



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ONUSIDA
HCR • UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

SUIVI DE LA DECLARATION D'ENGAGEMENT SUR LE VIH/SIDA (Rapport UNGASS)-Burkina Faso 2005

Déc 2005-vp

TABLE DES MATIERES

I. APERÇU DE LA SITUATION	3
II. VUE D'ENSEMBLE DE L'EPIDEMIE DE VIH/SIDA	7
III. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE VIH	8
3.1. Engagement et action au niveau national.....	8
3.1.1. Dépenses.....	8
3.1.2. Elaboration et mise en œuvre des politiques.....	9
3.1.3. Programmes nationaux.....	10
3.2. Connaissances et comportements.....	12
3.3. Impact.....	14
3.4. Populations les plus à risque.....	15
IV. PRINCIPAUX OBSTACLES RENCONTRES ET ACTIONS NECESSAIRES POUR ATTEINDRE LES BUTS ET OBJECTIFS	16
4.1. PRINCIPAUX OBSTACLES	17
4.1.1. Renforcement des mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH..	17
4.1.2. Renforcement de la surveillance de l'épidémie	17
4.1.3. Amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées.....	17
4.1.4. Elargissement de la réponse et promotion du partenariat national et international et de la coordination multisectorielle	17
4.2. SOLUTIONS ENVISAGEES	17
V. APPUI NECESSAIRE DES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS	18
VI. CADRE DE SUIVI -EVALUATION	18
ANNEXES	

I. APERÇU DE LA SITUATION

Le Burkina Faso s'est engagé dans la lutte contre l'épidémie de VIH/SIDA depuis la découverte des premiers cas en 1986. Face à la progression de l'épidémie sous un mode généralisé, le pays a mis en place un processus de planification stratégique en 1998 dans le but de définir des stratégies plus adaptées à la lutte. Ce processus a abouti à l'élaboration du Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH/SIDA 2001 – 2005 qui met l'accent sur le renforcement de l'approche multisectorielle. Ainsi cette période a connu un engagement accru aussi bien sur le plan national que de la part des partenaires internationaux. Cet engagement s'est matérialisé par un accroissement des ressources affectées par les partenaires au développement et le gouvernement du Burkina Faso à la lutte. Comme acquis on a pu noter une plus grande implication d'acteurs provenant de différents secteurs à savoir le secteur de la santé (privé et public), le secteur des ministères autres que celui de la santé et des entreprises, le secteur communautaire qui regroupe les communautés coutumières et religieuses, les Organisations Non gouvernementales (ONG) et les Organisations à Base Communautaire (OBC). Des avancées significatives ont également été obtenues dans des domaines comme la prise en charge des malades par l'amélioration de l'accès aux traitements antirétroviraux ainsi que des interventions plus ciblées en direction des groupes spécifiques.

Malgré ces acquis, l'épidémie reste toujours généralisée ; elle frappe toutes les couches sociales et tous les secteurs constituant un défi pour le développement du pays.

Depuis la déclaration d'engagement signée lors de la session spéciale des nations unies sur le VIH/SIDA en juin 2001, le Burkina Faso a soumis deux rapports, en avril 2003 et en mars 2005. Le présent rapport met l'accent sur les progrès accomplis de 2003 à 2005. Il présente les résultats enregistrés par le Burkina Faso sur les volets suivants :

- ✓ **Les indicateurs sur les actions et engagements nationaux** qui portent sur :
 - les dépenses (montant des fonds investis par le gouvernement pour la lutte contre le VIH/SIDA),
 - l'élaboration de politiques et la situation de leurs mise en œuvre,
 - les Programmes nationaux mis en œuvre au niveau de l'éducation, le lieu de travail, la gestion des IST, la sécurité transfusionnelle, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, la prise en charge par les antirétroviraux, les services destinés aux orphelins et enfants vulnérables.
- ✓ **Les indicateurs sur les connaissances et comportements**
- ✓ **Les indicateurs d'impact**
- ✓ **Indicateurs sur les populations les plus à risque**

❖ Méthodologie utilisée

Pour la rédaction de ce rapport le SP/CNLS-IST a mis en place une équipe de personnes ressources provenant du : SP/CNLS-IST, le Projet d'Appui au Monde Associatif et Communautaire, le Ministère de l'Enseignement de Base et de l'alphabétisation, le Ministère des Enseignements Secondaires Supérieurs et de la Recherche Scientifique et l'INSD.

Les données présentées proviennent des données de suivi des programmes, et d'enquêtes. Compte tenu de la non disponibilité de données pour certains indicateurs, des estimations ont été faites à partir des informations disponibles.

Le tableau ci-après présente un résumé du niveau des indicateurs proposés par l'« UNGASS » sur la situation du VIH/SIDA dans le pays. Les données concernent les douze derniers mois ou remontent aux années antérieures.

Tableau N°1 : Synthèse des indicateurs

Indicateurs	Niveau	Source
ENGAGEMENT ET ACTION AU NATIONAL NIVEAU		
Dépenses		
GE Indic Montant des fonds nationaux engagés par les gouvernements dans les pays à faible et moyen revenus	7 090 476 \$ US	Données de suivi du Programme 2005
Elaboration des politiques et situation de la mise en oeuvre		
GE Indic Indice composite des politiques nationales	77%	Données de suivi du Programme 2005
Programmes nationaux		
GE Indic 3 Pourcentage d'écoles dans lesquelles les professeurs ont été formés à un enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes psychosociales et qui l'ont dispensé lors de la dernière année scolaire	Enseignement primaire : Rural : 0,37% Urbain : 4,72% Enseignement secondaire : Rural : 1,8% Urbain : 3,3%	Données de suivi du secteur de l'éducation 2005
GE Indic 4 Pourcentage de grandes entreprises / sociétés qui ont mis en place des politiques et programmes de riposte au VIH/SIDA sur le lieu de travail	Secteur public : 80% Secteur privé : 57,14% Ensemble : 70,6%	Données de suivi du Programme sur le lieu de travail 2005
GE Indic 5 Pourcentage des patients IST reçus dans les centres de soins, dont le diagnostic a été correctement établi, qui sont traités et conseillés de manière opportune	Homme : 10% Femme : 4,1% Ensemble : 4,8%	Enquête IP6, IP7 auprès des formations sanitaires 2001
GE Indic 6 Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement ARV complet pour réduire la TME	4,7%	Rapport 2005 du programme PTME
GE Indic 7 Pourcentage de personnes dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent une association d'ARV	24,7%	Données de suivi du Programme de Prise en charge médicale 2005
GE Indic 8 Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'OEV vivants dans les foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	6,5%	Données de suivi du Programme de soutien aux OEV 2004

GE Indic 9 Pourcentage d'unités de sang transfusées ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH	100%	Données de suivi du Programme de Prise en charge médicale 2005
CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS		
GE Indic 10 Pourcentage de jeunes âgés de 15 – 24 ans possédant à la fois des connaissances exactes sur la prévention de la transmission sexuelle et n'ayant pas d'idées fausses sur la transmission du virus	Rural : 2,4 % Urbain : 8,4 % National : 2,89%	Enquête Démographique et de Santé 2003 Burkina Faso (Analyse CRIS)
GE Indic 11 Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans	Rural : 3,8% Urbain : 5,2%	Enquête Démographique et de Santé 2003 Burkina Faso
GE Indic 12 Pourcentage de jeunes de 15 -24 ans ayant eu des rapports sexuels hors mariage avec un partenaire non régulier au cours des 12 derniers mois	Rural: 22,9% Urbain: 57,3% Ensemble: 42,96%	Enquête Démographique et de Santé 2003 Burkina Faso
GE Indic13 Pourcentage de jeunes âgés de 15-24 ans indiquant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier hors mariage	Rural : Hommes 51,7, Femmes 31%, national 41,5% Urbain : Hommes 86,2%, Femmes 66,1% national 72,1%	Enquête Démographique et de Santé 2003 Burkina Faso
GE Indic 14 Ratio de scolarisation actuel des enfants rendus orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans	Rural: 104,3% Urbain: 90,2% Ensemble: 98,3%	Enquête Démographique et de Santé 2003 Burkina Faso
IMPACT		
GE Indic 15 Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans infectés par le VIH (Objectif: réduction de 25% dans les pays les plus affectés d'ici 2005 et 25% au niveau mondial d'ici 2010)	Capitale: 2,8% Autres zones urbaines: 2,3% Rural: 0,7%	Données de Sérosurveillance sentinelle du VIH 2004
GE Indic 16 Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH toujours en vie et sous traitement ARV 12 mois après le début de celui-ci	Moins de 15 ans : 88,9% Plus de 15 ans : 87,8% Tous âges : 87,9%	Données de suivi du Programme de Prise en charge médicale 2005
GE Indic 17 Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le virus (Objectif : réduction de 25% d'ici 2005 et de 50% d'ici 2010) bisannuelle	26%	Rapport 2005 du programme PTME
POPULATIONS A RISQUE		
C/LPE Indic 3 Dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque	Travailleuses du Sexe : 9,7%	Campagne de dépistage 2005
C/LPE Indic 4 Programme de préventions destinées aux populations les plus à risque	Orpailleurs: 75% Routiers: 69% Militaires: 84,15% TS: 42,06%	Enquête sur les comportements sexuels attitudes et pratiques des orpailleurs militaires et routiers (PROMACO, 2004)
C/LPE Indic 5 Connaissances en matière de prévention du VIH chez les populations les plus à risque	Orpailleurs: 47,9% Routiers: 41% Militaires: 56% TS: 85%	Enquête sur les comportements sexuels attitudes et pratiques des orpailleurs militaires et routiers (PROMACO, 2004)

C/LPE Indic 6 Utilisation du préservatif par les professionnelles du sexe	TS : 95,85%	Enquête de prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels chez les Travailleuses du sexe et leur partenaires masculin à Ouagadougou Burkina Faso (Projet SIDA 3, 2004) N.B Enquête en 2002
C/LPE Indic 7 Utilisation du préservatif par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Non applicable	-
C/LPE Indic 8 Pratiques d'injection et de comportements sexuels sans risque parmi les consommateurs de drogue injectables	Non disponible	-
C/LPE Indic 9 Réduction de la prévalence du VIH parmi les populations les plus à risque.	TS: 20,9% Recrues: 0,1%	Enquête de prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels chez les Travailleuses du sexe et leur partenaires masculin à Ouagadougou Burkina Faso (Projet SIDA 3, 2004) N.B Enquête en 2002 Enquête CAP d'évaluation de la séronégativité des nouvelles recrues (CMLS défense 2004)

II. VUE D'ENSEMBLE DE L'EPIDEMIE DE VIH/SIDA

Selon la méthode utilisée par l'OMS/ONUSIDA basée sur la séro surveillance par site sentinelle, la prévalence de l'infection à VIH dans la population adulte du Burkina Faso était estimée à 6,5% en fin 2001, 4,2% en fin 2002 et 2,3% en fin 2004. Le rapport de l'ONUSIDA 2005 a estimé le nombre de personnes vivant avec le VIH à 180 000 dont 79 000 femmes et 20 000 enfants infectés. Toujours selon ce rapport, le nombre estimé de nouvelles infections à VIH est de 25 000, parmi lesquels 50% environ concerne la tranche d'âge de 15-24 ans. Le nombre de décès dû au VIH/SIDA est estimé à 17 000, ce qui a pour conséquence un nombre cumulé d'OEV de 80 000.

Les résultats de l'enquête démographique et de santé (EDS 2003) indiquent que la séroprévalence moyenne s'est établie à 1,8% dans la population générale. Cette prévalence au niveau national présente néanmoins des disparités selon le milieu de résidence, le genre et l'âge. Elle varie dans la population générale (15-49 ans) de 1,3 % en milieu rural à 3,6% en milieu urbain. Les résultats présentés selon le genre indiquent un taux de séroprévalence sensiblement égal pour les femmes et pour les hommes (respectivement 1,8% et 1,9%). Pour ce qui concerne les tranches d'âge 15-19 ans, 20-24 ans et 35-39 ans, les femmes sont particulièrement les plus infectées par le VIH. Par contre, le taux de prévalence est dans l'ensemble plus élevé chez les hommes âgés de 30 à 34 ans.

Les données de prévalence issues d'enquêtes et d'études spécifiques sont les suivantes :

- les campagnes de dépistage organisées par le PAMAC à l'occasion de la Journée Mondiale de lutte contre le Sida (JMS) dans des centres de dépistage ont donné un taux de séroprévalence de 13,3 % en 2003, 7,10 en 2004 et 7,18 % en fin octobre 2005.
- la campagne de dépistage effectuée en milieu scolaire et universitaire à donné un taux de séroprévalence de 0,8% au sein des universités et 1,3% dans les lycées en 2004 ;
- les résultats de l'étude du projet VIRUS intitulée «Analyse nationale de la situation du VIH et des IST en milieu Rural et Urbain et dans les Secteurs de la santé et de l'éducation », ont donné en 2003 une prévalence du VIH de 3,4% au niveau du secteur de la santé et de 2,8% au niveau du secteur de l'éducation.

Bien que la tendance de l'évolution du taux de prévalence soit à la stabilisation voire à la baisse, le Burkina Faso reste en situation d'épidémie généralisée.

III. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE VIH

La riposte nationale à partir de 1998 (processus de planification stratégique) a été bâtie autour du cadre stratégique 2001-2005 qui comprend quatre axes stratégiques d'intervention qui sont :

- le renforcement des mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH ;
- le renforcement de la surveillance de l'épidémie ;
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées ;
- l'élargissement de la réponse et la promotion du partenariat national et international et de la coordination multisectorielle.

Le CSLS 2001-2005 s'intègre dans le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) et ses objectifs s'inscrivent dans la perspective des Objectifs de Développement pour le Millénaire et de ceux du NEPAD. Les indicateurs qui seront présentés dans le présent rapport sont en relation avec la mise en œuvre du dit cadre.

3.1. Engagement et action au niveau national

3.1.1. Dépenses

INDICATEUR : *Montant des Fonds nationaux engagés par les gouvernements dans les pays à faible et moyens revenus*

De façon globale on constate une augmentation des fonds nationaux alloués à la lutte contre le VIH/SIDA entre 2002 et 2004.

Les fonds alloués en 2004 sont 1,7 fois supérieurs à ceux de 2002. Les montants dépensés pour atténuer l'impact du VIH/SIDA en 2004 ont été 7,8 fois plus élevés que ceux de 2002. Ces augmentations sont respectivement de 3,1 et 2,3 fois pour l'Appui institutionnel/Coordination et la prévention.

Tableau 2 : Montant des fonds nationaux affectés à la lutte contre le VIH/SIDA (en millions de FCFA)

Catégories du Programme	2002	2004	% total 2002	% total 2004	Ratio 2004/2002
	Montant	Montant			
Prévention	672,7	1573,4	27,9	39,0	2,3
Soins cliniques et traitement du VIH/SIDA	1551,7	1409,2	64,4	35,0	0,9
Atténuation de l'impact	100,0	780,6	4,1	19,4	7,8
Appui institutionnel/Coordination	85,9	267,1	3,6	6,6	3,1
Total	2410,2	4030,2			1,7

Par rapport à la répartition des fonds sur les différentes rubriques, on constate que les fonds affectés aux soins cliniques et traitement du VIH/SIDA en 2004 sont moins importants que ceux de 2002. Les soins cliniques et traitement du VIH/SIDA ont consommés 64,3% du montant total des fonds nationaux de 2002 contre 35% des fonds de 2004. Il convient de signaler que plusieurs initiatives extérieures ont assuré le financement de ce volet en 2004 et 2005 (l'initiative PPTTE, ESTHER, MAP, TAP, Projet d'appui à la lutte contre le VIH/SIDA du FAD, Croix Rouge Française, Fonds mondial, Medecins Sans Frontière, Projet de Renforcement des Services de Santé, Société TAN ALIZ).

En 2004, 39% des fonds ont été affectés à la prévention contre 27,9% des fonds de 2002

Le montant des fonds gouvernementaux dépensés pour le VIH/SIDA était de 2 410 185 665 FCFA et 4 670 000 000 FCFA respectivement en 2002 et 2003. Ce montant était de 5.439.470.000 FCFA en 2004 et de 3 899 761 528 FCFA selon les montants non consolidés en fin 2005.

Tableau 3 : Montant des fonds nationaux affectés à la lutte contre le VIH/SIDA

Source de financement	Montant dépense en millions de FCFA
Budget de l'Etat	310 ,901 528
PAPMLS (Crédit IDA)	2 888,860
PPTTE	600
Fonds de solidarité	100
Total	3 899,761 528

3.1.2. Elaboration et mise en œuvre des politiques

INDICATEUR : *Indice composite des politiques nationales*

Cet indicateur évalue les progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et stratégies contre le VIH/SIDA au niveau national.

Le score de l'indice composite des politiques nationales en 2005 au Burkina Faso est de : 77 %. On constate que par rapport au score de 2003 (100%) on enregistre une

baisse de cet indicateur due probablement à la prise en compte de nouveaux paramètres dans la cotation de l'indicateur.

3.1.3. Programmes nationaux

INDICATEUR GE Indic 3 : *Pourcentages d'écoles dans lesquelles les professeurs ont été formés à un enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes psychosociales et qui l'ont dispensé lors de la dernière année scolaire*

L'enseignement du VIH/SIDA a été officiellement introduit aussi bien au niveau de l'enseignement primaire que de l'enseignement secondaire. Au niveau de l'enseignement primaire il est au stade d'expérimentation. Cette expérimentation a surtout touché le milieu urbain des zones d'expérimentation. C'est ce qui explique le score de l'indicateur qui est de 0,37% en milieu rural et de 4,72% en milieu urbain.

Le Programme Pilote Intégré Education-VIH/SIDA et Nouvelle Technologie de l'Information et de la Communication NTIC (PPIE – VIH/SIDA et NTIC) constitue un effort commun du gouvernement et du PNUD pour lutter contre le VIH/SIDA dans le secteur de l'Education en se servant des TIC. Il a démarré en février 2004 ; il constitue une opportunité pour mieux formaliser l'enseignement de l'Education VIH/SIDA au niveau de l'Education de Base. Dans le cadre de ce projet, 395 enseignants ont été formés et l'enseignement de l'Education VIH/SIDA dans les sites a commencé en février 2005.

Au niveau de l'enseignement secondaire le score est également faible, cela est dû au fait que cet enseignement n'est pas encore systématique. Ce score est de 3,3% en milieu urbain et de 1,8% en milieu rural.

INDICATEUR GE Indic 4 : *Pourcentage de grandes entreprises / sociétés qui ont mis en place des politiques et programmes de riposte au VIH/SIDA sur le lieu de travail*

Concernant cet indicateur on peut noter que 80% des employeurs du Secteur public et 57,1 % du Secteur privé soit 70,6% pour l'ensemble des entreprises publiques et privées au niveau national ont mis en place des politiques et programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail.

INDICATEUR GE Indic 5 : *Pourcentage des patients IST reçus dans les FS, dont le diagnostic a été correctement établi , qui sont traités et conseillés de manière opportune* (Les données disponibles datent de 2001)

Les informations disponibles pour cet indicateur datent de 2001. L'enquête effectuée en 2001 a concerné un échantillon de 291 formations sanitaires recrutées selon un échantillonnage stratifié. 358 consultations pour IST ont été observées.

L'indicateur de prévention **IP6** correspond à une anamnèse complète, un examen physique complet et un diagnostic - traitement conforme et l'indicateur de prévention **IP7** correspondant aux Conseils donnés au patient sur l'usage des préservatifs et l'information du partenaire. Les scores des deux réunis sont de 10% pour les hommes, 4,1% pour les femme : 4,1% et 4,8% pour les hommes et les femmes réunis.

Les données concernant les jeunes de moins de 20 ans et ceux de 20 ans et plus ne sont pas disponibles. Une enquête pour la mesure de ces indicateurs sera conduite en 2005 et permettra d'obtenir des données plus récentes.

INDICATEUR GE Indic 6 : *Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement ARV complet pour réduire la TME (Source : Rapports 2004 et 2005 du programme de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH : PTME)*

Le programme de prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) qui a débuté en 2002 ; ses stratégies sont les suivantes :

- le renforcement de ressources humaines en quantité et en qualité ;
- l'intégration des activités PTME au paquet Minimum d'Activités (PMA) des formations sanitaires ;
- l'amélioration de la qualité et la disponibilité des soins ;
- le renforcement des capacités d'organisation et de gestion des structures impliquées.

La prophylaxie ARV se base sur la prise de Névirapine par la mère, 1 gélule de 200mg en prise unique en début de travail, et par l'enfant, 2mg par kilogramme de poids de suspension orale en prise unique administrée avant 72 heures de vie. A la dernière consultation prénatale, la dose maternelle est confiée à la femme pour lui permettre de commencer la prophylaxie. En cas de prise de Névirapine dans le passé ou d'infection à VIH2 la prophylaxie repose sur la prise de Zidovudine (AZT) : par la mère 1 comprimé de 300mg 2 fois par jour à partir de la 36^{ème} semaine de grossesse et d'un comprimé de 300mg toutes les 3 heures au cours de l'accouchement et de l'AZT sirop au nouveau né à la dose de 4 mg par kilogramme de poids et par jour pendant 7 jours. Ces deux protocoles permettent de réduire de moitié le risque de transmission mère- enfant du VIH.

D'autres schémas sont offerts aux femmes en grossesse dans le cadre du projet de recherche KHESO BORA. Ce sont la trithérapie (AZT-3TC- LPV/r pendant 7 mois ou AZT-NVP pendant 1 mois.

Le score de l'indicateur est de 4,7% en 2005. Il y a une amélioration du niveau de cet indicateur dont les scores étaient de 0,13% et 1,76% respectivement en 2002 et 2004

INDICATEUR : GE Indic 7 : Pourcentage de personnes dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent une association d'ARV

Le score de cet indicateur calculé en utilisant les nouvelles estimations de l'ONUSIDA sur le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA en 2005 est de 24,7%. Les efforts accomplis de 2003 à 2005 sont donc importants, bien que l'objectif de traiter la moitié des malades d'ici fin 2005 n'ait pas été atteint.

Cependant, on note une augmentation significative du nombre de malades bénéficiant d'ARV qui est passé de 675 en fin 2002 à 6 666 en fin septembre 2005.

Il convient de signaler que cet indicateur est fortement lié aux estimations du nombre de malades utilisés pour son calcul d'où la nécessité d'une base fiable pour ces estimations.

INDICATEUR GE Indic 8 : Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'OEV vivants dans les foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge

Pour ce qui est de cet indicateur, 6,5% des OEV vivants dans les foyers ont bénéficiés d'une aide (scolaire, alimentaire, médicale, psychosociale, économique....) selon une enquête réalisée en 2004 et publiée en 2005. La proportion d'OEV à soutenir reste cependant encore élevée.

INDICATEUR GE Indic 9 : Pourcentage d'unités de sang transfusées ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH

Le score de l'indicateur est de 100% ce qui signifie que toutes les poches de sang transfusées sont testées pour le VIH.

3.2. Connaissances et comportements

INDICATEUR GE Indic 10 : Pourcentage de jeunes âgés de 15 – 24 ans possédant à la fois des connaissances exactes sur la prévention de la transmission sexuelle et n'ayant pas d'idées fausses sur la transmission du virus

Les scores obtenus sont mentionnés ci-après.

Tableau 4 : Niveau de connaissances des jeunes de 15-24 ans en matière de prévention du VIH

Hommes (N= 1 439)			Femmes (N= 5 052)			Total (N= 6491)		
Rural	Urbain	National	Rural	Urbain	National	Rural	Urbain	National
12,46	47,80	21,4	7,07	35,75	14,74	8,29	38,3	18,07

On constate que:

- le niveau de connaissance des jeunes est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural aussi bien chez les hommes que chez les femmes ou pour les deux sexes confondus. Cela rappelle la nécessité d'une plus grande décentralisation des interventions.
- le niveau de connaissances des hommes sur le VIH/SIDA est meilleur à celui des femmes que ce soit en milieu rural ou urbain. Ce constat pose avec acuité la question de l'accès à l'information des femmes qui sont cependant les plus touchées par l'épidémie de VIH/SIDA.

Les indicateurs permettant de mesurer les comportements sexuels des jeunes sont présentés ci-dessous avec leurs scores respectifs.

Par rapport au niveau de connaissance réelle correspondant à la réponse correcte des cinq questions, 3,64% des jeunes en milieu urbain ont une parfaite connaissance sur le VIH/SIDA contre 2,14% en milieu rural soit un score de 2,89% au niveau national.

INDICATEUR GE Indic 11: *Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans*

On constate qu'une proportion non négligeable de jeunes de moins de 15 ans ont des rapports sexuels soit 3,8% en milieu rural et 5,2% en milieu urbain. Des mesures visant à minimiser les risques de transmission du VIH par des actions de communication pour le changement comportement s'avèrent nécessaires pour ces jeunes dès le plus bas âge.

INDICATEUR GE Indic 12: *Pourcentage de jeunes de 15 -24 ans ayant eu des rapports sexuels hors mariage avec un partenaire non régulier au cours des 12 derniers mois*

Les scores de cet indicateur sont de 22,9% en milieu rural, 57,3% en milieu urbain et de 42,96% au niveau national.

On remarque que les rapports sexuels avec des partenaires non réguliers sont assez fréquents chez les jeunes de 15 à 24 ans surtout en milieu urbain.

INDICATEUR GE Indic 13: *Pourcentage de jeunes âgés de 15-24 ans indiquant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier hors mariage*

Les scores de cet indicateur sont au niveau national de 72,1% en milieu urbain et de 41,5% en milieu rural. La répartition en fonction du sexe donne en milieu rural 51,7% pour les hommes et 31 % pour les femmes ; en milieu urbain ce score est de 86,2% pour les Hommes contre 66,1% pour les Femmes.

L'utilisation du préservatif avec des partenaires non réguliers par les jeunes restent non systématique surtout en milieu rural où seulement 41,5% l'ont utilisé lors du dernier rapport sexuel.

INDICATEUR GE Indic 14: Ratio de scolarisation actuel des enfants rendus orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans (il y a un bug dans le CRIS)

Cet indicateur correspond au ratio de scolarisation pour la tranche d'âge des enfants de 10 à 14 ans orphelins des deux parents et les enfants de la même tranche d'âge ayant leur deux parents en vie. Si ce rapport est en faveur des non orphelins comme le montre le score de l'indicateur en milieu urbain et pour le niveau national (Urbain : 90,2% national : 98,3%) il est en faveur des orphelins en milieu Rural soit 104,3%. Selon ces résultats, les orphelins sont mieux scolarisés en milieu rural que les non orphelins. Cela traduit les nombreux efforts de soutien en direction des orphelins et autres enfants vulnérables dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA.

3.3. Impact

INDICATEUR GE Indic 15 : Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans infectés par le VIH (Objectif: réduction de 25% dans les pays les plus affectés d'ici 2005 et 25% au niveau mondial d'ici 2010

Pour le calcul de l'indicateur les estimations de la répartition des jeunes de 15-24 ans entre la capitale, les autres zones urbaines et les zones rurales sont respectivement de : 6,9% , 8,7% et 84,4%. (Source : Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 1996).

Le calcul de l'indicateur donne les prévalences mentionnées dans le tableau ci-après.

Tableau 5 : Prévalence selon la tranche d'âge et la localisation

	Capitale	Autres zones Urbaines	Zones rurales
15 -19 ans	4,25%	1,33%	0,49%
20 - 24 ans	1,97%	2,96%	0,92%
15 -24 ans	2,84%	2,30%	0,74%

Une analyse détaillée des données de sérosurveillance sentinelle du VIH de 2004 selon les tranches d'âges et la zone met en évidence les constats suivants :

- la prévalence du VIH dans la tranche d'âge 15-19 ans à Ouagadougou la Capitale est quatre fois plus élevée que dans les autres zones urbaines (4,25% versus 1,33%). Dans la même tranche d'âge la prévalence dans les autres zones urbaines est supérieure à celle du milieu rural.
- Par contre pour les 20-24 ans la prévalence dans les autres zones urbaines (2,96%) est plus élevée que celle de la capitale (1,97%).

INDICATEUR GE Indic 16 : *Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH toujours en vie et sous traitement ARV 12 mois après le début de celui-ci*

Selon les données recueillies dans trois centres de traitement (Saint Camille, Centre Oasis, CMA Pissy) la survie des adultes et enfants infectés par le VIH et qui sont sous traitement ARV douze mois après le début de celui-ci sont de 88,97% pour les moins de 15 ans, de 87,86% pour les plus de 15 ans et de 87,91% pour tous âges confondus. Ces résultats se situent dans les normes admises qui sont de 80 à 90%.

INDICATEUR GE Indic 17 : *Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH, nés de mère elles mêmes infectée par le virus (Objectif : réduction de 20% d'ici 2005; et de 50% d'ici 2010)*

Cet indicateur permet de mesurer le niveau de la transmission mère-enfant du VIH.

Le score de l'indicateur se calcule comme suit : $\{T \times (1-e) + (1-T)\} \times v$

T= proportion de femmes enceintes infectées par le VIH recevant un traitement antirétroviral, c'est l'indicateur a une valeur de 0,05

v = Taux de Transmission Mère-Enfant en l'absence de tout traitement dont la valeur par défaut est de 25.

e = efficacité du traitement fourni dont la valeur par défaut est de 0,5

Score de l'indicateur = $\{0,047 \times (1 - 0,5) + (1 - 0,047)\} \times 0,25 = 0,26 = 26\%$

3.4. Populations les plus à risque

Les populations à risque retenues par le Burkina Faso sont les travailleuses du sexe, les orpailleurs, les routiers, les militaires, les détenus. Les indicateurs retenus pour ces populations sont ci-dessous présentés.

INDICATEUR C/LPE Indic 3: *Dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque.*

Les données disponibles pour cet indicateur sont celles des travailleuses du Sexe (TS). Sur 1080 TS dépistées en 2005 lors d'une campagne de dépistage 105 ont été testés séropositifs au VIH soit 9,7%.

INDICATEUR C/LPE Indic 4: *Programmes de prévention destinés aux populations les plus à risque*

Cet indicateur mesure la proportion de populations à risque ayant eu accès à des programmes de prévention en 2004 soit 79,58% des orpailleurs, 68,99% des routiers, 84,15% des militaires et 42,06% des TS en 2005.

INDICATEUR C/LPE Indic 5 : *Connaissances en matière de prévention du VIH chez les populations les plus à risque Orpailleurs:*

Cet indicateur mesure les connaissances en matière de prévention du SIDA des différentes populations à risque. On constate que 47,9% des orpailleurs, 41,5% des routiers 56% des militaires et 85% des TS ayant été touchés par les programmes ont une bonne connaissance sur la transmission du SIDA.

INDICATEUR C/LPE Indic 6 : *Utilisation du préservatif par les professionnelles du sexe*

Une proportion de 95,85% des Travailleuses du sexe ont utilisé un préservatif avec leur dernier client.

INDICATEUR C/LPE Indic 7 : *Utilisation du préservatif par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes*

Cet indicateur n'est pas applicable au Burkina Faso.

INDICATEUR C/LPE Indic 8 : *Pratiques d'injection et de comportements sexuels sans risque parmi les consommateurs de drogues injectables*

La consommation de drogue injectable ne constitue pas à l'heure actuelle une voie majeure de transmission du VIH au Burkina Faso, la principale voie de transmission étant la voie sexuelle.

INDICATEUR C/LPE Indic 9 : *Réduction de la prévalence du VIH parmi les populations les plus à risque.*

La prévalence du VIH parmi les populations les plus à risque est de 20,8% en 2003 pour les travailleuses du sexe (TS) et 0,1% pour les militaires nouvellement recrutés en 2003. Chez les TS, la prévalence était supérieur à 57% en 1994 selon une enquête réalisée en 1994 dans les sites sentinelles de Ouagadougou et Bobo Dioulasso. Une autre étude réalisée en 1998 a montré que les TS qui sont sur les tabourets étaient plus infectées par le VIH que celles qui racolaient (56% contre 29%). Il y a régression considérable de la prévalence dans cette population.

Il n'y a pas de données de prévalence disponibles pour les anciens militaires.

IV. PRINCIPAUX OBSTACLES RENCONTRES ET ACTIONS NECESSAIRES POUR ATTEINDRE LES BUTS ET OBJECTIFS

Une évaluation à mi parcours du CSLS 2001-2005 a été réalisée en 2004. Elle a permis d'identifier un certain nombre d'obstacles.

4.1. PRINCIPAUX OBSTACLES

Les principaux obstacles rencontrés par axe stratégique se présentent comme suit :

4.1.1. Renforcement des mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH

- l'absence d'une stratégie nationale de communication harmonisée en matière d'IEC/CCC et de diffusion des messages auprès des groupes cibles spécifiques ;
- l'insuffisance dans la mise en œuvre des programmes spécifiques en direction des groupes spécifiques;

4.1.2. Renforcement de la surveillance de l'épidémie

- la sous notification des cas liés entre autres à la sous utilisation des structures de soins par les populations
- l'insuffisance d'études pour le suivi de l'épidémie dans les groupes spécifiques.

4.1.3. Amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées

- la faible décentralisation de la prise en charge médicale y compris par les ARV ;
- l'insuffisance des capacités technique des structures communautaires impliquées dans la prise en charge.

4.1.4. Elargissement de la réponse et promotion du partenariat national et international et de la coordination multisectorielle

- la faible capacité de fonctionnement des structures de coordination
- la multiplicité des procédures de gestion des ressources due à la diversité des intervenants et au caractère vertical des projets/programmes ;
- la faiblesse du système de collecte de données.

4.2. SOLUTIONS ENVISAGEES

Les actions à envisagées pour les surmonter ont été retenues comme actions prioritaires dans le nouveau CSLS 2006-2010 adopté en juillet 2005 par le gouvernement du Burkina Faso. On retiendra :

- La définition d'une stratégie de communication ;
- La promotion des actions ciblées au profit des groupes vulnérables ;
- L'amélioration du système de collecte et de gestion des données par la notification systématique des cas de SIDA et d'IST ;
- La réalisation d'études épidémiologiques, comportementales, sectorielles et d'impact ;

- Le renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées ;
- Le renforcement de l'implication du monde communautaire dans le continuum de soins aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA ;
 - Le renforcement de la capacité organisationnelle et institutionnelle des structures impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
 - L'organisation du système national de suivi-évaluation des interventions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

V. APPUI NECESSAIRE DES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

Pour faciliter la coordination des interventions des partenaires, il importe qu'il y ait :

- une adhésion des partenaires aux priorités nationales,
- un soutien au suivi évaluation à travers un financement conséquent et un appui à l'application du « three one »,

Malgré l'importance des ressources financières déjà investies, il apparaît nécessaire que des fonds conséquents soient mobilisés pour mettre en œuvre les actions prioritaires définies.

Le soutien des PTF au Gouvernement en vue de faciliter la mobilisation et la gestion des ressources nécessaires pour la riposte nationale est également d'une grande importance.

VI. CADRE DE SUIVI -EVALUATION

Le cadre de suivi évaluation est piloté par le Département chargé de la planification et du suivi évaluation (DPSE) du SP/CNLS-IST. Le Département comprend des services spécialisés et une cellule de gestion des bases de données. Il assume la responsabilité principale dans les domaines de la planification, de l'orientation et de la coordination de la recherche. C'est le dépôt central de toute information en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Le DPSE et les autres départements du SP/CNLS, sont chargés du développement et de la gestion du système national de suivi-évaluation, en collaboration avec les structures décentralisées de coordination du CNLS-IST, le Groupe Technique de Suivi-Evaluation (GTSE) et les autres acteurs clés. A ce titre le DPSE assure la coordination de la mise en œuvre des mécanismes de revue de la réponse nationale à travers entre autre, la rédaction des rapports trimestriels, semestriels et annuels du PNM et du rapport biennale UNGASS, la préparation des sessions annuelles du CNLS-IST et les évaluations périodiques du CSLS impliquant l'ensemble des acteurs de la réponse nationale.

Pour permettre au Département d'opérationnaliser le système de suivi évaluation, un manuel de suivi/évaluation a été élaboré avec la participation de tous les secteurs d'intervention (y compris la société civile) et adopté en novembre 2004. Il constitue le document d'opérationnalisation du système national de suivi-évaluation de la mise

en œuvre du Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CSLS). Le manuel de suivi-évaluation est un référentiel national pour le suivi-évaluation de la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST adressé à tous les intervenants dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Il est destiné à donner les orientations relatives à la planification, la collecte, l'analyse et l'utilisation de l'information dans un souci d'harmonisation et selon un cadre commun de suivi-évaluation.

Le manuel de suivi-évaluation présente un ensemble d'indicateurs de processus et d'impact en conformité avec le CSLS et les orientations de l'UNGASS et des OMD. Il présente également les organisations impliquées dans la mise en œuvre des activités sectorielles et décrit leurs rôles et responsabilités aux différents niveaux du suivi évaluation ainsi que les mécanismes de suivi et de collecte des données et les stratégies d'analyse/diffusion de l'information. Une base de données est en cours d'élaboration en vue de faciliter le traitement et la capitalisation des données

Le manuel accorde également une place importante à la recherche-action, au renforcement des capacités et d'apprentissage continu des structures impliquées. Il complète le protocole relatif à la Surveillance de deuxième Génération du VIH/SIDA au Burkina Faso et le dispositif proposé permet le suivi de la Déclaration d'Engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA signée par le Gouvernement du Burkina Faso.

L'utilisation du manuel s'accompagne d'un guide de formation en planification, suivi-évaluation, d'un manuel opérationnel de mise en œuvre du processus de décentralisation et d'un document décrivant les outils sectoriels de suivi-évaluation.

Des efforts restent encore à faire dans le suivi évaluation en ce qui concerne :

- La nécessité de renforcer la décentralisation du suivi et de l'évaluation dans les structures de mise en œuvre ;
- La mise en place d'un système rationnel et performant de collecte de données à l'échelle nationale
- le renforcement des capacités des acteurs chargés du suivi évaluation ;
- la coordination des études et recherches à mener dans le domaine du VIH/SIDA sur des thèmes prioritaires ;

En vue d'améliorer le système de suivi-évaluation, un appui est nécessaire pour :

- renforcer les compétences des acteurs chargés du suivi évaluation au niveau central ;
- des échanges d'expérience avec d'autres pays;
- l'assistance technique.