3.8. <i>Analyse des priorités selon les groupes spécifiques.....</i>	<i>59</i>

<b>III. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DE LA RÉPONSE AU VIH 2011-2015</b> .....	<b>61</b>
<b>3.1. Vision prospective de la réponse au VIH</b> .....	<b>61</b>
<b>3.2. Mission de la réponse au VIH</b> .....	<b>61</b>
<b>3.3. Alignement du CSLS 2011-2015 avec les orientations nationales</b> .....	<b>62</b>
3.3.1. <i>Lien du CSLS avec les OMD et les autres engagements</i> .....	62
3.3.2. <i>Lien du CSLS avec la SCADD</i> .....	62
3.3.3. <i>Lien du CSLS avec le PNDS</i> .....	63
<b>3.4. Fondements et principes directeurs de la stratégie nationale de lutte contre le VIH, le Sida et les IST</b> .....	<b>63</b>
3.4.1. <i>Fondements</i> .....	63
3.4.2. <i>Principes directeurs</i> .....	64
<b>3.5. Objectifs, principaux résultats et axes stratégiques 2011-2015</b> .....	<b>68</b>
3.5.1. <i>Objectifs stratégiques et résultats attendus</i> .....	68
3.5.1.1. <i>Objectifs stratégiques</i> .....	68
3.5.1.2. <i>Résultats attendus</i> .....	69
3.5.2. <i>Définition/formulation des axes stratégiques</i> .....	69
<b>3.6. Priorités par axe stratégique</b> .....	<b>72</b>
3.6.1. <i>Axe stratégique 1 : Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH et des IST et promotion du conseil dépistage et de la santé sexuelle et reproductive</i> .....	72
3.6.2. <i>Axe stratégique 2 : Renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH</i> .....	81
3.6.3. <i>Axe stratégique 3 : Renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH</i> .....	86
3.6.4. <i>Axe stratégique 4 : Renforcement de la coordination, du partenariat et de la mobilisation des ressources</i> .....	90
3.6.5. <i>Axe stratégique 5 : Renforcement de la gestion de l'information stratégique sur le VIH, le Sida et les IST</i> .....	94
<b>IV. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA RÉPONSE AU VIH</b> .....	<b>98</b>
<b>4.1. Secteurs d'intervention</b> .....	<b>98</b>
4.1.1. <i>Secteur public</i> .....	98
4.1.1.1. <i>Sous-secteur santé</i> .....	98
4.1.1.2. <i>Sous-secteur de l'action sociale</i> .....	99
4.1.1.3. <i>Sous-secteur des Institutions et des autres Ministères</i> .....	99
4.1.2. <i>Secteur privé et des entreprises</i> .....	100
4.1.3. <i>Secteur communautaire</i> .....	100
4.1.4. <i>Secteur de la coordination nationale</i> .....	100
4.1.4.1. <i>Sous-secteur de la coordination centrale</i> .....	100
4.1.4.2. <i>Sous-secteur de la coordination décentralisée</i> .....	101
<b>4.2. Dispositif de coordination</b> .....	<b>101</b>
4.2.1. <i>Structure de décision et d'orientation</i> .....	101
4.2.2. <i>Structures de coordination</i> .....	101
4.2.2.1. <i>Structures de coordination du CNLS-IST</i> .....	101
4.2.2.2. <i>Structures communautaires de coordination</i> .....	106
4.2.2.3. <i>Structures de coordination des partenaires techniques et financiers</i> .....	107
4.2.2.4. <i>Autres structures de coordination multi-partenariales</i> .....	107
4.2.3. <i>Structures d'exécution</i> .....	109
4.2.3.1. <i>Points focaux des CILS, CMLS et CELS</i> .....	110
4.2.3.2. <i>Associations/OBC et ONG</i> .....	110
4.2.3.3. <i>Unités d'exécution des projets et programmes</i> .....	110
<b>V. FINANCEMENT DU CADRE STRATÉGIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA ET LES IST 2011-2015</b> .....	<b>111</b>
<b>5.1. Rappel du financement du CSLS 2006-2010</b> .....	<b>111</b>
5.1.1. <i>Situation d'exécution financière globale</i> .....	111
5.1.2. <i>Situation d'exécution financière par groupe de partenaires techniques et financiers</i> .....	112
5.1.3. <i>Situation d'exécution financière par domaine programmatique</i> .....	112
5.1.4. <i>Leçons tirées</i> .....	112
<b>5.2. Estimation du coût de la réponse nationale sur la période 2011-2015</b> .....	<b>113</b>
5.2.1. <i>Cadrage budgétaire</i> .....	113
5.2.2. <i>Hypothèses d'estimation</i> .....	113

5.2.3. Budget prévisionnel .....	113
5.2.3.1. Budget prévisionnel global .....	113
5.2.3.2. Budget prévisionnel par axe et par an .....	114
5.2.3.3. Budget prévisionnel par secteur d'intervention .....	114
5.2.3.4. Budget prévisionnel par programme et sous-programme .....	116
5.2.4. Evolution des disponibilités financières et évaluation du gap financier.....	117
<b>5.3. Stratégie de mobilisation des ressources du GAP .....</b>	<b>118</b>
5.3.1. Stratégie de mobilisation des ressources internes .....	118
5.3.2. Stratégie de mobilisation des ressources externes .....	119
<b>5.4. Gestion des ressources.....</b>	<b>119</b>
5.4.1. Modalités de gestion financière.....	119
5.4.2. Procédures de gestion .....	119
<b>5.5. Dispositif de contrôle de la gestion des ressources .....</b>	<b>120</b>
5.5.1. Contrôle interne.....	121
5.5.2. Contrôle externe .....	121
<b>VI. STRATÉGIE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI ÉVALUATION .....</b>	<b>122</b>
<b>6.1. Stratégies de mise en œuvre du CSLS 2011-2015.....</b>	<b>122</b>
6.1.1. Planification globale et sectorielle .....	122
6.1.2. Couverture géographique des interventions .....	123
<b>6.2. Suivi évaluation de la réponse nationale au VIH.....</b>	<b>124</b>
6.2.1. Fondements et composantes du suivi évaluation .....	124
6.2.1.1. Fondements.....	124
6.2.1.2. Composantes.....	125
<b>6.3. Système national de suivi évaluation.....</b>	<b>125</b>
6.3.1. Stratégies d'opérationnalisation.....	125
6.3.2. Mécanismes et instruments .....	126
6.3.3. Dispositif institutionnel de suivi évaluation.....	127
6.3.4. Indicateurs de suivi évaluation.....	130
<b>VII. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES.....</b>	<b>132</b>
7.1. Analyse des risques.....	132
7.2. Gestion des risques et conditions de succès de la mise en œuvre du CSLS 2011-2015.....	132
7.2.1. Stratégies de gestion des risques .....	132
7.2.2. Conditions de succès.....	134
<b>ANNEXES.....</b>	<b>135</b>
<b>ANNEXE 1 : CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA ET LES IST AU BURKINA FASO.....</b>	<b>136</b>
<b>ANNEXE 2 : PROFIL ÉVOLUTIF DE LA RÉPONSE NATIONALE AU VIH (1986-2010) .....</b>	<b>156</b>
<b>ANNEXE 3 : SYNTHÈSE DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES .....</b>	<b>157</b>
<b>ANNEXE 4 : RÉPARTITION DES INSTITUTIONS ET DES MINISTÈRES PAR GROUPE.....</b>	<b>159</b>
<b>ANNEXE 5 : SCHÉMA D'ORGANISATION DE LA RÉPONSE NATIONALE AU VIH .....</b>	<b>160</b>
<b>ANNEXE 6 : ATTRIBUTIONS ET COMPOSITION DU CNLS-IST ET DES CRLS .....</b>	<b>161</b>
<b>ANNEXE 7 : DESCRIPTION DU SECRÉTARIAT PERMANENT DU CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST (SP/CNLS-IST).....</b>	<b>164</b>
<b>ANNEXE 8 : NOTE SUR LE CADRAGE FINANCIER DU CSLS 2011-2015.....</b>	<b>167</b>
<b>ANNEXE 9 : ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ .....</b>	<b>175</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>176</b>

\*\*\*\*\*

## ABRÉVIATIONS

<b>AAS</b>	: Association african solidarité
<b>ACDI</b>	: Agence canadienne de développement international
<b>AED</b>	: Association espoir pour demain
<b>AELB</b>	: Accident d'exposition aux liquides biologiques
<b>AES/B</b>	: Action pour l'enfance et la santé au Burkina
<b>AFAFSI</b>	: Association des femmes africaines face au Sida
<b>AGR</b>	: Activité génératrice de revenus
<b>AMBF</b>	: Association des municipalités du Burkina Faso
<b>AME</b>	: Association des mères éducatrices
<b>AMMIE</b>	: Appui moral, matériel et intellectuel à l'enfant
<b>APA</b>	: Association pénitentiaire africaine
<b>APD</b>	: Aide publique au développement
<b>APE</b>	: Association des parents d'élèves
<b>AR</b>	: Antenne régionale
<b>ARV</b>	: Antirétroviral
<b>ASSISTEB</b>	: Association des techniciens de laboratoire
<hr/>	
<b>BAD</b>	: Banque africaine de développement
<b>BIT</b>	: Bureau international du travail
<b>BSP</b>	: Bureau du Secrétaire permanent du CNLS-IST
<b>BURCASO</b>	: Burkina council on AIDS services organisation
<hr/>	
<b>CADSS</b>	: Cellule d'appui à la décentralisation du système de santé
<b>CAMEG</b>	: Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques
<b>CAP</b>	: Connaissance, attitude, pratique
<b>CCC</b>	: Communication pour le changement de comportement
<b>CCIM</b>	: Cadre de concertation des institutions et des ministères
<b>CCLS</b>	: Comité communal de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST
<b>CD</b>	: Conseil de dépistage
<b>CD4</b>	: Cellule lymphocyte type 4
<b>CEDEAO</b>	: Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest
<b>CEG</b>	: Collège d'enseignement général
<b>CELS</b>	: Comité d'entreprise de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST
<b>CG/FM-STP</b>	: Comité de gestion du fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme
<b>CGAB</b>	: Cadre général des appuis budgétaires
<b>CHR</b>	: Centre hospitalier régional
<b>CHU</b>	: Centre hospitalier universitaire
<b>CHUP CDG</b>	: Centre hospitalier universitaire pédiatrique Charles De gaule
<b>CHUSS</b>	: Centre hospitalier universitaire Souro SANOU
<b>CHUYO</b>	: Centre hospitalier universitaire Yalgado OUEDRAOGO
<b>CIAI</b>	: Centre italien d'aide à l'enfance
<b>CIALIS</b>	: Coordination islamique des actions de lutte contre les IST et le Sida
<b>CIC'DOC</b>	: Centre d'information, de communication et de documentation sur le SIDA et la tuberculose
<b>CILS</b>	: Comité d'institution de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST
<b>CISMA</b>	: Conférence internationale sur le Sida et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique
<b>CISSE</b>	: Service d'information et des statistiques sanitaires
<b>CLTS/MT</b>	: Comité tripartite de lutte contre le VIH/SIDA, les IST, la tuberculose et le paludisme
<b>CMA</b>	: Centre médical avec antenne chirurgicale
<b>CMLS</b>	: Comité ministériel de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST

<b>CNCCTLS</b>	: Comité national des Chefs coutumiers et traditionnels de lutte contre le Sida
<b>CNCLS</b>	: Comité national catholique de lutte contre le Sida
<b>CNELS</b>	: Comité national des évangéliques contre le sida
<b>CNLS-IST</b>	: Conseil national de lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles
<b>CNSPE</b>	: Coalition nationale du secteur privé et des entreprises de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Burkina Faso
<b>CNSS</b>	: Caisse nationale de sécurité sociale
<b>CNTS</b>	: Centre national de transfusion sanguine
<b>COCOFA</b>	: Convergence communautaire du Faso
<b>CORAB</b>	: Coalition des réseaux et associations burkinabè de lutte contre le Sida et de promotion de la santé
<b>CP1</b>	: Cours préparatoires 1 <sup>ère</sup> année
<b>CPLS</b>	: Comité provincial de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST
<b>CPN</b>	: Consultation prénatale
<b>CP-PC</b>	: Comité de pilotage du panier commun
<b>CREN</b>	: Centre de récupération nutritionnelle
<b>CRIS</b>	: Country response information system
<b>CRLS</b>	: Comité régional de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST
<b>CRTS</b>	: Centre régional de transfusion sanguine
<b>CSC</b>	: Conseil supérieur de la communication
<b>CSLP</b>	: Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
<b>CSLS</b>	: Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST
<b>CSPS</b>	: Centre de santé et de promotion sociale
<b>CST</b>	: Comité sectoriel et thématique
<b>CVLS</b>	: Comité villageois de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST
<hr/>	
<b>DAF</b>	: Direction de l'administration et des finances
<b>DAP</b>	: Domaine d'action prioritaire
<b>DEP</b>	: Direction des études et de la planification
<b>DGHSP</b>	: Direction générale des hôpitaux et du sous-secteur sanitaire privé
<b>DGPML</b>	: Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires
<b>DGS</b>	: Direction générale de la santé
<b>DHPES</b>	: Direction de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé
<b>DIU</b>	: Diplôme inter universitaire
<b>DRH</b>	: Direction des ressources humaines
<b>DRS</b>	: Direction régionale de la santé
<b>DSF</b>	: Direction de la santé de la famille
<hr/>	
<b>ECD</b>	: Équipe cadre de district
<b>EDS</b>	: Enquête démographique et de santé
<b>ENEP</b>	: Ecole nationale des enseignants du primaire
<hr/>	
<b>FAO</b>	: Organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
<b>FCFA</b>	: Franc de la communauté financière africaine
<b>FEBAH</b>	: Fédération burkinabè des associations pour les personnes handicapées
<b>FESPACO</b>	: Festival panafricain du cinéma et de la télévision de Ouagadougou
<hr/>	
<b>GAR</b>	: Gestion axée sur les résultats
<b>GAS</b>	: Gestion des achats et des stocks
<b>GDT</b>	: Guide de diagnostic et de traitement
<b>GTSE</b>	: Groupe technique de suivi évaluation
<b>GTZ</b>	: Coopération technique allemande
<hr/>	
<b>HDJ</b>	: Hôpital de jour
<hr/>	
<b>IGB</b>	: Institut géographique du Burkina
<b>IGSS</b>	: Inspection générale des services de santé

<b>INSD</b>	: Institut national de la statistique et de la démographie
<b>IO</b>	: Infection opportuniste
<b>IPC</b>	: Initiative privée et communautaire
<b>IST</b>	: Infection sexuellement transmissible
<b>KFW</b>	: Kreditanstalt Für Wiederaufbau
<b>LMD</b>	: Licence-Master-Doctorat
<b>NEPAD</b>	: Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
<b>OBC</b>	: Organisation à base communautaire
<b>OEV</b>	: Orphelin et enfant vulnérable
<b>OMD</b>	: Objectif du millénaire pour le développement
<b>OMS</b>	: Organisation mondiale de la santé
<b>ONG</b>	: Organisation non gouvernementale
<b>ONU</b>	: Organisation des nations unies
<b>ONUSIDA</b>	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
<b>OSC</b>	: Organisation de la société civile
<b>PADS</b>	: Programme d'appui au développement sanitaire
<b>PAM</b>	: Programme alimentaire mondial
<b>PAMAC</b>	: Programme d'appui au monde associatif et communautaire
<b>PAP</b>	: Programme d'action prioritaire
<b>PASS</b>	: Projet d'appui au secteur de la santé et de la lutte contre le Sida
<b>PCIM/VIH</b>	: Prise en charge Intégrée des maladies dans le contexte du VIH et du Sida
<b>PCM</b>	: Plan communal multisectoriel
<b>PEC</b>	: Prise en charge
<b>PCR</b>	: Polymerase Chain Reaction
<b>PECC</b>	: Prise en charge communautaire
<b>PECM</b>	: Prise en charge médicale
<b>PISEN</b>	: Paquet intégré de services essentiels en nutrition pour la prise en charge des PVVIH
<b>PME</b>	: Petite et moyenne entreprise
<b>PMI</b>	: Petite et moyenne industrie
<b>PNDS</b>	: Plan national de développement sanitaire
<b>PNG</b>	: Politique nationale genre
<b>PNM</b>	: Plan national multisectoriel
<b>PNP</b>	: Politique normes et protocoles
<b>PNUD</b>	: Programme des Nations Unies pour le développement
<b>PPE</b>	: Prophylaxie post exposition
<b>PPLS</b>	: Projet population et lutte contre le Sida
<b>PPM</b>	: Plan provincial multisectoriel
<b>PRM</b>	: Plan régional multisectoriel
<b>PROMACO</b>	: Programme de marketing social et de communication pour la santé
<b>PSL</b>	: Produit sanguin labile
<b>PSN</b>	: Politique sanitaire nationale
<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>QUIBB</b>	: Enquête démographique sur les conditions de vie des ménages (Questionnaire unifié sur le bien être au Burkina Faso)
<b>RAME</b>	: Réseau d'accès aux médicaments essentiels
<b>REDES</b>	: Ressources et dépenses du Sida
<b>REGPIV</b>	: Réseau pour une plus grande implication des personnes infectées par le VIH
<b>RENAIDS</b>	: Réseau national des associations intervenant dans le domaine de la santé

<b>REV+</b>	: Association espoir et vie
<b>RGPH</b>	: Recensement général de la population et de l'habitat
<b>RNM</b>	: Resources need model
<hr/>	
<b>SCADD</b>	: Stratégie de croissance accélérée pour le développement durable
<b>SIAO</b>	: Salon international de l'artisanat de Ouagadougou
<b>SIDA</b>	: Syndrome d'Immunodéficience Acquis
<b>SNC</b>	: Semaine nationale de la culture
<b>SNIS</b>	: Système national d'information sanitaire
<b>SOFITEX</b>	: Société des fibres et textiles
<b>SONABEL</b>	: Société nationale burkinabè d'électricité
<b>SONABHY</b>	: Société nationale burkinabè d'hydrocarbures
<b>SP/CNLPE</b>	: Secrétariat permanent du comité national de lutte contre les pratiques de l'excision
<b>SP/CNLS-IST</b>	: Secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le SIDA et les IST
<b>SR</b>	: Santé de la reproduction
<b>SSR</b>	: Santé sexuelle et reproductive
<hr/>	
<b>TAP</b>	: Programme de traitement accéléré
<b>TARV</b>	: Traitement par les antirétroviraux
<b>TB/VIH</b>	: Tuberculose/VIH
<b>TBIS</b>	: Tableau de bord des indicateurs Sida
<b>TBM</b>	: Taux brut de mortalité
<b>TME</b>	: Transmission mère-enfant du VIH
<b>TPS</b>	: Tradi-praticien de santé
<b>TS</b>	: Travailleur de sexe
<hr/>	
<b>UA</b>	: Union africaine
<b>UAS</b>	: Unité d'appui sectoriel
<b>UC-PSE</b>	: Unité centrale de planification et du suivi évaluation
<b>UD</b>	: Usager de drogue
<b>UEMOA</b>	: Union économique et monétaire ouest africaine
<b>UERD</b>	: Unité d'étude et de recherches en démographie
<b>UGF</b>	: Unité de Gestion Financière
<b>UNDAF</b>	: Plan cadre des Nations d'appui au pays pour le développement (United nations development assistance framework)
<b>UNFPA</b>	: Fonds des nations unies pour la population
<b>UNGASS</b>	: Session spéciale de l'assemblée générale des nations unies
<b>UNICEF</b>	: Fonds des nations unies pour l'enfance
<b>URCB</b>	: Union des religieux et coutumiers burkinabè contre le Sida, le paludisme et la tuberculose
<hr/>	
<b>VAD/SAD</b>	: Visite à domicile/Soins à domicile
<b>VIH</b>	: Virus de l'immunodéficience humaine

\*\*\*\*\*



## LISTE DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX

### Liste des figures

Figure 1 : Découpage administratif du Burkina Faso .....	27
Figure 2 : Répartition géographique de la prévalence du VIH observée dans les sites sentinelles en 2008 au Burkina Faso ....	31
Figure 3: Vue organisationnelle du SP/CNLS-IST .....	103
Figure 4 : Relations fonctionnelles entre les structures du SP/CNLS-IST .....	104
Figure 5 : Niveaux de coordination de la réponse nationale au VIH .....	109
Figure 6 : Processus de transfert de fonds.....	120
Figure 7 : Eléments de suivi évaluation .....	124
Figure 8. : Organisation du Suivi Evaluation.....	129

### Liste des graphiques

<i>Graphique 1 : Evolution de la prévalence du VIH par région chez les femmes enceintes de 15-49 ans .....</i>	<i>31</i>
--	-----------

### Liste des tableaux

Tableau n°1 : Structures sanitaires publiques, privées et communautaire par région.....	29
Tableau n°2 : Incidence des cas d'IST par région en 2008 .....	32
Tableau n°3 : Evolution de l'incidence (pour 1000) par tranche d'âge des IST de 2005 à 2008.....	32
Tableau n°4 : Résultats du CSLS 2006-2010 dans le domaine de la prévention .....	42
Tableau n°5 : Résultats du CSLS 2006-2010 dans le domaine des soins/traitements .....	46
Tableau n°6 : Résultats du CSLS 2006-2010 dans le domaine de la prise en charge psychosociale et socioéconomique .....	49
Tableau n°7 : Analyse des priorités selon les groupes spécifiques.....	60
Tableau n°8 : Situation d'exécution des ressources mobilisées de 2006-2010 (en millions de FCFA) .....	111
Tableau n°9 : Situation des ressources dépenses/mobilisées par groupe de partenaires techniques et financiers de 2006-2010 en millions de FCFA.....	112
Tableau n°10 : Résultats financiers de la mise en œuvre des domaines programmatiques sur la période 2006-2009 en millions de FCFA) .....	112
Tableau n°11 : Evolution du budget de l'Etat (santé, VIH) selon les années (en milliards de FCFA) .....	113
Tableau n°12: Prévisions budgétaires par axe stratégique (en FCFA) .....	114
Tableau n°13 : Prévisions budgétaires par axe stratégique (en USD).....	114
Tableau n°14 : Prévisions budgétaires par secteur d'intervention (en millions FCFA) .....	115
Tableau n°15: Prévisions budgétaires détaillées par programme et sous-programme (en millions de FCFA) .....	116
Tableau n°16 : Prévisions budgétaires par programme (en USD) .....	117
Tableau n°17 : Situation des financements acquis de 2011 à 2015, en FCFA.....	117
Tableau n°18 : Composantes du système national de suivi évaluation .....	125
Tableau n°19 : Indicateurs de suivi évaluation de la mise en œuvre du CSLS 2011-2015.....	130
Tableau n°20 : Quelques données de performance sur les groupes spécifiques .....	131
Tableau n°21 : Mesures de gestion des risques .....	133

Le Président du Conseil national de lutte  
contre le Sida et les Infections sexuellement  
transmissibles

**Blaise COMPAORE**  
**Président du Faso**  
**Président du Conseil des Ministres**

## REMERCIEMENTS

Le présent document « Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST » pour la période 2011-2015, est le fruit d'un long processus de consultation. En effet, les travaux d'élaboration de ce cadre stratégique ont mis à contribution plusieurs mois durant, les acteurs de l'administration centrale, déconcentrée et décentralisée, du secteur privé, du secteur communautaire et les partenaires techniques et financiers. Une telle démarche a eu le mérite de prendre en compte les aspirations de toutes les parties prenantes, conférant de ce fait au nouveau cadre stratégique, un caractère consensuel.

Le sentiment légitime qui doit nous animer tous, est celui d'avoir fait œuvre utile. Je relève aussi avec réelle satisfaction notre capacité d'appropriation de l'ensemble du processus et le professionnalisme de formulation dudit cadre stratégique. Une telle prédisposition garantit des chances de succès quant à sa mise en œuvre.

Au terme de ce processus, je voudrais adresser à tous les acteurs de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST, mes sincères remerciements et les appeler par la même occasion à rester toujours engagés et disponibles. Il est une évidence que nous ne viendrons à bout de cette pandémie qu'en renforçant la synergie d'actions que nous avons créée et la gestion optimale des ressources financières.

Le Secrétaire permanent du Conseil  
national de lutte contre le Sida et les  
Infections sexuellement transmissibles

**Dr Joseph André TIENDREBEOGO**  
*Commandeur de l'Ordre National*

### I. CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA ET LES IST

#### 1.1. Généralités du pays

Le Burkina Faso est un pays enclavé sans littoral, qui comptait selon le dernier Recensement de la population et de l'habitat (RGPH) de décembre 2006, 14 017 262 habitants dont 51,7% de femmes. Cette population essentiellement jeune (46,6% ont moins de 15 ans), croît au rythme de 3,1% par an et atteindrait 16 248 558 habitants en 2011. Malgré des progrès récents et des initiatives en faveur de l'égalité des sexes, de grandes disparités entre hommes et femmes, notamment en matière de droits humains, existent encore. Pour y pallier, le Gouvernement a adopté et mis en œuvre une politique nationale genre. Concernant la protection juridique, malgré l'intensification des mesures de prévention et de prise en charge du VIH et du Sida, la protection des personnes vivant avec le VIH demeure insuffisante. Les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées persistent encore à l'échelon familial, communautaire et sur les lieux de travail se traduisant parfois par des pertes d'emploi pour les PVVIH. La prise en charge médicale et psychosociale, et l'intégration sociale des PVVIH sont des droits.

Fortement tributaire des chocs exogènes et des caprices des conditions agro climatiques, l'économie nationale a évolué au cours de ces dernières années à un rythme moyen de l'ordre de 4,5% par an. Sur le plan administratif, le pays est engagé depuis plus d'une décennie et demie dans un processus de décentralisation qui s'est davantage consolidé avec la communalisation intégrale en 2006.

En matière d'éducation, la loi d'orientation de l'éducation adoptée par l'Assemblée nationale le 30 juillet 2007, traduit la volonté du Gouvernement burkinabè de rendre le système éducatif plus performant, accessible et à même de répondre aux besoins de l'économie nationale. A l'exception de l'éducation préscolaire, qui demeure encore très embryonnaire malgré d'importants efforts consentis ces dernières années pour accroître l'offre, l'enseignement primaire a enregistré une forte expansion au cours de ces cinq dernières années.

Au niveau sanitaire la situation se caractérise, d'une part par le renforcement de la couverture sanitaire, et d'autre part, par l'amélioration de la qualité des prestations de service au cours de ces cinq dernières années. L'action publique est harmonieusement renforcée par celle des acteurs privés qui disposent d'un nombre impressionnant de structures répondant aux normes. La couverture nationale a connu une amélioration certes, mais des disparités régionales persistent. Par ailleurs, l'utilisation des formations sanitaires n'est pas encore optimale. En fin décembre 2009, l'on dénombrait 82 formations sanitaires aussi bien publiques, privées que communautaires dans les 13 régions du pays qui assurent la prise en charge médicale des PVVIH par les ARV. Toutefois, les structures privées et confessionnelles devront s'impliquer davantage. Dans le cadre du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), l'offre de service des structures sanitaires suite aux actions de promotion des acteurs communautaires, s'est vite étendue : 1 267 CSPP sur 1 380 pratiquent la PTME, soit un taux de couverture de 92% environ.

#### 1.2. Situation de l'épidémie

Par rapport à l'évolution de l'épidémie du VIH, le rapport de l'ONUSIDA paru en 2008, estimait la prévalence moyenne de l'infection à VIH dans la population générale du Burkina Faso à 1,6% en fin 2007. Selon le même rapport, le nombre de personnes vivant avec le VIH atteignait 130 000 dont 61 000 femmes et 10 000 enfants de moins de 15 ans. Il recensait 9 200 décès liés au VIH et 100 000 enfants orphelins. Selon les dernières estimations du groupe de travail OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST, ce taux est de 1,2 % en fin 2008. En outre, les résultats de l'Enquête démographique et de santé (EDS) 2003 présentent des disparités spatiales et selon le genre : les jeunes filles sont plus infectées que les jeunes garçons. Les données de la surveillance sentinelle de 2008 au niveau national ont montré une prévalence globale du VIH chez les jeunes (15-24 ans), de l'ordre de 1,3% contre 2% en 2007. La prévalence moyenne nationale dans la population générale devrait continuer de décroître pour s'établir à 1,12% en 2015 (selon les projections du logiciel Spectrum). S'agissant des IST, l'incidence globale est en baisse depuis 2007, à l'exception des tranches d'âge 0-14 ans où on observe une légère augmentation.

S'agissant des données sur les groupes spécifiques, plusieurs études<sup>1</sup> réalisées sur les modes de transmission ont permis d'identifier ces groupes qui sont des cibles importantes de la réponse au VIH. Il s'agit :

- des populations à haut risque qui de par leurs activités et leur milieu de vie ont des comportements sexuels qui les exposent fortement au risque de contact avec le VIH. Il s'agit des populations carcérales, des travailleur(se)s du sexe (TS), des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (MSM), des usagers de drogues, des PVVIH ;
- des populations passerelles : en contact avec les précédentes et caractérisées par leur mobilité géographique : ce sont notamment les populations des zones minières, les personnels de tenue (militaires et para militaires), les routiers/transporteurs, les jeunes (filles), les travailleurs du secteur privé notamment le secteur informel et la population générale (notamment environnante des différents sites des populations à haut risque) ;
- des populations vulnérables : qui de par leur situation sociale (santé précaire, incapacité physique et morale, pauvreté, veuves, etc.), sont exposées à l'infection à VIH. Il s'agit des orphelins du fait du Sida et autres enfants vulnérables, des personnes vivant avec des handicaps, des femmes (en âge de procréer), des indigents, etc.

### **1.3. Situation de la réponse nationale au VIH en 2010**

Le Gouvernement burkinabè a fait de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST, un défi majeur de sa stratégie nationale de développement durable et de sa politique de développement sanitaire. Cet engagement a été fortement matérialisé par l'adoption en 1998 de l'approche multisectorielle décentralisée et participative qui a impliqué tous les secteurs de développement dans l'organisation de la réponse nationale au VIH. Deux cadres stratégiques ont été mis en œuvre couvrant respectivement les périodes 2001-2005 et 2006-2010. Suite à ces programmes successifs qui ont été accompagnés par une importante mobilisation sociale, le pays connaît une relative stabilisation de la progression de la pandémie. Selon les estimations révisées de l'OMS/ONUSIDA, le taux de séroprévalence en population générale s'établirait à 1,2% en fin 2008. Cependant, en milieu urbain la prévalence observée dans les sites sentinelles atteint 4% (2008). Pour certains groupes spécifiques tels les TS, les routiers, le personnel de tenue, les MSM, les taux de prévalence (données de dépistage) varient entre 3% et 19% selon certaines enquêtes et études.

Les acquis sont perceptibles dans les domaines de la prévention, de la prise en charge, de la coordination et de la gestion de l'information stratégique. En matière de coordination et d'orientation de la réponse, le Conseil national de lutte contre le Sida et les IST (CNLS-IST), présidé par le Président du Faso, a conforté son leadership au fil des années. Le mécanisme institutionnel national mis en place constitué de structures formelles à différents niveaux, a favorisé l'engagement et la participation effective de toutes les composantes politiques, administratives, socio-professionnelles ainsi que celles des communautés traditionnelles et religieuses dans la lutte contre cette pandémie.

L'expérience burkinabè en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST est citée dans la sous région et dans le monde, comme une expérience réussie, en témoignent les nombreux voyages d'études effectués au Burkina Faso, par des délégations de certains pays de la région et par l'organisation en mai 2008, des assises des secrétaires permanents ou exécutifs des CNLS des pays membres de l'UEMOA élargis à la Mauritanie. Cette importante réunion a abouti à la création d'un cadre de concertation des CNLS dont le secrétariat exécutif est assuré par le Burkina Faso.

---

<sup>1</sup> Etudes réalisées entre 2005 et 2009 par : SP/CNLS-IST, projet Fonds mondial, structures communautaires, PTF, etc.

Tirant leçons de la mise en œuvre du précédent cadre stratégique et dans le souci d'en consolider les importants acquis enregistrés, le Gouvernement burkinabè a décidé d'élaborer un troisième Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST pour la période 2011-2015. Ce cadre stratégique tire ses grandes orientations de la vision prospective Burkina 2025, de la Stratégie de croissance accélérée pour le développement durable (SCADD) 2011-2015, de la politique nationale de développement sanitaire (PNDS 2011-2020) et ses principes d'actions, en tenant compte de la Politique nationale genre (PNG). De ce fait, il s'inscrit dans la perspective de réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), du renforcement de l'élaboration des requêtes au Fonds mondial et dans la stratégie du Nouveau partenariat international pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (2005).

Le cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015 ainsi formulé vise à apporter certaines innovations et permettre au Gouvernement : (i) de valoriser les acquis antérieurs, (ii) de renforcer la dimension multisectorielle des actions de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (iii) et de renforcer le plaidoyer et le partenariat à tous les niveaux. Il vise également à orienter les interventions en apportant les réponses aux défis constatés au cours des cinq dernières années de mise en œuvre du CSLS 2006-2010. Les innovations majeures par rapport aux précédents cadres stratégiques sont :

- la détermination d'une Vision et de la mission de la réponse ;
- la définition d'un tableau des priorités (cibles) ;
- la formulation des axes stratégiques suivant les directives de la Gestion axée sur les résultats (GAR) ;
- la détermination d'un Cadre de performance qui permettra de suivre et d'évaluer annuellement les progrès réalisés ;
- l'établissement des GAP de financement afin d'orienter et de faciliter le plaidoyer pour la mobilisation des ressources ;
- la possibilité d'opérer des options de priorisation des domaines d'actions prioritaires en fonction du niveau de mobilisation des ressources financières (annexe 8) ;
- la détermination de la gestion des risques portant à la fois sur la prévision et la résolution.

Le processus d'élaboration de ce cadre stratégique a suivi une démarche participative et les étapes itératives de la planification stratégique. Cette approche a permis une grande implication des différents acteurs sectoriels (secteur public, secteur privé, société civile) et des Partenaires techniques et financiers. Il a respecté les principes de transparence, d'implication et de participation.

## **II. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET PRIORITÉS 2011-2015**

### **2.1. Vision prospective de la réponse au VIH**

Les orientations de ce cadre stratégique reposent sur la vision prospective 2025 du Burkina Faso en matière de riposte au VIH qui est : poursuivre l'inversion de la tendance de l'épidémie et « *faire du VIH/Sida une maladie comme les autres grâce à une stratégie nationale conséquente et un appui international consolidé* ». Pour y parvenir le pays devra au cours de la période 2011-2015 :

- affirmer et assumer son leadership dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST au plan national, sous-régional et international ;
- renforcer l'implication de tous les segments de la société, accroître la responsabilité des acteurs des secteurs public, privé et communautaire dans les activités et le financement de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- développer un partenariat et un plaidoyer efficace pour la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du Plan national multisectoriel de lutte contre le VIH/Sida et les IST ;
- renforcer les capacités des services techniques et des acteurs de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- renforcer les outils de planification, du suivi et d'évaluation tenant compte du genre ;
- développer et entretenir en toute circonstance une culture organisationnelle cohérente et solidaire ;
- renforcer les bonnes pratiques de gestion orientées sur les résultats et faire de la bonne gouvernance le moteur de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- défendre les valeurs de solidarité, d'appartenance, de fierté, d'exemplarité, de non discrimination/stigmatisation, d'équité et d'ouverture ;
- cultiver les valeurs morales et éducatives ;
- développer l'innovation.

## **2.2. Mission de la réponse au VIH**

La réponse nationale au VIH organisée sous l'égide du conseil national de lutte contre le Sida et les IST (CNLS-IST) a pour mission de réduire la prévalence du VIH et des IST en population générale et chez les groupes spécifiques, et l'impact négatif du VIH sur le développement social et économique du Burkina Faso. Cette mission se matérialise par les orientations et les objectifs tels que définis dans le CSLS 2011-2015 et son plan d'opérationnalisation ainsi que de l'ensemble des directives arrêtées pour les différents acteurs. Elle est également conforme à l'option stratégique du Gouvernement burkinabè à l'horizon 2015, qui est d'inscrire le pays dans de réelles perspectives de réalisation du développement durable ; C'est-à-dire un processus de développement qui s'appuie sur i) une croissance accélérée et de qualité, ii) la préservation et la gestion rationnelle des ressources naturelles, iii) la promotion des valeurs d'équité et justice sociales.

## **2.3. Principes directeurs**

La mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST pour la période 2011-2015 sera guidée par les douze principes directeurs suivants :

1. le maintien du leadership au plus haut niveau de l'Etat ;
2. la prévention de la transmission du VIH ;
3. le ciblage des interventions aux groupes spécifiques et le renforcement de la protection sociale;
4. l'accès aux soins et traitements ;
5. la lutte contre la stigmatisation et la discrimination;
6. l'implication et la participation des PVVIH ;
7. la consolidation de l'approche régionale et multisectorielle de la réponse nationale au VIH ;
8. la prise en compte de la dimension genre, de la Santé sexuelle et reproductive et des droits humains ;
9. la protection de l'environnement à travers la gestion des déchets liés au VIH ;
10. l'application des principes du « Three Ones » et de la Déclaration de Paris ;
11. la contractualisation des interventions ;
12. la bonne gouvernance et la gestion axée sur les résultats.

## **2.4. Objectifs stratégiques et résultats attendus**

Les objectifs stratégiques de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST pour le prochain cycle quinquennal 2011-2015 sont les suivants :

- contribuer à la réduction de la transmission du VIH face au risque de rebond de l'épidémie du VIH et à la propagation des IST ;
- renforcer la prise en charge médicale et communautaire des personnes dépistées positives au VIH d'ici 2015 en mettant l'accent sur l'accès et la qualité des services de soins et de traitement ;
- améliorer la protection et la prise en charge socioéconomique des personnes infectées et affectées en renforçant l'accès et la qualité des services de soutien ;
- renforcer la coordination multisectorielle, le partenariat et la mobilisation des ressources pour la lutte contre le VIH, le Sida et les IST en considérant les besoins à tous les niveaux, central, sectoriel et décentralisé ;
- améliorer le système de gestion de l'information stratégique et la recherche dans le domaine de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST à partir d'un système efficace et efficient de planification basé sur les évidences (résultats escomptés) et le suivi évaluation des activités qui favorisent la production et l'utilisation de l'information.

La réalisation de ces objectifs stratégiques sera appréciée à travers l'atteinte des principaux résultats escomptés qui sont les suivants :

- les nouvelles infections sont réduites et le risque de rebond de l'épidémie au sein des groupes spécifiques vulnérables et à risque est maîtrisé ;
- l'accès et la qualité des services de soins et de traitement sont renforcés ;
- l'accès et la qualité des services de prise en charge psychosociale et économique des PVVIH et des personnes affectées sont renforcés ;
- le partenariat, la coordination et la mobilisation des ressources sont renforcés ;
- l'information stratégique et la recherche sont améliorées.

## 2.5. Axes stratégiques et priorités

La mise en œuvre de la stratégie nationale pour la période 2011-2015 repose sur cinq (5) axes stratégiques qui constituent les domaines programmatiques des interventions :

1. Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH et des IST et promotion du conseil dépistage et de la santé sexuelle et reproductive ;
2. Renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH ;
3. Renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH et autres groupes spécifiques ;
4. Renforcement de la coordination, du partenariat et de la mobilisation des ressources ;
5. Renforcement de la gestion de l'information stratégique sur le VIH, le Sida et les IST.

Les priorités définies pour les différents axes stratégiques tenant compte des évidences, permettent de mieux orienter les interventions. Pour chaque axe stratégique, il a été déterminé les effets, les résultats attendus et les domaines d'actions prioritaires. Pour chacun des domaines d'actions prioritaires, les extrants (produits), les stratégies, les principales actions et les cibles prioritaires, les indicateurs à vérifier et les responsables de mise en œuvre sont décrits.

La mise en œuvre conséquente de ces 5 axes stratégiques permettra d'obtenir les résultats suivants :

### **Axe stratégique 1 : Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH et des IST et promotion du conseil dépistage et de la santé sexuelle et reproductive**

**Effet** : la tendance de l'épidémie continue de baisser dans la population générale et dans les groupes spécifiques vulnérables et à risque.

#### **Résultats attendus :**

- d'ici fin 2015, la prévalence du VIH est passée de 1,22% à 1,12% au sein de la population générale (projection Spectrum) ;
- chaque année, 100% des cas d'IST diagnostiqués au niveau national sont pris en charge selon les normes dans les structures appropriées ;
- de 2011 à 2015, le nombre de personnes dépistées a augmenté de 10% environ par an.

### **Axe stratégique 2 : Renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH**

**Effet** : la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH est améliorée grâce à un meilleur accès à une prise en charge médicale et communautaire de qualité.

#### **Résultats attendus :**

- d'ici à fin 2015 la couverture du traitement par les ARV des PVVIH dont l'état de santé le nécessite est passée de 52 % à 90% ;
- 100% des PVVIH suivies dans les structures de soins et dont l'état de santé le nécessite, bénéficient d'une prise en charge des infections opportunistes notamment la tuberculose ;
- 45% des PVVIH suivies dans les structures de prise en charge et dont l'état de santé le nécessite, bénéficient d'une prise en charge nutritionnelle.

### **Axe stratégique 3 : Renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH**

**Effet** : au cours de la période 2011-2015, l'impact social du VIH sur les PVVIH, les OEV et leurs familles est atténué.

#### **Résultats attendus :**

- au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des personnes infectées, des personnes affectées et groupes spécifiques qui sont dans le besoin bénéficient du soutien psychosocial, économique et spirituel ;
- au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des OEV du fait du Sida, qui sont dans le besoin bénéficient d'une prise en charge intégrée ;



- au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des personnes infectées et affectées victimes de stigmatisation et de discrimination identifiées bénéficient de la protection juridique, d'un soutien psychologique, spirituel et d'auto-soutien.

#### **Axe stratégique 4 : Renforcement de la coordination, du partenariat et de la mobilisation des ressources**

**Effet :** au cours de la période 2011-2015, l'application des principes du « Three Ones » est renforcée.

**Résultats attendus :**

- les capacités techniques et organisationnelles des structures de coordination et d'exécution sont renforcées au niveau central, régional et local pour un accès universel aux services liés au VIH ;
- au cours de la période 2011-2015, les ressources externes et internes mobilisées atteignent au moins 85% des besoins de financement pour l'accès universel aux services liés au VIH.

#### **Axe stratégique 5 : Renforcement de la gestion de l'information stratégique sur le VIH, le Sida et les IST**

**Effet :** au cours de la période 2011-2015, l'information stratégique de qualité sur la réponse nationale est disponible et utilisée par les acteurs pour la riposte au VIH.

**Résultats attendus :**

- La surveillance de seconde génération du VIH est renforcée ;
- les informations disponibles sur la riposte au VIH sont complètes et de qualité.

### **III. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA RÉPONSE AU VIH**

#### **3.1. Secteurs d'intervention**

La mise en œuvre des stratégies sectorielles de lutte contre le VIH, le Sida et les IST pour la période 2011-2015, outre le ciblage des interventions au profit des catégories socio professionnelles et économiques, mettra l'accent sur l'organisation de l'ensemble des acteurs nationaux regroupés en quatre (4) secteurs clés. Il s'agit : du secteur public, du secteur communautaire, du secteur privé et des entreprises et du secteur de la coordination nationale.

#### **3.2. Dispositif de coordination et d'exécution**

**Structure de décision et d'orientation :** Le Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST (CNLS-IST) est la structure de décision et d'orientation de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST au Burkina Faso. Le président du Faso en assure la présidence.

Dans le souci de permettre une plus large représentation des parties prenantes à la prise de décision, le CNLS-IST comptera à partir de l'année 2011, 155 membres et son bureau 20 membres. Il est composé des représentants des institutions, des départements ministériels, des gouvernorats, des communes, de la société civile, du secteur privé et des entreprises et de la coopération bilatérale et multilatérale.

**Structures de coordination :** La coordination des interventions en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST est assurée par des structures de coordination du CNLS-IST aux niveaux central, sectoriel et régional. Celles-ci collaborent avec les structures de coordination du secteur communautaire et celles des partenaires techniques et financiers. Des structures de coordination multi partenariales sont également créées en fonction des besoins de coordination de la réponse au VIH. Le Secrétariat permanent du CNLS-IST est la structure technique, chargée d'organiser la coordination nationale de la mise en œuvre du cadre stratégique. A ce titre, il est responsable de l'appui technique et du suivi de l'ensemble des interventions de lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

**Structures d'exécution :** elles sont chargées de la mise en œuvre des activités opérationnelles de lutte contre le VIH, le Sida et les IST au niveau central, régional et provincial et dans les différents secteurs.

#### IV. FINANCEMENT

L'évaluation des besoins pour la réponse au VIH a été réalisée suivant trois phases en ce qui concerne les données à savoir : leur collecte, leur traitement et leur analyse. Elle s'inscrit dans un processus international d'estimations des besoins de ressources pour la réponse au VIH initié par l'ONUSIDA. A cet effet, un progiciel dénommé « Resources need model » (RNM) dans une version améliorée a été développé par Future Institute et mis en œuvre par l'ONUSIDA.

L'estimation des ressources nécessaires s'est faite sur la base de l'introduction des données pays validées obtenues lors de la revue documentaire. Ces données ont porté sur :

- les données démographiques extraites du fichier de projections démographiques de 2006 à 2020, produites par l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD).
- les données épidémiologiques tirées du logiciel de projection épidémiologique « Spectrum », renseignées à partir des informations des 13 sites sentinelles avec un calibrage des résultats d'études ponctuelles réalisées de 1989 à 1997.
- les données programmatiques de l'année 2008 (année de base de la projection) obtenues de la revue documentaire auprès du SP/CNLS-IST, CMLS/Santé, MEBA, MESSRS, INSD, Fonds mondial.
- les coûts unitaires obtenus à partir de l'exploitation du Plan de gestion des achats et des stocks (GAS) du projet Fonds mondial, 2010 (Phase 2, R6), du REDES 2007 et 2008, du Programme des filets sociaux de sécurité, 2009 et Budget de la phase 2, Round 6, Sida et de la Requête au round 9, Sida du Fonds mondial, 2009.

Les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du CSLS 2011-2015 sont estimées à 170,78 milliards de F CFA (359,53 millions de dollar US), dont 56,57 milliards de F.CFA d'acquis et 114,21 milliards de F CFA de besoin de financement. Ces ressources sont allouées à hauteur de 42,8 % à l'axe stratégique 1, de 35,9 % à l'axe stratégique 2, de 4,8 % à l'axe stratégique 3, de 8,0 % à l'axe stratégique 4 et de 8,5 % à l'axe stratégique 5.

##### Prévisions budgétaires par axe stratégique (en FCFA)

Axe stratégique	2011	2012	2013	2014	2015	Total	%
Prévention de la transmission du VIH et des IST, promotion du conseil dépistage et de la santé sexuelle et reproductive	12 589 958 789	13 514 639 356	14 524 847 800	15 630 166 779	16 840 725 062	73 100 337 786	42,8 %
Accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH	13 245 745 408	12 818 399 864	12 251 572 925	11 807 947 602	11 251 475 377	61 375 141 177	35,9 %
Protection et soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH	1 531 140 106	1 579 976 526	1 627 514 723	1 683 521 794	1 712 385 074	8 134 538 223	4,8 %
Coordination, partenariat et la mobilisation des ressources	2 619 415 872	2 671 692 639	2 718 680 989	2 787 375 672	2 852 744 127	13 649 909 298	8,0 %
Gestion de l'information stratégique sur le VIH, le Sida et les IST	2 786 225 693	2 841 831 553	2 891 812 218	2 964 881 520	3 034 412 773	14 519 163 757	8,5 %
<b>Total</b>	<b>32 772 485 867</b>	<b>33 426 539 939</b>	<b>34 014 428 655</b>	<b>34 873 893 367</b>	<b>35 691 742 413</b>	<b>170 779 090 240</b>	<b>100 %</b>

*Source : SP/CNLS-IST, synthèse RNM*

La gestion des ressources respectera les normes nationales et internationales de gestion comptable et financière. A cet effet, les procédures de gestion seront basées sur des manuels de procédures des conventions et des protocoles signés entre les PTF, le SP/CNLS-IST et les acteurs sectoriels. Un accent particulier devra être mis sur l'utilisation judicieuse et efficace de l'ensemble de ces ressources.

Pour combler le gap, le gouvernement devra renforcer le plaidoyer auprès de ses Partenaires techniques et financiers (PTF) et améliorer la mobilisation des ressources internes. Les stratégies suivantes seront développées à savoir :

### Au plan interne,

- l'intégration de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans les activités quotidiennes des structures du secteur public, du secteur privé et de la société civile ;
- l'adoption des autorisations d'inscriptions budgétaires sur le Budget de l'Etat et des collectivités territoriales (Institutions et Ministères, Régions et Communes urbaines et rurales) ;
- le renforcement des inscriptions budgétaires pour chaque CILS et chaque CMLS : poursuivre l'allocation de la ligne budgétaire de chaque institution et de chaque département ministériel pour la réponse au VIH y compris la diversification du contenu ;
- le renforcement de la contribution du secteur privé ;
- le renforcement de l'inscription d'une ligne budgétaire pour la lutte contre le VIH, le Sida et les IST en prenant en compte les fonds alloués au programme des filets sociaux de sécurité ;
- l'augmentation des dotations budgétaires pour le fonds de solidarité envers les malades et orphelins du Sida ;
- la sensibilisation des structures publiques et parapubliques pour le financement des activités de la réponse au VIH ;
- la prise en compte du volet lutte contre le VIH, le Sida et les IST lors de la formulation et l'évaluation de tout projet ou programme de développement (surtout ceux des secteurs des infrastructures, des transports des mines et du développement rural) ;
- l'accélération de la mise en place de l'assurance maladie qui prendra en compte les services VIH dans son paquet global de services ;
- l'identification des méthodes de financements innovants (taxation des jeux du hasard, du tabac, du transport aérien, la boisson et l'alcool, le péage, l'industrie du tourisme et de l'hôtellerie, l'industrie minière, la téléphonie classique et mobile, etc.) ;
- la prise en compte du volet lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans les plans de développement des conseils régionaux et des communes ;
- l'accroissement du financement des entreprises à travers l'autofinancement de leurs activités ;
- la valorisation et le renforcement de la contribution des bénéficiaires en prenant en compte l'évaluation des prestations salariales ;
- la consolidation et le renforcement du Sidathon.

### Au plan externe

- les requêtes de financements : prospecter au niveau de la coopération bilatérale et multilatérale les partenaires dont les domaines d'intervention peuvent prendre en compte le VIH, le Sida et les IST : Fonds Mondial, Banque Mondiale, BAD, etc. ;
- la table ronde des bailleurs de fonds : organiser une table ronde des bailleurs de fonds bilatéraux, multilatéraux, des ONG et des fondations autour d'un plaidoyer pour le financement des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- les missions de prospection auprès des bailleurs de fonds : initier des missions de prospection auprès de certains bailleurs de fonds : Banque Mondiale, BAD et autres institutions de financement ;
- le renforcement du partenariat sur le plan régional et international ; Fonctionnement adéquat du comité de suivi des déclarations et des engagements pris par les PTF ;
- le suivi rapproché des ressources mises à la disposition du Burkina Faso pour la réponse au VIH.

## **V. STRATÉGIE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI/ÉVALUATION**

### **5.1. Stratégies de mise en œuvre du CSLS 2011-2015**

L'approche multisectorielle et décentralisée sera privilégiée. En effet, la mise en œuvre du CSLS 2011-2015 sera faite à travers l'élaboration et la mise en œuvre d'un Plan national multisectoriel (PNM) et des Plans régionaux multisectoriels (PRM) annuels. Le contenu de ces plans sera basé sur les orientations du plan d'opérationnalisation dudit Cadre stratégique ajusté en fonction des résultats annuels obtenus. Le Plan national multisectoriel et les plans régionaux multisectoriels constituent les documents d'orientation de toutes les interventions de lutte contre le VIH, le Sida et les IST par année. Ces plans sont élaborés de manière participative à partir d'un processus de planification défini par niveau de coordination et par secteur d'intervention qui s'appuie sur des outils et méthodes de programmation opérationnelle définies par le SP/CNLS-IST, pour l'ensemble des acteurs de la réponse (canevas, circuit et délai de transmission des plans, etc.).

## **5.2. Suivi évaluation de la réponse nationale au VIH**

La stratégie de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015, nécessite la mise en place d'un système opérationnel et performant de gestion de l'information stratégique. Cette disposition répond aux exigences des principes du « Three Ones » défini par l'ONUSIDA en 2003 et dont une évaluation de la mise en œuvre a été faite en novembre 2009. Sur le plan organisationnel, le cadre institutionnel de coordination et d'exécution des interventions intègre le système national de suivi évaluation des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

L'opérationnalisation de ce système nécessite de relever les défis qui sont relatifs entre autres aux aspects suivants : la capacité de planification, de gestion, et de coordination, la capacité de collecte, d'analyse et d'utilisation des données, la mise en place du système d'information et de communication.

Les domaines constitutifs du système national de suivi évaluation sont : les activités des programmes, la surveillance de l'épidémie, la surveillance des comportements, les flux financiers, la recherche sur le VIH, le Sida et les IST. Les différents mécanismes et instruments seront définis dans le manuel de suivi évaluation révisé. Au titre des indicateurs de suivi évaluation, l'on compte les indicateurs de processus permettant de documenter ce qui est fait les indicateurs de résultats servant à mettre en évidence les effets directs des actions et les indicateurs d'impacts permettront de mesurer les effets à long terme des interventions. Le suivi de la réalisation des différents indicateurs tient en partie compte des données utilisées pour le cadrage technique et financier de la mise en œuvre du CSLS 2011-2015.

## **VI. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES**

### **6.1. Analyse des risques**

Malgré la bonne gouvernance et la performance de la réponse nationale, il existe des risques susceptibles de compromettre l'atteinte des résultats escomptés par la mise en œuvre des orientations définies dans le CSLS 2011-2015. Les facteurs de risques sont liés au contexte actuel de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Ils se caractérisent par les situations suivantes :

- la faiblesse du ciblage des interventions notamment la PTME ;
- l'inadaptation des messages de sensibilisation des populations ;
- la faible capacité du système de santé à répondre à la demande de soins et traitement ;
- la survenue de situation d'urgence suite à des catastrophes ;
- le manque d'engagement des partenaires nationaux et internationaux pour le financement de la réponse nationale au VIH ;
- l'absence de leadership au niveau régional ;
- le faible fonctionnement des structures de coordination a niveau central et régional ;
- le manque de soutien à l'opérationnalisation du système national de suivi évaluation défini dans le contexte du «Three Ones».

### **6.2. Conditions de succès**

La mobilisation des ressources nécessaires au financement de la réponse et la disponibilité des compétences techniques demeurent des facteurs indispensables à la mise en œuvre des interventions. Aussi, l'engagement de l'état et l'appui des Partenaires techniques et financiers à soutenir la lutte contre le VIH, le Sida et les IST sont nécessaires pour prévenir les situations de risque.

## INTRODUCTION

Le Gouvernement burkinabè a fait de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST, un défi majeur de sa politique de développement sanitaire et de sa stratégie nationale de développement durable. Cet engagement a été fortement matérialisé par l'adoption en 1998 de l'approche multisectorielle décentralisée et participative qui a impliqué tous les secteurs de développement dans l'organisation de la réponse nationale au VIH. Deux cadres stratégiques ont été mis en œuvre couvrant respectivement les périodes 2001-2005 et 2006-2010. Suite à ces programmes réussis qui ont été accompagnés par une importante mobilisation sociale, le pays connaît une relative stabilisation de la progression de la pandémie. Selon les estimations révisées de l'OMS/ONUSIDA, le taux de séroprévalence en population générale se serait établi à 1,2% en fin 2008. Le taux était estimé à 1,8% selon la dernière enquête démographique et de santé (EDS 2003). Cependant, en milieu urbain la prévalence observée dans les sites sentinelles aurait atteint 4% en 2008. Pour certains groupes spécifiques tels les TS, les routiers, le personnel de tenue, les MSM, les taux de prévalence (données de dépistage) varient entre 3% et 19% selon certaines enquêtes et études.

Les acquis sont perceptibles dans les domaines de la prévention, de la prise en charge, de la coordination et de la gestion de l'information stratégique. En matière de coordination et d'orientation de la réponse, le Conseil national de lutte contre le Sida et les IST (CNLS-IST), présidé par le Président du Faso, a conforté son leadership au fil des années. Le mécanisme institutionnel national mis en place constitué de structures formelles à différents niveaux, a favorisé l'engagement et la participation effective de toutes les composantes politiques, administratives, socio-professionnelles ainsi que celles des communautés traditionnelles et religieuses dans la lutte contre cette pandémie.

L'expérience burkinabè en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST est citée dans la sous région et dans le monde, comme une expérience réussie, en témoignent les nombreux voyages d'études effectués au Burkina Faso, par des délégations de certains pays de la région et par l'organisation en mai 2008, des assises des secrétaires permanents ou exécutifs des CNLS des pays membres de l'UEMOA élargi à la Mauritanie. Cette importante réunion a abouti à la création d'un cadre de concertation des CNLS dont le secrétariat exécutif est assuré par le Burkina Faso.

Tirant leçons de la mise en œuvre du précédent cadre stratégique et dans la perspective d'en consolider les importants acquis, le Gouvernement burkinabè a décidé d'élaborer un troisième Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Le processus d'élaboration qui s'est appuyé sur une démarche participative a connu une forte implication des Partenaires techniques et financiers et des représentants des départements ministériels, du secteur privé et des organisations de la société civile. Le cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015 devrait apporter certaines innovations et permettre au Gouvernement : (i) de valoriser les acquis antérieurs, (ii) de renforcer la dimension multisectorielle des actions de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (iii) et de renforcer le plaidoyer et le partenariat à tous les niveaux. Il vise à orienter les interventions en apportant les réponses aux défis constatés au cours des cinq dernières années de mise en œuvre du CSLS 2006-2010.

Le présent CSLS 2011-2015 tire ses grandes orientations et ses principes d'actions de la vision prospective Burkina 2025, de la Stratégie de croissance accélérée pour le développement durable (SCADD 2011-2016), de la politique nationale de développement sanitaire (PNDS 2011-2020) et de la politique nationale genre (PNG). De ce fait, il s'inscrit dans la perspective de réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), du renforcement de l'élaboration des requêtes au Fonds mondial et dans la stratégie du Nouveau partenariat international pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (2005).

Le document comporte sept (07) grandes parties, des annexes et des références bibliographiques. Les différentes parties sont ainsi structurées :

- I. Processus d'élaboration du Cadre stratégique de Lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015 ;
- II. Contexte général de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST au Burkina Faso ;
- III. Orientations stratégiques de la réponse au VIH 2011-2015 ;
- IV. Cadre institutionnel et organisationnel de la réponse au VIH ;
- V. Financement du Cadre stratégique de Lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015 ;
- VI. Stratégie de mise en œuvre et de suivi évaluation ;
- VII. Analyse et gestion des risques.

-----

## **I. PROCESSUS D'ÉLABORATION DU CADRE STRATÉGIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA ET LES IST 2011-2015**

Le Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015 dont l'élaboration a couvert la période de novembre 2009 à juin 2010, constitue le document d'orientation de la réponse nationale au VIH.

Les acteurs de tous les secteurs de développement et les partenaires techniques et financiers ont pris part aux travaux de préparation, de rédaction et de validation du document. Le processus a pris fin avec la tenue de la session extraordinaire du CNLS-IST et l'adoption du CSLS 2011-2015 par le Conseil des Ministres pour permettre la diffusion du document à tous les acteurs impliqués dans la riposte au VIH. Pour son financement, une Table ronde thématique des bailleurs de fonds sera organisée au cours du deuxième semestre de l'année 2010.

### **1.1. Objectifs et résultats du processus**

Les termes de référence du processus d'élaboration du CSLS 2011-2015 ont été adoptés par le Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST, lors de sa IX<sup>ème</sup> session ordinaire tenue le 29 janvier 2010. Le processus vise à doter le pays d'un nouveau Cadre stratégique pour améliorer la situation sanitaire des populations dans la perspective d'un développement durable.

### **1.2. Orientations pour l'élaboration du CSLS 2011-2015**

L'élaboration du Cadre stratégique 2011-2015 s'est basée sur les orientations suivantes :

- la prise en compte du genre ;
- le renforcement de l'intégration de la SR et du VIH ;
- l'approche basée sur les droits humains en matière d'accès à la prévention, aux soins, au traitement et au soutien ;
- l'intégration sociale (insertion et soutien) des personnes infectées et affectées ;
- la décentralisation (régionalisation) de la réponse ;
- le partenariat effectif basé sur une synergie d'actions ;
- la contractualisation de la mise en œuvre des interventions ;
- l'utilisation efficace de l'information stratégique ;
- le renforcement du « Three Ones » ;
- le renforcement de la gestion axée sur les résultats.

### **1.3. Description du processus**

Le processus d'élaboration du CSLS 2011-2015 a suivi une démarche participative et les étapes itératives de la planification stratégique. Cette approche a permis une grande implication des différents acteurs sectoriels (secteur public, secteur privé, société civile), des personnes infectées et affectées et des Partenaires techniques et financiers ainsi qu'une meilleure intégration des préoccupations de tous les niveaux d'intervention. Ce processus d'élaboration a respecté les principes de transparence, d'implication au processus de prise de décisions et de participation.

Sur le plan méthodologique, l'élaboration des termes de référence du processus a permis de définir les directives et le calendrier de travail. Les étapes ci-après ont été suivies.

### **1.3.1. Mise en place d'un dispositif institutionnel et organisationnel de pilotage**

Un groupe de travail a été mis en place par décision n°2010-002/PRES/CNLS-IST/SP/UC-PSE du 11 février 2010. Ce groupe chargé de donner les orientations nécessaires et de suivre l'élaboration du Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (CSLS) 2011-2015, comprenait : cinq (5) Comités sectoriels et thématiques (CST), trois (3) Comités de rédaction (CR) et un Groupe restreint de pilotage (GRP).

### **1.3.2. Travaux de bilan et d'évaluation de la mise en œuvre du CSLS 2006-2010**

Ces travaux se sont réalisés à travers des consultations régionales et sectorielles sur les résultats programmatiques et thématiques de la mise en œuvre du CSLS 2006-2010, afin de dégager des propositions d'amélioration au regard de l'évolution du contexte de la réponse.

Ils ont également porté sur la revue documentaire qui a permis de dégager les acquis, les insuffisances et les défis de la mise en œuvre des programmes d'une part, et d'autre part, d'identifier les priorités d'interventions spécifiques au secteur santé pour la période 2011-2015.

Par ailleurs, une revue de la réponse au VIH, apportée par le sous-secteur de la santé a également été réalisée pour contribuer au processus.

De même, il a été pris en compte les résultats préliminaires de l'analyse prospective de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST conduite par le Ministère chargé de la prospective de la Présidence du Faso.

### **1.3.3. Travaux de définition des orientations et des objectifs stratégiques aux niveaux programmatique et sectoriel pour la période 2011-2015**

Les travaux de définition des nouvelles orientations et objectifs stratégiques pour la période 2011-2015 ont été marqués par les activités suivantes :

- L'organisation des ateliers de réflexions sectorielles et thématiques par les comités sectoriels et thématiques (CST), et les groupes chargée des thèmes spécifiques (genre et VIH, prise en charge psychosociale et contractualisation) du 23 février au 11 mars 2010.
- L'organisation d'un atelier de consensus du groupe de travail qui a regroupé 146 participants représentant les acteurs multisectoriels de lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Sur la base des résultats des travaux précédents (ateliers de réflexions), cet atelier tenu le 16 mars 2010 a dégagé le consensus sur les propositions d'orientations stratégiques et recommandé des modalités de rédaction du CSLS 2011-2015.

### **1.3.4. Travaux de rédaction et de validation du document provisoire de Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015**

Le processus de rédaction du projet de document de CSLS 2011-2015 a impliqué l'ensemble des acteurs de la réponse nationale y compris les PTF, à travers les Comités de rédaction. Ces comités ont pris en compte les résultats de l'atelier de consensus, et leurs travaux se sont déroulés de la manière suivante :

- l'organisation d'un atelier de rédaction des différentes parties du document de CSLS qui a regroupé tous les membres des Comités de rédaction et le groupe restreint de pilotage du 22 mars au 08 Avril 2010.
- l'organisation d'une rencontre de validation par le groupe de travail le 07 avril 2010, pour valider des parties du CSLS rédigées par les différents comités de rédaction.



- *l'organisation d'un atelier de rédaction du projet de CSLS 2011-2015* : sur la base des différentes productions validées, une équipe restreinte issue des comités de rédaction s'est réunie du 09 au 19 avril 2010 pour produire un document préliminaire et cohérent à soumettre aux différentes étapes de validation.

### **1.3.5. Travaux de validation et d'adoption du document de Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015**

Les travaux de validation et d'adoption ont été tout aussi multisectoriels et participatifs, et ont passé par les étapes suivantes :

- *l'organisation des ateliers sectoriels de validation du projet de CSLS 2011-2015* qui ont réuni les acteurs sectoriels (public, privé, société civile), les acteurs de la coordination nationale et les Partenaires techniques et financiers pour amender et améliorer le document préliminaire proposé ;
- *l'examen du projet de CSLS 2011-2015 par les experts de l'ONUSIDA* pour recueillir leurs appréciations sur le document, notamment sur les questions de « Genre, droits humains et santé de la reproduction » ;
- *l'organisation de l'atelier national de validation du projet de CSLS 2011-2015* le 17 mai 2010. Cet atelier qui a regroupé 165 participants issus des acteurs multisectoriels et des PTF a permis de disposer d'une version provisoire du Cadre stratégique qui a été soumise à l'approbation du Bureau du CNLS-IST ;
- *l'organisation de la réunion extraordinaire du Bureau du CNLS-IST* le 11 Juin 2010, sous la présidence effective du Chef de l'Etat, Président du CNLS-IST pour l'examen approfondi du document provisoire et les orientations pour la session extraordinaire du CNLS-IST ;
- *l'organisation de la session extraordinaire du CNLS-IST* le 25 juin 2010, pour l'approbation du document du CSLS 2011-2015 avant son adoption par le Gouvernement ;
- *l'adoption du document de CSLS 2011-2015 par le Conseil des Ministres* en sa séance du mercredi 28 juillet 2010.

-----

## II. CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA ET LES IST AU BURKINA FASO

Des éléments de détail de cette partie sont présentés en annexe 1.

### **2.1. Généralités sur le pays**

Pays sahélien enclavé sans littoral, le Burkina couvre une superficie de 272 967 km<sup>2</sup> (IGB 2002). Il partage ses frontières avec six (6) pays de la sous-région Ouest africaine que sont : le Mali, le Niger, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

#### **2.1.1. Situation démographique et sociale**

**En matière de démographie** : selon le dernier Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2006, le Burkina Faso compte 14 017 262 habitants dont 51,7% de femmes. C'est une population jeune (46,6% à moins de 15 ans), dynamique avec un taux de croissance de 3,1% par an. Cette population, dont 77,3% réside en milieu rural contre 22,7% en milieu urbain, atteindra 16 248 558 habitants en 2011. Les femmes et les jeunes constituent ainsi les groupes cibles les plus importants qui devront bénéficier d'actions vigoureuses afin de réduire leur vulnérabilité face à l'infection au VIH.

**Au plan socioculturel**, le Burkina Faso compte une soixantaine d'ethnies et trois principales religions : l'islam, le christianisme et l'animisme. Les populations à majorité rurales sont encore sous l'influence de certaines croyances ancestrales et pesanteurs sociologiques qui maintiennent des pratiques traditionnelles néfastes. De grandes disparités entre hommes et femmes, notamment en matière de droits humains, persistent encore dans les différentes régions du pays. La prise de conscience collective de l'impact négatif des inégalités entre les sexes sur le processus de développement durable du pays, a motivé l'adoption de la politique nationale genre, pour œuvrer progressivement vers une plus grande justice et équité sociales. La mise en œuvre de ce troisième CSLS se devrait de prendre en compte les différentes valeurs qui fondent le système socioculturel burkinabè et les préoccupations de genre.

#### **2.1.2. Situation politique et administrative**

**Sur le plan politique**, le pays jouit d'une stabilité caractérisé par le fonctionnement régulier des différentes institutions républicaines, l'amélioration de la gestion des affaires publiques et la création des conditions plus propices à la responsabilisation de tous les acteurs dans la conduite des politiques de développement. Le Burkina Faso est aussi réputé pour sa classe politique plurielle et sa société civile très engagée et active. Il fait partie des sept premiers pays en Afrique où la presse s'exprime librement.

**Sur le plan administratif**, le pays s'est engagé depuis plus d'une décennie et demie dans un processus de décentralisation qui s'est davantage consolidée avec la communalisation intégrale mise en œuvre en 2006. Cette décentralisation s'est traduite par l'organisation du pays en collectivités territoriales accompagné d'une déconcentration de l'Administration. La subdivision administrative donne par ordre successif : la région, la province, la commune (rurale ou urbaine), le secteur de commune et le village. Ainsi, le territoire national est organisé en 13 régions, 45 provinces, 351 communes dont 302 communes rurales et 49 communes urbaines.

Les collectivités territoriales jouissent d'une autonomie d'organisation pour prendre en charge leur développement. Cette dynamique régionale et communale de développement devrait aussi mettre au centre de ses préoccupations, la lutte contre le VIH, le Sida et les IST.



#### **2.1.4. Situation éducative**

Sur le plan de l'éducation, le pays a obtenu des acquis fort appréciables au cours des 05 dernières années en matière d'enseignement et de formation ; toutefois, les efforts doivent être poursuivis dans les différents ordres d'enseignement. La loi d'orientation de l'éducation adoptée par l'Assemblée nationale le 30 juillet 2007, traduit la volonté du Gouvernement burkinabè de rendre le système éducatif plus performant, accessible à tous les enfants et à même de répondre aux besoins de l'économie nationale.

**Au niveau de l'éducation préscolaire**, qui demeure encore très embryonnaire, le taux de scolarisation de la petite enfance n'excédait guère 3% en 2009. L'enseignement préscolaire reste un phénomène des grands centres urbains (41,63% des établissements à Ouagadougou).

**Au niveau de l'enseignement primaire**, les efforts du Gouvernement se sont traduits par la construction de près de 11 000 nouvelles salles de classes qui ont permis au total à environ 1 500 000 nouveaux élèves dont 48% de filles, d'accéder au CP1. 3 000 nouveaux enseignants ont été recrutés tous les ans. Ainsi en 2009-2010, le taux de scolarisation s'établissait à 76% contre 61% en 2005-2006. Celui des filles s'est établi respectivement à 67,7% et 54%. Le taux d'achèvement reste une préoccupation : il est de 47,7% en 2009 dont 44,2% pour les filles. L'indice de parité fille/garçon est de 0,88 en 2009 contre 0,79 en 2005-2006.

**Au niveau de l'alphabétisation et l'éducation non formelle**, la multiplicité des intervenants et la non maîtrise des statistiques en matière d'alphabétisation notamment, ne permettent pas d'apprécier avec exactitude l'impact de tous les efforts conjugués. En 2007, le taux d'alphabétisation était estimé à 28,7% contre 23,6% en 2005. Ce taux chez les 15-24 ans a connu une hausse, passant de 33% à 39,3% de 2005 à 2007 et si les tendances actuelles se poursuivent, il sera de 48,08% à l'horizon 2015 ; il faudra alors attendre 2023 pour le porter à 60%. En outre, les statistiques indiquent que les femmes (26,5%) demeurent faiblement alphabétisées par rapport aux hommes (39,8%).

**Au niveau de l'enseignement secondaire**, près de 140 nouveaux collèges d'enseignement général (CEG) et 13 nouveaux lycées ont été ouverts entre 2006 et 2009. Les capacités d'accueil se sont accrues de manière sensible entraînant une progression des effectifs de l'ordre de 11% en moyenne par an. En fin 2009, l'enseignement secondaire général comptait 468 000 élèves environ dont 42% de filles. Malgré ces performances, les taux d'admission et d'achèvement sont très modestes. L'enseignement technique est appelé à connaître un développement et l'ouverture projetée de quatre Lycées professionnels et de 13 centres régionaux de perfectionnement, offriront des opportunités d'amélioration de nombreux métiers.

**Au niveau de l'enseignement supérieur**, l'accent est mis sur les filières de formation professionnelle à travers la mise en œuvre du système « Licence-Master-Doctorat (LMD) ». Au cours de ces dernières années, le Gouvernement a renforcé les capacités des universités publiques existantes et a lancé les travaux de construction de l'université de Ouaga II. L'ouverture d'autres universités est envisagée. Les autorités burkinabè ont aussi créé les conditions d'émergence de nombreuses universités privées. En fin 2009, le Burkina comptait plus de 60 000 étudiants dont environ 50 000 dans les universités publiques. L'objectif visé à l'horizon 2015 est de 403 étudiants pour 100.000 habitants (RGPH 2006).

Les milieux scolaires et universitaires sont réputés être des milieux à risque. C'est pourquoi l'intégration de la prévention de l'infection à VIH et aux IST dans les curricula et modules de formation dans les différents ordres d'enseignement, ainsi que le développement des activités de prévention en dehors des classes, constituent des actions bien opportunes pour amener les jeunes à opérer des changements de comportements durables face aux dites infections.

### 2.1.5. Situation juridique

La protection des personnes vivant avec le VIH demeure insuffisante malgré l'intensification des mesures de prévention et de prise en charge du VIH et du Sida. Les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées persistent encore à l'échelon familial, communautaire et sur les lieux de travail se traduisant parfois par des pertes d'emploi pour les PVVIH. La prise en charge médicale et psychosociale du même que l'intégration sociale des PVVIH sont des droits.

Le Burkina Faso a adhéré aux initiatives africaines et sous-régionales (UEMOA, CEDEAO, etc.) dans le cadre de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Au plan international, il a ratifié plusieurs conventions internationales notamment celles relatives aux mesures juridiques de la déclaration de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le Sida en 2001. Outre les dispositifs juridiques généraux relatifs aux droits humains, le Burkina Faso s'est doté de deux lois spécifiques : l'une portant Santé de la reproduction (SR) et l'autre relative à la lutte contre le VIH/ Sida et à la protection des droits des PVVIH.

### 2.1.6. Situation sanitaire

Le Burkina Faso, depuis 2000, dispose d'une Politique Sanitaire Nationale (PSN) qui accorde une place de choix à la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Un Plan national de développement sanitaire (PNDS), traduction opérationnelle de la politique sanitaire nationale, a été élaboré en 2001, pour couvrir la période 2001-2010. Le PNDS a pour objectif général d'améliorer l'état général de santé de la population. Il s'articule autour de huit (08) objectifs intermédiaires qui couvrent l'ensemble des domaines de la santé. Le quatrième objectif intermédiaire est réservé à la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Toutes les interventions se mettent en œuvre dans un système de santé de type pyramidal à trois niveaux administratifs et trois niveaux de soins qui sont décrits en annexe 9.

Le renforcement de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité des prestations de service ont été les aspects dominants des actions gouvernementales au cours de ces cinq dernières années. Environ 200 nouveaux centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et deux nouveaux centres hospitaliers régionaux ont été construits. Des travaux de réhabilitation ont été également faits. Le rayon moyen d'action théorique a été amélioré et se situe désormais à moins de 7,50 Km. Près de 5 000 nouveaux agents publics (personnel médical et paramédical) ont été recrutés. L'action publique a été renforcée par celle des acteurs privés et communautaires qui disposent d'un grand nombre de structures répondant aux normes requises. Malgré ces progrès, il persiste des disparités régionales. En 2009, le Burkina Faso totalise<sup>2</sup> 1 585 formations sanitaires publiques (non compris les 3 CHU et 9 CHR), 382 formations privées et confessionnelles, 537 dépôts privés, 153 officines privées et 192 Centres de dépistage (CD). Au niveau communautaire, les formations sanitaires sont au nombre de 12 structures de traitement accréditées et à 36 centres de conseil dépistage en 2009.

**Tableau n°1 : Structures sanitaires publiques, privées et communautaire par région**

Régions	FS publiques	CMA	CM	CSPS	Disp	Mat	FS privées et confess.	FS privées	FS confess	Dépôts privés	Officines privées	CDV
Boucle du Mouhoun	193	5	6	171	10	1	8	4	4	44	4	6
Cascades	74	1	1	62	10	0	7	6	1	31	3	30
Centre	104	4	7	73	17	3	221	203	18	40	94	52
Centre-Est	129	3	3	115	5	3	7	5	2	57	4	6
Centre-Nord	109	3	0	104	2	0	6	0	6	27	3	31
Centre-Ouest	156	2	3	143	6	2	18	10	8	47	4	4
Centre-Sud	100	4	0	88	8	0	3	1	2	37	2	6
Est	113	3	2	101	5	2	11	5	6	59	2	3
Hauts Bassins	156	5	0	138	12	1	72	57	15	64	31	33
Nord	178	3	3	146	19	7	8	5	3	56	4	3
Plateau central	107	3	0	99	3	2	8	4	4	32	0	4
Sahel	77	3	0	68	6	0	5	3	2	21	0	3
Sud-Ouest	89	3	3	72	7	4	8	6	2	22	2	11
<b>TOTAL</b>	<b>1 585</b>	<b>42</b>	<b>28</b>	<b>1 380</b>	<b>110</b>	<b>25</b>	<b>382</b>	<b>309</b>	<b>73</b>	<b>537</b>	<b>153</b>	<b>192</b>
Pourcentage	100 %	3 %	2 %	87 %	7 %	2 %	100 %	81 %	19 %			

Source : Document de la revue 2009 du secteur santé (version provisoire)

<sup>2</sup> Plan d'action 2010 du ministère de la Santé.

Les efforts dans le domaine de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles se sont intensifiés, mais certains indicateurs démo-sanitaires demeurent encore très élevés. Les taux bruts de mortalité infanto-juvénile et de mortalité maternelle étaient estimés respectivement à 141,9‰ et à 307 pour 100 000 naissances vivantes en 2006 (RGPH).

Le recours aux formations sanitaires (taux d'utilisation des services de santé de 0,49 contact par habitant/an en 2008) et l'utilisation des moyens préventifs et curatifs, sont encore faibles.

En fin décembre 2009, 82 formations sanitaires aussi bien publiques, privées que communautaires assuraient la prise en charge médicale des PVVIH par les ARV dans les 13 régions du pays. Toutefois les structures privées et confessionnelles devront s'impliquer davantage. Dans le cadre du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), l'offre de service des structures sanitaires s'est vite étendue et a permis de renforcer les performances de ce programme. Ainsi, outre la couverture de l'ensemble des districts sanitaires, le nombre de sites (CSPS) est passé de 803 en 2008 à 1 267 en 2009. 1 267 sur 1 380 CSPS pratiquent donc la PTME, soit un taux de couverture de 92% environ. Le taux d'adhésion des femmes est de 50,9% tandis que le taux de séropositivité chez les femmes dépistées a été estimé à 1,5%.

## **2.2. Données sur l'épidémie du VIH**

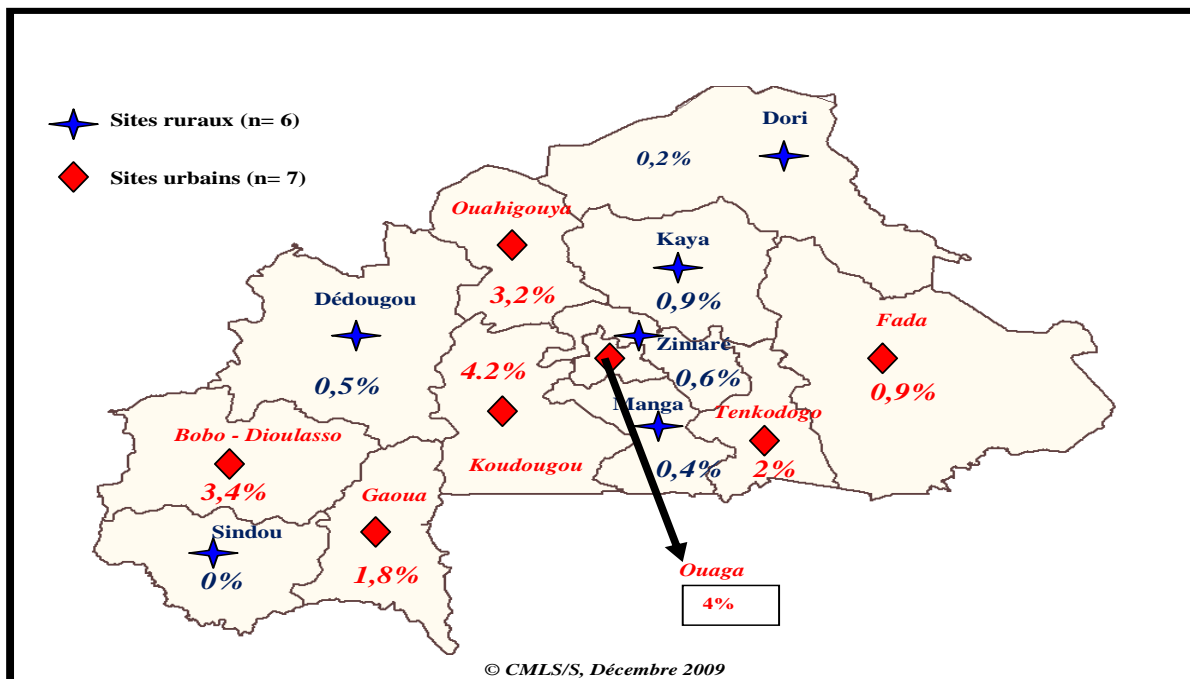
### **2.2.1. Situation générale sur le VIH, le Sida et les IST**

Le Burkina Faso est placé parmi les pays à épidémie généralisée. Le rapport ONUSIDA paru en 2008 estimait la prévalence moyenne de l'infection à VIH dans la population générale du Burkina Faso à 1,6% [1,4-1,9] en fin 2007. Selon le même rapport, le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 130 000 personnes, dont 61 000 femmes et 10 000 enfants de moins de 15 ans. Par ailleurs, 9 200 décès ont été liés au VIH et 100 000 enfants sont orphelins du fait du Sida. Selon les dernières estimations du groupe de travail OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/Sida, ce taux est de 1,2 % en fin 2008.

Les résultats de l'Enquête démographique et de santé 2003, présentent des disparités spatiales et selon le genre. La prévalence varie dans la population générale des 15-49 ans, de 1,3% en milieu rural à 1,6% en milieu urbain. Il ressort également que les jeunes filles sont plus infectées que les jeunes garçons ; en 2008 l'ONUSIDA et l'OMS estimaient ces taux à 0,9% pour les filles et 0,5% pour les garçons.

Les données de la surveillance sentinelle de 2008 au niveau national ont montré une prévalence globale du VIH chez les 15 à 49 ans de 2,0% avec un intervalle de confiance de [1,8-2,4] contre 2,3% [2,0-2,7] en 2007. Chez les jeunes (15-24 ans) elle est de l'ordre de 1,3% [1,0-1,7] en 2008 contre 2% [1,6-2,5] en 2007. Le VIH 1 prédomine avec 94,4% des cas, contre respectivement 4,4% et 1,2% pour le VIH 2 et les formes combinant VIH1 + VIH2.

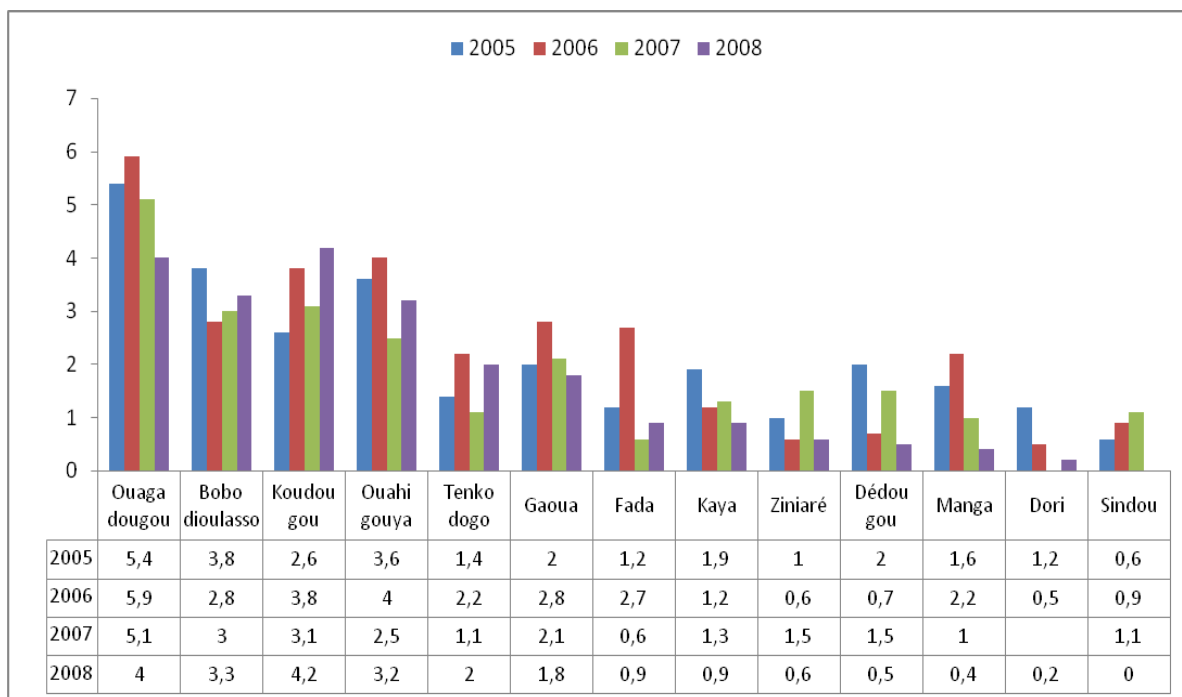
**Figure 2 : Répartition géographique de la prévalence du VIH observée dans les sites sentinelles en 2008 au Burkina Faso**



La prévalence du VIH mesurée dans la population générale est en baisse relative au Burkina Faso depuis 10 ans. Selon les projections du logiciel Spectrum, elle devrait continuer à décroître pour s'établir à 1,12% en 2015.

Le graphique ci-dessous présente les résultats de la surveillance sentinelle dans les 13 régions du pays de 2005 à 2008 :

**Graphique 1 : Evolution de la prévalence du VIH par région chez les femmes enceintes de 15-49 ans**



Source : Rapports bilan du PNM 2006 à 2009

En 2008, les structures sanitaires ont notifié 119 964 cas d'IST contre 133 689 en 2009 (données provisoires).

L'analyse de l'incidence par région pour l'année 2008 montre que le taux le plus élevé se situe dans la région du Centre (19,3 pour 1000), tandis que le taux le plus faible se retrouve dans la région de la Boucle du Mouhoun (4,7 pour 1000), comme l'indique le tableau ci-dessous :

**Tableau n°2 : Incidence des cas d'IST par région en 2008**

Régions administratives	Nombre de cas	Incidence (pour 1000 habitants)	Proportion
Boucle du Mouhoun	7 057	4,7	5,9%
Cascades	5 028	9	4,2%
Centre	35 020	19,3	29,2%
Centre Est	6 583	5,5	5,5%
Centre Nord	5 672	4,5	4,7%
Centre Ouest	6 212	5	5,2%
Centre Sud	3 826	5,7	3,2%
Est	5 751	4,5	4,8%
Hauts Bassins	20 540	13,3	17,1%
Nord	6 281	5	5,2%
Plateau Central	5 977	8,2	5,0%
Sahel	5 969	5,9	5,0%
Sud Ouest	6 048	9,3	5,0%
<b>Total</b>	<b>119 964</b>	<b>8,1</b>	<b>100,0%</b>

*Source : DEP/DGISS, Rapport 2009*

L'incidence est plus élevée chez les femmes (13,1 pour 1000) que chez les hommes (2,8 pour 1000). On note globalement des variations de l'incidence en plus ou en moins selon les périodes (voir tableau ci-dessous).

**Tableau n°3 : Evolution de l'incidence (pour 1000) par tranche d'âge des IST de 2005 à 2008**

Année	2005	2006	2007	2008
<b>Nombre des cas</b>	<b>87 325</b>	<b>109 266</b>	<b>120 069</b>	<b>119 964</b>
<b>Tranche d'âge</b>				
0 à 14 ans	0,5	0,5	0,4	0,5
15 à 19 ans	10,5	12,6	12,3	12,1
20 à 29 ans	23,5	28,2	28,8	26,2
30 à 39 ans	16,9	18,9	22,1	19,6
40 ans et plus	2,8	3,2	4,4	3,7
<b>Total</b>	<b>6,8</b>	<b>7,8</b>	<b>8,4</b>	<b>8,1</b>

Au-delà des disparités régionales, certains groupes présentent toujours des prévalences assez élevées s'agissant du VIH ou des IST, faisant d'eux les principaux foyers potentiels à partir desquels l'épidémie pourrait ressurgir.



### **2.2.2. Facteurs de propagation du VIH et des IST**

L'évolution de l'épidémie, tout autant variable en fonction des groupes, s'explique par la persistance d'un certain nombre de déterminants d'ordre socioculturel et économique. Ce sont :

- la faible connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (38,1%) ;
- la persistance des croyances erronées sur la transmission du VIH : piqûres de moustique et accolade respectivement 33,1% et 16,5% ;
- la faible réactivité en cas d'IST notamment chez les hommes : poursuite des relations sexuelles, parfois sans usage du préservatif (7,2% d'utilisation), la faible fréquentation des formations sanitaires et le non dépistage du VIH (37,6% ont fait le dépistage du VIH) ;
- la faible pratique du dépistage : 33,3% des personnes enquêtées déclarent avoir fait le dépistage ;
- la faible utilisation du préservatif : 60,7% utilisent le préservatif avec les partenaires occasionnels et 57% avec les partenaires commerciaux ;
- les relations sexuelles intergénérationnelles avec faible capacité des plus jeunes à exiger l'utilisation du préservatif (38,3%) ;
- le multi-partenariat sexuel ;
- le mariage précoce ;
- le statut socioéconomique des femmes qui les place dans une situation d'impossibilité de décision par rapport à leur sexualité ;
- la mobilité de la population qui touche 31,8% des jeunes ;
- les rapports sexuels sous contraintes<sup>3</sup> (18,6%) ;
- l'utilisation de substances pouvant altérer les comportements tels que l'alcool (29,4%) et les stupéfiants (2,4%) ;
- les mutilations génitales féminines ;
- la stigmatisation et la discrimination ;
- la pauvreté ;
- l'insuffisance de couverture nationale en service de transfusion sanguine ;
- les Accidents d'exposition aux liquides biologiques ;
- Le faible développement de la gestion des déchets liés au VIH (activités de transfusion sanguine, de dépistage, de prise en charge médicale ou d'utilisation du préservatif).

### **2.2.3. Données sur les groupes spécifiques**

Plusieurs études spécifiques<sup>4</sup> réalisées sur les modes de transmission ont permis d'identifier les groupes spécifiques. Selon les dynamiques épidémiologiques, ces groupes spécifiques qui sont des cibles importantes de la réponse au VIH comportent trois sous-groupes qui sont :

- des populations à haut risque qui de par leurs activités et leur milieu de vie ont des comportements sexuels qui les exposent fortement au risque de contact avec le VIH. Il s'agit des populations carcérales, des travailleur(se)s du sexe (TS), des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (MSM), des usagers de drogues, des PVVIH ;
- des populations passerelles : en contact avec les précédentes et caractérisées par leur mobilité géographique : ce sont notamment les populations des zones minières, les personnels de tenue (militaires et para militaires), les routiers/transporteurs, les jeunes (filles), les travailleurs du secteur privé notamment le secteur informel et la population générale (notamment environnante des différents sites des populations à haut risque) ;

---

<sup>3</sup> *Rapports sexuels dont les victimes affirment n'avoir pas eu envie (sans précision s'il s'agit de viol ou de rapports sous une menace quelconque).*

<sup>4</sup> *Etudes réalisées entre 2005 et 2009 par : SP/CNLS-IST, Projet Fonds mondial, structures communautaires, PTF, etc.*

- des populations vulnérables : qui de par leur situation sociale (santé précaire, incapacité physique et morale, pauvreté, veuves, etc.), sont exposées à l'infection à VIH. Il s'agit des orphelins du fait du Sida et autres enfants vulnérables, des personnes vivant avec des handicaps, des femmes (en âge de procréer), des indigents, etc.

### 2.2.3.1. Populations à haut risque d'exposition au VIH

Population carcérale : en fin 2008, on dénombrait 19 établissements pénitentiaires fonctionnels au Burkina Faso, qui accueillent en moyenne 12 000 détenus par an, pour une durée de séjour moyenne de 3 à 6 mois. Parmi les personnes détenues, la prévalence observée du VIH était de 9,1% en 1998 (source PAMAC, 2005) et de 2,3% en 2007 sur un échantillon de 757 détenus ayant accepté un dépistage volontaire (source APA, 2007: étude réalisée dans 17 prisons). Ce groupe s'expose à l'infection à VIH du fait des pratiques sexuelles à risque observées en milieu carcéral (prison), favorisées par la cohabitation prolongée et la promiscuité de détenus masculins majoritairement jeunes : 43% des détenus reconnaissent l'existence de rapports sexuels dans les prisons, (source APA 2007). Les principaux facteurs de propagation sont favorisés par la surpopulation carcérale, la violence (violence sexuelle, avec des cas de viols documentés), l'usage de lames et de stupéfiants et l'interdiction de distribuer des préservatifs au sein des établissements pénitentiaires.

Travailleur(se)s du sexe : l'enquête de surveillance de seconde génération effectuée en 2005 par le Projet Sida 3 a montré une prévalence du VIH de 16% chez les TS. Malgré une baisse relative par rapport au niveau observé en 2002 (20,9%), l'exposition au risque d'infection au VIH demeure donc très élevée. Dans cette étude, la prévalence des IST chez les TS demeure élevée (12%) ; cette situation est plus grave lorsque les TS n'ont pas accès aux services adaptés (23%). Près de 80% des TS avaient fréquenté l'un des deux services adaptés implantés dans la ville de Ouagadougou pour leur suivi médical, le diagnostic et le traitement d'une IST (source Sida 3, 2005). Le nombre exact de TS en activité n'est pas connu au Burkina Faso, il a été estimé à 20 145 en 2006 (Vanderpите, Sex Transm Infect 2006). Le nombre de clients par TS et par semaine variait de 9 à 19 dans les études du Projet Yérélon (2001) et du projet Sida 3 (2005). Les comportements sexuels sont très variables dans le milieu prostitutionnel qui est parfois difficile à atteindre (prostitution clandestine). Des études ont montré que pour l'ensemble des TS, l'utilisation du préservatif avec les partenaires habituels (boy-friends, protecteurs, eux-mêmes volontiers engagés dans un multi-partenariat avec d'autres filles) reste très faible. Par ailleurs, certaines pratiques sexuelles (fellation, rapports anogénitaux, etc.), courantes chez les TS, augmentent considérablement leur risque d'exposition au VIH. L'émergence d'une prostitution clandestine, pratiquée surtout par des jeunes filles en majorité mineures, et particulièrement vulnérables (addictions fréquentes à des drogues, victimes de violence, prises de risques multiples), rend aujourd'hui plus complexes les interventions en milieu prostitutionnel.

Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (MSM) : les relations sexuelles entre hommes constituent aujourd'hui une réalité au Burkina Faso, comme dans tous les pays d'Afrique sub-saharienne, en dépit du fait qu'il est difficile de débattre de ce sujet et d'identifier les personnes concernées. Selon une enquête de surveillance comportementale, la population desservie par les sites sentinelles au Burkina Faso réalisée par le SP/CNLS-IST en 2008, 2,6% des hommes enquêtés ont affirmé avoir eu des rapports sexuels avec d'autres hommes. Les MSM constituent un groupe à haut risque d'exposition au VIH, comme l'a révélé la collecte de données auprès de deux (2) structures communautaires basées à Ouagadougou en 2008 (38 cas d'infections documentés parmi 200 MSM testés, soit un taux de prévalence de 19% ; source AAS 2008). Une étude descriptive réalisée en 2008 a révélé que 60% des MSM enquêtés étaient bisexuels et 17% mariés (Soulama, ISED 2008). Au plan des comportements à risque, moins de 50% des enquêtés utilisaient systématiquement le préservatif et certains échangeaient régulièrement des services sexuels contre de l'argent.

Usagers de drogues (UD) : la consommation de stupéfiants au Burkina Faso connaît une ampleur de plus en plus inquiétante. Le Burkina Faso est considéré comme pays de transit de cocaïne en provenance du Ghana, du Nigeria et du Mali vers l'Europe avec des saisies importantes aux aéroports et frontières du pays. Plusieurs types de stupéfiants y circulent : les solvants, les psychotropes de type amphétamine, le cannabis, la cocaïne et parfois l'héroïne. La consommation de stupéfiants frappe différentes catégories de personnes notamment les adolescents et les jeunes en difficultés (2 209 personnes ont présenté des problèmes graves d'addiction selon les statistiques du Comité national de lutte contre la drogue). Néanmoins, la consommation de drogue par injection reste assez faible. Une enquête<sup>5</sup> réalisée auprès des professionnels en charge de ces questions (santé, forces de l'ordre, éducateurs spécialisés) a révélé que le phénomène est omniprésent et en pleine croissance au sein des populations clés identifiées (TS, détenus, enfants dans la rue, jeunes), et des populations passerelles (routiers, orpailleurs). La consommation très importante de substances stupéfiantes par les usagers de drogues et les populations passerelles aggrave les comportements à risque et donc leur exposition au VIH.

Personnes vivant avec le VIH (PVVIH) : estimées à 130 000 au Burkina (ONUSIDA 2008), environ 30% d'entre elles seulement sont connues et bénéficient des services des différents programmes. Cette insuffisance de prise en charge des PVVIH pourrait favoriser une propagation de l'infection. L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité aux ARV a entraîné une amélioration sensible de la qualité de leur vie ces dernières années, avec l'apparition de nouveaux besoins au plan social, économique et affectif. Les questions de désir d'enfants dans les couples séropositifs et/ou séro-différents posent de plus en plus la problématique de suivi de grossesses et d'assistance médicale à la procréation. Ainsi, on pourrait craindre un rebond de l'épidémie à partir de ces personnes si on ne favorise pas leur implication dans les prises de décision les concernant et si on ne prend pas suffisamment en compte les questions liées à la stigmatisation dont elles sont souvent victimes.

### 2.2.3.2. Populations passerelles

Populations des zones minières : les orpailleurs (travailleurs des sites miniers aurifères d'exploitation artisanale) et les populations qui vivent autour de ces sites sont considérées au Burkina Faso comme un groupe exposé aux risques d'infection du VIH et des IST. Le nombre exact de cette population n'est pas connu d'où le besoin d'approfondir la connaissance des populations des zones minières. Il est estimé qu'environ 500 000 personnes vivaient à proximité des sites miniers en 2008 (sources PAMAC et Ministère des mines, des carrières et de l'énergie, 2008). Parmi eux, on distingue différents types de populations : extracteurs, concasseurs et vanneurs de minerais ; encadreurs et responsables de galeries ; acheteurs d'or ; acteurs du commerce formel ou informel sur les sites (vendeurs d'articles, cuisinières, serveuses des débits de boisson, tenanciers de vidéos clubs, de dancings, de chambres de passe, travailleurs du sexe), forces de sécurité opérant sur les sites, populations riveraines des sites, etc. Dans les sites aurifères, situés en zone rurale et le plus souvent totalement dénués d'infrastructures sanitaires, on assiste à l'afflux massif, rapide et saisonnier de populations à la recherche d'une manne financière. Cet afflux entraîne un brassage de populations, le développement de réseaux sociaux et commerciaux où s'épanouissent l'insécurité, la violence (en particulier sexuelle), l'usage immodéré d'alcool et de drogues, la prostitution (« proxénétisme sur catalogue », mariages dits « de sept jours »). Dans ces environnements, il est également observé des croyances et des pratiques à risque très spécifiques, qui favorisent la transmission du VIH et des IST (« la saleté attire l'or » : les rapports non protégés avec des prostituées ou des femmes en période menstruelle augmenteraient les chances de découverte d'or). Selon une étude comportementale de 2004, 33% des orpailleurs interrogés n'avaient jamais pensé aux risques qu'ils couraient d'être contaminés par le VIH et 8% seulement avaient utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec leurs partenaires (source PROMACO, 2005).

---

<sup>5</sup> Enquête dans le cadre de la rédaction de la requête du round 9, composante sida, 2009.

Personnels de tenues : cette population relativement jeune est estimée à plus de 28 000 hommes et femmes au Burkina Faso. Chez les militaires et leurs familles, le taux de prévalence du VIH était de 3% (23 cas sur un échantillon de 774) dans une enquête réalisée en 2006, ce chiffre est probablement sous-estimé par rapport à la réalité (source : campagne de dépistage volontaire et gratuit 2006 du CMLS Défense). Des actions structurées de prévention du VIH existent au sein des forces armées, et nécessitent d'être pérennisées et renforcées. En revanche, il n'y a pas de données fiables disponibles concernant les para-militaires (agents de police, agents des eaux et forêts, agents des douanes et agents de sécurité pénitentiaire). Les observations de terrain montrent que les personnels de tenue constituent un groupe à risque d'exposition au VIH, du fait notamment de leur mobilité professionnelle (célibat géographique fréquent), du retard de l'âge au mariage (interdiction de mariage dans les 6 premières années de service), de l'attractivité de leur tenue et du pouvoir économique associé, du positionnement dans des zones frontalières.

Routiers/transporteurs : considérés à la fois comme une population passerelle, mais aussi parfois comme un groupe à haut risque au Burkina Faso, les routiers/transporteurs (chauffeurs de poids lourds et de transports en commun, apprentis, intermédiaires, chauffeurs de taxis) étaient estimés à 47 500 en 2008 (DEP, Ministère des Transports). La séroprévalence observée était de 3,6% sur un échantillon de 600 routiers à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso dépistés lors de la Journée Mondiale Sida 2007 (source, PAMAC 2008). Cette population constitue parfois le vecteur de la propagation. Selon une étude socio-comportementale réalisée auprès de 341 routiers en 2008, l'utilisation systématique du condom était faible chez les femmes comme chez les hommes avec 20% d'hommes et 25% de femmes qui n'utilisent pas de préservatifs lors des rapports sexuels à risque<sup>6</sup>. Leur mobilité professionnelle, leur pouvoir économique relativement supérieur, leur fréquentation des zones frontalières, constituent des facteurs de risque importants.

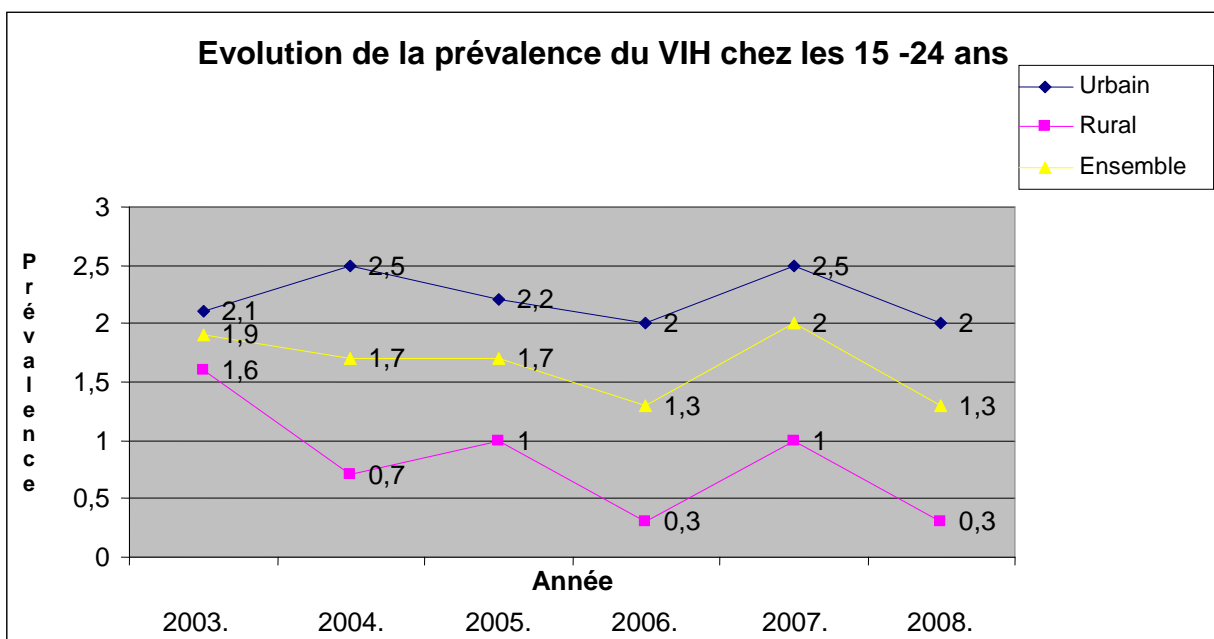
Jeunes : dans la tranche d'âge 15-24 ans, la baisse tendancielle observée depuis 2003 se confirme en 2008 en dépit du pic observé en 2007. L'enquête annuelle sur les conditions de vie des ménages burkinabè, réalisée en 2007 par l'INSD explorait les connaissances et comportements sexuels par rapport au VIH, notamment chez les jeunes (scolarisés et non scolarisés). Dans cette population, 47,3% identifient correctement les modes de transmission du VIH, avec des disparités significatives selon le sexe et le lieu de résidence. En milieu rural, 46,7% des filles de 15-24 ans ont pu identifier correctement les modes de transmission du VIH, contre 43,8% des garçons de la même tranche d'âge. Il en va de même en milieu urbain où on trouve 55,2% de filles ayant identifié correctement les modes de transmission du virus, contre 51,1% de garçons. En matière de rapports sexuels à haut risque, on note que 61,8% des jeunes du milieu urbain ont eu des rapports occasionnels au cours des douze derniers mois alors qu'en milieu rural cette proportion est de 27,3%. Parmi les 15-24 ans, plus de 2/3 des garçons (70,5%) et des filles (66,3%) ont utilisé un préservatif lors des derniers rapports sexuels occasionnels.

La prostitution juvénile est un phénomène important : 35% des filles et 5% des garçons de 12-19 ans déclarent avoir eu des rapports sexuels en échange de cadeaux ou d'argent. Chez les filles, des rapports sexuels avec des compensations multiformes sont notifiés ; 95% ont reçu de l'argent, 33% des vêtements, 13% des bijoux et 9% de la nourriture (G. Guiella et V. Woog 2006). Les grossesses précoces chez les adolescentes sont fréquentes (14,4 % en milieu urbain et 28,4% en milieu rural) avec des conséquences médicales et sociales. Au CHU-Souro SANOU, 37 % des décès maternels sont dus à des avortements clandestins et plus de la moitié concerne des adolescentes (l'UERD 2001).

---

<sup>6</sup> étude préliminaire sur la situation du VIH et des IST chez les professionnels et usagers des transports ferroviaires et routiers et des populations riveraines ou de transit au Burkina, Programme régional initiative sahel Novembre 2008

**Graphique n°2 : Evolution de la prévalence du VIH dans la tranche d'âge 15-24 ans de 2003 à 2008**



Travailleurs du secteur privé notamment le secteur informel : plusieurs études socio comportementales menées dans le secteur privé ont identifié la faiblesse des connaissances des travailleurs de ce secteur sur les modes de transmission et de prévention du VIH, la méconnaissance généralisée du statut sérologique et la crainte du dépistage, liées à la stigmatisation et à la discrimination (Études CAP dans le secteur minier, eau et assainissement, énergie, finance, hôtellerie, transport, secteur informel 2005-2008, etc.).

*Les résultats de l'analyse de la situation et de la réponse au VIH à la SONABHY (2007) et de l'enquête comportementale des vendeuses du secteur informel au Burkina Faso (2009) donnent une série de constats. On note que 23,4% des travailleurs de la SONABHY trouvent que le VIH/SIDA est une maladie honteuse, dont principalement des hommes (26,6%), des travailleurs n'ayant pas été scolarisés (50%) et des agents de terrain (32,4%) ; et seulement 47,3% d'entre eux ont réalisé leur test de dépistage. Selon l'enquête comportementale 29,8% des vendeuses interrogées n'ont pas encore entendu parler des moyens de prévention du VIH; 49,5% ont comme motifs pour ne pas utiliser le condom, le fait que ce dernier réduit le plaisir sexuel ; parmi les raisons principales du non dépistage, la peur de connaître son statut sérologique vient en bonne place (55,6%).*

La méconnaissance des instruments législatifs et juridiques nationaux d'une part, et l'insuffisance d'une politique affichée de prévention en milieu d'entreprise et dans certaines catégories de métiers d'autre part, renforcent ces craintes (peur du licenciement, absence de prise en charge, isolement, etc.). La population professionnellement active est par ailleurs concentrée dans la tranche d'âge 15-49 ans, qui est aussi la tranche d'âge la plus touchée par le VIH. La conséquence de cette situation est la persistance des comportements qui expose au risque d'infection (multi-partenariat sexuel, recours aux TS, croyances, etc.). Les vendeuses ambulantes du secteur informel méritent une attention particulière.

Population générale : l'exposition hétérosexuelle représente le principal mode de transmission du VIH au Burkina Faso. Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, la contribution significative aux épidémies des couples hétérosexuels à faible risque, met en exergue la forte prévalence des couples sérodiscordants.

La prévalence globale du VIH chez les 15 à 49 ans en 2008, maintient la situation d'épidémie généralisée au sein de la population, ce qui traduit une importance à accorder à l'ensemble de cette population. De façon spécifique, il ressort de certaines études que chez les femmes, ce sont celles ayant un niveau d'instruction primaire qui sont les plus infectées. On observe également que les veuves sont les plus touchées par le VIH. Les femmes qui vivent dans les ménages les plus riches

ont une prévalence quatre fois plus élevée que celles vivant dans les ménages les plus pauvres. Chez les hommes, les monogames sont les plus concernés.

#### **Type d'épidémie et mécanisme de transmission de l'infection à VIH au Burkina**

*Malgré la tendance à la baisse, la prévalence de l'infection à VIH au Burkina Faso se stabilise depuis 2006, l'épidémie du VIH est de type généralisée. En effet, la prévalence est de 1,6% dans le cas du Burkina (ONUSIDA 2008), avec toutefois des chiffres plus importants dans certains groupes spécifiques (TS= 16%) et dans certaines régions (en 2008, la prévalence était de 4,2% à Koudougou, 4% à Ouagadougou...). Ceci indique que la prévalence du VIH dans la population générale est encore suffisamment élevée pour que les réseaux sexuels fassent office de moteurs de l'épidémie. L'étude virus en 2005 et le BSS en 2008 font ressortir l'importance des pratiques sexuelles à risque au sein de la population justifiant l'évolution actuelle de l'incidence. Les rapports intergénérationnels notamment entre les adolescentes et les adultes hommes dont le multi-partenariat sexuel augmente avec l'âge (rapport ONUSIDA 2008). De ce fait, l'infection au niveau des adolescentes est encore deux fois supérieure à celle des adultes.*

*Le BSS 2008 fait également ressortir des pratiques anales importantes dans les rapports sexuels notamment au niveau des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ou dans des rapports hétérosexuels (environ 3% des personnes interrogées). Des facteurs structurels et sociaux (la pauvreté, l'inégalité entre les sexes et les violations des droits humains) qui ne sont pas facilement mesurables augmentent la vulnérabilité des individus à l'infection par le VIH. A côté de la transmission par voie sexuelle, la transmission mère-enfant demeure importante en dépit des efforts consentis. Le taux de fréquentation des services de consultation prénatale reste à renforcer. De même, la prévention du risque résiduel lié à la transfusion sanguine mobilise l'attention des acteurs au niveau national.*

#### **2.2.3.3. Populations vulnérables**

Les populations vulnérables du fait de l'impact de l'épidémie du VIH et/ou de leur situation sociale constituent des cibles relativement prioritaires à prendre en compte dans les stratégies de riposte.

**Orphelins et autres enfants vulnérables**: selon les données de Spectrum, on compte 766 366 orphelins au Burkina Faso, dont 136 750 devenus orphelins à cause du Sida. Ce nombre sous-estime l'ampleur du problème des OEV, car il n'inclut pas les autres enfants vulnérables. En 2008, 11 600 enfants mendians ont été dénombrés dans 4 grandes villes du pays (Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Ouahigouya et Tenkodogo) (source MASSN 2008). Les données montrent que le nombre d'enfants vivant dans la rue s'accroît. 62% d'entre eux ont entre 13 et 18 ans, 33% sont des orphelins, 18% n'ont jamais été scolarisés et 31 % sont déscolarisés. Ils exercent de petits métiers dans le secteur informel ou mendient. Certains se retrouvent dans la délinquance urbaine et souffrent d'addiction à différentes drogues. Quelques études sur l'analyse de situation des OEV, circonscrites à des zones ou sur un nombre limité d'OEV indiquent des résultats contradictoires sur leur vulnérabilité :

- pour la plupart issus de familles vivant dans la pauvreté extrême ou de familles disloquées, les OEV sont souvent non-scolarisés ou de faible niveau d'instruction. Exclue du milieu protecteur que constitue l'école, ils ne peuvent s'intégrer que dans des secteurs de travail informels et très faiblement rémunérés ;
- les filles deviennent souvent aide-ménagères, vendeuses ambulantes ou serveuses de bar. L'absence ou la faiblesse des rémunérations favorise le recours à la prostitution plus ou moins déguisée (Source CCISD/Sida 3, 2005) ;
- dans une enquête nationale sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents de 2004, des filles (35%) et des garçons (5%) âgés de 12 à 19 ans déclaraient avoir eu des rapports sexuels en échange de cadeaux ou d'argent (Guiella et Woog, 2006).

Personnes vivant avec des handicaps : selon les données issues du dernier recensement de population, on estime à 1,2% la proportion de personnes vivant avec des handicaps dans la population du Burkina Faso, soit 168 207 personnes relativement jeunes (tout handicap confondu). Une étude multisectorielle réalisée en 2008 sur la situation des personnes handicapées, a montré leur vulnérabilité accrue par rapport au VIH, du fait de leur faible niveau d'instruction générale et professionnelle, d'un faible accès à l'information et aux services de santé, de la stigmatisation et des abus et violences dont elles sont victimes notamment les femmes handicapées (source FEBAH, 2008).

*Femmes* : les femmes représentent 51,7% de la population générale, soit 94 hommes pour 100 femmes [RGPH, 2006]. Divers facteurs rendent les femmes particulièrement vulnérables au risque de contamination par le VIH. De nombreuses études ont démontré que la dissémination et l'impact du VIH affectent de manière disproportionnée les femmes parce qu'elles sont plus vulnérables biologiquement, économiquement, socialement et culturellement. Outre les facteurs physiques et biologiques, les facteurs de vulnérabilités socioculturelles face à l'infection à VIH sont : la situation de précarité et d'isolement, la faiblesse des ressources économiques, l'analphabétisme, le manque d'autonomie et de dépendance sociale. Ce sont donc un ensemble de facteurs limitant l'accès de la femme aux messages de prévention et leur mise en pratique, aux soins et traitement, etc. Une étude d'analyse de situation sur l'implication et la prise en compte de la spécificité de la femme dans la lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso réalisée par le SP/CNLS-IST en 2007 avait recommandé un examen approfondi des programmes de lutte contre le VIH en tenant compte des valeurs, normes et statuts relatifs au genre. La participation des organisations féminines à l'élaboration des politiques et programmes et aux instances de décision est retenue comme une condition sine qua non pour une meilleure prise en charge de leurs besoins spécifiques face à l'épidémie du VIH.

*Indigents* : l'analyse du niveau de protection des indigents <sup>7</sup> indique que celui des femmes et enfants de cette catégorie sociale apparaît faible et fragile au regard de la conjonction des facteurs ci-après :

- les facteurs facilitants liés à la faible perception de l'ampleur du VIH associés d'une part, à la faiblesse de la connaissance des modes de transmission du VIH, par exemple la transmission mère-enfant, et par les objets souillés, et, d'autre part, à l'option pour les moyens de protection ;
- les facteurs prédisposants liés à la faiblesse de la protection sociale : 60,8% des femmes indigentes n'ont pas de protection sociale (veuvage, célibat, divorce ou séparation) avec en paradoxe des charges élevées dues au nombre d'enfants (5,9 enfants en moyenne). 70% des femmes en union ont des maris présentant au moins un handicap, surtout en milieu rural. 63,4% d'entre elles n'ont pas été scolarisé ni alphabétisé ce qui limite leur accessibilité à la plupart des messages de sensibilisation et d'information diffusés dans le cadre du VIH. Un autre facteur prédisposant est la faiblesse de leurs ressources économiques et financières. En effet, 63,9% n'ont pas d'emplois ou sont ménagères, tandis que 8,3% vivent de mendicité. S'agissant des enfants indigents ayant au moins un parent vivant, 72,7% ont leur père malade, pour 35,7%, il s'agit de la mère. De façon générale, 81% de leurs parents et/ou tuteurs sont agriculteurs donc sans grands moyens dans le contexte burkinabè. Et si 41,8% de cette catégorie d'enfants vivent de la vente ambulante, 10,2% se livrent à la mendicité ;
- les facteurs renforçants liés à la situation sociale des indigents. Chez les femmes par exemple, le fait d'être veuves pour la plupart, d'avoir un faible pouvoir économique et un bas niveau d'instruction, constituent des facteurs les incitant à solliciter de l'assistance sociale, toute chose qui contribue à les exposer ;
- les facteurs liés à l'environnement : il s'agit de l'inadaptation et l'inadéquation entre les sources d'information sur le VIH et les canaux par lesquels les indigents arrivent à recevoir les informations y relatives. En effet, au niveau national, les principales sources de l'information disponibles sont les supports écrits en français (manuel de formation, d'information, rapports divers, affiches etc.), alors que les indigents s'informent principalement par le biais de la radio et souhaitent recevoir toute information par ce même canal.

---

<sup>7</sup> Analyse de l'accès des femmes et enfants indigents et cas sociaux aux services de prévention et de prise en charge dans le cadre du VIH/Sida, ABSP, février 2008



## **2.3. Situation de la réponse nationale au VIH en 2010**

### **2.3.1. Rappel historique de la réponse au VIH**

Au Burkina Faso, la réponse nationale au VIH a débuté en 1987 après la déclaration des premiers cas à l’OMS. Avec le soutien des Partenaires techniques et financiers (PTF), les interventions ont été progressivement intensifiées avec l’adoption de plusieurs mesures politiques et stratégiques qui se sont traduites entre autres par le renforcement des activités opérationnelles de prévention et de prise en charge en fonction des besoins du moment. Ainsi, de 1987 à 1998, la réponse nationale au VIH a connu l’élaboration et la mise en œuvre de trois plans d’actions successifs. Suite à une analyse de la situation de l’épidémie du VIH, du Sida et des IST au Burkina Faso réalisée à partir de 1998, la réponse a été orientée vers le renforcement de la multisectorialité avec l’adoption du processus de planification stratégique qui a impliqué l’ensemble des secteurs de développement.

Cette réponse s’est appuyée sur une organisation qui a connu une évolution institutionnelle au fil des années, allant d’un Comité restreint placé sous la responsabilité du Ministère de la santé à un Conseil national de lutte contre le Sida et les IST, sous l’autorité du Président du Faso, avec un Secrétariat permanent chargé de la coordination, de l’appui technique et du suivi de l’ensemble des interventions au plan national. Le caractère multisectoriel et décentralisé de la réponse a conduit à la mise en place de structures de coordination et d’exécution au niveau des différents secteurs de développement et aux niveaux régional, provincial, communal et villageois. Pour soutenir ces structures dans leurs tâches, le SP/CNLS-IST a entrepris de se déconcentrer au niveau régional en mettant en place des antennes régionales.

L’adoption et la mise en œuvre de deux cadres stratégiques de lutte contre le VIH/Sida et les IST (CSLS 2001-2005 puis 2006-2010) ont contribué de manière significative à stabiliser la progression de la pandémie. Le taux de séroprévalence en population générale (15-49 ans) qui serait estimé à 7,17% en 1997 est passé à 1,6% en fin 2007 et à 1,2% en fin 2008 selon les estimations de l’OMS/ONUSIDA.

Le profil évolutif de la réponse nationale au VIH de 1990 en 2010 est présenté en annexe 2.

### **2.3.2. Organisation actuelle de la réponse au VIH**

La riposte nationale au VIH est organisée autour du Conseil national de lutte contre le Sida et les IST (CNLS-IST). Le dispositif organisationnel et institutionnel est basé sur des structures sectorielles et décentralisées qui sont regroupées en cinq (05) catégories à savoir :

- les structures centrales de coordination (le CNLS-IST, le SP/CNLS-IST, les structures de coordination des PTF et les structures de coordination multi partenariales) ;
- les structures sectorielles de coordination (les CILS, les CMLS, les CELS) ;
- les structures régionales et provinciales de coordination (les CRLS, les CPLS, les CCLS, les antennes régionales du SP/CNLS-IST) ;
- les structures communautaires de coordination (les coordinations nationale, régionale et provinciale des organisations communautaires de lutte contre le VIH et les IST) ;
- les structures d’exécution (les cellules relais des CILS, CMLS et CELS, les CVLS, les CSCLS, les ONG et OBC/associations, les structures d’exécution des projets et programmes).

### 2.3.3. Rappel des objectifs du CSLS 2006-2010

Les objectifs stratégiques de lutte contre le VIH, le Sida et les IST définis pour la période 2006-2010 sont : (i) réduire la transmission du VIH et des IST, (ii) renforcer la prise en charge et le soutien aux personnes infectées et affectées, (iii) renforcer le partenariat et la mobilisation des ressources, (iv) renforcer la surveillance de l'épidémie, (v) accroître les capacités de coordination et de suivi évaluation. Ces objectifs stratégiques sont traduits en cinq axes stratégiques comportant chacun des objectifs et des domaines d'actions prioritaires, pour lesquels les actions sont identifiées et mises en œuvre par les acteurs multisectoriels.

### 2.3.4. Analyse des résultats obtenus par domaine programmatique

#### 2.3.4.1. Résultats dans le domaine de la prévention

Ils concernent l'axe stratégique 1 dont les objectifs pour la période 2006-2010 sont :

- 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 conseil dépistage de la population.

#### → Résultats obtenus et acquis

Les principaux résultats obtenus sont présentés dans le tableau ci-après :

**Tableau n°4 : Résultats du CSLS 2006-2010 dans le domaine de la prévention**

Domaines d'actions prioritaires	Résultats atteints 2006	Résultats atteints 2007	Résultats atteints 2008	Résultats atteints 2009	Prévisions 2010 (PNM)
<b>Réduire d'au moins 25% le pourcentage de nouvelles infections à VIH et des IST dans les groupes cibles prioritaires de 2006 à 2010</b>					
1. Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC.	55% des différentes cibles sont touchées par les séances de CCC.	60% des différentes cibles sont touchées par les séances de CCC.	71,82% des différentes cibles sont touchées par les séances de CCC.	75,4% de différentes cibles sont touchées par les séances de CCC	90% de différentes cibles sont touchées par les séances de CCC
2. Promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires et communautaires	15 313 poches de sang collectées et sécurisées	30 566 poches de sang collectées et sécurisées.	37 761 poches de sang collectées et sécurisées	34 199 poches de sang collectées et sécurisées (Septembre 2009)	100% des poches de sang transfusées sécurisées
3. Promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail	Existence d'un pool de formateurs par région sanitaire	- Existence d'un pool de formateurs par région sanitaire - 300 documents de référence sur la prévention des infections distribués	60% du personnel formé et sensibilisé en prévention des infections	- Personnel formé et sensibilisé en prévention des infections - Suivi contrôle de l'application des règles et directives par le personnel de toutes les formations sanitaires	80% du personnel de santé formé et sensibilisé en prévention des infections
4. Prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques	- Formation des formateurs sur la prévention des AELB - Mise à disposition de kits pour la prise en charge des AELB dans les hôpitaux	- Formation des formateurs sur la prévention des AELB - Mise à disposition de kits pour la prise en charge des AELB dans les hôpitaux - 20 cas d'AELB traités	- Mise à disposition de kits pour la prise en charge des AELB dans les hôpitaux - 13 cas d'AELB traités	- Mise à disposition de kits pour la prise en charge des AELB dans les hôpitaux - 40 cas d'AELB traités	100% des cas d'AELB identifiés sont traités
5. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	23% des formations sanitaires impliquées dans la PTME	42% des formations sanitaires impliquées dans la PTME	58% des formations sanitaires impliquées dans la PTME	92% des formations sanitaires (CSPS) impliquées dans la PTME	100% des formations sanitaires impliquées dans la PTME
	45% (44 960) de femmes enceintes ont réalisé le test VIH	43,65% (87 478) de femmes enceintes ont réalisé le test VIH	40,78% (172 452) de femmes enceintes ont réalisé le test VIH	50,97% (310 583) de femmes enceintes ont réalisé le test VIH	80% de femmes enceintes ont réalisé le test VIH

Domaines d'actions prioritaires	Résultats atteints 2006	Résultats atteints 2007	Résultats atteints 2008	Résultats atteints 2009	Prévisions 2010 (PNM)
	80,82% de femmes dépistées VIH+ sous traitement prophylactique complet aux ARV	87,29% de femmes dépistées VIH+ sous traitement prophylactique complet aux ARV	91,07% de femmes dépistées VIH+ sous traitement prophylactique complet aux ARV	87,54% de femmes dépistées VIH+ sous traitement prophylactique complet aux ARV	90% de femmes dépistées VIH+ sous traitement prophylactique complet aux ARV
6. Promotion des préservatifs masculins et féminins	23 047 061 condoms masculins et 74 380 unités de condoms féminins distribués/vendus (secteur public et privé, marketing social)	20 884 319 condoms masculins et 44 119 unités de condoms féminins distribués/vendus (secteur public, marketing social)	23 457 381 condoms masculins et 17 396 unités de condoms féminins distribués/vendus (secteur public, marketing social)	23 378 930 condoms masculins et 62 189 unités de condoms féminins distribués/vendus (secteur public, marketing social)	25 509 731 condoms masculins et 209 300 unités de condoms féminins distribués/vendus en 2010 (secteur public, marketing social)
7. Promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques	653 997 personnes touchées (TS et leurs clients, orpailleurs, jeunes, population féminine et femmes enceintes, handicapés, etc.)	110 780 personnes touchées (TS et leurs clients, orpailleurs, jeunes, population féminine et femmes enceintes, handicapés, etc.)	1 411 348 personnes touchées (TS et leurs clients, orpailleurs, jeunes, population féminine et femmes enceintes, handicapés, etc.)	743 325 personnes touchées (TS et leurs clients, orpailleurs, jeunes scolarisés ou non, OEV, population féminine et femmes enceintes) (non consolidé)	1 000 000 personnes touchées par les activités ciblées
8. Promotion de la santé de la reproduction/santé sexuelle	- Des actions de SR/SS sont réalisées en faveur des femmes et des jeunes à l'initiative du Ministère de la santé et de certains projets : GTZ, KFW/PROMACO - Prise en compte de la SR/SS dans les activités de CCC	- Des actions de SR/SS réalisées en faveur des femmes et des jeunes à l'initiative du Ministère de la santé et de certains partenaires (GTZ, UNICEF, UNFPA, KFW/PROMACO, etc.) ont permis de toucher 125.901 personnes - Prise en compte de la SR/SS dans les activités de CCC	- Des actions de SR/SS sont réalisées en faveur des femmes et des jeunes à l'initiative du Ministère de la santé et de certains projets - Prise en compte de la SR/SS dans les activités de CCC - Une étude sur les stratégies d'implication des jeunes dans la SR y compris la lutte contre le VIH/Sida réalisées et existence d'un module sur la SR, le VIH/ Sida et les IST dans les ENEP	- Des actions de SR/SS sont réalisées en faveur des femmes et des jeunes à l'initiative du Ministère de la santé et de certains projets - Prise en compte de la SR/SS dans les activités de CCC - 1091 personnes touchées dont 34% de femmes (non consolidé) - Elaboration d'un plan d'actions pour une meilleure intégration de la SR et du VIH et état des lieux en matière de promotion de la SR réalisé	- Au moins 25% des jeunes de 15-24 ans ont des informations sur la SR/SS - Formation des acteurs - Activités de SR/SS réalisées au profit des femmes
9. Renforcement de l'enseignement de la lutte contre le VIH/Sida et les IST dans le secteur de l'éducation et dans les écoles de formation professionnelle	Curricula de formations élaborés dans le cadre du PPIE, expérimentés et évalués	- Enseignement du VIH, du Sida et des IST dans le secteur de l'éducation - Modules spécifiques intégrés dans l'ensemble des écoles de formation professionnelle - 200 enseignants formés à l'utilisation des guides pédagogiques,	- Enseignement du VIH, du Sida et des IST dans le secteur de l'éducation Module intégré dans les programmes - formations réalisées dans les écoles de formation du Ministère de la Santé	- Enseignement du VIH, du Sida et des IST dans le secteur de l'éducation - Enseignement du module sur la SR, le VIH et les IST dans les écoles de formation des enseignants du primaire et du Ministère de la santé - 'Adoption du document d'orientation stratégique en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST, de nutrition et des autres problèmes de santé dans le secteur d'éducation	- Enseignement du VIH, du Sida et des IST dans le secteur de l'éducation - Modules enseignés dans 100% des écoles et centres de formation professionnelle - Formation sur l'utilisation des outils, matériels et modules dans les classes
<b>Réduire l'incidence des IST de 10% par an de 2006 à 2010</b>					
10. Renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST	109.157 cas d'IST traités (femmes 82% et hommes 18%)	120.039 cas d'IST traités (femmes : 84% et hommes : 16%)	119.964 cas traités (femmes : 83% et hommes : 17%)	133 689 cas traités (femmes : 83,10% et hommes : 16,90%)	100% des patients dépistés porteurs d'IST sont correctement pris en charge par les services de santé
<b>Porter à 80% l'accès au CD de la population</b>					
11. Renforcement du conseil dépistage volontaire au niveau des structures sanitaires et communautaires	199 767 personnes ont été dépistées	115 991 personnes ont été dépistées	260 573 personnes ont été dépistées	294 301 personnes ont été dépistées	Contribution à l'accès de 488 282 personnes au CD
	83 centres intégrés, 33 centres autonomes et campagnes réalisées	88 centres intégrés, 33 centres autonomes et campagnes réalisées	88 centres intégrés, 38 centres autonomes et campagnes réalisées	88 centres intégrés, 48 centres autonomes et campagnes réalisées	100% des formations sanitaires intègrent le conseil dépistage dans leur Paquet minimum d'activités

Au titre des acquis essentiels, il ressort ce qui suit :

Dans le domaine de la promotion des comportements à moindre risque, du renforcement de la couverture nationale des interventions communautaires et de l'implication des leaders religieux et coutumiers, les actions de sensibilisation ciblant la population générale et les groupes spécifiques ont été renforcées au fil des années.

Dans le domaine de la sécurité transfusionnelle, il ressort la participation active des acteurs de la santé et du monde associatif à travers la promotion et la collecte de sang, la mise en place d'un CNTS et de quatre (04) CRTS, la célébration chaque année de la journée mondiale du don de sang, enfin l'élaboration et l'adoption du plan stratégique du renforcement de la transfusion sanguine au Burkina Faso 2011-2015.

Concernant le domaine de la promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail, les acquis portent sur le renforcement des capacités du personnel de santé et des membres des associations, l'utilisation systématique de matériels de travail et de protection stérilisés ou à usage unique, l'existence d'un plan d'élimination des déchets biomédicaux et la disponibilité des kits de prise en charge des AELB.

Pour ce qui est de la prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques, des directives nationales relatives à la prévention des risques de contamination et à la prise en charge des travailleurs de la santé exposés sur le lieu du travail existent. Du matériel de protection et des kits prophylactiques pour le traitement préventif en cas d'accident d'exposition au sang ont été mis à la disposition des hôpitaux des 13 régions sanitaires accompagnés d'activités d'information et de sensibilisation sur les directives.

S'agissant de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'offre de services complets de PTME s'est améliorée et la couverture géographique s'est renforcée. Aussi, on note que 100% des districts sanitaires et 92% des formations sanitaires périphériques réalisent des activités de PTME. Une étude portant sur l'évaluation de la transmission résiduelle du VIH de la mère à l'enfant réalisée en 2008 a trouvé un taux de 3,3%.

Dans le domaine de la promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins, il faut relever l'existence d'un plan stratégique de sécurisation des produits de SR et celle de plusieurs sources d'approvisionnement des préservatifs.

Au titre des interventions ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques, les activités réalisées ont touché essentiellement les jeunes, les travailleuses du sexe, les orpailleurs, les prisonniers, les personnes vivant avec un handicap, les MSM et les routiers.

Quant à la promotion de la santé sexuelle et reproductive (SSR), les acquis portent sur l'existence de document de politique, normes et protocoles (PNP), la prestation des services SSR dans toutes les formations sanitaires du pays, la formation continue du personnel de santé en SSR et l'élaboration du plan de sécurisation des produits SSR.

Dans le domaine de l'enseignement du VIH, les efforts ont permis de disposer de modules de formation tant au niveau des ministères en charge des enseignements qu'au niveau d'autres institutions disposant d'écoles de formation ainsi qu'au niveau communautaire. Des curricula et des guides ont été élaborés pour les écoles de formation. L'adoption du document d'orientation stratégique du secteur de l'éducation en matière de lutte contre le VIH, nutrition et d'autres problèmes de santé constitue une opportunité pour renforcer ce domaine.

Pour ce qui est du renforcement de la prise en charge adéquate des IST, les acquis portent sur le diagnostic et la prise en charge systématique des IST, l'existence d'algorithmes de la prise en charge syndromique des IST et la dotation en kits pour le traitement des IST.

Concernant le dépistage du VIH, en plus des centres intégrés dans les formations sanitaires, 36 centres autonomes gérés par des associations offrent des services y relatifs en stratégies fixe, avancée ou mobile. Par ailleurs, le dépistage du VIH est maintenant associé à la prise en charge de la tuberculose.

#### → **Leçons apprises et défis**

Les leçons tirées et les défis de la mise en œuvre des interventions dans ce domaine sont :

- la baisse tendancielle de la séroprévalence est menacée dans certaines cibles par la précarité des interventions, d'où la nécessité de renforcer les actions de prévention au profit des groupes spécifiques ;
- la promotion du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires pourrait être compromise par la rupture des stocks de réactifs et de consommables ;
- l'assurance qualité du don de sang est garantie mais nécessite que le CNTS soit décentralisé ;
- le changement de comportement apparaît tributaire d'une intervention intégrée et multisectorielle ;
- en l'absence d'un ciblage clair, la prise en compte des groupes vulnérables reste limitée dans le temps et les effets recherchés restent difficiles à produire et à mesurer ;
- la fidélisation dans le don de sang est un facteur favorisant l'adoption de comportements à moindre risque ;
- l'adhésion des hommes et des leaders d'opinion est un facteur clé de réussite de la PTME ;
- le monde communautaire est un partenaire déterminant pour stimuler la demande et l'utilisation de services en PTME ;
- la prise en compte du genre dans les interventions ciblées en faveur des groupes vulnérables et spécifiques permet leur prise en charge optimale ;
- une intégration systématique de la thématique VIH dans les programmes d'éducation et de formation pourrait favoriser la généralisation de son enseignement ;
- la nécessité de réviser les algorithmes pour prendre en compte la spécificité des IST chez les MSM ;
- le diagnostic de la sérologie chez les enfants passe par l'offre systématique de dépistage dans les CREN et les services pédiatriques ;
- la coordination de l'approvisionnement des produits SR améliore leur gestion et utilisation ;
- la nécessité d'opérationnaliser la stratégie de communication ;
- la nécessité de renforcer la capitalisation des indicateurs relatifs au nombre de personnes touchées par les actions de prévention.

#### 2.3.4.2. Résultats dans le domaine des soins et traitements

Ils concernent l'axe stratégique 2 dont les objectifs pour la période 2006-2010 sont :

- assurer la couverture en soins et conseils dans les structures de soins et les centres de traitement ambulatoire 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.

## → Résultats obtenus et acquis

Les principaux résultats obtenus sont présentés dans le tableau ci-après :

**Tableau n°5 : Résultats du CSLS 2006-2010 dans le domaine des soins/traitements**

Domaines programmatiques	Résultats atteints 2006	Résultats atteints 2007	Résultats atteints 2008	Résultats atteints 2009	Prévision 2010
<b>Assurer la couverture en soins et conseils dans les structures de soins et les centres de traitement ambulatoire selon les directives nationales pour 100% des personnes dépistées positives</b>					
1. Renforcement des compétences pour la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte dans le cadre du VIH/ Sida	- 682 agents de santé formés en PCIM/VIH dans les 13 régions - Formation du personnel de santé en DIU	- 2728 agents de santé formés en PCIM/VIH dans les 13 régions - Formation du personnel de santé en DIU	- 532 formateurs formés en PCIM/VIH dans les 13 régions. - Formation du personnel de santé en DIU	- Formation/recyclage du personnel de santé en PCIM/VIH dans les 13 régions (non consolidé) - Formation de 15 personnes au DIU - Elaboration et adoption de modules sur la prise en charge communautaire - Renforcement du système communautaire par la formation de 1 585 femmes et 392 hommes	- Formation du personnel en PCIM/VIH ; - Formation au DIU ; - Formation des acteurs du système communautaire
2. Renforcement de la prophylaxie et le traitement des infections opportunistes (IO)	- IO prises en charge dans toutes les formations sanitaires et les PVVIH reçoivent le Cotrimoxazole pour la prévention des IO - Absence de rupture de stocks des médicaments contre les IO		- IO prises en charge dans les formations sanitaires, - Absence de rupture de stocks des médicaments contre les IO	- IO prises en charge dans toutes les formations sanitaires - Absence de rupture de stocks des médicaments contre les IO	PVVIH prises en charge pour les IO dans toutes les structures de suivi et de PEC.
3. Développement des services de traitement ambulatoire et des soins à domicile	62 structures assurent la prise en charge médicale des PVVIH par les ARV dont 15 la prise en charge pédiatrique	77 structures assurent la prise en charge médicale des PVVIH par les ARV dont 17 la prise en charge pédiatrique	- 81 structures assurent la prise en charge médicale des PVVIH par les ARV	82 sites assurent la prise en charge médicale des PVVIH par les ARV dont 39 la prise en charge pédiatrique	102 structures assurent la prise en charge médicale des PVVIH
4. Développement de la prise en charge nutritionnelle	- Formation sur la prise en charge nutritionnelle au profit de 54 personnes - Prise en charge nutritionnelle au profit de 11 865 PVVIH	- Elaboration et adoption d'un guide pour le soutien nutritionnel - Réalisation de 193 séances d'éducation nutritionnelle	- Renforcement de la concertation des acteurs sur le soutien nutritionnel des PVVIH - Implication des structures de recherches et communautaires	Séances d'éducation culinaire organisées - 30 209 personnes dont 8 407 PVVIH ont bénéficié de la prise en charge nutritionnelle	- Formation du personnel chargé de la prise en charge en VIH et nutrition - Elaboration du paquet intégré de services Essentiels en Nutrition des PVVIH (PISEN) pour le Burkina Faso
5. Renforcement des services biologiques, médico-techniques et cliniques	- Renforcement des plateaux techniques - Formation des laborantins de façon routinière	Formation des médecins et techniciens de laboratoire	Contrôle de qualité assuré (75 laboratoires publics et privés)	Proportion des formations sanitaires publiques et privées qui disposent d'un plateau technique suffisamment équipé pour la PEC médicale	Élaboration et mise en œuvre d'un plan de maintenance du matériel de laboratoire.  Dotation des nouvelles structures de PEC en matériel médico-technique pour la PEC des PVVIH
			Acquisition d'appareil PCR	Au moins 50% du personnel des laboratoires formés	
<b>Assurer le traitement par les ARV à au moins 90% des PVVIH dont l'état de santé le nécessite</b>					
6. Renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées	12 842 patients dont 534 enfants sont pris en charge par les antirétroviraux	17 263 patients dont 649 enfants sont pris en charge par les antirétroviraux	21103 PVVIH dont 1028 enfants patients sont pris en charge par les antirétroviraux	26448 PVVIH dont 1354 enfants sont pris en charge par les antirétroviraux	36 605 patients à mettre sous antirétroviraux
7. Renforcement du système d'approvisionnement en médicaments y compris les ARV, réactifs, consommables et équipements	Plus de 50% des pharmacies, des centres de traitement des districts approvisionnés en médicaments, réactifs et consommables médicaux	100% des pharmacies, des centres de traitement et de référence des districts approvisionnés en médicaments (IO, ARV), réactifs et consommables médicaux	- Plus de 50% des pharmacies, des centres de traitement et de référence des districts approvisionnés en médicaments (IO, ARV), réactifs et consommables médicaux - Mise en place du logiciel « Logeb » de gestion des ARV au niveau de la CAMEG	- 100% des pharmacies, des centres de traitement et de référence des districts approvisionnés en médicaments (IO, ARV), réactifs et consommables médicaux - Existence de cas de rupture de stocks en consommables et réactifs - Liste officielle des ARV diffusée - Elaboration d'un plan d'approvisionnement des	- 100% des pharmacies, des centres de traitement et de référence des districts approvisionnés en médicaments (IO, ARV), réactifs et consommables médicaux - Mise en œuvre du plan d'approvisionnement des structures de PEC en médicaments (IO, ARV), réactifs et

Domaines programmatiques	Résultats atteints 2006	Résultats atteints 2007	Résultats atteints 2008	Résultats atteints 2009	Prévision 2010
				structures de PEC en médicaments (IO, ARV), réactifs et consommables médicaux	consommables médicaux
8. Organisation de l'aide à l'observance au traitement	3 268 patients sous traitement antirétroviraux ont bénéficié de l'aide à l'observance (28% des malades sous ARV)	6 445 patients sous traitement antirétroviraux ont bénéficié de l'aide à l'observance (40,56% des malades sous ARV)	- 12 570 patients sous traitement antirétroviraux ont bénéficié de l'aide à l'observance (59,6% des malades sous ARV) - Surveillance des IAP réalisée dans 9 sites de traitement ARV.	- 13 401 patients sous traitement antirétroviraux ont bénéficié de l'aide à l'observance (50,7% des malades sous ARV) - Surveillance des IAP réalisée dans 21 sites de traitement ARV	100% des patients sous traitement antirétroviraux bénéficient de l'aide à l'observance

Les acquis suivants sont constatés :

Dans le domaine du traitement et du développement des services sanitaires de base, il faut rappeler que le Burkina Faso dispose de plusieurs structures publiques, privées et associatives (accréditées). L'on note également la disponibilité des normes et protocole sur la PECM, la contractualisation et l'intégration de deux (02) cliniques privées dans le dispositif national de prise en charge des PVVIH, le suivi des PVVIH sous traitement par certains CSPS.

150 structures associatives assurent la prise en charge communautaire (PECC).

Dans le domaine du renforcement de la prophylaxie et du traitement des Infections opportunistes (IO), la liste de celles qui sont traitées gratuitement est disponible, tout comme les médicaments approuvés. Il existe également un comité conjoint TB-VIH fonctionnel ainsi que le document national sur la PEC de la coïnfection TB-VIH.

Pour ce qui est du développement des services de traitement ambulatoire et des soins à domicile, on note que les hôpitaux de jour (CHU-YO, CHU-SS) des deux grandes villes du pays (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) sont parfaitement équipés pour la prise en charge ambulatoire des PVVIH. Il existe par ailleurs un dispositif de recherche des perdus de vue dans les structures de prise en charge en collaboration avec les OBC. Enfin, la gestion informatisée des PVVIH est bien maîtrisée et mise en œuvre par le monde associatif de VAD/SAD sur tout le territoire national.

Concernant le renforcement de la prise en charge nutritionnelle, on note l'existence d'un guide pour le soutien nutritionnel des PVVIH et d'une politique nationale de nutrition, l'adoption d'un plan stratégique de nutrition, l'intégration du volet VIH et le suivi nutritionnel dans la PCIME, la vulgarisation de la spiruline et la promotion des mets locaux pour l'appui nutritionnel.

Dans le domaine du renforcement des services biologiques, médico-techniques et cliniques, les acquis portent sur le nombre appréciable d'équipements mis à la disposition des laboratoires pour le suivi des PVVIH (39 compteurs CD4, 5 appareils pour la PCR, 29 appareils pour l'hématologie, 24 appareils pour la biochimie), la disponibilité des modules de formation pour les pharmaciens, technologues biomédicaux et les techniciens de laboratoire.

S'agissant de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées, des efforts constants ont été faits pour une plus grande accessibilité tant géographique que financière. 82 formations sanitaires réparties dans la presque totalité des 63 districts sanitaires assurent la prise charge des PVVIH par les ARV. Parmi elles, 39 structures font la prise en charge pédiatrique. Quant à l'accessibilité financière, on a assisté à une baisse progressive des coûts de traitement par les ARV jusqu'à leur gratuité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Les efforts se poursuivent pour améliorer l'accessibilité financière des PVVIH au suivi biologique. Concernant les thérapies validées, la collaboration avec les acteurs nationaux de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée se poursuit et des expérimentations sont en cours.

Quant au renforcement du système d'approvisionnement, on note l'existence de la CAMEG pour l'approvisionnement en ARV, en médicaments contre les IO et autres intrants VIH ainsi que la mise en place d'un circuit d'approvisionnement en médicaments ARV, réactifs et consommables, mais surtout l'absence de rupture fréquente d'intrants.

Dans le domaine de l'observance au traitement, il ressort une bonne contribution des structures communautaires dans l'aide à l'observance, le développement des outils communautaires pertinents d'aide à l'observance, l'existence de consultations d'observance dans les structures de PEC, la prise en compte de l'observance dans les modules de formation de PCIM/VIH et la mise en place d'un dispositif de recherche des perdus de vue dans les centres de prise en charge.

#### → **Leçons apprises et défis**

Les principales leçons apprises et défis sont :

- les cliniques intégrées qui sont des sites de prise en charge permettant d'augmenter l'offre de soins ;
- la PECC qui est une composante importante de la PEC d'une PVVIH ;
- la collaboration entre structures de PECM et communautaire qui a permis d'améliorer la qualité de PEC des PVVIH et de réduire le nombre de perdus de vue ou des absents au traitement ;
- l'existence d'un HDJ qui permet de réduire la charge de travail des autres structures sanitaires en matière de lutte contre le Sida ;
- le renforcement de l'implication du sous-secteur sanitaire privé pour assurer le passage à l'échelle des interventions sanitaires ;
- la nécessité de définir une stratégie concertée entre structures médicales et communautaires pour améliorer l'aide à l'observance au traitement qui reste une négociation permanente ;
- la nécessité de définir une stratégie claire pour le soutien nutritionnel tenant compte de l'approvisionnement en intrants, de la gestion logistique et l'accompagnement social et médical ;
- l'existence de protocoles, normes, manuels et modules de formation pour les acteurs de la santé et du monde associatif qui favorise l'harmonisation, la standardisation, la simplification, l'intégration, la délégation et la déconcentration de la prise en charge des PVVIH ;
- l'existence d'un système unique fonctionnel d'approvisionnement qui a permis de sécuriser l'approvisionnement en ARV.

#### *2.3.4.3. Résultats dans le domaine de la prise en charge psychosociale et socioéconomique*

Ils concernent l'axe stratégique 3 dont les objectifs pour la période 2006-2010 sont :

- assurer le soutien psychosocial, économique et spirituel à au moins 60% des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques qui sont dans le besoin ;
- assurer la protection juridique des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques victimes de stigmatisation et de discrimination.

#### → **Résultats obtenus et acquis**

Les principaux résultats obtenus sont présentés dans le tableau ci-après :



**Tableau n°6 : Résultats du CSLS 2006-2010 dans le domaine de la prise en charge psychosociale et socioéconomique**

Domaines d'actions prioritaires	Résultats atteints 2006	Résultats atteints 2007	Résultats atteints 2008	Résultats atteints 2009	Prévisions 2010
<b>Assurer le soutien psycho social, économique et spirituel à au moins 60% des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques qui sont dans le besoin</b>					
1. Renforcement de la PEC psychosociale, économique et spirituelle des PVVIH et des personnes affectées dans les formations sanitaires et au niveau des organisations à base communautaire	136 077 personnes infectées et affectées ont bénéficié de soutien divers	76 728 personnes infectées et affectées ont bénéficié de soutien divers	- 67 005 personnes infectées et affectées ont bénéficié de soutien divers - Elaboration du plan national de prise en charge psychosociale des PVVIH	75 856 personnes infectées et affectées ont bénéficié de soutien divers	60% des personnes infectées et affectées ont bénéficié de soutien divers
2. Renforcement du soutien psychologique, spirituel, social et économique aux groupes vulnérables et spécifiques	98 102 OEV ont bénéficié de soutien	85 201 OEV ont bénéficié de soutien	239 018 OEV ont bénéficié de soutien	134 747 OEV ont bénéficié de soutien	254 672 OEV ont bénéficié de soutien
3. Promotion des activités génératrices de revenus	6 386 PVVIH/veuves et veufs ont bénéficié d'appui pour les AGR	8 738 PVVIH/veuves et veufs ont bénéficié d'appui pour les AGR	3 809 PVVIH/veuves et veufs ont bénéficié d'appui pour les AGR	2 951 PVVIH/veuves et veufs ont bénéficié d'appui pour les AGR	60% des PVVIH bénéficient d'appui pour les AGR
<b>Assurer la protection juridique des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques victimes de stigmatisation et de discrimination</b>					
4. Renforcement de la lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées	- Inventaire sur les textes réglementaires - Processus d'élaboration d'une loi type sur le VIH	Documentation des cas éthiques et juridiques de 8 728 bénéficiaires	226 personnes victimes de stigmatisation et discrimination ont bénéficié d'un soutien juridique	52 personnes victimes de stigmatisation et discrimination ont bénéficié d'un soutien juridique	60% des PVVIH victimes de stigmatisation dans le besoin bénéficient d'une assistance juridique

Concernant les acquis, les éléments suivants sont notés :

En termes de renforcement du soutien psychologique, économique, social et spirituel, la décentralisation des activités dans ce domaine au niveau régional et provincial ainsi que le renforcement de l'accompagnement et de l'appui technique ont abouti à l'élargissement de la prise en charge psychosociale, économique et spirituelle à un plus grand nombre de personnes infectées et affectées et de leurs familles.

S'agissant de la prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables, l'on note l'élaboration de documents de normes (guide de prise en charge intégrée des OEV) et de stratégies (cadre stratégique de prise en charge des OEV); la mise en place d'équipes régionales et provinciales d'identification, de PEC et de coordination des OEV, la mise en place d'une Task Force OEV au niveau national, l'existence de structures publiques et communautaires (ONG/OBC).

En ce qui concerne la promotion des activités génératrices de revenus, bien que les données chiffrées soient parcellaires, on enregistre des efforts déployés au profit des individus et des structures communautaires pour l'amélioration de l'accessibilité aux crédits et à diverses subventions et la mise en place d'un système de renforcement des compétences des personnes infectées et affectées dans la réalisation des activités génératrices de revenus.

Enfin, au titre du renforcement de la protection juridique et de la lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination, il est noté la diversification des outils de sensibilisation et le développement d'activités de prévention positive pour la réduction de ces pratiques envers les personnes infectées et affectées, l'émergence d'organisations associatives de solidarité entre personnes infectées et la médiation sociale et juridique au profit des PVVIH victimes de stigmatisation et de rejet.

→ **Leçons apprises et défis**

Ils portent sur les éléments essentiels suivants :

- le renforcement de la concertation et la collaboration entre les acteurs impliqués dans la prise en charge psychosociale et économique ;
- le couplage de la prise en charge médicale et psychosociale ;

- l'existence et la vulgarisation des instruments juridiques nationaux et internationaux permettent de créer un cadre juridique et un environnement favorables à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination ;
- l'implication et l'accompagnement des familles dans la prise en charge des OEV constitue une alternative pour en renforcer l'impact, garantir la pérennisation ;
- le renforcement de la coordination des interventions de soutien aux différents niveaux.

#### 2.3.4.4. *Résultats dans le domaine de l'appui*

Ils concernent l'axe stratégique 4 dont les objectifs pour la période 2006-2010 sont :

- accroître les capacités organisationnelles et fonctionnelles d'au moins 80% des institutions, services, ONG et associations/OBC impliqués dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- impliquer au moins 80% des PTF identifiés (partenaires au développement non encore engagés) dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

#### → **Résultats obtenus et acquis**

En matière de plaidoyer pour une plus grande implication des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux, on constate la tenue régulière des sessions du CNLS-IST et l'intégration du VIH comme stratégie transversale. Sur la période, le niveau d'implication des PTF (57 en moyenne par an) a été fort appréciable, ce qui a permis de maintenir et d'améliorer la qualité et la performance de la réponse nationale aux différents niveaux. La création du Panier commun Sida est un acquis important.

Pour ce qui est du renforcement des capacités organisationnelles, institutionnelles et du partenariat national, on note un fort et constant leadership, exercé au plus haut niveau de l'État et une appropriation des outils d'orientation que sont le CSLS 2006-2010, le plan d'opérationnalisation et les PNM.

Au niveau communautaire et des entreprises, la dynamique va croissante d'une année à l'autre avec la création de nouvelles structures faîtières que sont l'Union des religieux et coutumiers burkinabè contre le Sida (URCB), la Coalition des réseaux et associations burkinabè de lutte contre le VIH/Sida et de promotion de la santé (CORAB) et la Coalition nationale du secteur privé et des entreprises de lutte contre le VIH, le Sida et les IST au Burkina Faso (CNSPE). En outre, un Comité tripartite de lutte contre le VIH, le Sida les IST, la tuberculose et le paludisme (CLTS/MT) est mis en place pour coordonner et capitaliser les interventions du monde du travail.

Dans le domaine de la coordination multisectorielle des acteurs, la structuration du CNLS-IST couvre tous les secteurs de développement et est en lien avec le processus de décentralisation. La majorité des structures de coordination sont mises en place dans tous les secteurs et sont relativement fonctionnelles : 100% des institutions et ministères disposent de CILS et de CMLS, 90% environ des sociétés et entreprises disposent de CELS, 100% des structures des entités territoriales ont été mises en place ; plus de 1 000 structures communautaires sont impliquées. Le renforcement des capacités des différentes structures a consisté à des formations, à des dotations en équipements et moyens de fonctionnement, etc. Toutefois, un bon nombre de structures surtout au niveau décentralisé n'arrivent pas à assurer leur mission du fait de l'insuffisance des moyens humains, matériels et financiers.

Concernant le renforcement de la coopération régionale et internationale et du plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST, les actions ont porté sur : (i) l'organisation d'une table ronde des bailleurs de fonds sur le financement du CSLS 2006-2010, (ii) l'inscription d'une ligne au titre du budget de l'État pour la lutte contre le VIH et les IST, (iii) la capacité de l'État et ses partenaires à créer un cadre commun d'intervention (CSLS 2006-2010), (iv) les mécanismes communs de financement (Panier commun Sida) et de suivi évaluation (Manuel de suivi évaluation). De 2006 à 2010, le résultat du plaidoyer à l'endroit

des PTF a été matérialisé par la mobilisation de 116,92 milliards de francs CFA avec un taux de mobilisation de 93,24%.

S'agissant de la promotion du genre dans la mise en œuvre des interventions, il ressort les acquis suivants :

- la réalisation d'études sur genre et lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- la mise en place d'un groupe de travail sur le genre au sein du SP/CNLS-IST ;
- la formation des acteurs en « genre et VIH/Sida » ;
- l'existence de plusieurs groupes genre mis en place par les partenaires techniques et financiers ;
- la prise en compte du VIH, du Sida et des IST dans la politique nationale genre ;
- l'élaboration d'un plan d'action pour l'opérationnalisation du genre dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST qui est mis en œuvre à partir de l'année 2010.

→ **Leçons apprises et défis**

Ils concernent les aspects suivants :

- la nécessité d'accroître les capacités organisationnelles et institutionnelles des structures de coordination et d'exécution ;
- l'élargissement et la consolidation du panier commun Sida pour une répartition équitable des ressources au profit des différents secteurs d'interventions ;
- la nécessité de rendre fonctionnelles les antennes régionales du SP/CNLS-IST pour appuyer les CRLS et les CPLS ;
- la promotion du leadership et l'engagement des autorités décentralisées à l'instar de l'engagement et le leadership affirmés au plus haut niveau;
- le renforcement du plaidoyer auprès des PTF pour leur implication dans la réponse au VIH ;
- l'utilisation de toutes les opportunités intra sectorielles pour le financement des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- la prise en compte des services VIH dans l'assurance maladie et les mutuelles de santé ;
- le développement du plaidoyer en direction des entreprises, des collectivités territoriales et des PTF, en vue de renforcer la prise en compte du volet lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans les plans de développement communaux, les projets de développement et les activités de protection des travailleurs ;
- l'élaboration d'un plan d'assistance technique pour le renforcement des capacités des acteurs ;
- le fonctionnement effectif du comité de suivi des déclarations et des engagements des PTF pour le financement du cadre ;
- le fonctionnement du cadre de concertation des Secrétaires permanents/Secrétaires exécutifs des Conseils nationaux de lutte contre le Sida des pays membres de l'UEMOA élargie à la Mauritanie.

*2.3.4.5. Résultats dans le domaine de l'information stratégique*

Ils concernent l'axe stratégique 5 dont les objectifs pour la période 2006-2010 sont :

- assurer la surveillance épidémiologique du VIH, du Sida et des IST ;
- renforcer la mise en œuvre du dispositif de suivi-évaluation ;
- promouvoir la recherche dans le domaine du VIH, du Sida et des IST.

## → Résultats obtenus et acquis

Le mécanisme de notification systématique des cas de Sida et d'IST mis en place a permis de rendre régulièrement disponibles les données statistiques et d'améliorer progressivement le système de rapportage. On note aussi le renforcement des capacités, le développement des outils harmonisés pour la prise en charge médicale facilitant le rapportage des cas, la révision et la vulgarisation des guides de diagnostic et de traitement appropriés la notification des cas d'IST, et enfin, la prise en compte des données des structures sanitaires communautaires et privées dans les statistiques sanitaires.

Dans le domaine de la sérosurveillance du VIH, du Sida et des IST le pays dispose de 13 sites sentinelles fonctionnels (dont 6 en milieu rural et 7 en milieu urbain) couvrant les 13 régions sanitaires. Au titre des acquis on peut noter : l'existence d'un document de normes et protocoles de surveillance du VIH et des IST, l'existence et la fonctionnalité d'un Comité technique national pour la surveillance du VIH et des IST, la disponibilité régulière des résultats de sérosurveillance et l'intégration des activités de sérosurveillance dans les plans d'action des Directions régionales de la santé (DRS).

S'agissant de la surveillance des IST, la révision et la vulgarisation des guides de diagnostic et de traitement pour le diagnostic ainsi que la notification des IST ont été faites. Un protocole de surveillance de la sensibilité des germes a été élaboré dans le but d'aider à la mise en place des sites sentinelles de surveillance des IST intégrant en plus de la syphilis, d'autres IST. Les données sont disponibles à travers le SNIS (annuaire statistique de la santé). L'enquête sur la qualité de la prise en charge des IST est engagée en 2010.

Concernant la mise en place du système national de suivi évaluation, il ressort l'existence de documents normatifs. Outre les efforts de renforcement des capacités des structures, les activités ont permis de rendre fonctionnelle une base de données au sein du SP/CNLS-IST. Celle-ci est en cours d'amélioration avec la prise en compte du logiciel « Country response information system » (CRIS), le logiciel ESOPE pour le suivi des patients sous ARV, les bases de données sectorielles (CMLS/santé, secteur des institutions et ministères autres que la santé, secteur communautaire, projets rattachés au SP/CNLS-IST). Ce dispositif a permis de renseigner le rapport biennal UNGASS, le Tableau de bord de suivi des indicateurs Sida (TBIS), et les indicateurs sur les activités des autres secteurs d'intervention. Il a aussi permis la rédaction des rapports semestriels et annuels du PNM, l'estimation des ressources et des dépenses de Sida (REDES), la préparation des sessions annuelles du CNLS-IST et les évaluations périodiques du CSLS impliquant l'ensemble des acteurs de la réponse nationale. De plus, un manuel de suivi évaluation s'inscrivant dans le « Three Ones » a été élaboré en 2004 et actualisé en 2006 pour donner les orientations nécessaires au suivi évaluation.

Pour ce qui est de la documentation et la diffusion des meilleures pratiques, le processus a connu des avancées importantes avec une définition des critères de sélection des meilleures pratiques, la mise en place d'un groupe de travail et d'un groupe technique. En 2009, 59 idées de meilleures pratiques ont été identifiées dans divers domaines. Les meilleures pratiques retenues ont été documentées et sont en attente de validation au cours de l'année 2010.

Le niveau de réalisation des études épidémiologiques, comportementales, sectorielles et d'impact est resté moyen du fait de leur coût élevé. La majorité des études réalisées par les différents acteurs avec ou sans une coordination effective du SP/CNLS-IST sont d'ordre comportementale et d'analyse de situation. Une des remarques importantes est que les études ne visent pas fondamentalement la vérification des indicateurs qui sont définis pour la mise en œuvre du CSLS 2006-2010 mais plutôt le suivi des résultats de la mise en œuvre des projet/programmes isolés. En moyenne 5 à 6 études épidémiologiques, comportementales, d'analyse situationnelle et d'impact sont réalisées par an à travers la coordination par le SP/CNLS-IST. Par ailleurs, le SP/CNLS-IST a élaboré un répertoire des études et recherches sur le VIH en 2009.

Certaines études ont cependant permis de renseigner des indicateurs nationaux et internationaux. De plus l'EDS IV est en cours de réalisation et prend en compte un volet relatif au VIH.

Dans le cadre de la promotion de la recherche en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST, des efforts sont faits par les centres de recherche et les structures impliquées dans la lutte pour promouvoir la recherche. La tenue du 1<sup>er</sup> forum des acteurs nationaux de la recherche sur le VIH, le Sida et les IST en novembre 2009 a permis de regrouper les acteurs des différents secteurs de la lutte contre le VIH et la tuberculose. Les recommandations et les orientations issues de ce forum ont permis d'élaborer le plan stratégique de recherche sur le VIH, le Sida et les IST au Burkina Faso.

#### → **Leçons apprises et défis**

Ils se résument aux aspects suivants :

- la nécessité d'améliorer la promptitude, la complétude et la qualité des données pour produire l'information stratégique à tous les niveaux ;
- l'opérationnalisation des sites sentinelles pour la surveillance des IST dans les 13 régions sanitaires ;
- la décentralisation du système de suivi évaluation au niveau régional avec l'appui des antennes régionales du SP/CNLS-IST ;
- l'harmonisation des différents systèmes de suivi évaluation conformément aux principes du « three ones » ;
- le développement d'outils adaptés pour la bonne utilisation de l'information stratégique au niveau des différents acteurs
- la production des données sexospécifiques pour une meilleure appréciation des résultats obtenus selon le genre ;
- la mise en place et le fonctionnement de l'observatoire pour la recherche pour améliorer la surveillance des résistances cliniques et biologiques du VIH aux différentes thérapies ;
- une meilleure coordination des activités de recherche opérationnelle et études spécifiques.

#### **2.3.5. Recommandations de la revue à mi-parcours du CSLS 2006-2010**

La revue à mi-parcours du CSLS réalisée au cours de l'année 2008 a permis d'apprécier les résultats de la mise en œuvre du CSLS au cours des années 2006, 2007 et 2008 et de formuler des mesures d'amélioration sous forme de recommandations dans les domaines programmatiques, le processus de planification et le cadre institutionnel (voir détails en annexe 1).

#### **2.3.6. Revue de la réponse au VIH du secteur santé**

La revue de la réponse au VIH, apportée par le sous-secteur de la santé, réalisée en 2010, a dégagé un certain nombre de constats dont la prise en compte dans les différentes stratégies aura pour objet de renforcer le système de santé, afin d'atteindre les objectifs de l'accès universel aux services de prévention, de soins et de traitement au Burkina Faso. Les résultats provisoires ci-après complètent la précédente analyse des domaines programmatiques.

##### **2.3.6.1. Renforcement des interventions de prévention du VIH**

**Conseil dépistage du VIH** : la couverture des services de conseil et de dépistage du VIH est faible tant au niveau public, privé que communautaire. Des guides nationaux, des outils de formation, des pools de formateurs nationaux existent mais les budgets des districts sanitaires pour le financement des services et de la formation en rapport avec le conseil dépistage restent limités. De même, le système d'information sanitaire au niveau des districts n'intègre pas de façon systématique les indicateurs en rapport avec le conseil dépistage du VIH en dehors du nombre de personnes

dépistées pour le VIH. Les données se rapportant au conseil dépistage à l'initiative du prestataire ne sont pas toujours connues.

*Le conseil dépistage du VIH devrait être intégré à tous les services essentiels du secteur de la santé. Le passage à échelle du counselling et dépistage du VIH au niveau de la communauté et le soutien aux personnes vivant avec le VIH pour la prévention positive, de même que le renforcement de la référence devront se faire à l'aide d'un renforcement des liens entre les structures communautaires et le Ministère de la Santé. La production des données sur le conseil dépistage du VIH notamment des jeunes (15-24 ans) est essentielle pour une meilleure planification des activités.*

**PTME** : la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH (PTME) est considérée comme un domaine prioritaire de la contribution du secteur de la santé à la riposte nationale, car elle favorise l'intégration de la prévention, du traitement et des soins liés au VIH avec les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile d'une part, et les programmes de santé de la reproduction d'autre part. En outre, la PTME reste fortement dépendante du financement des partenaires au développement, situation qui pourrait constituer une limite quant à la pérennisation des acquis.

*En vue de renforcer la qualité de l'offre de service, il apparaît important de clarifier les responsabilités des acteurs à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Il est tout aussi important de veiller à ce que l'offre de service de PTME dans des centres de santé maternelle et infantile et dans des structures de santé de la reproduction, notamment la Planification familiale se traduise par une intégration fonctionnelle effective des services y compris la santé sexuelle des hommes. Il reste encore que les composantes 1 et 4 de l'approche holistique de la PTME soient renforcées.*

*Par ailleurs, pour un meilleur suivi de la mise en œuvre de la PTME, il est souhaitable d'accroître la complétude des données par un renforcement du suivi du couple mère enfant et du système national d'information sanitaire. La mise en œuvre de la PTME peut être utilisée comme une opportunité de renforcement du système de santé pour l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile*

**Jeunes** : les jeunes (15-24 ans) contribuent pour une large proportion dans les nouvelles infections à VIH. Le personnel de santé a été formé pour comprendre la programmation des services de santé ciblant les jeunes, afin d'offrir des prestations conviviales pour les jeunes et créer des liens entre la communauté, les jeunes et les prestataires de services de santé. Toutefois, au sein du Ministère de la santé il est noté une faiblesse des programmes ciblant spécifiquement la prévention du VIH chez les jeunes. En conséquence, les responsabilités ne sont pas assez clarifiées et les données sont peu collectées.

*Le partenariat devrait être renforcé entre les équipes de districts sanitaires, et les communautaires pour réaliser des actions en vue de retarder l'âge du premier rapport sexuel, et amener les jeunes à mieux se protéger. Les horaires de service adaptés aux jeunes devraient être adoptés pour accroître l'accès aux services et à l'information.*

**Populations à haut risque** : les données sur les populations à haut risques ne sont pas disponibles. L'implication des agents de santé dans l'offre de service à ces groupes cibles, n'est que rarement évoquée. Ce qui compromet la conception et la mise en œuvre d'interventions spécifiques et efficaces.

*Pour la prévention du VIH en rapport avec les populations à risque, il s'agira surtout de développer la collaboration multi-acteurs et de renforcer les capacités des acteurs communautaires pour une offre améliorée de soins et soutien à ces groupes cibles. (MSM, TS, etc.). Le secteur de la santé pourrait se servir des rares données disponibles sur ces cibles pour définir un paquet de service/formation.*

**Implication des acteurs communautaires dans le secteur de la santé** : la société civile a largement contribué à la riposte nationale au VIH. L'implication des structures associatives et communautaires et des personnes vivant avec le VIH a permis l'extension de l'offre des services de prévention, de traitement et de soutien.

*Il demeure prioritaire de renforcer la collaboration et les échanges pour une meilleure efficacité des interventions.*

### 2.3.6.2. Renforcement des soins et traitement des PVVIH

Extension des sites de traitement : il est constaté une amélioration des indicateurs de traitement et de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Le nombre de sites offrant la prise en charge, a régulièrement augmenté suivant les années, de même que le personnel de santé formé pour la prise en charge du VIH. Mais la couverture nationale n'est pas effective.

*Il y a la nécessité d'ouvrir de nouveaux sites dans les secteurs publics, privés et communautaires de soins et de renforcer la prise en charge pédiatrique.*

Augmentation du nombre de PVVIH sous traitement ARV : le nombre de personnes sous traitement antiretroviral est passé de 12 842 patients en 2006 à 26 448 en 2009. Toutefois, cet accroissement serait plus remarquable si la baisse du coût et la survenue de la gratuité des médicaments ARV, étaient accompagnées par une réduction des coûts du bilan biologique.

*En plus de la décentralisation des sites de traitement pour le passage à l'échelle, la délégation des tâches devrait aussi être renforcée dans le cadre du passage à l'échelle du traitement. De même, le renforcement de la collaboration entre les programmes de tuberculose et VIH pourrait contribuer à accroître le nombre de bénéficiaires des interventions de prise en charge des PVVIH dont la gestion des IO, l'appui nutritionnel, le soutien communautaire et les soins palliatifs etc. En outre, la collecte des données sur la prise en charge des PVVIH sera améliorée par une révision et une disponibilité accrue des outils/guides de prise en charge médicale y compris les registres pré ARV et TARV. Les recommandations spécifiques suivantes sont formulées :*

- la formation initiale et la formation continue du personnel de santé (prise en charge des enfants) ;
- tous les personnels de santé doivent être impliqués dans la prise en charge : délégation (partage) de certaines tâches ;
- la prescription des ARV doit être décentralisée pour les protocoles de première ligne ;
- la révision des outils et leur adaptation aux nouvelles recommandations internationales en vigueur dans le domaine du traitement ARV ;
- la poursuite du plaidoyer pour la gratuité dans la mesure du possible au moins pour le bilan initial de mise sous ARV ;
- le renforcement et le maintien de la collaboration entre les programmes TB et VIH ;
- les centres de prise en charge ARV doivent assurer le dépistage systématique de la TB, la prophylaxie à l'isoniazide et le contrôle de la tuberculose ;
- le programme TB devra renforcer le dépistage du VIH, la mise sous cotrimoxazole et sous ARV des patients TB.

### 2.3.6.3. Renforcement du système de santé

Ressources humaines : la disponibilité des ressources humaines reste également un problème majeur. En effet, les médecins en activité dans des postes de cliniciens sont peu disponibles pour la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Un effort a été mis sur la formation à travers l'accueil de près de cent cinquante professionnels burkinabè au DIU de Ouagadougou depuis 2004. Cependant, les changements d'orientation des professionnels de santé sont enregistrés.

*Ce renforcement concerne les aspects suivants :*

- l'augmentation du pool des professionnels qualifiés au niveau des structures de santé ;
- la mise en place d'un mécanisme pour assurer le maintien des ressources humaines au sein des structures ;
- l'établissement d'un plan de ressources humaines national cohérent prenant en compte les besoins du VIH et ceux des autres maladies prioritaires ;
- la nécessité de la définition précise des tâches (ToR), vu l'émergence de la pléthore des nouveaux acteurs et la délégation effective des tâches aux structures déconcentrées, sur la base d'un document officiel structuré à cet effet ;
- le renforcement de la coordination des acteurs multisectoriels intervenant dans le domaine de la santé intégrant la stratégie décentralisée ;
- le renforcement de l'ensemble du partenariat public/privé et public/communautaire en fonction des besoins actuels ;
- l'organisation et le suivi du personnel formé dans le domaine du VIH et du SIDA ;
- la réalisation des appuis techniques et l'accompagnement nécessaire des acteurs aux différents niveaux ;
- le renforcement des capacités de collecte, d'analyse et d'utilisation des données ainsi que la conduite des recherches opérationnelles ;
- le renforcement des mécanismes de « redevabilité » afin que les acteurs à chaque niveau de la pyramide sanitaire jouent leur rôle.

Services : l'offre de service s'est globalement accrue durant la période 2006-2009, pour l'ensemble des services (CDV, PTME, ARV et autres services). Cependant, elle reste inégalement répartie (concentration de l'offre de CD en milieu urbain par exemple) et l'utilisation des services est globalement faible. Ceci peut être en rapport avec l'information insuffisante sur la disponibilité des services et la faible incitation à l'utilisation des services. La disponibilité des services pour les populations vulnérables pose un problème particulier. La seule tentative en la matière a été le développement de services adaptés pour les TS. Quelques timides initiatives communautaires existent mais les actions conduites au niveau des structures de santé sont relativement faibles, dues entre autres à la stigmatisation et l'auto-stigmatisation des individus. Les services aux enfants sont insuffisamment et inégalement répartis sur le territoire. Les équipes spécialisées sont localisées dans les 2 grandes villes. Le diagnostic précoce n'est pas encore généralisé dans le pays. La décentralisation des services jusqu'au niveau DS est effective pour la PEC des PVVIH, celle des services de conseil dépistage va au-delà (CSPS), mais elle reste encore très faible.

La gratuité des médicaments ARV a été décrétée en fin d'année 2009, mais l'ensemble des services ne sont pas encore intégralement gratuits aux points de dispensation. Cela dépend des sources de financement de ces structures, dont certaines disposent d'appui permettant la quasi gratuité de tous les services (HDJ du CHU-SS). Il persiste une stigmatisation des PVVIH. Il apparaît que les raisons de l'attitude défiante ou le désintérêt de certains personnels soignants pour la prise en charge de l'infection à VIH relève sans aucun doute de plusieurs déterminants, qui n'ont pas été documentés. En matière d'équité de genre dans l'accès aux services, peu de données sont disponibles. Dans les files actives des sites de PEC, environ 70% des bénéficiaires sont des femmes. La situation des hommes est peu connue.

La faiblesse des liens fonctionnels au sein des services est une réalité qui limite la disponibilité et l'utilisation des services. Par exemple, la supervision intégrée et formative des activités sur le terrain (CD, PTME, PEC) n'est pas toujours effective. Cette fonction est pourtant vitale si l'on s'intéresse à la qualité des services. Un programme d'assurance qualité des services nécessite donc un accompagnement des équipes sur le terrain et un dispositif de supervisions formatives multidisciplinaires.

*Les recommandations spécifiques suivantes sont formulées :*

- Compléter l'offre de service sur une base géographique en prenant en compte les réalités démographiques ;
- Développer une information adaptée sur la disponibilité des services et mobiliser la communauté pour stimuler leur utilisation ;
- Améliorer la disponibilité et la couverture en rapprochant les services des populations à travers la décentralisation et la délégation d'autorité aux structures déconcentrées ;
- Booster les efforts en direction des populations vulnérables, sur la base de l'évidence ;
- Compléter la portée de la gratuité des ARV au paquet de services ;
- Proposer le test et le conseil dépistage systématiques en cas d'IST, de TB chez les patients symptomatiques, à l'initiative des prestataires de soins ;
- Elaborer une charte de confidentialité dans chaque site de prestation de services (CD, PTME, PEC) et un cahier de procédures seraient un atout ;
- Mettre en place avec les acteurs eux-mêmes un dispositif de supervision formative très serré des équipes, type « coaching », assorti d'un dispositif de motivation basé sur les performances et d'un programme d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- Activer l'Observatoire de la Lutte contre le VIH de façon indépendante des tutelles.

Laboratoires : au Burkina Faso, le plateau technique a été fortement amélioré au niveau national, tout comme la disponibilité de techniciens et de cadres de haut niveau en biologie, bien formés. Il faut cependant noter l'absence d'un programme national d'assurance qualité VIH et de standardisation du système d'approvisionnement en consommables et réactifs de laboratoire.

*La disponibilité de réactifs pour assurer la prise en charge des patients sous ARV devrait être redynamisée et restructurée pour une plus grande fonctionnalité. Il faudrait également mettre en place une meilleure coordination entre les structures responsables (laboratoires de référence, le CMLS, et la DGPL, etc.) pour remédier à tous les problèmes d'approvisionnement en médicaments et réactifs.*



Approvisionnement en médicaments et consommables : des efforts sont faits concernant les approvisionnements. Il existe un comité de quantification et une direction chargée de coordonner les achats (DGPML). La Prestation pour les achats, a été confiée à la CAMEG, qui est en train de développer un réseau de distribution par la création de dépôts régionaux. Un panier commun géré par le PADS assure une bonne partie du financement des approvisionnements, y compris les achats de médicaments.

*Le renforcement du système d'approvisionnement doit être poursuivi avec l'intégration des activités au niveau de la CAMEG et complété pour l'élaboration et la mise à jour d'un plan d'approvisionnement national ; la mise en place des 12 indicateurs prioritaires pour l'évaluation de la performance du système GAS ; la création d'un système d'alerte qui permettra d'anticiper sur les risques de ruptures de stocks ou de leur stockage et le renforcement de la coordination des interventions des différents partenaires techniques et financiers (Fonds mondial, UNITAID...).*

*Un système opérationnel pour la pharmacovigilance, a été mis en place. Il faut toutefois relever une faiblesse dans la notification des effets secondaires et indésirables, d'où la nécessité de renforcer la division chargée de la Pharmacovigilance (DGPML).*

*Le contrôle qualité n'est pas systématiquement réalisé à l'entrée de certains produits sur le territoire et en post-marketing. Il est donc nécessaire de renforcer les activités y relatives dans les régions sanitaires. Pour l'homologation des médicaments, le comité chargé des autorisations de mise sur le marché devra renforcer la veille au respect de la réglementation concernant l'enregistrement des médicaments.*

#### 2.3.6.4. Renforcement de la coordination et du leadership

L'existence du CMLS/Santé avec son encrage institutionnel au cabinet du Ministre de la santé est une opportunité sur le plan de la coordination et du leadership. On note aussi la conception partagée de la notion de « secteur de la santé », le développement de la collaboration avec les districts sanitaires et les programmes divers, l'implication des acteurs communautaires et des PVVIH. Cependant, il est jugé nécessaire de renforcer le dispositif organisationnel et institutionnel de la coordination du sous-secteur santé.

*Malgré ces acquis, plusieurs points sont à améliorer. Ces points portent sur l'absence d'un plan stratégique du secteur de la santé, la non tenue des réunions statutaires du CMLS/santé, le faible niveau de coordination de tous les acteurs du domaine de la santé (public, privé, TPS, universitaires, société civile) qui ne favorise pas l'implication des secteurs privé et communautaire. Les recommandations spécifiques suivantes sont formulées :*

- Donner au « CMLS/santé » un statut qui lui permet de coordonner tous les acteurs du secteur santé et de faciliter la collaboration avec les autres programmes ;
- Renforcer la collaboration entre secteur de la santé et le SP/CNLS-IST pour la décentralisation de la riposte nationale au VIH ;
- Accélérer la création d'un environnement favorable à l'implication du privé ;
- Élaborer un plan intégré de préparation à la prise en charge du VIH en situation de crises/catastrophes.

#### 2.3.6.5. Renforcement de l'information stratégique

Le dispositif national d'information sanitaire a été auto-évalué en 2009 et a été jugé peu performant, dans la mesure où il peine à répondre efficacement aux besoins des utilisateurs. Le dispositif d'information pour la lutte contre le VIH, le Sida et les IST au sein du Ministère de la santé fonctionne de façon très « verticale », malgré des efforts récents pour une meilleure intégration avec les autres secteurs.

*La mesure de l'impact pourrait être compromise par l'insuffisance de personnel de la section surveillance du CMLS/Santé et donc de la faiblesse des liens avec le SP/CNLS-IST qui est destinataire des indicateurs de lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Les autres points faibles sont le retard de transmission des informations validées au SP/CNLS-IST par rapport au calendrier de diffusion des données au niveau national et international et l'absence de certaines données importantes du domaine de la santé pour les analyses. La faible complétude des données dans les rapports trimestriels et semestriels devrait constituer un problème prioritaire à résoudre dans le plan de riposte du secteur santé face au VIH, au SIDA et aux IST 2011-2015. Celui-ci devrait définir les responsabilités et les relations de collaboration entre les différentes structures pour le suivi évaluation du VIH.*

### **2.3.7. Analyse du partenariat entre acteurs de la réponse au VIH**

La réponse nationale au VIH s'appuie sur un partenariat national et international. Pour le partenariat national, trois acteurs essentiels sont reliés à savoir ceux des secteurs public, privé et communautaire. Le partenariat international implique les partenaires bilatéraux et multilatéraux participant aux efforts de lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

#### **▪ Dans le secteur public**

Le partenariat avec le secteur public dans la réponse nationale au VIH s'est traduit par l'engagement des acteurs du secteur public dans la riposte au VIH à travers les CILS/CMLS ainsi que par le biais des structures techniques de certains ministères. Leurs actions participent à la réalisation synergique des orientations techniques et à la mobilisation des ressources pour la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Outre ce partenariat public-public, il existe une collaboration entre le secteur public et le secteur privé à travers l'accord tripartite d'une part, et d'autre part avec le secteur communautaire surtout dans le cadre de l'approche contractuelle pour la réalisation de certaines activités au profit des populations connexes.

#### **▪ Dans le secteur privé**

Au cours de la période 2006-2010, le secteur privé et des entreprises est défini comme un secteur d'intervention et regroupe trois composantes : les grandes entreprises, les petites et moyennes entreprises et industries (PME/PMI), et le secteur informel. Il faut noter l'existence des organisations professionnelles et syndicales.

Au cours de la période 2006-2010, le secteur privé a apporté des contributions remarquables à la riposte au VIH avec quelques appuis des partenaires techniques et financiers. Ces appuis ont surtout permis le développement de politique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST en milieu du travail et l'organisation des acteurs en vue d'une réponse structurée et efficiente. Ceci a été matérialisé par la création en 2008 d'une Coalition nationale du secteur privé et des entreprises contre les IST/VIH/Sida (CNSPE) dont l'opérationnalité est en cours de mise en œuvre. Par ailleurs le secteur privé sanitaire, en forte croissance au Burkina Faso, prend également part à l'effort de prévention et de prise en charge du VIH, à travers la mise à disposition de ses infrastructures sanitaires, de son plateau technique et de ressources humaines qualifiées.

#### **▪ Dans le secteur communautaire**

Au Burkina Faso le tissu associatif est très riche et dynamique ; l'engagement du secteur communautaire dans la riposte au VIH a commencé dans les années 1991 et s'est renforcé au fil des années avec l'avènement du projet population et lutte contre le Sida (PPLS) et la CISMA de 2001 tenue à Ouagadougou. Il s'est traduit par l'implication d'au moins un millier d'associations au plan national. Les structures communautaires sont impliquées dans tous les domaines programmatiques de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

Le partenariat public-communautaire a permis d'accréditer des structures communautaires pour la prise en charge médicale et de renforcer le continuum des soins. Dans les Hôpitaux de jour par exemple. Ce partenariat permet de renforcer l'observance des traitements et de rechercher les perdus de vue.

Il est également entretenu un partenariat avec les secteurs public et privé dans le cadre de la contractualisation de certaines interventions qu'il faudra renforcer au cours de la mise en œuvre du présent cadre stratégique.

Par ailleurs, le monde communautaire participe à la mobilisation des contributions des ménages au financement de la réponse nationale et mobilise également d'importantes ressources financières extérieures pour les activités.

### ***Renforcement du système communautaire***

*La présence d'organisations de la société civile fortes et durables est un facteur important pour garantir une bonne gouvernance, une politique cohérente, l'impact, la durabilité des résultats de prévention, de traitement, de soins et soutien contre le VIH et la santé. Des interventions clés seront développées pour renforcer les systèmes communautaires au cours des prochaines années. Ils s'articuleront autour des domaines suivants :*

- *de la gouvernance (transparence dans la gestion) ;*
- *de la communication et la diffusion de l'information stratégique ;*
- *du développement des ressources humaines ;*
- *de la prise en charge du fonctionnement des structures des Organisations de la société civile (OSC) ;*
- *de la décentralisation des compétences communautaires et renforcement du continuum de soins ;*
- *du développement de la vie des réseaux nationaux ;*
- *de l'autofinancement et du financement alternatif des OSC ;*
- *de la consolidation et du développement de la plateforme nationale de la société civile ;*
- *du renforcement de la mise en œuvre des principes du « three ones » ;*
- *du plaidoyer, du leadership politique de la société civile au Burkina Faso et du partenariat sous-régional.*

### **2.3.8. Analyse des priorités selon les groupes spécifiques**

Plusieurs groupes spécifiques sont identifiés pour la mise en œuvre des interventions de prévention, de soins, de traitement et de soutien. Le tableau suivant présente une appréciation du niveau de priorités à accorder à chaque groupe spécifique partant des enseignements tirés des résultats actuels c'est-à-dire les évidences sur les données (prévalence élevée pour certains groupes cibles et autres données relatives aux comportements) :

**Tableau n°7 : Analyse des priorités selon les groupes spécifiques**

Cibles bénéficiaires	Taille/année	Prévalence	Qualité de la réponse	Durabilité des acquis	Observations
<b>1. Personnes vivant avec le VIH (PVVIH)</b>	109 475 dont 55 990 femmes de plus de 15 ans et 15 696 enfants de moins de 15 ans (2010, Spectrum)	Non applicable pour le calcul de la prévalence	Bonne	Bonne	- Prévention positive à développer 30% d'entre eux seulement sont connus et bénéficient des services des différents programmes (ONUSIDA 2008) - Ceux vivant avec un handicap seront prioritairement soutenus
<b>2. Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (MSM)</b>	2 819 (Plan d'action PAMAC 2010, actualisé à 2008)	19% (AAS 2008)	Faible	Faible	-60% des MSM enquêtés sont bisexuels et 17% sont mariés -2% des hommes enquêtés ont affirmé avoir eu des rapports sexuels avec d'autres hommes (BSS 2008)
<b>3. Travailleuses du sexe</b>	20 145 (2006)	16% (SIDA 3, 2005)	Moyenne	Faible	-Interventions limitées aux centres urbains et ne couvrent pas toutes les zones requises (villes secondaires, zones de concentration économiques,...) (Synthèse de l'analyse de réponse)
<b>4. Populations des zones minières</b>	500 000 (MMCE 2008)	6,5% (2006, dépistage effectué dans le cadre des interventions ciblées)	Faible	Faible	-Brassage de populations, le développement de réseaux sociaux et commerciaux où s'épanouissent l'insécurité, la violence (en particulier sexuelle), l'usage immodéré d'alcool et de drogues, la prostitution, etc. -33% des orpailleurs interrogés n'avaient jamais pensé aux risques qu'ils couraient d'être contaminés par le VIH et 8% (PROMACO 2005)
<b>5. Routiers/ transporteurs</b>	47 500 (2008)	3,6% (PAMAC 2008)	Faible	Faible	-20% d'hommes et 25% de femmes qui n'utilisent pas de préservatifs <i>Source : programme régional (initiative sahel 2008)</i>
<b>6. Personnels de tenue</b>	28 600	3% (CMLS/MD 2006)	Passable	Faible	- Nouvelles cibles à prendre en compte - Certaines cibles peu couvertes sont à prendre en compte (policiers, douaniers, eaux et forêts...) (Synthèse de l'analyse de réponse)
<b>7. Population carcérale (détenus)</b>	12 000 (APA 2008)	2,3% (APA 2007)	Faible	Faible	43% des détenus reconnaissent l'existence de rapports sexuels dans les prisons <i>Source : APA 2007</i>
<b>8. Femmes (15-49 ans)</b>	3 682 535 (2010, INSD)	2% des 15-49 ans (site sentinelle 2008)	Bonne	Faible	-Faible connaissance de la TME (38,1%) -Faible adhésion à la PTME -Pesanteurs socioculturelles <i>Source : BSS 2008</i>
<b>9. Adolescents et jeunes (filles) (10-24 ans)</b>	5 045 225 (2010, soit 32% de la population)	1,3% des 15-24 ans (site sentinelle 2008)	Assez bonne	Faible (renouvellement des cibles)	-Plus couvert en ville qu'en campagne -Regroupe la plupart des nouvelles infections -Renouvellement perpétuel des cibles (Synthèse de l'analyse de réponse) -Priorisation des interventions au profit des jeunes filles
<b>10. Population générale</b>	15 730 977 (2010)	1,2% (2008) 1,3% en milieu rural à 3,6% en milieu urbain (sites sentinelles)	Bonne	Passable	-Renouvellement perpétuel des cibles -Faible pratique du dépistage (33,3%) <i>Source : BSS 2008</i> -Renforcement des interventions au profit des hommes monogames et aisés -Prise en compte des groupes connexes des populations passerelles
<b>11. OEV</b>	131 294 (2010, Spectrum)	Non applicable car le dépistage des OEV n'est pas systématisé	Bonne	Faible	-Besoins importants dans le cadre de l'atténuation de l'impact
<b>12. Usagers de drogues (UD)</b>	2 952 (2010, estimation RNM)	Non disponible	Inexistante	Faible	-Phénomène important dans les zones urbaines chez les TS, les détenus, ainsi que dans les populations passerelles (routiers, orpailleurs) (Synthèse de l'analyse de réponse)

*Source : SP/CNLS-IST*

### III. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DE LA RÉPONSE AU VIH 2011-2015

#### 3.1. Vision prospective de la réponse au VIH

La vision prospective à l'horizon 2025 du Burkina Faso, en matière de riposte au VIH est de : poursuivre l'inversion de la tendance de l'épidémie et « *faire du VIH/Sida une maladie comme les autres grâce à une stratégie nationale conséquente et un appui international consolidé* ». Le leadership actuel fondé sur l'implication personnelle du Président du Faso, la grande disponibilité des partenaires techniques et financiers et la forte mobilisation sociale empreinte de solidarité et de tolérance, soutiendront la mise en œuvre de cette vision. Ceci nécessite d'un point de vue stratégique et politique, un partage de valeurs. Il s'agit de faire en sorte que le Burkina à travers les bonnes pratiques, devienne une référence en Afrique et dans le monde en matière de coordination et de leadership dans la réponse au VIH. Pour y parvenir le pays devra :

- affirmer et assumer son leadership dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST aux plans national, sous- régional et international ;
- renforcer l'implication de tous les segments de la société, accroître la responsabilité des acteurs des secteurs public, privé et communautaire dans les activités et le financement de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- développer un partenariat et un plaidoyer efficaces pour la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du Plan national multisectoriel de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- renforcer les capacités des services techniques et des acteurs de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- renforcer les outils de planification, du suivi et d'évaluation tenant compte du genre ;
- développer et entretenir en toute circonstance une culture organisationnelle cohérente et solidaire ;
- renforcer les bonnes pratiques de gestion orientées sur les résultats et faire de la bonne gouvernance le moteur de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- défendre les valeurs de solidarité, d'inclusion, de fierté, d'exemplarité, de non discrimination/stigmatisation, d'équité et d'ouverture ;
- cultiver les valeurs morales et éducatives ;
- développer l'innovation.

#### 3.2. Mission de la réponse au VIH

La réponse nationale au VIH s'organise sous l'égide du Conseil national de lutte contre le Sida et les IST (CNLS-IST) qui demeure l'organe central de décision et d'orientation, chargé de définir les politiques et les grandes orientations de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Elle a pour mission de réduire la prévalence du VIH et des IST en population générale et chez les groupes spécifiques, et l'impact négatif du VIH sur le développement social et économique du Burkina Faso.

Cette mission, déclinée à travers les objectifs du CSLS 2011-2015 et son plan d'opérationnalisation est constituée par un ensemble de directives et d'orientations définies pour les différents acteurs. Sa réalisation devra tenir compte de l'appui international. En effet, malgré la rareté des ressources et la crise financière et économique internationale, la pertinence et le réalisme de la stratégie nationale devront rassurer les partenaires techniques et financiers actuels, et attirer de nouveaux apports.

### **3.3. Alignement du CSLS 2011-2015 avec les orientations nationales**

L'option stratégique du Gouvernement burkinabè à l'horizon 2015, est d'inscrire le pays dans de réelles perspectives de réalisation du développement durable. C'est-à-dire un processus de développement qui s'appuie sur :

- une croissance accélérée et de qualité ;
- la préservation et la gestion rationnelle des ressources naturelles ;
- la promotion des valeurs d'équité et justice sociales.

#### **3.3.1. Lien du CSLS avec les OMD et les autres engagements**

Le Burkina Faso a souscrit aux Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). La lutte contre le VIH, le Sida et les IST que consacre le 6<sup>ème</sup> objectif en ces termes « *combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies* », se décline en deux sous objectifs qui sont : (i) d'ici à 2015, avoir enrayeré la propagation du VIH/Sida et commencé à inverser la tendance ; ii) d'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements du VIH/Sida. Ces aspects sont pris en compte dans la stratégie nationale de développement et de lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Aussi, les rapports périodiques produits dans le cadre du suivi de la réalisation des OMD, permettent d'apprécier l'atteinte des objectifs liés au VIH.

Par ailleurs, il est important de souligner que la riposte au VIH s'inscrit dans la dynamique des autres engagements sous-régionaux et internationaux tels que les recommandations de la session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies consacrée à la lutte contre le Sida (UNGASS), le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD), la Déclaration d'Abuja des Chefs d'Etat africains, l'Accès universel, les «Three Ones», la Déclaration de Paris, la Déclaration de politique de l'ONU, etc.

#### **3.3.2. Lien du CSLS avec la SCADD**

En 2000, le Burkina Faso a été le parmi les premiers pays en Afrique Sub-saharienne à élaborer et à mettre en œuvre une stratégie de réduction de la pauvreté. Elle représente depuis son adoption, la principale référence pour les interventions en matière de développement. Le Cadre stratégique de lutte contre la Pauvreté (CSLP) révisé en 2003 définit les priorités et les axes dont le second intitulé « Garantir l'accès des pauvres aux services sociaux de base et à la protection sociale » intègre la lutte contre le VIH, le Sida et les IST comme un volet prioritaire. En tant que principale référence du Gouvernement pour les interventions en matière de développement, il indique les objectifs prioritaires et influence les politiques sectorielles qui s'inscrivent dans la logique de ces priorités. Les objectifs quantitatifs qui avaient été définis sont i) accroître le produit intérieur brut par habitant d'au moins 4% par an à partir de 2004 ; ii) ramener l'incidence actuelle de la pauvreté à moins de 35% à l'horizon 2015, iii) accroître l'espérance de vie à la naissance à au moins 60 ans à l'horizon 2015.

Pour la période 2011-2015, il est prévu l'élaboration et la mise en œuvre d'une Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCADD) en lieu et place du CSLP dont les résultats de mise en œuvre sont fortement exploités. Le processus de cette stratégie, coïncide avec l'élaboration du CSLS 2011-2015 qui couvre la même période. Elle traduit bien l'option stratégique du gouvernement, qui s'inscrit dans la dynamique de réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et met au centre de ses priorités la qualité et la valorisation des ressources humaines. Aussi, un état de la situation, des défis et des perspectives de la réponse au VIH a été dressé pour être pris en compte dans le document de la SCADD. Les principaux objectifs et résultats proposés pour ce qui concerne le VIH sont relatifs à la réduction du taux de prévalence et l'augmentation du nombre de PVVIH (enfants et adultes) sous traitement ARV.

Dans ce contexte, les domaines programmatiques relatifs à la prévention, aux soins et au traitement, à la prise en charge, au partenariat, à la mobilisation des ressources, à la coordination, à la recherche, à la planification et au suivi évaluation seront considérés. Ces domaines ont également été approfondis dans l'analyse prospective Burkina 2025.

Ainsi, la réponse au VIH faisant partie des domaines prioritaires du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP), demeure une priorité pour la SCADD.

### **3.3.3. Lien du CSLS avec le PNDS**

Une politique sanitaire nationale ainsi qu'un Plan national de développement sanitaire (PNDS) pour la période 2001-2010, ont été adoptés par le Gouvernement respectivement en 2000 et 2001. Le PNDS a pour objectif général d'améliorer l'état général de la population, en accordant une priorité à la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Ainsi, le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2001-2010 qui est une traduction opérationnelle de la Politique sanitaire nationale s'articule autour de huit (08) objectifs intermédiaires dont le numéro 4 est consacré à la lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

Suite aux états généraux de la santé tenus du 18 au 19 mars 2010, la lutte contre le VIH, le Sida et les IST devrait figurer parmi les priorités du nouveau PNDS qui couvre la période 2011-2020.

## **3.4. Fondements et principes directeurs de la stratégie nationale de lutte contre le VIH, le Sida et les IST**

### **3.4.1. Fondements**

La stratégie nationale de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015 élaborée sur la base des principaux résultats et des perspectives de la mise en œuvre du CSLS 2006-2010, s'appuie sur les fondements suivants :

**Au plan national**, par l'adoption de stratégies pour un renforcement de l'engagement politique continu, une meilleure organisation et une meilleure efficacité de la riposte. Il s'agit :

- de l'engagement politique au plus haut niveau par l'implication personnelle du Président du Faso, démontrant ainsi aux yeux de l'opinion, la priorité accordée à la lutte contre la pandémie ;
- du leadership affirmé par la tenue régulière de la session annuelle ordinaire du Conseil national de lutte contre le Sida et les IST et la mise en place d'un dispositif institutionnel de suivi efficace ;
- du renforcement de la décentralisation de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST à travers son intégration dans les stratégies et plans de développement sectoriels et locaux ;
- du renforcement des domaines programmatiques pour assurer le passage à l'échelle des programmes de prévention et de soins/traitement. Dans cette optique, un accent particulier est mis sur la qualité et l'accessibilité des services ainsi que sur la lutte contre la stigmatisation/discrimination ;
- du renforcement de l'accès aux soins à travers la mesure de gratuité du traitement par les ARV au Burkina Faso, annoncée par le Président du Faso le 31 décembre 2009 ;
- de la forte mobilisation sociale et l'élan de solidarité nationale ;
- de la gestion du secrétariat exécutif du Cadre de concertation des CNLS des pays de la zone UEMOA élargi à la Mauritanie ;
- de la mise en place du Panier commun Sida.

**Aux plans sous-régional et international**, par la souscription du Burkina Faso aux différents engagements sur la santé et le VIH et aux initiatives pour l'accélération de l'accès au traitement par les ARV. Il s'agit notamment :

- de l'objectif social de la santé pour tous et l'approche de l'Initiative de Bamako ;
- de la Déclaration des Nations Unies sur le VIH/Sida ;
- de la Déclaration des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Union Africaine (UA) à Abuja ;
- de la Déclaration des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Union Africaine sur le VIH/ Sida, la Tuberculose, le Paludisme et la Poliomyélite ;
- de la Déclaration de politique de l'ONUSIDA/l'OMS sur les tests VIH ;
- des « Three Ones » ;
- de la Déclaration de Paris ;
- de la création de la Fondation Clinton pour l'accès aux ARV ;
- de la mise en place de mécanismes de financement dont : le Fonds mondial pour la lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, le PEPFAR, UNITAID, Back-up Initiative... ;
- de l'organisation des réunions-bilans de l'UNGASS.

### **3.4.2. Principes directeurs**

La mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST pour la période 2011-2015 sera guidée par les douze principes directeurs suivants :

1. le maintien du leadership au plus haut niveau de l'Etat ;
2. la prévention de la transmission du VIH ;
3. le ciblage des interventions aux groupes spécifiques et le renforcement de la protection sociale;
4. l'accès aux soins et traitements ;
5. la lutte contre la stigmatisation et la discrimination;
6. l'implication et la participation des PVVIH ;
7. la consolidation de l'approche régionale et multisectorielle de la réponse nationale au VIH ;
8. la prise en compte de la dimension genre, de la Santé sexuelle et reproductive et des droits humains ;
9. la protection de l'environnement à travers la gestion des déchets liés au VIH ;
10. l'application des principes du « Three Ones » et de la Déclaration de Paris ;
11. la contractualisation des interventions ;
12. la bonne gouvernance et la gestion axée sur les résultats.

#### ***○ Du maintien du leadership au plus haut niveau de l'Etat***

Dans le cadre des orientations et de la réponse nationale au VIH, il a été créé en 2001 le Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST (CNLS-IST), qui est présidé par le Président du Faso. La tenue régulière des sessions ordinaires du CNLS-IST a constitué un cadre idéal de manifestation de l'engagement personnel du chef de l'Etat et de son leadership dans la réponse au VIH. Ces sessions ont également constitué des tribunes d'échanges sur les résultats obtenus, les acquis enregistrés et les nouveaux défis. Elles ont été des cadres de plaidoyer pour la mobilisation des acteurs et des ressources. A l'image du niveau central, le leadership au niveau régional et sectoriel (CRLS, CPLS, CCLS) sera renforcé pour constituer un important facteur d'amélioration de la coordination régionale et multisectorielle. Ce leadership est également indispensable pour instituer des mécanismes de coordination efficace de la mise en œuvre des programmes spécifiques.



### ***○ De la prévention de la transmission du VIH***

Il s'agira de poursuivre le renforcement de l'accès de la population générale et des groupes spécifiques aux moyens et méthodes de prévention à l'infection du VIH. Un intérêt particulier est accordé à la mise en œuvre de la stratégie de communication à travers l'adaptation et le ciblage des messages aux différents groupes de population selon l'âge, le genre et le milieu (urbain et rural). Il s'agira aussi de développer des campagnes de masse pour l'adoption de comportements sexuels à moindre risque et la promotion du dépistage. Pour les personnes séropositives, la stratégie de prévention positive sera renforcée. En plus du renforcement de l'enseignement du VIH dans le milieu scolaire, un effort particulier sera fait pour promouvoir à tous les niveaux les valeurs éducatives et morales ainsi que les préservatifs masculin et féminin.

La promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires publiques, privées et communautaires et l'hygiène dans les milieux de travail seront renforcés face au risque de transmission du VIH.

Des efforts de sensibilisation à l'endroit des hommes dans le cadre du programme de Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) seront entrepris. Ceci aidera à l'adhésion des femmes au service ainsi qu'à l'amélioration d'autres composantes importantes du programme comme l'alimentation du nourrisson et l'accès des femmes et des couples séropositifs au traitement ainsi que leur suivi.

### ***○ Du ciblage des interventions aux groupes spécifiques et le renforcement de la protection sociale***

Des acquis existent certes mais plusieurs cibles ne bénéficient pas d'une couverture suffisante. Une priorité sera accordée à la promotion des activités ciblées au profit des groupes spécifiques, vulnérables et à risque pour une meilleure prise en charge de leurs besoins spécifiques en matière de prévention et de soutien, toute chose qui renforce la prise en compte du genre et de la protection sociale des groupes spécifiques dans la réponse nationale au VIH. Pour les groupes vulnérables, il s'agit des jeunes, des femmes, des orpailleurs, des routiers, des prisonniers/détenus, des OEV et autres personnes affectées. Les groupes à risque sont : les personnes vivant avec le VIH ; les travailleuses du sexe, les usagers de drogues, les MSM, etc. Pour plus d'efficacité de la couverture de ces différents groupes, les besoins devront au préalable être considérés dans la planification des programmes d'intervention.

Le ciblage devra également tenir compte des mesures de lutte contre les violences faites aux femmes (excision, viol, mariage forcé, etc.), et des mesures de soutien en faveur des populations en situation d'urgence (catastrophe, conflit...).

Les mécanismes de protection sociale en cours de formulation par le Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale devront être discutés au niveau gouvernemental avec l'appui des autres partenaires pour une meilleure appréciation de la problématique liée au VIH, au Sida et aux IST.

### ***○ De l'accès aux soins et traitements***

Les efforts actuels du gouvernement sont remarquables mais les actions devront être poursuivies pour améliorer l'accès des personnes infectées et affectées à la prise en charge médicale et communautaire. La décentralisation de la prise en charge médicale au niveau des formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles permet d'augmenter l'offre de soins et la couverture en soins conseils. En outre, le renforcement du paquet d'activités passe par le renforcement des capacités du système de santé, et celui de la collaboration avec les structures associatives et communautaires qui disposent du reste d'une expertise en matière de prise en charge. La mise en œuvre du plan de riposte du secteur de la santé contribuera à renforcer ce principe.

### ***○ De la lutte contre la stigmatisation et la discrimination***

Cela sous entend la prise en compte de l'éthique et le respect de la dignité humaine. Les actions de communication et le développement d'autres stratégies appropriées viseront à respecter les normes sociales et les fondements qui régissent la vie humaine. De même, la promotion de la solidarité nationale, les droits humains et la protection juridique et sociale des personnes infectées et affectées par le VIH seront promus en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. En accompagnement des textes d'application de la loi type sur le VIH, un dispositif institutionnel de soutien juridique et de protection sociale sera mis en place ; des mesures d'accompagnement devront alors être prises pour rendre accessibles les informations juridiques aux populations.

### ***○ De l'implication et de la participation des PVVIH***

L'implication et la participation des PVVIH dans les activités de la réponse au VIH ainsi que dans les instances de prises de décision seront renforcées pour une meilleure prise en compte de leurs préoccupations et d'auto-responsabilité. Le renforcement de leurs capacités d'analyse, de communication et de leurs compétences techniques dans la planification et la mise en œuvre des domaines programmatiques pourront améliorer la qualité de leur contribution à la prise de décision dans les instances nationales et régionales.

### ***○ De la consolidation de l'approche régionale et multisectorielle de la réponse nationale au VIH***

La réponse au VIH a un caractère multisectoriel et décentralisé. Au niveau régional, des instances sont mises en place et le SP/CNLS-IST est déconcentré pour accompagner les acteurs. La consolidation de l'approche régionale se traduit essentiellement par le renforcement de la prise en compte des spécificités régionales et locales dans les activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Elle se fera à travers l'élaboration et la mise en œuvre de Plans opérationnels régionaux.

Par ailleurs, il s'agira au niveau régional de veiller d'une part, à une participation effective des acteurs multisectoriels au processus de planification de mise en œuvre et de suivi évaluation, et d'autre part, à l'intégration du VIH dans les stratégies et plans de développement sectoriels, communaux et régionaux. La responsabilité des structures de coordination sera à ce titre marquée par le transfert des compétences, des ressources et l'accompagnement des différents acteurs.

### ***○ De la prise en compte de la dimension genre, de la Santé sexuelle et reproductive et des droits humains***

La prise en compte du genre dans la réponse nationale au VIH, initialement énoncée dans les principes directeurs du CSLS 2006-2010, n'a bénéficié que de quelques initiatives engagées par le SP/CNLS-IST, les acteurs sectoriels (publics, privés, communautaires) et les partenaires techniques et financiers, en dépit d'un cadre unique de coordination des approches.

Les résultats de ces initiatives sont restés relativement mitigés par manque de directives harmonisées et consensuelles en matière de prise en compte de la thématique dans les stratégies de lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Ceci n'a pas permis d'orienter les acteurs sur la maîtrise du processus d'intégration du genre dans leur planification, la mise en œuvre et le suivi évaluation de leurs interventions multisectorielles. De manière générale, très peu de programmes et d'actions de riposte au VIH sont sensibles au genre si bien que dans la pratique, malgré les résultats appréciables des indicateurs calculés, les constats font ressortir une insuffisance d'éléments d'appréciation de la relation entre "Genre et riposte au VIH".

Ainsi, pour la période 2011-2015, il sera nécessaire d'orienter les acteurs sur l'application de la démarche d'opérationnalisation du genre dans la réponse nationale au VIH. Ce qui revient à développer et à diffuser les outils de planification, de budgétisation et de suivi évaluation permettant de disposer de données désagrégées et sexospécifiques indispensables, pour la planification et la prise de décision en matière de riposte au VIH. Le développement d'une dynamique concertée, cohérente, et synergique des différentes parties prenantes et le renforcement des capacités des acteurs s'avèrent indispensables.

Par ailleurs, l'intensification des activités de santé sexuelle et reproductive et du VIH dans les activités d'IEC/CCC au niveau central et décentralisé, prendra en compte l'aspect genre.

### ***O De la protection de l'environnement à travers la gestion des déchets liés au VIH***

Les déchets liés au VIH sont pour la plupart issus des activités de transfusion sanguine, de dépistage, de prise en charge médicale et d'utilisation des préservatifs. Leur augmentation est susceptible d'influer à la fois sur les risques de transmission du VIH et sur la pollution et la dégradation de l'environnement.

Au cours de la période 2011-2015, les actions viseront l'amélioration de la gestion des déchets biomédicaux et autres déchets solides. Pour cela un plaidoyer et des actions seront entrepris en direction des acteurs et des populations cibles pour la collecte et la destruction de tout déchet lié au VIH de sorte à ce que l'environnement soit protégé, conformément au respect de la Convention de Kyoto et au Protocole de Rio.

### ***O De l'application des principes du « Three Ones » et de la Déclaration de Paris***

L'évaluation de la mise en œuvre des principes du « Three Ones » au Burkina Faso en 2009, a fait ressortir un niveau d'application satisfaisant. Cependant, malgré les progrès, il a été constaté certaines insuffisances notamment : le déficit organisationnel et fonctionnel au niveau déconcentré avec le retard dans la mise en place des antennes régionales du SP/CNSL-IST, la faible capacité des structures mises en place par le CNSL-IST couplée à une diversité de canaux de communication. Cette situation rend la coordination difficile aussi bien pour le processus de planification que pour le suivi de la mise en œuvre des interventions multisectorielles. Il s'avère donc nécessaire de poursuivre les actions de renforcement et d'accompagner l'organisation du niveau régional en faveur de l'application des principes du « Three Ones » : un seul cadre d'action, une seule autorité régionale de coordination, un seul système de suivi évaluation des activités régionales. Ceci aura pour avantage de renforcer les performances du dispositif national.

Les caractéristiques de la Déclaration de Paris sont: l'appropriation, l'alignement, l'harmonisation, la gestion axée sur les résultats, la responsabilité mutuelle. Dans la traduction sur le terrain au Burkina Faso, un effort considérable de coordination, d'alignement et d'harmonisation a été fait depuis la mise en œuvre des principes du « Three Ones » et de la déclaration de Paris. La coordination et les procédures sont de plus en plus basées sur des approches définies de manière consensuelle. Des efforts ont été faits dans ce sens avec la mise en place du panier commun Sida. Cependant il demeure nécessaire de développer les mécanismes d'orientation des acteurs, de maintenir la dynamique des cadres de concertation, et de renforcer le plaidoyer pour une meilleure participation des PTF au panier commun Sida, ou à des procédures convergentes, toutes choses qui sont sources d'alignement et d'harmonisation.

Dans la pratique, un dialogue permanent sera ouvert entre l'Etat et les Partenaires techniques et financiers en vue d'améliorer la coordination des financements et l'harmonisation des procédures.

### ***○ De la contractualisation des interventions***

L'analyse de la mise en œuvre de la réponse nationale au VIH à travers les différents Cadres stratégiques successifs a mis en évidence les difficultés à maintenir les compétences locales et d'accroître les performances et la capitalisation des données. La mise en œuvre de la stratégie nationale pour la période 2011-2015, reposera entre autres sur le renforcement de la contractualisation de la mise en œuvre des interventions avec les prestataires privés et les structures communautaires. L'approche contractuelle permet d'exploiter les avantages comparatifs qu'offrent certains intervenants dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST afin d'optimiser les résultats et les impacts attendus. Elle vise les résultats suivants :

- rendre performantes (efficacité et efficience) les interventions par le biais de l'allègement des missions/tâches des structures existantes et le recours à des expertises avérées ;
- réduire les charges de fonctionnement et les dépenses de formations non capacitanes au regard de la rareté des ressources financières ;
- renforcer la capitalisation des résultats.

Pour ce faire, un dispositif national et des mécanismes régionaux efficaces et opérationnels de contractualisation des interventions seront mis en place notamment en ce qui concerne la réalisation des activités opérationnelles de prévention, de prise en charge et d'appui dans les secteurs publics, privés et communautaires. Les différents acteurs auront la liberté de formaliser par des contrats avec les prestataires, la participation de ces derniers à la réalisation des activités dans leur zone et localité. Ils joueront essentiellement un rôle de supervision et de contrôle de l'exécution des contrats.

### ***○ De la bonne gouvernance et la gestion axée sur les résultats***

La mise en œuvre du CSLS 2011-2015 mettra l'accent sur la bonne gouvernance et la gestion axée sur les résultats. Les principes de la gestion axée sur les résultats seront utilisés pour définir les mécanismes et les instruments de planification et de suivi évaluation. L'intérêt d'une telle démarche est d'axer les actions sur la recherche de la performance dans tous les domaines et de renforcer l'assurance de la qualité.

La bonne gouvernance quant à elle nécessite le leadership et l'engagement soutenus des autorités nationales, centrales et régionales à veiller à une gestion efficace et efficiente des ressources et des interventions multisectorielles, marquée par la reddition régulière des comptes. La participation des acteurs au processus de planification et au système de suivi évaluation qui sont définis au plan national est un atout important.

## **3.5. Objectifs, principaux résultats et axes stratégiques 2011-2015**

### **3.5.1. Objectifs stratégiques et résultats attendus**

#### **3.5.1.1. Objectifs stratégiques**

Au stade actuel, l'épidémie est en relative stabilisation, les programmes de traitement ARV et de prévention sont en pleine phase de passage à l'échelle. Les défis essentiels partant des enseignements tirés de la mise en œuvre du CSLS 2006-2010, concernent le contrôle de la stabilisation/réduction de la prévalence en mettant l'accent sur les groupes spécifiques vulnérables et à risque, le soutien des impacts sociaux et économiques liés à l'épidémie et la bonne gestion de la réponse nationale.

Les objectifs stratégiques de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST pour le prochain cycle quinquennal 2011-2015 sont les suivants :

- (i) contribuer à la réduction de la transmission du VIH, face au risque de rebond de l'épidémie du VIH et à la propagation des IST ;
- (ii) renforcer la prise en charge médicale et communautaire des personnes dépistées positives au VIH d'ici 2015 en mettant l'accent sur l'accès et la qualité des services de soins et de traitement ;
- (iii) améliorer la protection et la prise en charge socioéconomique des personnes infectées et affectées en renforçant l'accès et la qualité des services de soutien ;
- (iv) renforcer la coordination multisectorielle, le partenariat et la mobilisation des ressources pour la lutte contre le VIH, le Sida et les IST en considérant les besoins à tous les niveaux, central, sectoriel et décentralisé ;
- (v) améliorer le système de gestion de l'information stratégique et la recherche dans le domaine de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST à partir d'un système efficace et efficient de planification basé sur les évidences (résultats escomptés) et le suivi évaluation des activités qui favorisent la production et l'utilisation de l'information.

#### 3.5.1.2. Résultats attendus

La réalisation de ces objectifs stratégiques sera appréciée à travers l'atteinte des principaux résultats escomptés qui sont les suivants :

- 1) les nouvelles infections sont réduites et le risque de rebond de l'épidémie au sein des groupes spécifiques vulnérables et à risque est maîtrisé ;
- 2) l'accès et la qualité des services de soins et de traitement sont renforcés ;
- 3) l'accès et la qualité des services de prise en charge psychosociale et économique des PVVIH et des personnes affectées sont renforcés ;
- 4) le partenariat, la coordination et la mobilisation des ressources sont renforcés ;
- 5) l'information stratégique et la recherche sont améliorées.

#### 3.5.2. Définition/formulation des axes stratégiques

La mise en œuvre de la stratégie nationale pour la période 2011-2015 repose sur cinq (5) axes stratégiques qui constituent les domaines programmatiques des interventions :

1. Axe stratégique I : Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH et des IST et promotion du conseil dépistage et de la santé sexuelle et reproductive ;
2. Axe stratégique II : Renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH ;
3. Axe stratégique III : Renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH et autres groupes spécifiques ;
4. Axe stratégique IV : Renforcement de la coordination, du partenariat et de la mobilisation des ressources ;
5. Axe stratégique V : Renforcement de la gestion de l'information stratégique sur le VIH, le Sida et les IST.

Chacun des axes stratégiques comporte des objectifs intermédiaires et des domaines d'actions prioritaires pour lesquels des actions sont identifiées. Les axes stratégiques comportent les bases programmatiques suivantes :

■ **Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH et des IST et promotion du conseil dépistage et de la santé sexuelle et reproductive**

En tenant compte de la situation actuelle de l'épidémie, les efforts seront orientés vers les populations de façon générale tout en priorisant les cibles spécifiques (groupes vulnérables et les groupes à haut risque) dans le but de réduire la propagation du VIH et la résurgence possible. Un accent particulier sera mis sur le renforcement de la communication avec l'adaptation des messages en fonction des cibles. Par ailleurs, le parachèvement de l'introduction du VIH dans les curricula d'enseignement devrait être effectif. L'accélération de la couverture des sites PTME sera une priorité. Le conseil dépistage intégré et la prévention des AELB en tant que stratégies de prévention dans la population générale et au niveau des prestataires de soins seront renforcés et constitueront un point important d'entrée à la prise en charge médicale. Aussi, les efforts pour améliorer la qualité des services et augmenter le pourcentage des femmes utilisant les services PTME seront maintenus.

■ **Renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH**

Outre l'élargissement de l'accès aux soins et traitements des PVVIH, il s'agira de renforcer la qualité des offres de services aux différents niveaux (approvisionnement, observance, qualité/adéquation des prestations, passage à l'échelle de l'accès au traitement des enfants, etc.). En vue de permettre le passage à l'échelle des interventions, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination sera renforcée comme thématique transversale pour éliminer les cas de blocages, des efforts relatifs au dépistage du VIH et à la prise en charge médicale des PVVIH. L'accessibilité financière ne devrait plus être un obstacle à l'accès au traitement étant donné la mesure de gratuité des ARV et les perspectives de l'assurance maladie. Cependant, les coûts liés aux examens biologiques, au transport et à une bonne alimentation des PVVIH constituent des aspects importants à examiner.

■ **Renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH et autres groupes spécifiques**

Cet axe vise à atténuer l'impact du VIH sur les PVVIH, sur leurs familles (personnes affectées) et sur les groupes spécifiques. Pour y parvenir, il s'agira de mettre en œuvre les actions relatives aux aspects suivants : (i) le renforcement de la prise en charge et du soutien psychosocial, économique et spirituel des personnes vivant avec le VIH, aux personnes affectées et aux groupes vulnérables et spécifiques ; (ii) la promotion des activités génératrices de revenus dont les valeurs ajoutées auront été démontrées ainsi que la faisabilité de la mise en place d'un mécanisme de pérennisation et de suivi efficace ; (iii) le renforcement de la protection juridique et sociale. Les actions de la lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées seront basées sur des stratégies clairement définies, prenant en compte tous les domaines programmatiques et les cibles, le plaidoyer communautaire et le monde du travail.

■ **Renforcement de la coordination, du partenariat et de la mobilisation des ressources**

Il s'agit pour cet axe stratégique de veiller aux aspects suivants :

- la coordination : l'architecture actuelle de la coordination de la réponse nationale devrait être maintenue avec une option de renforcer le leadership au niveau des treize (13) régions, étant donné que le leadership du CNLS-IST au niveau national a atteint aujourd'hui un degré de performance remarquable au plan international. La coordination des interventions de la société civile devrait être améliorée en vue de renforcer la synergie d'action et d'optimiser les investissements. Ceci nécessite aussi un renforcement des systèmes communautaires actuels. Par ailleurs, les mécanismes de contractualisation devront contribuer à faciliter et à accroître cette coordination.

- les capacités techniques et opérationnelles : pour mener à bien leurs tâches et rôles, les différents appuis seront conduits en tenant compte du ciblage des interventions et des options de contractualisation qui seront en corrélation avec les missions et attributions des structures mises en place au niveau central, régional et sectoriel. En outre, dans le cadre du renforcement de la dimension genre dans la lutte contre le VIH, des dispositions seront prises pour le développement et l'utilisation des outils en matière de planification et de suivi évaluation par les différents acteurs. Le renforcement des capacités du système de santé constituera une opportunité pour le passage à l'échelle des soins et traitements liés au VIH ;
- la planification des interventions: elle va reposer sur l'élaboration des plans opérationnels annuels que sont le plan national multisectoriel (PNM), les Plans régionaux multisectoriels (PRM) diffusés auprès des acteurs pour la programmation et la mise en œuvre de leurs actions. Les différents cycles de planification seront coordonnés pour plus de synergie et de complémentarité des interventions. La planification des interventions au niveau régional sera renforcée avec l'appui des antennes régionales du SP/CNLS-IST. Au niveau de la coordination nationale, la planification sectorielle et décentralisée des interventions de lutte contre le VIH, le Sida et les IST des différents secteurs sera mise en cohérence avec la SCADD ;
- la mobilisation et la gestion des ressources financières : concernant la mobilisation des ressources, les mécanismes innovants seront mis en valeur avec des perspectives analysées telles que le système national d'assurance maladie en cours de construction. La gestion des ressources financières reposera sur la décentralisation effective de la coordination nationale y compris le renforcement des capacités de bonne gouvernance des structures. L'appui des antennes régionales et des autres structures déconcentrées de l'État responsables au niveau régional, sera nécessaire au transfert des compétences en gestion des structures de mise en œuvre.
- la contractualisation des interventions : cette option sera renforcée au niveau régional pour guider la mise en œuvre du CSLS. Elle se basera sur des expériences menées au niveau national pour accroître son efficacité. Elle s'accompagnera du renforcement de la professionnalisation d'un certain nombre d'acteurs clés au niveau régional, d'une standardisation des activités suivant des critères définis et d'un renforcement des interventions ciblées aux groupes spécifiques vulnérables et à haut risque. Un accent particulier sera mis sur le renforcement de l'appui de la société civile en faveur des structures techniques spécialisées (santé, action sociale, ...) et autres prestataires privés. Une évaluation de l'approche contractuelle sera faite sur le plan financier pour apprécier les avantages comparatifs liés à son adoption.

#### ■ **Renforcement de la gestion de l'information stratégique sur le VIH, le Sida et les IST**

Le système national de suivi évaluation sera renforcé pour produire de l'information stratégique de façon régulière et prompte. Les améliorations qui seront apportées au dispositif actuel de suivi évaluation permettront ainsi de mettre à la disposition des acteurs et des décideurs aux différents niveaux les informations nécessaires, pour orienter la planification et la prise de décision. L'amélioration de la diffusion de l'information sera la base de l'utilisation des données et des résultats. La surveillance de l'épidémie sera améliorée tant dans son organisation que ses performances de production. Quant au système de suivi évaluation, son unicité véritable sera recherchée à travers la fusion/intégration des systèmes parallèles existants en vue d'optimiser l'utilisation des ressources et l'opérationnalisation du système tenant compte de la documentation et de la diffusion des meilleures pratiques.

Par ailleurs, l'organisation régulière du forum des acteurs de la recherche sur le VIH, le Sida et les IST sera une réelle opportunité de promotion de la recherche au Burkina Faso.

### **3.6. Priorités par axe stratégique**

Les priorités définies pour les différents axes stratégiques permettent de mieux orienter les interventions. Pour chaque axe stratégique, sont présentés les éléments suivants : les effets, les résultats attendus et les domaines d'actions prioritaires. Pour chacun des domaines d'actions prioritaires, les extrants (produits), les stratégies, les principales actions et les cibles prioritaires, les indicateurs à vérifier et les responsables de mise en œuvre sont décrits.

Les stratégies et les actions ci-dessous définies suivant les axes stratégiques seront déclinées en activités opérationnelles à travers un plan d'opérationnalisation du CSLS 2011-2015.

#### **3.6.1. Axe stratégique 1 : Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH et des IST et promotion du conseil dépistage et de la santé sexuelle et reproductive**

**Effet :** la tendance de l'épidémie continue de baisser dans la population générale et dans les groupes spécifiques vulnérables et à risque.

##### **Résultats attendus :**

- d'ici fin 2015, la prévalence du VIH est passée de 1,22% à 1,12% au sein de la population générale (projection Spectrum) ;
- chaque année, 100% des cas d'IST diagnostiqués au niveau national sont pris en charge selon les normes dans les structures appropriées ;
- de 2011 à 2015, le nombre de personnes dépistées a augmenté d'environ 10% par an.

##### **Domaines d'actions prioritaires :**

1. Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC ;
2. Promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires publiques, privées et communautaires ;
3. Promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail face au risque de contamination par le VIH et prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques ;
4. Renforcement de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
5. Promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins ;
6. Promotion de la santé sexuelle et reproductive (SSR) ;
7. Renforcement de l'éducation à la prévention du VIH et des IST dans le secteur de l'éducation et dans les écoles de formation professionnelle, confessionnelle et religieuse ;
8. Promotion des valeurs éducatives et morales ;
9. Promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques ;
10. Renforcement de la prise en charge adéquate des IST ;
11. Renforcement du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires et communautaires.

**Résultat 1 : D'ici fin 2015, la prévalence du VIH est passée de 1,22% à 1,12% au sein de la population générale**

Pour produire ce résultat, les interventions de la réponse nationale au VIH s'orienteront vers la population générale avec un accent particulier en direction des groupes à haut risque. Neuf (9) des 11 domaines d'actions prioritaires sont concernés à savoir :

- *Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC ;*



- Promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires publiques, privées et communautaires ;
- Promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail face au risque de contamination par le VIH et prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques ;
- Renforcement de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- Promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins ;
- Promotion de la santé sexuelle et reproductive (SSR) ;
- Renforcement de l'éducation à la prévention du VIH et des IST dans le secteur de l'éducation et dans les écoles de formation professionnelle, confessionnelle et religieuse ;
- Promotion des valeurs éducatives et morales ;
- Promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques.

Les produits attendus, les stratégies et les responsabilités de mise en œuvre sont décrits ci-dessous :

<b>Domaine d'action prioritaire 1 : Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	Les connaissances, attitudes et pratiques de la population générale sont améliorées	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement de la sensibilisation et de l'information dans la population générale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réviser et mettre en œuvre la stratégie nationale de communication</li> <li>- Adapter les outils de communication (messages) à l'approche genre</li> <li>- Renforcer les activités de prévention au profit des groupes spécifiques</li> <li>- Développer des activités de mass média</li> <li>- Réaliser les campagnes de sensibilisation</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	- Population générale	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de jeunes (filles et garçons) 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)</li> <li>- % d'adultes de 15 à 49 ans (hommes et femmes) 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)</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	Ministères, Institutions, ONG, structures communautaires, secteur privé	
<b>Commentaires</b>	La prise en compte du genre est assurée à travers l'adaptation des outils de sensibilisation pour les hommes, les femmes, les jeunes et certains groupes spécifiques.	
<b>Domaine d'action prioritaire 2 : Promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires publiques, privées et communautaires</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	La qualification biologique des unités de sang transfusées dans tous les services sanitaires appropriés est assurée à 100%	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement de la production des Produits sanguins labiles (PSL)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir le don de sang</li> <li>- Renforcer la chaîne de production de PSL</li> <li>- Améliorer la disponibilité des intrants pour la sécurité sanguine</li> </ul>
	Mise en œuvre de l'assurance qualité et de l'hémovigilance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les capacités de management de la qualité</li> <li>- Mettre en place des procédures et modes opératoires</li> <li>- Mettre en place des outils d'amélioration continue de la qualité</li> <li>- Mettre en place le dispositif de l'hémovigilance</li> <li>- Renforcer la gestion des déchets</li> </ul>
	Renforcement du cadre institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolider le cadre organisationnel, juridique et réglementaire de la transfusion et du CNTS</li> <li>- Développer le partenariat national et international dans les domaines de la promotion du don de sang et de la recherche</li> <li>- Promouvoir la collaboration et la concertation pour une meilleure utilisation des PSL</li> <li>- Renforcer la communication institutionnelle</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CNTS, formations sanitaires</li> <li>- La population générale et les jeunes</li> <li>- Les donneurs de sang</li> </ul>	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH (UNGASS)</li> <li>- Nombre de poches de sang collectées</li> <li>- Nombre de donneurs bénévoles de sang fidélisés</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	Centre national de transfusion sanguine, Centres régionaux de transfusion sanguine, et structures/associations de promotion de don de sang	
<b>Commentaires</b>	<b>La réponse nationale au VIH apporte une contribution financière de 50% chaque année aux efforts de promotion de la sécurité transfusionnelle.</b>	

**Domaine d'action prioritaire 3 : Promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail face au risque de contamination par le VIH et prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques**

<b>Extrants (produits)</b>	Élimination des cas de nouvelles infections à VIH dues aux AELB et aux mauvaises pratiques en milieu de travail	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement des mesures de protection contre l'infection à VIH en milieu de travail à travers les actions prioritaires suivantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer et diffuser des guides adaptés pour la prévention de la contamination de l'infection par le VIH en milieu de travail</li> <li>- Renforcer les capacités des comités de sécurité et santé au travail (CSST) en matière d'AELB ;</li> <li>- Renforcer les capacités des professionnels de santé en prévention des infections</li> <li>- Renforcer les capacités des structures de PEC médicale et de dépistage en gestion des déchets biomédicaux</li> <li>- Acquérir le matériel de protection (seringues sécurisées, gants, bottes, incinérateurs) pour la protection universelle en milieu de soins</li> </ul>
	Renforcement de la prise en charge des cas d'accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la gestion des stocks de kits de prise en charge des AELB</li> <li>- Doter les structures de kits prophylactiques post exposition (PPE)</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le personnel de santé des secteurs publics et privés</li> <li>- le personnel des structures communautaires de dépistage et de prise en charge</li> <li>- les sapeurs pompiers /secouristes</li> <li>- les travailleurs du secteur informel (coiffeurs, tatoueurs, etc.)</li> <li>- Les victimes d'abus sexuels (viol)</li> </ul>	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de cas d'AELB (selon genre, profession)</li> <li>- % de cas positifs post pris en charge d'AELB</li> <li>- % de structures appliquant les directives d'hygiène et de sécurité au travail face au risque de transmission par le VIH</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	Le CMLS/Santé, CMLS/Défense, OST, DGHSP, DHPES	

**Domaine d'action prioritaire 4 : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant**

<b>Extrants (produits)</b>	La transmission résiduelle du VIH de la mère à l'enfant est éliminée d'ici 2015.	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement de la disponibilité et de l'offre des services PTME	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sécuriser les intrants</li> <li>- Renforcer les capacités du personnel de santé</li> <li>- Étendre les sites PTME</li> <li>- Coordonner et capitaliser les données de PTME des structures communautaires</li> <li>- Renforcer la qualité des services</li> <li>- Renforcer le volet alimentation des nourrissons</li> </ul>
	Renforcement du suivi du couple mère-enfant	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer le suivi des couples mère-enfant et l'accès des femmes enceintes séropositives au dosage des CD4</li> <li>- Promouvoir le diagnostic précoce chez l'enfant né de mère infectée</li> <li>- Mettre un système de référence/contre-référence des femmes enceintes séropositives</li> <li>- Etablir une collaboration avec le monde communautaire pour le suivi des femmes enceintes séropositives</li> </ul>
	Renforcement de la demande de PTME	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plaider auprès des leaders d'opinion</li> <li>- Renforcer le partenariat avec le monde communautaire pour la mise en œuvre de la PTME</li> <li>- Partager les expériences sur les bonnes pratiques entre les prestataires</li> <li>- Mettre en œuvre un plan intégré de communication /PTME permettant d'une part de cibler les hommes, les femmes indigentes/vulnérables et d'autre part d'en assurer l'intégration systématique et la promotion dans les centres de dépistage</li> <li>- Renforcer la référence entre les sites PTME et les structures de prise en charge médicale</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Femmes en âge de procréer, femmes enceintes, partenaires des femmes enceintes, nouveau-nés de mères séropositives, adolescents et jeunes, leaders d'opinion et futurs parents</li> <li>- Les hommes</li> <li>- Les agents des formations sanitaires publiques, privées et communautaires</li> </ul>	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de formations sanitaires offrant des services PTME</li> <li>- % de femmes enceintes séropositives à qui on a administré des ARV pour réduire le risque de transmission Mère-Enfant (UNGASS)</li> <li>- % de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH (UNGASS)</li> <li>- Taux de transmission résiduelle du VIH (TME) de la mère à l'enfant</li> <li>- % de femmes enceintes vues en CPN qui ont fait le dépistage</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	DSF, formations sanitaires publiques, communautaires et privées et structures communautaires	

<b>Commentaire</b>	<p>En vue de renforcer la qualité de l'offre de service, il apparaît important de clarifier les responsabilités des acteurs à chaque niveau de la pyramide sanitaire, de veiller à ce que l'offre de service de PTME dans les centres de santé maternelle et infantile et dans les structures de santé de la reproduction, notamment la PF, se traduise par une intégration fonctionnelle effective des services. Pour un meilleur suivi de la mise en œuvre de la PTME, il est souhaitable d'accroître la complétude des données en cascade de PTME, par un renforcement du suivi du couple mère-enfant et du système national d'information sanitaire. Les efforts globaux menés au plan national ont permis d'obtenir une couverture satisfaisante des formations sanitaires (81%).</p> <p>Le taux de transmission résiduelle du VIH de la mère à l'enfant calculé sur la base du programme de la DSF est réduit à 3,5% en 2008 en accord avec la vision mondiale qui est d'obtenir une quasi-élimination de la transmission mère-enfant du VIH à l'horizon 2015, il s'agira de créer les conditions adéquates. Au plan national, le taux de transmission résiduelle du VIH de la mère à l'enfant aussi proche que possible à 0% en fin 2015.</p> <p>Ce taux de transmission résiduelle sera ré-estimé au niveau national en tenant compte des normes internationales.</p>	
<b>Domaine d'action prioritaire 5 : Promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	L'utilisation du préservatif masculin et féminin s'est accrue, en particulier lors des rapports sexuels à risque	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Intensification de la communication autour du préservatif masculin et féminin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer la promotion du préservatif, notamment féminin (campagnes de masse et campagnes ciblées)</li> <li>- Rendre disponibles les kits pédagogiques pour le préservatif féminin</li> <li>- Acquérir les préservatifs masculins et féminins</li> </ul>
	Renforcement de l'accessibilité du préservatif féminin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer et mettre en œuvre le plan de marketing social du préservatif féminin</li> <li>- Adopter une politique de réduction du coût du préservatif féminin</li> </ul>
	Renforcement de la gestion environnementale des préservatifs hors usage	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adopter une politique de gestion des préservatifs hors usage</li> <li>- Plaidoyer auprès des structures appropriées (hôtel, auberge...) pour l'acquisition d'incinérateurs</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	Population générale, groupes vulnérables et spécifiques (femmes, TS et leurs clients, jeunes, orpailleurs, routiers, personnel de tenue, détenus, MSM, PVVIH)	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de la population (femmes, hommes) qui connaît l'existence et la méthode correcte d'utilisation du préservatif féminin (UNGASS)</li> <li>- % de la population sexuellement active (femmes, hommes) utilisant le préservatif au cours de tout rapport sexuel à risque (UNGASS)</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	Structures chargées du marketing social du condom, le ministère de la santé (DSF), les points focaux, les réseaux nationaux, régionaux, les associations, les ONG, les clubs et les OBC	
<b>Domaine d'action prioritaire 6 : Promotion de la Santé sexuelle et reproductive (SSR)</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	Tous les acteurs de la réponse nationale au VIH intègrent systématiquement la SSR dans leurs activités de sensibilisation	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Intensification des activités de la SSR/VIH tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle régionale tout en prenant en compte l'aspect genre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les campagnes pour la levée des tabous en matière d'éducation en SSR</li> <li>- Intégrer effectivement la SSR et le VIH dans les activités d'IEC/CCC d'une part, et l'intégration bidirectionnelle des activités de SSR et de lutte contre la pandémie par tous les acteurs, d'autre part</li> <li>- Sécuriser les produits SR</li> <li>- Plaider pour l'adhésion de la communauté aux interventions sur la SSR/VIH</li> <li>- Améliorer l'offre de service notamment au profit des jeunes</li> <li>- Renforcer les liens entre la santé de la reproduction et la prévention, particulièrement la planification familiale et les services de la santé sexuelle des hommes</li> </ul>
	Renforcement de l'enseignement SSR/VIH dans l'éducation et la formation professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégrer effectivement la SSR/VIH dans les programmes d'enseignement général, technique et professionnel</li> <li>- Renforcer les capacités techniques et opérationnelles des enseignants, des agents de santé et des acteurs communautaires</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les structures en charge de l'éducation</li> <li>- Structures communautaires</li> <li>- Structures sanitaires communautaires, privées et publiques</li> </ul>	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de structures ayant intégré la SSR/VIH dans leurs activités (éducation, communautaire)</li> <li>- Proportion de jeunes ayant bénéficié des services de SSR</li> <li>- Proportion de personnes testées VIH parmi les bénéficiaires du planning familial</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DSF, CMLS/Santé</li> <li>- SP/CNLS-IST</li> <li>- MEBA, MESSRS, MJE, MASSN, MAHRAH, MSL</li> <li>- Structures communautaires</li> <li>- DGPML, DHPES</li> </ul>	

**Domaine d'action prioritaire 7 : Renforcement de l'éducation à la prévention du VIH et des IST dans le secteur de l'éducation et dans les écoles de formation professionnelle, confessionnelle et religieuse**

<b>Extrants (produits)</b>	L'éducation à la prévention du VIH, du Sida et des IST est effective dans toutes les structures d'éducation et de formation professionnelle, confessionnelle et religieuse	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Généralisation de l'éducation sur le VIH et les IST dans les écoles professionnelles, confessionnelles et religieuses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Achever le processus d'introduction dans les curricula du préscolaire, primaire et du secondaire</li> <li>- Produire des outils et du matériel didactiques d'éducation à la prévention du VIH et des IST</li> <li>- Élaborer des modules pour les écoles de formation confessionnelle et religieuse et la formation/recyclage des acteurs;</li> <li>- Intégrer un volet genre et SS/SR/VIH dans les modules de formation existants dans la révision des curricula;</li> <li>- Renforcer les capacités des acteurs de l'éducation et de la formation professionnelle sur l'enseignement du VIH et des IST ;</li> <li>- Renforcer la concertation avec le secteur de l'enseignement privé pour l'harmonisation et le suivi</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	Les structures d'éducation et de formation professionnelle : publiques, privées, communautaires, confessionnelles et religieuses	
<b>Indicateurs</b>	% 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 (UNGASS)	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	URCB, MEBA, MESSRS, Ministère de la santé, autres ministères ayant des écoles de formation professionnelle	
<b>Commentaires</b>	<p>Le secteur de l'éducation joue un rôle prépondérant dans le renforcement des préventions des stratégies durables et pérennes. Cette importance est renforcée par la forte déconcentration du MEBA. Le renforcement de l'enseignement du VIH dans les écoles contribue fortement à l'acquisition de compétences et à la promotion des comportements à moindre risque. Du reste, les campagnes de sensibilisation auprès des adultes pourraient se faire dans le cadre des séances d'alphabétisation.</p> <p>Dans le cadre du renforcement de l'éducation à la prévention du VIH, il est important de prendre en compte les structures éducatives non formelles.</p> <p>Il faut nécessairement procéder à une intégration de la dimension prise en charge médicale du VIH et du Sida dans les programmes de formation des écoles de santé.</p>	

**Domaine d'action prioritaire 8 : Promotion des valeurs éducatives et morales**

<b>Extrants (produits)</b>	Les jeunes avant le mariage et les couples adoptent respectivement la chasteté/abstinence sexuelle et la fidélité réciproque comme modes de prévention du VIH	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement du plaidoyer auprès des leaders d'opinion (jeunes, coutumiers, religieux)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un référentiel de communication avec les leaders d'opinion</li> <li>- Mettre en œuvre des actions de plaidoyer</li> </ul>
	Renforcement de la promotion de la chasteté et de l'abstinence sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer la promotion de la chasteté et de l'abstinence chez les jeunes jusqu'au mariage</li> <li>- Réaliser des activités de CCC en faveur des jeunes, des futurs couples</li> <li>- Renforcer l'éducation sexuelle des enfants, adolescents et jeunes, y compris les questions de vulnérabilité liées à la masculinité et à la féminité</li> </ul>
	Renforcement de la promotion de la fidélité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir la fidélité permanente et réciproque chez les couples en union</li> <li>- Réaliser des activités de CCC en faveur des couples en union</li> </ul>
	Renforcement de l'intégration des valeurs éducatives et morales dans les interventions contre le VIH, le Sida et les IST	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Former les leaders d'opinion sur les valeurs éducatives et morales</li> <li>- Introduire l'enseignement des valeurs éducatives et morales comme moyens de prévention du VIH dans les écoles et institutions</li> <li>- Développer la communication pour la promotion des valeurs éducatives et morales</li> <li>- Elaborer les modules d'enseignement sur la promotion des valeurs éducatives morales</li> <li>- Former les responsables de structures confessionnelles et religieuses sur les valeurs morales et éthiques</li> <li>- Prendre en compte l'enseignement du VIH et des IST dans les cadres d'éducation religieuse des enfants (écoles de dimanche, catéchèse, école coranique, arbre à palabre)</li> <li>- Renforcer les capacités des structures confessionnelles de préparation au mariage en promotion des valeurs morales et religieuses</li> <li>- Elargir l'enseignement du VIH et des IST dans les mosquées, les cours royales, les églises et les temples et lors de certaines assemblées religieuses</li> <li>- Renforcer les capacités des parents sur l'éducation sexuelle des enfants et adolescents</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adolescents/Jeunes</li> <li>- Couples</li> <li>- Futurs couples</li> </ul>	

<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de jeunes (filles, garçons), de femmes et d'hommes touchés par les activités de promotion des valeurs éducatives et morales</li> <li>- % des jeunes (filles, garçons) qui adoptent l'abstinence sexuelle avant le mariage comme moyen de prévention de l'infection à VIH par la voie sexuelle</li> <li>- % de femmes et d'hommes vivant en union qui choisissent la fidélité réciproque comme mode de prévention de l'infection à VIH par la voie sexuelle</li> </ul>
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Structures et associations de lutte contre le VIH, le Sida et les IST</li> <li>- APE/AME</li> <li>- Enseignants (MEBA, MESSRS)</li> <li>- Associations de jeunesse et de jeunes à différentes échelles</li> <li>- URCB</li> </ul>
<b>Commentaire</b>	- Dans le cadre de la promotion des valeurs éducatives et morales, les ministères en charge de l'éducation pourraient jouer un rôle clé à travers une intégration dans les programmes et dans la discipline éducation civique et morale
<b>Domaine d'action prioritaire 9 : Promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques</b>	
<b>Interventions ciblées en faveur des adolescents et des jeunes</b>	
<b>Résultats intermédiaires en fin 2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 60% des jeunes (primaires et secondaires) ont des connaissances correctes sur le VIH et les moyens de prévention</li> <li>- 10% des jeunes non scolarisés ont des connaissances correctes sur le VIH et les moyens de prévention</li> <li>- 60% de jeunes de 10 à 14 ans retardent l'âge du premier rapport sexuel</li> <li>- 60% de jeunes de 15 à 24 ans retardent l'âge du premier rapport sexuel</li> <li>- 60% des jeunes sexuellement actifs ont des rapports protégés (utilisation du préservatif)</li> <li>- 50% des jeunes connaissent leur statut sérologique</li> </ul>
<b>Autres DAP concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC</li> <li>- Promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires publiques, privées et communautaires</li> <li>- Promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins</li> <li>- Promotion de la santé sexuelle et reproductive (SSR)</li> <li>- Renforcement de l'éducation à la prévention des IST et du VIH dans le secteur de l'éducation et dans les écoles de formation professionnelle, confessionnelle et religieuse</li> <li>- Promotion des valeurs éducatives et morales</li> <li>- Renforcement de la prise en charge adéquate des IST</li> <li>- Renforcement du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires et communautaires</li> </ul>
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % des jeunes (filles et garçons) ayant des connaissances correctes sur le VIH et les moyens de prévention</li> <li>- % de jeunes (filles et garçons) de 10 à 14 ans qui retardent l'âge du premier rapport sexuel</li> <li>- % de jeunes (filles et garçons) de 15 à 24 ans retardent l'âge du premier rapport sexuel</li> <li>- % des jeunes (filles et garçons) sexuellement actifs qui ont des rapports protégés (utilisation du préservatif)</li> <li>- % des jeunes (filles et garçons) souhaitant connaître leur sérologie VIH ont accès géographiquement au conseil et test volontaire</li> <li>- Prévalence du VIH chez les jeunes (garçons et filles)</li> </ul>
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministère de la jeunesse et de l'emploi, MASSN</li> <li>- SP/CNLS-IST</li> <li>- Ministères en charge de l'éducation et de la formation professionnelle</li> <li>- Structures communautaires intervenant en faveur des adolescents et des jeunes</li> <li>- Familles des jeunes</li> <li>- DSF</li> </ul>
<b>Commentaire</b>	Il s'agira de réviser et de mettre en œuvre le Plan national de renforcement de la prévention du VIH chez les adolescents et les jeunes en tenant compte des nouvelles orientations. Le partenariat doit être renforcé entre les équipes des districts sanitaires, les communautaires et le Ministère de la santé pour fournir un appui en vue de retarder l'âge du premier rapport sexuel, ou d'utiliser les informations fournies sur le VIH pour demeurer VIH négatif et pouvoir accéder aux services. Les horaires de service adaptés aux jeunes devraient être adoptés pour accroître l'accès aux services et à l'information.
<b>Interventions ciblées en faveur des Personnes vivant avec le VIH</b>	
<b>Résultats intermédiaires en fin 2015</b>	80% des personnes vivant avec le VIH ont des comportements responsables réduisant la propagation du VIH et la surinfection par le VIH
<b>Autres DAP concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC</li> <li>- Promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires publiques, privées et communautaires</li> <li>- Renforcement de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant</li> <li>- Promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins</li> <li>- Promotion de la santé sexuelle et reproductive (SSR)</li> <li>- Renforcement de la prise en charge adéquate des IST</li> </ul>
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % des PVVIH (hommes, femmes) qui souffrent d'une IST</li> <li>- Taux de morbidité chez les PVVIH</li> <li>- % des PVVIH (hommes, femmes) qui ont révélé leur statut sérologique</li> <li>- % des PVVIH (hommes, femmes) qui utilisent les préservatifs lors des rapports sexuels</li> <li>- Nombre de PVVIH (hommes, femmes) qui bénéficient d'un suivi/accompagnement dans le cadre de la promotion de la vie positive</li> </ul>

	<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- REGIPIV et associations des PVVIH</li> <li>- Structures et associations de prise en charge des PVVIH</li> <li>- DSF</li> </ul>
<b>Interventions ciblées en faveur des Travailleurs de sexe et leurs clients</b>		
	<b>Résultats intermédiaires en fin 2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 70% des Travailleurs de sexe ont des connaissances correctes sur le VIH</li> <li>- 70% des Travailleurs de sexe adoptent des comportements à moindre risque</li> <li>- 70% des Travailleurs de sexe connaissent leur statut sérologique</li> <li>- 80 % de Travailleurs de sexe utilisent systématiquement le préservatif</li> </ul>
	<b>Autres DAP concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC</li> <li>- Promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail face au risque de contamination par le VIH et prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques</li> <li>- Promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins</li> <li>- Renforcement de la prise en charge adéquate des IST</li> <li>- Renforcement du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires et communautaires</li> </ul>
	<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % des Travailleurs de sexe qui ont des connaissances correctes sur le VIH</li> <li>- % des Travailleurs de sexe qui adoptent des comportements à moindre risque</li> <li>- % des Travailleurs de sexe qui connaissent leur statut sérologique</li> <li>- % de Travailleurs de sexe qui utilisent systématiquement le préservatif</li> <li>- Prévalence du VIH chez les Travailleurs de sexe</li> </ul>
	<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les structures intervenant en faveur des TS</li> <li>- Les structures de santé</li> </ul>
	<b>Commentaire</b>	La situation des TS nécessite d'être mieux étudiée par les partenaires avec le secteur de la santé qui se chargerait de la définition du paquet de services à offrir.
<b>Interventions ciblées en faveur des Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (MSM)</b>		
	<b>Résultats intermédiaires en fin 2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 95% des MSM qui ont accès à l'information sur le VIH, le Sida, les IST et la SSR</li> <li>- 50% des MSM qui adoptent des comportements à moindre risque de transmission des IST et du VIH</li> <li>- 50% des MSM qui utilisent systématiquement le préservatif</li> </ul>
	<b>Autres DAP concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC</li> <li>- Promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins</li> <li>- Promotion de la santé sexuelle et reproductive (SSR)</li> <li>- Renforcement de la prise en charge adéquate des IST</li> <li>- Renforcement du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires et communautaires</li> </ul>
	<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % des MSM qui ont accès à l'information sur le VIH, le Sida et les IST et la SSR</li> <li>- % des MSM qui adoptent des comportements à moindre risque de transmission des IST et du VIH</li> <li>- Prévalence du VIH chez les MSM</li> </ul>
	<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Structures intervenant en faveur des MSM</li> <li>- Structures de santé</li> </ul>
	<b>Commentaire</b>	La situation des MSM nécessite d'être mieux étudiée par les partenaires avec le secteur de la santé et les structures communautaires qui se chargeraient de la définition du paquet de services à offrir.
<b>Interventions ciblées en faveur des consommateurs de drogue</b>		
	<b>Résultats intermédiaires en fin 2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 10% des consommateurs de drogue ont accès à l'information sur le VIH, le Sida et les IST</li> <li>- 50% des consommateurs de drogue adoptent des comportements à moindre risque de transmission des IST et du VIH</li> </ul>
	<b>Autres DAP concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC</li> <li>- Promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail face au risque de contamination par le VIH et prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques</li> <li>- Promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins</li> <li>- Promotion de la santé sexuelle et reproductive (SSR)</li> <li>- Renforcement de la prise en charge adéquate des IST</li> <li>- Renforcement du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires et communautaires</li> </ul>
	<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % des consommateurs de drogue qui ont accès à l'information sur le VIH, le Sida et les IST</li> <li>- % des consommateurs de drogue qui adoptent des comportements à moindre risque de transmission des IST et du VIH</li> <li>- Prévalence du VIH chez les consommateurs de drogue (hommes et femmes)</li> </ul>
	<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Structures intervenant en faveur des consommateurs de drogue</li> <li>- Structures de santé</li> </ul>
<b>Interventions ciblées en faveur de la population carcérale</b>		
	<b>Résultats intermédiaires en fin 2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% de la population carcérale ont accès à l'information sur le VIH, le Sida et les IST et aux autres services liés à la prévention du VIH</li> </ul>

	<b>Autres DAP concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC</li> <li>- Promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail face au risque de contamination par le VIH et prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques</li> <li>- Promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins</li> <li>- Renforcement de la prise en charge adéquate des IST</li> <li>- Renforcement du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires et communautaires</li> </ul>
	<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de la population carcérale qui a accès à l'information sur le VIH, le Sida et les IST et aux autres services liés à la prévention du VIH</li> <li>- Prévalence du VIH dans la population carcérale</li> </ul>
	<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Structures communautaires intervenant en faveur de la population carcérale</li> <li>- CMLS/MASSN ; CMLS/santé et CMLS/Justice</li> </ul>
<b>Interventions ciblées en faveur des populations des zones minières (orpailleurs et autres)</b>		
	<b>Résultats intermédiaires en fin 2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 90% des orpailleurs ont accès à l'information sur le VIH, le Sida et les IST</li> <li>- 70% des orpailleurs adoptent des comportements à moindre risque de transmission des IST et du VIH</li> </ul>
	<b>Autres DAP concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC</li> <li>- Promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail face au risque de contamination par le VIH et prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques</li> <li>- Promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins</li> <li>- Promotion de la santé sexuelle et reproductive (SSR)</li> <li>- Renforcement de la prise en charge adéquate des IST</li> <li>- Renforcement du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires et communautaires</li> </ul>
	<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % des orpailleurs qui ont accès à l'information sur le VIH, le Sida et les IST</li> <li>- % des orpailleurs qui adoptent des comportements à moindre risque de transmission des IST et du VIH</li> <li>- Prévalence du VIH chez les orpailleurs</li> </ul>
	<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Structures intervenant en faveur des orpailleurs</li> <li>- Structures de santé</li> <li>- CMLS/MCE</li> </ul>
<b>Interventions ciblées en faveur des routiers</b>		
	<b>Résultats intermédiaires en fin 2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 90% des routiers ont accès à l'information sur le VIH, le Sida et les IST</li> <li>- 50% des routiers adoptent des comportements à moindre risque de transmission des IST et du VIH</li> </ul>
	<b>Autres DAP concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC</li> <li>- Promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail face au risque de contamination par le VIH et prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques</li> <li>- Promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins</li> <li>- Promotion de la santé sexuelle et reproductive (SSR)</li> <li>- Renforcement de la prise en charge adéquate des IST</li> <li>- Renforcement du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires et communautaires</li> </ul>
	<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % des routiers qui ont accès à l'information sur le VIH, le Sida et les IST</li> <li>- % des routiers qui adoptent des comportements à moindre risque de transmission des IST et du VIH</li> <li>- Prévalence du VIH chez les routiers</li> </ul>
	<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- URBLs et les structures intervenant en faveur des routiers (syndicat des transporteurs, projets et programmes)</li> <li>- Structures de santé</li> <li>- CMLS/Min. Transport</li> </ul>
<b>Interventions ciblées en faveur des personnels de tenue (Forces de défense et de sécurité)</b>		
	<b>Résultats intermédiaires en fin 2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 % des personnels de tenue ont accès aux informations sur le VIH, le Sida et les IST</li> <li>- Au moins 90% des personnels de tenue utilisent les préservatifs lors des rapports sexuels avec les partenaires occasionnels</li> <li>- Au moins 60% des personnels de tenue connaissent leur état sérologique</li> </ul>
	<b>Autres DAP concernés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC</li> <li>- Promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail face au risque de contamination par le VIH et prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques</li> <li>- Promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins</li> <li>- Promotion de la santé sexuelle et reproductive (SSR)</li> <li>- Renforcement de la prise en charge adéquate des IST</li> <li>- Renforcement du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires et communautaires</li> </ul>
	<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % des personnels de tenue qui ont accès aux informations sur le VIH, le Sida et les IST</li> <li>- % des personnels de tenue qui utilisent les préservatifs lors des rapports sexuels avec les partenaires occasionnels</li> <li>- % des personnels de tenue qui connaissent leur état sérologique</li> </ul>
	<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CMLS/Défense et CMLS/Sécurité</li> <li>- Structures de santé des armées et de la police</li> <li>- Ministère de l'économie et des finances</li> </ul>

Interventions ciblées contre les violences faites aux femmes	
<b>Résultats intermédiaires en fin 2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les violences faites aux femmes dans le contexte du VIH ont régressé</li> <li>- 100% des cas connus de violences faites aux femmes et qui sont à risque de contamination par le VIH (excision, viols...) bénéficient d'une prophylaxie post exposition</li> <li>- Le niveau de connaissances sur les méfaits de l'excision chez les femmes passe de 81% à 90% au niveau national</li> </ul>
<b>Actions prioritaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer l'IEC/CCC sur les violences faites aux femmes (excision, viol, ...)</li> <li>- Adapter les outils et techniques de sensibilisation aux groupes cibles identifiés</li> <li>- Améliorer le contenu des messages</li> <li>- Renforcer le plaidoyer en faveur de la promotion de l'élimination des violences faites aux femmes (viols, excision, etc.)</li> <li>- Renforcer les capacités des prestataires de santé et des agents sociaux à la prise en charge des victimes de violences faites aux femmes</li> <li>- Assurer une prise en charge prophylactique post exposition (PEP) des victimes de violences faites aux femmes (viols, excision...)</li> <li>- Mettre en œuvre l'approche intégrée/intégration des modules MGF dans les établissements d'enseignement et de formation professionnelle</li> </ul>
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % des femmes qui connaissent les méfaits de l'excision (national et régional)</li> <li>- Nombre de cas connus de violences faites aux femmes et qui sont à risque de contamination par le VIH (excision, viols...) bénéficiant d'une prophylaxie post exposition</li> </ul>
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CMLS/MASSN, CMLS/MPF, CMLS/MPDH, CMLS/Sécu, CMLS/Justice</li> <li>- Secrétariat permanent du Comité national de lutte contre la pratique de l'excision (SP/CNLPE), structures communautaires</li> <li>- Associations des femmes</li> </ul>

**Résultat 2 : Chaque année, 100% des cas d'IST diagnostiqués au niveau national sont pris en charge selon les normes dans les structures appropriées**

Concernant les résultats sur les IST, un (1) seul domaine d'actions prioritaires est prévu et porte sur *le Renforcement de la prise en charge adéquate des IST*. Les détails sont consignés dans le tableau suivant :

Domaine d'action prioritaire 10 : Renforcement de la prise en charge adéquate des IST		
<b>Extrants (produits)</b>	Tous les cas d'IST dépistées sont traitées selon les normes et protocoles en vigueur	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcer les connaissances sur les IST	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre en compte les IST dans les messages de sensibilisation</li> <li>- Rendre disponibles les outils (boîtes à images, affiches...) pour la sensibilisation sur les IST</li> </ul>
	Renforcer le diagnostic des IST	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser la recherche active des IST parmi tous les patients vus en consultation</li> <li>- Organiser la recherche active et traiter les partenaires des cas IST</li> <li>- Réviser et distribuer les algorithmes de PEC</li> <li>- Former les agents à l'application des algorithmes</li> </ul>
	Renforcer la prise en charge des IST	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaborer un document de politiques et stratégies de lutte contre les IST (approvisionnement en kits et prise en charge)</li> <li>- Renforcer les compétences des agents de santé</li> <li>- Renforcer l'offre de services de qualité en matière de PEC des IST</li> <li>- Renforcer le suivi de l'utilisation des kits de prise en charge des IST</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Population générale</li> <li>- Les groupes spécifiques et vulnérables : TS, orpailleurs, routiers, jeunes, pensionnaires, personnes en situation de handicap, adolescents et jeunes de 10 à 24 ans</li> </ul>	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de cas d'IST diagnostiqués et traités conformément aux normes et protocoles en vigueur (désagrégé par type, par groupe professionnel et par sexe)</li> <li>- Proportion des patients d'IST testés pour le VIH</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministère de la Santé</li> <li>- Structures communautaires</li> </ul>	
<b>Commentaires</b>	<p>Les IST sont considérées comme une des portes d'entrée de l'infection à VIH. Il est recommandé d'administrer systématiquement le conseil dépistage à tous les patients d'IST.</p> <p><b>La réponse nationale au VIH apporte une contribution financière qui évolue de 74% en 2011 à 40% en 2015 au traitement des IST au niveau national.</b></p>	

**Résultat 3 : de 2011 à 2015, le nombre de personnes dépistées a augmenté d'au moins 10% par an.**

Pour le résultat, un (1) seul domaine d'actions prioritaires est envisagé et porte sur le *Renforcement du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires et communautaires*.



<b>Domaine d'action prioritaire 11 : Renforcement du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires et communautaires</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	Les services de dépistage sont accessibles sur l'ensemble du territoire	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcer l'offre de dépistage	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer la couverture nationale de l'offre de dépistage communautaire (fixe et mobile)</li> <li>- Renforcer la promotion et l'offre du conseil dépistage à l'initiative du soignant dans toutes les formations sanitaires publiques (y compris les CSPS) privées et communautaires</li> <li>- Adapter l'offre de services de dépistage à certains groupes spécifiques (personnes en situation de handicap ; etc.)</li> <li>- Respecter les normes en matière de conseil dépistage</li> <li>- Renforcer la capitalisation des données de dépistage au niveau des formations sanitaires et des structures communautaires</li> </ul>
	Augmenter la demande de dépistage au niveau des groupes cibles prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer la sensibilisation pour le dépistage en milieu communautaire et au sein des groupes cibles prioritaires</li> <li>- Renforcer la contractualisation entre structures de santé et structures communautaires pour l'offre du conseil de dépistage</li> <li>- Renforcer le conseil dépistage auprès des patients atteints d'IST</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Population générale</li> <li>- Groupes vulnérables : adolescents, jeunes, enfants dans la rue, vendeurs et vendeuses ambulants, migrants, population carcérale, personnes vivant avec un handicap, femmes enceintes séropositives et leurs partenaires, PVVIH, enfants malnutris et hospitalisés</li> <li>- Groupes spécifiques : TS, MSM, orpailleurs, usagers de drogue</li> <li>- Formations sanitaires publiques, privées et communautaires, centres de dépistage autonomes</li> </ul>	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % 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</li> <li>- % des CSPS qui mènent des activités de conseil dépistage du VIH en dehors des sites PTME</li> <li>- Nombre de services de conseil dépistage communautaires et privés</li> <li>- Nombre de personnes dépistées (population générale, groupes spécifiques) selon le sexe et les types de stratégies de dépistage (intégré, autonome et mobile)</li> <li>- Ratio de population, centres de dépistage (intégrés et autonomes) par niveau d'intervention</li> <li>- Proportion des patients d'IST testés pour le VIH</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centres de dépistage communautaires</li> <li>- Services de santé publics et privés</li> <li>- CMLS/Santé</li> </ul>	
<b>Commentaire</b>	Le conseil dépistage du VIH devrait être intégré à tous les services essentiels du secteur de la santé. Le passage à échelle du counselling et dépistage du VIH au niveau de la communauté et le soutien aux personnes vivant avec le VIH pour la prévention positive, de même que le renforcement de la référence devront se faire à l'aide d'un renforcement des liens avec le Ministère de la Santé. Il est également important de désagréger les données pour mettre en exergue les jeunes (15-24 ans)	

### **3.6.2. Axe stratégique 2 : Renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH**

**Effet :** la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH est améliorée grâce à un meilleur accès à une prise en charge médicale et communautaire de qualité

#### **Résultats attendus :**

- d'ici à fin 2015, la couverture du traitement par les ARV des PVVIH dont l'état de santé le nécessite est passée de 52 % à 90% ;
- 100% des PVVIH suivies dans les structures de soins et dont l'état de santé le nécessite, bénéficient d'une prise en charge des infections opportunistes notamment la tuberculose ;
- 45% des PVVIH suivies dans les structures de prise en charge et dont l'état de santé le nécessite, bénéficient d'une prise en charge nutritionnelle.

#### **Domaines d'actions prioritaires :**

1. Développement des services sanitaires de base ;
2. Développement des services de traitement ambulatoire et des soins à domicile ;
3. Renforcement des services biologiques, médico-techniques et cliniques ;
4. Renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées ;

5. Renforcement du système d'approvisionnement en médicaments, y compris les ARV, réactifs, consommables et équipements ;
6. Organisation de l'aide à l'observance ;
7. Renforcement de la prophylaxie et du traitement des Infections opportunistes (IO) notamment la Tuberculose ;
8. Renforcement de l'implication du monde associatif et communautaire dans le continuum de soins aux personnes infectées et affectées par le VIH ;
9. Renforcement de la prise en charge nutritionnelle.

**Résultat 1 : D'ici à fin 2015, la couverture du traitement par les ARV des PVVIH dont l'état de santé le nécessite est passée de 52 % à 90%**

Pour le passage à l'échelle de la prise en charge médicale et l'atteinte des objectifs de l'accès universel dans le domaine des soins/traitements, les interventions porteront sur l'extension de l'offre de service avec un accent particulier sur l'assurance qualité des services.

Pour atteindre les résultats escomptés, six (6) domaines d'actions prioritaires sont retenus à savoir :

- *Développement des services sanitaires de base ;*
- *Développement des services de traitement ambulatoire et des soins à domicile ;*
- *Renforcement des services biologiques, médico-techniques et cliniques ;*
- *Renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées ;*
- *Renforcement du système d'approvisionnement en médicaments, y compris les ARV, réactifs, consommables et équipements ;*
- *Organisation de l'aide à l'observance.*

<b>Domaine d'action prioritaire 1 : Développement des services sanitaires de base</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	L'offre de prise en charge médicale complète et de qualité est accessible géographiquement à l'ensemble des PVVIH tant au niveau des structures sanitaires publiques, privées que communautaires accréditées	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement du paquet d'activités VIH dans les CMA, les CSPS, les cabinets de soins infirmiers, les structures de soins communautaires, privées et confessionnelles de base pour la prise en charge médicale	- Elaborer une stratégie et un plan national d'extension de renforcement du paquet d'activités des structures de santé - Intégrer les différents types de soins - Promouvoir la délégation des tâches dans la prise en charge médicale aux paramédicaux - Approvisionner les CMA, les CSPS, les cabinets de soins infirmiers, les structures de soins communautaires, privées et confessionnelles en intrants.
	Renforcement des capacités des agents de santé pour la prise en charge correcte des PVVIH	- Renforcer les compétences du personnel clé pour la prise en charge - Diffuser les normes et protocoles de prise en charge médicale
<b>Cibles concernées</b>	- CMA, CSPS, cabinets de soins infirmiers, structures de soins communautaires, privées et confessionnelles - Formations sanitaires des Forces de défense et de sécurité	
<b>Indicateurs</b>	- Nombre de CMA, de CSPS, de cabinets de soins infirmiers, de structures de soins communautaires, privées et confessionnelles impliquées dans l'offre de soins des PVVIH	
<b>Responsables de mise en œuvre</b>	- SP/CNLS-IST - Ministère de la santé : CMLS /santé, DEP/santé, IGSS, DGHSP, DGS, CADSS - CMLS/Défense	
<b>Domaine d'action prioritaire 2 : Développement des services de traitement ambulatoire et des soins à domicile</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	L'offre de soins ambulatoires et à domicile est accrue	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Promotion de l'hôpital de jour et des soins à domicile	- Mettre en place des services d'hôpitaux de jour dans les structures sanitaires existantes (CHR ; CMA) - Définir un paquet de soins possibles et équiper les acteurs en conséquence - Renforcer les capacités des acteurs communautaires, sanitaires publics et privés pour l'offre de soins palliatifs

	Renforcement des capacités des agents pour l'offre de soins de qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les capacités des acteurs des centres de prise en charge publics, privés, confessionnels et communautaires en soins ambulatoires et continuum de soins</li> <li>- Diffuser les normes et protocoles de soins ambulatoires et continuum de soins</li> </ul>
	Renforcement de la continuité des soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un cadre de concertation entre structures de prise en charge médicale</li> <li>- Mettre en place un mécanisme fonctionnel de référence et de contre référence</li> </ul>
	Développement de l'offre de soins palliatifs pour les PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir un paquet de soins possibles et équiper les acteurs en conséquence</li> <li>- Renforcer les capacités des structures communautaires, sanitaires publiques et privées pour l'offre de soins palliatifs</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	Les CHU, CHR, CMA, les cliniques privées et les structures communautaires accréditées, les formations sanitaires des Forces de défense et de sécurité	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de structures publiques, privées et communautaires offrant des services de soins ambulatoires</li> <li>- Nombre de structures publiques, privées et communautaires offrant des services de soins à domicile</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	- SP/CNLS-IST ; Ministère de la santé : CMLS /santé, DEP/santé ; IGSS ; CMLS/Défense ; DGHSP	

**Domaine d'action prioritaire 3: Renforcement des services biologiques, médico-techniques et cliniques**

<b>Extrants (produits)</b>	L'accessibilité des PVVIH au suivi biologique et clinique est accrue	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement du plateau technique des structures publiques, privées et communautaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equiper les structures publiques, privées et communautaires impliquées dans la prise en charge médicale</li> <li>- Mettre en place une politique nationale d'acquisition et de maintenance du matériel médico-technique</li> <li>- Renforcer les capacités institutionnelles et fonctionnelles du laboratoire national de référence VIH et des autres laboratoires</li> <li>- Mettre en place des outils de gestion intégrant les différents services (cliniques, laboratoires et pharmacies)</li> </ul>
	Amélioration de la disponibilité des examens de laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquérir les réactifs et consommables</li> <li>- Renforcer les capacités des prestataires</li> <li>- Améliorer le circuit de transport des échantillons et de retour des résultats des examens entre le lieu de réalisation des examens (CMA, CHR) et le CSPS</li> <li>- Promouvoir l'implication des laboratoires privés</li> </ul>
	Renforcement du contrôle qualité dans les laboratoires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir les normes et protocoles du suivi biologique</li> <li>- Assurer le contrôle qualité du suivi biologique au niveau des services biologiques, médico-techniques et cliniques</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les laboratoires publics, privés et communautaires</li> <li>- Les pharmacies</li> <li>- Les structures publiques, privées et communautaires de soins</li> </ul>	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proportion des laboratoires équipés selon les normes</li> <li>- Proportion de laboratoires et des structures de soin respectant l'assurance qualité du suivi biologique et clinique</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SP/CNLS-IST</li> <li>- Ministère de la santé : DGIEM, CMLS/Santé, ITSS, DGPML</li> </ul>	
<b>Commentaire</b>	La prise en charge, partant du conseil dépistage, au traitement des infections opportunistes puis à celui par les ARV s'appuie sur la disponibilité d'un plateau technique de qualité ainsi que des ressources humaines qualifiées	

**Domaine d'action prioritaire 4 : Renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées**

<b>Extrants (produits)</b>	L'accessibilité aux ARV et aux thérapies validées s'est accrue	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Augmentation de l'offre de traitement antirétroviral	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire l'extension des sites de traitement pédiatrique</li> <li>- Créer d'autres sites de prise en charge médicale dans le secteur public, privé</li> <li>- Impliquer des structures sanitaires privées (cliniques, polycliniques, cabinets médicaux) dans la prise en charge médicale</li> <li>- Renforcer les capacités des prestataires de soins pour la prise en charge médicale des PVVIH, adultes et enfants</li> <li>- Acquérir les ARV des différentes lignes de traitement et assurer leur contrôle qualité</li> <li>- Réviser et rendre disponibles les outils/guides de prise en charge médicale, y compris les registres pré ARV et TARV</li> <li>- Améliorer la prise en charge des différents niveaux de traitement : 1<sup>ère</sup> ligne, 2<sup>ème</sup> ligne et 3<sup>ème</sup> ligne</li> </ul>
	Renforcement de l'accessibilité aux thérapies validées	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valider d'autres thérapies nouvelles</li> <li>- Promouvoir les thérapies validées</li> <li>- Renforcer les capacités des prestataires pour la prescription des thérapies validées et le suivi des patients sous ces thérapies</li> <li>- Assurer le contrôle qualité de la phytothérapie</li> </ul>

<b>Cibles concernées</b>	Les structures sanitaires communautaires, publiques et privées	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Couverture géographique en structures de prise en charge médicale par les ARV et par la phytothérapie</li> <li>- Proportion d'adultes et d'enfants à un stade avancé sous ARV (UNGASS)</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SP/CNLS-IST</li> <li>- CMLS/Santé</li> <li>- Structures de prise en charge médicale</li> <li>- DGPML</li> <li>- CMLS/Défense</li> </ul>	
<b>Commentaire</b>	L'augmentation du nombre de patients sous ARV devrait être renforcée si la gratuité prenait en compte le bilan biologique et la délégation effective des tâches. De même, le renforcement de la collaboration entre les programmes de tuberculose et VIH pourrait contribuer à accroître le nombre de bénéficiaires des interventions de prise en charge.	
<b>Domaine d'action prioritaire 5 : Renforcement du système d'approvisionnement en médicaments, y compris les ARV, réactifs, consommables et équipements</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	Les ARV, les réactifs, consommables et équipements sont disponibles pour garantir une prise en charge médicale de qualité	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Organisation d'un circuit d'approvisionnement sécurisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un plan d'approvisionnement en intrants VIH</li> <li>- Mettre en place une gestion logistique informatisée des intrants</li> <li>- Renforcer les capacités des acteurs pour la gestion logistique des intrants VIH</li> <li>- Renforcer les capacités des structures pour le stockage et la gestion logistique des intrants VIH</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	CAMEG, officines pharmaceutiques, centres de prise en charge des PVVIH (publics, privés et communautaires)	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proportion des centres de prise en charge n'ayant pas connu de rupture en ARV au cours des 12 derniers mois (cible = 95%)</li> <li>- Proportion des centres de prise en charge n'ayant pas connu de rupture en réactifs au cours des 12 derniers mois (cible = 95%)</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	SP/CNLS-IST, CMLS/Santé, DGPML, DGHSP	
<b>Domaine d'action prioritaire 6 : Organisation de l'aide à l'observance</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	Les patients sont adhérents à leur traitement de façon responsable grâce à la création d'un environnement favorable	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement des compétences des prestataires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les capacités des prestataires concernés</li> <li>- Développer et harmoniser les outils d'aide à la gestion de l'observance</li> <li>- Renforcer l'appropriation par les prestataires du document de normes et directives de prise en charge psychosociale</li> </ul>
	Renforcement des mécanismes d'aide à l'observance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer la collaboration entre structures communautaires et médicales dans le cadre de l'aide à l'observance</li> <li>- Appuyer la mise en place des clubs d'observance</li> <li>- Susciter la participation du patient à la prescription médicale (information, motivation, acceptation)</li> <li>- Développer des activités d'aide à l'observance au niveau des structures communautaires, privées et publiques de prise en charge médicale</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PVVIH</li> <li>- Entourage du malade (famille, amis, collègues, etc.)</li> <li>- Prestataires de soins</li> </ul>	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proportion de patients observants</li> <li>- Nombre de structures communautaires assurant des activités d'aide à l'observance selon les normes</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	SP/CNLS-IST, CMLS santé, centres de prise en charge médicale communautaire, privés et publics	
<b>Commentaires</b>	Activités organisées surtout par le monde communautaire dans le cadre du continuum des soins et qui nécessitent une extension/intégration au sein des centres de prise en charge médicale publics et privés	

**Résultat 2 : 100% des PVVIH suivies dans les structures de soins et dont l'état de santé le nécessite, bénéficient d'une prise en charge des infections opportunistes notamment la Tuberculose**

Concernant ce résultat, deux (2) domaines d'actions prioritaires sont retenus et portent sur :

- le renforcement de la prophylaxie et du traitement des Infections opportunistes (IO) notamment la tuberculose ;
- le renforcement de l'implication du monde associatif et communautaire dans le continuum de soins aux personnes infectées et affectées par le VIH.

Il s'agira au cours de la période 2011-2015 de réduire l'impact de la tuberculose sur la qualité de vie des PVVIH et de renforcer son dépistage systématique comme une des portes d'entrée à la prise en charge médicale. Cela permettra de réduire les cas de morbidité précoce des PVVIH. L'implication du monde associatif et communautaire dont la plus value a été démontrée au cours des années antérieures sera maintenue et renforcée.

<b>Domaine d'action prioritaire 7 : Renforcement de la prophylaxie et du traitement des Infections opportunistes (IO) notamment la tuberculose</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	La qualité de vie des PVVIH et leur survie sont améliorées grâce à une meilleure prise en charge des infections opportunistes et de la coinfection TB	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement des capacités des agents de santé pour l'offre de soins de qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les capacités des prestataires pour la prise en charge des IO</li> <li>- Diffuser les normes et protocoles de prise en charge des IO notamment la coinfection TB-VIH</li> <li>- Renforcer la gestion des IO, les aspects relatifs à l'appui nutritionnel, le soutien communautaire et les soins palliatifs</li> </ul>
	Renforcement de la détection et de la prise en charge des IO et TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquérir les médicaments contre les IO</li> <li>- Dépister le VIH de façon systématique chez les tuberculeux</li> <li>- Dépister la tuberculose de façon systématique chez les PVVIH</li> <li>- Prévenir et contrôler la tuberculose multi-résistante chez les PVVIH dans les formations sanitaires</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formations sanitaires publiques</li> <li>- Formation sanitaires privées (cliniques et polycliniques) et confessionnelles</li> <li>- Structures communautaires accréditées</li> </ul>	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre des PVVIH qui bénéficient de la prophylaxie et du traitement des IO selon les normes nationales</li> <li>- Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séroposivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH (UNGASS)</li> <li>- Proportion des PVVIH dépistées pour la tuberculose</li> <li>- Taux de succès de traitement TB parmi les PVVIH</li> <li>- Taux d'échec du traitement TB parmi les PVVIH</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	SP/CNLS-IST, CMLS/santé, PNT, structures publiques, privées et communautaires accréditées pour la prise en charge médicale, DGPML	
<b>Commentaires</b>	- Dans toutes les structures de prise en charge, la liste des IO traitées gratuitement est disponible, et des structures communautaires à travers tout le territoire national mènent des activités de prévention.	
<b>Domaine d'action prioritaire 8 : Renforcement de l'implication du monde associatif et communautaire dans le continuum de soins aux personnes infectées et affectées par le VIH</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	Les PVVIH bénéficient d'une prise en charge communautaire de qualité qui permet de maintenir le continuum de soins	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Développement d'actions de prise en charge communautaire au profit des PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer la contractualisation entre structures sanitaires et structures communautaires dans le cadre du continuum de soins</li> <li>- Renforcer la collaboration entre les structures de prise en charge et les OBC par la signature de contrats de prestations</li> <li>- Rendre disponibles le Cotrimoxazole et les médicaments essentiels IO</li> </ul>
	Améliorer la qualité des prestations de prise en charge communautaire des PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les capacités du personnel communautaire pour l'amélioration du continuum de soins chez les PVVIH et personnes affectées par le VIH/ Sida</li> <li>- Elaborer les directives du continuum de soins</li> <li>- Assurer la prise en charge communautaire</li> <li>- Garantir l'assurance qualité de la prise en charge communautaire</li> <li>- Organiser le système de référence et de contre référence efficace entre les services de santé et les autres structures de prise en charge</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Structures associatives et réseaux de prise en charge des PVVIH</li> <li>- PVVIH</li> </ul>	
<b>Indicateurs</b>	- Nombre des PVVIH qui bénéficient de la prise en charge communautaire selon les normes	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	SP/CNLS-IST, CMLS/Santé, OBC et Associations de prise en charge communautaire	

**Résultat 3: 45% des PVVIH suivies dans les structures de prise en charge et dont l'état de santé le nécessite, bénéficiant d'une prise en charge nutritionnelle**

La nutrition est importante dans le cadre non seulement de l'initiation du traitement dans certaines circonstances, mais aussi au cours du suivi du fait de la survenue d'épisodes de maladie ou de carence alimentaire par manque d'intrants. Par ailleurs, le retard dans l'initiation du traitement fait que certaines PVVIH se retrouvent dans des états de dénutrition au début du traitement. Au cours de la période 2011-2015, l'accent sera mis sur le soutien nutritionnel aux PVVIH dans le besoin (45%), au moment de l'initiation du traitement et en cours de suivi lors de certains épisodes. Un (1) seul domaine d'actions prioritaires est retenu à savoir : *Renforcement de la prise en charge nutritionnelle*

<b>Domaine d'action prioritaire 9 : Renforcement de la prise en charge nutritionnelle</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	L'état nutritionnel des patients sous ARV est amélioré	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement de l'offre de prise en charge nutritionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un plan d'appui nutritionnel des patients dans les structures de prise en charge (approvisionnement, référence, distribution et rapportage)</li> <li>- Acquérir les intrants nutritionnels (spiruline, vivres, nutriments...)</li> <li>- Inclure dans les dossiers des patients les dispositions nécessaires pour l'évaluation de l'état nutritionnel et le counselling nécessaires</li> </ul>
	Amélioration de la qualité des prestations	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les capacités des prestataires des structures publiques, privées et communautaires pour la prise en charge nutritionnelle des PVVIH</li> <li>- Vulgariser les normes et protocoles de prise en charge nutritionnelle</li> <li>- Mettre en place un cadre de concertation des acteurs de la prise en charge nutritionnelle</li> <li>- Relire le guide national de prise en charge nutritionnelle des PVVIH</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PVVIH (adultes, enfants) sous ARV</li> <li>- Centres de prise en charge publics, privés et communautaires</li> </ul>	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proportion des PVVIH ayant bénéficié d'une assistance nutritionnelle</li> <li>- Proportion des PVVIH ayant bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle selon les normes</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	SP/CNLS-IST, CMLS/Santé, Direction de la nutrition (DN), Directions régionales de la santé (DRS), Centres de prise en charge publics, privés et communautaires	

**3.6.3. Axe stratégique 3 : Renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH**

**Effet :** au cours de la période 2011-2015, l'impact social du VIH sur les PVVIH, les OEV et leurs familles est atténué.

**Résultats attendus :**

- au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des personnes infectées, des personnes affectées et groupes spécifiques qui sont dans le besoin bénéficiant du soutien psychosocial, économique et spirituel ;
- au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des OEV du fait du Sida, qui sont dans le besoin bénéficiant d'une prise en charge intégrée ;
- au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des personnes infectées et affectées victimes de stigmatisation et de discrimination identifiées, bénéficient de la protection juridique, d'un soutien psychologique, spirituel et d'auto-support.

**Domaines d'actions prioritaires :**

- 1) Renforcement du soutien psychologique, social et spirituel aux PVVIH, aux personnes affectées dans tous les secteurs ;
- 2) Renforcement du soutien économique aux PVVIH, aux personnes affectées et aux groupes spécifiques dans tous les secteurs ;
- 3) Promotion des activités génératrices de revenus (AGR) ;

- 4) Renforcement de la prise en charge intégrée des Orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) ;
- 5) Renforcement de la protection juridique et lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les PVVIH et les personnes affectées.

**Résultat 1 : Au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des personnes infectées, des personnes affectées et groupes spécifiques qui sont dans le besoin bénéficient du soutien psychosocial, économique et spirituel**

Au cours de la période 2011-2015, le soutien psychosocial sera poursuivi et renforcé au profit des PVVIH et des personnes affectées, notamment les groupes les plus vulnérables, dans le cadre du renforcement de leur protection sociale. Par ailleurs, l'autonomisation des PVVIH sera renforcée à travers le soutien sur le plan économique. Ceci permettra d'atténuer l'impact psychosocial de la maladie sur la qualité de vie des PVVIH et des personnes affectées. En vue d'une meilleure coordination, le Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale, devra mettre en place un cadre de concertation et d'orientation des différents acteurs de la prise en charge des personnes infectées, affectées et groupes spécifiques.

Trois (3) domaines d'actions prioritaires ci-dessous permettront d'atteindre le résultat escompté :

- *Renforcement du soutien psychologique, social et spirituel aux PVVIH, aux personnes affectées dans tous les secteurs ;*
- *Renforcement du soutien économique aux PVVIH, aux personnes affectées et aux groupes spécifiques dans tous les secteurs ;*
- *Promotion des activités génératrices de revenus.*

<b>Domaine d'action prioritaire 1: Renforcement du soutien psychologique, social et spirituel aux PVVIH, aux personnes affectées dans tous les secteurs</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	Les besoins en soutien psychosocial, social et spirituel des PVVIH et des personnes affectées sont couverts	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement du soutien psychologique aux PVVIH et aux personnes affectées	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place des unités de soutien psychologique dans toutes les structures de prise en charge médicale</li> <li>- Renforcer les capacités des acteurs dans la prise en charge psychosociale</li> <li>- Diffuser et mettre en œuvre le plan national, les normes et directives de prise en charge psychosociale</li> <li>- Mettre en place et soutenir les groupes de paroles et d'auto support</li> <li>- Sensibiliser la communauté et les autres intervenants sur le soutien psychologique et affectif aux PVVIH</li> <li>- Mettre en place un cadre de concertation entre les acteurs impliqués dans la prise en charge psychosociale</li> </ul>
	Renforcement du soutien social aux PVVIH et aux personnes affectées	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apporter un appui ponctuel en nature aux PVVIH et aux personnes affectées (nourriture, vêtements, habitation...)</li> <li>- Mener des médiations sociales en milieu professionnel pour la réinsertion des PVVIH</li> </ul>
	Renforcement du soutien spirituel aux PVVIH et aux personnes affectées	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les capacités des acteurs de la prise en charge spirituelle des PVVIH</li> <li>- Mettre en place un système de référence vers les structures religieuses</li> <li>- Renforcer la pratique d'activités spirituelles pour soutenir les PVVIH qui en ont besoin</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	PVVIH, personnes affectées, prestataires engagés dans la prise en charge des PVVIH	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de PVVIH et personnes affectées bénéficiaires du soutien psychologique</li> <li>- Nombre de PVVIH et personnes affectées bénéficiaires du soutien social</li> <li>- Nombre de PVVIH et personnes affectées bénéficiaires du soutien spirituel</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale</li> <li>- Structures communautaires, publiques et privées engagées dans la prise en charge des PVVIH et le dépistage du VIH - URCB</li> <li>- CMLS/Défense</li> </ul>	
<b>Commentaire</b>	Le renforcement du soutien aux PVVIH et aux personnes affectées dans tous les secteurs devra tenir compte des besoins de protection sociale des différents groupes cibles.	
<b>Domaine d'action prioritaire 2 : Renforcement du soutien économique aux PVVIH, aux personnes affectées et aux groupes spécifiques dans tous les secteurs</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	Les personnes infectées, affectées et groupes spécifiques bénéficient de soutien économique, notamment à travers leur prise en compte dans le socle national de protection sociale.	

<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement du soutien économique, notamment à travers leur prise en compte dans le socle national de protection sociale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer des mécanismes de solidarité à travers les mutuelles et autres mécanismes de protection sociale comme celui de l'assurance maladie</li> <li>- Soutenir économiquement les ménages des PVVIH vulnérables à travers le transfert monétaire</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	PVVIH, personnes affectées, ménages vulnérables des PVVIH (veuves/veufs, nourrices, enfants chefs de ménage)	
<b>Indicateurs</b>	- Nombre de personnes (PVVIH, personnes affectées, ménages vulnérables, groupes spécifiques) bénéficiaires du soutien économique	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale</li> <li>- Structures communautaires, publiques et privées</li> <li>- CMLS/Défense</li> </ul>	
<b>Domaine d'action prioritaire 3 : Promotion des activités génératrices de revenus (AGR)</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	L'autonomisation des PVVIH et des personnes affectées dont la situation le nécessite est assurée	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Développement des capacités des PVVIH et des personnes affectées</li> <li>Amélioration de l'accès au financement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les capacités des bénéficiaires à la gestion des AGR</li> <li>- Apporter un appui pour la formation professionnelle et la réinsertion professionnelle</li> <li>- Assurer l'appui/accompagnement des bénéficiaires d'AGR</li> <li>- Plaidoyer auprès des institutions de micro-finances pour améliorer l'accès au financement</li> <li>- Apporter un appui technique pour le montage des dossiers de financement</li> <li>- Apporter un appui financier pour le développement d'AGR</li> <li>- Réaliser l'évaluation de la contribution des AGR à l'amélioration des conditions de vie des bénéficiaires</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	PVVIH, personnes affectées, ménages vulnérables des PVVIH (veuves/veufs, nourrices, enfants chefs de ménage)	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de personnes (PVVIH, personnes affectées, ménages vulnérables, groupes spécifiques) bénéficiaires d'AGR</li> <li>- Nombre de personnes (PVVIH, personnes affectées, ménages vulnérables, groupes spécifiques) bénéficiaires de la formation professionnelle/réinsertion professionnelle</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SP/CNLS-IST</li> <li>- CMLS/MASSN</li> <li>- Structures communautaires, publiques et privées</li> <li>- CMLS/Défense</li> </ul>	

**Résultat 2 : Au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des OEV qui sont dans le besoin bénéficient d'une prise en charge intégrée**

Les OEV du fait du Sida, de par leur vulnérabilité paient un lourd tribut à la maladie et certains d'entre eux se retrouvent être chefs de ménages. Au cours de la période 2011-2015, le soutien aux OEV sera poursuivi avec un accent sur le renforcement de l'implication communautaire dans leur prise en charge. Par ailleurs, le Programme national de prise en charge des OEV du Ministère de l'Action sociale qui arrive à terme sera actualisé pour couvrir la période du Cadre stratégique et tenir compte de la situation factuelle. De même, ce ministère devra mettre en place un cadre de concertation et d'orientation des différents acteurs de la prise en charge des OEV.

Le résultat escompté s'appuie sur la mise en œuvre d'un (1) seul domaine d'actions prioritaires à savoir : *Renforcement de la prise en charge intégrée aux Orphelins et autres enfants vulnérables (OEV).*



<b>Domaine d'action prioritaire 4 : Renforcement de la prise en charge intégrée aux Orphelins et autres enfants vulnérables (OEV)</b>									
<b>Extrants (produits)</b>	Les besoins des OEV et de leurs familles dans le cadre de l'atténuation de l'impact sont couverts								
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th><b>Stratégies</b></th> <th><b>Actions prioritaires</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Renforcement des actions de prévention de la vulnérabilité des OEV</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibiliser la communauté sur la protection et la participation à la prise en charge des OEV</li> <li>- Sensibiliser les OEV sur le VIH et les IST</li> <li>- Analyser la capacité des communautés et des familles en matière de soutien aux OEV</li> <li>- Mettre en place un système de protection sociale des OEV</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Assurer une plus grande couverture des besoins des OEV</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyser la situation de vulnérabilité des OEV</li> <li>- Apporter un appui dans le domaine de l'éducation (actes de naissance, scolarité, fournitures, uniformes, cotisations des parents d'élèves, formation professionnelle, suivi scolaire...)</li> <li>- Apporter un appui dans le domaine de la santé (soins de santé, vaccination, santé sexuelle/reproduction...)</li> <li>- Renforcer les capacités des acteurs</li> <li>- Apporter un appui dans le domaine du soutien familial aux OEV (lits, nattes, vêtements, couvertures, literie, chaussures, nourriture, AGR, allocations familiales...)</li> <li>- Apporter un appui administratif et juridique aux OEV</li> <li>- Apporter un soutien communautaire aux OEV (identification, secours aux enfants de la rue, formation et appui aux travailleurs communautaires)</li> <li>- Renforcer l'insertion professionnelle et la réintégration des OEV dans les familles</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Renforcement des capacités institutionnelles des structures et la coordination de prise en charge des OEV</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apporter un appui au fonctionnement et à l'équipement des structures de prise en charge des OEV</li> <li>- Mettre en place un cadre de concertation des structures impliquées dans la prise en charge des OEV</li> <li>- Mettre en place un système de collecte des données sur la prise en charge des OEV</li> <li>- Elaborer un Plan national de prise en charge des OEV pour la période 2011-2015</li> <li>- Développer un système opérationnel de suivi évaluation de la prise en charge des OEV au niveau national</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>	Renforcement des actions de prévention de la vulnérabilité des OEV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibiliser la communauté sur la protection et la participation à la prise en charge des OEV</li> <li>- Sensibiliser les OEV sur le VIH et les IST</li> <li>- Analyser la capacité des communautés et des familles en matière de soutien aux OEV</li> <li>- Mettre en place un système de protection sociale des OEV</li> </ul>	Assurer une plus grande couverture des besoins des OEV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyser la situation de vulnérabilité des OEV</li> <li>- Apporter un appui dans le domaine de l'éducation (actes de naissance, scolarité, fournitures, uniformes, cotisations des parents d'élèves, formation professionnelle, suivi scolaire...)</li> <li>- Apporter un appui dans le domaine de la santé (soins de santé, vaccination, santé sexuelle/reproduction...)</li> <li>- Renforcer les capacités des acteurs</li> <li>- Apporter un appui dans le domaine du soutien familial aux OEV (lits, nattes, vêtements, couvertures, literie, chaussures, nourriture, AGR, allocations familiales...)</li> <li>- Apporter un appui administratif et juridique aux OEV</li> <li>- Apporter un soutien communautaire aux OEV (identification, secours aux enfants de la rue, formation et appui aux travailleurs communautaires)</li> <li>- Renforcer l'insertion professionnelle et la réintégration des OEV dans les familles</li> </ul>	Renforcement des capacités institutionnelles des structures et la coordination de prise en charge des OEV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apporter un appui au fonctionnement et à l'équipement des structures de prise en charge des OEV</li> <li>- Mettre en place un cadre de concertation des structures impliquées dans la prise en charge des OEV</li> <li>- Mettre en place un système de collecte des données sur la prise en charge des OEV</li> <li>- Elaborer un Plan national de prise en charge des OEV pour la période 2011-2015</li> <li>- Développer un système opérationnel de suivi évaluation de la prise en charge des OEV au niveau national</li> </ul>
	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>							
	Renforcement des actions de prévention de la vulnérabilité des OEV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibiliser la communauté sur la protection et la participation à la prise en charge des OEV</li> <li>- Sensibiliser les OEV sur le VIH et les IST</li> <li>- Analyser la capacité des communautés et des familles en matière de soutien aux OEV</li> <li>- Mettre en place un système de protection sociale des OEV</li> </ul>							
Assurer une plus grande couverture des besoins des OEV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyser la situation de vulnérabilité des OEV</li> <li>- Apporter un appui dans le domaine de l'éducation (actes de naissance, scolarité, fournitures, uniformes, cotisations des parents d'élèves, formation professionnelle, suivi scolaire...)</li> <li>- Apporter un appui dans le domaine de la santé (soins de santé, vaccination, santé sexuelle/reproduction...)</li> <li>- Renforcer les capacités des acteurs</li> <li>- Apporter un appui dans le domaine du soutien familial aux OEV (lits, nattes, vêtements, couvertures, literie, chaussures, nourriture, AGR, allocations familiales...)</li> <li>- Apporter un appui administratif et juridique aux OEV</li> <li>- Apporter un soutien communautaire aux OEV (identification, secours aux enfants de la rue, formation et appui aux travailleurs communautaires)</li> <li>- Renforcer l'insertion professionnelle et la réintégration des OEV dans les familles</li> </ul>								
Renforcement des capacités institutionnelles des structures et la coordination de prise en charge des OEV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apporter un appui au fonctionnement et à l'équipement des structures de prise en charge des OEV</li> <li>- Mettre en place un cadre de concertation des structures impliquées dans la prise en charge des OEV</li> <li>- Mettre en place un système de collecte des données sur la prise en charge des OEV</li> <li>- Elaborer un Plan national de prise en charge des OEV pour la période 2011-2015</li> <li>- Développer un système opérationnel de suivi évaluation de la prise en charge des OEV au niveau national</li> </ul>								
<b>Cibles concernées</b>	OEV, familles des OEV, nourrices des OEV, la communauté, les structures de prise en charge								
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'OEV touchés par les séances de sensibilisation</li> <li>- Nombre d'OEV bénéficiaires d'un appui dans le domaine de l'éducation et de la formation professionnelle</li> <li>- Nombre d'OEV bénéficiaires d'un appui dans le domaine de la santé</li> <li>- Nombre d'OEV bénéficiaires d'AGR</li> <li>- Nombre d'OEV bénéficiaires du soutien (scolaire, alimentaire, etc.)</li> </ul>								
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministère chargé de l'action sociale</li> <li>- Ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation</li> <li>- Familles d'accueil et nourrices</li> <li>- Structures communautaires, publiques et privées</li> <li>- CMLS/Défense</li> <li>- Centres de formation professionnelle</li> </ul>								

**Résultat 3 : Au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des PVVIH et des personnes affectées victimes de stigmatisation et de discrimination identifiées bénéficient de la protection juridique, d'un soutien psychologique et spirituel en auto-support**

La documentation des cas éthiques et juridiques réalisée en 2008 a mis en exergue l'existence de la discrimination, son caractère sournois et les difficultés qu'éprouvent les victimes à revendiquer leur droit. Par ailleurs, il est admis que ces phénomènes constituent toujours des obstacles à certains programmes comme le dépistage et la PTME. L'adoption de la loi sur le VIH et son décret d'application offrent un environnement favorable à la promotion des droits des PVVIH en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination. Il s'agira au cours de la période de renforcer la lutte contre les pratiques discriminatoires en se basant sur le partenariat stratégique avec les services juridiques et le monde communautaire comme piliers et d'assurer le soutien à au moins 90% des PVVIH victimes qui sont déclarées. Un (1) seul domaine d'actions prioritaires est retenu à savoir : *Renforcement de la protection juridique et lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les PVVIH et les personnes affectées.*

<b><i>Domaines d'actions prioritaire 5 : Renforcement de la protection juridique et lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les PVVIH et les personnes affectées</i></b>		
<b>Extrants (produits)</b>	Les personnes infectées et affectées victimes de stigmatisation et de discrimination sont acceptées dans leur milieu social et professionnel	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Développement du partenariat entre les structures chargées de la protection juridique des personnes infectées et affectées	- Mettre en place des cadres de concertation au niveau régional (entités territoriales) regroupant les acteurs concernés et au niveau communautaire - Mettre en place un système de référence entre les services impliqués dans la lutte contre les pratiques discriminatoires et stigmatisantes liées au VIH
	Renforcement de la lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées.	- Organiser des campagnes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les personnes infectées et affectées par le VIH - Organiser des prêches contre la stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH dans les lieux de culte - Vulgariser la loi sur le VIH/Sida et son décret d'application ainsi que les instruments juridiques internationaux ratifiés - Vulgariser les documents de lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH fondés sur les saintes écritures et la tradition orale - Documenter les cas de discrimination et de stigmatisation ainsi que les bonnes pratiques y relatives - Mettre en place des services de référence pour les victimes au niveau des régions
<b>Cibles concernées</b>	Les personnes infectées et affectées (OEV, veufs, veuves, etc.) victimes de stigmatisation et de discrimination	
<b>Indicateurs</b>	- Nombre de PVVIH et personnes affectées victimes de stigmatisation et discrimination ayant reçu une assistance juridique - Nombre de cas de discrimination et de stigmatisation documentés	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	- SP/CNLS-IST, Ministère chargé de l'action sociale, Ministère chargé de la promotion des droits humains, Ministère chargé de la justice, Ministère du travail et de la sécurité sociale - CMLS/Défense ; CMLS/MTSS ; URCB ; CLTS/MT ; Structures communautaires	

#### **3.6.4. Axe stratégique 4 : Renforcement de la coordination, du partenariat et de la mobilisation des ressources**

**Effet :** au cours de la période 2011-2015, l'application des principes du « Three Ones » est renforcée.

##### **Résultats attendus :**

- les capacités techniques et organisationnelles des structures de coordination et d'exécution sont renforcées au niveau central, régional et local pour un accès universel aux services liés au VIH ;
- au cours de la période 2011-2015, les ressources externes et internes mobilisées atteignent au moins 85% des besoins de financement pour l'accès universel aux services liés au VIH.

##### **Domaines d'actions prioritaires**

- 1) Renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles des structures de coordination et d'exécution de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- 2) Renforcement du leadership pour la coordination multisectorielle de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- 3) Renforcement du partenariat national, régional et international ;
- 4) Renforcement du plaidoyer pour une plus forte implication du secteur privé et des entreprises dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- 5) Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

**Résultat 1: Les capacités techniques et organisationnelles des structures de coordination sont renforcées pour un accès universel aux services liés au VIH**

L'évaluation des principes du « Three Ones » a montré que la coordination nationale est robuste et mérite d'être renforcée au niveau régional. Avec la décentralisation, il s'agira de maintenir l'architecture actuelle de la coordination aux différents niveaux et de renforcer leur performance en vue de l'atteinte des objectifs de l'accès universel aux services liés au VIH. Les domaines d'actions prioritaires retenus pour ce résultat au nombre de deux (2) sont :

- Renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles des structures de coordination et d'exécution de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- Renforcement du leadership pour la coordination multisectorielle de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

**Domaine d'action prioritaire 1 : Renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles des structures de coordination et d'exécution de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST**

<b>Extrants (produits)</b>	Les capacités des structures centrales, régionales et locales sont renforcées en matière de mise en œuvre efficace des programmes de lutte contre le VIH, le Sida et les IST	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement du dispositif de coordination multisectorielle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doter les structures de coordination centrales, régionales et communautaires en moyens financiers, matériels, logistiques et en ressources humaines</li> <li>- Mettre en place un cadre de concertation entre le CMLS/Santé et les services techniques du Ministère de la Santé</li> <li>- Mettre en place les coordinations inter-institutionnelles et inter-ministérielles (CILS/CMLS)</li> <li>- Mettre en place et soutenir les cadres de concertation intersectoriels au niveau central et régional</li> <li>- Renforcer les capacités organisationnelles et institutionnelles des antennes régionales du SP/CNLS-IST</li> </ul>
	Renforcement des capacités techniques des structures de coordination et des structures d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accroître les capacités techniques et managériales des structures de coordination au niveau central et régional</li> <li>- Elaborer et mettre en œuvre un plan d'assistance technique pour le renforcement des capacités des acteurs</li> <li>- Apporter un appui/accompagnement aux structures de coordination pour la planification et la mise en œuvre des activités</li> <li>- Renforcer les compétences des structures en matière de gestion axée sur les résultats</li> <li>- Renforcer les compétences des structures en genre et VIH/Sida (planification, budgétisation, programmation des interventions selon le genre)</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	SP/CNLS-IST, CMLS/Santé, antennes régionales, DRS, CRLS, CPLS, CCLS, structures communautaires de coordination et CILS/CMLS/CELS	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pourcentage de structures décentralisées fonctionnelles</li> <li>- Niveau d'application des principes du « Three Ones »</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	SP/CNLS-IST, Antennes régionales, CMLS/Santé, CMLS/Défense	
<b>Commentaire</b>	L'indicateur de fonctionnalité prend en compte les rencontres statutaires, l'existence de plans d'actions, la mise en œuvre et le suivi. La contractualisation des interventions sera considérée comme une option de renforcement de la coordination et de la mise en œuvre des activités opérationnelles de prévention, de soins et de soutien dans tous les secteurs.	

**Domaine d'action prioritaire 2 : Renforcement du leadership pour la coordination multisectorielle de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST**

<b>Extrants (produits)</b>	Le leadership est affirmé et assuré au niveau central et régional par les acteurs et les structures appropriées	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement des capacités des acteurs de la coordination au niveau central et régional en leadership et management	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer et mettre en œuvre un Plan de renforcement en management et leadership pour les acteurs de coordination multisectorielle</li> <li>- Développer un appui/accompagnement des acteurs de la coordination décentralisée en vue de renforcer leur leadership</li> <li>- Amener 100% des régions à élaborer et à mettre en œuvre des plans régionaux multisectoriels</li> </ul>
	Renforcement des mécanismes de coordination au niveau central et régional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impliquer les partenaires au processus de planification régional et/ou spécifique (thématique, sectoriel ou ciblé) de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST</li> <li>- Relire les textes relatifs à la mise en place des structures de coordination</li> <li>- Mettre à la disposition des antennes régionales les moyens conséquents pour les rendre opérationnelles</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	SP/CNLS-IST, structures communautaires et décentralisées de coordination,	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveau d'application des principes du « Three Ones » (niveau central et régional)</li> <li>- Nombre de PRM élaborés</li> <li>- Nombre de plans opérationnels élaborés par secteur d'intervention</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	SP/CNLS-IST, UN Joint Team	

**Résultat 2 : Au cours de la période 2011-2015, les ressources externes et internes mobilisées atteignent au moins 85% des besoins de financement pour l'accès universel aux services liés au VIH**

Malgré la crise économique et financière internationale, le financement de la réponse nationale a pu se stabiliser à des niveaux acceptables au cours de la période 2006-2010. Pour 2011-2015, l'importance des besoins nécessitera de renforcer la mobilisation des ressources, en recourant notamment à des méthodes innovantes. Par ailleurs, le renforcement de l'intégration du VIH dans les projets/programmes de développement au niveau national et local et l'implication du secteur privé constituent des leviers pour mobiliser plus de ressources pour la réponse nationale. Les trois (3) domaines d'actions prioritaires qui permettront d'atteindre les résultats escomptés sont les suivants :

- *Renforcement du partenariat national, régional et international ;*
- *Renforcement du plaidoyer pour une plus forte implication du secteur privé et des entreprises dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;*
- *Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST.*

<b>Domaine d'action prioritaire 3 : Renforcement du partenariat national, régional et international</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	Une synergie d'action est développée tant au plan national, sous régional qu'international	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement du partenariat public-privé-communautaire au niveau national	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorer et identifier les domaines de partenariat et de partage d'expériences</li> <li>- Organiser des rencontres de partage d'expériences au niveau sectoriel pour la mise en œuvre des programmes ciblés</li> <li>- Mettre en place des cadres d'échanges et de concertation au niveau des régions</li> </ul>
	Renforcement du partenariat au niveau régional et communal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer l'intégration du volet VIH, Sida et IST dans les plans régionaux et communaux de développement</li> <li>- Renforcer la concertation entre les CRLS, CCLS et les Conseils régionaux et communaux</li> <li>- Renforcer les capacités de planification et suivi intégrés</li> </ul>
	Renforcement de la coopération régionale et internationale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participer aux instances régionales et internationales</li> <li>- Elaborer et mettre en œuvre le plan d'action du cadre de concertation des Secrétaires permanents/Secrétaires exécutifs des Conseils nationaux de lutte contre le Sida des pays membres de l'UEMOA élargi à la Mauritanie</li> <li>- Développer des programmes sous-régionaux ou multi pays pour renforcer la riposte au VIH</li> <li>- Faire des plaidoyers au niveau régional pour la mise en place d'un cadre de mobilisation des ressources</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gouvernement</li> <li>- CRLS, CPLS, CCLS, Conseils régionaux et communaux</li> <li>- Projets et programmes régionaux et locaux</li> <li>- Antennes régionales du SP/CNLS-IST</li> <li>- Structures de coordination et d'exécution sectorielles</li> <li>- Cadre de concertation des CNLS des pays de la zone UEMOA élargie à la Mauritanie</li> <li>- Structures partenaires au niveau régional et international</li> </ul>	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Montant des ressources financières mobilisées au niveau sous-régional et international dans le cadre du partenariat</li> <li>- Nombre de projets multi-pays ou sous-régionaux développés</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	SP/CNLS-IST, cadre de concertation des CNLS, Gouverneurs de régions, PTF	
<b>Domaine d'action prioritaire 4 : Renforcement du plaidoyer pour une plus forte implication du secteur privé et des entreprises dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	D'ici à fin 2015, 90% des grandes entreprises, 60% des PMI/PME et organisations du secteur informel sont impliquées dans la riposte au Sida	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement de l'implication des acteurs du secteur privé, des syndicats et des entreprises du Burkina Faso dans la réponse au VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer et mettre en œuvre le plan d'actions pluriannuel de la CNSPE</li> <li>- Mettre en place le Secrétariat exécutif de la CNSPE</li> <li>- Mettre en place les outils de gestion de la CNSPE</li> <li>- Organiser des rencontres d'information et de plaidoyer</li> <li>- Intégrer les activités de lutte contre le VIH/Sida dans les agendas des entreprises</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un cadre de concertation des acteurs du secteur privé et les structures partenaires (CCI, SP/CNLS-IST, MTSS, MCPEA, CNPB)</li> <li>- Elaborer un manuel de procédures de gestion administrative financière et comptable de la CNSPE</li> <li>- Mettre en œuvre l'accord tripartite</li> </ul>
	Renforcement de la contribution des acteurs du secteur privé et des entreprises au financement de la riposte au Sida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer et mettre en œuvre un plan de mobilisation des ressources internes pour le financement des activités du secteur</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grandes entreprises et industries</li> <li>- Organisations professionnelles des PMI/PME</li> <li>- Organisations faïtières du secteur informel</li> </ul>	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de grandes entreprises, de PMI/PME et organisations du secteur informel identifiées</li> <li>- Montant des financements mobilisés des entreprises pour la mise en œuvre des plans d'action du secteur</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseil d'administration de la CNSPE</li> <li>- Bureau National CNSPE</li> <li>- Coordinations sectorielles</li> <li>- MTSS/BIT/Sida</li> <li>- SP/CNLS-IST</li> </ul>	
<b>Commentaire</b>	Le secteur informel sera pris en compte à travers ses organisations faïtières mises en place	

**Domaine d'action prioritaire 5 : Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST**

<b>Extrants (produits)</b>	Les ressources nécessaires à la mise en œuvre du CSLS 2011-2015 sont mobilisées à au moins 85% par an	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Implication des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dynamiser les cadres de concertation existants en matière de lutte contre le Sida</li> <li>- Promouvoir l'appui budgétaire sectoriel VIH</li> <li>- Intégrer le plaidoyer pour une implication des PTF dans le Cadre général des appuis budgétaires (CGAB) en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST</li> </ul>
	Mobilisation conséquente des ressources financières en faveur de la riposte au VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les capacités des structures de coordination en matière de plaidoyer pour la mobilisation des ressources au niveau local</li> <li>- Appuyer l'étude sur le paquet de services à prendre en compte dans l'assurance maladie</li> <li>- Intégrer un volet VIH dans les plans régionaux de développement, plans de développement communaux, les projets de développement et les activités de protection des travailleurs</li> <li>- Assurer le fonctionnement du comité de suivi des déclarations et des engagements des PTF pour le financement du cadre stratégique</li> <li>- Maintenir et renforcer la dynamique actuelle de l'appui des PTF et l'alignement au CSLS dans l'esprit de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement</li> <li>- Elaborer annuellement l'analyse des gaps financiers, programmatiques et en termes de couverture géographique pour une allocation optimale des ressources disponibles</li> <li>- Poursuivre le plaidoyer au niveau du Ministère de l'Economie et des Finances pour accroître le montant des prévisions budgétaires du Gouvernement pour les activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST</li> <li>- Poursuivre la mobilisation des ressources pour combler le gap financier notamment à travers les séries du Fonds mondial</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	Gouvernement, secteur privé national, société civile nationale, collectivités territoriales, projets et programmes, communauté, Institutions financières nationales, Partenaires bilatéraux, Partenaires multilatéraux, Institutions financières internationales et ONG et fondations internationales	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % des projets et programmes de développement, de collectivités territoriales et d'entreprises qui ont défini des stratégies d'intégration ou de renforcement de la composante VIH, Sida et IST</li> <li>- % de partenaires techniques et financiers impliqués pour la lutte contre le VIH, le Sida et les IST</li> <li>- Montant mobilisé, taux de mobilisation et taux d'absorption des fonds du Gouvernement</li> <li>- Montant mobilisé, taux de mobilisation et taux d'absorption de l'ensemble des fonds</li> <li>- % des ressources mobilisées par le panier commun Sida.</li> <li>- Proportion des structures qui produisent des rapports financiers et les pièces justificatives dans les délais</li> <li>- Proportion des structures qui respectent les procédures de gestion suite aux audits financiers</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	Ministère de l'Economie et des Finances, Ministère de la santé, SP/CNLS-IST, structures techniques et ONG/Associations	
<b>Commentaire</b>	<p>L'un des défis est le plaidoyer en direction des entreprises, des collectivités territoriales et des PTF, pour la prise en compte du volet lutte contre le VIH dans les plans de développement communaux, les projets de développement et les activités de protection des travailleurs</p> <p>Le renforcement de la bonne gouvernance se traduisant entre autres par la gestion efficiente des ressources financières dans les différents secteurs et au niveau décentralisé constitue un outil de plaidoyer pour une meilleure mobilisation des ressources.</p>	

### **3.6.5. Axe stratégique 5 : Renforcement de la gestion de l'information stratégique sur le VIH, le Sida et les IST**

**Effet :** au cours de la période 2011-2015, l'information stratégique de qualité sur la réponse nationale est disponible et utilisée par les acteurs pour la riposte au VIH.

#### **Résultats attendus :**

- la surveillance de seconde génération du VIH est renforcée ;
- les informations disponibles sur la riposte au VIH sont complètes et de qualité.

#### **Domaines d'actions prioritaires :**

- 1) Renforcement de la séro-surveillance au niveau des sites sentinelles et sur les groupes spécifiques ;
- 2) Organisation de la surveillance des IST ;
- 3) Réalisation d'études épidémiologiques, comportementales, sectorielles et d'impact ;
- 4) Amélioration du système de collecte et de gestion des données par la notification systématique des cas d'infection à VIH, de Sida et d'IST ;
- 5) Organisation du système national de suivi évaluation des interventions de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- 6) Renforcement de la pharmacovigilance y compris la stratégie de surveillance de la résistance du VIH aux ARV dans la prise en charge de l'infection à VIH ;
- 7) Documentation et diffusion des meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- 8) Développement d'un système de promotion de la recherche sur le VIH, le Sida et les IST.

#### **Résultat 1 : La surveillance de seconde génération du VIH est renforcée**

La surveillance du VIH s'est étendue à toutes les régions du pays et permet à l'heure actuelle de disposer d'informations sur l'épidémie aussi bien au niveau rural qu'urbain. Toutefois, les groupes sont peu pris en compte et les informations disponibles sont parcellaires et anciennes pour certaines cibles. Concernant les IST, la surveillance reste à être développée en vue de disposer des données fiables pour apprécier les résultats et orienter les interventions. Au cours de la période 2011-2015, il s'agira de renforcer la surveillance de seconde génération, d'une part sur la base des recommandations de son évaluation, et d'autre part en mettant l'accent sur certains groupes cibles ainsi que sur les IST. Quatre domaines d'actions prioritaires sont retenus et sont libellés comme suit :

- *Renforcement de la séro-surveillance au niveau des sites sentinelles et sur les groupes spécifiques ;*
- *Organisation de la surveillance des IST ;*
- *Réalisation d'études épidémiologiques, comportementales sectorielles et d'impact ;*
- *Amélioration du système de collecte et de gestion des données par la notification systématique des cas d'infection à VIH, de Sida et d'IST.*

<b>Domaine d'action prioritaire 1 : Renforcement de la sérosurveillance au niveau des sites sentinelles et sur les groupes spécifiques</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	Les données sur la prévalence du VIH au niveau national et dans les sites sentinelles sont disponibles	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement des capacités des structures et des compétences des agents du niveau intermédiaire impliqués dans la gestion des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réviser le protocole de surveillance de seconde génération</li> <li>- Renforcer les capacités des acteurs de la surveillance sentinelle</li> <li>- Doter les sites sentinelles en équipements réactifs et consommables</li> </ul>
	Développement des alternatives de financement pour la pérennisation des activités de sérosurveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en œuvre les activités de surveillance sentinelle</li> <li>- Assurer le feed-back des informations sur la sérosurveillance</li> <li>- Assurer la qualité des données de surveillance sentinelle</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	SP/CNLS-IST, CMLS santé et DGISS, Formations sanitaires	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promptitude dans la production des données sur la surveillance</li> <li>- Nombre de sites sentinelles fonctionnels effectuant la sérosurveillance selon les normes</li> <li>- Taux de prévalence du VIH dans les sites sentinelles et au niveau national</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	SP/CNLS-IST, CMLS santé, DGISS et Formations sanitaires	
<b>Domaine d'action prioritaire 2 : Organisation de la surveillance des IST</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	La situation des IST en population générale et dans les groupes spécifiques est connue au niveau national et dans les régions.	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement du diagnostic basé sur l'approche syndromique et contrôle de qualité de l'application des Guides de diagnostics et de traitement (GDT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les capacités des acteurs pour la surveillance des IST</li> <li>- Réviser périodiquement et diffuser les algorithmes de prise en charge des IST</li> </ul>
	Mise en œuvre du protocole de surveillance de la sensibilité des germes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser les enquêtes sur les indicateurs de prévention des IST</li> <li>- Réaliser des enquêtes ponctuelles (prévalence du VIH chez les patients IST, surveillance des résistances des IST,...)</li> </ul>
	Mise en place des sites sentinelles de surveillance des IST intégrant la syphilis et d'autres IST	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place le réseau de surveillance IST</li> <li>- Mettre en place les sites sentinelles pour la surveillance des IST</li> <li>- Mettre en œuvre les activités de surveillance des IST</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	Structures de soins privées et communautaires, Formations sanitaires publiques	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de prévalence/d'incidence des IST (désagrégé par région, sexe, groupe à haut risque)</li> <li>- Niveau des indicateurs de prévention des IST (désagrégé par région, sexe, groupe à haut risque)</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	CMLS santé, DGISS	
<b>Domaine d'action prioritaire 3 : Réalisation d'études épidémiologiques, comportementales sectorielles et d'impact</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	L'impact des interventions sur les comportements de la population générale, les groupes à haut risque et les groupes spécifiques est connu	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement de la surveillance comportementale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser périodiquement les enquêtes comportementales</li> <li>- Assurer la dissémination des résultats des études</li> <li>- Exploiter les données de l'enquête démographique et de santé (EDS)</li> </ul>
	Mesure de l'impact des interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser des études sectorielles et d'impact</li> <li>- Réaliser des études épidémiologiques</li> <li>- Réaliser les études sur les groupes spécifiques et en population générale</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	Population générale, groupes vulnérables ou à haut risque et autres groupes spécifiques (monde du travail...) et population environnante des sites sentinelles	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité des données sur les comportements de la population générale, des groupes spécifiques, des groupes à haut risque et des populations desservies par les sites sentinelles</li> <li>- Disponibilité des données d'impact des interventions dans les secteurs</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	SP/CNLS-IST, Partenaires techniques et financiers et Instituts de recherche, ONG/Associations, Projets/programmes	
<b>Domaine d'action prioritaire 4 : Amélioration du système de collecte et de gestion des données par la notification systématique des cas d'infection à VIH, de Sida et d'IST</b>		
<b>Extrants (produits)</b>	Les données sur les cas d'IST, de VIH et de Sida sont notifiées avec complétude et promptitude de sorte à renforcer la surveillance de l'épidémie du VIH	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement du système de gestion des données sur le VIH, le Sida et les IST dans le Système national d'information sanitaire (SNIS) du ministère de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les capacités des agents du niveau intermédiaire impliqués dans la gestion des données</li> <li>- Mettre les outils de collecte à la disposition des structures communautaires, publiques et privées impliquées dans la prise en charge médicale et le dépistage du VIH</li> <li>- Systématiser la désagrégation des données selon le genre</li> </ul>
	Développement d'une synergie avec les acteurs autres que ceux du sous secteur santé dans la notification des cas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer le système de collecte des données au niveau des OBC et des structures sanitaires privées</li> <li>- Collecter et traiter les données des autres acteurs impliqués (structures sanitaires communautaires et privées)</li> </ul>

<b>Cibles concernées</b>	CMLS/Défense, CMLS/Sécurité, formations sanitaires publiques, ONG, associations/OBC accréditées, cabinets et cliniques privés
<b>Indicateurs</b>	- % de promptitude des rapports de notification des cas de VIH, de Sida et d'IST - % de complétude des rapports de notification des cas de VIH, de Sida et d'IST - % de rapports de notification des cas de VIH, de Sida et d'IST correctement remplis
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	CMLS/Santé, DGISS, CMLS/Défense, CMLS/Sécurité, Formations sanitaires publiques, ONG, associations/OBC accréditées, cabinets et cliniques privés

## Résultat 2 : Les informations disponibles sur la réponse nationale au VIH sont complètes et de qualité

La capitalisation des résultats de la réponse nationale est importante et se base sur un dispositif de suivi évaluation qui a été mis en place. Ce dispositif qui permet de disposer des résultats des interventions de tous les secteurs, présente néanmoins quelques insuffisances et fait face à des obstacles structurels et organisationnels. Avec la régionalisation, le système de suivi évaluation va également être décentralisé en vue de renforcer la production et l'utilisation d'informations stratégiques complètes et de qualité. Les quatre domaines d'actions prioritaires retenus sont les suivants :

- *Organisation du système national de suivi-évaluation des interventions de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;*
- *Renforcement de la pharmacovigilance y compris la stratégie de surveillance du VIH aux ARV dans la prise en charge de l'infection à VIH ;*
- *Documentation et diffusion des meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;*
- *Développement d'un système de promotion de la recherche sur le VIH, le Sida et les IST.*

### Domaine d'action prioritaire 5 : Organisation du système national de suivi-évaluation des interventions de lutte contre le VIH, le Sida et les IST

<b>Extrants (produits)</b>	Le système national de suivi évaluation est décentralisé et fonctionnel en vue de produire les données de qualité pour l'ensemble des acteurs de la réponse nationale	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement de l'organisation du système national de suivi-évaluation	- Assurer le fonctionnement de l'unité de suivi-évaluation - Mettre en œuvre le plan d'action pour le suivi-évaluation - Mettre en œuvre le plan d'action pour l'opérationnalisation du genre dans la réponse nationale au VIH - Réviser le manuel de suivi évaluation ainsi que les outils de planification - Assurer la supervision et l'audit de qualité des données - Evaluer le système national de suivi évaluation
	Décentralisation du système de suivi évaluation	- Développer et diffuser les outils de suivi évaluation tenant compte de la sexospécificité des données et du genre - Déployer le CRIS et la base de données au niveau régional - Mettre en place un système de collecte des données et de production de l'information stratégique dans les régions - Renforcer les capacités des acteurs à l'utilisation des bases de données - Mettre en place un dispositif d'assurance qualité des données au niveau régional - Diffuser les outils de collecte des données sensibles au genre
	Renforcement de la rétro-information	- Mettre en place un centre de documentation au SP/CNLS-IST - Produire le tableau de bord périodique des indicateurs - Rendre fonctionnel le Groupe technique de suivi évaluation (GTSE)
<b>Cibles concernées</b>	SP/CNLS-IST, Partenaires techniques et financiers et structures de coordination et d'exécution des secteurs d'intervention aux différents niveaux	
<b>Indicateurs</b>	- Disponibilité, complétude et qualité des informations disponibles au niveau régional et national - Qualité de la rétro-information au niveau national et régional	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	SP/CNLS-IST, structures de coordination et d'exécution, Institut national de la statistique et de la démographie (INSD) et Direction générale des statistiques sanitaires (DGISS) et Prestataires de services	



**Domaine d'action prioritaire 6 : Renforcement de la pharmacovigilance y compris la stratégie de surveillance de la résistance du VIH aux ARV dans la prise en charge de l'infection à VIH**

<b>Extrants (produits)</b>	Les effets indésirables des médicaments contre le VIH, le Sida et les IST et le niveau d'émergence de la résistance du VIH aux ARV sont connus au plan national et mis à la disposition des prescripteurs et décideurs	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Suivi de la pharmacovigilance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en œuvre la pharmacovigilance aux ARV et médicaments contre les IO</li> <li>- Mettre en place l'observatoire sur les résistances et les effets indésirables des médicaments</li> <li>- Procéder à la publication des indications sur les effets secondaires</li> <li>- Orienter les décideurs dans la prise de décisions thérapeutiques</li> </ul>
	Suivi des Indicateurs d'Alerte Précoce (IAP) d'émergence des résistances	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser périodiquement la collecte et l'analyse des données sur les Indicateurs d'alerte précoce</li> <li>- Réaliser périodiquement des études sur les IAP</li> </ul>
	Surveillance des résistances primaires transmises chez les femmes enceintes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer la collecte des échantillons auprès des femmes des sites SMI</li> <li>- Réaliser le génotypage des échantillons sélectionnés</li> <li>- documenter la surveillance de la résistance primaire transmise</li> </ul>
	Monitoring de l'émergence de résistances secondaires chez les personnes sous ARV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procéder à la révision périodique des protocoles de traitement</li> <li>- Procéder à la publication des indications sur les effets secondaires</li> <li>- Renforcer la collecte périodique d'échantillons dans les sites prise en charge des PVVIH sous ARV</li> <li>- Réaliser le génotypage des échantillons sélectionnés</li> <li>- Assurer le monitoring périodique et la documentation sur l'émergence des résistances secondaires chez les personnes sous ARV</li> <li>- Procéder à la révision périodique des protocoles de traitement par les ARV</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	Formations sanitaires publiques, cabinets et cliniques privés et structures communautaires accréditées	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité des informations sur les effets indésirables et les résistances au traitement antirétroviral</li> <li>- Disponibilité des informations sur les résistances au traitement des IST</li> <li>- Proportion de patients avec résistance du VIH aux ARV</li> <li>- Nombre de rapports produits sur les effets indésirables de traitement ARV et IST</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	CMLS/santé, formations sanitaires publiques, cabinets et cliniques privés, structures communautaires accréditées et instituts de recherche	

**Domaine d'action prioritaire 7 : Documentation et diffusion des meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST**

<b>Extrants (produits)</b>	Les meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST sont documentées et diffusées	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Promotion des meilleures pratiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier et documenter les meilleures pratiques</li> <li>- Organiser des fora nationaux sur les meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST</li> <li>- Participer aux rencontres nationales et internationales sur le VIH, le Sida et les IST</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SP/CNLS-IST</li> <li>- Structures d'exécution et de coordination de l'ensemble des secteurs d'intervention à tous les niveaux</li> <li>- Partenaires techniques et financiers</li> </ul>	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH capitalisées</li> <li>- Nombre de meilleures pratiques répliquées au plan national</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SP/CNLS-IST</li> <li>- Structures d'exécution et de coordination des secteurs d'intervention à tous les niveaux</li> <li>- Partenaires techniques et financiers</li> </ul>	

**Domaine d'action prioritaire 8 : Développement d'un système de promotion de la recherche sur le VIH, le Sida et les IST**

<b>Extrants (produits)</b>	La recherche sur le VIH, le Sida et les IST est coordonnée et répond à des besoins nationaux en information stratégique	
<b>Stratégies et actions prioritaires</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Actions prioritaires</b>
	Renforcement du dispositif de coordination de la recherche sur le VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un cadre d'échanges des différents acteurs à tous les niveaux</li> <li>- Diffuser le document de plan stratégique de la recherche</li> </ul>
	Promotion de la recherche en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser des recherches sur le VIH, le Sida et les IST en prenant en compte le genre (y compris les violences faites aux femmes)</li> <li>- Renforcer la recherche fondamentale (essais vaccinaux, résistance aux traitements, etc.)</li> <li>- Assurer la diffusion des résultats de la recherche</li> <li>- Tenir périodiquement le forum des acteurs de la recherche sur le VIH, le Sida et les IST</li> </ul>
<b>Cibles concernées</b>	SP/CNLS-IST, instituts de recherche, universités, structures du Ministère de la santé, CHU/CHR/Hôpitaux et PTF	
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de recherches tenant compte des orientations du plan stratégique de la recherche</li> <li>- Nombre de fora organisés</li> </ul>	
<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SP/CNLS-IST, Instituts de recherche, universités, CHU/CHR/Hôpitaux et Partenaires techniques et financiers,</li> <li>- Structures du Ministère de la santé et autres intervenants</li> </ul>	

## **IV. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA RÉPONSE AU VIH**

La réponse nationale au VIH s'appuie sur une approche multisectorielle et décentralisée. Cette approche nécessite l'implication de tous les acteurs et secteurs socioéconomiques, aussi bien au niveau central que régional, provincial et communal. Elle se traduit par la mise en place d'un cadre institutionnel approprié à la coordination et à l'exécution des interventions sur l'ensemble du territoire national.

### **4.1. Secteurs d'intervention**

La mise en œuvre des stratégies sectorielles de lutte contre le VIH, le Sida et les IST pour la période 2011-2015, outre le ciblage des interventions au profit des catégories socio-professionnelles et économiques, mettra l'accent sur l'organisation de l'ensemble des acteurs nationaux regroupés en quatre (4) secteurs clés. Il s'agit : du secteur public, du secteur communautaire, du secteur privé et des entreprises et du secteur de la coordination nationale.

#### **4.1.1. Secteur public**

Le secteur public regroupe les acteurs des Institutions et des Ministères au niveau central et déconcentré. Ils sont organisés à travers des sous-secteurs chargés de coordonner et de mettre en œuvre des stratégies de réduction de la vulnérabilité et de l'impact du VIH, du Sida et des IST au sein des différentes structures et espaces de développement.

Ainsi, ce secteur se subdivise en trois sous-secteurs : le sous-secteur santé, le sous-secteur de l'action sociale, le sous-secteur des Institutions et des autres Ministères.

##### **4.1.1.1. Sous-secteur santé**

Dans le cadre de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST, le sous-secteur santé couvre tous les domaines d'intervention relatifs aux actions de prévention, y compris la prévention de la transmission mère-enfant, de prise en charge médicale, de soins et de traitements liés au VIH, au Sida et aux IST, de surveillance de l'épidémie y compris la surveillance des résistances. Ces actions sont réalisées par les structures du Ministère de la santé, les services de santé du Ministère de la défense et de la sécurité, les structures sanitaires privées, confessionnelles et ONG, associations professionnelles, industries et officines pharmaceutiques, les tradipraticiens en santé, les établissements d'enseignement en santé, les enseignants et chercheurs évoluant dans le domaine du VIH.

Les cibles bénéficiaires de ces actions sont les personnes infectées et affectées par le VIH, les groupes spécifiques et globalement la population générale.

La coordination du sous-secteur santé est placée sous la responsabilité du Ministère de la santé à travers son CMLS et les autres services techniques impliqués, en collaboration avec le SP/CNLS-IST. Ce ministère assure le développement et la mise en œuvre des stratégies de renforcement de la prévention, de la prise en charge médicale des personnes infectées et affectées par le VIH à travers notamment l'organisation des soins et traitement, la surveillance de l'épidémie et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant de l'infection à VIH. Il joue également un rôle d'appui/conseil, de supervision et de contrôle de qualité des interventions des autres secteurs (public, privé et communautaires) dans le domaine de la santé.

#### 4.1.1.2. Sous-secteur de l'action sociale

Le sous-secteur de l'action sociale regroupe les acteurs des secteurs public, privé et communautaire impliqués dans la prise en charge psychosociale et économique des personnes infectées et affectées par le VIH. Ces acteurs sont représentés par les structures techniques du Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale, les services sociaux des formations sanitaires publiques et privées, les services sociaux des Institutions, des Ministères et des entreprises, les structures associatives et confessionnelles intervenant dans le domaine. Les composantes de cette prise en charge sont relatives aux divers soutiens qui sont psychologique, socioéconomique, juridique et spirituel.

Les cibles concernées sont les PVVIH, les OEV et les autres groupes spécifiques et vulnérables, le personnel des institutions, des ministères et leurs familles ainsi que la population générale.

Le sous-secteur est coordonné par le Ministère en charge de l'action sociale à travers son CMLS en collaboration avec le SP/CNLS-IST. Il est chargé de veiller au développement et à la mise en œuvre des stratégies de prise en charge psychosociale et économique conformément aux normes. Dans le souci de mieux coordonner les actions de prise en charge psychosociale et économique, un accent particulier est accordé au renforcement de la concertation avec les autres structures sectorielles impliquées. Par ailleurs, le CMLS joue un rôle d'appui/accompagnement en matière de prise en charge psychosociale et économique. Un dispositif de coordination des activités de prise en charge psychosociale et économique est prévu par le ministère au niveau national et décentralisé.

#### 4.1.1.3. Sous-secteur des Institutions et des autres Ministères

Ce sous-secteur est composé des institutions et des ministères autres que ceux de la santé et de l'action sociale. Il est organisé en huit (08) groupes d'intervenants (cf. annexe 4) conformément aux missions et attributions des différentes structures dans le cadre de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Ce regroupement tient compte de la nécessité d'une convergence des interventions de différents types de structures vers des cibles ou des thématiques qui sont relativement communes. Les différents groupes sont constitués comme suit :

- le groupe jeunesse et éducation ;
- le groupe développement rural ;
- le groupe défense et sécurité ;
- le groupe économie ;
- le groupe travaux publics et transports ;
- le groupe justice et droits humains ;
- le groupe administration générale ;
- le groupe institutions.

Les cibles concernées sont à la fois le personnel et les familles, les cibles connexes habituellement bénéficiaires des prestations de service des différents Institutions et Ministères, les personnes infectées et affectées par le VIH et la population générale.

Les différents groupes sont coordonnés par des structures interinstitutionnelles et interministérielles mises en place à cet effet, sous la forme de cadres de concertation. Ces derniers sont chargés de piloter la planification des actions communes et la capitalisation des interventions en concertation avec le SP/CNLS-IST.

Chaque institution ou ministère à travers son comité d'institution ou comité ministériel de lutte contre le VIH, le Sida et les IST demeure cependant responsable de la bonne coordination et du suivi évaluation des interventions qui lui sont confiées. Ces comités devront par ailleurs veiller à une intégration progressive des actions de lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans les activités courantes de leurs institutions et ministères et dans la formulation des politiques et stratégies sectorielles de développement.

#### **4.1.2. Secteur privé et des entreprises**

Le secteur privé et des entreprises regroupe les sociétés d'Etat et privées, les entreprises parapubliques et privées, les petites et moyennes entreprises ou industries (PME/PMI), le secteur informel, le sous-secteur sanitaire privé. Les interventions sont faites à travers des structures organisées tels que, les comités d'entreprises, les organisations faitières des PMI/PME, professionnelles, syndicales et du secteur informel, etc. Ces interventions concernent le personnel, les familles, les populations environnantes, connexes des unités industrielles et les groupes spécifiques socioprofessionnels du secteur informel.

La Coalition nationale du secteur privé et des entreprises (CNSPE) est chargée d'assurer la coordination des interventions du secteur en collaboration avec le SP/CNLS-IST.

#### **4.1.3. Secteur communautaire**

Le secteur communautaire est représenté par les acteurs de la société civile impliqués dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Ces acteurs sont organisés sous forme de structures, librement créées conformément aux dispositions légales et réglementaires. Il s'agit des structures associatives, des organisations faitières, des syndicats, des communautés coutumières et religieuses, des Organisations à base communautaire (OBC), des ONG. Elles sont chargées de mener des interventions ciblées au profit de leurs membres, des groupes spécifiques vulnérables et/ou à hauts risques et de la population générale. Elles interviennent également dans le cadre de la contractualisation des activités des secteurs public et privé du fait de leurs aptitudes sur le terrain.

La coordination des interventions est assurée par les réseaux d'associations et les coordinations communautaires (unions, fédérations, coalitions, groupements, collectifs, etc.) qui sont mis en place au niveau central, régional et provincial/communal. Certains ONG, projets et programmes agissent en tant que structures de coordination au niveau communautaire.

#### **4.1.4. Secteur de la coordination nationale**

Le secteur de la coordination nationale de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST, a un caractère transversal dans la mise en œuvre du cadre stratégique. Ce secteur s'intéresse essentiellement au renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles des structures de coordination des interventions aux niveaux central, régional et provincial/communal.

Il se décompose en deux sous-secteurs qui sont le sous-secteur de la coordination centrale et le sous-secteur de la coordination décentralisée pour lesquels sont définis des liens fonctionnels et hiérarchiques.

##### **4.1.4.1. Sous-secteur de la coordination centrale**

Le sous-secteur de la coordination centrale est assuré par le SP/CNLS-IST, appuyé par ses antennes régionales. Celui-ci veille à la coordination nationale de la mise en œuvre du PNM en collaboration avec les structures de coordination mises en place dans les Institutions, départements ministériels, entreprises, les structures communautaires, les structures de mise en œuvre des projets et programmes.

Cette coordination est également faite avec la collaboration des partenaires techniques et financiers organisés ou non à travers des cadres de concertation.

#### 4.1.4.2. Sous-secteur de la coordination décentralisée

La coordination décentralisée est placée sous la responsabilité des CRLS avec l'appui technique des antennes régionales du SP/CNLS-IST. Les CRLS sont chargés de la bonne coordination des interventions au niveau des collectivités territoriales et circonscriptions administratives que sont les régions, les provinces et les communes. Ils sont responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre des plans régionaux multisectoriels (PRM) de lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

Ce sous-secteur de la coordination décentralisée intègre également les structures communautaires de coordination de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST intervenant au niveau régional et provincial et qui, en fonction du niveau de leur coordination, rendent compte de leurs activités.

### **4.2. Dispositif de coordination**

#### **4.2.1. Structure de décision et d'orientation**

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 (cf. annexe 6).

Le CNLS-IST a pour mission de veiller à la mise en œuvre du Cadre stratégique avec l'appui technique de son Secrétariat permanent.

Dans le souci d'assurer une plus large représentation des parties prenantes à la prise de décision, le CNLS-IST comptera à partir de l'année 2011, 155 membres dont 20 pour son bureau. Il est composé des représentants des institutions, des départements ministériels, des gouvernorats, des communes, de la société civile, du secteur privé et des entreprises. Il comprend également les représentants des partenaires techniques et financiers bilatéraux et multilatéraux.

La coordination des interventions en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST est assurée par des structures de coordination mises en place par le CNLS-IST au niveau central et régional. Celles-ci collaborent avec les structures de coordination du secteur communautaire et celles des partenaires techniques et financiers.

#### **4.2.2. Structures de coordination**

##### **4.2.2.1. Structures de coordination du CNLS-IST**

#### **► Structures de coordination au niveau central**

- **Le Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST (SP/CNLS-IST)**

Le Secrétariat permanent du CNLS-IST est la structure technique, chargée d'organiser la coordination nationale de la mise en œuvre du cadre stratégique. A ce titre, il est responsable de l'appui technique et du suivi de l'ensemble des interventions de lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Il est rattaché au cabinet du Président du Faso et dirigé par un Secrétaire permanent ayant rang de secrétaire général de département ministériel (cf. annexe 7).

Au regard des défis actuels à relever en matière de coordination sectorielle et régionale, et d'allègement des missions et attributions des services centraux du SP/CNLS-IST, il est proposé une nouvelle structuration du SP/CNLS-IST, qui sera progressive car allant de paire avec l'opérationnalisation effective des antennes régionales. Cette nouvelle structuration devra se traduire par la dévolution des tâches aux antennes régionales en vue de renforcer la régionalisation de la réponse du VIH. Ainsi, le SP/CNLS-IST comprend les structures suivantes :

- un Bureau du Secrétaire permanent (BSP) ;
- une Unité centrale de planification et de suivi évaluation (UC-PSE) ;
- une Unité de gestion financière (UGF) ;
- une Unité d'appui sectoriel (UAS) ;
- Treize (13) Antennes Régionales (AR).

Les différentes structures assument des rôles spécifiques :

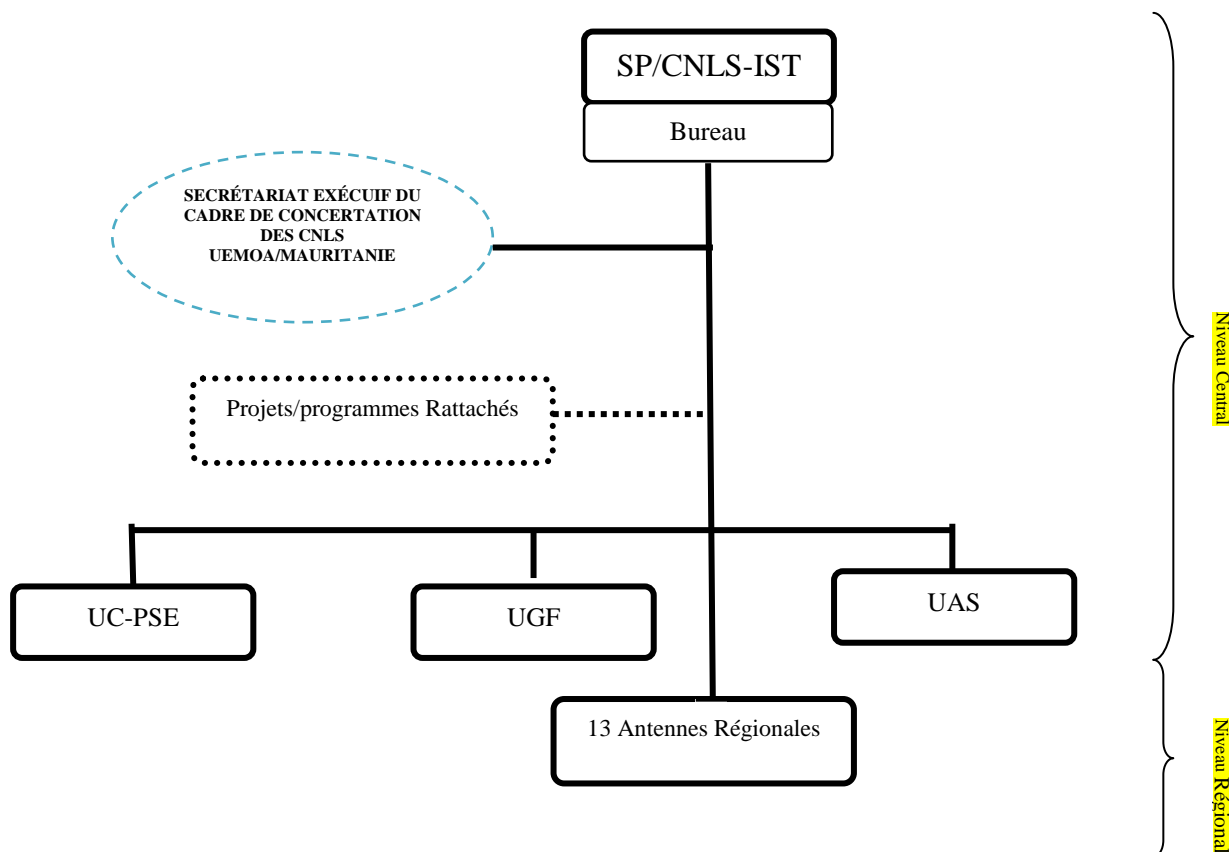
- le Bureau du Secrétaire permanent est chargé de l'administration et de la gestion des activités du SP/CNLS-IST. A ce titre, il intègre les départements chargés de l'administration et des finances, de la communication et des relations publiques, de l'étude des dossiers soumis au Fonds de solidarité envers les malades et OEV et les services du contrôle interne. Il assure en outre le secrétariat du cadre de concertation des secrétaires permanents/secrétariats exécutifs de l'UEMOA élargie à la Mauritanie ;
- l'Unité centrale de planification et de suivi évaluation assure la mémoire du Secrétariat à travers les activités de planification et de suivi-évaluation de la mise en œuvre du Plan national multisectoriel (PNM). Elle est chargée du suivi et de l'évaluation des aspects programmatiques et thématiques, des projets et programmes et de la gestion de l'information stratégique. L'Unité assure ainsi la responsabilité de la définition et de la diffusion des directives en matière de planification et suivi évaluation au niveau central et régional à travers les antennes régionales du SP/CNLS-IST ;
- l'Unité de gestion financière est chargée de la mobilisation des ressources financières auprès des partenaires bilatéraux, multilatéraux et autres donateurs nationaux et internationaux pour la mise en œuvre du PNM. En particulier elle assure, la programmation, la gestion budgétaire/comptable et le suivi financier des ressources mobilisées. Elle intègre le service responsable de la préparation et du suivi des dossiers de passation de marchés ;
- l'Unité d'appui sectoriel est chargée d'apporter l'appui technique et l'assistance nécessaire aux différents secteurs pour l'organisation et la mise en œuvre de leurs activités en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Elle regroupe les départements techniques chargés du sous-secteur santé, du secteur public non santé, du secteur privé et des entreprises et du secteur communautaire. Les entités territoriales n'étant plus considérées comme un secteur de mise en œuvre des interventions, les attributions du Département chargé des entités territoriales seront transférées à l'UC-PSE pour ce qui concerne la coordination des régions en matière de planification et de suivi évaluation et à l'UAS pour la coordination des appuis aux Organisations à base communautaire ;
- les Antennes régionales sont chargées d'assurer la coordination technique et le suivi de la mise en œuvre de l'ensemble des interventions de lutte contre le VIH, le Sida et les IST au niveau régional. Elles constituent les organes techniques des Comités régionaux de lutte contre le SIDA et les IST. Elles apportent à cet effet, l'appui technique nécessaire en matière de planification, de gestion et de suivi évaluation des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans les collectivités territoriales et les circonscriptions administratives (régions, provinces, communes). Les activités relatives à la planification et au suivi évaluation des interventions régionales seront directement traitées avec l'UC-PSE, toutefois, les antennes régionales restent rattachées au bureau du Secrétaire permanent du CNLS-IST pour les aspects stratégiques et politiques.

Le Secrétariat permanent du CNLS-IST assure également la coordination des projets et programmes rattachés qui disposent d'une gestion autonome par des responsables recrutés sur appel à candidature. Dans la mise en œuvre de leurs interventions, ces projets et programmes sont techniquement reliés à l'UC-PSE pour la programmation et le suivi évaluation des activités. En outre, il assure le fonctionnement du Secrétariat exécutif du cadre de concertation des CNLS de la zone UEMOA élargie à la Mauritanie.

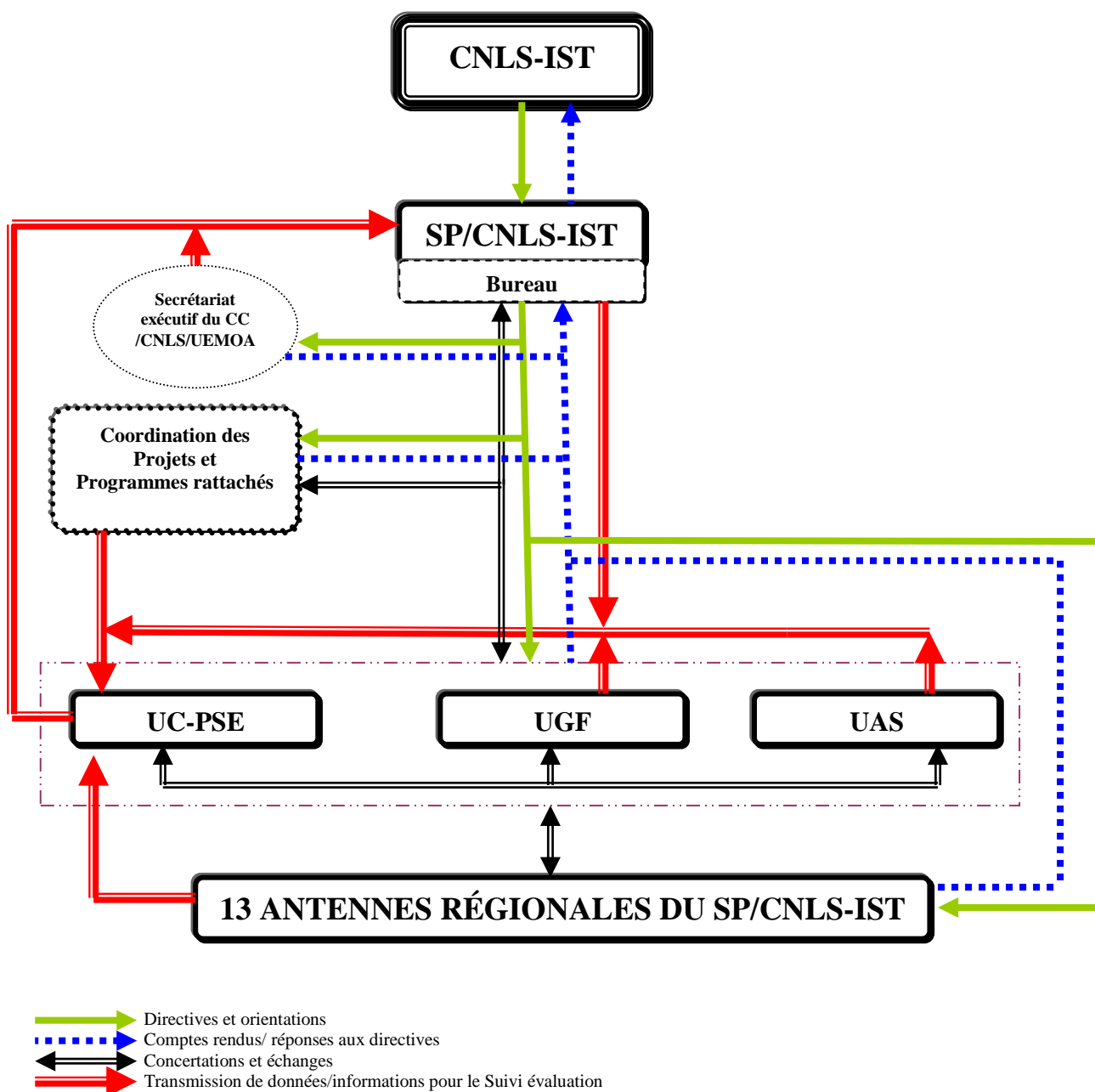
Les unités, les départements et les antennes régionales sont dirigés par des coordonnateurs, des chefs de départements et des chefs d'antenne qui ont respectivement rang de directeurs généraux, directeurs centraux et directeurs régionaux de départements ministériels. Dans le but de pérenniser les performances des structures, ces responsables sont issus de l'administration publique. Ils sont nommés en Conseil des ministres sur proposition du Secrétaire permanent du CNLS-IST.

L'organigramme détaillé du SP/CNLS-IST sera ultérieurement défini par un texte spécifique qui fixe l'organisation et le fonctionnement des services.

**Figure 3: Vue organisationnelle du SP/CNLS-IST**



**Figure 4 : Relations fonctionnelles entre les structures du SP/CNLS-IST**



- Structures sectorielles publiques et privées

- *Les Cadres de concertation des institutions et des ministères pour la lutte contre le VIH, le Sida et les IST (CCIM)*

Ce sont des instances de concertation et d'orientation des stratégies communes aux différents groupes d'institutions ou de ministères. Elles sont appelées à coordonner la planification et la mise en œuvre des activités des CILS et des CMLS au profit des groupes cibles connexes constitués par les bénéficiaires directs et les utilisateurs des services de l'administration publique. Toutefois des cadres de concertation ponctuels, thématiques et intersectoriels peuvent être mis en place pour des questions spécifiques.

Au regard des difficultés de mise en place et de gestion des multiples cellules relais des comités d'institutions et ministériels de lutte contre le VIH, le Sida et les IST, ces structures seront remplacées par des points focaux. Ceux du niveau régional devront également mettre en place des cadres de concertation par groupe pour la programmation et la mise en œuvre des interventions communes.



- *Les Comités d'institutions de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (CILS)*

Ce sont des structures de coordination des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans les différentes institutions. Les CILS sont chargés d'élaborer et de mettre en œuvre les programmes de lutte contre le SIDA dans les institutions, en collaboration avec les points focaux des structures déconcentrées et rattachées desdites institutions. Ils servent de relais entre leurs institutions et le SP/CNLS-IST.

- *Les Comités ministériels de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (CMLS)*

Ce sont des structures de coordination des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans les différents départements ministériels. Les CMLS sont chargés d'élaborer et de mettre en œuvre les programmes de lutte contre le Sida dans les ministères, en collaboration avec les points focaux des structures déconcentrées et rattachées desdits ministères. Ils servent de relais entre leurs départements ministériels et le SP/CNLS-IST.

- *Les Comités d'entreprises de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (CELS)*

Ce sont des structures de coordination des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans les entreprises. Les CELS sont chargés d'élaborer et de mettre en œuvre les activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans les différents secteurs d'entreprises, en collaboration avec les points focaux des structures déconcentrées et rattachées desdites entreprises et les organisations faîtières du secteur informel. Ils servent de relais entre leurs entreprises et le SP/CNLS-IST.

L'existence de la Coalition nationale du secteur privé et des entreprises (CNSPE) qui est un cadre fédérateur du secteur privé et des entreprises, mis en place le 23 mai 2008 et reconnu par récépissé N° 2008/0481/MATD/SG/DGLPAP/DOASOC du 17 juillet 2008, constitue un atout. Elle est une structure nationale de coordination des interventions des grandes entreprises, organisations des PME/PMI et organisations faîtières du secteur informel en vue de renforcer la contribution de celles-ci à la riposte contre la pandémie du VIH. Pour ce faire, la coalition facilite la constitution et le développement d'actions concertées dans la riposte contre le VIH, mène des actions de plaidoyer auprès des entreprises, des partenaires et de l'Etat, organise des événements de portée nationale. Elle prévoit la mise en place de coordinations sectorielles centrales et décentralisées. Le bureau national de la CNSPE rend compte au SP/CNLS-IST.

► **Structures de coordination au niveau régional**

La coordination au niveau régional est assurée par les structures de coordination du CNLS-IST mises en place au niveau des régions, des provinces, des secteurs de communes et des villages. Ces structures décentralisées du CNLS-IST collaborent particulièrement avec celles du secteur communautaire chargées de la coordination des interventions communautaires en fonction des niveaux. Ce sont :

- *Les Comités régionaux de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (CRLS)*

Les CRLS sont responsables de la coordination des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans les différentes régions avec l'appui technique des antennes régionales du SP/CNLS-IST (structures déconcentrées). Ils assurent la coordination régionale des interventions à travers les structures de coordination provinciale (CPLS) et communale (CCLS). A l'image du CNLS-IST au niveau central, ils sont constitués de représentants des services déconcentrés des départements ministériels, de la société civile, du privé, des représentants des CPLS et des projets et programmes. Les CRLS sont chargés de veiller à la mise en œuvre des orientations définies par le CNLS-IST au niveau régional. A ce titre, ils sont responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre des plans régionaux multisectoriels (PRM) de lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Ils collaborent avec les structures sectorielles de coordination régionales qui existent. Les CRLS sont présidés par les gouverneurs de régions.

- *Les Comités provinciaux de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (CPLS)*

Les CPLS sont responsables de la coordination des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST au niveau des provinces. Ils sont essentiellement chargés de coordonner et suivre la mise en œuvre des interventions des différents acteurs dans leurs provinces respectives avec l'appui des CCLS. Ils sont constitués de représentants des services déconcentrés des départements ministériels, des organisations de la société civile, du privé, des représentants des CCLS et des projets et programmes. Les CPLS sont présidés par les hauts commissaires des provinces.

- *Les Comités communaux de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (CCLS)*

Les CCLS sont responsables de la coordination des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST au niveau des communes urbaines, des arrondissements et des communes rurales. Ils sont essentiellement chargés de coordonner et suivre la mise en œuvre des interventions des différents acteurs dans leurs communes respectives. Ils s'appuient sur les Comités de secteurs de communes de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (CSCLS) dans les communes urbaines et les arrondissements, et sur les Comités villageois de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (CVLS) dans les communes rurales. Ils sont constitués de représentants des services déconcentrés des départements ministériels, des organisations de la société civile, du privé, des représentants des CSCLS, des CVLS et des projets et programmes. Les CCLS des communes urbaines et rurales sont présidés par les Maires de commune et d'arrondissement.

- *Les Comités de secteurs de communes et Comités villageois de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (CSCLS, CVLS)*

Les CSCLS et les CVLS sont responsables de la coordination des activités de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST dans les secteurs de communes et les villages. Ils sont composés de représentants des démembrements de leur entité territoriale. Ils servent de relais entre les villages, les secteurs des communes et les CCLS auxquels ils rendent compte. Les CSCLS et les CVLS sont chargés de veiller à l'organisation et au suivi/supervision des interventions dans leurs localités. Ces interventions sont réalisées par les OBC contractantes, les animateurs recrutés et les personnes ressources des formations sanitaires (CM, CSPS) et autres structures techniques habilitées.

#### *4.2.2.2. Structures communautaires de coordination*

Ce sont les regroupements des organisations d'associations, d'OBC et d'ONG chargés de coordonner les activités de leurs structures membres dans le cadre de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Il s'agit des réseaux, des unions, des groupements, des collectifs, des fédérations, des coalitions, etc. Ces structures sont librement créées conformément aux dispositions légales et réglementaires. Elles sont mises en place au niveau central, régional et provincial. Les structures de coordination communautaires à tous les niveaux veilleront à entretenir la concertation avec le SP/CNLS-IST et les structures décentralisées du CNLS-IST.

Leur structuration sur la période 2011-2015, devrait se renforcer aux différents niveaux (central, régional et provincial) afin d'améliorer leur représentation et leur participation aux instances de décisions mises en place par le CNLS-IST. La structuration est la suivante :

#### ► **Les coordinations nationales des organisations communautaires de lutte contre le VIH, le Sida et les IST**

Ce sont les structures communautaires de coordination mises en place au niveau national (central) et qui disposent généralement de démembrements dans les régions et les provinces. Elles sont assez diverses et leur existence favorise la coordination des activités avec le SP/CNLS-IST et les partenaires techniques et financiers.

► **Les coordinations régionales des organisations communautaires de lutte contre le VIH/SIDA et les IST**

Ce sont les structures communautaires de coordination des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST au niveau régional. Avec l'appui technique des antennes régionales du SP/CNLS-IST, elles sont chargées de coordonner les interventions communautaires de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans les régions et constituent des relais entre les acteurs communautaires et les CRLS sur les questions liées au secteur communautaire.

► **Les coordinations provinciales des organisations communautaires de lutte contre le VIH, le Sida et les IST**

Ce sont les structures communautaires de coordination des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST au niveau provincial. Elles sont chargées de coordonner les interventions communautaires de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans les provinces et d'apporter un appui technique aux CPLS sur les questions liées au secteur communautaire.

4.2.2.3. *Structures de coordination des partenaires techniques et financiers*

La coordination des partenaires techniques et financiers est essentiellement effectuée à travers des cadres de concertation mis en place.

► **L'équipe conjointe sur le VIH/Sida (UN joint team- UNJT)**

Elle regroupe les différentes agences du système des Nations unies intervenant dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Il s'agit du PNUD, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du PAM, de l'OMS, de l'ONUSIDA, de la FAO, de la Banque Mondiale, du BIT, de l'UNESCO. La coordination de cette équipe est faite à travers l'organisation de rencontres mensuelles de concertation des points focaux VIH auxquelles participent le SP/CNLS-IST, les structures sectorielles (notamment la société civile) et les projets et programmes impliqués dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Ces rencontres ont également pour objet de permettre à chaque agence du système des Nations Unies de présenter le bilan de ses activités menées dans le cadre de la réponse au VIH et les perspectives.

► **Le Groupe thématique ONUSIDA (GT)**

Il regroupe les agences co-parrainantes de l'ONUSIDA, les partenaires techniques et financiers bilatéraux et multilatéraux autour de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Ce groupe se réunit sous l'égide d'un chef de file (PAM en 2006, PNUD en 2007, OMS en 2008 et UNICEF en 2009) pour définir un plan conjoint de travail annuel autour des grandes questions de la réponse nationale au VIH et pour assurer le suivi des actions en relation avec les effets programmes pays de l'UNDAF. Ce cadre permet aux partenaires de coordonner leurs interventions relatives à la mobilisation des ressources et à l'harmonisation des appuis. Les structures nationales dont le SP/CNLS-IST, le Ministère de la santé et la société civile sont invités aux rencontres.

4.2.2.4. *Autres structures de coordination multi-partenariales*

Ces structures sont représentées par les cadres de concertation et d'orientation spécifiques mis en place en fonction des besoins de coordination de la réponse au VIH. Elles sont créées par des textes réglementaires qui régissent leur création, attributions, composition et fonctionnement. Leurs travaux sont effectués à travers des rencontres statutaires ordinaires et/ou extraordinaires.

► **Les Comités de pilotage et d'orientation des projets et programmes**

Ces comités sont mis en place pour coordonner et orienter la mise en œuvre des projets et programmes de lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Ils sont composés de représentants des parties prenantes à la mise en œuvre desdits projets qui sont chargés d'approuver et de valider les résultats périodiques et donner les orientations nécessaires pour les actions futures. La majorité de ces comités sont présidés par le Secrétaire permanent du CNLS-IST.

► **Le Comité technique de programmation et de suivi (CTPS)**

Le Comité technique de programmation et de suivi du Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST est un organe de concertation entre le Gouvernement, les Partenaires techniques et financiers, la société civile et le secteur privé et des entreprises en vue de faciliter la réalisation des objectifs du Cadre. Il rend compte au Conseil National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST). Il comprend des représentants du secteur public, des Partenaires techniques et financiers, de la société civile et du secteur privé et des entreprises engagés dans la lutte contre le VIH/Sida. Il est présidé par le Secrétaire Permanent du CNLS-IST avec le Président du Groupe thématique ONUSIDA comme Vice Président.

► **Le Comité de suivi des déclarations et des engagements des Partenaires techniques et financiers**

Le Comité de suivi des déclarations et des engagements des Partenaires techniques et financiers pour le financement du CSLS est un organe de concertation entre le Gouvernement et les Partenaires techniques et financiers ayant pris des engagements pour contribuer au financement du Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Il est composé des représentants du SP/CNLS-IST, du Ministère de l'économie et des finances et du Ministère de la santé. Il est chargé entre autres de mettre en place une méthodologie de suivi et de plaider des Partenaires techniques et financiers. Il mène par ailleurs des réflexions sur les possibilités d'allègement des procédures et mécanismes d'interventions des Partenaires techniques et financiers en vue d'améliorer les taux d'absorption des ressources mobilisées.

► **Le Comité de pilotage du Panier commun Sida (CP-PC/Sida)**

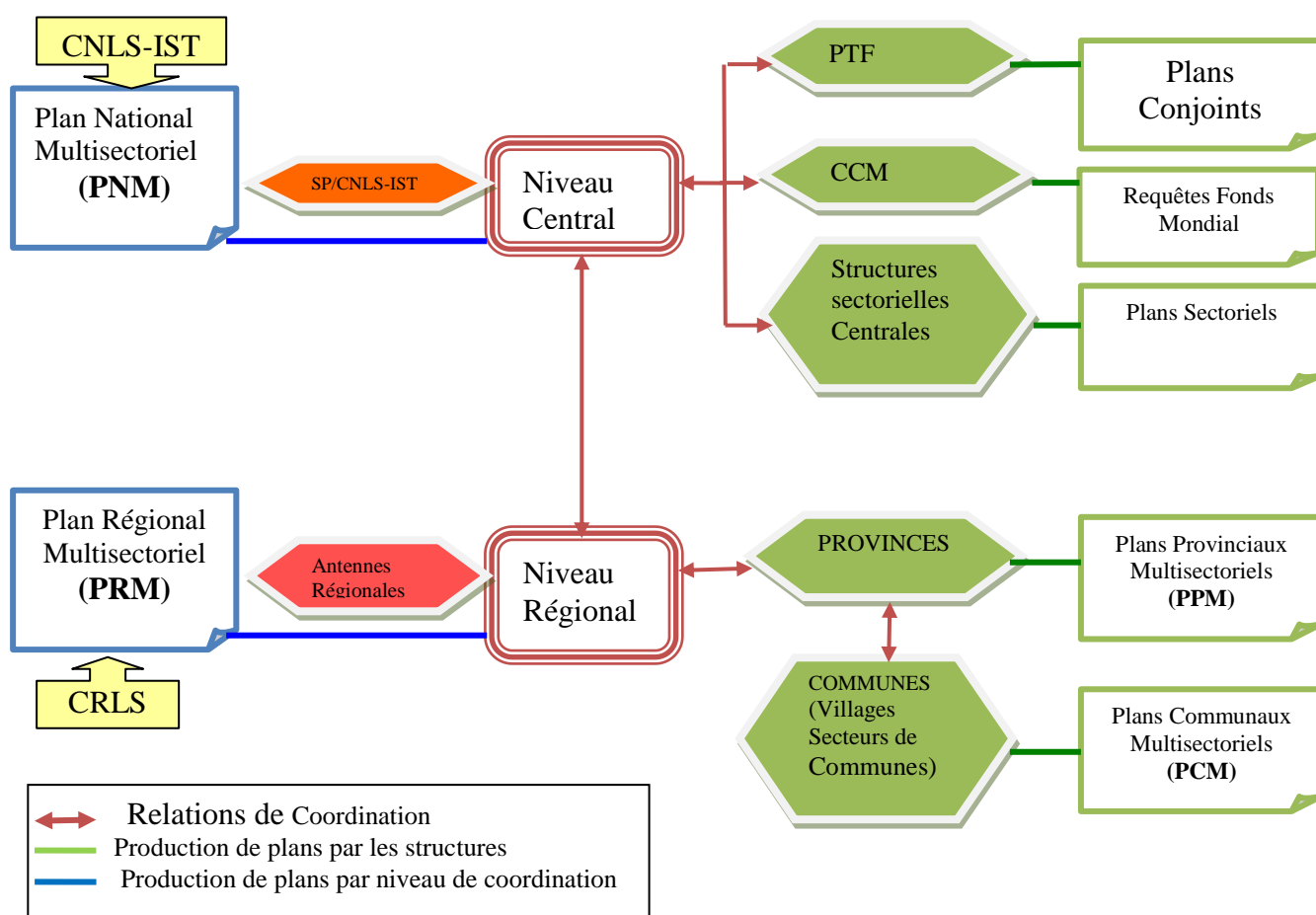
Le Comité de pilotage du Panier commun/Sida est un organe d'orientation et de décision entre le Gouvernement et les Partenaires techniques et financiers, adhérant au panier commun, en vue de la mise en œuvre efficiente du mécanisme de financement du CSLS. Il est composé de représentants du gouvernement, des Partenaires techniques et financiers et de la société civile. Le Comité de pilotage est présidé par le Secrétaire permanent du CNLS-IST et le secrétariat est assuré par le Coordonnateur de l'Unité de Gestion Financière du SP/CNLS-IST. Les Partenaires techniques et financiers désignent en leur sein un chef de file qui joue le rôle d'interlocuteur permanent auprès du Secrétaire permanent du CNLS-IST.

► **Le Comité de Gestion du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme (CG/FM-STP) ou Country Coordinating Mechanism (CCM Burkina)**

Il représente l'instance de coordination nationale qui assure le suivi de la mise en œuvre des accords de subvention du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme au Burkina Faso. Il est composé des représentants de l'ensemble des parties prenantes dans la lutte contre les trois maladies au niveau national, des groupes affectés et vulnérables tenant compte de l'échelle de l'épidémie et des partenaires multilatéraux et bilatéraux du développement. Il est dirigé par un Président et deux vice-présidents élus, provenant de secteurs différents.

Le Country Coordinating Mechanism (CCM) assure les rôles suivants : i) coordonner l'élaboration et la soumission des requêtes au Fonds mondial, ii) suivre la mise en œuvre des activités des programmes approuvés par le Fonds mondial, iii) assurer le lien et la cohérence entre l'aide du Fonds mondial et les autres programmes de développement, iv) évaluer la performance de mise en œuvre des programmes par les bénéficiaires principaux et les bénéficiaires secondaires dans l'exécution d'un programme, etc. Il dispose d'un secrétariat chargé d'organiser les réunions de concertation, de consensus et d'orientation ainsi que les diverses activités relatives à la supervision de l'utilisation des ressources du Fonds mondial. Ce secrétariat est chargé de garantir la plus large diffusion des informations relatives au Fonds mondial : les appels à propositions, les décisions prises par le CCM et les renseignements détaillés sur les propositions de financement.

**Figure 5 : Niveaux de coordination de la réponse nationale au VIH**



#### 4.2.3. Structures d'exécution

Les structures d'exécution des activités opérationnelles de lutte contre le VIH, le Sida et les IST existent au niveau central, régional et provincial (communes et secteurs de communes et villages) et dans les différents secteurs d'intervention (public, privé, communautaire). Elles sont chargées d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'actions et micro-projets au profit des groupes spécifiques et de la population générale. Elles comprennent les structures suivantes :

#### 4.2.3.1. Points focaux des CILS, CMLS et CELS

Les points focaux sont des personnes relais identifiées dans les structures centrales et déconcentrées des institutions, des départements ministériels et des entreprises. Sous la direction des coordonnateurs des CILS, CMLS et CELS, ils sont chargés d'organiser l'exécution des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans leurs structures, en s'appuyant sur les associations /OBC, les ONG et les autres structures techniques compétentes. Les points focaux des directions régionales en collaboration avec ceux des directions provinciales, jouent un rôle d'interface entre leur comité, le CRLS et l'antenne régionale du SP/CNLS-IST, auxquels ils rendent compte également de leurs activités.

#### 4.2.3.2. Associations/OBC et ONG

Les associations/OBC et les ONG locales, sont des structures communautaires chargées d'exécuter les activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans leurs zones d'intervention et dans des domaines de compétences spécifiques. A ce titre, elles seront davantage utilisées dans le cadre de la contractualisation des interventions en matière de prévention, de prise en charge et de soutien aux groupes spécifiques dans les différents secteurs.

Les associations/OBC et ONG sont invitées à rendre compte de leurs activités aux structures décentralisées de coordination du CNLS-IST de leurs localités. Celles qui sont affiliées rendent compte également à leurs structures de tutelle de coordination.

#### 4.2.3.3. Unités d'exécution des projets et programmes

Il s'agit des structures de mise en œuvre des projets et programmes impliqués dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST au niveau central, régional et provincial. Elles sont chargées d'organiser et de suivre l'exécution des activités sur le terrain. Leurs cellules d'animation collaborent avec les structures sectorielles (publiques, privées et communautaires) compétentes pour apporter l'appui technique nécessaire à la mise en œuvre des activités. Elles rendent également compte de leurs activités aux structures décentralisées de coordination du CNLS-IST de leurs localités. Les unités d'exécution des projets et programmes au niveau central rendent compte de leurs activités consolidées au SP/CNLS-IST avec qui elles collaborent pour l'orientation de leurs interventions.

## V. FINANCEMENT DU CADRE STRATÉGIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA ET LES IST 2011-2015

### 5.1. Rappel du financement du CSLS 2006-2010

Le budget prévisionnel du CSLS 2006-2010, sur la base d'un taux de prévalence du VIH de 4,2% a été estimé à 160 milliards de FCFA. Au cours de la table ronde des bailleurs de fonds tenue en juillet 2006, et sur recommandation des partenaires techniques et financiers, ce budget a été ramené à 120 milliards de FCFA en considérant un taux de prévalence de 2,3%. Les besoins financiers du CSLS 2006-2010 ont été réévalués à 138,72 milliards de FCFA suite à la revue à mi-parcours dudit Cadre. Un recadrage budgétaire a été fait donc pour tenir compte des besoins réels de traitement et de prise en charge des personnes infectées et affectées ainsi que des insuffisances constatées dans l'opérationnalisation du système national de suivi évaluation.

Le bilan financier du CSLS 2006-2010 a été établi à partir de l'étude sur l'estimation financière des ressources et des dépenses en Sida (REDES) des années 2006, 2007 et 2008 ainsi que du bilan annuel du plan national multisectoriel de l'année 2009 et une extrapolation des dépenses pour l'année 2010.

#### 5.1.1. Situation d'exécution financière globale

Au cours de la période 2006-2009, les ressources mobilisées se chiffrent à 95,49 milliards de F.CFA pour une prévision budgétaire estimée à 100,45 milliards de FCFA soit un taux de mobilisation de 95,06%. Si l'on inclut le montant mobilisable en 2010 de l'ordre de 21,44 milliards de F.CFA, le montant global des fonds mobilisés pour la période 2006-2010 sera de 116, 93 milliards de FCFA sur une prévision de 138,72 milliards de FCFA, soit un taux de mobilisation globale de 84,29%.

En termes d'exécution des ressources mobilisées, il ressort un montant cumulé des dépenses de 89,04 milliards de F.CFA de 2006 à 2009. Si l'on considère l'estimation des dépenses de l'année 2010, les dépenses totales seraient de 109,02 milliards de F.CFA ; ce qui représenterait un taux d'absorption de 93,24%.

**Tableau n°8 : Situation d'exécution des ressources mobilisées de 2006-2010 (en millions de FCFA)**

Année	Budget prévisionnel	Montant mobilisé	Taux de mobilisation	Montant dépensé	Taux d'absorption	Taux d'exécution
2006*	19 902,48	22 909,88	115,11%	21 284,16	92,90%	106,94%
2007*	22 336,37	22 386,66	100,23%	21 036,84	93,97%	94,18%
2008*	24 233,33	25 169,73	103,86%	25 164,73	99,98%	103,84%
2009**	33 981,92	25 021,81	73,63%	21 549,28	86,12%	63,41%
<b>Sous total 2006-2009</b>	<b>100 454,10</b>	<b>95 488,08</b>	<b>95,06%</b>	<b>89 035,01</b>	<b>93,24%</b>	<b>88,63%</b>
2010***	38 263,84	21 436,26	56,02%	19 987,60	93,24%	52,24%
<b>Total général en F.CFA</b>	<b>138 717,94</b>	<b>116 924,34</b>	<b>84,29%</b>	<b>109 022,60</b>	<b>93,24%</b>	<b>78,59%</b>
<b>Total général en millions de USD</b>	<b>308,26</b>	<b>259,83</b>	<b>84,29%</b>	<b>242,27</b>	<b>93,24%</b>	<b>78,59%</b>
<b>Total général en millions d'Euros</b>	<b>211,47</b>	<b>178,25</b>	<b>84,29%</b>	<b>166,20</b>	<b>93,24%</b>	<b>78,59%</b>

\* Dépenses extraites des résultats de l'étude REDES 2006, 2007 et 2008

\*\* Dépenses extraites du bilan du PNM 2009 (non consolidées)

\*\*\* Dépenses estimées à partir de l'absorption moyenne des ressources des années 2006, 2007, 2008 et 2009.

### 5.1.2. Situation d'exécution financière par groupe de partenaires techniques et financiers

Le financement de la réponse nationale au VIH a été assuré sur ressources intérieures à hauteur de 15,12% et sur ressources extérieures pour 84,88%. Le tableau suivant présente la contribution au financement du CSLS 2006-2010 par source de financement en millions de F.CFA.

**Tableau n°9 : Situation des ressources dépenses/mobilisées par groupe de partenaires techniques et financiers de 2006-2010 en millions de FCFA**

Partenaires	2006*	2007*	2008*	2009*	2010**	Total	Proportion
<b>Ressources intérieures</b>	<b>3 880,88</b>	<b>4 418,26</b>	<b>4 003,77</b>	<b>2 134,11</b>	<b>2 264,08</b>	<b>16 701,09</b>	<b>15,12%</b>
Etat : ressources propres	1 863,63	1 338,58	1 644,30	1 982,34	2 211,68	9 040,53	8,18%
Secteur privé	0,00	54,07	59,68	18,51	0,00	132,26	0,12%
Société civile nationale	286,04	0,00	12,04	133,26	52,40	483,75	0,44%
Ménages	1 731,20	3 025,61	2 287,75	0,00	0,00	7 044,56	6,38%
<b>Ressources extérieures</b>	<b>17 403,28</b>	<b>16 618,58</b>	<b>21 160,96</b>	<b>19 415,17</b>	<b>19 172,18</b>	<b>93 770,17</b>	<b>84,88%</b>
Groupe thématique ONUSIDA	4 414,29	5 546,04	7 387,41	6 456,01	5 445,84	29 249,59	26,48%
Coopération multilatérale	5 307,62	3 638,27	6 616,44	7 169,61	6 820,24	29 552,19	26,75%
Coopération bilatérale	5 978,02	6 521,38	4 856,19	5 063,47	6 868,51	29 287,58	26,51%
ONG internationales et autres	1 703,35	912,88	2 300,92	726,07	37,59	5 680,82	5,14%
<b>Total général en F.CFA</b>	<b>21 284,16</b>	<b>21 036,84</b>	<b>25 164,73</b>	<b>21 549,28</b>	<b>21 436,26</b>	<b>110 471,26</b>	<b>100,00%</b>
<b>Total général en millions de USD</b>	<b>47,30</b>	<b>46,75</b>	<b>55,92</b>	<b>47,89</b>	<b>47,64</b>	<b>245,49</b>	<b>100,00%</b>
<b>Total général en millions d'Euros</b>	<b>32,45</b>	<b>32,07</b>	<b>38,36</b>	<b>32,85</b>	<b>32,68</b>	<b>168,41</b>	<b>100,00%</b>

\* Dépenses effectives

\*\* Ressources mobilisées

### 5.1.3. Situation d'exécution financière par domaine programmatique

Les fonds mobilisés auprès des sources de financement ont servi à financer la prévention (27,7% des dépenses totales), les soins et traitements (34,5% des dépenses totales), la prise en charge psychosociale et économique (10,4% des dépenses totales), le renforcement des capacités (20,4% des dépenses totales) et l'information stratégique (7,1% des dépenses totales).

Le tableau suivant présente le bilan financier de la mise en œuvre des domaines programmatiques de 2006 à 2009 :

**Tableau n°10 : Résultats financiers de la mise en œuvre des domaines programmatiques sur la période 2006-2009 en millions de FCFA**

Domaines programmatiques	Budget prévisionnel	Montant mobilisé	Taux de mobilisation	Montant dépensé	Taux d'absorption	Taux d'exécution
Prévention	63 084,36	27 049,72	42,88%	24 632,31	91,06%	39,05%
Soins et traitements	24 888,96	22 549,33	90,60%	30 691,40	136,11%	123,31%
Prise en charge	25 733,25	14 969,14	58,17%	9 264,94	61,89%	36,00%
Appui	13 702,51	19 776,99	144,33%	18 139,34	91,72%	132,38%
Informations stratégiques	11 308,87	11 142,91	98,53%	6 307,02	56,60%	55,77%
<b>Total général en F.CFA</b>	<b>138 717,94</b>	<b>95 488,08</b>	<b>68,84%</b>	<b>89 035,01</b>	<b>93,24%</b>	<b>64,18%</b>
<b>Total général en millions de dollars US</b>	<b>308,26</b>	<b>212,20</b>	<b>68,84%</b>	<b>197,86</b>	<b>93,24%</b>	<b>64,18%</b>
<b>Total général en millions d'Euros</b>	<b>211,47</b>	<b>145,57</b>	<b>68,84%</b>	<b>135,73</b>	<b>93,24%</b>	<b>64,18%</b>

### 5.1.4. Leçons tirées

Le niveau de mobilisation des ressources est satisfaisant et se situe à 95% en moyenne sur la période 2006-2009. Ce taux devrait s'améliorer à la fin de l'année 2010. Le renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST s'est traduit par l'augmentation de l'allocation des ressources budgétaires de l'Etat, l'adhésion de nouveaux partenaires et le regroupement de certains partenaires techniques et financiers sous forme de panier commun.



## **5.2. Estimation du coût de la réponse nationale sur la période 2011-2015**

### **5.2.1. Cadrage budgétaire**

L'examen du financement sur budget de l'Etat au cours de ces cinq dernières années indique que les dotations du ministère de la Santé ont représenté en moyenne 9,1% du budget total de l'Etat. La part de l'ensemble du budget de la santé consacrée au domaine spécifique de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST révèle une moyenne de 2,7% par an, ce qui représente une portion congrue comparativement au budget de l'Etat comme l'indique le tableau ci-dessous :

**Tableau n°11 : Evolution du budget de l'Etat (santé, VIH) selon les années (en milliards de FCFA)**

Budget	2006	2007	2008	2009	2010
Budget Etat (ressources propres)	568,69	689,17	713,62	846,57	881,61
Ressources propres de l'Etat consacrées à la santé	51,14	61,12	65,56	68,67	79,05
Ressources propres de l'Etat consacrées à la santé y compris le VIH	53,01	62,46	67,20	70,65	81,26
Ressources propres de l'Etat consacré à la réponse au VIH	1,86	1,34	1,64	1,98	2,21
Part santé y compris le VIH/Budget Etat (en %)	9,3%	9,1%	9,4%	8,3%	9,2%
Part VIH/Santé y compris le VIH (%)	3,5%	2,1%	2,4%	2,8%	2,7%
Part VIH/Budget de l'Etat (%)	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%

*Source : SP/CNLS-IST (référence budget de l'Etat)*

Cette faiblesse des ressources nationales a été fortement suppléée par les financements extérieurs dont le volume sur la période 2006-2010 s'établit à environ 19 milliards en moyenne par année. Une grande partie de ces financements est constituée par les contributions des partenaires techniques et financiers (bilatéraux, multilatéraux, ONG internationales), sous forme de prêts ou de subventions octroyés à l'Etat dans le cadre de la mise en œuvre des actions.

### **5.2.2. Hypothèses d'estimation**

L'évaluation des besoins pour la réponse au VIH pour la période 2011-2015 a été réalisée suivant trois phases d'exploitation des données. Il s'agit de leur collecte, leur traitement et leur analyse. Cette évaluation s'inscrit dans un processus international d'estimations des besoins de ressources pour la réponse au VIH initié par l'ONUSIDA. A cet effet, un progiciel dénommé « Resources need model » (RNM) dont une version améliorée a été développée par Future Institute et mise en œuvre par l'ONUSIDA (cf. détail en annexe 8).

La collecte a permis d'exploiter des données démographiques, épidémiologiques et programmatiques ainsi que les coûts unitaires.

Le traitement et l'analyse des données collectées ont consisté à charger le progiciel RNM ; ce qui a permis d'obtenir les cibles par domaine programmatique ainsi que les coûts des interventions présentées comme suit : (i) prévention, (ii) services de soins et traitement, (iii) atténuation de l'impact du Sida, (iv) prévention et prise en charge des violences faites aux femmes, (v) politique, administration, recherche et suivi évaluation.

Sur la base du modèle, la séroprévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans devrait passer de 1,2% en 2008 à 1,12% en 2015.

### **5.2.3. Budget prévisionnel**

#### **5.2.3.1. Budget prévisionnel global**

Le Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015 visera à atteindre les objectifs du millénaire pour le développement d'ici à 2015 à travers le renforcement des acquis de la lutte et la stabilisation de la prévalence du VIH entre 1,14% et 1,12% sur la base des projections de Spectrum. Pour cela, les ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre du CSLS 2011-2015 sont estimées à 170,78 milliards de F.CFA, soit 359,53 millions de dollar US. Le détail de l'estimation du budget est présenté en annexe 8.

Le financement acquis/annoncé s'élève à 56,57 milliards de FCFA en mai 2010. Il se dégage un besoin de financement de 114,21 milliards de F.CFA qui sera sollicité auprès des partenaires techniques et financiers. La perspective de succès de la requête au 10<sup>e</sup> round du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme et l'engagement de certains partenaires à poursuivre leurs interventions à travers le secteur santé permettent d'espérer mobiliser les ressources nécessaires. Par ailleurs, des efforts additionnels internes seront nécessaires pour prendre en charge les actions et mesures complémentaires qui donneront une plus grande dynamique à la réponse nationale.

### 5.2.3.2. Budget prévisionnel par axe et par an

Le tableau ci-dessous présente le budget prévisionnel nécessaire à la réponse nationale par axe stratégique et par année. Il ressort que les ressources nécessaires pour la riposte sont allouées à hauteur (i) de 42,8 % au profit de l'axe stratégique 1, (ii) de 35,9 % pour l'axe stratégique 2, (iii) de 4,8 % pour l'axe stratégique 3, (iv) de 8,0 % pour l'axe stratégique 4 et (v) de 8,5 % pour l'axe stratégique 5.

**Tableau n°12: Prévisions budgétaires par axe stratégique (en FCFA)**

Axe stratégique	2011	2012	2013	2014	2015	Total	%
Prévention de la transmission du VIH et des IST, promotion du conseil dépistage et de la santé sexuelle et reproductive	12 589 958 789	13 514 639 356	14 524 847 800	15 630 166 779	16 840 725 062	73 100 337 786	42,8 %
Accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH	13 245 745 408	12 818 399 864	12 251 572 925	11 807 947 602	11 251 475 377	61 375 141 177	35,9 %
Protection et soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH	1 531 140 106	1 579 976 526	1 627 514 723	1 683 521 794	1 712 385 074	8 134 538 223	4,8 %
Coordination, partenariat et la mobilisation des ressources	2 619 415 872	2 671 692 639	2 718 680 989	2 787 375 672	2 852 744 127	13 649 909 298	8,0 %
Gestion de l'information stratégique sur le VIH, le Sida et les IST	2 786 225 693	2 841 831 553	2 891 812 218	2 964 881 520	3 034 412 773	14 519 163 757	8,5 %
<b>Total</b>	<b>32 772 485 867</b>	<b>33 426 539 939</b>	<b>34 014 428 655</b>	<b>34 873 893 367</b>	<b>35 691 742 413</b>	<b>170 779 090 240</b>	<b>100 %</b>

Source : SP/CNLS-IST, synthèse RNM

Le tableau ci-dessous présente le budget prévisionnel nécessaire à la réponse nationale par axe stratégique et par année en dollar US :

**Tableau n°13 : Prévisions budgétaires par axe stratégique (en USD)**

Axe stratégique	2011	2012	2013	2014	2015	Total	%
Prévention de la transmission du VIH et des IST, promotion du conseil dépistage et de la santé sexuelle et reproductive	26 505 176	28 451 872	30 578 627	32 905 614	35 454 158	153 895 448	42,8 %
Accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH	27 885 780	26 986 105	25 792 785	24 858 837	23 687 317	129 210 824	35,9 %
Protection et soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH	3 223 453	3 326 266	3 426 347	3 544 256	3 605 021	17 125 344	4,8 %
Coordination, partenariat et la mobilisation des ressources	5 514 560	5 624 616	5 723 539	5 868 159	6 005 777	28 736 651	8,0 %
Gestion de l'information stratégique sur le VIH, le Sida et les IST	5 865 738	5 982 803	6 088 026	6 241 856	6 388 237	30 566 661	8,5 %
<b>Total</b>	<b>68 994 707</b>	<b>70 371 663</b>	<b>71 609 323</b>	<b>73 418 723</b>	<b>75 140 510</b>	<b>359 534 927</b>	<b>100 %</b>

Source : SP/CNLS-IST, synthèse RNM

### 5.2.3.3. Budget prévisionnel par secteur d'intervention

Le tableau ci-dessous présente le budget prévisionnel nécessaire à la réponse nationale par secteur d'intervention. Il ressort que les ressources nécessaires pour la riposte sont allouées à hauteur (i) de 46,1% au profit du sous-secteur de la santé, (ii) de 2,0 % pour le sous-secteur de l'action sociale, (iii) de 4,0% pour le sous-secteur des institutions et autres ministères, (iv) de 1,5% pour le secteur privé et des entreprises, (v) de 35,0 % pour le secteur communautaire, (vi) de 5,2% pour le sous-secteur de la coordination centrale et (vii) de 6,2% pour le sous-secteur de la coordination décentralisée. En rappel, le secteur communautaire intervient dans beaucoup de domaines liés à la protection et au soutien des PVVIH et personnes affectées notamment les OEV, ce qui explique l'affectation relativement faible du sous-secteur de l'action sociale.

**Tableau n°14 : Prévisions budgétaires par secteur d'intervention (en millions FCFA)**

Axe	Résultats	Budget global	% du budget global	Répartition du budget par secteur de d'intervention						
				Sous secteur santé	Sous secteur action sociale	Sous secteur des institutions et autres ministères	Secteur privé et des entreprises	Secteur communautaire	Sous secteur de la coordination centrale	Sous secteur de la coordination décentralisée
<b>Prévention de la transmission du VIH et des IST, promotion du conseil dépistage et de la SSR</b>		<b>73 100,338</b>	<b>42,8%</b>	<b>26 460,408</b>	<b>101,884</b>	<b>5 538,857</b>	<b>1 720,806</b>	<b>39 278,382</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
	D'ici fin 2015, la prévalence du VIH est passée de 1,6% à 1,12% au sein de la population générale	51 545,954	30,2%	15 501,330	101,884	5 538,857	1 720,806	28 683,076	0,000	0,000
	Chaque année, 100% des cas d'IST diagnostiqués au niveau national sont pris en charge selon les normes dans les structures appropriées	3 895,541	2,3%	3 895,541	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	De 2011 à 2015, le nombre de personnes dépistées a augmenté d'au moins 10% par an	17 658,843	10,3%	7 063,537	0,000	0,000	0,000	10 595,306	0,000	0,000
<b>Accès aux soins et à la PEC médicale et communautaire des PVVIH</b>		<b>61 375,141</b>	<b>35,9%</b>	<b>47 466,788</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>13 908,354</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
	D'ici fin 2015, la couverture du traitement par les ARV des PVVIH dont l'état de santé le nécessite est passé de 52% à 90%	42 756,316	25,0%	42 019,303	0,000	0,000	0,000	737,013	0,000	0,000
	100% des PVVIH suivies dans les structures de soins, et dont l'état de santé le nécessite, bénéficient d'une PEC des infections opportunistes notamment la Tuberculose	10 055,798	5,9%	5 447,485	0,000	0,000	0,000	4 608,313	0,000	0,000
	100% des PVVIH suivies dans les structures de PEC, et dont l'état de santé le nécessite, bénéficient d'une PEC nutritionnelle	8 563,028	5,0%	0,000	0,000	0,000	0,000	8 563,028	0,000	0,000
<b>Protection et soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH</b>		<b>8 134,538</b>	<b>4,8%</b>	<b>0,000</b>	<b>3 182,276</b>	<b>410,441</b>	<b>123,132</b>	<b>4 418,689</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
	Au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des personnes infectées, des personnes affectées et groupes spécifiques qui sont dans le besoin bénéficient du soutien psychosocial, économique et spirituel	3 790,734	2,2%	0,000	1 326,757	0,000	0,000	2 463,977	0,000	0,000
	Au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des OEV qui sont dans le besoin bénéficient d'une prise en charge psychosociale et économique	2 975,669	1,7%	0,000	1 636,618	0,000	0,000	1 339,051	0,000	0,000
	Au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des PVVIH et personnes affectées victimes de stigmatisat. et de discriminat. identifiées bénéficient de la protection juridique	1 368,135	0,8%	0,000	218,902	410,441	123,132	615,661	0,000	0,000
<b>Coordination, partenariat et la mobilisation des ressources</b>		<b>13 649,909</b>	<b>8,0%</b>	<b>181,544</b>	<b>81,695</b>	<b>635,403</b>	<b>644,958</b>	<b>907,719</b>	<b>3 623,573</b>	<b>7 575,017</b>
	Les capacités techniques et organisationnelles des structures de coordination et d'exécution sont renforcées au niveau central, régional et local pour un accès universel aux services liés au VIH	12 967,414	7,6%	181,544	81,695	635,403	453,859	907,719	3 432,474	7 274,719
	Au cours de la période 2011-2015, les ressources externes et internes mobilisées atteignent au moins 85% des besoins de financement pour l'accès universel aux services liés au VIH	682,495	0,4%	0,000	0,000	0,000	191,099	0,000	191,099	300,298
<b>Gestion de l'information stratégique sur le VIH, le Sida et les IST</b>		<b>14 519,164</b>	<b>8,5%</b>	<b>4 602,880</b>	<b>89,946</b>	<b>227,864</b>	<b>119,928</b>	<b>1 199,283</b>	<b>5 189,585</b>	<b>3 089,678</b>
	La surveillance de seconde génération du VIH est renforcée	4 355,749	2,6%	3 484,599	0,000	0,000	0,000	0,000	871,150	0,000
	Les informations disponibles sur la riposte au VIH sont complètes et de qualité	10 163,415	6,0%	1 118,281	89,946	227,864	119,928	1 199,283	4 318,435	3 089,678
<b>Total général</b>		<b>170 779,090</b>		<b>78 711,620</b>	<b>3 455,801</b>	<b>6 812,565</b>	<b>2 608,825</b>	<b>59 712,427</b>	<b>8 813,158</b>	<b>10 664,695</b>
<b>Part du budget par sous secteur ou secteur d'intervention</b>				<b>46,1%</b>	<b>2,0%</b>	<b>4,0%</b>	<b>1,5%</b>	<b>35,0%</b>	<b>5,2%</b>	<b>6,2%</b>
<b>Responsabilité de la mobilisation et de la gestion des fonds</b>	MEF SP/CNLS-IST PTF		MEF MIN. SANTE PTF	MEF MASSN PTF	MEF Min. techniques PTF	MEF CNSPE Entreprises PTF	MEF - Structures communautaires Min. santé-MASSN PTF	MEF SP/CNLS-IST PTF	MEF CRLS, CCLS PTF	
<b>Structures partenaires</b>	Structures décentralisées du CNLS-IST Antennes régionales Projets et programmes		- DRS - Structures décentralisées du CNLS-IST - Antennes régionales - ONG/Asso nationales - Projets et programmes	- DRASSN - Structures décentralisées du CNLS-IST - Antennes régionales - ONG/Asso nationales - Projets et programmes	- Structures décentralisées du CNLS-IST - Antennes régionales - ONG/Asso nationales - Projets et programmes	- Structures décentralisées du CNLS-IST - Antennes régionales - ONG/Asso nationales - Projets et programmes	- Structures décentralisées du CNLS-IST - Antennes régionales - ONG/Asso nationales - Projets et programmes	- Projets et programmes	- Structures décentralisées du CNLS-IST - Antennes régionales - ONG/Asso nationales - Projets et programmes	

Source : SP/CNLS-IST, synthèse RNM

Le Secrétariat permanent du CNLS-IST en tant qu'organe technique de coordination de l'ensemble des interventions de la réponse au VIH, assure la coordination, le suivi et la capitalisation des informations relatives aux flux financiers au niveau national. Cependant les différentes structures de coordination sont responsables de la mobilisation et de la gestion des fonds prévus pour leurs secteurs auprès des PTF avec l'appui du SP/CNLS-IST qui participe au plaidoyer en cas de besoins. De même une mobilisation conséquente des ressources au niveau des institutions et des ministères s'avère indispensable pour prendre en charge les besoins de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST en leur sein.

#### 5.2.3.4. Budget prévisionnel par programme et sous-programme

La répartition du budget prévisionnel par programme et sous-programme en millions de F.CFA se présente ainsi qu'il suit selon les projections tirées du RNM :

**Tableau n°15: Prévisions budgétaires détaillées par programme et sous-programme (en millions de FCFA)**

Programmes/Sous programmes	2011	2012	2013	2014	2015	Total 2011-2015	Part relative
<b>Prévention</b>	<b>12 661,21</b>	<b>13 597,71</b>	<b>14 619,29</b>	<b>15 735,89</b>	<b>16 958,16</b>	<b>73 572,26</b>	<b>43,08%</b>
<b>Populations prioritaires</b>	<b>3 664,26</b>	<b>4 068,39</b>	<b>4 509,89</b>	<b>4 996,88</b>	<b>5 538,80</b>	<b>22 778,22</b>	<b>13,34%</b>
Interventions centrées sur les jeunes scolarisés	319,90	411,57	522,14	657,26	824,30	2 735,16	1,60%
Interventions centrées sur les jeunes non scolarisés	440,48	531,14	620,98	710,02	797,78	3 100,40	1,82%
Interventions centrées sur les travailleurs du sexe et leurs clients	718,74	785,24	858,42	938,96	1 027,61	4 328,98	2,53%
Interventions centrées sur le lieu de travail (sect. public et privé)	215,27	297,06	388,62	491,26	606,35	1 998,57	1,17%
Interventions centrées sur les usagers de drogues	14,25	18,16	21,62	24,52	26,76	105,32	0,06%
Interventions centrées sur les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	63,71	78,80	93,42	107,40	120,52	463,85	0,27%
Mobilisation communautaire	234,14	305,81	385,99	475,79	576,40	1 978,12	1,16%
Interventions centrées sur les prisonniers	155,10	153,61	151,67	149,24	146,27	755,90	0,44%
Interventions centrées sur les routiers	272,95	271,93	270,09	267,32	263,55	1 345,84	0,79%
Interventions centrées sur les orpailleurs	399,73	398,64	396,32	392,65	387,49	1 974,83	1,16%
Interventions centrées sur les personnels de tenues	443,58	439,34	433,79	426,83	418,34	2 161,87	1,27%
Interventions centrées sur les PVVIH	386,41	377,08	366,84	355,64	343,44	1 829,40	1,07%
<b>Prestation de services</b>	<b>8 723,79</b>	<b>9 222,61</b>	<b>9 766,07</b>	<b>10 355,77</b>	<b>10 992,69</b>	<b>49 060,93</b>	<b>28,73%</b>
Fourniture de préservatifs	2 138,48	2 269,73	2 412,19	2 565,55	2 730,19	12 116,14	7,09%
Traitement des IST	876,22	841,69	793,97	731,42	652,24	3 895,54	2,28%
Conseil dépistage	2 770,78	3 117,05	3 497,03	3 911,59	4 362,39	17 658,84	10,34%
PTME	1 404,90	1 664,10	1 949,81	2 265,31	2 612,01	9 896,14	5,79%
Mass media	1 533,42	1 330,04	1 113,07	881,90	635,85	5 494,27	3,22%
<b>Soins de santé</b>	<b>273,16</b>	<b>306,71</b>	<b>343,32</b>	<b>383,24</b>	<b>426,68</b>	<b>1 733,10</b>	<b>1,01%</b>
Sécurité transfusionnelle	226,68	241,11	256,39	272,58	289,71	1 286,46	0,75%
Prophylaxie post exposition (prévention des AELB)	1,78	2,22	2,68	3,17	3,69	13,54	0,01%
Précautions universelles (Hygiène et sécurité dans les milieux de travail)	44,69	63,38	84,25	107,49	133,28	433,09	0,25%
<b>Services de soin et de traitement</b>	<b>11 763,27</b>	<b>11 306,34</b>	<b>10 712,92</b>	<b>10 230,41</b>	<b>9 636,95</b>	<b>53 649,89</b>	<b>31,41%</b>
Traitement anti rétroviral, première, deuxième et troisième ligne	6 674,59	6 260,82	5 869,59	5 434,62	5 037,73	29 277,34	17,14%
Co-infections TB/VIH	15,62	16,05	16,35	16,65	16,88	81,55	0,05%
Examens en laboratoire	1 673,53	1 653,32	1 563,38	1 541,31	1 455,39	7 886,92	4,62%
Prestation de services	486,54	510,86	484,20	508,75	484,76	2 475,11	1,45%
Soins et prophylaxie non ARV	865,78	981,89	1 064,24	1 182,87	1 271,17	5 365,93	3,14%
Aide alimentaire associée à la thérapie antirétrovirale	2 047,21	1 883,40	1 715,16	1 546,22	1 371,03	8 563,03	5,01%
<b>Prise en charge des OEV</b>	<b>613,89</b>	<b>610,91</b>	<b>604,01</b>	<b>594,13</b>	<b>552,72</b>	<b>2 975,67</b>	<b>1,74%</b>
Prise en charge des OEV	613,89	610,91	604,01	594,13	552,72	2 975,67	1,74%
<b>Prévention et PEC des violences faites aux femmes</b>	<b>45,82</b>	<b>69,84</b>	<b>98,56</b>	<b>132,17</b>	<b>170,76</b>	<b>517,14</b>	<b>0,30%</b>
Lutte contre les mutilations génitales féminines	24,56	39,89	58,95	81,85	108,53	313,78	0,18%
Mobilisation communautaire	1,74	3,02	4,77	7,05	9,97	26,54	0,02%
Travailleuses de sexe	2,10	3,01	4,05	5,22	6,54	20,92	0,01%
Mass media	5,14	7,06	9,08	11,23	13,49	45,99	0,03%
Kits PPE	2,05	2,82	3,63	4,49	5,39	18,38	0,01%
Renforcement des capacités des ONG	10,22	14,04	18,08	22,34	26,85	91,53	0,05%
<b>Politique, administration, recherche, suivi et évaluation</b>	<b>7 688,30</b>	<b>7 841,74</b>	<b>7 979,66</b>	<b>8 181,28</b>	<b>8 373,15</b>	<b>40 064,13</b>	<b>23,46%</b>
Environnement favorable (RSC, droits humains, protection sociale et genre)	1 454,88	1 483,92	1 510,02	1 548,17	1 584,48	7 581,47	4,44%
Gestion des programmes	1 755,89	1 790,94	1 822,43	1 868,48	1 912,30	9 150,05	5,36%
Recherche	62,71	63,96	65,09	66,73	68,30	326,79	0,19%
Suivi et évaluation	2 508,42	2 558,48	2 603,48	2 669,26	2 731,86	13 071,50	7,65%
Communication stratégique	614,56	626,83	637,85	653,97	669,31	3 202,52	1,88%
Approvisionnement, magasins, transport	426,43	434,94	442,59	453,77	464,42	2 222,15	1,30%
Ressources humaines	313,55	319,81	325,43	333,66	341,48	1 633,94	0,96%
Formation	301,01	307,02	312,42	320,31	327,82	1 568,58	0,92%
Équipement de laboratoire	250,84	255,85	260,35	266,93	273,19	1 307,15	0,77%
<b>Budget en F.CFA</b>	<b>32 772,49</b>	<b>33 426,54</b>	<b>34 014,43</b>	<b>34 873,89</b>	<b>35 691,74</b>	<b>170 779,09</b>	<b>100,00%</b>

Source : SP/CNLS-IST, synthèse RNM

La répartition du budget prévisionnel par programme en dollar US se présente ainsi qu'il suit :

**Tableau n°16 : Prévisions budgétaires par programme (en USD)**

Programmes	2011	2012	2013	2014	2015	Total 2011-2015	Part relative
Prévention	26 655 175	28 626 752	30 777 443	33 128 190	35 701 399	154 888 959	43,08%
Services de soin et de traitement	24 764 779	23 802 817	22 553 511	21 537 715	20 288 308	112 947 131	31,41%
Prise en charge des OEV	1 292 393	1 286 136	1 271 605	1 250 809	1 163 623	6 264 567	1,74%
Prévention et prise en charge des violences faites aux femmes	96 460	147 029	207 485	278 252	359 497	1 088 724	0,30%
Politique, administration, recherche, suivi et évaluation	16 185 900	16 508 928	16 799 279	17 223 757	17 627 682	84 345 545	23,46%
<b>Budget en USD</b>	<b>68 994 707</b>	<b>70 371 663</b>	<b>71 609 323</b>	<b>73 418 723</b>	<b>75 140 510</b>	<b>359 534 927</b>	<b>100,00%</b>
<b>Budget en Euro</b>	<b>49 961 333</b>	<b>50 958 432</b>	<b>51 854 662</b>	<b>53 164 908</b>	<b>54 411 711</b>	<b>260 351 045</b>	

Source : SP/CNLS-IST, synthèse RNM

#### 5.2.4. Evolution des disponibilités financières et évaluation du gap financier

Le montant des financements annoncé/acquis s'élève à 56,57 milliards de F.CFA. Les contributions les plus importantes sont : (i) Agences du Système des nations unies (32,2%), (ii) Budget de l'Etat (26,5%), (iii) ménages (13,8%) et (iv) Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme (12,8%). Le tableau suivant donne le détail de la contribution des différents partenaires au financement du CSLS 2011-2015.

**Tableau n°17 : Situation des financements acquis de 2011 à 2015, en FCFA**

N°	Source de financement	2011	2012	2013	2014	2015	Montant total (F.CFA)	Montant total (USD)	%
1	Budget de l'Etat	3 000 000 000	3 000 000 000	3 000 000 000	3 000 000 000	3 000 000 000	15 000 000 000	31 578 947	26,5%
2	Fonds Mondial	7 218 910 426					7 218 910 426	15 197 706	12,8%
3	Danemark	1 142 000 000	867 000 000				2 009 000 000	4 229 474	3,6%
4	Italie	179 103 000					179 103 000	377 059	0,3%
5	Banque mondiale (Espagne)	1 550 000 000					1 550 000 000	3 263 158	2,7%
6	CECI	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	500 000 000	2 500 000 000	5 263 158	4,4%
7	Republique de Chine	131 191 400	131 191 400				262 382 800	552 385	0,5%
8	SNU	3 737 197 300	3 571 949 550	3 737 197 300	3 571 949 550	3 571 949 550	18 190 243 250	38 295 249	32,2%
	UNICEF	1 103 900 000	1 103 900 000	1 103 900 000	1 103 900 000	1 103 900 000	5 519 500 000	11 620 000	9,8%
	PNUD	787 074 050	787 074 050	787 074 050	787 074 050	787 074 050	3 935 370 250	8 284 990	7,0%
	PAM	1 129 711 025	964 463 275	1 129 711 025	964 463 275	964 463 275	5 152 811 875	10 848 025	9,1%
	OMS	406 512 500	406 512 500	406 512 500	406 512 500	406 512 500	2 032 562 500	4 279 079	3,6%
	UNFPA	167 499 725	167 499 725	167 499 725	167 499 725	167 499 725	837 498 625	1 763 155	1,5%
	ONUSIDA	142 500 000	142 500 000	142 500 000	142 500 000	142 500 000	712 500 000	1 500 000	1,3%
9	GTZ (Backup initiative)	92 161 839	54 186 329				146 348 167	308 101	0,3%
10	Plan Burkina	206 306 272	206 306 272	206 306 272			618 918 816	1 302 987	1,1%
11	ESTHER	408 558 071	451 495 202	255 448 522			1 115 501 795	2 348 425	2,0%
12	Ménages	1 430 559 558	1 489 389 674	1 552 070 890	1 618 536 568	1 688 935 164	7 779 491 854	16 377 878	13,8%
	<b>TOTAL</b>	<b>19 595 987 866</b>	<b>10 271 518 426</b>	<b>9 251 022 984</b>	<b>8 690 486 118</b>	<b>8 760 884 714</b>	<b>56 569 900 108</b>	<b>119 094 527</b>	<b>100,0%</b>

Source : SP/CNLS-IST

Le besoin de financement qui se dégage est de 114,21 milliards de F CFA, soit 240,44 millions de dollars US. Le manque à gagner en matière de mobilisation des ressources est assez élevé d'où la nécessité pour l'Etat de renforcer le plaidoyer auprès de ses partenaires au développement et de développer des stratégies efficaces de mobilisation des ressources internes.

La table ronde des bailleurs de fonds qui sera organisée pour le financement du CSLS 2011-2015 permettra d'arrêter le schéma de financement prévisionnel du gap afin de fixer les engagements des différentes parties (financements extérieurs et intérieurs).

Au paravent, il sera procédé à une capitalisation des différents budgets inscrits pour la lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans les projets et programmes des institutions, des départements ministériels, des PTF et des ONG/Associations en vue de réévaluer le gap de financement. En outre, le plaidoyer sera renforcé auprès des partenaires impliqués dans l'appui budgétaire global et au Ministère de l'économie et des finances pour une amélioration des dotations à la lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

Au regard des incertitudes de financement liées à la crise financière mondiale, à la priorité accordée au VIH sur le plan international ainsi qu'à la fin des projets et programmes, il est fort possible que le gap ne soit pas totalement comblé malgré le plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

En vue de rationaliser l'utilisation des ressources mobilisées vers des domaines qui permettront non seulement de préserver les acquis mais aussi de renforcer la riposte, des scénarii de financement des activités pourront être envisagés au prorata du degré de priorité des Domaines d'actions prioritaires (DAP) définis par axe stratégique (cf. annexe 8). Dans la pratique, il ne s'agit pas d'une suppression automatique des DAP mais d'un poids plus important accordé à certains DAP dans le cadre de la réponse multisectorielle et décentralisée.

### **5.3. Stratégie de mobilisation des ressources du GAP**

Le gap de financement de 114,21 milliards de FCFA sera essentiellement financé par l'Etat, les partenaires bilatéraux et multilatéraux, le secteur privé et le monde communautaire. Les stratégies de mobilisation proposées seront les suivantes selon que les ressources proviendront de l'intérieur ou de l'extérieur :

#### **5.3.1. Stratégie de mobilisation des ressources internes**

- Intégration de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans les activités quotidiennes des structures du secteur public, du secteur privé et de la société civile ;
- adoption des autorisations d'inscriptions budgétaires sur le Budget de l'Etat et des collectivités territoriales (Institutions et Ministères, Régions et Communes urbaines et rurales);
- renforcement des inscriptions budgétaires pour chaque CILS et chaque CMLS : poursuivre l'allocation de la ligne budgétaire de chaque institution et de chaque département ministériel pour la réponse au VIH y compris la diversification du contenu;
- renforcement de la contribution du secteur privé ;
- renforcement de l'inscription d'une ligne budgétaire pour la lutte contre le VIH, le Sida et les IST en prenant en compte les fonds alloués au programme des filets sociaux de sécurité ;
- augmentation des dotations budgétaires pour le fonds de solidarité envers les malades et orphelins du Sida ;
- sensibilisation des structures publiques et parapubliques pour le financement des activités de la réponse au VIH ;
- prise en compte du volet lutte contre le VIH, le Sida et les IST lors de la formulation et l'évaluation de tout projet ou programme de développement (surtout ceux des secteurs des infrastructures, des transports, des mines et du développement rural) ;
- accélération de la mise en place de l'assurance maladie qui prendra en compte les services VIH dans son paquet global de services ;
- identification des méthodes de financements innovants (taxation des jeux du hasard, du tabac, du transport aérien, de la boisson alcoolisée, du péage, de l'industrie, du tourisme et de l'hôtellerie, de l'industrie minière, de la téléphonie classique et mobile, etc.) ;

- prise en compte du volet lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans les plans de développement des conseils régionaux et des communes ;
- accroissement du financement des entreprises à travers l'autofinancement de leurs activités ;
- valorisation et renforcement de la contribution des bénéficiaires en prenant en compte l'évaluation des prestations salariales ;
- consolidation et renforcement du Sidathon.

### **5.3.2. Stratégie de mobilisation des ressources externes**

- requêtes de financements : prospector au niveau de la coopération bilatérale et multilatérale les partenaires dont les domaines d'intervention peuvent prendre en compte le VIH, le Sida et les IST : Fonds mondial, Banque mondiale, BAD, etc. ;
- table ronde des bailleurs de fonds : organiser une table ronde des bailleurs de fonds bilatéraux, multilatéraux, des ONG et des fondations autour d'un plaidoyer pour le financement des activités du VIH, du Sida et des IST ;
- mission de prospection auprès des bailleurs de fonds : initier des missions de prospection auprès de certains bailleurs de fonds : Banque Mondiale, BAD et autres institutions de financement ;
- renforcement du partenariat sur le plan régional et international ; Fonctionnement adéquat du comité de suivi des déclarations et des engagements pris par les PTF ;
- suivi rapproché des ressources mises à la disposition du Burkina Faso pour la réponse au VIH.

## **5.4. Gestion des ressources**

### **5.4.1. Modalités de gestion financière**

La gestion des ressources respectera les normes nationales et internationales de gestion comptable et financière. A cet effet, les procédures de gestion seront basées sur des manuels de procédures, des conventions et des protocoles signés entre les PTF, le SP/CNLS-IST et les acteurs sectoriels qui seront convenus entre les parties prenantes.

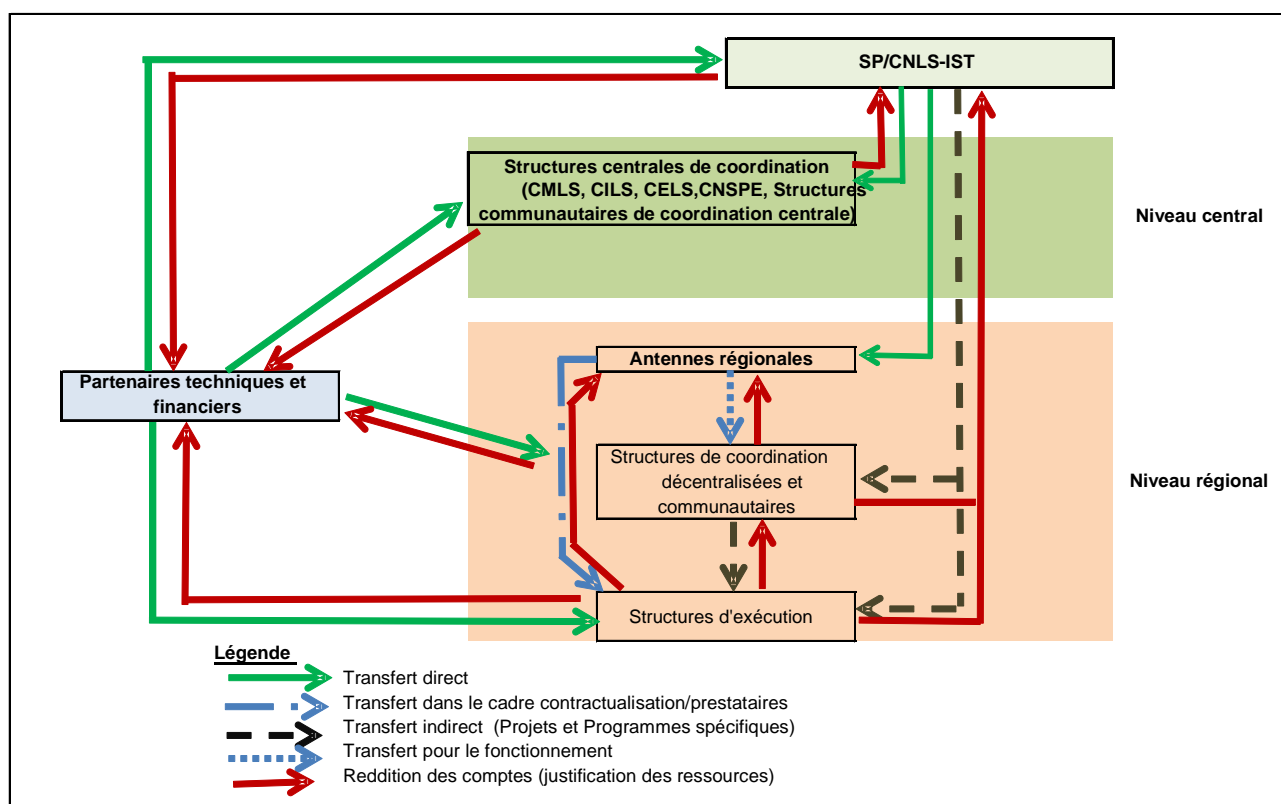
### **5.4.2. Procédures de gestion**

L'Unité de gestion financière du SP/CNLS-IST et les Partenaires techniques et financiers constituent les points de départ des ressources. A partir de ces deux sources, la procédure peut être directe ou indirecte. Elle est directe lorsque les fonds parviennent aux structures d'exécution sans passer par le SP/CNLS-IST et elle est indirecte quand les fonds transitent par le SP/CNLS-IST ou toute autre structure de coordination avant d'atteindre les structures de mise en œuvre.

- Le transfert direct :
  - ce transfert va des PTF vers les structures d'exécution ou de coordination. Dans ce cas, les structures de mise en œuvre notifient la réception des fonds ainsi que le contenu du plan d'action concerné aux Antennes Régionales et les PTF informent le SP/CNLS-IST du transfert des ressources ;
  - ce transfert va des PTF vers le SP/CNLS-IST (Panier commun ou projets rattachés).

- Le transfert indirect :
  - des PTF vers les structures de coordination centrale en passant par le SP/CNLS-IST;
  - des PTF vers les structures de coordination décentralisées et communautaires ainsi que les structures d'exécution/prestataires en passant par les Antennes Régionales via le SP/CNLS-IST (Panier commun Sida et projets rattachés). Le processus de transfert passant par les structures de coordination vers les structures d'exécution peut également être classé dans le cadre des transferts indirects ;
  - des projets spécifiques vers les structures de mise en œuvre (coordination et exécution). Les projets et/ou structures de mise en œuvre sont tenus d'informer les Antennes Régionales des fonds alloués ainsi que du plan d'action concerné.

**Figure 6 : Processus de transfert de fonds**



Le renforcement du système de suivi budgétaire sera un défi pour assurer une plus grande performance de la gestion financière du CSLS 2011-2015. En effet, un système comptable approprié existe pour le suivi des décaissements, de la trésorerie et des réalisations physiques. Celui-ci doit être complété par un suivi budgétaire plus performant.

Le suivi de l'exécution financière sera assuré par l'Unité de gestion financière (UGF) en collaboration avec l'Unité centrale de planification et de suivi évaluation (UC-PSE).

### **5.5. Dispositif de contrôle de la gestion des ressources**

La mise en place d'un dispositif de contrôle vise à s'assurer de la bonne utilisation des ressources mises à la disposition des différents acteurs en mettant l'accent sur la transparence, la légalité et la régularité. Il comprend le contrôle interne et le contrôle externe.



### **5.5.1. Contrôle interne**

Le contrôle interne comprend l'auto-contrôle et l'audit interne :

- l'auto-contrôle est réalisé par le SP/CNLS-IST et/ou par les structures de coordination et d'exécution bénéficiaires des financements. Les procédures de contrôle sont décrites dans les différents manuels de procédures administratives, financières et comptables du SP/CNLS-IST ;
- l'audit interne fournit des informations sur la qualité de l'efficacité du système de gestion et des procédures mises en place. Il sera réalisé par le service de contrôle interne du SP/CNLS-IST sur l'exécution du budget des structures de coordination et d'exécution en vue d'analyser et de garantir le respect des règles et procédures de gestion. Le service assure la liaison avec les auditeurs externes (les missions de revue, les missions d'audit financier et comptable, la Cour des comptes, l'Inspection générale des finances, l'Autorité supérieure de contrôle d'Etat). Il statue sur (i) l'efficacité des contrôles comptable, financier et opérationnel, (ii) l'ampleur de la conformité avec le cadre stratégique de lutte contre le Sida, les plans et les procédures prescrites, (iii) la crédibilité des systèmes comptables, des données et des rapports financiers et (iv) la vérification des actifs et des passifs.

Le Service de contrôle interne actuel du SP/CNLS-IST sera renforcé en ressources humaines et matérielles.

### **5.5.2. Contrôle externe**

Le contrôle externe est assuré par :

- les auditeurs indépendants dont les modalités de recrutement seront précisées dans les manuels de procédures ;
- les organes spécialisés de l'Etat : la Cour des comptes, l'Inspection Générale des Finances, l'Autorité Supérieure de Contrôle d'Etat) ;
- toute personne ou structure compétente à la demande de l'Etat ou d'un partenaire technique et financier ayant financé le CSLS.

## VI. STRATÉGIE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI ÉVALUATION

### 6.1. Stratégies de mise en œuvre du CSLS 2011-2015

L'approche multisectorielle et décentralisée contribue à l'implication de tous les acteurs socioéconomiques à la réponse nationale au VIH. Cette approche s'est déjà traduite par la mise en place d'un cadre institutionnel et organisationnel approprié à la coordination et à l'exécution des interventions selon les quatre (4) secteurs définis par le CSLS 2011-2015. Les différentes structures impliquées et les acteurs de la réponse entretiennent des relations fonctionnelles et hiérarchiques qui devraient permettre d'assurer une bonne planification et une mise en œuvre efficace des interventions avec une priorité accordée à la concertation et la communication entre les acteurs. La concertation est développée à travers des cadres d'échanges, d'orientation et de suivi mis en place (comités de pilotage, comités d'orientation et de suivi, comités de programmation, groupe de travail, etc.).

#### 6.1.1. Planification globale et sectorielle

Globalement, la mise en œuvre du CSLS 2011-2015 sera faite à travers l'élaboration et la mise en œuvre d'un Plan national multisectoriel (PNM) et des Plans régionaux multisectoriels (PRM) annuels. Le contenu de ces plans sera basé sur les orientations du plan d'opérationnalisation dudit Cadre stratégique ajusté en fonction des résultats annuels obtenus. En effet, le plan d'opérationnalisation élaboré pour guider la mise en œuvre et le suivi évaluation du cadre stratégique, apporte plus de précisions en ce qui concerne la priorisation des actions par domaine programmatique, le ciblage des interventions par secteur, les modalités d'application du genre, la couverture géographique des interventions au niveau national, la budgétisation des actions et les différentes responsabilités. Il est un référentiel indispensable pour la planification globale et sectorielle annuelle, adressée à tous les acteurs impliqués dans la réponse nationale au VIH.

Le Plan national multisectoriel et les plans régionaux multisectoriels sont élaborés de manière participative à partir d'un processus de planification défini par niveau de coordination et par secteur d'intervention. Des outils et des méthodes de programmation opérationnelle définis par le SP/CNLS-IST pour l'ensemble des acteurs de la réponse (canevas, circuit et délai de transmission des plans, etc.), sont mis à la disposition des planificateurs.

Les différentes structures de coordination et d'exécution seront donc invitées à planifier leurs activités conformément à leurs missions et attributions. Ces structures produisent également des rapports mensuels, trimestriels, semestriels et annuels en fonction des directives du système national de suivi évaluation. Les types de plans élaborés par niveau de planification sont les suivants :

- les structures d'exécution exécutent des micro-plans d'actions et des microprojets qui sont élaborés sur la base des dispositions définies par leurs structures de coordination : les points focaux pour les plans sectoriels des institutions, des ministères et des entreprises, et les associations/OBC pour les plans d'actions communautaires ;
- les CVLS et CSCLS, en collaboration avec les CCLS, élaborent et mettent en œuvre des plans d'actions communaux. Ils sont chargés de veiller à l'organisation et au suivi-supervision des interventions dans leurs localités. Ces interventions sont exécutées par les associations/OBC contractantes, des animateurs recrutés et les personnes ressources des formations sanitaires (CMA, CSPS) et des autres structures techniques habilitées ;
- les structures de coordination sectorielles publiques et privées élaborent et mettent en œuvre des plans d'actions et programmes sectoriels de réduction de la vulnérabilité de leur public cible, en s'appuyant sur leurs points focaux et les structures techniques compétentes ;
- les structures de coordination communautaires élaborent et mettent en œuvre des plans d'actions et programmes spécifiques en faveur de la population générale et des groupes

spécifiques de leurs membres, en s'appuyant sur leurs structures d'exécution affiliées et les structures techniques compétentes ;

- les projets et programmes élaborent et mettent en œuvre des plans d'actions et des plans de travail annuels selon les différents secteurs de la réponse nationale ;
- les structures de coordination au niveau régional, provincial et communal élaborent et mettent en œuvre des plans d'actions pour la coordination et le suivi des interventions décentralisées ;
- la structure de coordination nationale représentée par le SP/CNLS-IST élabore et met en œuvre les plans d'actions pour la coordination de la mise en œuvre du PNM et des PRM et pour l'opérationnalisation du système national de suivi évaluation.

Pour le cas spécifique du sous-secteur de la santé, le Ministère de la santé, responsable de la coordination, devra élaborer un plan de riposte en vue d'une meilleure orientation des acteurs du domaine de la santé.

Par ailleurs, les structures responsables des domaines techniques et thématiques au niveau du secteur public (cas du Ministère de la promotion de la femme pour les questions de genre et de femmes, cas du Ministère de la jeunesse et de l'emploi pour les questions relatives aux jeunes, etc.), du secteur privé, de la société civile, des circonscriptions administratives et des collectivités territoriales devront davantage assurer le leadership et la coordination de la mise en œuvre des interventions y relatives. Au-delà du fait que cette responsabilisation renforce la participation des structures existantes à la lutte contre le VIH, le Sida et les IST, elle permettra à moyen et long termes une meilleure intégration de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans les stratégies sectorielles de développement.

### **6.1.2. Couverture géographique des interventions**

L'élaboration et la mise en œuvre des PRM dans les régions se référeront aux orientations définies par le SP/CNLS-IST. En dehors des instruments de planification et des outils de suivi évaluation, ces orientations tiennent compte d'une série de critères utilisés pour répartir les budgets prévisionnels et par le même truchement, les interventions à réaliser. Il s'agit des données sociodémographiques et épidémiologiques du pays qui sont :

- la séroprévalence des régions administratives ;
- la cartographie des groupes cibles prioritaires ;
- la prévalence au sein des groupes spécifiques ;
- la population des régions et des provinces ;
- la superficie de chacune des provinces et des régions ;
- le nombre de départements/communes et de villages/secteurs de communes par province.

Les taux de prévalence estimés dans chacune des 13 régions suite aux enquêtes de surveillance épidémiologique effectuées dans les sites sentinelles permettent de classer celles-ci en fonction du niveau de prévalence. C'est ainsi que les actions de prévention et de prise en charge devront être renforcées dans les zones à forte prévalence (zone urbaine notamment, sites des groupes à haut risque) afin de minimiser la propagation et l'impact du VIH, du Sida et des IST auprès des populations.

Il sera également nécessaire de mettre en œuvre des programmes d'interventions ciblées au profit des groupes spécifiques/vulnérables et à haut risque prenant en compte les disparités régionales et des poches de forte prévalence. Par ailleurs, les différents acteurs de la coordination des actions de la lutte sont chargés de veiller à la prise en compte de la dimension lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans les projets et programmes de développement.

A terme, les activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST devront être intégrées dans les plans sectoriels, régionaux, communaux et locaux de développement. Cette approche d'intégration sera progressivement développée dès le début de la mise en œuvre du CSLS 2011-2015.

## **6.2. Suivi évaluation de la réponse nationale au VIH**

Les efforts qui ont été déployés pour la mise en œuvre du CSLS 2006-2010 ont permis d'atteindre des résultats certes positifs autour des activités de surveillance de l'épidémie, de suivi évaluation et de la promotion de la recherche. L'on note que le plan conceptuel du système actuel de suivi évaluation de la réponse nationale au VIH au Burkina Faso est relativement bien structuré, notamment pour ce qui est du dispositif institutionnel. Le système reste cependant le domaine qui nécessite le plus d'efforts d'amélioration pour devenir à la fois opérationnel, source de documentation et outil d'orientation et de prise de décision. Son efficacité sera en partie fonction de l'efficacité du processus et des instruments de planification nationale, sectorielle et régionale qui seront décrits en détail dans le document d'opérationnalisation du CSLS 2011-2015.

### **6.2.1. Fondements et composantes du suivi évaluation**

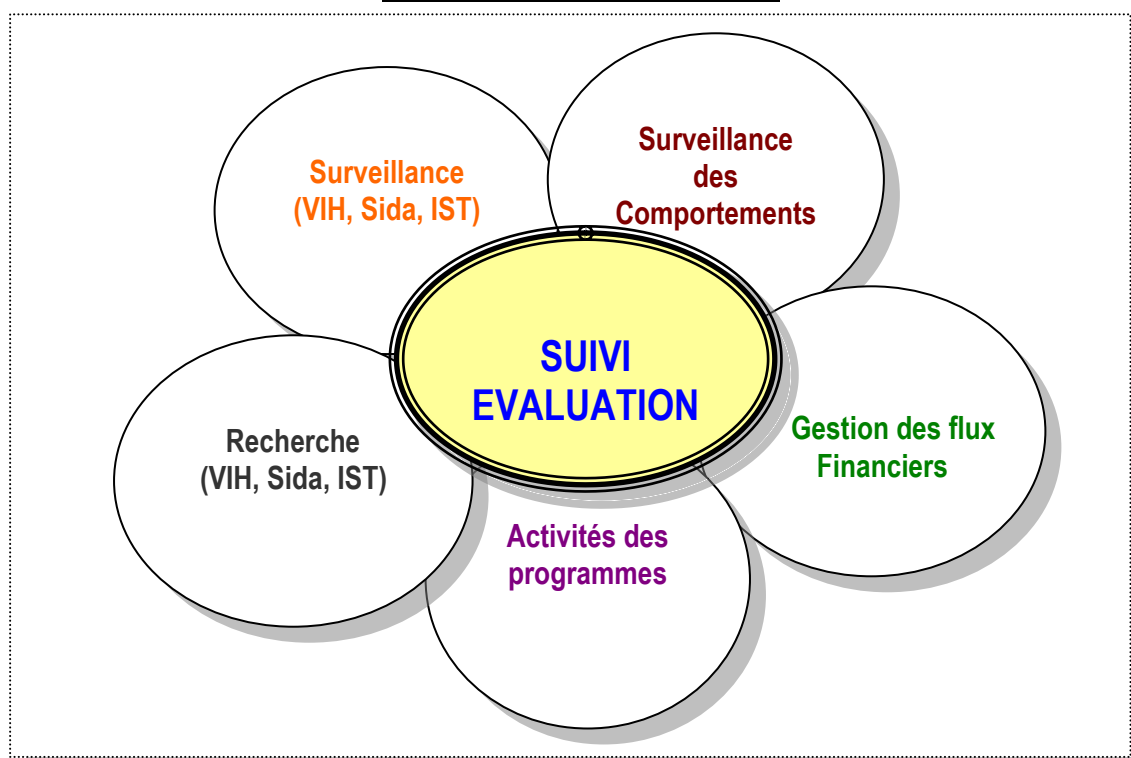
#### **6.2.1.1. Fondements**

La stratégie de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015, nécessite la mise en place d'un système opérationnel et performant de gestion de l'information stratégique. Cette disposition répond aux exigences des principes du « Three Ones » définis par l'ONUSIDA en 2003 et dont une évaluation de la mise en œuvre a été faite en novembre 2009.

Le cadre institutionnel et organisationnel de coordination et d'exécution des interventions intègre le système national de suivi évaluation des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST. L'opérationnalisation de ce système nécessite de relever les défis qui sont relatifs entre autres aux aspects suivants : la capacité de planification, de gestion et de coordination ; la capacité de collecte, d'analyse et d'utilisation des données ; la mise en place du système d'information et de communication.

Les domaines constitutifs du système national de suivi évaluation sont : les activités des programmes, la surveillance de l'épidémie, la surveillance des comportements, la gestion des flux financiers, la recherche sur le VIH, le Sida et les IST.

**Figure 7 : Eléments de suivi évaluation**



### 6.2.1.2. Composantes

Outre les éléments constitutifs ci-dessus cités, le système national de suivi évaluation prendra en compte l'opérationnalisation des 12 composantes stratégiques du suivi évaluation réparties entre trois niveaux, selon les recommandations de l'ONUSIDA. Il s'agit de :

**Tableau n°18 : Composantes du système national de suivi évaluation**

Niveaux	Composantes
<b>1. Aspects organisationnels</b> (Ressources humaines, partenariats, planification)	<u>Composante 1</u> : les structures organisationnelles ayant des fonctions de suivi évaluation de la riposte au VIH <u>Composante 2</u> : les capacités humaines pour le suivi évaluation de la riposte au VIH <u>Composante 3</u> : le partenariat en vue de planifier, coordonner et gérer le système de suivi évaluation de la riposte au VIH <u>Composante 4</u> : le plan national multisectoriel de suivi évaluation de la riposte au VIH <u>Composante 5</u> : le plan de travail national annuel budgétisé de suivi évaluation de la riposte au VIH <u>Composante 6</u> : le plaidoyer, communication et culture pour le suivi évaluation de la riposte au VIH
<b>2. Aspects fonctionnels</b> (Collecte, saisie, vérification, analyse)	<u>Composante 7</u> : le suivi en routine des programmes/projets de lutte contre le VIH, le Sida et les IST <u>Composante 8</u> : Enquête de surveillance <u>Composante 9</u> : les bases de données nationales et décentralisées sur le VIH, le Sida et les IST <u>Composante 10</u> : la supervision formative et l'audit des données <u>Composante 11</u> : l'agenda pour l'évaluation et la recherche sur le VIH, le Sida et les IST
<b>3. Aspects d'utilités</b> (Utilisation de l'information stratégique pour la prise de décision)	<u>Composante 12</u> : la diffusion et l'utilisation des données.

## 6.3. Système national de suivi évaluation

### 6.3.1. Stratégies d'opérationnalisation

Quelques stratégies ont été identifiées pour guider l'opérationnalisation du système national de suivi évaluation de la mise en œuvre du CSLS 2011-2015. Il s'agit des éléments suivants :

#### ▪ **La révision du manuel opérationnel de suivi-évaluation**

Ce manuel constitue le référentiel national d'orientation du suivi évaluation et complète le protocole relatif à la surveillance de deuxième génération du VIH, du Sida et des IST au Burkina Faso. Il décrit le système national de capitalisation, 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, le Sida et les IST. La version actuelle du manuel sera révisée pour tenir compte des nouvelles orientations définies dans le CSLS 2011-2015, notamment la désagrégation des données selon le genre. Elle fera l'objet d'une large diffusion auprès de tous les intervenants.

#### ▪ **La dynamisation du groupe technique pour le suivi-évaluation**

Ce cadre de concertation pour le suivi évaluation constitue un atout pour la promotion de l'unicité du système national de suivi évaluation. Il s'agit d'améliorer sa fonctionnalité pour développer et diffuser une vision commune vers la généralisation de la gestion de l'information stratégique. Cette généralisation devra être favorisée par l'harmonisation des méthodes et des outils de suivi évaluation pour la vérification des indicateurs consensuels clés ainsi que l'appréciation des progrès réalisés.

#### ▪ **La mise en œuvre d'un plan d'actions annuel pour l'opérationnalisation du système national de suivi-évaluation**

L'élaboration et la mise en œuvre de plan d'action chaque année permet de corriger les contraintes liées au fonctionnement du système national de suivi évaluation. Ce plan constitue un document de plaidoyer dont le financement a pour objet de renforcer les capacités techniques et opérationnelles de tous les acteurs impliqués en matière de planification, de collecte, de traitement, d'analyse des données et de diffusion de l'information stratégique. Il vise également à développer la culture du

suivi évaluation auprès des différents acteurs, ce qui contribue à renforcer le principe de l'obligation de rendre compte.

▪ **Le renforcement des capacités de l'Unité chargée du suivi évaluation de la mise en œuvre du CSLS 2011-2015**

L'Unité centrale de planification et de suivi évaluation (UC-PSE) au sein du SP/CNLS-IST, responsable du suivi et de l'évaluation des activités multisectorielles et décentralisées est le dépositaire de toute information en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Elle est d'une part, chargée du développement et de la gestion du système national de suivi évaluation, et d'autre part de l'orientation de tous les acteurs en matière de planification et de suivi évaluation. Elle est également comptable de la rédaction des rapports périodiques et spécifiques relatifs à la mise en œuvre des interventions au niveau national : rapports semestriels et annuels du PNM, bulletin d'information sur la surveillance (rétro-info), rapport biennal UNGASS, rapports thématiques, etc. Les missions de l'UC-PSE lui requièrent de disposer de compétences et des capacités nécessaires au pilotage efficace du suivi évaluation de la réponse nationale au VIH.

**6.3.2. Mécanismes et instruments**

L'UC-PSE coordonne l'ensemble des activités de suivi évaluation. Les différents mécanismes et instruments seront définis dans le manuel de suivi évaluation révisé. Ils se fondent sur les éléments opérationnels suivants :

- surveiller l'évolution du VIH, du Sida et des IST à travers la sérosurveillance, la notification des cas, et les enquêtes (études épidémiologiques) ;
- suivre la variation des efforts et le contexte des programmes dans le temps et définir le profil du pays ;
- suivre et évaluer les connaissances, comportements sexuels et attitudes face à l'épidémie à travers les enquêtes répétées auprès de la population générale et des groupes cibles (études comportementales) ;
- suivre et évaluer la disponibilité et la qualité des services au niveau des formations sanitaires et centres de conseil/dépistage à travers les enquêtes effectuées dans les structures concernées en collaboration avec le CMLS/Santé ;
- faire en sorte que les mécanismes et instruments qui seront développés soient genres sensibles ;
- assurer la pharmacovigilance par rapport au traitement de l'infection à VIH, du Sida et des IST, à travers la surveillance et la documentation des effets secondaires liés audits traitements en appui au CMLS/Santé ;
- suivre le flux financier lié à la mise en œuvre des interventions ;
- suivre et évaluer les programmes spécifiques de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- suivre les études diverses et promouvoir la recherche sur le VIH, le Sida et les IST.

Par ailleurs, le choix des mécanismes et instruments de suivi et d'évaluation dépend de plusieurs facteurs dont le niveau de l'épidémie, les moyens disponibles, la capacité à gérer l'information stratégique. Leur application sera faite à travers la mise en œuvre du plan d'actions pour l'opérationnalisation du système national de suivi évaluation. Ceci permettra de prendre les dispositions aux plans technique et financier pour le renforcement des capacités des acteurs à assurer les activités suivantes :

- la collecte et le traitement des données pour la vérification effective des indicateurs définis. Ces activités nécessitent une meilleure responsabilisation des structures de coordination et d'exécution ainsi que la mise en place d'un dispositif de contrôle de la qualité des données. Le traitement des données sera fait à travers des bases de données informatisées qui permettent aussi leur capitalisation et leur stockage. Cependant en dehors des processus nationaux de collecte et de traitement, des méthodes d'estimation et de projections recommandées par

l’OMS/ONUSIDA sont utilisées pour mesurer l’ampleur et l’impact de l’épidémie et pour procéder à des projections diverses ;

- l’organisation des rencontres de concertation autour des sujets spécifiques d’informations qui nécessitent le consensus de toutes les parties prenantes pour mieux orienter les interventions, la tenue des rencontres bilan de la mise en œuvre des interventions ;
- la production et la diffusion de l’information stratégique par les différentes structures de coordination et la rétro-information des données techniques et financières aux structures d’exécution dont elles assurent la coordination des interventions. Cette information utilisée pour orienter la prise de décision est présentée sous plusieurs formes au niveau national et international rendant ainsi visibles les actions de lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

### **6.3.3. Dispositif institutionnel de suivi évaluation**

Les structures de coordination et d’exécution des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST sont également les acteurs du dispositif de suivi évaluation de la mise en œuvre du PNM. En effet, ils ont des rôles et responsabilités à assumer en fonction des relations fonctionnelles et hiérarchiques entretenues entre les différents niveaux.

L’organisation du système national fait ressortir quatre (04) niveaux de traitement de l’information qui assurent le suivi et la capitalisation de la mise en œuvre des activités de la réponse nationale.

#### **▪ Le premier niveau**

Il est constitué par les structures d’exécution sectorielles (publiques, privées, communautaires) qualifiées d’intervenants sur le terrain. Ce sont les points focaux des CILS, CMLS et CELS, les associations/OBC et ONG, les unités d’exécution des projets et programmes qui avec l’appui technique d’autres structures techniques et animateurs compétents, sont chargés de développer, programmer et/ou réaliser les activités au profit des bénéficiaires directs (populations et cibles dans les villages, les secteurs de communes urbaines et rurales, les institutions, les ministères et les entreprises). Leur rôle principal dans le cadre du suivi évaluation est de documenter ces activités par la production de comptes rendus des activités, puis à travers les fiches de rapports qui leur sont soumises, de collecter les données primaires, nécessaires au calcul des indicateurs de base (processus, produit).

#### **▪ Le deuxième niveau**

Celui-ci est représenté par les structures de coordination sectorielles publiques et privées, (CCIM, CILS, CMLS, CELS), les structures communautaires de coordination, les structures de coordination au niveau provincial et communal (CCLS, CPLS). Elles sont chargées de centraliser, valider et synthétiser les données sectorielles et provinciales provenant du premier niveau pour les transmettre à leur échelon supérieur de coordination. Les données ainsi traitées sont transmises au niveau régional et/ou au SP/CNLS-IST, lorsqu’il s’agit des données issues des programmes sectoriels compilés par les structures installées au niveau central (CILS, CMLS, CELS et structures communautaires centrales). En effet, le rôle des structures sectorielles de coordination centrales est de procéder à une compilation des résultats régionaux qui relèvent de leurs compétences sectorielles et de transmettre les résultats au SP/CNLS-IST pour information et suivi.

#### **▪ Le troisième niveau**

Il est représenté par les structures régionales de coordination notamment les comités régionaux de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (CRLS) appuyés sur le plan technique par les antennes régionales du SP/CNLS-IST. A ce niveau sont centralisées et validées les données sectorielles et provinciales. Ces données consolidées par l’antenne régionale du SP/CNLS-IST permettent de renseigner les indicateurs régionaux et de produire le rapport de mise en œuvre du PRM. Les différentes informations sont ensuite transmises au SP/CNLS-IST.

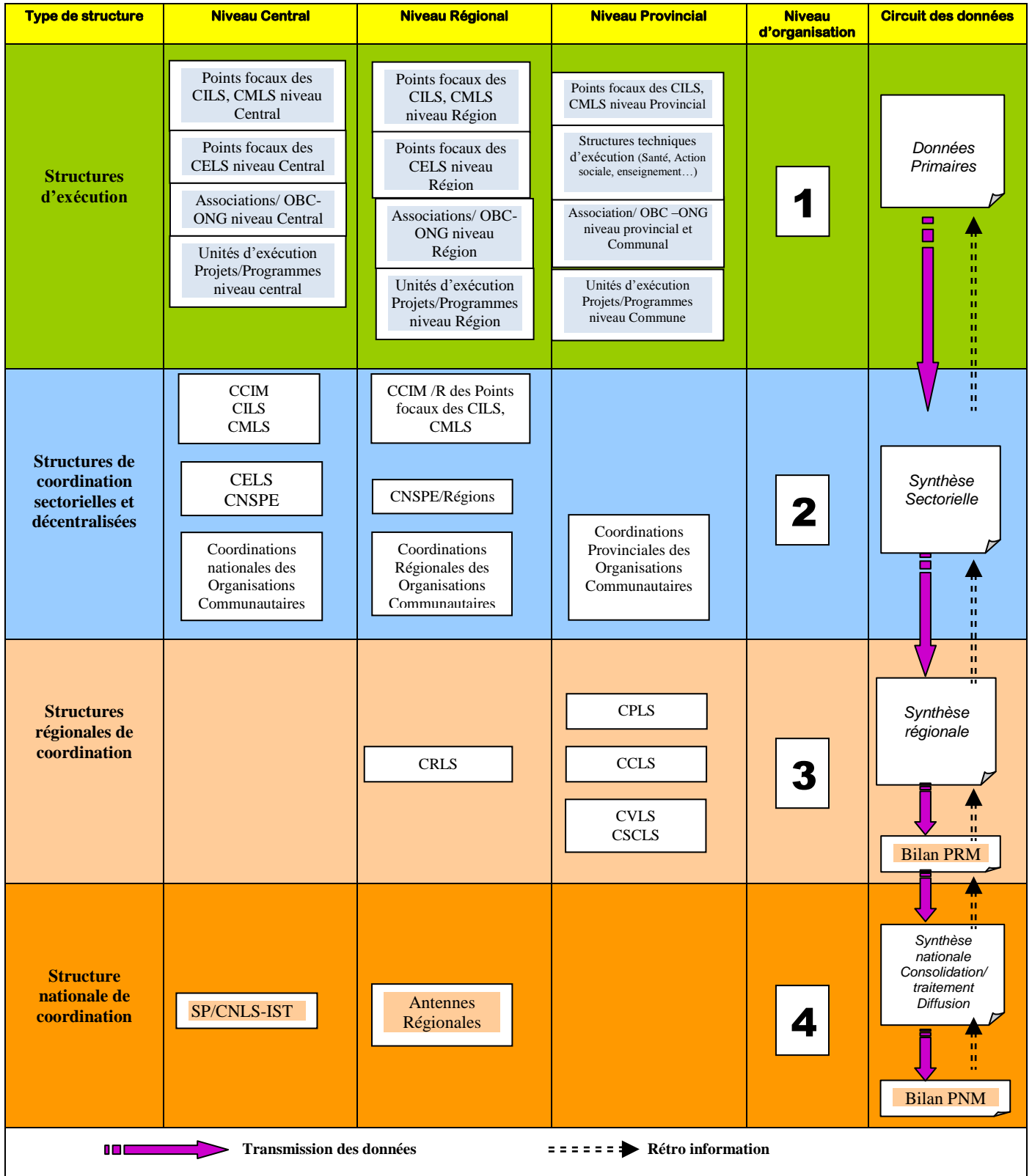
#### ▪ **Le quatrième niveau**

Ce dernier niveau est celui de la structure nationale de coordination représentée par le SP/CNLS-IST. C'est à cette étape que les données sectorielles, les données régionales et les résultats des études/enquêtes sont traités par l'Unité centrale de planification et de suivi-évaluation en collaboration avec les autres unités du SP/CNLS-IST pour permettre la vérification des indicateurs. Ce niveau assure également la production des différents rapports relatifs au suivi-évaluation tels que le rapport de suivi des indicateurs et le tableau de bord des indicateurs. En outre, les différentes informations relatives au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre des interventions sectorielles sont consignées dans le rapport bilan de la mise en œuvre du Plan national multisectoriel qui fait l'objet d'examen et de validation par le CNLS-IST à sa session annuelle. Cette session offre un cadre approprié pour diffuser les données du suivi évaluation et pour discuter des progrès réalisés.

Le schéma ci-dessous décrit suivant les niveaux de traitement des données, les liens et rôles assignés aux structures pour la transmission de données. Sur le plan fonctionnel, les structures de niveau supérieur assurent l'appui/accompagnement pour la mise en œuvre des activités et la retro information auprès de leurs structures respectives de base. Cela nécessite une concertation et une communication régulières qui sont indispensables pour assurer la complémentarité, la capitalisation et la synergie des interventions.



**Figure 8. : Organisation du Suivi Evaluation**



### 6.3.4. Indicateurs de suivi évaluation

Conformément aux orientations en matière de suivi et d'évaluation, la mesure des succès obtenus est faite sur la base des indicateurs. Une multitude d'indicateurs sont déterminés par domaine programmatique pour suivre la mise en œuvre des interventions et pour apprécier l'atteinte des objectifs nationaux et mondiaux. Ils sont formulés sous la forme d'indicateurs-clés de processus, de résultats et d'impact sur la base:

- des objectifs du CSLS 2011-2015 et des stratégies de développement (CSLP, PNDS 2011-2020, SCADD, etc.) ;
- des recommandations de l'UNGASS et des OMD ;
- des recommandations des projets/programmes spécifiques tels que: le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, l'initiative de l'accès universel pour la prévention, le traitement, la prise en charge et l'appui dans le cadre de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- etc.

Les indicateurs de processus permettront de documenter ce qui est fait, les indicateurs de résultats permettront de mettre en évidence les effets directs des actions et les indicateurs d'impacts permettront de mesurer les effets à long terme des interventions.

Le manuel de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du CSLS donnera de façon détaillée les éléments (outils et méthodes) pour mesurer et suivre les indicateurs définis qu'il convient de renseigner pour apprécier le niveau et l'efficacité de l'exécution du cadre stratégique.

Quelques indicateurs clés sont sélectionnés des axes stratégiques, de l'UNGASS et des OMD pour suivre la mise en œuvre du CSLS 2011-2015 et pour apprécier les différentes performances. Ce sont des indicateurs d'évaluation d'impact, de suivi des effets et de processus qui permettent d'apprécier l'atteinte des objectifs définis.

**Tableau n°19 : Indicateurs de suivi évaluation de la mise en œuvre du CSLS 2011-2015**

Impacts
1. Prévalence du VIH au sein de la population générale (15-49 ans)
2. Prévalence du VIH parmi les groupes vulnérables (prisonniers, routiers, hommes de tenue, orpailleurs, ...)
3. Pourcentage de jeunes hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans qui sont infectés par le VIH
4. Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie ARV (UNGASS)
5. Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives infectés par le VIH
6. Pourcentage de la population la plus exposée aux risques (professionnels du sexe, clients de professionnels du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues injectables) et porteuse du VIH
7. Pourcentage des enfants de moins de 15 ans et qui sont orphelins (filles et garçons)
Résultats
1. 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)
2. Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (UNGASS)
3. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client (UNGASS)
4. Proportion des répondants de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels dans les 12 mois écoulés, ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire avec lequel ils ne sont pas mariés ou n'habitent pas ensemble
5. Pourcentage d'agents sensibilisés qui identifient correctement les moyens sûrs pour se prémunir de la transmission.
Processus
1. Proportion des CSPS, sites PTME, sites communautaires et de structures communautaires qui mènent des activités de conseil dépistage du VIH
2. Pourcentage des populations cibles vulnérables et spécifiques qui sont touchées par les programmes de prévention du VIH
3. Nombre de personnes infectées et affectées victimes de discrimination et de stigmatisation prises en charge
4. Nombre de formations sanitaires capables d'offrir des soins qualité aux malades du SIDA
5. Nombre de formations sanitaires intégrant la SSR et le VIH
6. Nombre de structures de coordination et d'exécution opérationnelles impliquées dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST
7. Montant des fonds nationaux (ressources propres de l'Etat, ressources internes) et internationaux engagés par le gouvernement et les PTF (subventions, prêts) pour la lutte contre le VIH, le Sida et les IST
8. Nombre de sites sentinelles fonctionnels effectuant la sérosurveillance selon les normes
9. Nombre d'études et d'enquêtes réalisées sur les groupes spécifiques
10. Nombre de rapports annuels produits et diffusés sur la mise en œuvre du PNM et des PRM

Le suivi de la réalisation des différents indicateurs tient en partie compte des données utilisées pour le cadrage technique et financier de la mise en œuvre du CSLS 2011-2015. Les principales données consignées dans le tableau suivant, permettront d'apprécier la performance des résultats annuels obtenus sur les groupes spécifiques prioritaires prenant en compte le genre.

**Tableau n°20 : Quelques données de performance sur les groupes spécifiques**

	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Prévention</b>					
Nombre de TS ayant bénéficié d'interventions ciblées	14 102	14 718	15 353	16 009	16 686
Nombre de MSM ayant bénéficié d'interventions ciblées	1 444	1 834	2 239	2 660	3 097
Nombre d'usagers de drogues ayant bénéficié d'interventions ciblées	1 167	1 535	1 919	2 317	2 732
Nombre de bénéficiaires des interventions en milieu carcéral	11 165	10 736	10 291	9 831	9 355
Nombre de routiers ayant bénéficié d'interventions ciblées	32 746	31 674	30 543	29 350	28 093
Nombre d'orpailleurs ayant bénéficié d'interventions ciblées	71 936	69 649	67 227	64 664	61 956
Nombre de personnels de tenue ayant bénéficié d'interventions ciblées	26 609	25 587	24 528	23 431	22 296
Nombre de PVVIH ayant bénéficié d'interventions ciblées	46 358	43 921	41 484	39 046	36 609
Nombre de jeunes non scolarisés ayant bénéficié d'interventions ciblées	145 444	170 274	193 275	214 553	234 049
Nombre d'enseignants du primaire et du secondaire formés pour l'enseignement du VIH à l'endroit des jeunes scolarisés	5 405	6 752	8 316	10 164	12 375
Nombre de préservatifs distribués et vendus	31 608 968	32 571 873	33 607 927	34 703 495	35 854 974
Nombre de cas d'IST traités	94 849	85 667	76 058	66 007	55 500
Nombre de personnes dépistées *	390 684	429 884	471 751	516 176	563 150
Nombre de femmes enceintes recevant des services de conseil et testées	287 086	329 621	374 518	421 882	471 822
Nombre de femmes enceintes séropositives recevant des soins prophylactiques ARV	3 106	3 582	4 088	4 665	5 284
<b>Soins et traitement</b>					
Nombre de patients sous traitement antirétroviraux	45 885	47 043	48 375	50 080	52 141
Nombre de PVVIH avec soins et prophylaxie non ARV (IO, etc.)	54 748	60 624	67 084	74 344	82 580
Nombre de patients tuberculeux ayant besoin de thérapie antirétrovirale	453	480	504	530	555
Nombre de patients sous thérapie ARV bénéficiant de l'aide alimentaire	20 648	21 169	21 769	22 536	23 463
<b>Atténuation de l'impact du sida</b>					
Nombre d'OEV ayant besoin de soutien	122 056	113 542	105 462	97 859	90 990
Nombre d'OEV ayant besoin de soutien touchés	90 440	90 002	88 985	87 530	81 428

\* Ces données ne prennent pas en compte celles des femmes enceintes dépistées dans le cadre de la PTME.

## VII. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES

La lutte contre le VIH, le Sida et les IST du fait de l'approche multisectorielle et de la forte dépendance vis-à-vis des ressources extérieures est exposée à un certain nombre de risques dont l'importance pourrait compromettre l'atteinte des objectifs globaux et sectoriels fixés. Aussi, le succès de la mise en œuvre du Cadre stratégique et l'obtention des résultats escomptés sur la période 2011-2015 dépendent de l'identification des risques majeurs qui pourraient survenir à différents niveaux de la mise en œuvre, et de leur gestion pour atténuer les conséquences sur la qualité de la réponse nationale.

### **7.1. Analyse des risques**

Les facteurs de risques sont liés au contexte actuel de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Ils sont identifiés en fonction des domaines programmatiques comme suit :

- **au niveau de la prévention**, les risques qui peuvent compromettre l'atteinte des résultats sont le faible ciblage des interventions notamment la PTME et l'inadaptation des messages de sensibilisation des populations. En effet, les outils de communication devront être adaptés aux différentes catégories des cibles pour améliorer les connaissances et mieux promouvoir le changement de comportement ;
- **dans le domaine du traitement**, les risques sont relatifs à une faible capacité du système de santé à répondre à la demande de soins et traitement, notamment dans le cadre du passage à l'échelle et la décentralisation de la prise en charge médicale. L'insuffisance des ressources humaines et des plateaux techniques, la rupture des stocks de consommables et de médicaments sont en effet des facteurs défavorables à l'application de la gratuité du traitement par les ARV pour l'ensemble des PVVIH qui en ont besoin sur tout le territoire national ;
- **concernant le soutien**, l'amélioration des conditions de vie des personnes infectées et affectées pourrait se trouver réduite par la survenue de situation d'urgence suite à des catastrophes (inondations, conflits...). La survenue de telles urgences pourrait compromettre les capacités des structures de soutien et de prise en charge psychosociale et économique à garantir l'efficacité de leurs interventions ;
- **s'agissant de la coordination et de la mobilisation des ressources financières**, les principaux risques à considérer sont relatifs à la survenue des insuffisances suivantes : i) le manque d'engagement des partenaires nationaux et internationaux pour le financement de la réponse nationale au VIH ; ii) l'absence de leadership au niveau régional, notamment l'implication du CRLS dans la coordination et la gestion des ressources; iii) le faible fonctionnement des structures de coordination au niveau central et régional ;
- **pour le cas spécifique du suivi-évaluation**, les persistance des systèmes parallèles et le manque de soutien à l'opérationnalisation du système national défini dans le contexte du «Three Ones» constituent un risque pour la production et la diffusion de l'information stratégique.

### **7.2. Gestion des risques et conditions de succès de la mise en œuvre du CSLS 2011-2015**

#### **7.2.1. Stratégies de gestion des risques**

Afin d'obtenir une meilleure mise en œuvre du CSLS et une atteinte des objectifs, il conviendrait de mettre en place un mécanisme de gestion des risques qui s'appuierait à la fois sur la prévention et le traitement desdits risques.

**Tableau n°21 : Mesures de gestion des risques**

<b>Risques identifiés</b>	<b>Mesures préventives de réduction</b>	<b>Mesures de gestion</b>
<b>Domaine de la prévention</b>		
Faible ciblage des interventions	Edicter des directives d'interventions en faveur des groupes cibles tenant compte des paquets à délivrer	Cibler les interventions
Inadaptation des messages	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un plan de communication tenant compte des spécificités sociales et régionales ;</li> <li>- Réviser les outils de communication ;</li> <li>- Evaluer l'efficacité des outils.</li> </ul>	Utiliser des messages adaptés aux groupes de population
<b>Domaine du traitement</b>		
Faible capacité du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en œuvre le plan de riposte du secteur santé au VIH ;</li> <li>- Accélérer l'implication du sous-secteur sanitaire privé ;</li> <li>- Poursuivre l'accréditation des structures communautaires ;</li> <li>- Promouvoir la délégation des tâches.</li> </ul>	Mettre en œuvre un plan de renforcement des capacités du système de santé
Difficulté d'approvisionnement en intrants VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer et mettre en œuvre un Plan d'approvisionnement en intrants VIH ;</li> <li>- Améliorer la gestion des stocks d'intrants dans les formations sanitaires.</li> </ul>	Mettre en place un mécanisme performant de redéploiement et de gestion des stocks pour réallocation
<b>Domaine du soutien/gestion</b>		
Survenue de catastrophes ou d'urgences	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer des stratégies de réponse dans le plan d'opérationnalisation du CSLS ;</li> <li>- Prévoir les mécanismes de soutien aux urgences.</li> </ul>	Mettre en place une cellule de coordination pour la riposte
Diminution/faible capacité des structures pour soutenir la mise en œuvre	Former/recruter du personnel et prévoir un appui technique ou le recrutement de nouveau personnel	Contractualiser les interventions avec des structures qui en ont les capacités
<b>Domaine de la coordination et de la mobilisation des ressources</b>		
Insuffisance d'engagement des partenaires nationaux et internationaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenir la table ronde sectorielle des bailleurs de fonds ;</li> <li>- Faire le suivi du respect des engagements.</li> </ul>	Développer les mécanismes innovants pour mobiliser les ressources au niveau national et international
Contribution régressive des partenaires du fait de la crise financière	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Associer les partenaires dans la détermination des priorités et des besoins ;</li> <li>- Renforcer le plaidoyer et la communication avec les partenaires financiers au niveau national et international ;</li> <li>- Développer des stratégies adaptées à la rareté des ressources ;</li> <li>- Saisir les opportunités pour passer l'information sur la situation des ressources disponibles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réajuster les stratégies ;</li> <li>- Opérer des choix en priorisant davantage les interventions ;</li> <li>- Prioriser les interventions clés.</li> </ul>
Insuffisance de leadership au niveau régional	Renforcer les capacités des antennes régionales et des CRLS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectuer des sorties de plaidoyer pour une plus grande implication des acteurs régionaux</li> <li>- Intégrer la lutte contre le VIH, le Sida dans le processus de décentralisation et de développement local</li> </ul>
Insuffisance de capacités de coordination des interventions	Renforcer les capacités des antennes régionales et du CRLS	Renforcer les capacités de coordination des acteurs au niveau régional, provincial et communal
Hausse des prix/inflation	Prévoir la hausse des prix dans les estimations budgétaires	Réajuster les stratégies et les dépenses
Non respect des orientations techniques et du cadrage financier dans la planification	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les capacités de planification des acteurs ;</li> <li>- Diffuser l'information sur les modalités d'estimation du logiciel RNM ;</li> <li>- Élaborer et diffuser un guide d'orientation pour la budgétisation des interventions.</li> </ul>	Réaliser un appui technique régulier aux acteurs
<b>Domaine de l'information stratégique</b>		
Faible qualité et disponibilité des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les capacités des acteurs ;</li> <li>- Décentraliser les bases de données ;</li> <li>- Valider les données aux différents niveaux ;</li> <li>- Auditer régulièrement la qualité des données produites et transmises.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financement conséquent du suivi évaluation</li> <li>- Effectuer des sorties de collecte et de validation des données</li> <li>- Réaliser le feed-back</li> </ul>
Faible culture du suivi évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibiliser les intervenants sur l'importance du suivi évaluation ;</li> <li>- Inclure la complétude et la qualité dans les contrats de performance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectuer des sorties/campagnes de sensibilisation sur le suivi évaluation</li> </ul>

### **7.2.2. Conditions de succès**

L'atteinte des objectifs dépend de la disponibilité des ressources sur le plan technique et financier. En effet, la mobilisation des ressources nécessaires au financement de la réponse et la disponibilité des compétences techniques demeurent des facteurs indispensables à la mise en œuvre des interventions. Aussi, l'engagement de l'Etat et l'appui des Partenaires techniques et financiers à soutenir la lutte contre le VIH, le Sida et les IST sont nécessaires. Il convient alors :

- de maintenir le leadership au plus haut sommet de l'État et qui se réplique subséquemment à tous les niveaux du territoire national (région, province, commune) ;
- de développer une approche concertée pour faciliter la mobilisation des ressources et mettre en place un système de coordination pour le suivi des décaissements ;
- de mettre en place un système d'allocation concertée des ressources financières dans le cadre du renforcement de l'approche décentralisée et régionale de la réponse au VIH ;
- de couvrir les besoins prioritaires et veiller à une couverture géographique et stratégique des besoins ;
- de renforcer l'intégration du VIH, du Sida et des IST dans les projets et programmes de développement et dans les plans locaux de développement ;
- de renforcer les capacités des parties prenantes à participer au processus itératif de planification et de suivi évaluation de la mise en œuvre du CSLS ;
- de renforcer la bonne gouvernance de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST aux différents niveaux de la réponse nationale ;
- d'assurer l'engagement et le respect des engagements par les partenaires techniques et financiers.

\*\*\*\*\*

# ANNEXES

# **ANNEXE 1 : CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA ET LES IST AU BURKINA FASO**

## **1.1. Généralités sur le pays**

Pays sahélien enclavé sans littoral, le Burkina couvre une superficie de 272 967 km<sup>2</sup> (IGB, 2002). Il partage ses frontières avec six (6) pays de la sous-région ouest africaine que sont : le Mali, le Niger, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

### **1.1.1. Situation démographique et sociale**

**En matière de démographie** : selon le dernier Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006, le Burkina Faso compte 14 017 262 habitants dont 51,7% de femmes. C'est une population jeune car 46,6% des habitants ont moins de 15 ans. Elle est dynamique et croît à un taux de 3,1% par an, du fait d'un niveau de fécondité encore élevé (ISF : 6.2) et d'une mortalité générale en baisse continue (TBM : 11.8‰). A ce rythme, elle atteindrait 16 248 558 habitants en 2011. La grande majorité de cette population réside en milieu rural, 77,3% contre 22,7%, en milieu urbain. Au regard de ce qui précède, les femmes et les jeunes constituent les groupes cibles les plus importants qui devront bénéficier d'actions vigoureuses afin de réduire leur vulnérabilité face à l'infection au VIH.

**Au plan socioculturel**, le Burkina Faso compte une soixantaine d'ethnies et trois principales religions : l'islam, le christianisme (Catholiques, protestants) et l'animisme. Les populations à majorité rurales sont encore sous l'influence de certaines croyances ancestrales et pesanteurs sociologiques qui maintiennent des pratiques traditionnelles néfastes tels que l'excision, le lévirat, le sororat, le mariage précoce et forcé, etc. Malgré des progrès récents et des initiatives en faveur de l'égalité des sexes, de grandes disparités entre hommes et femmes, notamment en matière de droits humains, persistent encore dans les différentes régions du pays. La prise de conscience collective de l'impact négatif des inégalités entre les sexes sur le processus de développement durable du pays, a motivé l'adoption de la politique nationale genre, pour œuvrer progressivement vers une plus grande justice et équité sociales. C'est ainsi que les stratégies sectorielles de riposte dans le cadre de la mise en œuvre de ce troisième CSLS se devraient de prendre en compte les différentes valeurs qui fondent le système socioculturel burkinabè y compris les préoccupations du genre.

### **1.1.2. Situation politique et administrative**

**Sur le plan politique**, le pays jouit d'une stabilité qui se caractérise par le fonctionnement régulier des différentes institutions républicaines, l'amélioration de la gestion des affaires publiques et la création des conditions propices à la responsabilisation de tous les acteurs dans la conduite des politiques de développement. Le pays a organisé trois élections présidentielles, quatre législatives et trois municipales sans interruption. Le processus de décentralisation à travers l'organisation du pays en collectivités territoriales s'est accompagné d'une déconcentration de l'Administration. Le Burkina Faso est aussi réputé pour sa société politique plurielle et sa société civile très engagée et active. Il fait partie des sept premiers pays en Afrique où la presse s'exprime librement. Cette situation on ne peut plus rassurante lui vaut la confiance et le crédit de ses partenaires bilatéraux et multilatéraux.

**Sur le plan administratif**, le pays s'est engagé depuis plus d'une décennie et demie dans un processus de décentralisation qui s'est davantage consolidé avec la communalisation intégrale mise en œuvre en 2006. La subdivision administrative donne par ordre successif : la région, la province, la commune (rurale ou urbaine), le secteur de commune et le village. Ainsi, le territoire national est organisé en collectivités territoriales et en circonscriptions administratives comme suit : (i) 13 régions administrées par des gouverneurs nommés par décret pris en Conseil des ministres. Chaque région comporte un Conseil Régional représentatif de l'ensemble des élus de la région, (ii) 45 provinces administrées par des Hauts commissaires nommés par décret pris en Conseil des ministres, (iii) 351 communes dont 302 communes rurales et 49 communes urbaines. Les communes sont sous la responsabilité de maires élus, (iv) plus de 8 000 villages dotés chacun d'un Conseil villageois de développement.

Les collectivités territoriales (régions, communes) jouissent d'une autonomie d'organisation pour prendre en charge leur développement. C'est bien dans cette optique qu'il leur est transféré progressivement des compétences et des ressources. Cette dynamique régionale et communale de développement devrait aussi mettre au centre de ses préoccupations, la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. La mise en place du cadre national de concertation des partenaires du développement rural et décentralisé (CNC-PDR) contribuera au développement d'actions concertées et harmonisées dans la perspective de la régionalisation de la réponse nationale au VIH.



Avec un revenu par habitant équivalant à 300 \$ US par an, le Burkina Faso, fait partie des Pays les moins avancés (PMA). Selon le dernier rapport du PNUD sur le développement humain, le pays occupe le 177<sup>ème</sup> rang sur 182 pays avec un IDH de 0.389 en 2009. Les ambitions de croissance de l'économie burkinabè au cours de ces cinq dernières années, ont été fortement contrariées par les sévères crises énergétique, alimentaire et financière ainsi que par les pluies diluviennes du 1<sup>er</sup> septembre 2009. Malgré tout, l'économie nationale a évolué à un rythme moyen de l'ordre de 4,5% par an contre une croissance démographique de 3,1%. Les bonnes performances agricoles et les embellies économiques enregistrées du fait du dynamisme du secteur secondaire (BTP, Industries extractives) et du secteur tertiaire (Transports) en 2009, sont bien à l'origine de cette progression économique. Toutefois, au regard de la situation démographique, celle-ci reste insuffisante pour atténuer l'ampleur de la pauvreté dont la principale cible est constituée des populations vivant en milieu rural. En rappel, l'incidence de la pauvreté en milieu rural était estimée 48,9% en 2008 contre 20,3% en milieu urbain. L'urbanisation croissante s'accompagne également d'une précarité socioéconomique qui augmente la vulnérabilité des populations. Les femmes sont plus vulnérables face à la pauvreté du fait de leur accès limité aux facteurs de production et aux ressources.

De par la possible augmentation de la morbidité et de la mortalité due à l'infection du VIH, aucun secteur de l'économie n'est épargné des impacts socioéconomiques de l'épidémie du VIH. Elle a constitué un réel handicap pour les forces productives dans les différents compartiments de l'économie nationale et a créé des situations de dépendance qui ont un important coût économique. En ce qui concerne les entreprises, ces phénomènes s'associent pour augmenter les coûts des principaux services et de production. L'épidémie tend à accentuer la pauvreté dans les ménages, retarde l'atteinte des objectifs de développement humain durable et aggrave les disparités entre les sexes. La persistance des pratiques de discrimination et de stigmatisation compromet également la participation effective des personnes infectées au processus de développement.

Par ailleurs, la crise financière survenue en 2008 n'a pas encore fini de livrer toute l'ampleur de ses conséquences, ajoutant ainsi une dose d'incertitude à la disponibilité et aux prévisibilités de financement extérieur. L'année 2010 marque la fin de la majorité des projets de lutte contre le VIH, le Sida et les IST au Burkina Faso.

Malgré un environnement économique international peu favorable, les autorités burkinabè ont toujours développé des initiatives pour accroître la mobilisation des ressources publiques internes même si davantage d'efforts devraient être consentis pour réaliser la norme communautaire de pression fiscale. Elles ont fait preuve d'une gestion rigoureuse de ces ressources tout en privilégiant le développement des secteurs sociaux. En reconnaissance à ces efforts, le pays continue de bénéficier d'un flux relativement important d'aide publique au développement (APD).

#### **1.1.4. Situation éducative**

Sur le plan de l'éducation, le pays a obtenu des acquis fort appréciables au cours des 05 dernières années en matière d'enseignement et de formation ; toutefois les efforts doivent être poursuivis dans les différents ordres d'enseignement. La loi d'orientation de l'éducation adoptée par l'Assemblée nationale le 30 juillet 2007, traduit la volonté du Gouvernement burkinabè de rendre le système éducatif plus performant, accessible à tous les enfants et à même de répondre aux besoins de l'économie nationale.

**Au niveau de l'éducation préscolaire**, malgré d'importants efforts consentis ces dernières années pour accroître l'offre, l'éducation préscolaire demeure encore très embryonnaire. Le taux de scolarisation de la petite enfance n'excédait guère 3% en 2009. L'enseignement préscolaire reste un phénomène des grands centres urbains. La ville de Ouagadougou abrite 41,63% des structures d'éducation préscolaire.

**Au niveau de l'enseignement primaire**, il a été enregistré une forte expansion au cours de ces cinq dernières années. Les efforts du Gouvernement se sont traduits par la construction de près de 11 000 nouvelles salles de classes qui ont permis au total à environ 1 500 000 nouveaux élèves dont 48% de filles, d'accéder au CP1. Pour l'encadrement, 3 000 nouveaux enseignants ont été recrutés tous les ans. Ainsi en 2009-2010, le taux de scolarisation s'établissait à 76% contre 61% en 2005-2006 soit un gain de 15 points. Celui des filles s'est établi respectivement à 67,7% et 54% soit une amélioration de 14 points. Le taux d'achèvement qui est un indicateur pertinent en termes de maintien reste une préoccupation. Il est de 47,7% en 2009 dont 44,2% pour les filles. Avec les progrès notables au niveau de la scolarisation des filles, l'indice de parité est de 0,88 en 2009 contre 0,79 en 2005-2006.

**Au niveau de l'alphabétisation et de l'éducation non formelle**, il existe bien un regain d'activités. Cependant, la multiplicité des intervenants et la non maîtrise des statistiques en matière d'alphabétisation notamment, ne permettent pas d'apprécier avec exactitude l'impact de tous les efforts conjugués. En 2007, le taux d'alphabétisation était estimé à 28,3% contre 23,6% en 2005 soit une progression de 2,5 points en moyenne par an. Ce taux chez les 15-24 ans a connu une hausse, passant de 33,0% à 39,3% de 2005 à 2007, soit une augmentation de 19,1% correspondant à un gain net de 6,3 points. Si les tendances actuelles se maintiennent le taux d'alphabétisation des 15-24 ans sera de 48,08% à l'horizon 2015. A ce rythme, il faut attendre 2023 pour porter le taux d'alphabétisation à 60%. En outre, les statistiques indiquent que les femmes (26,5%) demeurent faiblement alphabétisées par rapport aux hommes (39,8%).

**Au niveau de l'enseignement secondaire**, des progrès notables ont également été enregistrés. Avec l'ouverture de près de 140 nouveaux collèges d'enseignement général (CEG) et de 13 nouveaux lycées entre 2006 et 2009, les capacités d'accueil se sont accrues de manière sensible entraînant une progression des effectifs de l'ordre de 11% en moyenne par an. En fin 2009, l'enseignement secondaire général comptait 468 000 élèves environ dont 42% de filles. Malgré ces performances, les taux d'admission et d'achèvement sont très modestes. Le Taux brut d'admission (TBA) en classe de 6<sup>e</sup> et l'achèvement au premier cycle passe de 23,3% en 2006/2007 à 28,4 % en 2007/2008, soit une progression de 5,01%. Les taux d'achèvement aux premier et second cycles sont respectivement en 2007/2008 de 16,7% et 7,02% contre 13,3% et 5,8% en 2006/2007 soit une progression de 3,4% pour 2007/2008. L'enseignement technique est appelé à connaître un développement. L'ouverture projetée de quatre Lycées professionnels et de 13 centres régionaux de perfectionnement, offriront des opportunités d'amélioration de nombreux métiers.

**Au niveau de l'enseignement supérieur**, l'accent est mis sur les filières de formation professionnelle à travers la mise en œuvre du système « Licence-Master-Doctorat (LMD) ». Au cours de ces dernières années, le Gouvernement a renforcé les capacités des universités publiques existantes et a lancé les travaux de construction de l'université de Ouaga II. L'ouverture d'autres universités est envisagée à Ouahigouya, Fada Gourma et Dédougou. Les autorités burkinabè ont aussi créé les conditions d'émergence de nombreuses universités privées. En fin 2009, le Burkina comptait plus de 60 000 étudiants dont environ 50 000 dans les universités publiques. L'objectif visé à l'horizon 2015 est de 403 étudiants pour 100.000 habitants (RGPH 2006). Au regard des effectifs actuels, le dispositif d'enseignement supérieur connaît des insuffisances en matière d'accessibilité et d'accueil. La professionnalisation des filières de formation, envisagée dans le cadre de la réforme du système universitaire en cours, constitue un levier pour accroître le rendement externe de l'enseignement supérieur.

Les milieux scolaires et universitaires sont réputés être des milieux à risque. C'est pourquoi l'intégration de la prévention de l'infection à VIH et aux IST dans les curricula et modules de formation dans les différents ordres d'enseignement ainsi que le développement des activités de prévention en dehors des classes, constituent des actions bien opportunes pour amener les jeunes à opérer des changements de comportements durables face aux dites infections. L'éducation est un moyen approprié et efficace pour la prévention de l'infection à VIH et aux IST.

#### **1.1.5. Situation juridique**

La protection des personnes vivant avec le VIH demeure insuffisante malgré l'intensification des mesures de prévention et de prise en charge du VIH et du Sida. Les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées persistent encore à l'échelon familial, communautaire et sur les lieux de travail, se traduisant parfois par des pertes d'emploi pour les PVVIH. La prise en charge médicale et psychosociale, de même que l'intégration sociale des PVVIH sont des droits. Elles comportent plusieurs maillons destinés à atténuer la vulnérabilité des personnes vivant avec le VIH et les communautés et contribuent à contrôler les impacts sur les individus, les familles et les systèmes institutionnels et sociaux.

Le Burkina Faso a ratifié plusieurs conventions internationales notamment celles relatives aux mesures juridiques de la déclaration de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le Sida en 2001, qui stipule que « *la réalisation pleine et universelle des droits de l'homme et des libertés fondamentales est un élément essentiel de l'action mondiale contre l'épidémie de VIH/Sida ; elle préserve de l'opprobre et de la discrimination qui en résultent à l'encontre des PVVIH ou des personnes risquant de l'être* ».

En application de cette disposition de la déclaration, outre les dispositifs juridiques généraux relatifs aux droits humains, le Burkina Faso s'est doté de deux lois spécifiques : l'une portant sur la Santé de la reproduction (SR) et l'autre relative à la lutte contre le VIH/ Sida et à la protection des PVVIH. Il s'agit de :

- la loi N°049-2005/AN portant sur la Santé de la reproduction qui, en son article 14 précise que « *Toute personne atteinte d'une Infection sexuellement transmissible (IST) et du Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/ Sida) en particulier, doit jouir sans discrimination, des droits civils, politiques et sociaux : logement, éducation, emploi, santé, protection sociale* » ;
- la Loi N°30-2008 du 20 mai 2008 portant lutte contre le VIH/ Sida et protection des droits des personnes vivant avec le VIH dont le décret d'application vient d'être adopté par le gouvernement, consacre les mêmes droits en ses articles 3 à 19.

### **2.1.6. Situation sanitaire**

Le renforcement de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité des prestations de service ont été les aspects dominants des actions gouvernementales au cours de ces cinq dernières années. Environ 200 nouveaux centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et deux nouveaux centres hospitaliers régionaux (CHR de Banfora et de Kaya) ont été construits. Des travaux de réhabilitation sont également faits. L'extension de la couverture sanitaire s'est accompagnée de l'amélioration du rayon moyen d'action théorique qui devrait se situer désormais à moins de 7,50Km. L'accroissement des infrastructures est aussi allé de pair avec le recrutement de près de 5 000 nouveaux agents publics (personnel médical et paramédical). L'action publique est harmonieusement renforcée par des acteurs privés et communautaires qui disposent d'un nombre impressionnant de structures correspondant aux normes requises. La couverture nationale a connu une amélioration ces dernières années, mais des disparités régionales persistent. En 2009, le Burkina Faso totalise<sup>8</sup> 1585 formations sanitaires publiques non compris les trois (03) CHU et 9 CHR, 382 formations sanitaires privées et confessionnelles, 537 dépôts pharmaceutiques privés, 153 officines pharmaceutiques privées et 192 Centres de dépistage (CD) répartis selon les régions (tableau n°1 p28). Au niveau communautaire, les formations sanitaires sont au nombre de 12 structures de traitement accréditées et 36 centres de conseil dépistage en 2009.

En matière de normes en personnel, plus des 3/4 des CSPPS (75,95%) les remplissaient en fin 2007.

Les efforts dans le domaine de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles se sont intensifiés. Mais, certains indicateurs démographiques et sanitaires bien qu'en baisse demeurent encore très élevés. Les taux bruts de mortalité infanto-juvénile et de mortalité maternelle étaient estimés respectivement à 141,9‰ et à 307 pour 100 000 naissances vivantes en 2006 (RGPH). La mortalité des enfants de moins de 5 ans est imputable au paludisme, aux Infections respiratoires aiguës (IRA) et aux maladies diarrhéiques. Le recours aux formations sanitaires et d'utilisation des moyens préventifs et curatifs, sont encore faibles (taux d'utilisation des services de santé de 0,49 contact par habitant/an en 2008). Cette situation est aggravée par la persistance de certaines pratiques d'hygiène et d'assainissement non recommandées quant à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants notamment. En outre, certains comportements et habitudes de vie renforcent l'impact de certaines maladies infectieuses sur un terrain souvent fragilisé par la malnutrition.

On note une augmentation du nombre de structures assurant la prise en charge médicale des PVVIH par les ARV. En fin décembre 2009, 82 formations sanitaires aussi bien publiques, privées que communautaires assuraient cette prise en charge dans les 13 régions du pays. Toutefois les structures privées et confessionnelles devront s'impliquer davantage. Dans le cadre du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), l'offre de service des structures sanitaires suite aux actions de promotion des acteurs communautaires, s'est vite étendue et a permis de renforcer les performances de ce programme. Ainsi, outre la couverture de l'ensemble des districts sanitaires, le nombre de sites (CSPPS) est passé de 803 en 2008 à 1267 en 2009 soit une hausse de 58%. Un total de 1 267 sur 1 380 CSPPS pratiquent donc la PTME, soit un taux de couverture de 92% environ. En 2009, sur 609 632 femmes vues en CPM, 310 583 ont été bénéficiaires de la PTME, ce qui correspond à un taux d'adhésion de 50,9 %. Le taux de séropositivité chez les femmes dépistées a été estimé à 1,5%.

## **1.2. Données sur l'épidémie du VIH**

### **1.2.1. Situation générale sur le VIH et les IST**

Le Burkina Faso est placé parmi les pays à épidémie généralisée. Le rapport ONUSIDA paru en 2008 estimait la prévalence moyenne de l'infection à VIH dans la population générale du Burkina Faso à 1,6% [1,4-1,9] en fin 2007. Selon le même rapport, le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 130 000, dont 61 000 femmes et 10 000 enfants de moins de 15 ans. Par ailleurs, 9 200 décès ont été liés au VIH et 100 000 enfants sont orphelins du fait du Sida. Selon les dernières estimations du groupe de travail OMS/ONUSIDA, sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA, ce taux est de 1,2 % en fin 2008.

Les résultats de l'Enquête démographique et de santé 2003, présentent des disparités spatiales et selon le genre. La prévalence varie dans la population générale des 15-49 ans, de 1,3% en milieu rural à 1,6% en milieu urbain. Il ressort également que les jeunes filles sont plus infectées que les jeunes garçons. Les taux sont respectivement de 1,29% et 0,66% dans la tranche d'âge 15-24 ans ; en 2009 l'ONUSIDA et l'OMS estimaient ces taux à 0,9% pour les filles et 0,5% pour les garçons.

Les données de la surveillance sentinelle de 2008 au niveau national ont montré une prévalence globale du VIH chez les 15 à 49 ans de 2,0% avec un intervalle de confiance de [1,8-2,4] contre 2,3% [2,0-2,7] en 2007. Chez les jeunes (15-24 ans) elle est de l'ordre de 1,3% [1,0-1,7] en 2008 contre 2% [1,6-2,5] en 2007. Le VIH 1 prédomine avec 94,4% des cas, contre respectivement 4,4% et 1,2% pour le VIH 2 et les formes combinant VIH1 + VIH 2. Suivant le milieu, les taux sont :

<sup>8</sup> Plan d'action 2010 du ministère de la Santé.

- en milieu rural 0,4% [0,2-0,7]. Le taux le plus faible a été observé à Sindou, avec un taux relativement nul et le plus élevé à Kaya (0,9%). En 2006 et 2007, les taux estimés étaient respectivement de 1,3% [0,9-1,8] et 1% [0,7-1,5] ;
- en milieu urbain, 3,1% [2,6-3,6] avec des extrêmes allant de 0,9% à Fada à 4% à Ouagadougou et 4,2% à Koudougou. Chez les 15-24 ans, la plus élevée est de 3,4% [1,6-6,2] à Koudougou en 2008. En 2007 elle était de 4,5% [3,1-6,4] à Ouagadougou.

La prévalence du VIH mesurée dans la population générale est en baisse relative au Burkina Faso depuis 10 ans. Selon les projections du logiciel Spectrum, elle devrait continuer à décroître pour s'établir à 1,12% en 2015.

L'évolution du taux dans les différentes régions présente les tendances suivantes :

- Sites à fortes prévalences : Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Koudougou, Ouahigouya, Tenkodogo, Gaoua ;
- Sites où les tendances sont à la baisse : Ouagadougou, Gaoua, Fada, Kaya, Ziniaré, Dédougou, Manga, Dori, Sindou ;
- Sites où les tendances sont en hausse : Bobo-Dioulasso, Koudougou, Tenkodogo, Ouahigouya.

En 2008, les structures sanitaires ont notifié 119.964 cas d'IST ; les données provisoires de 2009 sont de 133 689 cas.

L'analyse de l'incidence par région montre que le taux le plus élevé se situe dans les régions du Centre (19,3 pour 1000). Le taux le plus faible se retrouve dans les régions de la Boucle du Mouhoun (4,7 pour 1000).

Par rapport au sexe, on observe une incidence plus élevée chez les femmes (13,1 pour 1000) que chez les hommes (2,8 pour 1000). Cela est probablement dû à l'ampleur des écoulements vaginaux et les douleurs pelviennes rencontrées chez les femmes.

Entre 2005 et 2007, on note une augmentation de l'incidence globale des IST et une diminution globale des cas dans toutes les tranches d'âge entre 2007 et 2008 sauf pour les 0-14 ans où on observe une légère augmentation.

Au-delà des disparités régionales, certains groupes présentent toujours des prévalences assez élevées s'agissant du VIH ou des IST, faisant d'eux les principaux foyers potentiels à partir desquels l'épidémie pourrait ressurgir.

### **1.2.2. Facteurs de propagation du VIH et des IST**

L'évolution de l'épidémie, tout autant variable en fonction des groupes, s'explique par la persistance d'un certain nombre de déterminants d'ordre socioculturel et économique. Les facteurs de propagation sont identifiés au niveau de la population générale et des groupes spécifiques notamment les populations à risque. Ce sont :

- la faible connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (38,1%) ;
- la persistance des croyances erronées sur la transmission du VIH : piqûres de moustique et accolades (respectivement 33,1% et 16,5% des personnes enquêtées) ;
- la faible réactivité en cas d'IST notamment chez les hommes : poursuite des relations sexuelles, parfois sans usage du préservatif (7,2% d'utilisation), la faible fréquentation des formations sanitaires et le non dépistage du VIH (37,6% ont fait le dépistage du VIH) ;
- la faible pratique du dépistage : 33,3% des personnes enquêtées déclarent avoir fait le dépistage ;
- la faible utilisation du préservatif : 60,7% utilisent le préservatif avec les partenaires occasionnels et 57% avec les partenaires commerciaux ;
- les relations sexuelles intergénérationnelles avec faible capacité des plus jeunes à exiger l'utilisation du préservatif (38,3%) ;
- le multi-partenariat sexuel ;
- le mariage précoce : au Burkina Faso, une fille sur cinq est mariée avant l'âge de 14 ans. En effet, 47,8% d'entre elles contractent une union avant l'âge de 17 ans. Par comparaison à l'ensemble des régions du pays, les entrées en union sont plus précoces dans les régions du Sahel (16% des mariés) et de l'Est (12%). Les régions où les entrées en union se font un peu plus tardivement sont les régions du Centre, du Sud-Ouest, du Centre-Ouest et du Plateau Central [RGPH, 2006] : Situation socioéconomique des enfants et des jeunes]. Ces mariages se font souvent avec des adultes qui ont d'autres expériences sexuelles sans test de dépistage au préalable et souvent elles sont amenées vers les grandes villes ou à l'extérieur ;
- le statut socioéconomique des femmes qui les place dans une situation d'impossibilité de décision par rapport à leur sexualité ;
- la mobilité de la population qui touche 31,8% des jeunes ;

- les rapports sexuels sous contraintes<sup>9</sup> (18,6%) ;
- l'utilisation de substances pouvant altérer les comportements tels que l'alcool (29,4%) et les stupéfiants (2,4%) ;
- les mutilations génitales féminines : le taux de prévalence de l'excision est estimé à 49,5% contre 76,6% en 2003. La pratique de l'excision et les séquelles de cette pratique sont susceptibles d'augmenter les risques de lésions lors des rapports sexuels et partant de là, une exposition à la contamination par le VIH ;
- la stigmatisation et la discrimination : bien que leur ampleur ne soit pas estimée, la documentation des cas éthiques et juridiques menée en 2008 a révélé qu'elles touchent indistinctement les personnes vivant avec le VIH et revêtent un caractère sournois. Ces phénomènes, pourraient avoir une incidence sur les performances du conseil dépistage et la PTME ;
- vulnérabilité des populations. Les effets indirects de la crise économique et financière ainsi que le changement climatique sont susceptibles d'aggraver la pauvreté des populations les rendant encore plus vulnérables ;
- la transfusion sanguine : la couverture des besoins en produits sanguins labiles est insuffisante sur l'ensemble du territoire national. En effet, selon les normes de l'OMS, sur un total de 140.000 dons attendus en 2008, la couverture est de 45.6%. L'insuffisance de couverture nationale des services de transfusion sanguine constitue des contraintes majeures à la sécurité transfusionnelle ;
- les Accidents d'exposition aux liquides biologiques (AELB) : certains prestataires comme les agents de santé, les sapeurs pompiers, les secouristes, etc. sont de par leurs activités professionnelles en contact avec des liquides biologiques de leurs clients ou patients. Ces activités les exposent à des risques de contamination. En effet, dans le système de santé, des cas d'AELB ont été notifiés : 20 cas traités en 2007, 13 en 2008 et 40 en 2009 ;
- la gestion des déchets liés au VIH, issus des activités de transfusion sanguine, de dépistage, de prise en charge médicale ou d'utilisation du préservatif, reste faiblement développée. Ceci est susceptible d'influer à la fois sur les risques de transmission et de pollution de l'environnement.

### **1.3. Situation de la réponse nationale au VIH en 2010**

#### **1.3.1. Rappel historique de la réponse au VIH**

Au Burkina Faso, la réponse nationale au VIH a débuté en 1987 après la déclaration des premiers cas à l'OMS. Avec le soutien des Partenaires techniques et financiers (PTF), les interventions ont été progressivement intensifiées avec l'adoption de plusieurs mesures politiques et stratégiques qui se sont traduites entre autres par le renforcement des activités opérationnelles de prévention et de prise en charge en fonction des besoins du moment. Le Sida qui était considéré comme une maladie des groupes minoritaires et un problème de santé publique, est devenu un problème de développement à cause de ses impacts négatifs sur les secteurs sociaux et économiques. Ainsi, de 1987 à 1998, la réponse nationale au VIH a connu l'élaboration et la mise en œuvre de trois plans d'actions successifs. Suite à une analyse de la situation de l'épidémie du VIH et des IST au Burkina Faso réalisée à partir de 1998, la réponse a été orientée vers le renforcement de la multisectorialité avec l'adoption du processus de planification stratégique qui a impliqué l'ensemble des secteurs de développement.

Cette réponse s'est appuyée sur une organisation qui a connu une évolution institutionnelle au fil des années, allant d'un comité restreint placé sous la responsabilité du Ministère de la santé à un Conseil national de lutte contre le Sida et les IST, sous l'autorité du Président du Faso, avec un Secrétariat permanent chargé de la coordination, de l'appui technique et du suivi de l'ensemble des interventions au plan national. Le caractère multisectoriel et décentralisé de la réponse a conduit à la mise en place de structures de coordination et d'exécution au niveau des différents secteurs de développement et au niveau régional, provincial, communal et villageois. Pour soutenir ces structures dans leurs tâches, le SP/CNLS-IST a entrepris de se déconcentrer au niveau régional en mettant en place des antennes régionales.

L'adoption et la mise en œuvre de deux cadres stratégiques de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (CSLS 2001-2005 puis 2006-2010) ont contribué de manière significative à stabiliser la progression de la pandémie. Le taux de séroprévalence en population générale (15-49 ans) qui serait estimé à 7,17% en 1997 est passé à 1,6% en fin 2007 selon le rapport ONUSIDA 2008. Selon les dernières estimations du groupe de travail OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA, ce taux est de 1,2 % en fin 2008.

Le profil évolutif de la réponse nationale au VIH de 1990 en 2010 est présenté en annexe 2.

<sup>9</sup> Il s'agit ici de rapport sexuel que les personnes affirment avoir eu sans en avoir eu envie. Il n'a pas été précisé s'il s'agit de viol ou sous une menace quelconque.

### **1.3.2. Organisation actuelle de la réponse au VIH**

La riposte nationale au VIH est organisée autour du Conseil national de lutte contre le Sida et les IST (CNLS-IST) et s'exécute dans une vision de multisectorialité et de décentralisation. Le dispositif organisationnel et institutionnel de la politique de lutte contre le VIH/ Sida et les IST est basé sur des structures sectorielles et décentralisées qui sont responsables du processus de planification et de mise en œuvre des interventions à tous les niveaux. Les structures sont regroupées en cinq (05) catégories à savoir :

- les structures centrales de coordination (le CNLS-IST, le SP/CNLS-IST et les structures de coordination des PTF et les structures de coordination multi partenariales) ;
- les structures sectorielles de coordination (CILS, CMLS, CELS) ;
- les structures régionales et provinciales de coordination (CRLS, CPLS, CCLS, les antennes régionales du SP/CNLS-IST) ;
- les structures communautaires de coordination (les coordinations nationale, régionale et provinciale des organisations communautaires de lutte contre le VIH et les IST) ;
- les structures d'exécution (les Cellules relais des CILS, CMLS et CELS, les CVLS, les CSCLS, les ONG et OBC/associations, les structures d'exécution des projets et programmes).

### **1.3.3. Rappel des objectifs du CSLS 2006-2010**

Les objectifs stratégiques de lutte contre le VIH, le Sida et les IST définis pour la période 2006-2010 sont : (i) réduire la transmission du VIH et des IST, (ii) renforcer la prise en charge et le soutien aux personnes infectées et affectées, (iii) renforcer le partenariat et la mobilisation des ressources, (iv) renforcer la surveillance de l'épidémie, (v) accroître les capacités de coordination et de suivi évaluation. Ces objectifs stratégiques sont traduits en cinq axes stratégiques comportant chacun des objectifs et des domaines d'actions prioritaires, pour lesquels les actions sont identifiées et mises en œuvre par les acteurs multisectoriels.

**Tableau n°4 : Synthèse des orientations stratégiques 2006-2010**

<b>Axes stratégiques</b>	<b>Objectif général</b>	<b>Objectifs intermédiaires</b>	<b>Domaines d'actions prioritaires</b>
<b>Axe 1 :</b> <i>Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/Sida et des IST, et promotion du conseil dépistage volontaire</i>	Réduire la transmission du VIH/ Sida et des IST	<b>Objectif intermédiaire 1 :</b> réduire d'au moins 25% le pourcentage de nouvelles infections à VIH et des IST dans les groupes cibles prioritaires de 2006 à 2010	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC ;</li> <li>2. Promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires et communautaires ;</li> <li>3. Promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail ;</li> <li>4. Prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques ;</li> <li>5. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;</li> <li>6. Promotion des préservatifs masculins et féminins ;</li> <li>7. Promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques ;</li> <li>8. Promotion de la santé de la reproduction/santé sexuelle ;</li> <li>9. Renforcement de l'enseignement de la lutte contre le VIH/Sida et IST dans le secteur de l'éducation et dans les écoles de formation professionnelle.</li> </ol>
		<b>Objectif intermédiaire 2 :</b> réduire l'incidence des IST de 10% par an de 2006 à 2010	10. Renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST ;
		<b>Objectif intermédiaire 3 :</b> porter à 80 % l'accès au CD de la population	11. Renforcement du conseil dépistage volontaire au niveau des structures sanitaires et communautaires.
<b>Axe 2 :</b> <i>Renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH</i>	Assurer la prise en charge médicale et communautaire à 100% des PVVIH d'ici 2010	<b>Objectif intermédiaire 1 :</b> Assurer la couverture en soins et conseils dans les structures de soins et les centres de traitement ambulatoire selon les directives nationales pour 100% des personnes dépistées positives	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développement des services sanitaires de base au niveau communautaire ;</li> <li>2. Renforcement de l'implication du monde associatif et communautaire dans le continuum de soins aux personnes infectées et affectées par le VIH/ Sida et IST ;</li> <li>3. Renforcement des compétences pour la prise en charge médicale et la prise en charge intégrée de la maladie dans le contexte VIH/ Sida et IST ;</li> <li>4. Renforcement de la prophylaxie et du traitement des Infections opportunistes (IO) ;</li> <li>5. Développement des services de traitement ambulatoire et des soins à domicile ;</li> <li>6. Développement de la prise en charge nutritionnelle ;</li> <li>7. Renforcement des services biologiques, médico-techniques et cliniques.</li> </ol>
		<b>Objectif intermédiaire 2 :</b> Assurer le traitement par les ARV à au moins 90% des PVVIH dont l'état de santé le nécessite	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées ;</li> <li>9. Renforcement du système d'approvisionnement en médicament y compris les ARV, réactifs, consommables et équipements ;</li> <li>10. Organisation de l'aide à l'observance au traitement.</li> </ol>
<b>Axe 3 :</b> <i>renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/ Sida et autres groupes spécifiques</i>	Améliorer la protection et la prise en charge socioéconomique des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques	<b>Objectif intermédiaire 1 :</b> Assurer le soutien psycho social, économique, et spirituel à au moins 60% des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques qui sont dans le besoin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renforcement de la PEC psychosociale, économique et spirituelle des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées dans les formations sanitaires et au niveau des organisations à base communautaire ;</li> <li>2. Renforcement du soutien psychologique, spirituel, social et économique aux groupes vulnérables et spécifiques ;</li> <li>3. Promotion des activités génératrices de revenus ;</li> </ol>
		<b>Objectif intermédiaire 2 :</b> Assurer la protection juridique des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques victimes de stigmatisation et de discrimination	4. Renforcement de la lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées.
<b>Axe 4 :</b> <i>Renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources</i>	Renforcer la coordination multisectorielle, le partenariat et la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH/ Sida et IST	<b>Objectif intermédiaire 1 :</b> 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 IST	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Plaidoyer pour une plus grande implication des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux ;</li> <li>2 Renforcement de la capacité organisationnelle et institutionnelle des structures impliquées dans la lutte contre le VIH/ Sida et IST</li> <li>3 Renforcement de la coordination multisectorielle des acteurs et des partenaires de la lutte contre le VIH/ Sida et IST ;</li> </ol>
		<b>Objectif intermédiaire 2 :</b> Impliquer au moins 80% des partenaires techniques et financiers identifiés dans la lutte contre le VIH/ Sida et IST .	<ol style="list-style-type: none"> <li>4 Renforcement de la coopération régionale et internationale ;</li> <li>5 Renforcement et capitalisation du partenariat national ;</li> <li>6 Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH/ Sida et IST.</li> </ol>
<b>Axe 5 :</b> <i>Renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi évaluation et promotion de la recherche</i>	Améliorer le système de gestion de l'information et la recherche dans le domaine de la lutte contre le VIH/ Sida et IST	<b>Objectif intermédiaire 1 :</b> Assurer la surveillance épidémiologique du VIH/ Sida et IST	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Amélioration du système de collecte et de gestion des données par la notification systématique des cas d'infection à VIH/ Sida et IST</li> <li>2 Renforcement de la séro-surveillance au niveau des sites sentinelles et sur les groupes spécifiques ;</li> <li>3 Organisation de la surveillance des IST ;</li> </ol>
		<b>Objectif intermédiaire 2 :</b> Renforcer la mise en œuvre du dispositif de suivi évaluation	<ol style="list-style-type: none"> <li>4 Organisation du système national de suivi évaluation des interventions de lutte contre le VIH/ Sida et IST ;</li> <li>5 Documentation et diffusion des meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH/ Sida et IST ;</li> </ol>
		<b>Objectif intermédiaire 3 :</b> Promouvoir la recherche dans le domaine du VIH/ Sida et IST	<ol style="list-style-type: none"> <li>6 Réalisation d'études épidémiologiques, comportementales, sectorielles et d'impacts ;</li> <li>7 Développement d'un système de promotion de la recherche en matière de lutte contre le VIH/ Sida et IST .</li> </ol>

### **1.3.4. Analyse des résultats obtenus par domaine programmatique**

#### **2.3.4.1. Résultats dans le domaine de la prévention**

La prévention concerne l'axe stratégique 1 dont les objectifs pour la période 2006-2010 sont :

- 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 conseil dépistage de la population.

#### **→ Résultats obtenus et acquis**

Au titre des acquis essentiels, il ressort ce qui suit :

Dans le domaine de la promotion des comportements à moindre risque, l'on note le renforcement de la couverture nationale des interventions communautaires et l'implication des leaders religieux et coutumiers. Les actions de sensibilisation ciblant la population générale et les groupes spécifiques (travailleurs de sexe, orpailleurs, migrants, prisonniers, jeunes, femmes, etc.) ont été renforcées au fil des années. Il ressort en 2009 les points spécifiques suivants : l'existence d'une stratégie nationale de communication adoptée à la VIII<sup>ème</sup> session du CNLS-IST, l'intégration systématique d'activités de sensibilisation dans les grands événements (SIAO, SNC, FESPACO, etc.), l'existence d'un plan national de renforcement de la prévention du VIH chez les adolescents et les jeunes, l'existence de modules de formation et d'échanges d'expériences dans la prévention positive, l'existence de document d'orientation stratégique du VIH/Sida, nutrition et autres problèmes de santé dans le secteur de l'éducation. Par ailleurs, la forte implication des agents de santé et de l'action sociale dans les séances d'IEC/CCC sur le terrain a permis d'améliorer la qualité des informations données aux différents groupes de population.

Dans le domaine de la sécurité transfusionnelle, il ressort la participation active des acteurs de la santé et du monde associatif à travers la promotion et la collecte de sang, la mise en place d'un CNTS et de quatre (4) CRTS ainsi que la célébration chaque année de la journée mondiale du don de sang, toute chose qui permet d'améliorer la collecte. Les efforts seront poursuivis avec l'élaboration et l'adoption du plan stratégique du renforcement de la transfusion sanguine au Burkina Faso 2011-2015.

Concernant le domaine de la promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail, les acquis portent sur le renforcement des capacités du personnel de santé et des membres des associations, l'utilisation systématique de matériels de travail et de protection stérilisés ou à usage unique, l'existence d'un plan d'élimination des déchets biomédicaux et la disponibilité des kits de prise en charge des AELB.

Pour ce qui est de la prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques, des directives nationales relatives à la prévention des risques de contamination et à la prise en charge des travailleurs de la santé exposés sur le lieu du travail existent. Du matériel de protection et des kits prophylactiques pour le traitement préventif en cas d'accident d'exposition au sang ont été mis à la disposition des hôpitaux des 13 régions sanitaires accompagnés d'activités d'information et de sensibilisation sur les directives.

S'agissant de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'offre de services complets de PTME s'est améliorée et la couverture géographique s'est renforcée. Aussi, on note que 100% des districts sanitaires et 92% des formations sanitaires périphériques (CSPS) réalisent des activités de PTME. Une étude portant sur l'évaluation de la transmission résiduelle du VIH de la mère à l'enfant réalisée en 2008 a trouvé un taux de 3,3%.

Dans le domaine de la promotion des préservatifs masculins et féminins, il faut relever l'existence d'un plan stratégique de sécurisation des produits de SR et celle de plusieurs sources d'approvisionnement des préservatifs. Il est à noter également la nette progression du nombre de préservatifs distribués ou vendus avec un effort notable pour que les préservatifs féminins et masculins soient disponibles et promus.

Au titre des interventions ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques, les activités réalisées ont touché essentiellement les jeunes, les travailleuses du sexe, les orpailleurs, les prisonniers, les personnes vivant avec un handicap, les MSM et les routiers.

Quant à la promotion de la santé sexuelle et reproductive (SSR), les acquis portent sur l'existence de document de politique, normes et protocoles (PNP), la prestation des services SSR dans toutes les formations sanitaires du pays, la formation continue du personnel de santé en SSR et l'élaboration du plan de sécurisation des produits SSR.



Dans le domaine de l'enseignement du VIH, les efforts ont permis de disposer de modules de formation tant au niveau des ministères en charge des enseignements qu'au niveau d'autres institutions disposant d'écoles de formation ainsi qu'au niveau communautaire. Des curricula et des guides ont été élaborés pour les écoles de formation. L'adoption du document d'orientation stratégique du secteur de l'éducation en matière de lutte contre le VIH, nutrition et d'autres problèmes de santé constitue une opportunité pour renforcer ce domaine.

Pour ce qui est du renforcement de la prise en charge adéquate des IST, les acquis portent sur le diagnostic et la prise en charge systématique des IST, l'existence d'algorithmes de la prise en charge syndromique des IST et la dotation en kits pour le traitement des IST.

Concernant le dépistage du VIH, en plus des centres intégrés, 36 centres autonomes gérés par des associations offrent des services y relatifs en stratégies fixe, avancée ou mobile. En plus des centres communautaires, le dépistage est maintenant intégré dans les formations sanitaires selon les recommandations de l'OMS avec cependant des performances qui peuvent être améliorées. On note la disponibilité des normes et directives de conseil dépistage. Par ailleurs, le dépistage du VIH est maintenant associé à la prise en charge de la tuberculose.

*Malgré les acquis, la mise en œuvre de ce domaine a enregistré les insuffisances suivantes :*

- *la diffusion de messages et d'informations inappropriés au contexte actuel de la riposte au VIH (supports de communication non actualisés) ;*
- *l'insuffisance de la sensibilisation par rapport à la vulnérabilité liée à la masculinité et à la féminité ;*
- *la non prise en compte des indigents dans les activités d'IEC/CCC ;*
- *la faible prise en compte des hommes par les activités PTME et autres programmes CD ;*
- *l'insuffisance de la prise en compte du volet IST dans les messages d'IEC/CCC sur le VIH ;*
- *l'inadaptation d'outils pour les activités de sensibilisation auprès des personnes vivant avec des handicaps, (sourds muets, les malvoyants, indigents...);*
- *la faible prise en compte dans les activités d'IEC/CCC des groupes cibles (TS, MSM, orpailleurs, personnes en situation de handicap, jeunes...);*
- *la difficulté pour la fidélisation des donneurs de sang ;*
- *l'insuffisance de la mise en œuvre de l'assurance qualité et de l'hémovigilance;*
- *l'insuffisance dans la gestion des déchets liés au VIH ;*
- *l'insuffisance du suivi du couple mère-enfant dans le cadre de la PTME ;*
- *la faible adhésion des hommes à la PTME et au dépistage du VIH ;*
- *la faible accessibilité financière et géographique du préservatif féminin ;*
- *la faible intégration bidirectionnelle des activités de SSR et de lutte contre la pandémie ;*
- *la faible intégration de l'enseignement du VIH dans les programmes des écoles de formation et centres d'éducation ;*
- *la faible disponibilité des kits de traitement des IST ;*
- *l'insuffisance de la couverture nationale en conseil dépistage ;*
- *la difficulté d'accès de certains groupes spécifiques aux services de conseil dépistage ;*
- *la faible fréquentation des centres de dépistage ;*
- *le faible niveau de compétences en matière de prise en compte du genre dans la lutte contre le VIH ;*
- *l'insuffisance de gestion de la sérodiscordance dans les couples ;*
- *la faible prise en compte des violences faites aux femmes (viols, excision, stigmatisation/ discrimination...);*
- *l'insuffisance de la mise en œuvre du conseil dépistage à l'initiative du soignant ;*
- *l'inadaptation des messages de sensibilisation aux groupes spécifiques qui ne favorise pas leur adhésion aux activités de communication ;*
- *la disparité des interventions de communication due à l'absence d'un plan d'opérationnalisation de la stratégie nationale de communication.*

## → **Leçons apprises et défis**

Les leçons tirées et les défis de la mise en œuvre des interventions dans ce domaine sont :

- la baisse tendancielle de la séroprévalence est menacée dans certaines cibles par la précarité des interventions, d'où la nécessité de renforcer les actions de prévention au profit des groupes spécifiques ;
- la promotion du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires pourrait être compromise par la rupture des stocks de réactifs et de consommables ;
- l'assurance qualité du don de sang est garantie mais nécessite que le CNTS soit davantage décentralisé ;
- le changement de comportement apparaît tributaire d'une intervention intégrée et multisectorielle ;
- en l'absence d'un ciblage clair, la prise en compte des groupes vulnérables reste limitée dans le temps et les effets recherchés restent difficiles à produire et à mesurer ;
- la fidélisation dans le don de sang est un facteur favorisant l'adoption de comportements à moindre risque ;
- l'adhésion des hommes et des leaders d'opinion est un facteur clé de réussite de la PTME ;
- le monde communautaire est un partenaire déterminant pour stimuler la demande et l'utilisation de services en PTME ;

- la prise en compte du genre dans les interventions ciblées en faveur des groupes vulnérables et spécifiques permet leur prise en charge optimale ;
- une intégration systématique de la thématique VIH dans les programmes d'éducation et de formation pourrait favoriser la généralisation de son enseignement;
- la nécessité de réviser les algorithmes pour prendre en compte la spécificité des IST chez les MSM ;
- le diagnostic de la sérologie chez les enfants passe par l'offre systématique de dépistage dans les CREN et les services pédiatriques ;
- la coordination de l'approvisionnement des produits SR améliore leur gestion et utilisation ;
- la nécessité d'opérationnaliser la stratégie de communication ;
- la nécessité de renforcer la capitalisation des indicateurs relatifs au nombre de personnes touchées par les actions de prévention.

#### 1.3.4.2. Résultats dans le domaine des soins et traitements

Ils concernent l'axe stratégique 2 dont les objectifs pour la période 2006-2010 sont :

- assurer la couverture en soins et conseils dans les structures de soins et les centres de traitement ambulatoire 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.

#### → **Résultats obtenus et acquis**

Les acquis suivants ont été enregistrés :

Dans le domaine du traitement du développement des services sanitaires de base, il faut rappeler que le Burkina Faso dispose de plusieurs structures publiques, privées (cliniques, polycliniques, cabinets médicaux, etc.) et associatives (accréditées) qui renforcent l'implication des structures associatives et communautaires dans l'amélioration de l'accès aux soins et aux traitements. Il est également noté la disponibilité des normes et protocoles sur la PECM, l'existence d'actions menées par le PAMAC au profit des OBC, la signature de conventions entre les OBC et le Ministère de la santé dans le cadre de la PECM, la contractualisation et l'intégration de deux (02) cliniques privées dans le dispositif national de prise en charge des PVVIH, le suivi des PVVIH sous traitement par certains CSPS.

Concernant le renforcement de l'implication du monde associatif et communautaire, les acquis portent sur la qualification de 150 structures qui assurent la prise en charge communautaire (PECC), le développement de l'approche contractuelle entre le Ministère de la santé et les ONG, l'accréditation des structures qualifiées par le Ministère de la santé pour assurer la PECC et l'existence d'un paquet de services en matière de PECC.

Dans le domaine du renforcement de la prophylaxie et du traitement des Infections opportunistes (IO), la liste de celles qui sont traitées gratuitement est disponible tout comme les médicaments appropriés. On note également l'existence d'un comité conjoint TB-VIH fonctionnel ainsi que le document national sur la prise en charge de la coinfection TB-VIH.

Pour ce qui est du développement des services de traitement ambulatoire et des soins à domicile, les hôpitaux du jour des deux (2) grandes villes du pays en l'occurrence le CHU-YO de Ouagadougou et le CHU-SS de Bobo-Dioulasso sont parfaitement équipés pour la prise en charge ambulatoire des PVVIH. Il existe par ailleurs, un dispositif de recherche des perdus de vue dans les structures de prise en charge en collaboration avec les OBC. Enfin, la gestion informatisée des PVVIH est bien maîtrisée et mise en œuvre par le monde associatif de VAD/SAD sur tout le territoire national.

Concernant le renforcement de la prise en charge nutritionnelle, on note l'existence d'un guide pour le soutien nutritionnel des PVVIH et d'une politique nationale de nutrition, l'adoption d'un plan stratégique de nutrition, l'intégration du volet VIH et le suivi nutritionnel dans la PCIME, la vulgarisation de la spiruline (production, formulation et distribution) et la promotion des mets locaux pour l'appui nutritionnel.

Dans le domaine du renforcement des services biologiques, médico-techniques et cliniques, les acquis portent sur le nombre appréciable d'équipements mis à la disposition des laboratoires pour le suivi des PVVIH (54 compteurs CD4, 11 appareils pour la PCR, 60 appareils pour l'hématologie, 40 appareils pour la biochimie), la disponibilité des modules de formation pour les pharmaciens, technologistes biomédicaux et la formation de techniciens de laboratoire, technologistes biomédicaux et pharmaciens.

S'agissant de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées, des efforts constants ont été faits pour une plus grande accessibilité tant géographique que financière. Sur le plan géographique, force est de noter que 82 formations sanitaires réparties dans la presque totalité des districts sanitaires (61/63) assurent la prise en charge des PVVIH par les ARV. Parmi elles, 39 structures font la prise en charge pédiatrique. Quant à l'accessibilité financière, on a assisté à une baisse progressive des coûts de traitement par les ARV jusqu'à leur gratuité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Les efforts se poursuivent pour améliorer l'accessibilité financière des PVVIH au suivi biologique. Concernant les thérapies validées, la collaboration avec les acteurs nationaux de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée se poursuit et des expérimentations sont en cours.

Quant au renforcement du système d'approvisionnement, on note l'existence de la CAMEG pour l'approvisionnement en ARV, en médicaments contre les IO et autres intrants VIH, ainsi que la mise en place d'un circuit d'approvisionnement en médicaments ARV, réactifs et consommables mais surtout l'absence de rupture fréquente d'intrants.

Dans le domaine de l'observance au traitement, il ressort une bonne contribution des structures communautaires dans l'aide à l'observance, le développement des outils communautaires pertinents pour l'observance et la conduite des consultations dans les structures de PEC, la prise en compte adéquate dans les modules de formation de PCIM/VIH et la mise en place d'un dispositif de recherche des perdus de vue dans les centres de prise en charge.

*Malgré ces acquis, on note des insuffisances qui sont :*

- *la difficulté d'assurer une supervision et un suivi évaluation régulier des structures communautaires ;*
- *l'inadaptation des structures de PEC pour les jeunes et pour certains groupes spécifiques (TS par exemple..) ;*
- *la faible fréquentation des services de prise en charge par les hommes ;*
- *la faible accessibilité financière pour les jeunes (garçons et filles) et les femmes ;*
- *l'insuffisance de la décentralisation des services de prise en charge (notamment pour le milieu rural) ;*
- *l'insuffisance de gestion de la sérodiscordance dans les couples ;*
- *l'insuffisance de personnel en quantité et en qualité au niveau des structures de prise en charge communautaire ;*
- *l'insuffisance de motivation des ressources humaines ;*
- *la faible coordination entre structures de santé publiques, privées et communautaires ;*
- *la très faible intégration des cliniques privées dans le dispositif national de PEC médicale des PVVIH ;*
- *le faible nombre d'agents de santé des cliniques, des polycliniques des forces armées et des OBC formés à la PCIM/VIH, PTME, counselling VIH, TB/VIH etc. ;*
- *la faible couverture de l'aide à l'observance et des examens biologiques ;*
- *l'insuffisance des moyens matériels, humains et techniques des OBC ;*
- *l'insuffisance dans le système d'approvisionnement en médicaments IO, en réactifs, en consommables et en équipements de laboratoire ;*
- *l'insuffisance de la coordination au sein du secteur santé ;*
- *l'insuffisance de dépistage de TB chez les PVVIH ;*
- *la non prise en compte du volet VIH dans le programme national de nutrition ;*
- *l'insuffisance de formation du personnel de santé sur la PEC nutritionnelle ;*
- *l'insuffisance quantitative et qualitative de plateaux techniques pour la réalisation des examens de laboratoire en dépit du nombre important des acquisitions ;*
- *l'insuffisance de maintenance du matériel biomédical dans les laboratoires ;*
- *la faible accessibilité financière et géographique des patients aux bilans de suivi biologique ;*
- *la faible mise en œuvre du contrôle de qualité des examens de suivi biologique ;*
- *l'absence de système de suivi des effets des ARV (pharmacovigilance) ;*
- *le faible pouvoir d'achat des femmes et des jeunes au paquet complet de prise en charge ;*
- *l'insuffisance de compétences de prestataires de soins en matière de genre ;*
- *l'insuffisance de la coordination dans le secteur santé et la non maîtrise des méthodes d'expression des besoins se traduisent sur le terrain par les nombreuses ruptures des médicaments contre les IO, alors que les partenaires estiment que les ressources financières sont disponibles.*

#### → **Leçons apprises et défis**

Les principales leçons apprises et les défis sont :

- les cliniques intégrées sont des sites de prise en charge, ce qui permet d'augmenter l'offre de soins, d'améliorer la couverture en soins et conseils ;
- la PECC est une composante importante de la PEC d'une PVVIH ;
- la collaboration entre structures de PECM et communautaire a permis d'améliorer la qualité de PEC des PVVIH ;
- l'existence d'un HDJ permet de réduire la charge de travail des autres structures sanitaires en matière de lutte contre le Sida ;
- le renforcement de l'implication du sous-secteur sanitaire privé pour assurer le passage à l'échelle des interventions sanitaires ;

- la nécessité de définir une stratégie concertée entre structures médicales et communautaires pour améliorer l'aide à l'observance au traitement ;
- la contribution du monde associatif permet de réduire le nombre de perdus de vue ou des absents au traitement ;
- la nécessité de définir une stratégie claire pour le soutien nutritionnel tenant compte de l'approvisionnement en intrants, de la gestion logistique et l'accompagnement social et médical en cas de besoin ;
- l'existence de protocoles, normes, manuels et modules de formation pour les acteurs de santé et du monde associatif favorise l'harmonisation, la standardisation, la simplification, l'intégration, la délégation et la décentralisation de la prise en charge des PVVIH, d'où une meilleure efficacité de la stratégie de PEC des personnes infectées et affectées ;
- l'existence d'un système unique fonctionnel d'approvisionnement a permis de sécuriser l'approvisionnement en ARV ;
- l'observance est une négociation permanente et nécessite un accompagnement du patient.

#### 1.3.4.3. Résultats dans le domaine de la prise en charge psychosociale et socioéconomique

Ils concernent l'axe stratégique 3 dont les objectifs pour la période 2006-2010 sont :

- assurer le soutien psychosocial, économique et spirituel à au moins 60% des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques qui sont dans le besoin ;
- assurer la protection juridique des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques victimes de stigmatisation et de discrimination.

#### → **Résultats obtenus et acquis**

Concernant les acquis, les éléments suivants sont notés :

En terme de renforcement du soutien psychologique, économique, social et spirituel, la décentralisation des activités dans ce domaine au niveau régional et provincial ainsi que le renforcement de l'accompagnement et de l'appui technique ont abouti à l'élargissement de la prise en charge psychosociale, économique et spirituelle et à une augmentation du nombre de personnes infectées et affectées (PVVIH, veufs, veuves) et de leurs familles soutenues. On note également l'existence d'orientations, de normes et de directives sur la prise en charge psychosociale, l'adhésion des PTF à la prise en charge psychosociale et économique au niveau national et décentralisé.

S'agissant de la prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables, l'on note l'élaboration de documents de normes (guide de prise en charge intégrée des OEV) et de stratégies (cadre stratégique de prise en charge des OEV); la mise en place d'équipes régionales et provinciales d'identification, de PEC et de coordination des OEV, la mise en place d'une Task Force OEV au niveau national, l'existence de structures publiques et communautaires (ONG/OBC).

En ce qui concerne la promotion des activités génératrices de revenus, bien que les données chiffrées soient parcellaires, on enregistre des efforts déployés au profit des individus et des structures communautaires pour l'amélioration de l'accessibilité aux crédits ou à diverses subventions avec la mise en place d'un système de renforcement des compétences des personnes infectées et affectées dans la réalisation des activités génératrices de revenus.

Enfin, au titre du renforcement de la protection juridique et de la lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination, il est noté la diversification des outils de sensibilisation et le développement d'activités de prévention positive pour la réduction de ces pratiques envers les personnes infectées et affectées, l'émergence d'organisations associatives de solidarité entre personnes infectées et la médiation sociale et juridique au profit des PVVIH victimes de stigmatisation et de rejet.

*Les principales insuffisances sont :*

- l'absence d'un répertoire national des personnes formées et de structures spécialisées en matière de prise en charge psychosociale ;
- la faible couverture nationale en services intégrés de prise en charge médicale et psychosociale ;
- l'insuffisance de suivi de la qualité des prestations en matière de prise en charge psychosociale ;
- l'absence d'une stratégie nationale de financement des activités génératrices de revenus ;
- le faible niveau de connaissance des droits et devoirs des personnes infectées et affectées ;
- la persistance des comportements discriminatoires à l'endroit des PVVIH ;
- la persistance de comportements d'auto-stigmatisation chez les PVVIH ;
- l'insuffisance des capacités techniques et opérationnelles de certaines structures impliquées ;
- la faible implication des familles dans la PEC des OEV ;
- la faible coordination des interventions de soutien en faveur des personnes affectées et infectées au niveau décentralisé ;
- l'absence d'harmonisation des approches dans la prise en charge sociale, économique et spirituelle ;
- la faible prise en compte du soutien socio économique au profit des travailleurs du secteur privé et des entreprises.

## → **Leçons apprises et défis**

Les leçons tirées et les défis portent sur les éléments essentiels suivants :

- le renforcement de la concertation et la collaboration entre les acteurs impliqués dans la prise en charge psychosociale et économique permet d'améliorer la mise en œuvre des activités y relatives dans les différents secteurs ;
- le couplage de la prise en charge médicale et psychosociale permet d'améliorer l'observance au traitement ;
- l'existence et la vulgarisation des instruments juridiques nationaux et internationaux permettent de créer un cadre juridique et un environnement favorables à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination ;
- l'implication et l'accompagnement des familles dans la prise en charge des OEV constituent une alternative pour en renforcer l'impact de la prise en charge et garantir la pérennisation ;
- le renforcement de la coordination des interventions de soutien aux différents niveaux.

### *1.3.4.4. Résultats dans le domaine de l'appui*

Ils concernent l'axe stratégique 4 dont les objectifs pour la période 2006-2010 sont :

- accroître les capacités organisationnelles et fonctionnelles d'au moins 80% des institutions, services, ONG et associations/OBC impliqués dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- impliquer au moins 80% des PTF identifiés (partenaires au développement non encore engagés) dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

## → **Résultats obtenus et acquis**

Les principaux acquis sont :

En matière de plaidoyer pour une plus grande implication des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux, on constate la tenue régulière de la session du CNLS-IST et l'intégration du VIH comme stratégie transversale, 10,4% des projets de développement en moyenne par an. Sur la période, le niveau d'implication des PTF a été fort appréciable, ce qui a permis de maintenir et d'améliorer la qualité et la performance de la réponse nationale aux différents niveaux. En moyenne 57 PTF ont été impliqués par an à la mise en œuvre du CSLS de 2006 à 2009.

Pour ce qui est du renforcement des capacités organisationnelles, institutionnelles et du partenariat national, on note un fort et constant leadership, exercé au plus haut niveau de l'État et une appropriation des outils d'orientation que sont le CSLS 2006-2010, le plan d'opérationnalisation et les PNM en vue de l'élaboration des plans d'actions et des microprojets. Dans ce sens, les acteurs impliqués ont bénéficié d'appuis divers aussi bien au niveau organisationnel qu'institutionnel. Au niveau communautaire et des entreprises, la dynamique va croissante d'une année à l'autre avec la création de nouvelles structures faitières que sont l'Union des religieux et coutumiers burkinabè contre le Sida (URCB), la Coalition des réseaux et associations burkinabè de lutte contre le VIH/Sida et de promotion de la santé (CORAB) et la Coalition nationale du secteur privé et des entreprises de lutte contre le VIH/ Sida et les IST au Burkina Faso (CNSPE). En outre, un Comité tripartite de lutte contre le VIH/S, les IST, la tuberculose et le paludisme (CLTS/MT) est mis en place pour coordonner et capitaliser les interventions du monde du travail. Le nombre de structures qui ont bénéficié de renforcement de capacités est de 399 en 2006, 339 en 2007, 341 en 2008 et 472 en 2009.

Dans le domaine de la coordination multisectorielle des acteurs, la structuration du CNLS-IST sur le plan institutionnel et organisationnel couvre tous les secteurs de développement et est en lien avec le processus de décentralisation. La majorité des structures de coordination sont mises en place dans tous les secteurs et sont relativement fonctionnelles : 100% des institutions et ministères disposent de CILS et de CMLS, 90% environ des sociétés entreprises disposent de CELS, 100% des structures des entités territoriales ont été mises en place (13 CRLS, 45 CPLS et 351 CCLS), plus de 1000 structures communautaires sont impliquées. Le renforcement des capacités des différentes structures a consisté à des formations, à des dotations en équipements et moyens de fonctionnement, etc. Toutefois, un bon nombre de structures surtout au niveau décentralisé n'arrivent pas à assurer leur mission du fait de l'insuffisance des moyens humains, matériels et financiers traduisant leur faible capacité de coordination. Outre, les activités de coordination, ces structures ont assuré la programmation et le suivi de la mise en œuvre des activités de prévention et de soutien aux personnes infectées et affectées dans les différents secteurs et au niveau décentralisé.

Concernant le renforcement de la coopération régionale et internationale et du plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST, les actions ont porté sur : (i) l'organisation d'une table ronde des bailleurs de fonds sur le financement du CSLS 2006-2010, (ii) l'inscription d'une ligne au titre du budget de l'État pour la lutte contre le VIH, le Sida et les IST qui constitue ainsi un point fort dans le processus de pérennisation des résultats atteints dans ce domaine, (iii) la capacité de l'État à créer un cadre commun d'intervention (CSLS 2006-2010), (iv) les mécanismes communs de financement (Panier commun Sida) et de suivi évaluation (Manuel de suivi évaluation). Il a été constaté une disponibilité des partenaires techniques et financiers à s'aligner sur les orientations nationales. De 2006 à 2010, le résultat du plaidoyer à l'endroit des PTF a été matérialisé par la mobilisation de 116,92 milliards de francs CFA avec un taux de mobilisation de 93,24%.

S'agissant de la promotion du genre dans la mise en œuvre des interventions, il ressort les acquis suivants :

- la réalisation d'études (genre et lutte contre le VIH, le Sida et les IST, implication des femmes dans la réponse nationale, mainstreaming du genre, étude Back-up Initiative, documentation des cas éthiques et juridiques de stigmatisation et de discrimination des groupes vulnérables en l'occurrence les femmes) ;
- la mise en place d'un groupe de travail sur le genre au sein du SP/CNLS-IST ;
- la formation des acteurs en « genre et VIH/Sida » ;
- l'existence de plusieurs groupes « genre » mis en place par les partenaires techniques et financiers ;
- la prise en compte du VIH, du Sida et des IST dans la politique nationale genre ;
- l'élaboration d'un plan d'action pour l'opérationnalisation du genre dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST qui sera mis en œuvre à partir de l'année 2010.

*Les insuffisances enregistrées sont :*

- *l'insuffisance de compétences techniques des acteurs pour la planification, la mise en œuvre et les bilans des activités ;*
- *les difficultés de coordination de données financières et techniques pour l'élaboration des rapports ;*
- *la faible fonctionnalité des structures de coordination ;*
- *l'absence de cadre permanent et dynamique pour susciter l'adhésion des partenaires au niveau régional ;*
- *l'insuffisance de collaboration entre les ONG ;*
- *l'absence d'un dispositif de coordination des groupes genre liés au VIH ;*
- *l'insuffisance de capacités des acteurs pour la prise en compte du genre dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;;*
- *le faible niveau d'intégration de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST comme stratégie transversale dans les projets de développement (seulement 13% des 260 projets de développement ont intégré un volet VIH) ;*
- *la faible adhésion des sources de financements dans le panier qui n'a représenté que moins de 20% de la dépense globale de la réponse nationale au VIH ;*
- *l'insuffisance de suivi des engagements de la table ronde.*

#### → **Leçons apprises et défis**

Les leçons tirées et les défis concernent les aspects suivants :

- au regard des insuffisances constatées dans la coordination des interventions au niveau décentralisé, il s'agira d'accroître les capacités organisationnelles et institutionnelles des structures de coordination et d'exécution ;
- l'élargissement et la consolidation du panier commun Sida demeurent une nécessité pour une répartition équitable des ressources au profit des différents secteurs d'interventions ;
- les CRLS et les CPLS ont connu des difficultés de fonctionnement dues à l'insuffisance d'appui technique. Pour y remédier, il sera nécessaire de rendre fonctionnelles les antennes régionales du SP/CNLS-IST ;
- à l'instar de l'engagement et le leadership affirmé au plus haut niveau par les autorités au niveau central, la promotion du leadership et de l'engagement des autorités régionales et communales sera un atout pour une décentralisation effective de la riposte au niveau des collectivités territoriales ;
- la contribution des PTF a été déterminante pour le financement et l'appui technique des différents secteurs d'interventions. A ce titre, le plaidoyer auprès des PTF pour leur implication dans la réponse au VIH sera renforcé ;
- face aux difficultés de mobilisation des ressources auprès des PTF pour le financement des plans d'actions sectoriels, il conviendra de saisir toutes les opportunités intra sectorielles pour le financement des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (les ministères devraient intégrer une composante lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans leurs programmes sectoriels et procéder à une planification annuelle des activités dans ce sens. Pour ce faire, le plaidoyer devrait être renforcé à tous les niveaux ;
- au regard des difficultés de prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH constatées dans les différents secteurs d'interventions, la prise en compte des services VIH dans l'assurance maladie et les mutuelles de santé pourrait être une solution pour atténuer les impacts ;

- le développement du plaidoyer en direction des entreprises, des collectivités territoriales et des PTF, pourrait renforcer la prise en compte du volet lutte contre le VIH dans les plans de développement communaux, les projets de développement et les activités de protection des travailleurs ;
- l'analyse des résultats fait ressortir entre autre, l'insuffisance des capacités des acteurs à élaborer et mettre en œuvre des plans d'actions. A ce titre, l'élaboration d'un plan d'assistance technique pour renforcer leurs capacités sera une priorité ;
- le fonctionnement effectif du comité de suivi des déclarations et des engagements des PTF pour le financement du cadre serait un avantage pour la mobilisation optimum des ressources ;
- le fonctionnement du cadre de concertation des Secrétaires permanents/Secrétaires exécutifs des Conseils nationaux de lutte contre le Sida des pays membres de l'UEMOA élargi à la Mauritanie serait un atout pour le partage d'expériences et la facilitation des échanges entre les pays de la zone.

#### 2.3.4.5. Résultats dans le domaine de l'information stratégique

Ils concernent l'axe stratégique 5 dont les objectifs pour la période 2006-2010 sont :

- assurer la surveillance épidémiologique du VIH, du Sida et des IST ;
- renforcer la mise en œuvre du dispositif de suivi évaluation ;
- promouvoir la recherche dans le domaine du VIH, du Sida et des IST.

#### → **Résultats obtenus et acquis**

Les acquis essentiels sont les suivants:

Le mécanisme de notification systématique des cas de Sida et d'IST mis en place a permis de rendre régulièrement disponibles les données statistiques et d'améliorer progressivement le système de rapportage. On note aussi le renforcement des capacités, le développement des outils harmonisés pour la prise en charge médicale facilitant le rapportage des cas, la révision et la vulgarisation des guides de diagnostic et de traitement appropriés, la notification des cas d'IST et la prise en compte des données des structures sanitaires communautaires et privées dans les statistiques sanitaires. Selon les statistiques, le nombre de cas notifiés de sida et d'IST d'une année à l'autre augmente progressivement et la proportion homme-femme est connue.

Dans le domaine de la sérosurveillance du VIH, du Sida et des IST, le pays dispose de 13 sites sentinelles fonctionnels (6 sites en milieu rural et 7 en milieu urbain) couvrant les 13 régions sanitaires. Au titre des acquis on peut noter : l'existence d'un document de normes et protocoles de surveillance du VIH et des IST, l'existence et la fonctionnalité d'un comité technique national pour la surveillance du VIH et des IST qui valide les données avant leur diffusion et utilisation à large échelle, la disponibilité régulière des résultats de sérosurveillance et l'intégration des activités afférentes dans les plans d'actions des Directions régionales de la santé (DRS). Les données de prévalence sont régulièrement produites par le niveau urbain, rural et la prévalence de la tranche d'âge 15-24 ans est estimée. Ainsi, l'accent est mis sur la surveillance de seconde génération, y compris celles des groupes spécifiques en termes de programmation. Cependant, la surveillance des groupes cibles souffre d'un manque de financements des études selon les années, ce qui limite la collecte régulière des données.

S'agissant de la surveillance des IST, la révision et la vulgarisation des guides de diagnostic et de traitement pour le diagnostic ainsi que la notification des IST ont été faites. Un protocole de surveillance de la sensibilité des germes a été élaboré dans le but d'aider à la mise en place des sites sentinelles de surveillance des IST intégrant en plus de la syphilis, d'autres IST. Les données sont disponibles à travers le SNIS (annuaire statistique de la santé). L'enquête sur la qualité de la prise en charge des IST est engagée en 2010.

Concernant la mise en place du système national de suivi évaluation, il ressort l'existence de documents normatifs. En dehors des efforts de renforcement des capacités des structures (formations, équipements, appuis/accompagnements) et leur dotation en outils et supports de planification et de suivi évaluation, les activités ont permis de rendre fonctionnelle une base de données au sein du SP/CNLS-IST. Celle-ci est en cours d'amélioration avec la prise en compte du logiciel « Country response information system » (CRIS), le logiciel ESOPE pour le suivi des patients sous ARV, les bases de données sectorielles (CMLS/santé, secteur des institutions et ministères autres que la santé, secteur communautaire, projets rattachés au SP/CNLS-IST). Ce dispositif a permis de renseigner 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. Aussi, il a permis la rédaction des rapports semestriels et annuels du PNM, l'estimation des ressources et des dépenses de Sida (REDES), la préparation des sessions annuelles du CNLS-IST et les évaluations périodiques du CSLS impliquant l'ensemble des acteurs de la réponse nationale. De plus, un manuel de suivi évaluation s'inscrivant dans le « Three Ones » a été élaboré en 2004 et actualisé en 2006 pour donner les orientations nécessaires au suivi évaluation.

Pour ce qui est de la documentation et la diffusion des meilleures pratiques, le processus a connu des avancées importantes avec une définition des critères de sélection des meilleures pratiques, la mise en place d'un groupe de travail et d'un groupe technique. En 2009, 59 idées de meilleures pratiques ont été identifiées dans les domaines de la prévention, du traitement, de la prise en charge, de l'appui et du renforcement des capacités, de la coordination, du suivi évaluation, de l'information stratégique, du plaidoyer et de la mobilisation sociale. Ces meilleures pratiques retenues ont été documentées et sont en attente de validation au cours de l'année 2010.

Le niveau de réalisation des études épidémiologiques, comportementales, sectorielles et d'impact est resté moyen. Une des raisons est liée à leur coût de réalisation élevé. La majorité des études réalisées par les différents acteurs avec ou sans une coordination effective du SP/CNLS-IST sont d'ordre comportementale et d'analyse de situation. Une des remarques importantes est que les études ne visent pas fondamentalement la vérification des indicateurs qui sont définis pour la mise en œuvre du CSLS 2006-2010 mais plutôt le suivi des résultats de la mise en œuvre des projets/programmes isolés. En moyenne 5 à 6 études épidémiologiques, comportementales, d'analyse situationnelle et d'impact sont réalisées par an sous la coordination du SP/CNLS-IST. Par ailleurs, le SP/CNLS-IST a élaboré un répertoire des études et recherches sur le VIH en 2009. Certaines études ont cependant permis de renseigner des indicateurs nationaux et internationaux. De plus l'EDS IV est en cours de réalisation et prend en compte un volet relatif au VIH.

Dans le cadre de la promotion de la recherche en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST, des efforts sont faits par les centres de recherche et les structures impliquées dans la lutte pour promouvoir la recherche (rencontres de concertation, réalisation d'études, rencontres de diffusion des outils de recherche réalisées, etc.). La tenue du 1<sup>er</sup> forum des acteurs nationaux de la recherche sur le VIH, le Sida et les IST en novembre 2009 a permis de regrouper les acteurs nationaux des différents secteurs de la lutte contre le VIH et la tuberculose. Les recommandations et les orientations issues de ce forum ont permis d'élaborer le plan stratégique de recherche sur le VIH, le Sida et les IST au Burkina Faso. De plus, les activités suivantes ont été réalisées : (i) l'inventaire des instituts de recherche ; (ii) la détermination des thèmes prioritaires de recherches ; (iii) la recherche sur la phytothérapie pour la PEC des PVVIH ; (iv) l'essai clinique à l'hôpital du jour du CHU-YO sur la phytothérapie PMG151 et (v) un essai de deux immunostimulants en cours à Saint Camille. La mise en place de l'observatoire national sur la lutte contre le VIH, le Sida et les IST et l'élaboration d'un plan directeur en matière de recherche sont en cours.

*Les principales insuffisances sont :*

- *la faible performance du système de collecte et de traitement des données ;*
- *l'insuffisance de coordination des différents sous-systèmes chargés de suivi évaluation ;*
- *l'insuffisance de contrôle de la qualité des données ;*
- *l'insuffisance d'exploitation des données sur le genre pour la prise de décision ;*
- *l'insuffisance dans la prise en compte des groupes spécifiques ;*
- *l'insuffisance dans la mise en œuvre de la composante IST du protocole de surveillance de deuxième génération ;*
- *la faible production de l'information stratégique en temps réel pour la prise de décision ;*
- *le faible niveau de fonctionnalité des cadres de concertation pour le suivi évaluation ;*
- *l'insuffisance de diffusion et d'utilisation des résultats des enquêtes comportementales ;*
- *la faible documentation et diffusion des meilleures pratiques ;*
- *la non harmonisation effective des besoins de collecte des données et leur financement ;*
- *l'insuffisance des données désagrégées selon le sexe et les catégories sociales ;*
- *l'insuffisance de coordination des multiples systèmes de suivi évaluation ne facilitant pas la mise en place d'un système unique de suivi évaluation selon les principes du « Three ones » ;*
- *la faible coordination de la recherche ;*
- *l'insuffisance de la recherche en matière de transmission du VIH par les produits sanguins labiles.*

### → **Leçons apprises et défis**

Les leçons tirées et les défis se résument aux aspects suivants :

- la nécessaire amélioration de la promptitude, de la complétude et de la qualité des données pour produire l'information stratégique à tous les niveaux ;
- l'opérationnalisation des sites sentinelles pour la surveillance des IST dans les 13 régions sanitaires permettra de mieux suivre l'incidence des IST au niveau national ;
- la décentralisation du système de suivi évaluation au niveau régional avec l'appui des antennes régionales du SP/CNLS-IST renforcera la collecte, le traitement et l'analyse des données régionales en matière de réponse au VIH ;
- l'harmonisation des différents systèmes de suivi évaluation conformément aux principes du « three ones » demeure une priorité ;
- le développement d'outils adaptés pour la bonne utilisation de l'information stratégique au niveau des différents acteurs permettra de renforcer la planification des interventions basée sur les évidences ;
- la production des données sexospécifiques permettra une meilleure appréciation des résultats obtenus selon le genre ;



- la mise en place et le fonctionnement de l'observatoire pour la recherche améliorera la surveillance des résistances cliniques et biologiques du VIH aux différentes thérapies ;
- les activités de recherches opérationnelles et études spécifiques devront être mieux coordonnées.

### **1.3.5. Recommandations de la revue à mi-parcours du CSLS 2006-2010**

La revue à mi-parcours du CSLS réalisée au cours de l'année 2008 a permis d'apprécier les résultats de la mise en œuvre du CSLS au cours des années 2006, 2007 et 2008 et de formuler des mesures d'amélioration. Les principales recommandations sont présentées dans le tableau ci-après :

**Tableau : Principales recommandations de la revue à mi parcours du CSLS 2006-2010**

<b>Domaines programmatiques</b>
<p><b>Axe 1: Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST et promotion du conseil dépistage volontaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser une étude nationale sur les modes de transmission ;</li> <li>- Opérationnaliser la stratégie nationale de communication ;</li> <li>- Accélérer l'intégration du CD dans les structures de soins ;</li> <li>- Intensifier la promotion du dépistage du VIH ;</li> <li>- Renforcer l'intégration du dépistage des femmes enceintes dans le paquet de services offerts lors des CPN ;</li> <li>- Décentraliser le CNTS au niveau régional et fidéliser les donneurs de sang ;</li> <li>- Améliorer la planification des approvisionnements en intrants ;</li> <li>- Étendre l'intégration du VIH dans les curricula de formation à tous les niveaux y compris l'enseignement professionnel.</li> </ul>
<p><b>Axe 2: Renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Affiner les estimations des besoins en traitement ARV ;</li> <li>- Adopter une stratégie claire et consensuelle d'implication du sous secteur sanitaire privé dans l'offre de soins du Sida ;</li> <li>- Définir une stratégie globale de prise en charge nutritionnelle ;</li> <li>- Étendre la couverture de la prise en charge pédiatrique ;</li> <li>- Améliorer la qualité de la prise en charge des IO à travers une meilleure disponibilité en médicaments et consommables ;</li> <li>- Poursuivre la contractualisation des structures de soins associatifs et du secteur privé en vue d'assurer une complémentarité avec les structures publiques ;</li> <li>- Renforcer l'interaction secteur public-secteur associatif pour améliorer l'observance aux traitements.</li> </ul>
<p><b>Axe 3: Renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer la coordination des interventions de soutien en faveur des personnes infectées et affectées ;</li> <li>- Renforcer l'intégration dans les plans d'action des organisations religieuses et coutumières des actions de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH ;</li> <li>- Organiser une large diffusion de la loi de protection des droits des PVVIH ;</li> <li>- Renforcer les organisations des PVVIH en vue de promouvoir les droits des PVVIH ;</li> <li>- Initier des études de faisabilité et renforcer le suivi et la gestion des activités génératrices de revenus.</li> </ul>
<p><b>Axe 4: Renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer la coordination et l'harmonisation entre les PTF ;</li> <li>- Analyser annuellement les gaps financiers, programmatiques et en termes de couverture géographique qui servirait d'outil de concertation pour les PTF en vue d'une allocation optimale des ressources disponibles ;</li> <li>- Renforcer le rôle de coordination des différents départements du SP/CNLS-IST et des entités décentralisées ;</li> <li>- Poursuivre le plaidoyer pour accroître le montant des prévisions budgétaires de l'Etat pour les activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans les institutions et les ministères ;</li> <li>- Poursuivre la mobilisation des ressources pour combler le gap financier notamment à travers le round 9 du Fonds mondial.</li> </ul>
<p><b>Axe 5: Renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi évaluation et promotion de la recherche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendre opérationnel le Groupe Technique sur le suivi évaluation ;</li> <li>- Définir une stratification du niveau d'analyse des indicateurs et renforcer le système d'information sanitaire ;</li> <li>- Décentraliser la base de données au niveau régional et définir une table de correspondance ;</li> <li>- Définir une stratégie de contrôle de qualité des données ;</li> <li>- Faire un plaidoyer pour le financement des activités de suivi-évaluation auprès des PTF et saisir l'opportunité du Round 9 du Fonds mondial pour intégrer les besoins ;</li> <li>- Promouvoir l'utilisation des données à tous les niveaux.</li> </ul>
<b>Processus de planification</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respecter les délais du processus de planification ;</li> <li>- Prévoir une dotation budgétaire pour accompagner le processus de planification ;</li> <li>- Pallier à l'insuffisance des ressources techniques en matière de planification au niveau décentralisé ;</li> <li>- Élaborer un plan stratégique pour des secteurs clés comme la santé, l'action sociale, l'éducation ;</li> <li>- Fixer pour le PNM des objectifs nationaux avec des indicateurs mesurables ;</li> <li>- Élaborer un cadre des résultats annualisés avec des cibles mesurables et préciser les méthodes de calcul.</li> </ul>
<b>Cadre institutionnel</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenir et renforcer le niveau actuel du leadership national et de l'engagement de l'État notamment au plan financier ;</li> <li>- Renforcer l'adhésion de l'ensemble des acteurs autour du cadre unique de la réponse nationale ;</li> <li>- Développer un processus de suivi conjoint de la mise en œuvre du CSLS ;</li> <li>- Rendre effective la coordination au niveau décentralisé (plan de renforcement, mise en place des antennes régionales) ;</li> <li>- Rendre effective la coordination au niveau central (revue du dispositif institutionnel du SP/CNLS-IST, revue du rôle et de la place du CMLS/Santé, consolidation du panier commun,...).</li> </ul>

### **1.3.6. Analyse du partenariat entre acteurs de la réponse au VIH**

La réponse nationale au VIH s'appuie sur un partenariat national et international. Pour le partenariat national, trois acteurs essentiels sont reliés à savoir ceux des secteurs public, privé et communautaire. Le partenariat international implique les partenaires bilatéraux et multilatéraux participant aux efforts de lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Les structures de coordination mises en place par le CNLS-IST participent également au partenariat à tous les niveaux en assurant les différents liens et en développant la concertation entre les différents acteurs.

#### **■ Dans le secteur public**

Le partenariat avec le secteur public dans la réponse nationale au VIH s'est traduit par l'engagement des acteurs du secteur public dans la riposte à l'épidémie à travers les CILS/CMLS ainsi que par le biais des structures techniques de certains ministères. Leurs actions participent à la réalisation synergique des orientations techniques et à la mobilisation des ressources pour la lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

Outre ce partenariat public-public, il existe une collaboration entre le secteur public et le secteur privé à travers l'accord tripartite d'une part, et d'autre part avec le secteur communautaire surtout dans le cadre de l'approche contractuelle pour la réalisation de certaines activités (sensibilisation, promotion du dépistage, continuum de soins) au profit des populations connexes.

Dans son rôle de secteur clé dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST, il est important que dans un contexte de rareté de ressources, le secteur de la santé à travers le Ministère de la santé développe des approches de partenariat avec les autres secteurs (privé, communautaire) en vue d'une synergie et une complémentarité des actions.

#### **■ Dans le secteur privé**

Au cours de la période 2006-2010, le secteur privé et des entreprises est défini comme un secteur d'intervention et regroupe trois composantes :

- les grandes entreprises représentées par les sociétés d'État et privées, les entreprises parapubliques et privées ayant plus de cinquante (50) employés tels que : la SONABEL, l'ONATEL, la SOFITEX, la CNSS, etc. ;
- les petites et moyennes entreprises et industries (PME/PMI) sont celles qui disposent d'une structuration minimale et moins de cinquante (50) employés tels que les transporteurs, les débits de boissons ;
- le secteur informel est un ensemble de très petites unités de production de biens et services (à travers les organisations faïtières).

Il faut noter l'existence des organisations professionnelles et syndicales.

Le secteur privé a été faiblement impliqué jusqu'alors dans la réponse au VIH, en raison notamment de l'insuffisance de ressources techniques et financières mais aussi en raison de la faible organisation des acteurs. Ces interventions dont la poursuite est conditionnée par la situation financière de l'entreprise sont très souvent isolées et ponctuelles. Plusieurs études socio-comportementales ont identifié la faiblesse des connaissances des travailleurs de ce secteur sur les modes de transmission et de prévention du VIH, la méconnaissance généralisée du statut sérologique et la crainte du dépistage, liées à la stigmatisation et à la discrimination (études CAP dans le secteur minier, eau et assainissement, énergie, finance, hôtellerie, transport, secteur informel 2005-2008). La méconnaissance des instruments législatifs et juridiques nationaux d'une part, et l'insuffisance d'une politique affichée de prévention en milieu d'entreprises d'autre part, renforcent ces craintes (peur du licenciement, de l'absence de prise en charge, de l'isolement etc.).

Les comportements qui favorisent l'exposition aux risques liés au VIH (multi partenariat, recours aux TS, croyances, etc.), sont en effet plus souvent observés dans certaines catégories de métiers existants du secteur informel. De plus, le secteur privé emploie des travailleurs qui sont relativement mobiles dans la plupart des cas. Cela aggrave leur vulnérabilité à l'infection à VIH (routiers, travailleurs des mines, industries agroalimentaires, textile, etc.)

Au cours de la période 2006-2010, le secteur privé a apporté des contributions cependant remarquables à la riposte au VIH avec quelques appuis des partenaires techniques et financiers suivants : BM, BIT/ Sida, ONUSIDA, DANIDA. Ces financements ont surtout permis le développement de la politique de lutte contre le VIH en milieu du travail et l'organisation des acteurs en vue d'une réponse structurée et efficiente. Ceci a été matérialisé par la création en 2008 d'une Coalition nationale du secteur privé et des entreprises contre les IST/VIH/Sida (CNSPE) dont l'opérationnalité est en cours avec la mise en place de son secrétariat exécutif. Ceci participe à la dynamique nationale et internationale de mobilisation du secteur privé dans la stratégie de riposte. De plus, le secteur privé sanitaire, en forte croissance au Burkina Faso, prend également part à l'effort de prévention et de prise en charge du VIH, à travers la mise à disposition de ses infrastructures sanitaires, de son plateau technique et de ressources humaines qualifiées.

Dans le contexte de la contractualisation des prestations signées avec les acteurs communautaires, les partenariats privé-public et privé-communautaire sont une réalité et devraient être renforcés dans le cadre de la réponse nationale au VIH.

▪ **Dans le secteur communautaire**

Au Burkina Faso, le tissu associatif est très riche et dynamique ; l'engagement du secteur communautaire dans la riposte au VIH a commencé dans les années 1991 et s'est renforcé au fil des années avec l'avènement du projet population et lutte contre le Sida (PPLS) et la CISMA de 2001 tenue à Ouagadougou sur le thème « *Les communautés s'engagent* ». Il s'est traduit par l'implication d'au moins un millier d'associations au plan national. Individuellement ou à travers des réseaux structurés à envergure régionale ou nationale, les structures communautaires sont impliquées dans tous les domaines programmatiques de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Au sein du monde communautaire, les structures collaborent entre elles pour développer la réponse nationale et pour optimiser certains investissements. Ainsi, l'engagement communautaire au Burkina Faso est une réalité qui est reconnue comme une bonne pratique et explique en grande partie les succès de la réponse nationale au VIH.

Au-delà de la prévention, le partenariat public-communautaire a permis d'accréditer des structures communautaires pour la prise en charge médicale et de renforcer le continuum des soins. Dans les Hôpitaux de jour par exemple, ce partenariat permet de renforcer l'observance des traitements et de rechercher les perdus de vue.

Il est également entretenu un partenariat avec les secteurs public et privé dans le cadre de la contractualisation de certaines interventions qu'il faudra renforcer au cours de la mise en œuvre du présent cadre stratégique.

Enfin, le monde communautaire participe à la mobilisation des contributions des ménages au financement de la réponse nationale et mobilise également d'importantes ressources financières extérieures pour leurs activités.

## ANNEXE 2 : PROFIL ÉVOLUTIF DE LA RÉPONSE NATIONALE AU VIH (1986-2010)

Période/Jalon	Années 1980		Années 1990										Années 2000										
	86	87-88-89	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
<b>Structure</b>		Comité technique restreint	Comité national de lutte contre le SIDA (CNLS/SIDA)				Comité national de lutte contre le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles (CNLS-SIDA-MST)						Conseil national de lutte contre le Sida et les IST (CNLS-IST)										
<b>Phase</b>		1ère Phase					2ème Phase					3ème Phase											
<b>Riposte</b>	Reconnaissance officielle	1er Plan court terme	Plan à moyen terme (PMT phase 1)				Extension PMT					Approche multisectorielle	1er Cadre stratégique					2e Cadre stratégique					
<b>Tutelle</b>		Ministère de la santé										Présidence du Faso											
<b>Caractéristiques</b>		5 membres	55 membres,				22 membres tous issus des ministères et institutions,						72 puis 69 membres issus de tous les secteurs (public, privé, société civile et partenaires), 1 bureau de 12 membres, 1 Secrétariat permanent avec 7 départements					125 puis 146 et 142 membres issus de tous les secteurs (public, privé, société civile et partenaires), 1 Secrétariat permanent avec 9 unités et départements					
<b>Prévalence du VIH (en %) : estimation initiale</b>										7,17				6,5	4,2	2,3	2	-	2	1,6	1,2	-	-
<b>Prévalence du VIH révisée*</b>			3,9	4	3,9	3,8	3,6	3,4	3,2	2,9	2,7	2,5	2,3	2,1	1,9	1,7	1,6	1,5	1,4	1,3	1,2	1,2	-
<b>Cadres de concertation et de coordination</b>													GTSE					GTSE, CP-PCS, CTPS, CCM,					
<b>Secrétariat permanent</b>			6 sous comités, 1 Secrétariat permanent				5 sous comités, 1 Secrétariat permanent						1 Secrétariat permanent, 7 départements					1 Secrétariat permanent, 7 départements + 2 Unités					
																			2 antennes régionales		9 antennes régionales		
<b>Suivi évaluation (SE)</b>	Plan national de SE		Manuel de SE				Plan d'actions de SE avec budget						Plan d'actions de SE avec budget					Base de données (BD) Tableau de bord des indicateurs (TBIS) Plan d'actions de SE avec budget					
<b>Cadre de concertation des PTF</b>	GT-VIH/SIDA		GTT				GTT, GTE						GTT, GTE, G/PTF-SIDA.					UNJT, GT-VIH/SIDA.					

**Légende :** *GT* (Groupe thématique ONUSIDA), *GTT* (Groupe technique de travail), *GTE* (Groupe de travail élargi), *GTSE* (Groupe technique pour le suivi évaluation), *UNJT* (Equipe conjointe sur le VIH/Sida) *PMT* (Plan à moyen terme), *PTF* (Partenaires techniques et financiers), *TBIS* (Tableau de bord des indicateurs Sida), *CP-PC/Sida* (Comité de pilotage du Panier commun Sida),

*CTPS* (comité technique de programmation et de suivi), *CCM* (Country coordination mechanism)

\*Prévalence pays révisée en 2010 par le Groupe de travail OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/Sida et des IST. Les ré estimations vont de 1990 à 2009

## **ANNEXE 3 : SYNTHÈSE DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES**

Axes stratégiques	Effets	Résultats	Domaines d'Actions Prioritaires
<b>Axe 1 : Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH et des IST et promotion du conseil dépistage et de la santé sexuelle et reproductive</b>	La tendance de l'épidémie continue de baisser dans la population générale et dans les groupes spécifiques	<b>Résultat 1 :</b> D'ici fin 2015, la prévalence du VIH est passée de 1,22% à 1,12% au sein de la population générale	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC ;</li> <li>2. Promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires publiques, privées et communautaires ;</li> <li>3. Promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail face au risque de contamination par le VIH et prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques ;</li> <li>4. Renforcement de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;</li> <li>5. Promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins ;</li> <li>6. Promotion de la santé sexuelle et reproductive (SSR) ;</li> <li>7. Renforcement de l'éducation à la prévention du VIH et des IST dans le secteur de l'éducation et dans les écoles de formation professionnelle, confessionnelle et religieuse ;</li> <li>8. Promotion des valeurs éducatives et morales ;</li> <li>9. Promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques ;</li> </ol>
		<b>Résultat 2 :</b> chaque année, 100% des cas d'IST diagnostiqués au niveau national sont pris en charge selon les normes dans les structures appropriées ;	10. Renforcement de la prise en charge adéquate des IST ;
		<b>Résultat 3 :</b> de 2011 à 2015, le nombre de personnes dépistées a augmenté de 10% environ par an	11. Renforcement du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires et communautaires.
<b>Axe 2 : Renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH</b>	La qualité de vie des personnes vivant avec le VIH est améliorée grâce à un meilleur accès à une prise en charge médicale et communautaire de qualité	<b>Résultat 1 :</b> D'ici fin 2015, la couverture du traitement par les ARV des PVVIH dont l'état de santé le nécessite est passé de 52 % à 90%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développement des services sanitaires de base ;</li> <li>2. Développement des services de traitement ambulatoire et des soins à domicile ;</li> <li>3. Renforcement des services biologiques, médico-techniques et cliniques ;</li> <li>4. Renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées ;</li> <li>5. Renforcement du système d'approvisionnement en médicaments, y compris les ARV, réactifs, consommables et équipements ;</li> <li>6. Organisation de l'aide à l'observance.</li> </ol>
		<b>Résultat 2 :</b> 100% des PVVIH suivies dans les structures de soins et dont l'état de santé le nécessite, bénéficient d'une prise en charge des infections opportunistes notamment la Tuberculose	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Renforcement de la prophylaxie et du traitement des Infections opportunistes (IO) notamment la tuberculose ;</li> <li>8. Renforcement de l'implication du monde associatif et communautaire dans le continuum de soins aux personnes infectées et affectées par le VIH ;</li> </ol>
		<b>Résultat 3 :</b> 45% des PVVIH suivies dans les structures de prise en charge et dont l'état de santé le nécessite, bénéficient d'une prise en charge nutritionnelle	9. Renforcement de la prise en charge nutritionnelle.
<b>Axe 3 : Renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH</b>	au cours de la période 2011-2015, l'impact social du VIH sur les PVVIH, les OEV et leurs familles est atténué	<b>Résultat 1 :</b> Au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des personnes infectées, des personnes affectées et groupes spécifiques qui sont dans le besoin bénéficient du soutien psychosocial, économique et spirituel	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renforcement du soutien psychologique, social et spirituel aux PVVIH, aux personnes affectées dans tous les secteurs ;</li> <li>2. Renforcement du soutien économique aux PVVIH, aux personnes affectées et aux groupes spécifiques dans tous les secteurs ;</li> <li>3. Promotion des activités génératrices de revenus (AGR) ;</li> </ol>
		<b>Résultat 2 :</b> Au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des OEV du fait du Sida, qui sont dans le besoin bénéficient d'une prise en charge intégrée	4. Renforcement de la prise en charge intégrée des Orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) ;
		<b>Résultat 3 :</b> Au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des personnes infectées et affectées victimes de stigmatisation et de discrimination identifiées bénéficient de la protection juridique, d'un soutien psychologique, spirituel et d'auto-support.	5. Renforcement de la protection juridique et lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les PVVIH et les personnes affectées.

Axes stratégiques	Effets	Résultats	Domaines d'Actions Prioritaires
<b>Axe 4 : Renforcement de la coordination, du partenariat et de la mobilisation des ressources</b>	au cours de la période 2011-2015, l'application des principes du « Three Ones » est renforcée	<b>Résultat 1 :</b> Les capacités techniques et organisationnelles des structures de coordination et d'exécution sont renforcées au niveau central, régional et local pour un accès universel aux services liés au VIH ;	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles des structures de coordination et d'exécution de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;</li> <li>2. Renforcement du leadership pour la coordination multisectorielle de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;</li> <li>3. Renforcement du partenariat national, régional et international ;</li> </ol>
		<b>Résultat 2 :</b> Au cours de la période 2011-2015, les ressources externes et internes mobilisées atteignent au moins 85% des besoins de financement pour l'accès universel aux services liés au VIH.	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Renforcement du plaidoyer pour une plus forte implication du secteur privé et des entreprises dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;</li> <li>5. Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST.</li> </ol>
<b>Axe 5 : Renforcement de la gestion de l'information stratégique sur le VIH, le Sida et les IST</b>	au cours de la période 2011-2015, l'information stratégique de qualité sur la réponse nationale est disponible et utilisée par les acteurs pour la riposte au VIH	<b>Résultat 1 :</b> La surveillance de seconde génération du VIH est renforcée ;	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renforcement de la sérosurveillance au niveau des sites sentinelles et sur les groupes spécifiques ;</li> <li>2. Organisation de la surveillance des IST ;</li> <li>3. Réalisation d'études épidémiologiques, comportementales sectorielles et d'impact ;</li> <li>4. Amélioration du système de collecte et de gestion des données par la notification systématique des cas d'infection à VIH, de Sida et d'IST ;</li> </ol>
		<b>Résultat 2 :</b> Les informations disponibles sur la riposte au VIH sont complètes et de qualité.	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Organisation du système national de suivi évaluation des interventions de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;</li> <li>6. Renforcement de la pharmacovigilance y compris la stratégie de surveillance de la résistance du VIH aux ARV dans la prise en charge de l'infection à VIH ;</li> <li>7. Documentation et diffusion des meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;</li> <li>8. Développement d'un système de promotion de la recherche sur le VIH, le Sida et les IST.</li> </ol>

## **ANNEXE 4 : RÉPARTITION DES INSTITUTIONS ET DES MINISTÈRES PAR GROUPE**

Les différents groupes sont composés comme suit :

### **1. Groupe jeunesse et éducation :**

- Ministère de l'enseignement de base et de l'alphabétisation
- Ministère des enseignements secondaire, supérieur et de la recherche scientifique
- Ministère de la jeunesse et de l'emploi
- Ministère des sports et loisirs

### **2. Groupe développement rural :**

- Ministère de l'agriculture, de l'hydraulique et des ressources halieutiques
- Ministère de l'environnement et du cadre de vie
- Ministère des ressources animales

### **3. Groupe défense et sécurité**

- Ministère de la défense
- Ministère de la sécurité

### **4. Groupe économie**

- Ministère de l'économie et des finances
- Ministère du commerce, de la promotion de l'entreprise et de l'artisanat
- Ministère des mines, des carrières et de l'énergie
- Ministère de la culture, du tourisme et de la communication
- Ministère des postes et technologies de l'information et de la communication

### **5. Groupe travaux publics et transports**

- Ministère de l'habitat et de l'urbanisme
- Ministère des infrastructures et du désenclavement
- Ministère des transports

### **6. Groupe justice et droits humains**

- Ministère de la justice
- Ministère de la promotion des droits humains
- Ministère chargé des relations avec le parlement
- Ministère de la promotion de la femme

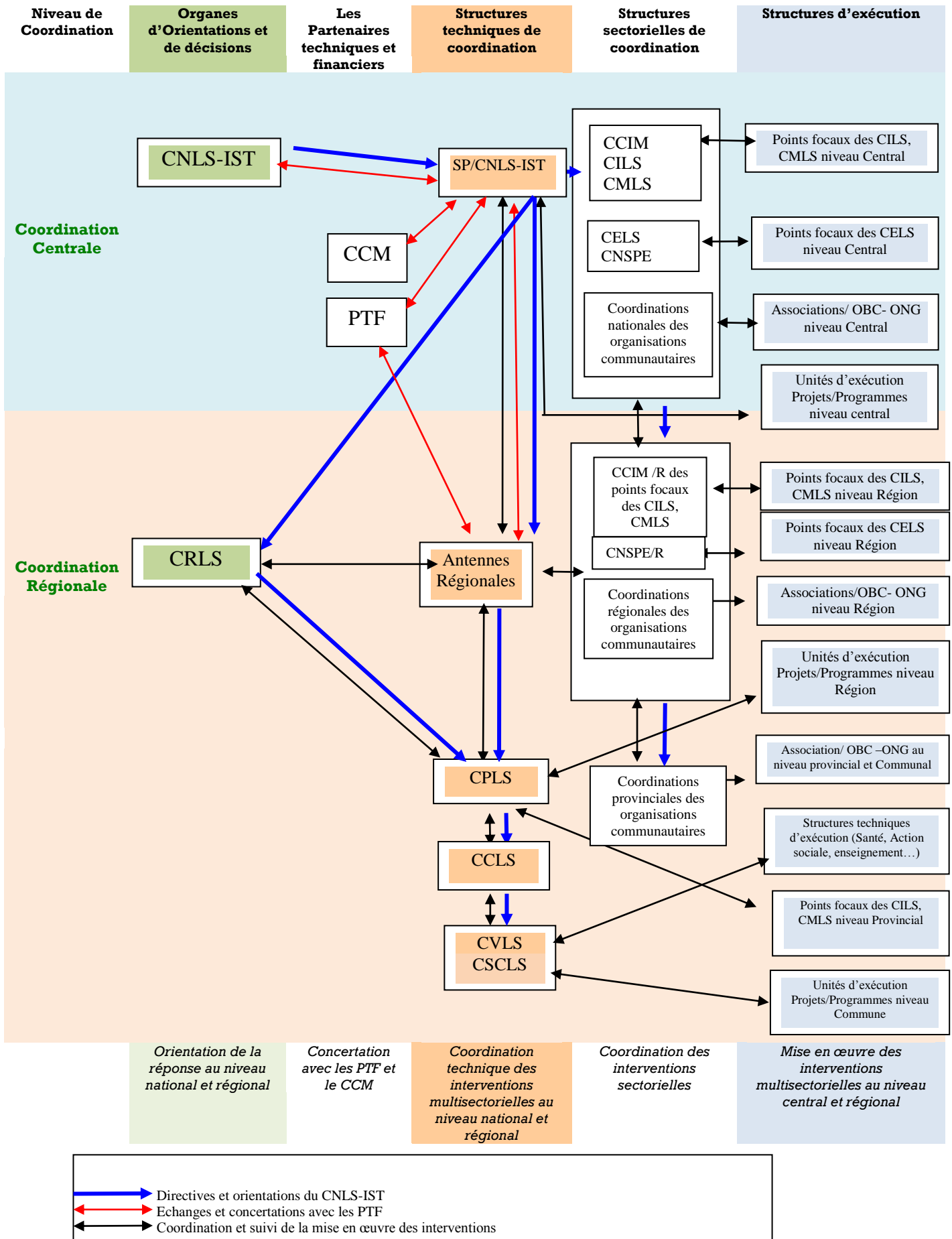
### **7. Groupe administration générale**

- Ministère des affaires étrangères et de la Coopération régionale
- Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation
- Ministère du travail et de la sécurité sociale
- Ministère de la fonction publique et de la réforme de l'Etat

### **8. Groupe institutions**

- Présidence du Faso
- Premier ministre
- Assemblée nationale
- Conseil constitutionnel
- Médiateur du Faso
- Conseil économique et social
- Conseil supérieur de la communication
- Commission électorale nationale indépendante

# ANNEXE 5 : SCHÉMA D'ORGANISATION DE LA RÉPONSE NATIONALE AU VIH





## **ANNEXE 6 : ATTRIBUTIONS ET COMPOSITION DU CNLS-IST ET DES CRLS**

### **1. CNLS-IST**

#### **□ *Attributions***

Le CNLS-IST a pour missions essentielles :

- de définir les politiques et les grandes orientations de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- d'approuver le Plan national multisectoriel, les procédures de sa gestion et les types d'appuis nécessaires à sa mise en œuvre ;
- d'assurer le plaidoyer pour la mobilisation et le soutien en faveur de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- de valider les résultats de la mise en œuvre des interventions multisectorielles et formuler des recommandations.

#### **□ *Composition***

La composition du CNLS-IST, multisectorielle, comprend 155 membres ainsi repartis :

- huit (8) représentants de la Présidence du Faso dont cinq (5) du SP/CNLS-IST ;
- trois (3) représentants des institutions dont un (1) du Premier Ministère, un (1) du Conseil économique et social (CES), un (1) du Conseil supérieur de la communication (CSC) ;
- cinquante neuf (59) représentants des départements ministériels dont deux (2) de chacun des départements ministériels à l'exception du ministère de la Santé avec quatre (4) représentants et les ministères chargés de l'Action Sociale, de la Promotion de la Femme, de la jeunesse et de l'emploi avec trois (3) représentants chacun ;
- treize (13) Gouverneurs de région ;
- dix neuf (19) élus locaux dont treize (13) présidents des conseils régionaux et six (6) représentants de l'AMBF ;
- dix (10) représentants du secteur privé et des entreprises dont trois (3) de la CNSPE (un du Bureau national, un du secrétariat exécutif, un du patronat), quatre (4) du secteur privé sanitaire (président de l'ordre des pharmaciens, président de l'ordre des médecins, un (1) de l'association des médecins privés, un (1) de l'Association des techniciens de laboratoire (ASSITEB)), deux (2) des grandes entreprises multinationales, un (1) du secteur informel ;
- sept (7) représentants des coutumiers et religieux dont trois (3) du CNCCTLS, un (1) de la CIALIS, un (1) du CNCLS, un (1) du CNELS, un (1) de l'URCB ;
- vingt trois (23) représentants de la société civile/ONG/associations répartis ainsi qu'il suit :
  - ligue des consommateurs : 1
  - Mouvement de défense des droits de l'homme : 1
  - Organisation syndicale : 1
  - Personnes vivant avec le VIH (présidents du REGIPIV, de l'AED, et de REV+) : 3
  - représentants de la CORAB (deux (2) du RAJS, AAS, BURCASSO, CICDoc, RAME) : 6
  - associations nationales de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (deux (2) de l'AFAFSI, COCOFA, RENAIDS, AMMIE,) : 5
  - ONG nationales de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (IPC, PROMACO, AES/B) : 3
  - ONG internationales de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (Plan, UNITERRA, AFRICARE) : 3
- treize (13) représentants des partenaires dont sept (7) pour les partenaires multilatéraux et six (6) pour les bilatéraux (Pays Bas, Danemark, Allemagne, Chine, Japon, France).

Les départements ministériels sont représentés par le Président du comité ministériel et le coordonnateur dudit comité. En plus du coordonnateur, les ministères chargés de la santé, de l'action sociale, de la promotion de la femme et de la jeunesse auront des représentants supplémentaires.

#### **□ *Composition du bureau du CNLS-IST***

Le CNLS-IST est dirigé par un bureau de 20 membres composé ainsi qu'il suit :

- Président** : le Président du Faso ou son représentant  
**1<sup>er</sup> vice-Président** : le Ministre chargé de la santé  
**2<sup>ème</sup> Vice-Président** : le ministre chargé de l'Action sociale  
**Rapporteur** : le Secrétaire permanent du CNLS-IST.  
**Membres** :

- le ministre chargé de l'Economie et des Finances ;
- le ministre chargé des Enseignements secondaire, supérieur et de la recherche scientifique ;
- le ministre chargé de l'Enseignement de base et de l'alphabétisation ;
- le ministre chargé de la Communication ;
- le ministre chargé de la Promotion de la femme ;
- le ministre chargé de la Jeunesse et de l'emploi ;
- deux (2) représentants des Personnes vivant avec le VIH (REGIPIV, AED) ;
- trois (3) représentants des ONG et associations nationales (AAS, CICDoc, RAJS) ;
- un (1) représentant des autorités coutumières et religieuses (URCB) ;
- un (1) représentant du secteur privé et entreprises (CNSPE).
- deux (2) représentants du Groupe thématique ONUSIDA dont le représentant de l'OMS ;
- un (1) représentant des bilatéraux ;

### **Synthèse de la représentation des membres du CNLS-IST**

<b>Institutions, ministères et autres partenaires</b>	<b>Nombre</b>
01-Présidence du Faso (PF)	8
02-Premier Ministère (PM)	1
05- Conseil Economique et Social (CES)	1
07-Conseil Supérieur de la Communication (CSC)	1
<b>11</b>	
01- Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération Régionale (MAE-CR)	2
02- Ministère de l'Agriculture, de l'Hydraulique et des Ressources Halieutiques(MAHRH)	2
03- Ministère de l'Economie et des Finances (MEF)	2
04- Ministère de la Justice (MJ)	2
05- Ministère de la Défense (DEF)	2
06- Ministère de la Santé (MS)	4
07- Ministère des Transports (MT)	2
08- Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation (MATD)	2
09- Ministère des Infrastructures et du Désenclavement (MID)	2
10- Ministère des Mines des Carrières et de l'Energie (MMCE)	2
11- Ministère de la Culture du Tourisme et de la Communication (MCTC)	2
12- Ministère de la Sécurité ( MSECU)	2
13- Ministère de l'Environnement et du Cadre de Vie (MECV)	2
14- Ministère des Enseignements Secondaire, Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESSRS)	2
15- Ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation (MEBA)	2
16- Ministère du Commerce, de la Promotion de l'Entreprise et de l'Artisanat (MCPEA)	2
17- Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat (MFP-RE)	2
18- Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale (MTSS)	2
20- Ministère de la Jeunesse et de l'Emploi (MJE)	3
21- Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale (MASSN)	3
22- Ministère des Ressources Animales (MRA)	2
23- Ministère de la Promotion des Droits Humains (MPDH)	2
24- Ministère des Postes et Technologies de l'Information et de la Communication (MPTIC)	2
25- Ministère de la Promotion de la Femme (MPF)	3
26- Ministère de l'Habitat et de l'Urbanisme (MHU)	2
27- Ministère des Sports et Loisirs (MSL)	2
28- Ministère Chargé de Relations avec le parlement (MRP)	2
<b>59</b>	
Gouvernorats	13
Elus locaux (Conseils régionaux, Mairies)	19
Secteur privé	10
Coutumiers/religieux	7
Société civile/ONG/associations	23
Partenaires nationaux – multilatéraux – bilatéraux	13
<b>85</b>	
<b>Total général</b>	<b>155</b>

## **2. CRLS**

### *Attributions*

Le CRLS a pour principales attributions :

- de veiller à la diffusion et à la mise en œuvre des orientations nationales en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- de coordonner les activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans la région ;
- de faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des partenaires ;
- d'approuver les plans provinciaux de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;

- d'élaborer et d'adopter le plan régional de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- de coordonner la gestion des ressources mises à la disposition de la région et autoriser les transferts de fonds aux CPLS par tranche contractuelle ;
- d'examiner l'état d'exécution du plan régional de lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

□ *Composition*

Le CRLS comprend, en fonction du nombre de provinces, de PTF, de projets et programmes par région : de 37 à 45 membres répartis comme suit :

Président : le Gouverneur de la région ;

1<sup>er</sup> vice-Président : Le président du Conseil régional ;

2<sup>ème</sup> vice-Président : le Directeur régional chargé de la Santé ;

Rapporteurs : -le Chef de l'antenne régionale du SP/CNLS-IST ;  
-le Directeur régional chargé de l'action sociale ;  
-le Secrétaire général de la région.

Trésorier : le trésorier régional ou à défaut le trésorier provincial de la province chef lieu de la région.

Membres :

- les Présidents des CPLS ;
- dix (10) Directeurs régionaux représentant les structures déconcentrées de l'administration ;
- quatre (4) représentants des communautés coutumières et religieuses ;
- deux (2) représentants des mouvements des droits humains ;
- quatre (4) représentants du secteur privé dont deux (2) du secteur privé sanitaire ;
- sept (5) représentants des ONG/Associations ;
- deux (2) représentants des Personnes vivant avec le VIH ;
- deux(2) à cinq (5) représentants des partenaires techniques et financiers, projets et programmes intervenant dans la région.

□ *Composition du bureau*

Le CRLS est dirigé par un bureau régional de treize (13) membres et composé comme suit :

Président : le Gouverneur de la région ;

1<sup>er</sup> vice-Président : Le président du Conseil régional ;

2<sup>ème</sup> vice-Président : le Directeur régional chargé de la Santé ;

Rapporteurs : - le Chef de l'antenne régionale du SP/CNLS-IST ;  
- le Directeur régional chargé de l'action sociale ;

Trésorier : le trésorier régional ou à défaut le trésorier provincial de la province chef lieu de la région.

Membres :

- le Président du CPLS de la Province chef lieu de la Région ;
- le Directeur(trice) régional(e) chargé(e) de l'Economie et de la planification;
- le Directeur(trice) régional(e) chargé(e) de la Promotion de la femme ;
- le Directeur(trice) régional(e) chargé(e) de la Jeunesse ;
- un(1) représentant du secteur privé ;
- un(1) représentant des Personnes vivant avec le VIH ;
- deux (2) représentants des ONG et associations ;
- deux (2) représentants des partenaires techniques et financiers, projets et programmes de la région.

**N.B. : des personnes ressources sont invitées aux différentes sessions du CNLS-IST, des CRLS et de leurs bureaux.**

## **ANNEXE 7 : DESCRIPTION DU SECRÉTARIAT PERMANENT DU CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST (SP/CNLS-IST)**

Le Secrétariat permanent du CNLS-IST a été créé par le décret n°2001-511/PRES/PM/MS du 1<sup>er</sup> octobre 2001 modifié successivement par les décrets n°2005-228/PRES/PM/MS/MEDEV/MFB du 14 avril 2005 et n°2007-079/PRES/PM/MS du 14 février 2007 portant attributions et organisation du SP/CNLS-IST. Il est placé sous l'autorité du Président du CNLS-IST et représente l'organe technique du CNLS-IST. En conformité avec les nouvelles orientations relatives au renforcement de la coordination des interventions au niveau régional, un accent particulier sera mis sur la déconcentration de ses structures. L'organisation du niveau central sera alors progressivement recentrée autour des attributions suivantes :

### **□ *Attributions***

Le Secrétariat permanent du CNLS-IST est la structure technique du CNLS-IST responsable de la coordination, de l'appui technique, du suivi et de l'évaluation de l'ensemble des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST. A cet effet, il a les attributions suivantes :

- coordonner l'élaboration du plan national multisectoriel de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- coordonner la mise en œuvre du plan national multisectoriel de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des activités au niveau national ;
- apporter l'appui technique nécessaire aux intervenants ;
- développer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des partenaires techniques et financiers sur le plan national et international ;
- préparer les différentes réunions de concertation ;
- capitaliser et diffuser l'information stratégique ;
- coordonner la recherche sur le VIH, le Sida et les IST ;
- assurer le secrétariat du CNLS-IST ;

### **□ *Organisation et fonctionnement***

Outre le Bureau du Secrétaire Permanent, le Secrétariat Permanent du CNLS-IST comprend trois (3) unités et 13 antennes régionales qui seront organisées en tenant compte des attributions dévolues aux départements techniques et unités actuelles. En fonction de leurs attributions et missions, ces unités et antennes régionales seront structurées en départements ou en cellules techniques.

La composition et le fonctionnement de ces structures seront définis par un décret signé du président du CNLS-IST.

## **1. Le Bureau du Secrétaire permanent**

Le Bureau du Secrétaire permanent intègre les départements chargés de l'administration et des finances, de la communication et des relations publiques, de l'étude des dossiers soumis au Fonds de solidarité envers les malades et OEV et les services du contrôle interne. Ses attributions sont les suivantes :

- assurer la gestion administrative et l'assistance technique ;
- gérer les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la mise en œuvre des activités du SP/CNLS-IST ;
- assurer la visibilité des interventions liées au VIH, au Sida et aux IST ;
- organiser les relations publiques ;
- étudier les dossiers soumis au fonds de solidarité envers les malades et orphelins du Sida ;
- veiller au contrôle interne ;
- assurer le plaidoyer stratégique et politique au niveau national et international ;
- superviser l'organisation des sessions du CNLS-IST et de son Bureau ;
- assurer le secrétariat exécutif du Cadre de concertation des CNLS de la zone UEMOA élargi à la Mauritanie.

## **2. L'Unité centrale de planification et de suivi évaluation (UC-PSE)**

Sous l'autorité du Secrétaire permanent du CNLS-IST, l'Unité centrale de planification et de suivi-évaluation (UC-PSE), est chargée de développer et d'organiser le système national de planification et de suivi-évaluation de la mise en œuvre du Plan national multisectoriel (PNM). Elle a les attributions spécifiques suivantes :

- coordonner l'élaboration et la mise en œuvre du Plan national et des plans régionaux multisectoriels (PRM) de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- coordonner l'élaboration et la mise en œuvre des programmes spécifiques, ciblés et thématiques ;
- élaborer le plan d'actions annuel du SP/CNLS-IST en collaboration avec les autres structures centrales et déconcentrées ;

- élaborer et mettre en œuvre le plan d'action annuel pour l'opérationnalisation du système national de suivi évaluation des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST;
- coordonner la conception et la production des outils de planification et de suivi évaluation des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- assurer la formation et l'appui technique en matière de planification et de suivi évaluation ;
- organiser les sessions du CNLS-IST et de son Bureau en collaboration avec les départements et unités concernés ;
- organiser les rencontres de concertation périodiques des chefs d'antennes en collaboration avec le bureau du Secrétaire permanent et des autres unités ;
- centraliser, traiter et analyser les informations techniques et financières relatives à la mise en œuvre du PNM, des PRM et des plans annuels des projets et programmes ;
- évaluer les interventions du PNM, des PRM et programmes spécifiques ;
- élaborer les rapports périodiques et spécifiques relatifs à la mise en œuvre des interventions et à la capitalisation des meilleures pratiques ;
- élaborer les rapports semestriels et annuels du Plan national multisectoriel (PNM) ;
- assurer le suivi des indicateurs définis au niveau national et international ;
- organiser les activités de promotion de la recherche en collaboration avec les autres acteurs ou partenaires dans le domaine de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- rendre compte périodiquement au Secrétaire permanent de la situation des indicateurs et des performances des programmes.

### **3. L'Unité de gestion financière (UGF)**

Sous l'autorité du Secrétaire permanent du CNLS-IST, l'Unité de gestion financière (UGF) est chargée d'organiser et suivre la mobilisation des ressources financières auprès des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux et de veiller à leurs gestions optimales. Elle a les attributions spécifiques suivantes :

- développer les stratégies de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du CSLS ;
- définir les mécanismes de plaidoyer pour la mobilisation des ressources au niveau national et international ;
- renforcer le plaidoyer pour une plus grande participation des partenaires techniques et financiers au panier commun ;
- coordonner toutes activités relatives à la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PNM ;
- veiller à la mise à disposition des financements annoncés par les partenaires techniques et financiers et aux respects des conventions signées ;
- définir les mécanismes de contractualisation de la mise en œuvre des interventions aux niveaux sectoriel et régional en collaboration avec l'UC-PSE ;
- faire respecter les normes, les directives et les procédures décrites dans les manuels de procédures administratives, financières et comptables ;
- élaborer le plan d'actions annuel et le rapport d'exécution des activités de l'unité;
- produire les Rapports de suivi financier (RSF) des projets et programmes et du PNM ;
- organiser les activités de passation des marchés pour l'acquisition des biens et services ;
- assurer la liaison avec les partenaires financiers en collaboration avec l'UC-PSE ;
- rendre compte périodiquement au Secrétaire permanent de la situation des financements.

### **4. L'Unité d'appuis sectoriels (UAS)**

Sous l'autorité du Secrétaire permanent du CNLS-IST, l'Unité chargée des Appuis Sectoriels (UAS) a la responsabilité de coordonner et d'apporter les appuis techniques nécessaires à la programmation et à la mise en œuvre des activités des secteurs publics, privés et communautaires. Elle a les attributions spécifiques suivantes :

- assister le sous-secteur santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de son plan d'actions ;
- assister le sous-secteur de l'action sociale dans l'élaboration et la mise en œuvre de son plan d'actions ;
- assister le sous-secteur des institutions et des autres ministères dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur plan d'actions ;
- assister le secteur privé et des entreprises dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur plan d'actions ;
- assister le secteur communautaire dans l'élaboration et la mise en œuvre des différents plans d'actions ;
- assurer la régularité des rencontres de concertation intra et intersectorielles ;
- assurer la supervision de la mise en œuvre des interventions ;
- veiller à la régularité et à la qualité des rapports d'exécution physique et financière des différents secteurs;
- élaborer le plan d'actions annuel et le rapport d'exécution des activités de l'unité;
- assurer la régularité de la rédaction des rapports d'exécution physique et financière des différents secteurs;

- produire les rapports sectoriels d'exécution du PNM en concertation avec l'UC-PSE ;
- assurer la liaison entre les acteurs des différents secteurs ;
- rendre compte périodiquement au Secrétaire permanent du déroulement des activités des différents secteurs.

## **5. Les antennes régionales du SP/CNLS-IST**

Sous la tutelle administrative et technique du SP/CNLS-IST, les antennes régionales sont responsables de la coordination technique de la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST au niveau régional, provincial et communal. Ce sont des structures déconcentrées du SP/CNLS-IST chargées d'assister les CRLS dans leurs missions. Elles assurent également la liaison entre le niveau central et le niveau régional. Elles ont les attributions spécifiques suivantes :

- assister les CRLS, les CPLS, les CCLS dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'actions régionaux, provinciaux et communaux de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- assurer la centralisation des plans d'actions provinciaux en vue de l'élaboration du plan régional multisectoriel en collaboration avec l'UC-PSE ;
- développer les mécanismes de mise en œuvre des plans sectoriels en collaboration avec l'UAS ;
- suivre la gestion financière des plans d'actions conformément aux dispositions des différents contrats ;
- apporter l'appui technique nécessaire aux intervenants en matière de programmation, de mise en œuvre et de suivi évaluation ;
- produire les rapports semestriels et annuels du plan régional multisectoriel ;
- transmettre périodiquement au niveau central les rapports d'exécution physique et financière des provinces et du plan régional multisectoriel ;
- gérer les bases de données régionales ;
- apporter un appui technique à l'organisation des journées de manifestations en faveur de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans les régions ;
- apporter un appui à l'organisation des sessions du CRLS et assurer le secrétariat ;
- rendre compte périodiquement au Secrétaire permanent du déroulement des activités des différentes régions.

\*\*\*\*\*

## **ANNEXE 8 : NOTE SUR LE CADRAGE FINANCIER DU CSLS 2011-2015**

La détermination du budget global du CSLS 2011-2015 s'est appuyée sur le logiciel « Resources need model » (RNM) mis en place par l'ONUSIDA avec l'appui technique de Future Institute et du CESAG (Dakar) et recommandé aux différents pays pour la budgétisation des plans stratégiques de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST. L'estimation des besoins financiers de la riposte au VIH s'inscrit donc dans une dynamique internationale de modélisation des coûts des besoins en matière de réponse au VIH. Cet exercice a consisté en l'organisation depuis 2008 de plusieurs ateliers régionaux (Afrique anglophone, Amérique latine, Asie et Afrique francophone) dont le dernier réalisé à Dakar en mars 2010 a consisté en la validation des besoins des pays francophones sur « l'estimation des besoins en ressources ». L'objectif était de renforcer les capacités managériales en planification stratégique, opérationnelles et en estimations des besoins en ressources à l'horizon 2015 et de passer en revue la version améliorée de « Resources need model » (RNM).

Pour la présente estimation, le modèle a intégré les données de base (2008 et 2009) et les projections disponibles. Les résultats de la mise en œuvre du CSLS 2006-2010 ont été considérés ainsi que les données issues des études, du logiciel « Spectrum », etc.

### **Interface de RNM**

<b>Configuration et mise en œuvre</b>		
<b>Configuration</b>	<b>Population et comportement</b>	<b>Nombre de patients sous ARV</b>
<b>Couverture</b>	<b>Coût unitaire</b>	<b>Dépense actuelle</b>
<b>Interventions</b>		
<b>Prévention</b>	<b>Prestation de services</b>	<b>Prise en charge des OEV</b>
Populations prioritaires	Fourniture de préservatifs	<b>Prévention des violences faites aux femmes</b>
Interventions centrées sur les jeunes	Traitement des IST	Milieu de travail
Travailleuses du sexe et leurs clients	Conseil dépistage	Mobilisation de la communauté
Travailleurs du sexe et leurs clients	Circoncision masculine	Education
Milieu de travail	PTME	Travailleuses du sexe
Consommateurs de drogues	Mass media	Soins de santé
MSM	<b>Soins de santé</b>	Jeunes non scolarisés
Mobilisation de la communauté	Sécurité du sang	Mass media
Prisonniers	Prophylaxie post exposition	Prophylaxie post exposition
Routiers	Injection sans risque	ONG
Orpailleurs	Précautions universelles	
personnels de tenue	<b>Services de soins et de traitements</b>	
PVVIH	Thérapie ARV	
	Examen diagnostique	
	Soins et prophylaxie en l'absence de thérapie ARV	
<b>Résultats</b>		
<b>Sommaire de tous les besoins en ressources</b>		

### **1. Démarche méthodologique**

L'évaluation des besoins pour la réponse au VIH a été réalisée suivant trois phases :

- la collecte des données,
- le traitement des données et la vérification des projections financières,
- l'analyse des données collectées et traitées.

La collecte a permis de disposer :

- des données démographiques extraites du fichier de projections démographiques de 2006 à 2020, produite par l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD) ;
- des données épidémiologiques tirées du logiciel de projection épidémiologique « spectrum », renseignées à partir des informations des 13 sites sentinelles avec un calibrage des résultats d'études ponctuelles réalisées de 1989 à 1997. Il s'agit des données relatives à la prévalence des 15-49 ans, du nombre de personnes vivant avec le VIH, du nombre de personnes ayant besoin de traitement et du nombre d'orphelins et enfants rendus vulnérables de 2008 à 2015 ;
- des données programmatiques de l'année 2008 (année de base de la projection) obtenues de la revue documentaire. Les documents suivants ont été exploités : (i) Rapport bilan de la mise en œuvre du plan national multisectoriel 2008 et 2009, (ii) Plan national multisectoriel de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2009 et 2010, (iii) Rapport de surveillance comportementale, 2008, (iv) Rapport CMLS/Santé, 2008 et 2009, (v) Requête au round 9 du Fonds mondial, 2009, (vi) Document d'accélération de l'atteinte des OMD, 2009, (vii) Rapport de l'étude sur les méthodes de financements innovants en vue de l'accès universel aux traitements et soins, 2007, (viii) Annuaire statistique du Ministère de l'enseignement de base et de l'alphabétisation (MEBA), 2008, (ix) Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) 2006 et (x) Annuaire statistique du Ministère de la santé, 2008 ;
- des coûts unitaires obtenus à partir de l'exploitation du Plan de gestion des achats et des stocks (GAS) du projet Fonds mondial, 2010 (Phase 2, R6), du REDES 2007 et 2008, du Programme des filets sociaux de sécurité, 2009 et Budget de la phase 2, Round 6, Sida et de la Requête au round 9, Sida du Fonds mondial, 2009.

Le traitement des données a été fait en trois (3) étapes :

- l'introduction des données de base (année 2008 et 2009) et des objectifs 2015 des axes stratégiques (CSLS 2011-2015) à travers 8 feuilles Excel traitées. Il s'agit des indicateurs démographiques de 2008 à 2015, des données de comportement des populations, des effectifs à mettre sous thérapie antirétrovirale ainsi que de l'aide alimentaire associée à la thérapie, des données de couverture des interventions pour les années 2008 à 2015, des données de prise en charge des orphelins et enfants vulnérables, des coûts unitaires calculés sur la base des résultats de l'étude REDES 2007/2008, des coûts historiques appliqués pour la mise en œuvre des programmes, etc. ;
- la confrontation des données de projection dans les feuilles « prévention », « soins et traitements » et « violences faites aux femmes pour une harmonisation des bases de calcul et pour une vérification du respect des aspects de genre et d'équité ;
- la vérification des projections financières vise à s'assurer de la cohérence des projections pour certaines interventions clés. Elle a été faite en considérant les résultats de l'étude REDES 2008, l'écart des dépenses entre les besoins des certaines catégories d'interventions de prévention, de traitement, de soutien, de gestion du programme de suivi évaluation et de recherche.

L'analyse des données collectées et traitées a permis de dégager par domaine programmatique, les cibles à toucher ainsi que les coûts des interventions. Les budgets sont ainsi présentés en fonction des éléments suivants : (i) prévention, (ii) services de soins et traitement, (iii) atténuation de l'impact du Sida, (iv) prévention et prise en charge des violences faites aux femmes, (v) politique, administration, recherche et suivi évaluation. Le budget global du CSLS 2011-2015 est ainsi présenté en FCFA : 170 779 090 240 ; en euro : 327 022 327 et en dollars : 359 534 927. Les aspects relatifs au genre représentent 16,86% dudit budget.

## 2. Résultats des estimations

### 2.1. Données programmatiques

#### ➤ Indicateurs démographiques et épidémiologiques

Indicateurs démographiques	2011	2012	2013	2014	2015
Population totale	16 248 558	16 779 206	17 322 796	17 880 386	18 450 494
Taux de croissance démographique	3,1%				
Population masculine 15-49 ans	3 174 906	3 285 363	3 404 161	3 530 019	3 662 659
Population féminine 15-49 ans	3 812 593	3 947 602	4 089 191	4 234 603	4 382 345
Population masculine 15-64 ans	3 616 732	3 736 493	3 863 955	4 000 984	4 148 615
Population féminine 15-64 ans	4 335 817	4 486 040	4 641 434	4 805 256	4 978 402
Enfants en âge scolaire (primaire)	2 837 590	2 939 716	3 029 878	3 122 249	3 229 166
Enfants en âge scolaire (secondaire)	2 514 879	2 622 664	2 731 291	2 844 462	2 961 364
<b>Indicateurs épidémiologiques</b>					
Prévalence du VIH chez les 15-49 ans	1,14%	1,13%	1,12%	1,12%	1,12%

#### ➤ Prévention

Interventions ciblées	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Intervention en direction des TS</b>					
Nombre de TS touchés	14 102	14 718	15 353	16 009	16 686
Proportion de TS touchés	64%	66%	67%	69%	70%
<b>Interventions en direction des MSM</b>					
Nombre de MSM touchés	1 444	1 834	2 239	2 660	3 097
Proportion de MSM touchés	48%	60%	72%	83%	95%
<b>Interventions en direction des usagers de drogues</b>					
Nombre d'usagers de drogue touchés	1 167	1 535	1 919	2 317	2 732
Proportion d'usagers de drogue touchés	37%	48%	59%	69%	80%
<b>Interventions en direction des détenus</b>					
Nombre de détenus touchés	11 165	10 736	10 291	9 831	9 355
Proportion de détenus touchés	86%	82%	77%	73%	68%
<b>Interventions en direction des routiers</b>					
Nombre de routiers touchés	32 746	31 674	30 543	29 350	28 093
Proportion de routiers touchés	65%	61%	58%	55%	51%
<b>Interventions en direction des orpailleurs</b>					
Nombre d'orpailleurs touchés	71 936	69 649	67 227	64 664	61 956
Proportion d'orpailleurs touchés	13%	13%	12%	11%	11%
<b>Interventions en direction des personnels de tenue</b>					
Nombre de personnels de tenue touchés	26 609	25 587	24 528	23 431	22 296
Proportion de personnels de tenue touchés	89%	84%	80%	75%	70%
<b>Interventions en direction des PVVIH</b>					
Nombre de PVVIH touchés	46 358	43 921	41 484	39 046	36 609
Proportion de PVVIH touchés	42%	40%	37%	34%	31%
<b>Interventions en direction des jeunes</b>					
Nombre d'enseignants du primaire formés	4 542	5 372	6 268	7 259	8 387
proportion d'enseignants du primaire formés	12%	13%	14%	15%	17%
Nombre d'enseignants du secondaire formés	863	1 380	2 049	2 905	3 988
Proportion d'enseignants du secondaire formés	7%	10%	12%	14%	17%
Nombre de jeunes non scolarisés bénéficiaires	145 444	170 274	193 275	214 553	234 049
Proportion de jeunes non scolarisés bénéficiaires	6%	7%	8%	9%	10%
<b>Interventions dans le monde du travail</b>					
Nombre de travailleurs bénéficiaires d'un programme d'éducation par les pairs	38 032	50 991	64 816	79 610	95 473
Nombre de cas de IST traités	1 424	1 884	2 360	2 856	3 375
Nombre de préservatifs fournis	481 101	645 030	819 921	1 007 070	1 207 732



<b>Mobilisation communautaire</b>					
Nombre de personnes touchées	84 270	106 862	130 949	156 713	184 323
Proportion de personnes touchées	1%	1%	2%	2%	2%
<b>Prestations de services</b>					
<b>Fourniture de préservatifs</b>					
Nombre de préservatifs vendus	31 608 968	32 571 873	33 607 927	34 703 495	35 854 974
<b>Traitement des IST</b>					
Nombre de cas d'IST traités	94 849	85 667	76 058	66 007	55 500
% d'IST traité	74%	66%	57%	49%	40%
<b>Conseil dépistage</b>					
Nombre de personnes dépistées *	390 684	429 884	471 751	516 176	563 150
% population adulte recevant des services CD	6%	6%	6%	7%	7%
<b>PTME</b>					
Nombre de femmes recevant des services de conseil et test	287 086	329 621	374 518	421 882	471 822
Proportion de femmes recevant des services de conseil et test	62%	69%	76%	83%	90%
Nombre de femmes séropositives recevant des soins prophylactiques ARV	3 106	3 582	4 088	4 665	5 284
Proportion de femmes séropositives recevant des soins prophylactiques ARV	95%	96%	97%	99%	100%
Nombre d'enfants séropositives recevant du lait artificiel	579	680	790	917	1 056
Nombre d'enfants recevant suppléments	579	680	790	917	1 056
Nombre d'enfants recevant PCR	1 701	2 384	3 188	4 158	5 284
<b>Média de masse</b>					
Nombre moyen de campagnes par an	5	5	4	3	2
<b>Soins de santé</b>					
<b>Sécurité du sang</b>					
Unités de sang sans risque produites	28 527	29 459	30 413	31 392	32 393
<b>Prophylaxie post exposition</b>					
Nombre de kits PPE nécessaires	107	129	152	174	197
<b>Prévention des violences faites aux femmes</b>					
Nombre de bénéficiaires touchés sur le lieu de travail	2 043	3 651	5 802	8 551	11 964
Nombre de bénéficiaires touchés par la mobilisation communautaire	11 252	19 087	29 301	42 148	57 907
Nombre de bénéficiaires touchés dans le système éducatif	111	237	439	747	1 196
Nombre de bénéficiaires touchés dans le milieu des travailleurs (ses) du sexe	1 813	2 523	3 290	4 117	5 006
Nombre de bénéficiaires conseillés dans le cadre du dépistage et de la prévention mère-enfant	155	233	327	437	565
Nombre de jeunes non scolarisés sensibilisés	6 327	9 897	14 089	18 832	24 017
Nombre de kits PPE rendus disponibles	936	1 248	1 560	1 872	2 184
Pourcentage d'ONG/Associations renforcées	13%	17%	21%	26%	30%

\* les données ne prennent pas en compte celles des femmes enceintes dépistées dans le cadre de la PTME

### ➤ Soins et traitement

<b>Traitement</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Adultes 15+ VIH	95 531	97 476	100 094	103 491	107 743
Population VIH- Enfants	14 609	13 586	12 611	11 765	11 033
<b>Nombre total de PVVIH</b>	<b>110 140</b>	<b>111 062</b>	<b>112 705</b>	<b>115 256</b>	<b>118 776</b>
Besoin de thérapie ARV- Adultes (15+)	47 232	48 058	48 950	49 974	51 141
Besoin de thérapie ARV- Enfants	9 092	8 460	7 813	7 343	7 016
<b>Total des besoins de thérapie ARV- Adulte et enfants</b>	<b>56 324</b>	<b>56 518</b>	<b>56 763</b>	<b>57 317</b>	<b>58 157</b>
Nombre de patients suivant une thérapie ARV	45 885	47 043	48 375	50 080	52 141
Proportion des besoins de thérapie ARV soutenus	81%	83%	85%	87%	90%
Pourcentage 2nd et 3ème ligne	2,7%	2,7%	2,7%	2,7%	2,7%
Nombre de PVVIH avec soins et prophylaxie non ARV	54 748	60 624	67 084	74 344	82 580
Nombre de patients tuberculeux ayant besoin de TAR	453	480	504	530	555
Nombre suivant une thérapie ARV bénéficiant de l'aide alimentaire	20 648	21 169	21 769	22 536	23 463

### ➤ Prise en charge des orphelins et enfants vulnérables

<b>Soutien aux OEV</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Nombre d'OEV ayant besoin de soutien	122 056	113 542	105 462	97 859	90 990
Nombre d'OEV ayant besoin de soutien touchés	90 440	90 002	88 985	87 530	81 428
Proportion d'OEV ayant besoin de soutien touché	74%	79%	84%	89%	89%
<b>Statistique OEV suivant nouvelle version spectrum</b>					
<b>Orphelins de mère</b>					
Sida	65 172	60 107	55 358	51 020	47 207
Non sida	248 487	250 114	251 758	253 385	254 992
<b>Total</b>	<b>313 659</b>	<b>310 221</b>	<b>307 116</b>	<b>304 405</b>	<b>302 199</b>
<b>Orphelins père</b>					
Sida	73 061	68 438	63 998	59 800	55 958
Non sida	480 030	488 102	496 401	504 933	513 686
<b>Total</b>	<b>553 091</b>	<b>556 540</b>	<b>560 399</b>	<b>564 733</b>	<b>569 644</b>
<b>Orphelins de mère et de père</b>					
Sida	23 543	21 418	19 567	18 034	16 784
Non sida	75 694	75 166	74 621	74 056	73 451
<b>Total</b>	<b>99 237</b>	<b>96 584</b>	<b>94 188</b>	<b>92 090</b>	<b>90 235</b>
<b>Total orphelins</b>	<b>770 405</b>	<b>773 143</b>	<b>776 472</b>	<b>780 507</b>	<b>785 408</b>
<b>Tous orphelins du sida</b>	<b>122 056</b>	<b>113 542</b>	<b>105 462</b>	<b>97 859</b>	<b>90 990</b>

➤ **Vérification de la cohérence**

Catégories de dépenses	Besoins en ressources 2008	Dépense actuelle 2008	Différences
Média de masse	4 066 667	3 821 077	245 590
CTV	3 743 301	1 968 329	1 774 971
Populations prioritaires	1 125 440	357 868	767 572
Fourniture de préservatifs	3 543 923	3 526 177	17 746
PTME	1 512 566	906 941	605 625
Autre prévention	6 271 158	4 164 620	2 106 538
Services de soin et de traitement	19 199 570	18 391 279	808 291
Soins des orphelins	2 632 400	2 599 563	32 837
Politique, admin., recherche, suivi et évaluation	15 617 254	15 456 800	160 454

**2.2. Données financières**

➤ **Prévisions budgétaires détaillées par programme et sous programme en dollars US**

Programmes/Sous programmes	2011	2012	2013	2014	2015	Total 2011-2015	Part relative
<b>Prévention</b>	<b>26 655 175</b>	<b>28 626 752</b>	<b>30 777 443</b>	<b>33 128 190</b>	<b>35 701 399</b>	<b>154 888 959</b>	<b>43,08%</b>
<b>Populations prioritaires</b>	<b>7 714 227</b>	<b>8 565 032</b>	<b>9 494 506</b>	<b>10 519 756</b>	<b>11 660 633</b>	<b>47 954 154</b>	<b>13,34%</b>
Interventions centrées sur les jeunes scolarisés ou non	1 600 787	1 984 662	2 406 557	2 878 483	3 414 895	12 285 384	3,42%
Interventions centrées sur les travailleurs du sexe et leurs clients	1 513 138	1 653 143	1 807 209	1 976 767	2 163 381	9 113 637	2,53%
Interventions centrées sur le lieu de travail (sect. public et privé)	453 205	625 387	818 155	1 034 232	1 276 530	4 207 509	1,17%
Interventions centrées sur les usagers de drogues	30 007	38 236	45 512	51 624	56 339	221 718	0,06%
Interventions centrées sur les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	134 130	165 896	196 682	226 100	253 716	976 525	0,27%
Mobilisation communautaire	492 917	643 819	812 602	1 001 656	1 213 477	4 164 471	1,16%
Interventions centrées sur les prisonniers	326 524	323 398	319 313	314 189	307 939	1 591 362	0,44%
Interventions centrées sur les routiers	574 628	572 491	568 601	562 784	554 851	2 833 354	0,79%
Interventions centrées sur les orpailleurs	841 545	839 237	834 351	826 624	815 770	4 157 527	1,16%
Interventions centrées sur les personnels de tenues	933 858	924 917	913 235	898 580	880 707	4 551 296	1,27%
Interventions centrées sur les PVVIH	813 490	793 848	772 289	748 716	723 027	3 851 369	1,07%
<b>Prestation de services</b>	<b>18 365 883</b>	<b>19 416 014</b>	<b>20 560 158</b>	<b>21 801 620</b>	<b>23 142 499</b>	<b>103 286 174</b>	<b>28,73%</b>
Fourniture de préservatifs	4 502 062	4 778 385	5 078 288	5 401 148	5 747 771	25 507 655	7,09%
Traitement des IST	1 844 667	1 771 971	1 671 516	1 539 838	1 373 147	8 201 139	2,28%
Conseil dépistage	5 833 216	6 562 213	7 362 172	8 234 936	9 183 976	37 176 512	10,34%
PTME	2 957 694	3 503 367	4 104 867	4 769 073	5 498 978	20 833 979	5,79%
Mass media	3 228 244	2 800 077	2 343 314	1 856 626	1 338 627	11 566 889	3,22%
<b>Soins de santé</b>	<b>575 065</b>	<b>645 707</b>	<b>722 779</b>	<b>806 814</b>	<b>898 268</b>	<b>3 648 632</b>	<b>1,01%</b>
Sécurité transfusionnelle	477 226	507 596	539 762	573 850	609 911	2 708 344	0,75%
Prophylaxie post exposition (prévention des AELB)	3 746	4 671	5 648	6 679	7 767	28 512	0,01%
Précautions universelles (Hygiène et sécurité dans les milieux de travail)	94 092	133 440	177 369	226 285	280 589	911 775	0,25%
<b>Services de soin et de traitement</b>	<b>24 764 779</b>	<b>23 802 817</b>	<b>22 553 511</b>	<b>21 537 715</b>	<b>20 288 308</b>	<b>112 947 131</b>	<b>31,41%</b>
Traitement anti rétroviral, première, deuxième et troisième ligne	14 051 775	13 180 671	12 357 027	11 441 299	10 605 739	61 636 511	17,14%
Co-infections TB/VIH	32 890	33 787	34 424	35 046	35 538	171 686	0,05%
Examens en laboratoire	3 523 219	3 480 671	3 291 319	3 244 866	3 063 969	16 604 044	4,62%
Prestation de services	1 024 287	1 075 502	1 019 378	1 071 055	1 020 539	5 210 760	1,45%
Soins et prophylaxie non ARV	1 822 689	2 067 127	2 240 507	2 490 242	2 676 139	11 296 703	3,14%
Aide alimentaire associée à la thérapie antirétrovirale	4 309 919	3 965 060	3 610 856	3 255 208	2 886 385	18 027 427	5,01%
<b>Prise en charge des OEV</b>	<b>1 292 393</b>	<b>1 286 136</b>	<b>1 271 605</b>	<b>1 250 809</b>	<b>1 163 623</b>	<b>6 264 567</b>	<b>1,74%</b>
Prise en charge des OEV	1 292 393	1 286 136	1 271 605	1 250 809	1 163 623	6 264 567	1,74%
<b>Prévention et PEC des violences faites aux femmes</b>	<b>96 460</b>	<b>147 029</b>	<b>207 485</b>	<b>278 252</b>	<b>359 497</b>	<b>1 088 724</b>	<b>0,30%</b>
Lutte contre les mutilations génitales féminines	51 713	83 970	124 102	172 306	228 491	660 581	0,18%
Mobilisation communautaire	3 653	6 361	10 036	14 846	20 983	55 879	0,02%
Travailleuses de sexe	4 427	6 346	8 523	10 985	13 758	44 040	0,01%
Mass media	10 822	14 859	19 125	23 633	28 391	96 830	0,03%
Kits PPE	4 322	5 935	7 641	9 445	11 349	38 692	0,01%
Renforcement des capacités des ONG	21 523	29 559	38 057	47 039	56 525	192 702	0,05%
<b>Politique, administration, recherche, suivi et évaluation</b>	<b>16 185 900</b>	<b>16 508 928</b>	<b>16 799 279</b>	<b>17 223 757</b>	<b>17 627 682</b>	<b>84 345 545</b>	<b>23,46%</b>
Environnement favorable (RSC, droits humains, protection sociale et genre)	3 062 911	3 124 039	3 178 983	3 259 308	3 335 744	15 960 984	4,44%
Gestion des programmes	3 696 617	3 770 391	3 836 703	3 933 648	4 025 898	19 263 257	5,36%
Recherche	132 022	134 657	137 025	140 487	143 782	687 973	0,19%
Suivi et évaluation	5 280 881	5 386 273	5 481 004	5 619 497	5 751 283	27 518 938	7,65%
Communication stratégique	1 293 816	1 319 637	1 342 846	1 376 777	1 409 064	6 742 140	1,88%
Approvisionnement, magasins, transport	897 750	915 666	931 771	955 314	977 718	4 678 219	1,30%
Ressources humaines	660 110	673 284	685 126	702 437	718 910	3 439 867	0,96%
Formation	633 706	646 353	657 721	674 340	690 154	3 302 273	0,92%
Équipement de laboratoire	528 088	538 627	548 100	561 950	575 128	2 751 894	0,77%
<b>Budget en USD</b>	<b>68 994 707</b>	<b>70 371 663</b>	<b>71 609 323</b>	<b>73 418 723</b>	<b>75 140 510</b>	<b>359 534 927</b>	<b>100,00%</b>
<b>Budget en Euro</b>	<b>49 961 333</b>	<b>50 958 432</b>	<b>51 854 662</b>	<b>53 164 908</b>	<b>54 411 711</b>	<b>260 351 045</b>	

➤ **Prévisions budgétaires détaillées par programme et sous programme en millions de FCFA (voir tableau 15 p 113)**

➤ **Budget spécifique aux aspects genres 2011-2015**

Programmes/Sous programmes	2011	2012	2013	2014	2015	Total 2011-2015	Part relative
<b>Prévention</b>	<b>10 671 921</b>	<b>12 068 400</b>	<b>13 599 373</b>	<b>15 288 829</b>	<b>17 159 611</b>	<b>68 788 133</b>	<b>44,4%</b>
<b>Populations prioritaires</b>	<b>7 714 227</b>	<b>8 565 032</b>	<b>9 494 506</b>	<b>10 519 756</b>	<b>11 660 633</b>	<b>47 954 154</b>	<b>100,0%</b>
Interventions centrées sur les jeunes scolarisés ou non	1 600 787	1 984 662	2 406 557	2 878 483	3 414 895	12 285 384	100,0%
Interventions centrées sur les travailleurs du sexe et leurs clients	1 513 138	1 653 143	1 807 209	1 976 767	2 163 381	9 113 637	100,0%
Interventions centrées sur le lieu de travail (secteurs public et privé)	453 205	625 387	818 155	1 034 232	1 276 530	4 207 509	100,0%
Interventions centrées sur les usagers de drogues	30 007	38 236	45 512	51 624	56 339	221 718	100,0%
Interventions centrées sur les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	134 130	165 896	196 682	226 100	253 716	976 525	100,0%
Mobilisation communautaire	492 917	643 819	812 602	1 001 656	1 213 477	4 164 471	100,0%
Interventions centrées sur les prisonniers	326 524	323 398	319 313	314 189	307 939	1 591 362	100,0%
Interventions centrées sur les routiers	574 628	572 491	568 601	562 784	554 851	2 833 354	100,0%
Interventions centrées sur les orpailleurs	841 545	839 237	834 351	826 624	815 770	4 157 527	100,0%
Interventions centrées sur les hommes de tenues	933 858	924 917	913 235	898 580	880 707	4 551 296	100,0%
Interventions centrées sur les PVVIH	813 490	793 848	772 289	748 716	723 027	3 851 369	100,0%
<b>Prestation de services</b>	<b>2 957 694</b>	<b>3 503 367</b>	<b>4 104 867</b>	<b>4 769 073</b>	<b>5 498 978</b>	<b>20 833 979</b>	<b>20,2%</b>
PTME	2 957 694	3 503 367	4 104 867	4 769 073	5 498 978	20 833 979	100,0%
<b>Prise en charge des OEV</b>	<b>1 292 393</b>	<b>1 286 136</b>	<b>1 271 605</b>	<b>1 250 809</b>	<b>1 163 623</b>	<b>6 264 567</b>	<b>100,0%</b>
Prise en charge des OEV	1 292 393	1 286 136	1 271 605	1 250 809	1 163 623	6 264 567	100,0%
<b>Prévention et prise en charge des violences faites aux femmes</b>	<b>96 460</b>	<b>147 029</b>	<b>207 485</b>	<b>278 252</b>	<b>359 497</b>	<b>1 088 724</b>	<b>100,0%</b>
Lutte contre les mutilations génitales féminines	51 713	83 970	124 102	172 306	228 491	660 581	100,0%
Mobilisation communautaire	3 653	6 361	10 036	14 846	20 983	55 879	100,0%
Travailleuses de sexe	4 427	6 346	8 523	10 985	13 758	44 040	100,0%
Mass media	10 822	14 859	19 125	23 633	28 391	96 830	100,0%
Kits PPE	4 322	5 935	7 641	9 445	11 349	38 692	100,0%
Renforcement des capacités des ONG	21 523	29 559	38 057	47 039	56 525	192 702	100,0%
<b>Politique, administration, recherche, suivi et évaluation</b>	<b>153 146</b>	<b>156 202</b>	<b>158 949</b>	<b>162 965</b>	<b>166 787</b>	<b>798 049</b>	<b>0,9%</b>
Environnement favorable (RSC, droits humains, protection sociale et genre)	153 146	156 202	158 949	162 965	166 787	798 049	5,0%
<b>Budget en F.CFA</b>	<b>5 801 612 120</b>	<b>6 487 439 071</b>	<b>7 237 771 011</b>	<b>8 065 906 279</b>	<b>8 953 521 391</b>	<b>36 546 249 871</b>	<b>21,4%</b>
<b>Budget en USD</b>	<b>12 213 920</b>	<b>13 657 766</b>	<b>15 237 413</b>	<b>16 980 855</b>	<b>18 849 519</b>	<b>76 939 473</b>	<b>21,4%</b>
<b>Budget en Euro</b>	<b>8 844 501</b>	<b>9 890 037</b>	<b>11 033 911</b>	<b>12 296 395</b>	<b>13 649 555</b>	<b>55 714 399</b>	<b>21,4%</b>

### 2.3. Scénarii de priorisation des DAP

- **Scénario 1** (très optimiste) : les financements annoncés/acquis couvrent la totalité des besoins. A cet effet, tous les DAP des cinq (5) axes stratégiques sont financés à leur hauteur d'estimations. Le financement du scénario 1 correspond au budget global du CSLS 2011-2015. Ce scénario pourrait être retenu dans la perspective d'un succès de la requête du Burkina Faso en préparation au Round 10 du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et de l'effectivité de l'engagement de certains partenaires techniques et financiers à soutenir le renforcement du système de santé.
- **Scénario 2** (optimiste) : les financements annoncés/acquis couvrent seulement les besoins prioritaires. A cet effet, les DAP prioritaires (priorités très fortes (I) et fortes (II)) des cinq (5) axes stratégiques sont privilégiés.
- **Scénario 3** (pessimiste) : les financements annoncés/acquis ne couvrent que les besoins jugés très prioritaires. A cet effet, seulement les DAP très prioritaires (priorités très fortes (I)) des cinq (5) axes stratégiques sont privilégiés.

➤ Scénarii de priorisation des DAP

Axes stratégiques	Priorité très forte (I)	Priorité forte (II)	Priorité moyenne (III)
<b>Domaines d'actions prioritaires concernés par axe stratégique</b>			
<b>Axe 1</b>	1. Renforcement de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	7. Promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques	9. Promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail face au risque de contamination par le VIH et prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques
	2. Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC	8. Promotion de la santé sexuelle et reproductive (SSR)	10. Renforcement de la prise en charge adéquate des IST
	3. Renforcement du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires et communautaires		11. Promotion des valeurs éducatives et morales
	4. Promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires publiques, privées et communautaires		
	5. Renforcement de l'éducation à la prévention du VIH, du Sida et des IST dans le secteur de l'éducation et dans les écoles de formation professionnelle, confessionnelle et religieuse		
	6. Promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins		
<b>Axe 2</b>	1. Renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées	4. Développement des services sanitaires de base	7. Développement des services de traitement ambulatoire et des soins à domicile
	2. Renforcement du système d'approvisionnement en médicaments, y compris les ARV, réactifs, consommables et équipements	5. Renforcement de la prophylaxie et du traitement des Infections opportunistes notamment la tuberculose	8. Renforcement de la prise en charge nutritionnelle
	3. Renforcement des services biologiques, médico-techniques et cliniques	6. Renforcement de l'implication du monde associatif et communautaire dans le continuum de soins aux personnes infectées et affectées par le VIH	9. Organisation de l'aide à l'observance
<b>Axe 3</b>	1. Renforcement du soutien psychologique, social et spirituel aux PVVIH, aux personnes affectées dans tous les secteurs	3. Renforcement de la protection juridique et lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les PVVIH et les personnes affectées	4. Renforcement du soutien économique aux PVVIH, aux personnes affectées et aux groupes spécifiques dans tous les secteurs
	2. Renforcement de la prise en charge intégrée aux Orphelins et autres enfants vulnérables (OEV)		5. Promotion des activités génératrices de revenus
<b>Axe 4</b>	1. Renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles des structures de coordination et d'exécution dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;	2. Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST	4. Renforcement du leadership pour la coordination multisectorielle de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST
		3. Renforcement du plaidoyer pour une plus forte implication du secteur privé et des entreprises dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST	5. Renforcement du partenariat national, régional et international
<b>Axe 5</b>	1. Renforcement de la sérosurveillance au niveau des sites sentinelles et sur les groupes spécifiques	4. Organisation de la surveillance des IST	6. Réalisation d'études épidémiologiques, comportementales sectorielles et d'impact
	2. Organisation du système national de suivi-évaluation des interventions de lutte contre le VIH, le Sida et les IST	5. Renforcement de la pharmacovigilance y compris la stratégie de surveillance du VIH aux ARV dans la prise en charge de l'infection à VIH	7. Développement d'un système de promotion de la recherche sur le VIH, le Sida et les IST
	3. Amélioration du système de collecte et de gestion des données par la notification systématique des cas d'infection à VIH, de Sida et d'IST		8. Documentation et diffusion des meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH, le Sida et les IST
<b>Scénarii de priorisation</b>		<b>Scénario I (I+II+III)</b>	
	<b>Scénario II (I+II)</b>		
	<b>Scénario III (I)</b>		

Source : SP/CNLS-IST

➤ Budget des différents DAP

Axe	Résultats	Domaines d'actions prioritaires	2011	2012	2013	2014	2015	Total
<b>Prévention de la transmission du VIH et des IST, promotion du conseil dépistage et de la santé sexuelle et reproductive</b>			<b>12 589 958 789</b>	<b>13 514 639 356</b>	<b>14 524 847 800</b>	<b>15 630 166 779</b>	<b>16 840 725 062</b>	<b>73 100 337 786</b>
	<b>D'ici fin 2015, la prévalence du VIH est passée de 1,2% à 1,12% au sein de la population générale</b>		<b>8 942 964 454</b>	<b>9 555 901 769</b>	<b>10 233 845 904</b>	<b>10 987 149 367</b>	<b>11 826 092 020</b>	<b>51 545 953 515</b>
1	Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC		1 748 688 149	1 627 095 205	1 501 698 079	1 373 157 713	1 242 199 635	7 492 838 781
2	Promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires publiques, privées et communautaires		226 682 475	241 108 073	256 386 741	272 578 556	289 707 687	1 286 463 533
3	Promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail face au risque de contamination par le VIH et prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques		46 473 175	65 602 600	86 933 245	110 658 083	136 969 407	446 636 509
4	Renforcement de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant		1 404 904 684	1 664 099 512	1 949 811 736	2 265 309 670	2 612 014 637	9 896 140 239
5	Promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins		1 496 935 698	1 588 812 998	1 688 530 862	1 795 881 671	1 911 133 988	8 481 295 217
6	Promotion de la santé sexuelle et reproductive (SSR)		641 543 870	680 919 856	723 656 084	769 663 573	819 057 424	3 634 840 807
7	Renforcement de l'éducation à la prévention des IST et du VIH dans le secteur de l'éducation et dans les écoles de formation professionnelle, confessionnelle et religieuse		319 896 635	411 569 683	522 137 134	657 257 480	824 297 793	2 735 158 726
8	Promotion des valeurs éducatives et morales		117 067 842	152 907 015	192 992 951	237 893 316	288 200 835	989 061 959
9	Promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques		2 940 771 926	3 123 786 826	3 311 699 073	3 504 749 305	3 702 510 614	16 583 517 744
Chaque année, 100% des cas d'IST diagnostiqués au niveau national sont pris en charge selon les normes dans les structures appropriées			876 216 896	841 686 387	793 970 265	731 422 940	652 244 632	3 895 541 121
10	Renforcement de la prise en charge adéquate des IST		876 216 896	841 686 387	793 970 265	731 422 940	652 244 632	3 895 541 121
De 2011 à 2015, le nombre de personnes dépistées a augmenté d'au moins 10% par an			2 770 777 439	3 117 051 199	3 497 031 631	3 911 594 471	4 362 388 409	17 658 843 150
11	Renforcement du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires et communautaires		2 770 777 439	3 117 051 199	3 497 031 631	3 911 594 471	4 362 388 409	17 658 843 150
<b>Accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH</b>			<b>13 245 745 408</b>	<b>12 818 399 864</b>	<b>12 251 572 925</b>	<b>11 807 947 602</b>	<b>11 251 475 377</b>	<b>61 375 141 177</b>
	<b>D'ici fin 2015, la couverture du traitement par les ARV des PVVIH dont l'état de santé le nécessite est passé de 52 % à 90%</b>		<b>9 400 196 412</b>	<b>9 009 233 769</b>	<b>8 541 063 736</b>	<b>8 133 696 521</b>	<b>7 672 125 078</b>	<b>42 756 315 516</b>
1	Développement des services sanitaires de base		632 200 700	635 069 600	607 573 118	610 610 858	585 431 200	3 070 885 476
2	Développement des services de traitement ambulatoire et des soins à domicile		505 760 560	508 055 680	486 058 494	488 488 686	468 344 960	2 456 708 381
3	Renforcement des services biologiques, médico-techniques et cliniques		1 009 482 676	1 017 931 510	989 435 454	999 659 117	975 703 375	4 992 212 133
4	Renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées		6 674 593 185	6 260 818 693	5 869 588 010	5 434 616 905	5 037 725 965	29 277 342 758
5	Renforcement du système d'approvisionnement en médicaments, y compris les ARV, réactifs, consommables et équipements		426 431 121	434 941 584	442 591 111	453 774 349	464 416 090	2 222 154 255
6	Organisation de l'aide à l'observance		151 728 168	152 416 704	145 817 548	146 546 606	140 503 488	737 012 514
<b>100% des PVVIH suivies dans les structures de soins, et dont l'état de santé le nécessite, bénéficient d'une prise en charge des infections opportunistes notamment la Tuberculose</b>			<b>1 798 337 271</b>	<b>1 925 762 617</b>	<b>1 995 352 821</b>	<b>2 128 027 494</b>	<b>2 208 317 590</b>	<b>10 055 797 793</b>
7	Renforcement de la prophylaxie et du traitement des Infections opportunistes notamment la tuberculose		881 399 944	997 934 219	1 080 592 231	1 199 511 849	1 288 046 351	5 447 484 594
8	Renforcement de l'implication du monde associatif et communautaire dans le continuum de soins aux personnes infectées et affectées par le VIH		916 937 327	927 828 399	914 760 590	928 515 644	920 271 239	4 608 313 199
<b>100% des PVVIH suivies dans les structures de prise en charge, et dont l'état de santé le nécessite, bénéficient d'une prise en charge nutritionnelle</b>			<b>2 047 211 725</b>	<b>1 883 403 478</b>	<b>1 715 156 368</b>	<b>1 546 223 588</b>	<b>1 371 032 709</b>	<b>8 563 027 868</b>
9	Renforcement de la prise en charge nutritionnelle		2 047 211 725	1 883 403 478	1 715 156 368	1 546 223 588	1 371 032 709	8 563 027 868
<b>Protection et soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH</b>			<b>1 531 140 106</b>	<b>1 579 976 526</b>	<b>1 627 514 723</b>	<b>1 683 521 794</b>	<b>1 712 385 074</b>	<b>8 134 538 223</b>
<b>Au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des personnes infectées, des personnes affectées et groupes spécifiques qui sont dans le besoin bénéficient du soutien psychosocial, économique et spirituel</b>			<b>727 441 324</b>	<b>741 959 172</b>	<b>755 008 367</b>	<b>774 085 655</b>	<b>792 239 212</b>	<b>3 790 733 729</b>
1	Renforcement du soutien psychologique, social et spirituel aux PVVIH, aux personnes affectées dans tous les secteurs		145 488 265	148 391 834	151 001 673	154 817 131	158 447 842	758 146 746
2	Renforcement du soutien économique aux PVVIH, aux personnes affectées et aux groupes spécifiques dans tous les secteurs (y compris la protection sociale)		363 720 662	370 979 586	377 504 183	387 042 827	396 119 606	1 895 366 865
3	Promotion des activités génératrices de revenus		218 232 397	222 587 752	226 502 510	232 225 696	237 671 763	1 137 220 119
<b>Au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des OEV qui sont dans le besoin bénéficient d'une prise en charge psychosociale et économique</b>			<b>613 886 807</b>	<b>610 914 422</b>	<b>604 012 569</b>	<b>594 134 258</b>	<b>552 721 106</b>	<b>2 975 669 162</b>
4	Renforcement de la prise en charge intégrée aux Orphelins et autres enfants vulnérables (OEV)		613 886 807	610 914 422	604 012 569	594 134 258	552 721 106	2 975 669 162
<b>Au cours de la période 2011-2015, au moins 90% des PVVIH et des personnes affectées victimes de stigmatisation et de discrimination identifiées bénéficient de la protection juridique</b>			<b>189 811 974</b>	<b>227 102 933</b>	<b>268 493 788</b>	<b>315 301 881</b>	<b>367 424 756</b>	<b>1 368 135 332</b>
5	Renforcement de la protection juridique et lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les PVVIH et les personnes affectées		189 811 974	227 102 933	268 493 788	315 301 881	367 424 756	1 368 135 332

Axe	Résultats	Domaines d'actions prioritaires	2011	2012	2013	2014	2015	Total
<b>Coordination, partenariat et la mobilisation des ressources</b>			<b>2 619 415 872</b>	<b>2 671 692 639</b>	<b>2 718 680 989</b>	<b>2 787 375 672</b>	<b>2 852 744 127</b>	<b>13 649 909 298</b>
	<b>Les capacités techniques et organisationnelles des structures de coordination et d'exécution sont renforcées au niveau central, régional et local pour un accès universel aux services liés au VIH</b>		<b>2 488 445 078</b>	<b>2 538 108 007</b>	<b>2 582 746 940</b>	<b>2 648 006 888</b>	<b>2 710 106 920</b>	<b>12 967 413 833</b>
1	Renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles des structures de coordination et d'exécution dans la lutte contre le VIH et les IST		1 741 911 555	1 776 675 605	1 807 922 858	1 853 604 822	1 897 074 844	9 077 189 683
2	Renforcement du leadership pour la coordination multisectorielle de la lutte contre le VIH et les IST		696 764 622	710 670 242	723 169 143	741 441 929	758 829 938	3 630 875 873
3	Renforcement du partenariat national, régional et international		49 768 902	50 762 160	51 654 939	52 960 138	54 202 138	259 348 277
<b>Au cours de la période 2011-2015, les ressources externes et internes mobilisées atteignent au moins 85% des besoins de financement pour l'accès universel aux services liés au VIH</b>			<b>130 970 794</b>	<b>133 584 632</b>	<b>135 934 049</b>	<b>139 368 784</b>	<b>142 637 206</b>	<b>682 495 465</b>
4	Renforcement du plaidoyer pour une plus forte implication du secteur privé et des entreprises dans la lutte contre le VIH et les IST		104 776 635	106 867 706	108 747 240	111 495 027	114 109 765	545 996 372
5	Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH et les IST		26 194 159	26 716 926	27 186 810	27 873 757	28 527 441	136 499 093
<b>Gestion de l'information stratégique sur le VIH, le Sida et les IST</b>			<b>2 786 225 693</b>	<b>2 841 831 553</b>	<b>2 891 812 218</b>	<b>2 964 881 520</b>	<b>3 034 412 773</b>	<b>14 519 163 757</b>
	<b>La surveillance de seconde génération du VIH est renforcée</b>		<b>835 867 708</b>	<b>852 549 466</b>	<b>867 543 665</b>	<b>889 464 456</b>	<b>910 323 832</b>	<b>4 355 749 127</b>
1	Renforcement de la séro-surveillance au niveau des sites sentinelles et sur les groupes spécifiques		417 933 854	426 274 733	433 771 833	444 732 228	455 161 916	2 177 874 564
2	Organisation de la surveillance des IST		208 966 927	213 137 366	216 885 916	222 366 114	227 580 958	1 088 937 282
3	Réalisation d'études épidémiologiques, comportementales sectorielles et d'impact		167 173 542	170 509 893	173 508 733	177 892 891	182 064 766	871 149 825
4	Amélioration du système de collecte et de gestion des données par la notification systématique des cas d'infection à VIH, de Sida et d'IST		41 793 385	42 627 473	43 377 183	44 473 223	45 516 192	217 787 456
<b>Les informations disponibles sur la riposte au VIH sont complètes et de qualité</b>			<b>1 950 357 985</b>	<b>1 989 282 087</b>	<b>2 024 268 553</b>	<b>2 075 417 064</b>	<b>2 124 088 941</b>	<b>10 163 414 630</b>
5	Organisation du système national de suivi évaluation des interventions de lutte contre le VIH et les IST		1 150 711 211	1 173 676 431	1 194 318 446	1 224 496 068	1 253 212 475	5 996 414 632
6	Renforcement de la pharmacovigilance dans la prise en charge de l'infection à VIH		195 035 798	198 928 209	202 426 855	207 541 706	212 408 894	1 016 341 463
7	Documentation et diffusion des meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH et les IST		19 503 580	19 892 821	20 242 686	20 754 171	21 240 889	101 634 146
8	Développement d'un système de promotion de la recherche sur le VIH, le Sida et les IST		585 107 395	596 784 626	607 280 566	622 625 119	637 226 682	3 049 024 389
<b>Total général</b>			<b>32 772 485 867</b>	<b>33 426 539 939</b>	<b>34 014 428 655</b>	<b>34 873 893 367</b>	<b>35 691 742 413</b>	<b>170 779 090 240</b>

## **ANNEXE 9 : ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ**

Le système de santé est organisé selon trois niveaux administratifs et trois niveaux de soins :

- Le niveau central composé des directions et services centraux du ministère de la santé (DGS, DEP, DGHSP, DLM, DRH, DAF, DGPML, CMLS santé, DSF, DN, DHPES, CADSS etc.). C'est le niveau d'élaboration des stratégies et des directives nationales y compris celles relatives à la santé, SIDA et nutrition pour le CSLP et pour la réalisation des OMD. Des dispositifs et mécanismes multiples de coordination et de suivi des interventions du PNDS ont été mis progressivement en place selon les besoins. En termes de niveau de soins, ce niveau central correspond aux Centres Hospitaliers nationaux et Universitaires (CHUYO, CHUSS et CHU CDG) qui sont les niveaux de référence pour les pathologies compliquées.
- Le niveau intermédiaire composé des directions régionales de la santé (DRS) au nombre de 13 correspond aux régions administratives. Il s'agit d'un niveau déconcentré du ministère de la santé pour la coordination de la mise en œuvre de la politique sanitaire incluant la lutte contre le SIDA et les IST. Une DRS coordonne 3 à 6 districts sanitaires et est composée de services clé au niveau intermédiaires tels que la Pharmacie, la maintenance des équipements médicaux (SIECA), le service d'information et des statistiques sanitaires (CISSE) le Service de lutte contre la maladie et les groupes spécifiques (SLM GS) etc.

La DRS est appuyée par le CTRS présidé par le Gouverneur de la Région, qui regroupe l'ensemble des acteurs de la santé (publics, privés, confessionnels, tradipraticiens, communautaires) et qui se réunit chaque semestre pour adopter/suivre les plans d'action et prendre des décisions importantes de santé pour la région. Le niveau de soins correspondant à la région est le Centre Hospitalier Régional (CHR), structure de référence pour les pathologies compliquées référées par les districts sanitaires.

- Le niveau périphérique correspond aux districts sanitaires au nombre de 63. Certains districts correspondent aux provinces d'autres s'étendent sur deux provinces. Le district sanitaire est le lieu d'opérationnalisation du PNDS avec des efforts importants de décentralisation du ministère de la santé notamment en matière de gestion budgétaire. A cet effet le DS est autonome dans l'identification des priorités d'activités en fonction de ses besoins et ressources disponibles. Les plans d'action annuels du district et les décisions sont validés par le Conseil de santé du district présidé par le Haut commissaire de la province. L'équipe cadre du district (ECD) est composé de service SR, CISSE, SIECA, des prestataires de soins (CHR, CMA) etc. Chaque district sanitaire est composé de 20 à 40 CSPS au premier échelon de soin et du Centre Médical avec Antenne chirurgical (CMA) ou Centre Médical (CM) au 2<sup>e</sup> échelon de soins. Le district coordonne aussi les services de santé privé (Dispensaires, maternités, les cabinets, les cliniques, les laboratoires, officines, dépôt MEG...), les services de santé confessionnels, des entreprises, d'autres ministères, les actions des tradipraticiens et des agents de santé communautaires y compris les associations de lutte contre le SIDA. Les services de santé de premier niveau sont chargés des soins curatifs, préventifs et promotionnels ; c'est le premier niveau de contact de la population avec le système de santé.

## **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **I. Documents généraux**

1. Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) 2006, INSD, 2006
2. Loi N°030-2008/AN portant lutte contre le VIH/SIDA et protection des droits des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA,
3. Loi N°055-2004/AN portant code général des collectivités territoriales au Burkina Faso,
4. Termes de référence : atelier de validation des documents de politiques sectorielles et document de politique nationale de renforcement des capacités au Burkina Faso, CAPES, Septembre 2008
5. Cadre stratégique de lutte contre la Pauvreté (CSLP), MEF, Juillet 2004
6. Programme d'action prioritaire de mise en œuvre du CSLP MEF, 2006, 2007, 2008
7. Document d'accélération de l'atteinte des OMD, 2009, Ministère de l'économie et des finances
8. Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2001-2010, Ministère de la santé, Juillet 2001
9. Enquêtes démographique et de santé. Rapport de synthèse 2003 Burkina Faso, INSD- Ministère de l'économie et du développement
10. Enquête Annuelle QUIBB 2007, INSD, Octobre 2008
11. Rapport d'évaluation de la mise en œuvre des principes du « Three ones » dans les pays, Cas du Burkina Faso, Rapport final Novembre 2009
12. Rapport accès universel à la prévention, aux soins, traitements et Appui liés au VIH/SIDA : 2006- 2007, SP/CNLS- IST, Ministère de la Santé
13. Vers l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins : expériences et défis dans la région de Mbeya en Tanzanie- Etude de cas. Collection meilleures pratiques de l'ONUSIDA. Version française- Septembre 2007
14. Accès universel pour la prévention, le traitement, la prise en charge et l'appui dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Burkina Faso, ONUSIDA, Mai 2008
15. Annuaire statistique du Ministère de l'enseignement de base et de l'alphabétisation, MEBA, 2008
16. Annuaire statistique du Ministère de la Santé 2008,
17. Guide des droits de la femme, Ministère de la promotion de la femme, Septembre 2006
18. La Sexospécificité et le VIH/SIDA en Afrique Subsaharienne - Le déficit pour les dirigeants, UNFPA, Octobre 2002
19. Cadre stratégique de mise en œuvre de la décentralisation (C.S.M.O.D), Ministère de l'Administration territoriale et de la décentralisation, 2006-2015
20. Cadre stratégique de prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables, Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale, Mai 2006
21. Rapport de la 11<sup>ème</sup> Conférence internationale de la « Society for women and AIDS in africa (SWAA) » sur le thème « *VIH/SIDA, Genre et droits humains, il est temps d'agir* », AFAFSI, 03-07 février 2008
22. Les jeunes et le VIH/SIDA, une solution à la crise

### **II. Documents du CNLS-IST**

23. Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010, SP/CNLS-IST, Juillet 2005
24. Plans opérationnels de mise en œuvre du CSLS 2006-2010, SP/CNLS-IST, 2006,2009
25. Manuel de Suivi-Evaluation pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Burkina Faso. Deuxième version SP/CNLS-IST-Avril 2006
26. Plan national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (PNM) SP/CNLS-IST, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010
27. Bilan général de la mise en œuvre du PNM. SP/CNLS-IST, 2006, 2007, 2008,2009
28. Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH/Sida et les IST 2001-2005, SP/CNLS-IST, Mai 2001
29. Stratégie nationale de communication sur le VIH/Sida au Burkina Fao. Année 2009, SP/CNLS-IST, juillet 2009
30. Rapport général des travaux de la session ordinaire du CNLS-IST, SP/CNLS-IST, 2006, 2007, 2008,2009
31. Revue à mi-parcours du Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH/Sida et les IST 2006-2010, SP/CNLS-IST, Janvier 2009
32. Bilan global de la mise en œuvre du Cadre Stratégique de lutte contre le VIH/Sida 2001-2005
33. Document de Synthèse SP/CNLS-IST, Février 2006
34. Plan d'investissement pour le renforcement des capacités techniques liées au VIH/Sida pour la période 2007-2010 (version finale), SP/CNLS-IST, juin 2007
35. Plan d'opérationnalisation du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2006-2010 SP/CNLS-IST, Novembre, 2005



36. Cadre Stratégique de mise en œuvre de la concertation des partenaires du développement Rural décentralisé (CSCPDR), SP/CNLS-IST- Septembre 2007
37. Rencontre de concertation des secrétaires permanents et secrétaires exécutifs, des CNLS de la zone UEMOA et de la Mauritanie-Rapport général des travaux PNUD/UEMOA/ONUSIDA Ouagadougou 08 au 10 Mai 2008
38. Document du fonds Commun Sida (Manuel d'opérationnalisation)
39. Recueil des textes 3<sup>ème</sup> édition SP/CNLS-IST, Janvier 2009
40. Rapport sur la surveillance comportementale du VIH au Burkina Faso de l'année 2008, SP/CNLS-IST, Juillet 2009
41. Formulation d'une stratégie de prise en compte de la dimension lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans les actions de lutte contre la pauvreté de sept (7) ministères issus des secteurs : production, soutien à la production, sociaux, infrastructures et équipement – Rapport définitif, SP/CNLS-IST, Octobre 2007

### **III/ Documents sectoriels et thématiques**

42. Plan d'actions de lutte contre le VIH/Sida, Année 2007, SP/CNLS-IST, Avril 2007
43. Rapport des ateliers régionaux d'évaluation du Cadre Stratégique de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2006-2010, SP/CNLS-IST, Novembre 2009
44. Planification, Suivi-Evaluation en matière de lutte contre le VIH/Sida et les IST
45. Référentiel pour l'appui/accompagnement des agents de collecte des données des structures d'exécution Secteur communautaire, entités territoriales, institutions/ministères/privé-SP/CNL-IST, Juin 2006
46. Plan d'actions de renforcement des capacités techniques et opérationnelles des structures décentralisées du CNLS-IST au niveau des entités territoriales- Rapport définitif SP/CNLS-IST- Mai 2009
47. Plans d'actions sectoriels 2009 de lutte contre le Sida de la région de la Boucle du Mouhoun (Entité territoriale, Action Sociale, Comité Diocésain Catholique de la lutte contre le Sida de Nouna) SP/CNLS-IST- Région de la Boucle du Mouhoun-juin, 2009
48. Manuel des procédures Administratives, financières et comptables SP/CNLS-IST- Définitif- Juin 2004
49. Manuel des procédures administratives, financières et comptables, Version révisée 2007. Définitif SP/NCLS-IST- Juin 2007
50. Manuel de procédures administratives, financières et comptables des programmes financés par l'UNFPA, Ministère des finances et du Budget Octobre 2006
51. Normes et Directives nationales de Conseil dépistage de l'infection à VIH au Burkina, SP/CNL-IST-Novembre 2008
52. Manuel d'exécution et de gestion du Fonds Commun pour le Cadre Stratégique de lutte contre le Sida (CSLS) 2006-2010 Document principal, SP/CNLS-IST-Octobre 2006
53. Plan Stratégique régional 2009-2015 de la riposte à l'épidémie du VIH/Sida du Plateau Central-Version définitive, SP/CNLS-IST, Avril 2009
54. Plan d'actions de lutte contre le VIH/Sida et les IST, Année 2008, SP/CNLS-IST, Avril 2008
55. Plan d'actions pour l'accélération de la réponse du secteur de l'éducation au VIH/Sida et les IST, SP/CNLS-IST, Juillet 2005
56. Plan de suivi-évaluation de la mise en œuvre du projet Fonds Mondial au Burkina Faso, SP/CNLS-IST, Juin 2006
57. Coopération financière germano-burkinabè « Programme de prévention de VIH/Sida et d'appui à la Santé de la reproduction (PREVISAR) » - Convention séparée du Contrat de financement, 18 Août 2006, Ministère des Finances et du Budget, SP/CNLS-IST - PROMACO, 28 Décembre 2006
58. Opérationnalisation du Système national de Suivi-Evaluation et Promotion de la recherche : Plan d'actions Suivi-Evaluation 2009, SP/CNLS-IST, Avril 2009
59. Sixième programme de coopération Burkina Faso-UNFPA 2006-2010
60. Rapport annuel de PTA 2008-Composante : Santé de la Reproduction - Produit 2 : Appui à la prévention du VIH/Sida SP/CNLS-IST, Décembre 2008
61. Projet d'Appui au secteur de la Santé et à la lutte contre le Sida (PASS) - Mission de Revue de l'état d'avancement de la mise en œuvre du projet du 10 au 21 Mars 2008, Aide Mémoire- Septembre 2008
62. Atelier régional « Populations vulnérables et accès aux services en matière de VIH/Sida »
63. Rapport d'activités générales : Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (PAMAC), Année 2007, PAMAC, Janvier 2008
64. Rapport des auditeurs indépendants et états financiers au 31 Décembre 2005, Définitif, Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) au Burkina Faso, Mai 2006
65. Plan d'actions du programme Pays entre le gouvernement du Burkina Faso et l'UNFPA), Fonds des nations pour la population 2006-2010, Février 2006, Ouagadougou B.F-UNFPA
66. Projet de renforcement du secteur santé, volet VIH/Sida financement FAD SP/CNLS-IST, Juin 2009

67. Présentation du projet prise en charge globale des orphelins et enfants vulnérables du district sanitaire de Bogodogo-Ouagadougou. AES/Burkina, Novembre 2008
68. Rapport des missions d'investigation sur les prévalences élevées de la syphilis dans les sites sentinelles de Manga, Kaya et Ziniaré, 01 au 05 Octobre 2007, SP/CNLS- IST CMLS/ Santé- Novembre 2007
69. Rapport d'exécution n°14 période du 1er Juillet au 30 septembre 2008, Projet d'appui à la lutte contre le VIH/Sida (PALS), SP/CNLS-IST, Octobre 2008
70. Plan d'actions 2009 de lutte contre les IST/VIH/Sida du Ministère de la Sécurité, Décembre 2008
71. Quelques notes sur Genre et VIH-SIDA au Burkina Faso, Ministère de la promotion de la femme, Avril 2003
72. Inquiétudes féminines : les femmes et le VIH/SIDA dans les médias, Population Référence Bureau
73. Politique nationale de nutrition, Ministère de la santé, Février 2007
74. Atelier régional « Populations vulnérables et accès aux services en matière de VIH/SIDA. Synergie d'action entre les institutions et la société civile », Centre italien d'aides à l'enfance –(CIAI), Mai 2009

## **VI/ ETUDES**

75. Renforcer les performances des programmes de lutte contre le VIH/SIDA en milieu jeune, Document de travail, Ministère de la Jeunesse et de l'emploi, Mai 2008
76. Rapport UNGASS 2008 du Burkina Faso suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA SPCNLS-IST – ONUSIDA Janvier 2008.
77. Etude de base sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA. Cas du Burkina Faso ONUSIDA / PAMAC / IPC, Mars 2007
78. Plan national de renforcement de la prévention du VIH chez les adolescents et les jeunes, Ministère de la Jeunesse et de l'emploi, Novembre 2009
79. Scenarii et maquettes des supports à réaliser par la campagne de sensibilisation à l'attention des orpailleurs, des routiers et des travailleuses du sexe, SP/CNLS-IST – Fonds Mondial. Janvier 2009
80. Comportements et pratiques sexuelles des PV/VIH sous traitement au Burkina Faso : Etat des lieux et perspectives opérationnelles. Protocole de Recherche-Action. SP/CNLS-IST – programme Multi pays – Version finale Janvier 2007
81. Etude sur l'impact de la lutte contre le VIH/SIDA dans le secteur de l'éducation pour la période de 2001-2006, SP/CNLS-IST, Décembre 2007
82. Analyse du marché de l'assistance technique en matière de réponse au VIH/SIDA cas du Togo - Rapport de mission, ONUSIDA, Janvier 2010.
83. Etude de cas : Expérience du Burkina Faso dans l'estimation des flux, des ressources et dépenses de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, ONUSIDA, SP/CNLS-IST, Février 2007
84. Rapport de synthèse de l'analyse situationnelle de la Gouvernance, du leadership, de la coordination et l'harmonisation dans la réponse au VIH/SIDA dans les pays de l'UEMOA élargie à la Mauritanie - UEMOA, Ouagadougou. Mai 2008
85. Evaluation du système de surveillance de 2ème génération du VIH au Burkina Faso - Rapport final, OMS, SP/CNLS-IST, Ouagadougou, Décembre 2009
86. Prise en compte de la dimension genre dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Burkina Faso
87. Plan d'action pour la conduite du processus d'opérationnalisation. SP/CNLS-IST, Novembre 2009
88. Atelier de Réflexion sur la prise en compte du secteur informel dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST, Bobo-Dioulasso, les 16 et 17 Août 2004 - Rapport général, SP/CNLS-IST Août 2004.
89. Egalité Homme/Femme contre le VIH/SIDA : Rapport final Juillet 2007, Agence Canadienne de Développement International (ACDI)
90. Analyse de la situation de la réponse au VIH/SIDA et aux IST dans les institutions et ministères dans le cadre du projet d'appui au secteur de la santé et à la lutte contre le SIDA (PASS) : Médiateur du Faso, Assemblée nationale, CENI, Conseil Constitutionnel, Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, Conseil économique et social, Ministère chargé des relations avec le parlement, Conseil supérieur de la Communication, ministère des Affaires Etrangère et de la Coopération régionale, Premier Ministre SP/CNLS-IST Juin 2009
91. Rapport succinct - Etudes multi-pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes - Premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes, OMS - 2005
92. Répertoires des études et des recherches à réaliser sur le VIH/SIDA et les IST au Burkina Faso. De 2006 au 30 Juin 2009, SP/CNLS-IST, Novembre 2009
93. Document d'évaluation du projet d'appui au secteur santé et à la lutte contre le SIDA (PASS), 15 Mars 2006. Banque Mondiale
94. Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le VIH/SIDA (F-REDESS) - Burkina Faso - Rapport final, ONUSIDA, Octobre 2009

95. Analyse situationnelle des besoins d'assistance technique pour le renforcement des capacités liées au VIH/SIDA - Rapport final, ONUSIDA, Juin 2009
96. Enquêtes de surveillance comportementale de la population desservie par les sites sentinelles au Burkina Faso. Etude réalisée dans 10 sites de surveillance. Octobre 2008. Rapport final SP/CNLS-IST
97. Stratégie de prise en compte de l'aspect genre dans le projet MESSRS/CRDI « valorisation des résultats de recherches et des innovations au Burkina Faso » - Document N°13, MESSRS, Novembre 2008
98. Surveillance comportementale du VIH au Burkina Faso - Rapport National, SP/CNLS-IST, Juillet 2009
99. Rapport d'activités synthétiques du Programme d'Appui au monde Associatif et Communautaire (PAMAC), SP/CNLS-IST, PAMAC, Janvier à Décembre 2007
100. Rapport sur la mise en œuvre du processus « Genre et VIH/Sida » au Burkina Faso, SP/CNLS-IST, Juillet 2007
101. Fonds Mondial au 31 Octobre 2008, SP/CNLS-IST, Fonds Mondial, Novembre 2008
102. Rapport de l'enquête sur les Connaissances, attitudes et Pratiques des adolescents et des jeunes en matière de VIH/Sida et IST UNICEF-ONUSIDA,- RAJS/BF- Décembre 2009
103. Programme National de PTME/VIH Draft1, DSF, Février 2008
104. Etude sur l'impact des interventions des acteurs coutumiers et religieux en matière de lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les personnes infectées et affectées par le VIH/Sida au Burkina Faso, SP/CNLS-IST, Septembre 2008
105. Analyse de la situation de la communication sur le VIH/SIDA au Burkina Faso. Rapport définitif, SP/CNLS-IST, Juillet 2008
106. Genre et planification communale- Expérience du Bénin, du Mali, et du Niger, 2007, SNV et KIT
107. Analyse de la situation du condom féminin au Burkina SP/CNLS-IST- DSF-UNFPA. Août 2008
108. L'impact du VIH et du SIDA sur le système éducatif au Burkina Faso, UNESCO 2007
109. Documentation des cas éthiques et juridiques de stigmatisation et de discrimination des groupes vulnérables, en l'occurrence les femmes, ONUSIDA, SP/CNLS-IST, Juin 2008
110. Enquêtes comportementales auprès des vendeuses du secteur informel au Burkina Faso, SP/CNLS-IST, coordination du Fonds Mondial, Mars 2009
111. Genre et action mondiale contre la pauvreté en Afrique
112. Etude pour la formulation de la politique nationale genre du Burkina Faso – Tome I : étude diagnostique, Draft 2, Ministère de l'économie et des finances, Octobre 2007
113. Analyse de la situation nationale en matière de Gouvernance/leadership, coordination, harmonisation et alignement dans la réponse au VIH/SIDA au Burkina Faso - Rapport final, SP/CNLS-IST, Avril 2008
114. Document provisoire, Etude prospective sur le VIH/SIDA – Ministère chargé de l'Analyse et de la Prospective à la Présidence du Faso.

\*\*\*\*\*