

PRÉSIDENTENCE DU FASO

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

SECRETARIAT PERMANENT



**REVUE À MI-PARCOURS DU CADRE STRATEGIQUE DE
LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST 2006-2010**

Novembre-décembre 2008

SOMMAIRE

SIGLES ET ABRÉVIATIONS	4
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	6
RESUME EXECUTIF	7
INTRODUCTION	10
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA REVUE	10
II. OBJECTIFS DE LA REVUE	10
III. DEROULEMENT DE LA REVUE	11
IV. CONTRAINTES ET LIMITES DE LA REVUE	11
CHAPITRE 1 : CONTEXTE HISTORIQUE DE L'ELABORATION DU CSLS	12
I. Présentation du Burkina Faso	12
II. Contexte institutionnel, politique	13
III. Processus d'élaboration du CSLS 2006-2010	15
CHAPITRE 2 : REVUE DU CSLS 2006-2010	18
I. PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE	18
II. REVUE PAR AXES STRATEGIQUES	24
AXE STRATEGIQUE 1 : PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA ET DES IST, ET PROMOTION DE DEPISTAGE VOLONTAIRE	24
1. Objectifs et domaines d'actions prioritaires	24
2. Ressources financières	25
3. les intervenants	25
4. analyse des résultats par domaine d'action stratégique	25
5. Leçons apprises et perspectives	32
AXE STRATEGIQUE 2 : ACCES AUX SOINS ET PRISE EN CHARGE MEDICALE ET COMMUNAUTAIRE	33
1. Objectifs et domaines d'actions prioritaires	33
2. Ressources financières	33
3. Les intervenants	33
4. Analyse des résultats par domaine d'action stratégique	34

5. Leçons apprises et perspectives-----	38
AXE STRATEGIQUE 3 : PROTECTION ET SOUTIEN AUX PVVIH ET AUTRES GROUPES SPECIFIQUES--	40
1. Objectifs et domaines d'actions prioritaires -----	40
2. Ressources financières-----	40
3. Les intervenants -----	40
4. Analyse des résultats par domaine d'action stratégique-----	41
5. Leçons apprises et perspectives-----	43
AXE STRATEGIQUE 4 : PARTENARIAT, COORDINATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES ---	44
1. Objectifs et domaines d'actions prioritaires -----	44
2. Ressources financières-----	44
3. Les intervenants -----	44
4. Analyse des résultats par domaine d'action stratégique-----	44
5. Leçons apprises et perspectives-----	47
AXE STRATEGIQUE 5: SURVEILLANCE DE L'EPIDEMIE, SUIVI-EVALUATION ET RECHERCHE ----	48
1. Objectifs et domaines d'actions prioritaires -----	48
2. Ressources financières-----	48
3. Les intervenants -----	48
4. analyse des résultats par domaine d'action stratégique-----	49
5. Leçons apprises et perspectives-----	53
III. PROCESSUS DE PLANIFICATION-----	54
IV. ANALYSE DU CADRE INSTITUTIONNEL -----	55
V. MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES -----	57
1. Introduction-----	57
2. Mobilisation et exécution du budget du CSLS de 2006 à Juin 2008 -----	57
3. Procédures de gestion -----	59
4. Procédures de contrôle -----	60
CHAPITRE 3 : CONCLUSIONS-----	61
ANNEXES-----	62

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AELB	: Accident d'exposition aux liquides biologiques
AES	: Accident d'exposition au sang
AGR	: Activités génératrices de revenus
AIFAM	: Association internationale de formation et d'assistance en management
ARV	: Anti-rétroviraux
<hr/>	
BAD	: Banque africaine de développement
BM	: Banque mondiale
<hr/>	
CAMEG	: Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques
CCC	: Communication pour le changement de comportement
CCDV	: Centre de conseil dépistage volontaire
CCLS	: Comité communal de lutte contre le VIH/SIDA et les IST
CCRLS	: Comité de commune rurale de lutte contre le VIH/SIDA et les IST
CDLS	: Comité départemental de lutte contre le VIH/SIDA et les IST
CDMT	: Cadre des dépenses à moyen terme
CDV	: Conseil-dépistage volontaire
CELS	: Comité d'entreprises de lutte contre le VIH/SIDA et les IST
CES	: Conseil économique et social
CFA	: Communauté financière africaine
CFAA	: Country financial accountability assesment
CHR	: Centre hospitalier régional
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CID	: Circuit informatisé de la dépense
CILS	: Comité d'institution de lutte contre le VIH/SIDA et les IST
CM	: Centre médical
CMA	: Centre médical avec antenne chirurgicale
CMLS	: Comité ministériel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST
CNLPE	: Comité national de lutte contre la pratique de l'excision
CNLS-IST	: Conseil national de lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles
CNTS	: Centre national de transfusion sanguine
CPLS	: Comité provincial de lutte contre le VIH/SIDA et les IST
CRLS	: Conseil régional de lutte contre le VIH/SIDA et les IST
CSC	: Conseil supérieur de la communication
CSCLS	: Comité des secteurs de commune de lutte contre le VIH/SIDA et les IST
CSLP	: Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CSLS	: Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA
CSPS	: Centre de santé et de promotion sociale
CTA	: Centre de traitement ambulatoire
CVLS	: Comité villageois de lutte contre le VIH/SIDA et les IST
<hr/>	
DAF	: Département chargé de l'administration et des finances
DBC	: Distribution à base communautaire
DCCRO	: Département chargé des communautés coutumières et religieuses, ONG et OBC
DCRP	: Département chargé de la communication et des relations publiques
DED-FSMOS	: Département chargé de l'étude des dossiers soumis au fonds de solidarité envers les malades et orphelins du SIDA
DEP	: Direction des études et de la planification
DET	: Département chargé des entités territoriales
DGIEM	: Direction générale des infrastructures, des équipements et de la maintenance
DGI	: Direction générale des impôts
DGPML	: Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires
DHD	: Développement humain durable
DME	: Département chargé des ministères autres que ceux de la santé, de l'Action sociale et des entreprises
DN	: Direction de la nutrition
DNA	: Direction nationale de l'activité
DS	: District sanitaire
DSF	: Direction de la santé de la famille
DSS	: Département chargé du secteur santé
<hr/>	
EDS	: Enquête démographique et de santé
ESTHER	: Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau
<hr/>	
FSMOS	: Fonds de solidarité envers les malades et orphelins du SIDA
FMI	: Fonds monétaire international
<hr/>	
GDT	: Guide de diagnostic et de traitement
GTE	: Groupe thématique élargi
GTO	: Groupe thématique ONUSIDA

GTT	: Groupe technique de travail
IDH	: Indice de développement humain
IEC	: Information - éducation - communication
INSD	: Institut national de la statistique et de la démographie
IO	: Infection opportuniste
IP	: Indicateur de prévention
ISF	: Indice synthétique de fécondité
IST	: Infection sexuellement transmissible
MAP	: Multi-country HIV/AIDS Program for AFRICA
MASSN	: Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale
MEDEV	: Ministère de l'économie et du développement
MJ	: Ministère de la justice
MPDH	: Ministère de la promotion des droits humains
MS	: Ministère de la santé
MSF	: Médecin sans frontière
MST	: Maladies sexuellement transmissibles
NEPAD	: Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
NTIC	: Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OBC	: Organisation à base communautaire
OEV	: Orphelin et enfant vulnérable
OMD	: Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	: Organisation mondiale de la santé
OMS/OPEP	: Organisation mondiale de la santé/ Organisation des pays exportateurs de pétrole
ONG	: Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	: Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA
OPALS	: Organisation panafricaine pour la lutte contre le SIDA
PADS	: Programme d'appui au développement sanitaire
PCIM/VIH	: Prise en charge intégrée de la maladie dans le contexte du VIH/SIDA
PEC	: Prise en charge
PIB	: Produit intérieur brut
PIP	: Programme d'investissement public
PMA	: Paquet minimum d'activités
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNLS	: Programme national de lutte contre le SIDA
PNM	: Plan national multisectoriel
PNUD	: Programme des Nations unies pour le développement
PPTE	: Pays pauvres très endettés
Projet VIRUS	: Analyse nationale de situation du VIH et des IST en milieu rural et urbain dans les secteurs de l'éducation et de la santé
PROMACO	: Programme de marketing social et de communication pour la santé
PSN	: Politique sanitaire nationale
PTF	: Partenaires techniques et financiers
PTME	: Prévention de la transmission du VIH mère-enfant
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH/SIDA
RGPH	: Recensement général de la population et de l'habitat
RSF	: Rapport de suivi financier
SE	: Suivi et évaluation
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
SIDALAC	: Initiative sur le SIDA pour l'Amérique Latine et les Caraïbes
SNIS	: Système national d'information sanitaire
SP/CNLS-IST	: Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST
SR	: Santé de la reproduction
TAP	: Programme de traitement accéléré
TS	: Travailleur(se)s de sexe
UC-PSE	: Unité centrale de la planification et du suivi-évaluation
UEMOA	: Union économique et monétaire ouest-africaine
UGF	: Unité de gestion financière
UNGASS	: Session spéciale de l'assemblée générale des Nations unies
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	: Mobilisation et exécution des cinq axes stratégiques	9
Tableau 2	Situation de quelques indicateurs de santé	12
Tableau 3	: Bilan des cas d'AESLB notifiés entre 2006 et le 1er semestre 2008	27
Tableau 4	: Récapitulatif des indicateurs de la PTME	28
Tableau 5	: État des progrès dans le dispositif organisationnel de la lutte contre le SIDA	45
Tableau 6	: État des progrès dans le dispositif de coordination communautaire de la lutte contre le SIDA	46

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1	: Prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15-49 ans au niveau des sites sentinelles de sérosurveillance en 2007 au BF	19
Graphique 2	: Évolution de la prévalence du VIH dans la tranche d'âge 15-24 ans entre 2003 et 2007	19
Graphique 3	: Évolution de la proportion des types de VIH dans les sites sentinelles de 1997 à 2006 au Burkina Faso.	20
Graphique 4	: Évolution des IST au Burkina Faso depuis 1990	21
Graphique 5	: Évolution de la prévalence moyenne de la syphilis	21
Graphique 6	: Couverture des CDV	31
Graphique 7	: Évolution des patients sous ARV	36
Graphique 8	: Évolution de la prise en charge psychosociale, économique et spirituelle	41
Graphique 9	: Évolution de la prise en charge des OEV	42
Graphique 10	: Mobilisation et exécution du Budget du CSLS 2006-Juin 2008	58

RESUME EXECUTIF

Suite à la mise en œuvre du CSLS 2001-2005, le CSLS 2006-2010 adopté en Juillet 2005 par le Gouvernement a été élaboré à travers un processus participatif qui a vu l'implication de tous les secteurs et acteurs de mise en œuvre. Les orientations pour la réponse nationale au VIH/SIDA et aux IST ont été définies à travers cinq axes stratégiques qui sont : 1) le renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST, et promotion du conseil dépistage volontaire, 2) le renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH, 3) le renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques, 4) le renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources et 5) le renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi-évaluation et promotion de la recherche

Le principe d'une revue à mi-parcours de ce Cadre stratégique 2006-2010 a été adopté depuis son élaboration, afin d'examiner la pertinence des orientations définies, l'efficacité et l'efficience des interventions en vue d'atteindre les objectifs et les résultats escomptés pour la période 2006-2010.

L'objectif général de la présente revue est donc d'évaluer à mi-parcours le niveau des performances enregistrées dans la mise en œuvre du CSLS 2006-2010, de relever les insuffisances, de tirer les leçons en vue de réajuster si nécessaire les stratégies pour l'atteinte des objectifs définis d'ici 2010. La revue s'est déroulée sur la période de novembre à décembre 2008 et a impliqué l'ensemble des acteurs sectoriels à travers des ateliers de réflexion. Ce dispositif a été complété par l'implication d'un consultant international et d'un consultant national.

Les principaux constats de la revue sont :

Le profil épidémiologique : Quel que soit le milieu de résidence (urbain ou rural) ou le groupe d'âge (15 – 49 ans ou 15-24 ans), on observe une tendance à la baisse de la prévalence du VIH. Le passage à la notification syndromique des cas d'IST depuis 2003, a permis d'augmenter de manière significative le nombre de cas déclarés. Des évolutions sont constatées au niveau comportemental. Ainsi, selon les données de l'EDS 2003, le recours au préservatif pendant les rapports sexuels avec un partenaire occasionnel a considérablement augmenté chez les femmes passant de 39% à 53% entre 1998 et 2003 (Le point sur l'épidémie de Sida 2007, Résumé par région, ONUSIDA 2007).

La mise en œuvre de l'axe stratégique 1 : *le renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST, et promotion du conseil dépistage volontaire.* Dans la perspective de réduire d'au moins 25% le pourcentage de nouvelles infections à VIH et des IST dans les groupes cibles prioritaires, de réduire l'incidence des IST de 10% par an et de porter à 80% l'accès au CDV de la population d'ici 2010, de nombreux efforts ont été déployés afin de sensibiliser environ 7 700 000 personnes en 2007, de porter l'effectif de mères ayant reçu un traitement prophylactique complet aux ARV de 476 (2005) à 1.408 (2007). Cette tendance explique la réduction progressive de la prévalence du VIH des enfants nés de mères séropositives de 10,14% en 2005 à 4,4% au cours du 1^{er} semestre de 2008. On note enfin l'amélioration progressive de l'offre de dépistage avec l'augmentation du nombre de CDV de 93 en 2005 à 127 en 2007.

Les défis majeurs au cours de la période restante de mise en œuvre du CSLS sont entre autres la mise en œuvre effective de la stratégie nationale de communication pour le changement de comportements, l'amélioration de la disponibilité des réactifs et consommables et le renforcement de l'intégration du dépistage dans les services qui offrent la CPN.

La mise en œuvre de l'axe stratégique 2 : *le renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH.* La décentralisation des traitements, la formation du personnel et les efforts d'équipement des formations sanitaires de même que la réduction des coûts des ARV, ont permis d'élargir l'accès au traitement. Ainsi, le nombre de patients sous ARV a été multiplié par 13 en 5 ans (1.514 en 2003 contre 19.524 en fin septembre 2008). Ce chiffre représente 40,5% des PVVIH ayant besoin d'ARV selon la projection du logiciel Spectrum. On note cependant que la question de l'appui nutritionnel dans le contexte du VIH souffre de l'absence d'une stratégie clairement définie prenant en compte l'approvisionnement en intrants, la gestion logistique et l'accompagnement social et médical dans les cas qui le nécessiteraient. Des efforts restent également à développer dans la maîtrise des cibles réelles des PVVIH devant bénéficier de la prise en charge médicale, ce qui devrait également permettre une meilleure estimation des besoins en ARV et en traitement des IO.

La mise en œuvre de l'axe stratégique 3 : *le renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques.* En vue de pallier à la détérioration de la situation sociale, financière et économique des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées, la prise en charge psychosociale, économique et spirituelle a touché 22.617 personnes infectées en 2005 et 33.627 en mi-2008. Faute de référentielle de base, cette augmentation reste difficile à apprécier selon les besoins nationaux. Par ailleurs, on note l'insuffisance d'harmonisation des approches dans la prise en charge sociale, économique et spirituelle et une faible coordination des interventions de soutien en faveur des personnes infectées et affectées au niveau décentralisé.

Mise en œuvre de l'axe stratégique 4 : *le renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources.* De nombreux acteurs impliqués dans le dispositif institutionnels ont bénéficié des appuis divers aussi bien au niveau organisationnels qu'institutionnels. Au niveau communautaire, la dynamique va croissante d'une année à l'autre avec la création de nouvelles structures. On peut citer la mise en place de l'Union des religieux et coutumiers burkinabé contre le sida (URCB) et la Coalition des réseaux et associations de lutte contre le sida (CORAB). Le plaidoyer pour l'implication des partenaires techniques et financiers pour l'appui à la mise en œuvre du CSLS a porté ses fruits et il convient de maintenir le cap en vue de pérenniser les acquis et satisfaire aux nombreux besoins qui restent non couverts. Les autres défis résident dans mise en place des antennes régionales du SP/CNLS-IST pour appuyer techniquement les CRLS et les CPLS, maintenir l'appui du budget de l'état pour le financement des activités des CMLS.

Mise en œuvre de l'axe stratégique 5 : *le renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi-évaluation et promotion de la recherche.* La Surveillance épidémiologique et la recherche ont connu des avancées significatives bâties sur la fonctionnalité du système de suivi-évaluation à travers ses composantes que sont : (i) le suivi-évaluation des activités des programmes, (ii) la surveillance des connaissances, comportements sexuels et attitudes face à l'épidémie, (iii) la surveillance de l'épidémie du VIH/SIDA et des IST, (iv) le suivi financier des dépenses liées à la mise en œuvre des interventions et des activités de coordination, suivi et évaluation ainsi que (v) la réalisation des études et de diverses recherches sur le VIH/SIDA et les IST. L'existence des documents normatifs de suivi-évaluation, d'un mécanisme et des outils de collecte sont autant d'atouts pour une meilleure fonctionnalité du système. Néanmoins, l'insuffisance de la coordination des multiples systèmes de suivi-évaluation constitue un frein à l'atteinte du 3^{ème} principe des « Three Ones » à savoir l'existence d'un système unique de suivi-évaluation.

Mobilisation et exécution du budget du CSLS de 2006 à juin 2008

D'une manière générale, la mobilisation des ressources sur la période 2006 à juin 2008 est satisfaisante car sur un budget global de 66,5 milliards de FCFA, le pays a pu mobiliser 60,9 milliards de FCFA, soit un taux de mobilisation de 91,6%. L'analyse par axe stratégique montre que les axes 2, 4 et 5 ont été les plus financés avec des taux de mobilisation respectifs de 143,66%, 185,57% et 174,22% alors que ce taux pour les axes 1 et 3 est d'environ 56%.

Au niveau de l'absorption des ressources mobilisées, on remarque que 76,1% de ces dernières ont été dépensées.

Une analyse combinée des résultats programmatiques par rapport aux prévisions et le taux de mobilisation globale de plus de 90% montre une faible interrelation entre eux. En effet, il apparaît au niveau de certains axes que les fonds mobilisés et utilisés sont plus importants que les prévisions. Cette situation laisse présager une sous-estimation du budget du CSLS dans certains axes. De ce fait, il est recommandé de procéder à une re-estimation du budget du CSLS corrélée à une analyse des carences programmatiques. Cette réévaluation pourrait aller à un horizon de cinq ans afin de tenir compte de l'opportunité de mobilisation des ressources financières auprès du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.

Tableau n°1 : Mobilisation et exécution des cinq axes stratégiques

	MOBILISATION			EXECUTION		
	Prévision PNM 2006-juin 2008	Budget mobilisé	Taux de mobilisation	Ressources dépensées	Taux d'absorption	Taux d'exécution
Axe stratégique 1	30.371,41	17.080,10	56,24%	12.093,47	70,80%	39,82%
Axe stratégique 2	10.011,23	14.382,54	143,66%	10.925,67	75,96%	109,13%
Axe stratégique 3	14.353,16	8.127,42	56,62%	6.743,95	82,98%	46,99%
Axe stratégique 4	7.424,59	13.777,61	185,57%	10.809,77	78,46%	145,59%
Axe stratégique 5	4.311,79	7.512,16	174,22%	5.787,95	77,05%	134,24%
Total général	66.472,18	60.879,83	91,59%	46.360,81	76,15%	69,74%

Aussi, pour parer à la diversité et à la multiplicité des procédures de gestion, il a été proposé la mise en place d'un mécanisme de gestion harmonisée des ressources selon l'approche du panier commun. Engagées depuis début 2006, les discussions sur le panier commun se sont poursuivies durant les années 2007 et 2008 avec des résultats de plus en plus satisfaisants. En effet, le nombre de partenaires qui adhèrent au processus est croissant et des engagements sont en cours de finalisation à travers la signature de conventions de financement.

Les orientations pour les actions futures : A mi parcours, l'ensemble des axes connaissent un bon niveau de réalisation des objectifs. L'atteinte effective des objectifs à l'horizon 2010 nécessite cependant que la prochaine phase de mise en œuvre du CSLS mette l'accent sur un recentrage des besoins prioritaires. Dans cette perspective, une priorité devra être accordée à deux niveaux : la fonctionnalité du niveau régional (CRLS, antennes du SP/CNLS) de sorte à asseoir un relais efficace dans la mise en œuvre et la fonctionnalité du suivi et de l'évaluation.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA REVUE

L'élaboration du CSLS 2006-2010 s'est faite à travers un processus participatif qui a vu l'implication de tous les secteurs et acteurs de mise en œuvre. Il a été adopté en Juillet 2005 par le Gouvernement et définit les orientations pour la réponse nationale au VIH/SIDA et aux IST à travers cinq axes stratégiques.

Le principe de la réalisation de la revue à mi-parcours du Cadre stratégique 2006-2010 a été adopté depuis son élaboration, afin d'examiner la pertinence des orientations définies, l'efficacité et l'efficience des interventions en vue d'atteindre les objectifs et les résultats escomptés pour la période 2006-2010.

Au terme de cette première phase de mise en œuvre du CSLS, la présente revue à mi-parcours a pour objectif d'identifier les éventuels goulots d'étranglement dans la mise en œuvre du CSLS et dans l'atteinte des objectifs finaux. Plus qu'une évaluation des effets, il s'est agi plus de repérer les facteurs susceptibles d'entraver ou de faciliter l'atteinte des objectifs et de faire des recommandations pour la deuxième étape de la mise en œuvre

II. OBJECTIFS DE LA REVUE

L'objectif général de la revue est d'évaluer à mi-parcours le niveau des performances enregistrées dans la mise en œuvre du CSLS 2006-2010, de relever les insuffisances, de tirer les leçons en vue de réajuster si nécessaire les stratégies pour l'atteinte des objectifs définis d'ici 2010.

De façon spécifique il s'agit:

- d'analyser les forces, les faiblesses et les opportunités de la période écoulée, par axe et par secteur à la lumière des objectifs initiaux et du contexte national et international actuel ;
- d'analyser le cadrage budgétaire et le niveau de mobilisation des ressources à mi-parcours ;
- d'apprécier le taux d'exécution budgétaire ainsi que le rapport coût-efficacité pour 2006-2007 selon les indicateurs clés du CSLS 2006-2010 ;
- d'identifier les difficultés de fonctionnement liées au dispositif de coordination sur les plans global (national), sectoriel et décentralisé ;
- d'analyser le niveau d'opérationnalisation et les performances (forces et faiblesses) du système national de suivi évaluation ;
- de formuler des recommandations pertinentes pour la période 2009-2010 ;
- d'actualiser le Plan d'opérationnalisation du CSLS.

III.DEROULEMENT DE LA REVUE

Le processus de la revue a démarré par la mise en place d'une équipe de travail qui a proposé une méthodologie, les outils de travail, le chronogramme, le plan de rédaction et les Termes de références (TDR) des ateliers sectoriels. Ces ateliers de réflexion avec les acteurs sectoriels ont été organisés à travers un processus participatif, basé sur une revue documentaire. Par la suite, l'équipe technique a organisé une retraite en vue d'élaborer les rapports de revue sectoriels. Ce processus a été complété par le recrutement d'un consultant international (Audace NIYONGERE, spécialiste en planification et suivi-évaluation) et d'un consultant national (Dr Abel BICABA, spécialiste en santé publique) en vue d'appuyer le processus de la revue.

IV.CONTRAINTES ET LIMITES DE LA REVUE

La conduite de ce processus de revue a été confrontée a deux principales contraintes : le temps relativement court imparti à cet exercice et la faible disponibilité des acteurs clés en raison de leur implication dans la préparation de la session du CNLS, la préparation du PNM 2009 et les activités sectorielles de fin d'année, la participation à l'ICASA Dakar, etc. ;
La principale limite réside dans la nature de l'exercice qui se fonde sur la revue documentaire et l'exploitation de données secondaires dont la validité et la complétude ne sont pas toujours établies.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE HISTORIQUE DE L'ELABORATION DU CSLS

I. Présentation du Burkina Faso

Le Burkina Faso est situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, avec une superficie de 274.000 km². Il partage les mêmes frontières avec six autres pays (Bénin, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali, Niger et Togo), et constitue un important pays de transit (routier) de par sa position géographique.

Les résultats du Recensement général de la population et de l'habitat en 2006 (RGPH 2006) indiquent que la population du Burkina Faso est de 14 017 262 habitants avec un taux de croissance de 3,1%. Une des principales caractéristiques est la supériorité numérique des femmes. En effet, elles représentent 51,7% de la population globale contre 48,3% d'hommes. La grande majorité de cette population, 10.963.875 habitants, soit 79,7% réside en milieu rural.

Selon le programme d'actions prioritaires de mise en œuvre du CSLP 2008-2010¹, l'incidence de la pauvreté présente une tendance à la réduction passant de 46,4% en 2003 à 42,6% en 2007 et devrait être réduit e à 38,6% à l'horizon 2010

Sur le plan politique, le pays est dans un processus de décentralisation qui est entrée dans une phase de communalisation intégrale. La subdivision administrative donne par ordre successive : la région, la province, la commune (rurale ou urbaine), arrondissement de commune et le village. A côté de la décentralisation, certains services étatiques sont entrain de se déconcentrer pour accompagner les efforts entrepris afin de mieux rapprocher les structures opérationnelles des centres de décision politique ainsi que de la population.

Tableau 2 : Situation de quelques indicateurs de santé

Indicateurs	Valeurs	Sources	Dates
Taux de morbidité générale	10,9% (2005) et 8,4% (2007)	EA/QUIBB	2005 et 2007
Mortalité générale chez les femmes (15-49 ans pour la période 1997/2003)	4,53‰	EDS	2003
Taux de morbidité chez les femmes	8,8%	EA/QUIBB	2007
Mortalité générale chez les hommes (15-49 ans pour la période 1997/2003)	5,38‰	EDS	2003
Taux de morbidité chez les hommes	7,9%	EA/QUIBB	2007
% de mères de 13-49 ans qui ont une naissance vivante au cours de l'année précédant l'enquête et qui ont reçu des soins prénatals	76,8%	EA/QUIBB	2005
Naissances des 5 dernières années de mère ayant accouché dans un établissement sanitaire (hôpital/maternité)	54,9% (2005) et 56,9% (2007)	EA/QUIBB	2005
Mortalité infanto juvénile 1999/2003	184‰	EDS	2003
Taux de mortalité maternelle (période 1994-1998)	484 pour 100 000	EDS	1998/99

¹ Programme d'actions prioritaires du CSLS perspectives 2008-2010, MEF, mai 2008

II. Contexte institutionnel, politique

En réponse à la problématique de développement au Burkina Faso, le Gouvernement burkinabé a élaboré un Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) révisé en 2003 et adopté en 2004 dont l'ambition principale est de promouvoir la sécurité humaine. La santé et la lutte contre le VIH/SIDA font partie des domaines prioritaires de cette stratégie nationale. Par ailleurs pour plus de synergie dans les actions, le Gouvernement a adopté en 2000 une Politique sanitaire nationale (PSN) et en 2001 un Plan national de développement sanitaire 2001-2010 (PNDS).

Dans la même dynamique un Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CSLS) a été adopté par les autorités en 2001 pour la période 2001-2005. L'évaluation à mi-parcours dudit Cadre a permis de capitaliser les acquis déjà enregistrés à l'époque, d'analyser les insuffisances et de formuler des recommandations. Tirant leçons des résultats enregistrés dans le cadre de cette expérience pour la période 2001-2005, le Gouvernement burkinabé, avec l'appui des partenaires techniques et financiers, a élaboré un deuxième cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST pour la période 2006-2010 avec un plan d'opérationnalisation couvrant la même période.

L'élaboration du CSLS 2006-2010 adopté en Juillet 2005 par le Gouvernement définit les orientations pour la réponse nationale au VIH/SIDA et aux IST à travers cinq axes stratégiques. Ces axes sont :

- **Axe 1** : renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST, et promotion du conseil dépistage volontaire.
- **Axe 2** : renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH.
- **Axe 3** : renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques.
- **Axe 4** : renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources.
- **Axe 5** : renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi-évaluation et promotion de la recherche.

Pour chaque axe stratégique il est défini un objectif général, des objectifs intermédiaires pour lesquels sont identifiés des domaines d'actions prioritaires au nombre de trente huit (38)

La mise en œuvre du CSLS s'appuie sur un dispositif institutionnel qui comprend trois niveaux que sont :

- un niveau de décision et d'orientation,
- un niveau de coordination central et décentralisé,
- un niveau d'exécution des interventions.

Le cadre organisationnel mis en place est basé sur une approche multisectorielle et décentralisée et est organisé selon cinq (5) secteurs de mise en œuvre :

- Le secteur des institutions et des ministères composé de trois (3) sous-secteurs :
 - Sous-secteur de la Santé
 - Sous-secteur de l'Action sociale
 - Sous-secteur des institutions et des ministères autres que ceux de la Santé et de l'Action sociale
- Le secteur communautaire
- Le secteur privé et des entreprises
- Le secteur des entités territoriales
- Le secteur de la coordination nationale

La mise en œuvre du CSLS est assurée à travers une planification opérationnelle annuelle des activités, basée sur les orientations définies dans les Plans Nationaux Multisectoriels (PNM) annuels. Elle a connu l'élaboration et la mise en œuvre de trois (3) Plans Nationaux Multisectoriels annuels (2006, 2007 et 2008). Les différents PNM sont adoptés lors des sessions annuelles du CNLS-IST et font également l'objet de bilans annuels qui sont approuvés lors desdites sessions. Les travaux des sessions permettent par ailleurs aux membres du CNLS-IST et aux partenaires techniques de formuler des suggestions et des recommandations pour une amélioration des interventions.

Les interventions des différents acteurs de la réponse au plan national doivent s'organiser en tenant compte des orientations fixées dans le Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH/Sida. Ainsi le Système des Nations Unies a décidé dans son Plan Cadre pour l'Aide au Développement 2006-2010 (UNDAF) d'accompagner le gouvernement dans la lutte contre le VIH/Sida à travers l'effet UNDAF 7 qui est : «D'ici 2010 la réponse nationale au VIH/Sida est renforcée et intensifiée ». Les effets programmes attendus sont:

- les capacités institutionnelles, le leadership de l'ensemble des acteurs et la décentralisation sont renforcés (CNLS, ONG, associations, secteur privé...) ;
- l'accessibilité et l'utilisation des services de prévention (IEC, jeunes, PTME, CDV, promotion des préservatifs masculins et féminins, sécurité transfusionnelle, PEC des IST...) sont accrues ;
- l'accessibilité et la qualité de la prise en charge globale (soins, traitements, PEC psychosociale, protection sociale, et juridique des personnes infectées et affectées et des OEV) sont renforcées ;
- le partenariat (gouvernement, secteur privé, société civile, SNU), la coordination et le plaidoyer pour la mobilisation des ressources sont renforcés ;
- le suivi évaluation de la réponse, la surveillance épidémiologique et la gestion de l'information sont accrus.

Ainsi, les différentes agences, en fonction de leur domaine d'appui en lien avec la « Division du Travail » et pour une meilleure cohérence de l'appui du SNU à la réponse nationale, se sont organisées pour définir dans le cadre de leurs programmes pays respectifs la nature de leur soutien au gouvernement. Le PNUD a par exemple porté son appui sur les deux produits suivants dans le cadre du CPAP 2006 -2010 :

- renforcer les capacités institutionnelles des structures gouvernementales impliquées dans la lutte contre le VIH/Sida, notamment le Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST;
- renforcer les capacités institutionnelles techniques, et financières des organisations de la société civile.

Au cours de la mise en œuvre des interventions, des défis nouveaux se sont présentés, suscitant ainsi de nouvelles stratégies. Le besoin s'est alors manifesté de procéder à des analyses et ajustements pour adapter les interventions à l'évolution du contexte. On pourrait citer entre autres :

- la tendance à la stabilisation du taux de prévalence du VIH qui nécessite de renforcer dans le futur les stratégies d'intervention notamment en ciblant les populations les plus vulnérables et les plus exposées au risque d'infection à VIH;
- les données de rapports d'études qui mettent pour la plupart en exergue une tendance à la « féminisation » de l'épidémie avec tout ce que cela pourrait comporter en terme de réajustement de nos stratégies pour une meilleure prise en compte des aspects de genre;
- les textes réglementaires validant l'organisation de la décentralisation de la coordination des interventions nécessitant ainsi de prendre davantage en compte cette dimension dans l'organisation de la lutte pour une réponse plus opérationnelle et plus efficace;
- une amélioration de l'accès au traitement avec la baisse significative du coût du traitement mensuel par les ARV de 5.000 à 1.500 FCFA qui permettra ainsi l'accessibilité des traitements à un plus grand nombre de personnes infectées ;
- le processus de mise en œuvre de la Déclaration de Paris pouvant influencer sur les mécanismes de financement des partenaires financiers engagés dans cette initiative. En effet, depuis environ deux ans, le SP/CNLS, avec quelques partenaires, s'est engagé dans le processus de mise en

place d'un Fonds Commun pour le financement des plans annuels avec tout ce que cela comporte comme défis.

- le renforcement du mécanisme de suivi/évaluation ;
- l'augmentation du portefeuille de programmes gérés au plan national dans le cadre de programmes financés par le Fonds Mondial ;
- les actions visant au renforcement de la structuration des acteurs communautaires pour une meilleure capitalisation et prise en compte de leur rôle dans l'organisation de la réponse ;
- une implication de plus en plus importante du secteur privé dans la réponse nationale.

Sur le plan financier, le coût prévisionnel initial du CSLS 2006-2010 avait été estimé à 160 milliards de FCFA sur la base du taux de prévalence de 4,2% estimé en 2004. Cependant, l'organisation en juillet 2006 de la table ronde des bailleurs de fonds sur le financement du CSLS a coïncidé avec l'adoption du nouveau taux de prévalence pour le Burkina de 2,3% qui a été appliqué pour une nouvelle budgétisation du Cadre stratégique. Ceci s'est traduit par une réduction du coût prévisionnel à environ 120 milliards de FCFA.

Le principe de la réalisation de la revue à mi-parcours du Cadre stratégique 2006-2010 a été adopté depuis son élaboration, afin d'examiner la pertinence des orientations définies, l'efficacité et l'efficience des interventions en vue d'atteindre les objectifs et les résultats escomptés pour la période 2006-2010. C'est à cet effet que la présente revue à mi-parcours est envisagée par le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires. Dans un souci de synergie, et d'efficience, elle prendrait également en compte l'évaluation de l'effet UNDAF que le SNU a prévu pour cette année 2008, étant donné que cet effet s'inscrit totalement dans les orientations nationales telles que mentionnées dans le CSLS et le CSLP. Cette démarche répond également à une des recommandations du plan d'opérationnalisation du CSLS.

La mise en œuvre des interventions depuis 2006 a certainement engendré des défis nouveaux qui suscitent de nouvelles stratégies à opérationnaliser. Cette étude d'évaluation s'appuie sur les fondements suivants :

- l'analyse des acquis et insuffisances enregistrés pour ce qui concerne la mise en œuvre des axes stratégiques définis et les interventions sectorielles ;
- l'appréciation du fonctionnement du dispositif de coordination sur les plans global (national) sectoriel et décentralisé ;
- l'appréciation de l'opérationnalisation du système national de suivi-évaluation ;
- l'analyse de la programmation financière du CSLS et du niveau de mobilisation et d'exécution des budgets (ressources) à mi-parcours.

III. Processus d'élaboration du CSLS 2006-2010

Le Gouvernement burkinabè a adopté le 27 octobre 2004, la version révisée du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) dont les objectifs quantitatifs majeurs 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 au moins 60 ans à l'horizon 2015. Dans le domaine spécifique de la santé, la politique sanitaire nationale adoptée par le Gouvernement se fixe pour objectif général d'améliorer l'état général de la population, avec la priorité à la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Le Plan national de développement sanitaire pour la période 2001-2010 défini comme cadre d'opérationnalisation de cette politique, s'articule autour de huit (08) objectifs intermédiaires : i) accroître la couverture sanitaire nationale, ii) améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé, iii) renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles, iv) réduire la transmission du VIH/SIDA, v) améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé, vi) développer les ressources humaines en santé, vii) accroître les

financements du secteur de la santé, viii) renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé.

Fondements et principes de la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA et les IST : la stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA et les IST s'appuie sur les fondements suivants :

- l'engagement politique au plus haut niveau et l'existence d'un cadre institutionnel fonctionnel ;
- l'adhésion à une approche multisectorielle et décentralisée de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- l'existence d'un cadre juridique national permettant la prise en compte des questions liées au VIH/SIDA et aux IST ;
- la souscription du Burkina Faso à l'objectif social de la santé pour tous ;
- l'existence d'une volonté politique de mettre en place un système de santé décentralisé selon l'approche de l'initiative de Bamako intégrant la problématique de la lutte contre le SIDA et les IST ;
- la souscription du Burkina Faso aux engagements internationaux notamment la déclaration des Nations unies sur le VIH/SIDA, la déclaration à Abuja des Chefs d'Etat africains, la déclaration de politique de l'ONUSIDA/l'OMS sur les tests VIH, etc.

Sept (07) principes directeurs guideront les actions au cours de la période 2006-2010 : i) le renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST et promotion du dépistage volontaire, ii) le renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge globale des personnes infectées et affectées, iii) l'élaboration et la mise en œuvre de programmes nationaux spécifiques aux groupes vulnérables, iv) le renforcement de l'approche multisectorielle et décentralisée de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST, v) le renforcement de la dimension genre dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST, vi) le renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources, vii) le renforcement de la bonne gouvernance.

Objectifs stratégiques : les objectifs stratégiques de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST sont :

- réduire la transmission du VIH/SIDA et des IST ;
- renforcer la prise en charge, la protection et le soutien aux personnes infectées et affectées ;
- renforcer le partenariat et la mobilisation des ressources ;
- renforcer la surveillance de l'épidémie ;
- accroître les capacités de coordination et de suivi-évaluation.

De manière spécifique, il s'agira au cours de la période 2006-2010 :

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

- de renforcer la mise en œuvre du dispositif de suivi-évaluation ;
- de promouvoir la recherche dans le domaine du VIH/SIDA et les IST.

Le cadre stratégique de lutte contre le Sida sur la période 2006-2010 a été traduit en Plan opérationnel dont une version actualisée a été élaborée en Juin 2007. Ce Plan indique, pour chaque axe stratégique et chaque secteur, les actions prioritaires ainsi que leurs coûts en précisant les financements disponibles.

I. PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Le Burkina Faso a officiellement déclaré ses dix (10) premiers cas de malades du SIDA en 1986. Dès lors plusieurs études ponctuelles ont été réalisées dans le but de surveiller l'épidémie et aussi pour les besoins de la planification de la réponse. Il s'agit entre autres de :

- l'étude de séroprévalence en milieu carcéral par le Dr Sangaré en 1987 avec un taux de 9,1% ;
- l'enquête de séroprévalence Infection à VIH chez les chauffeurs routiers au Burkina Faso, Centre Muraz, 1994 qui a montré une séroprévalence du VIH à 18.6% (44/236) et un taux de sérologie syphilitique positive à 9.3% (22/236);
- les études réalisées auprès des professionnelles du sexe rapportent 48% de prévalence en 1992 et 45 % en 1994 (Berthé A et all L'initiative Yérelon, Tome III - Communiquer avec les femmes vulnérables pour un changement positif de comportement : une analyse socio anthropologique des forces et faiblesses du « Modèle de Communication pour le Changement de Comportement » du programme de recherche Yérelon à Bobo-Dioulasso-Burkina Faso).

Ce n'est qu'à partir de 1997 qu'un véritable système de surveillance de l'épidémie à été mis en place avec l'adoption du premier protocole surveillance de l'épidémie en collaboration avec l'OMS et l'ONUSIDA. Dans la dynamique de la surveillance de l'épidémie de VIH pour une réponse nationale élargie, ce protocole, essentiellement basée sur une surveillance biologique a été remplacé en 2000 par la surveillance de seconde génération qui prône le mariage de la surveillance biologique et comportementale. L'objectif étant de permettre à terme de renforcer la surveillance épidémiologique par une notification systématique et standardisée des cas de SIDA. Quatre composantes sont définies dans le cadre de cette surveillance, ce sont :

- la surveillance du SIDA,
- la surveillance du VIH,
- la surveillance des IST et,
- la surveillance comportementale.

1. SURVEILLANCE DU SIDA ET DU VIH

1.1. Résultats de la notification

Des dix (10) premiers cas du sida notifiés en 1986 à 2.441 cas en 2006; le Burkina totalise depuis le début de l'épidémie 36.978 cas cumulés.

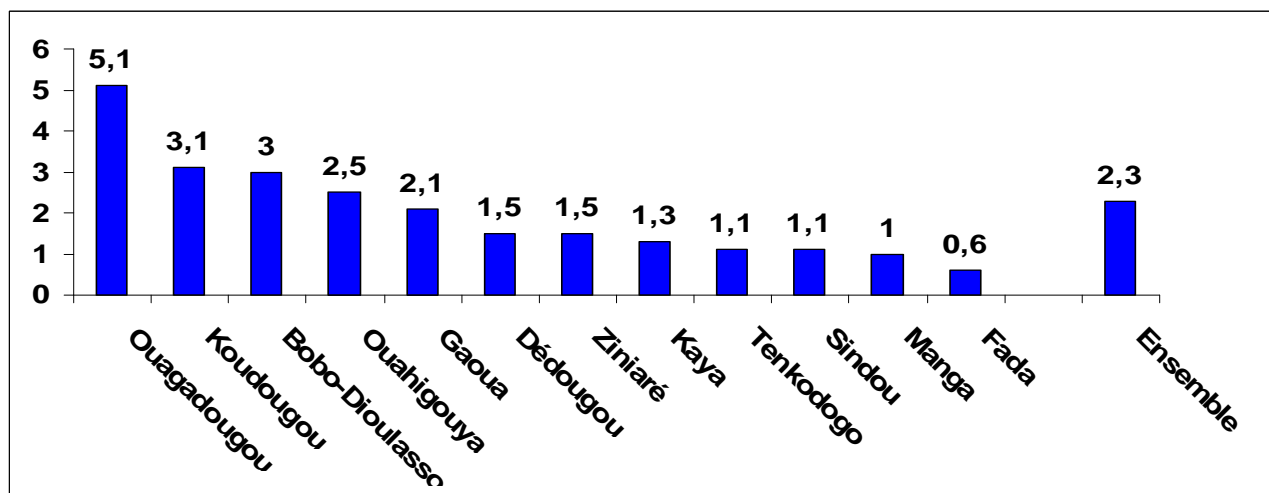
1.2. Surveillance sentinelle

La sérosurveillance par site sentinelle commencée en 1997 dans 3 sites sentinelles, s'est progressivement étendue à 5 en 1998, puis 10 en 2003 et 13 depuis 2004. Elle couvre depuis 2004 l'ensemble du territoire et se décompose en 7 sites urbains et 6 sites ruraux répartis dans les 13 régions sanitaires avec 43 centres de prélèvements et 19 laboratoires d'analyse biomédicale. Le critère d'inclusion concerne toute femme âgée de 15 à 49 ans, vue en consultation prénatale et n'ayant pas subi de prélèvement sanguin auparavant pour la syphilis dans le cas de la grossesse en cours.

Quel que soit le milieu de résidence (urbain ou rural) ou le groupe d'âge (15 – 49 ans ou 15-24 ans), on observe une tendance à la baisse de la prévalence du VIH comme en témoignent les graphiques ci-après :

La situation des femmes enceintes est illustrée dans le graphique ci-dessous.

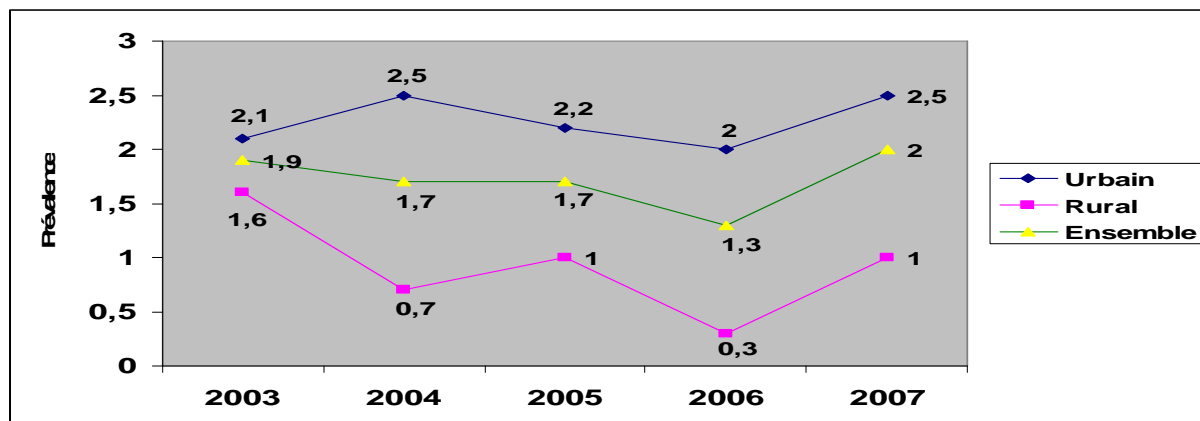
Graphique n° 1 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15-49 ans au niveau des sites sentinelles de sérosurveillance en 2007 au BF



Les résultats concernent 12 sites car celui de Dori a été invalidé du fait de mauvaises conservations des tests effectués.

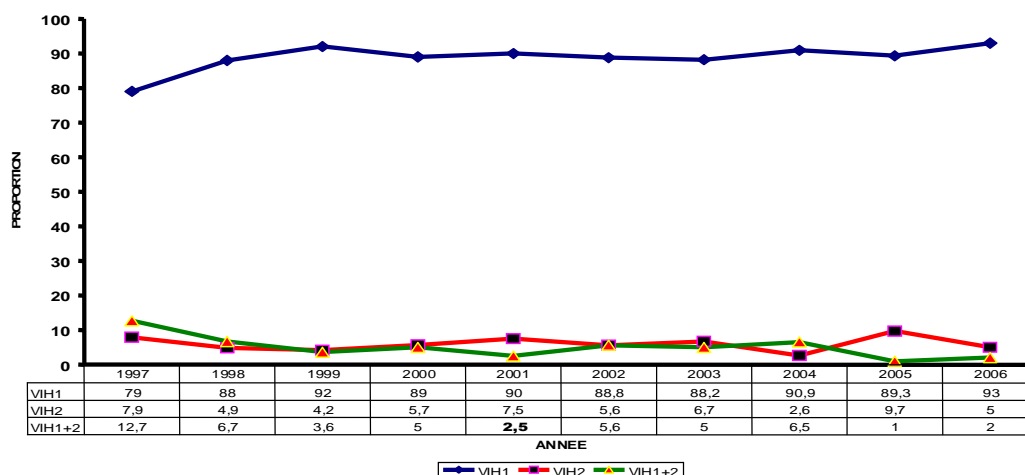
On note cependant que la situation chez les 15-24 ans est moins favorable car un pic s'observe après 2006

graphique n°2: Evolution de la prévalence du VIH dans la tranche d'âge 15-24 ans entre 2003 et 2007



En termes de proportion des types de virus circulants dans les sites sentinelles de 1997 à 2006, le graphique ci-dessous montre une légère tendance à la hausse pour le VIH1 qui représente la grande majorité des cas.

Graphique 3 : Évolution de la proportion des types de VIH dans les sites sentinelles de 1997 à 2006 au Burkina Faso.



1.3. Prévalence groupes cibles

- Le projet VIH et IST en milieu rural, urbain et sectoriel (Projet Virus) réalisé par le Centre Muraz en 2003 a abouti à des niveaux de prévalence 3,3% dans le secteur de la santé et 2,8% dans celui de l'éducation.
- Chez les travailleuses du sexe (TS), le rapport de l'enquête de surveillance de seconde génération effectuée en 2005 grâce au financement de SIDA3 montre que la prévalence chez les TS était de 16% suggérant une tendance à la baisse par rapport au niveau obtenu en 2002 qui était de 20,9% tandis que le taux de prévalence du VIH chez les clients qui était de 1,2% lors de la première enquête en 2002 est passé à 1,6% en 2005. Par ailleurs, les résultats de la campagne ciblée sur les TS (toute catégorie confondue) lors de la Journée mondiale de lutte contre le SIDA (JMS) 2006 donnent un taux de séroprévalence de 6,5%, soit 329 personnes dépistées positives sur 5 078 personnes dépistées. Pour le cas spécifique des TS affichées, 840 personnes ont été dépistées, soit 99 personnes positives avec un taux de séroprévalence de 11,8%.
- Chez les prisonniers, la prévalence de l'infection du VIH obtenue à partir des données de l'étude réalisée en 1998 est de 2% contre une prévalence de 9.1% déjà rapporté par Sangaré en 1987. Vingt ans après une étude sur « le conseil dépistage volontaire en milieu carcéral au Burkina Faso » entrant dans le cadre du projet "Prévention et soins du SIDA dans les prisons au Burkina Faso" financé par Bristol-Myers Squibb Foundation (BMS), réalisée entre le 1^{er} juin et le 06 août 2007 par l'association pénitentiaire africaine (APA), rapporte une prévalence de 2,3% sur un total de 757 détenus issus de 17 prisons et du centre des mineurs en conflit avec la loi du Burkina Faso.

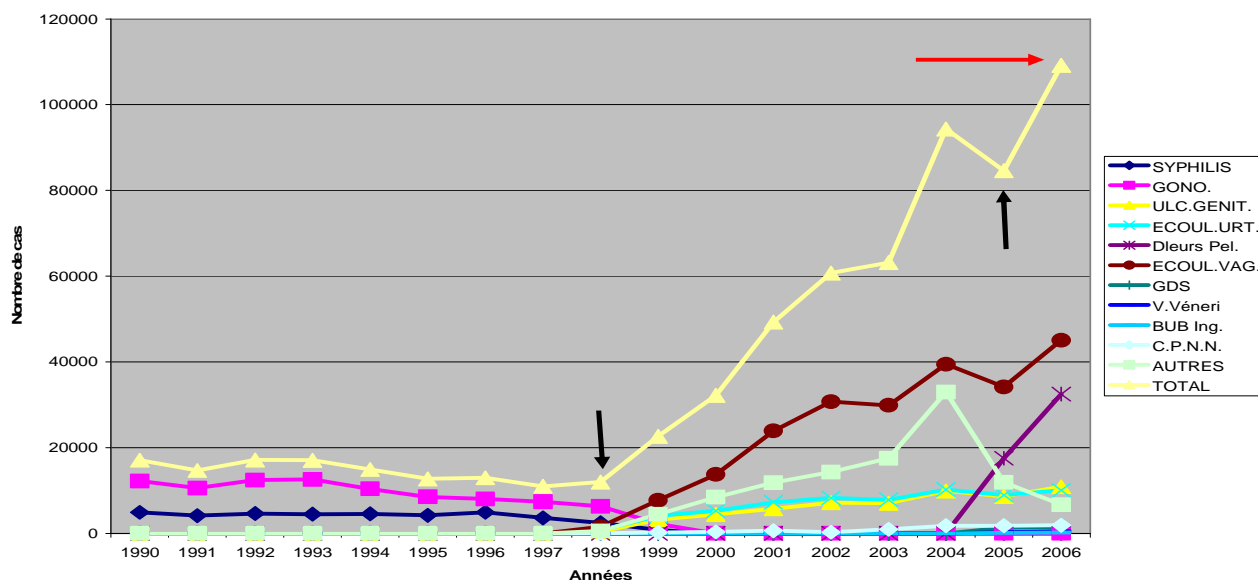
2. SURVEILLANCE DES IST

Au Burkina Faso, la surveillance des IST s'est organisée autour de la notification des cas par l'ensemble des formations sanitaires. Avant 2003, cette notification se faisait sur une base étiologique.

A partir de 2003, il a été adopté la notification syndromique ayant permis la notification systématique des cas d'IST par l'ensemble des formations sanitaires.

Le graphique ci-après montre que la lutte contre les IST par le biais de l'approche syndromique a pris un essor significatif en termes de notification depuis 1999, l'année de la généralisation de sa mise en œuvre.

Graphique 4: Évolution des IST au Burkina Faso depuis 1990

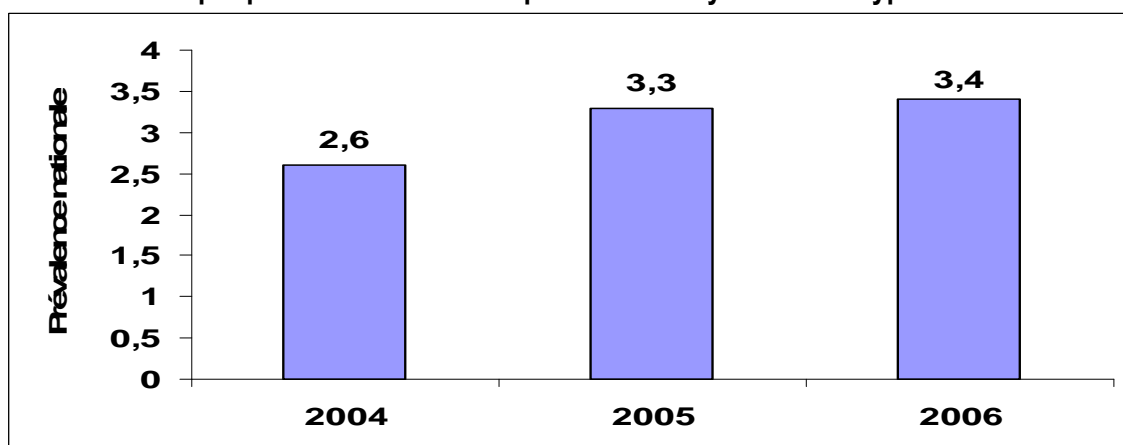


La surveillance des cas fait remarquer qu'il y a une prédominance des écoulements vaginaux, suivis des écoulements urétraux et des ulcérations génitales.

S'agissant de la syphilis, Le graphique ci-dessous indique les séroprévalences de la syphilis obtenues dans le groupe cible de la sérosurveillance par site sentinelle en 2006. A l'exception des sites de Manga, Ziniaré et Kaya où l'on a encore enregistré des taux très élevés par rapport à la moyenne nationale qui est de 3,4%, les autres sites présentent des prévalences relativement faibles.

En terme de tendance au niveau national, on note que de manière générale, durant ces trois (03) dernières années, la prévalence moyenne a augmenté, passant de 2,6% en 2004 à 3,4% en 2006.

Graphique 5 : Evolution de la prévalence moyenne de la syphilis



3. SURVEILLANCE DES COMPORTEMENTS

Parallèlement à la surveillance biologique, la surveillance comportementale est une composante clé du système de surveillance du sida au Burkina Faso. En effet, elle permet non seulement de relier les comportements aux résultats des programmes de prévention menés mais surtout d'expliquer la dynamique de l'épidémie. Trois types de surveillance comportementale sont distingués: en population générale (EDS), chez les populations desservies par les sites sentinelles (enquêtes ménages) et enfin chez les groupes spécifiques ou population à haut risque (enquêtes CAP).

- En population générale, on note la réalisation successive d'enquêtes démographiques et de santé (EDS) dont celles de 1998 et 2003, et la dernière initialement prévue pour 2008 à été reportée à début 2009. Ainsi selon ces sources, le recours au préservatif pendant les rapports sexuels avec un partenaire occasionnel a considérablement augmenté chez les femmes passant de 39% à 53% entre 1998 et 2003 (Le point sur l'épidémie de Sida 2007, Résumé par région, ONUSIDA 2007).
- Une enquête ménage a été réalisé en 2002 et a concerné trois sites sentinelles (Ouagadougou, Bobo-Dioulasso et Ouahigouya). La seconde est en cours de réalisation et couvre l'ensemble des populations desservies par les 13 sites sentinelles. Cependant, signalons que dans le cadre de l'« enquête annuelle sur les conditions de vie des ménages Burkinabè » réalisée entre février et mars 2007 par l'INSD, le Questionnaire unifié des indicateurs de base du bien-être (QUIBB) explorant les connaissances et comportements sexuels par rapport au VIH/SIDA intégré sur financement du Projet d'appui au Programme multisectoriel de lutte contre le SIDA (PA-PMLS) a montré que par rapport aux rapports sexuels à haut risque, 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%. Fort heureusement que plus de 2/3 des garçons (70,5%) et des filles (66,3%) ont utilisé un condom lors des rapports sexuels occasionnels. En revanche, si dans la population sexuellement active (15-49 ans) seule une personne sur deux identifie correctement les modes de transmission de l'infection, ce taux est encore moindre chez les 15-24 ans (47,3%) et présente une disparité selon le sexe et le lieu de résidence.
- Pour la surveillance comportementale des groupes spécifiques, des enquêtes ponctuelles ont été réalisé chez les jeunes de 15-19 ans (2001), chez les travailleuses de sexe et leurs clients (2002 et 2005) les routiers et leurs accompagnants (2001), ainsi que chez les prisonniers (2007).

Chez les TS, le rapport de l'enquête de surveillance de seconde génération effectuée en 2005 grâce au financement de SIDA3 montre que la fréquence habituelle d'utilisation du condom par les TS avec leurs clients payants est excellente (variant de 97.5% à 99.4%) tandis qu'avec les partenaires non payants (ou amis fidèles) la fréquence est très faible se situant entre 14.0% et 15.4%.

Chez les prisonniers une étude ponctuelle sur « les connaissances attitudes et pratiques sur le VIH en milieu carcéral », réalisée du 20 janvier au 07 février 2007 par l'association pénitentiaire africaine (APA) a montré que sur un total de 575 détenus enquêtés, seulement 10,1% déclarent utiliser régulièrement un condom avec un partenaire occasionnel. De plus, par rapport à l'exposition aux messages de sensibilisation, moins d'un détenu sur deux (44,7%) a entendu parler du SIDA en milieu carcéral et maîtrisait la procédure correcte du port du condom. Cependant en matière de connaissance sur les modes de transmissions et les moyens de prévention, seulement 57,4% des détenus ont répondu correctement aux questions. S'agissant du conseil dépistage volontaire, plus de 90% des détenus déclarent être prêts à faire le test de dépistage du VIH.

4. SURVEILLANCE DES RESISTANCES

Initiée en complément des quatre (4) composantes du système de surveillance de seconde génération, elle comporte trois types d'activités actuellement en cours de mise en œuvre :

- la mise en place et le suivi d'Indicateurs d'Alerte Précoce (IAP) d'émergence des résistances (Pratique de prescription des ARV, patients perdus de vue, rétention des patients sous 1^{ère} ligne d'ARV, respect des rendez-vous par les patients et continuité d'approvisionnement en ARV) ;
- la surveillance des résistances primaires transmises chez les femmes enceintes;
- le monitoring de l'émergence de résistances secondaires chez les personnes sous ARV.

5. DONNEES DE L'EDS 2003

Les résultats de l'enquête démographique et de santé (2003) indiquent que la séroprévalence moyenne s'est établie à 1,8% dans la population générale avec cependant des disparités selon le milieu de résidence : 1,3% en milieu rural contre 3,6% pour le milieu urbain.

6. ESTIMATIONS DE L'ONUSIDA

Selon le rapport 2008 de l'ONUSIDA, le pourcentage mondial de personnes vivant avec le VIH s'est stabilisé depuis 2000. Ce rapport estime la prévalence moyenne de l'infection à VIH dans la population adulte du Burkina Faso à 1,6% en fin 2007, dans un intervalle [1,4-1,9]. Les autres données fournies par ces estimations sont les suivantes :

- 130 000 personnes vivant avec le VIH,
- 120 000 adultes vivant avec le VIH, dont 61 000 sont des femmes,
- 10 000 décès dus au SIDA,
- 100 000 enfants estimés orphelins du fait du SIDA en 2007 au Burkina Faso.

II. REVUE PAR AXES STRATEGIQUES

AXE STRATEGIQUE 1 : PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA ET DES IST, ET PROMOTION DE DEPISTAGE VOLONTAIRE

1 .Objectifs et domaines d'actions prioritaires

Dans le domaine de la prévention, la mise en œuvre du CSLS 2001-2005 a mis l'action sur le renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH et des IST, la promotion des comportements à faible risque; la promotion des préservatifs masculins; la promotion du conseil dépistage volontaire; la promotion de la sécurité transfusionnelle et de l'hygiène. La mise en œuvre du programme transmission mère-enfant a également connu une attention particulière ainsi que le dépistage et le traitement précoce des IST.

Malgré d'importants acquis, des difficultés ont subsisté. Elles sont liées à : i) l'absence d'une stratégie nationale de communication harmonisée en matière d'IEC/CCC, ii) la persistance de la stigmatisation et de la discrimination des PVVIH, iii) le faible niveau d'éducation des femmes en santé de la reproduction, iv) la faible vulgarisation de la PTME.

C'est au regard de ces insuffisances que les objectifs ci-dessous ont été retenus pour la période 2006-2010 :

- réduire d'au moins 25% le pourcentage de nouvelles infections à VIH et des IST dans les groupes cibles prioritaires de 2006 à 2010 ;
- réduire l'incidence des IST de 10% par an de 2006 à 2010; porter à 80% l'accès au CDV de la population.

Ces objectifs devraient être atteints à travers la prise en compte de domaines prioritaires qui sont : la prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC; la promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires et communautaires; la promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail; la prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques; la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant; la promotion des préservatifs masculins et féminins; la promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques; la promotion de la santé reproductive/santé sexuelle; le 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; le renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST et le renforcement du conseil dépistage volontaire au niveau des structures sanitaires et communautaires.

2. Ressources financières

Le budget global pour cet axe stratégique sur la période 2006-2010 couverte par le CSLS est de 57,8 milliards de FCFA dont 30,4 milliards de FCFA sur la période 2006-2008 soit 53%. Sur cette période, environ 17 milliards de FCFA ont été mobilisés (taux de mobilisation de 56,2%), et les dépenses globales réalisées pour la mise en œuvre des activités de cet axe stratégique sur la période sous revue (2006-2008) s'élèvent à 12,1 milliards de FCFA, soit un taux d'absorption de 70,8%.

3. les intervenants

Cet axe a été mis en œuvre par des intervenants, tant du secteur public à travers les CMLS, que par ceux de la société civile incluant les structures du monde communautaire. Pour ces derniers, en 2006 48 partenaires au moins ont financé et mis en œuvre 72 projets d'ampleur variable au profit de 1.084 structures associatives. Au cours de l'année 2007, 40 partenaires ont appuyé la mise en œuvre de 76 projets à travers 1.072 structures du monde communautaire. Les principaux projets et programmes qui appuient les interventions du monde communautaire sont :

- le Projet SIDA communauté 2005-2006 de l'ambassade du royaume des Pays Bas dont l'intervention a touché toutes les catégories de structures communautaires ;
- le Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (PAMAC) qui a coordonné les interventions suivantes :
 - la réalisation des composantes communautaires du Fonds Mondial, du Projet d'Appui à la lutte contre le SIDA de la FAD/BAD et du Projet d'Appui au Plan National Multisectoriel (Coopération Technique Belge);
 - l'exécution des plans d'actions de certaines structures associatives financées par le Projet SIDA communauté 2005-2006. Il s'agit en l'occurrence des réseaux d'associations à caractère national et de structures spécifiques dans la prise en charge et le dépistage;
 - l'exécution des volets communautaires financés par l'Autriche, la France, le Danemark et les Pays-Bas ;
- l'Initiative Privé et Communautaire de lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso (IPC/BF) financée essentiellement par l'Alliance Internationale ;
- l'Action pour l'Enfance et la Santé (AES) financée par l'ambassade du royaume des Pays- Bas.

4. analyse des résultats par domaine d'action stratégique

(i) Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC

Une stratégie nationale de communication pour le changement de comportements intégrant la santé de la reproduction/santé sexuelle au profit des groupes vulnérables et spécifiques est en cours de finalisation

Cette activité qui devrait être réalisée dès le début de la mise en œuvre du CSLS 2006-2010 pour être la référence de pilotage des actions visant l'adoption des comportements qui limitent l'exposition au risque d'infection par le VIH, est en cours de finalisation et un document provisoire était en cours de validation au cours du mois décembre 2008.

Malgré l'absence de ce référentiel pour la communication pour le changement de comportements, plusieurs actions de sensibilisation ciblant la population générale et les groupes vulnérables et/ou spécifiques (travailleurs de sexe, orpailleurs, migrants, prisonniers, etc.) ont été menées et étaient bâties autour des causeries débats suivies de débats, des théâtres fora, des conférences, des projections de films et de promotion du condom, etc. Des actions de sensibilisation de masse ont été organisées autour des différentes éditions de la Journée Mondiale de Lutte contre le Sida, des activités sportives et culturelles d'envergure nationale (Tour cycliste du Faso, organisation du SIAO, Caravane de l'Espoir, Semaine Nationale de la culture, etc.) à travers les radios locales et 2 chaînes de télévision. Grâce à l'Association des Femmes Africaines Face au SIDA (AFAFSI/Burkina), le téléphone vert « Info SIDA », qui permet à la population d'avoir des éclaircissements sur les questions liées à la lutte contre le Sida, est fonctionnel et sa couverture a été étendue à tout le territoire. Cette activité offre un service gratuit en matière d'écoute, d'information, d'orientation, de conseil et de soutien psychologique en matière de VIH/SIDA et des IST.

Au niveau du secteur communautaire et des autres acteurs, de nombreuses cibles ont été couvertes soit au niveau de la population en général soit au niveau de groupes spécifiques. Ainsi, en 2008, la cible de 9 722 212 personnes a été couverte à 78%. Environ 1 500 000 personnes ont été touchées au niveau des groupes vulnérables et/ou spécifiques.

Les données restent cependant parcellaires en raison de la multiplicité des intervenants dans les activités d'IEC/CCC et en raison de la faible complétude des données relatives aux activités menées.

(ii) Promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires et communautaires

Le Centre National de Transfusion sanguine (CNTS), créé en septembre 2000, est la structure chargée de veiller à la sécurité transfusionnelle à travers une sécurisation de toutes les poches de sang à transfuser. Les centres régionaux de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, en complémentarité avec le CNTS, contribuent à assurer la disponibilité du sang en quantité et en qualité. En effet, grâce à la disponibilité des réactifs et consommables et au respect des normes en matière de transfusion sanguine, 100% des poches transfusées ont été testées séronégatives au VIH, à la syphilis à l'hépatite B et à l'hépatite C.

La mobilisation de la population pour le don de sang est assurée avec l'appui des associations des donneurs de sang. Les associations œuvrent à la sensibilisation des populations sur la lutte contre le VIH/SIDA et les IST et à la nécessité du don de sang. Par exemple, au 4ème trimestre 2006, elle a touché 116.070 jeunes.

Au cours de l'année 2007, les activités de promotion du don de sang ont été réalisées par le canal de spots publicitaires radio et télévisuels. Une des plus grandes activités entrant dans le cadre du don de sang a été la célébration de la journée mondiale des donneurs de sang tenue le 14 juin 2007 à Bobo-Dioulasso. La collecte du sang s'est faite principalement en mobile dans les lycées, universités, casernes, églises etc. En 2007, le taux de séropositivité national se situait à 2,95% contre 1,60% en 2006 dans les Centres de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.

Le renforcement de la sécurité transfusionnelle reste cependant confronté à plusieurs défis : 1) la question de la fidélisation des donneurs, à travers un minimum de motivation, 2) le renforcement des capacités des deux centres de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso 3) l'amélioration de la couverture nationale en structures capables d'assurer une collecte et une sécurisation de la transfusion. Il apparaît assez nettement que la composante sécurité transfusionnelle devra être prise en compte au sein du secteur de la santé comme une composante dont le renforcement devient prioritaire.

(iii) Promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail

L'application des règles minimales d'hygiène en matière de santé reste un facteur clef surtout dans les structures sanitaires où le manque d'asepsie contribue à l'augmentation du risque d'infection aussi bien chez le praticien que chez le client. Des actions primordiales ont été menées au cours de la période sous revue notamment la formation d'un pool de formateurs par région sanitaire sur la prévention des infections qui, à son tour, a répercuté ces connaissances au niveau des agents de santé. Des documents de référence sur la prévention des infections ont été également diffusés (300 documents) auprès des services de soins qui bénéficient également des supervisions à travers des visites régulières. Notons qu'un projet de création d'un Comité d'hygiène est en cours d'élaboration par le Département chargé du secteur santé (DSS) du SP/CNLS-IST. Ce comité a pour attributions entre autres, de contribuer à la préservation et à l'amélioration de la santé du personnel.

(iv) Prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques

La prévention des accidents d'exposition aux liquides biologique en général et au sang (AESLB) en particulier a toujours été une préoccupation pour la direction générale de la tutelle des hôpitaux (DGHSP). Aussi, dans le but de contribuer à créer des conditions favorables au travail face à la menace permanente du VIH/SIDA, du VHB et du VHC dans le secteur de la santé, des directives nationales relatives à la prévention des risques de contamination et à la prise en charge des travailleurs de la santé exposés au VIH /SIDA sur le lieu de travail ont été élaborées en août 2003.

Pour rendre les directives opérationnelles, du matériel de protection et des kits prophylactiques pour le traitement préventif en cas d'accidents d'exposition au sang ont été mis à la disposition des hôpitaux et des 13 régions sanitaires accompagnés de sorties d'information et de sensibilisation sur les directives. Au total, 1.000 exemplaires de directives ont été reproduits et ventilés en 2008 lors des sorties d'information et de sensibilisation. Ces directives étaient destinées aux services cliniques dans les hôpitaux et à toutes les formations sanitaires dans les DRS.

Selon la Direction Générale des Hôpitaux Publics et du sous-secteur sanitaire privé, les cas d'AESLB notifiés sont repris dans le tableau ci-dessous, cependant la documentation des cas reste insuffisante.

Tableau 3 : Bilan des cas d'AESLB notifiés entre 2006 et le 1er semestre 2008

ANNEE	AESLB notifiés	AESLB pris en charge	Cas + après suivi
2006	56	47	0
2007	30	20	0
2008 (S1)	13	ND	ND

(v) Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Le programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, mis en œuvre au Burkina depuis 2002, est en plein essor avec une augmentation constante du nombre de couples mère-enfant qui en bénéficient grâce au renforcement des capacités des prestataires de soins à travers les formations et à l'extension de la couverture en sites PTME au niveau national. En plus du secteur de la santé, le secteur communautaire joue également un rôle de plus en plus essentiel dans la promotion du dépistage chez les femmes enceintes.

La couverture du pays en sites PTME est passée de 152 structures en 2005 à 400 structures en 2007 et 775 au troisième trimestre de l'année 2008. En prenant en compte le nombre estimé de Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) qui est de 1268, la couverture est de 61%.

Au stade actuel 100% des districts sont couverts par au moins une structure qui offre des activités de PTME

Malgré cette extension des sites PTME, le passage à l'échelle dans l'utilisation reste un défi majeur comme l'indiquent les données du tableau ci-dessous.

Tableau 4 : récapitulatif des indicateurs de la PTME

Indicateurs	2005	2006	2007	T3 2008
Nouvelles CPN	41.168	58.954	78.362	149.520
Adhésion au dépistage	19.661	29.010	50.746	110497
Résultats rendus	16.644	24.356		
Femme VIH+	832	1.378	1.591	2237
Partenaires de femmes enceintes testés				2 292
Partenaires testés H+				66
Femmes enceintes testées positives ayant accouché dans une formation sanitaire	673	1.401	1.640	1015
Mères ayant reçu un traitement prophylactique complet aux ARV	476	1.134	1.408	929
Enfants ayant reçu un traitement prophylactique complet aux ARV		1.128	1.309	887
Enfants nés vivants de mères séropositives	648	1.386	1.651	1025
Nombre d'enfants testés à 8 mois	138	293	272	138
Enfants testés VIH+	14	19	25	22
% de femmes dépistées VIH+ sous traitement prophylactique complet aux ARV	57%	82%	88%	43%
Prévalence du VIH chez les enfants nés de mères séropositives	10%	6%	9%	4%

On observe que la proportion de femmes dépistées VIH+ sous traitement prophylactique complet aux ARV est encore inférieure à 50%, de même l'adhésion des partenaires au dépistage reste encore faible. Cependant la prévalence du VIH des enfants nés de mères séropositives a une tendance à la diminution passant de 10,14% en 2005, 6,48% en 2006, 9,2% en 2007 à 4,4% au cours du 1^{er} semestre de 2008.

Il y a donc encore un besoin de renforcer l'offre au niveau des CSPS dans lesquels se pratique la CPN et d'améliorer les stratégies de communication afin de promouvoir l'adhésion des partenaires au dépistage

(vi) Promotion des préservatifs masculins et féminins

Le préservatif constitue l'un des moyens de prévention pour éviter la contamination par la voie sexuelle. C'est ainsi que le Gouvernement a mis en place un programme de marketing social des condoms en vue de vulgariser le préservatif. Grâce à la promotion/vente du condom organisée par le Projet de marketing social et de communication pour la santé (PROMACO) il y a une nette évolution du nombre de préservatifs distribués passant de 15.893.412 en 2005 à 20.773.668 dont 73.692 préservatifs féminins en 2006 (prévision:30.470.000). A partir de cette période il y a une quasi constance du nombre de préservatifs distribués avec 20.021.500 pièces (prévision:33.275.000) dont 46.400 préservatifs féminins en 2007), 22 165 880 condoms masculins et 38 793 unités de condoms féminins en 2008 (bilan du PNN 2008)

Ces informations sur la distribution des préservatifs ne tiennent pas compte de ceux qui sont importés et vendus par le secteur privé dont la quantité n'est pas connue, et d'autres circuits qui existent dans d'autres secteurs tels que la santé (DSF)².

(vii) Promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques

La mise en œuvre des programmes ciblés a permis de toucher en 2006 : 16.962 orpailleurs (contre 32.350 en 2005), 22.781 travailleurs/euses de sexe (contre 39.204 en 2005), 4.335 routiers (3.435 en 2005) et en 2007 : 2.881 détenus, 27.776 jeunes, 14.375 routiers, 23.323 travailleurs/euses de sexe, 12.291 femmes en âge de procréer, 50.723 handicapés et 7.187 orpailleurs.

Avec l'appui du PAMAC, 246 structures communautaires ont été impliquées dans la promotion des activités au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques en 2008 touchant ainsi plus de 1 400 000 personnes (Rapport PNN 2008).

Cependant, la multiplicité des acteurs nécessite la mise en place d'un cadre d'orientation et de coordination des activités. Au cours de l'année 2008, les activités de communication pour le changement de comportement ont essentiellement porté sur le ciblage des orpailleurs et routiers par des activités de communication interpersonnelle et, pour les orpailleurs, de media de groupe (théâtre forum). En plus des thèmes des campagnes mass media, celui portant sur la démonstration du port du condom a été développé. Chaque thème développé a fait l'objet de distribution de dépliants.

² Les acteurs au niveau de la DSF rapportent qu'en moyenne 84 282 condoms masculins et 2020 condoms féminins étaient distribués par mois en 2007

(viii) Promotion de la santé de la reproduction/santé sexuelle

Ce domaine a permis de prendre en compte les aspects de santé sexuelle dans les activités d'IEC/CCC au profit de 125.901 jeunes en 2007 dans les villes de Koupéla, Ouagadougou, Bobo-dioulasso et Koudougou. Ces activités ont été mises en œuvre par des structures communautaires (ABBEF, JHPIEGO, RAJS et autres ONG/associations) et techniques du ministère de la Santé (DSF, DHPES, etc.) dans le cadre de la mise en œuvre des plans de travail annuels de l'UNFPA et de l'UNICEF. Il constitue un domaine prioritaire mis en œuvre par l'ONG Family Care International en faveur des jeunes pour que ceux-ci bénéficient des informations, des compétences leur permettant de profiter d'une vie saine et reproductrice.

En matière de recherche, une étude sur les stratégies d'implication des jeunes dans la Santé de la Reproduction y compris la lutte contre le VIH/SIDA a été menée au cours du 1^{er} semestre 2008 et les résultats devraient être pris en compte dans la stratégie nationale de CCC qui est en cours d'élaboration.

La perspective de renforcer l'enseignement sur le VIH et sur la santé sexuelle au niveau des établissements d'enseignement constitue une opportunité à renforcer.

(ix) 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

Dans le cadre de la réforme du système éducatif, le Gouvernement a entrepris le renforcement de l'éducation à la prévention dans les classes de l'École Nationale des Enseignants du Primaire (ENEP) à travers la révision des curricula pour intégrer les thèmes émergents et les modules de santé de la reproduction et VIH/SIDA. C'est dans le cadre de ces initiatives que le Programme Pilote Intégré Éducation - VIH/SIDA et Nouvelle Technologie de l'Information et de la Communication NTIC (PPIE-VIH/SIDA et NTIC) qui est un effort commun du gouvernement et du PNUD pour lutter contre le VIH/SIDA dans le secteur de l'éducation est mis en œuvre.

Les performances restent encore faibles traduisant l'immensité des défis à relever. En effet, le rapport UNGASS 2008 du Burkina Faso indique que seulement 1,1% des écoles ont inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de l'année scolaire 2006-2007.

Dans d'autres secteurs, tels que la santé et l'enseignement supérieurs, des efforts sont perceptibles dans ce domaine à travers la formation au DIU sur la prise en charge médicale pour les professionnels de santé et ceux du monde communautaire. Cette formation concerne de nombreux pays d'Afrique.

(x) Renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST

Les activités de prévention et le traitement des IST ont été focalisées autour de la formation des prestataires de soins, de l'actualisation en 2008 des documents normatifs notamment les algorithmes de prise en charge (élaborés en 2002) et la disponibilisation des kits de traitement. Ainsi, le nombre de cas d'IST traités en 2005 étaient estimés à 87.325 puis 109.157 en 2006 et à 120.039 en 2007. Au cours des six premiers mois de 2008, 57 278 cas d'IST, ont été enregistrés et pris en charge.

Les réalisations ont concerné également la relecture des algorithmes, l'élaboration du protocole de recherche sur les étiologies des syndromes IST et de la sensibilité des germes aux antimicrobiens.

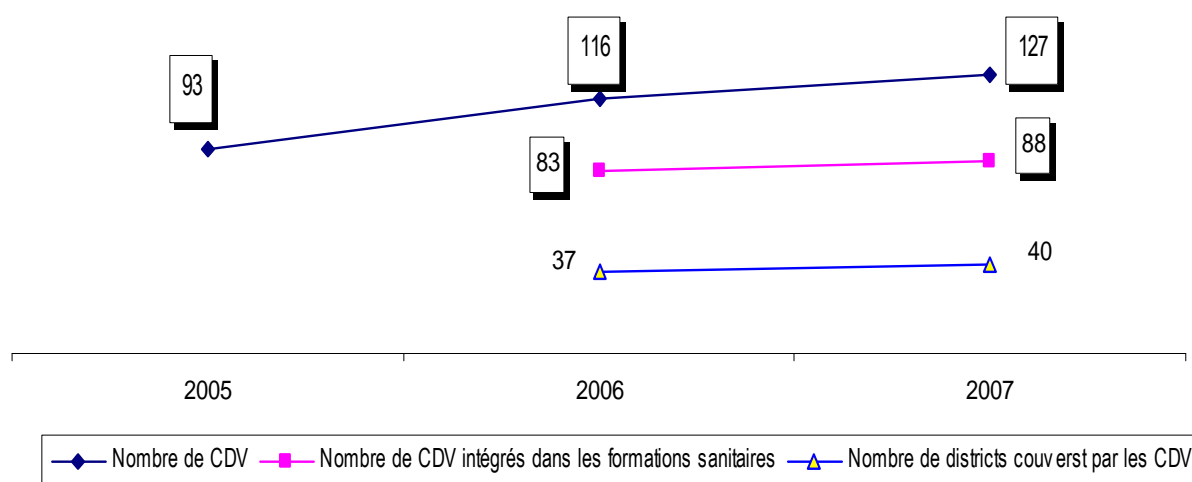
Les défis majeurs résident dans la disponibilité des kits de traitement et dans la prise en charge des conjoints des patients

(xi) Renforcement du conseil dépistage volontaire au niveau des structures sanitaire et communautaires

Le renforcement du conseil dépistage volontaire a été animé essentiellement par le secteur communautaire et le secteur de la santé.

L'offre du dépistage pour le VIH s'est progressivement améliorée à travers le renforcement des capacités des prestataires ainsi que l'extension du nombre de CDV avec une meilleure couverture géographique du territoire national. Ainsi, de 93 CDV en 2005, ils sont passés à 116 CDV en 2006 (dont 83 CDV intégrés dans les formations sanitaires) dans 37 districts et 121 (dont 88 CDV intégrés dans les formations sanitaires) en 2007 dans 40 districts sanitaires, soit un taux de couverture de 73% contre 67,3% en 2006.

Graphique 6 : Couverture des CDV



La qualité de la collecte des données a fait l'objet d'un atelier d'harmonisation des outils de collecte sur le CDV en milieu de soins qui s'est tenu en février 2008. Les outils de collecte harmonisés ont été disponibles. Le système de collecte et de remontée de l'information n'est pas encore opérationnel au premier semestre 2008 mais une mission est planifiée au cours du 3ème trimestre pour réaliser l'analyse situationnelle des CDV en milieu de soins.

Au delà des CDV, des stratégies mobiles et avancées ont été mises en œuvre au cours de la période notamment par le secteur communautaire.

Les campagnes et séances de sensibilisation de la population (notamment à travers l'organisation des campagnes nationales de dépistage en milieu scolaire et universitaire et lors de la journée mondiale de SIDA) ont créé une demande de dépistage volontaire au sein des populations désireuses de connaître leur statut sérologique par rapport au VIH. Ainsi, l'effectif de personnes qui ont fait un dépistage volontaire qui était de 170.826 en 2005, est passé à 199.767 en 2006 (prévision:200.000), 115.991 personnes en 2007 (prévision: 250.000).

En 2008, les rapports des structures communautaires indiquent avoir réalisé leur objectif à plus de 100%, touchant ainsi 203 899 personnes pour le dépistage alors que le secteur santé rapporte également avoir réalisé le test de dépistage à 42 536 personne.

Les principaux défis résident dans la collecte et la transmission des données et dans la disponibilité permanente des réactifs et des consommables.

5. Leçons apprises et perspectives

Au niveau de la PTME, la baisse tendancielle du taux de prévalence chez les enfants nés de mères séropositives traduit l'efficacité des mesures de prévention. L'amélioration progressive de la couverture nationale concernant le CDV et la PTME ainsi que les activités de sensibilisation y ont largement contribué. La nouvelle politique de promotion du conseil et du dépistage par l'agent de santé devrait contribuer à l'inversion de la tendance à la baisse du nombre de personnes qui se font dépister.

Cependant, certains obstacles tels que la précarité des interventions en faveur des groupes cibles spécifiques, vulnérables et à haut risque ainsi que la rupture des stocks de réactifs et consommables dans les formations sanitaires au niveau décentralisé peuvent compromettre la dynamique observée ces dernières années.

La forte implication des acteurs communautaires a permis la réalisation de nombreuses activités de prévention sur le terrain, malgré la faible capitalisation des indicateurs relatifs au nombre de personnes touchées par les actions menées.

La sécurité transfusionnelle reste une préoccupation en ce sens que la couverture nationale reste faible et que la fidélisation des donneurs n'est pas encore une stratégie véritablement opérationnelle.

Au niveau opérationnel, la coordination par le SP/CNLS-IST de plusieurs structures communautaires intervenant dans le domaine de la prévention qui sont directement financées par des ONG et des PTF, reste assez mitigée. Les dispositions définies dans le CSLS 2006-2010 pour la mise en place des structures de coordination provinciale, régionale et nationale dans le secteur communautaire permettront une meilleure comptabilisation du nombre des intervenants et des résultats obtenus.

A mi parcours, la perspective d'atteindre les objectifs dans le domaine de prévention sont réelles mais une attention doit être accordée aux cibles des 15-24 ans en raison du faible niveau de connaissances et aussi de persistance de la prévalence à leur niveau.

Encadré 9

MESURES A PRENDRE POUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS :

- ❖ Finalisation de la stratégie nationale de communication pour le changement de comportements assortie d'un plan opérationnel intégrant la promotion de la santé de la reproduction et sexuelle chez les jeunes;
- ❖ Renforcement des capacités du secteur de la santé par une couverture effective de l'ensemble des CSPS par un paquet d'activités comportant le dépistage volontaire ainsi que la PTME;
- ❖ Renforcement de la promotion de la sécurité transfusionnelle à travers une plus grande décentralisation du CNTS au niveau régional, une implication des associations dans la fidélisation des donneurs;
- ❖ Amélioration de la planification des approvisionnements en vue d'éviter les ruptures des stocks de réactifs et consommables dans les formations sanitaires au niveau décentralisé;
- ❖ Extension de l'intégration du VIH dans les curricula de formation à tous les niveaux y compris l'enseignement professionnel;
- ❖ Amélioration de la complétude des données notamment en ce qui concerne les activités de dépistage, de distribution des condoms.

AXE STRATEGIQUE 2 : ACCES AUX SOINS ET PRISE EN CHARGE MEDICALE ET COMMUNAUTAIRE

1. Objectifs et domaines d'actions prioritaires

Au cours de la mise en œuvre du CSLS 2001-2005, le nombre de PVVIH prises en charge par les ARV est passé de 2,5% en fin 2003 à 24,7 % en 2005 (source Rapport UNGASS 2005). Cette performance est liée entre autres à l'amélioration de l'accès aux soins par les personnes vivant avec le VIH ainsi que leur prise en charge médicale et communautaire, à la systématisation de l'application des protocoles de chimio-prophylaxie et de traitement des infections opportunistes dans les services de soins ambulatoires ainsi que la réalisation des activités de soins conseils communautaires.

Ces performances ont été ralenties par (i) la faible décentralisation de la prise en charge médicale, y compris par les ARV, (ii) le faible niveau de coordination de l'organisation de la prise en charge médicale, (iii) l'insuffisance de personnel spécialisé (prescription et prise en charge) dans le secteur de la santé, (iv) l'insuffisance dans la mise en place d'un dispositif pouvant assurer la confidentialité dans le secteur ministériel et l'accompagnement des PVVIH ainsi que (v) l'insuffisance des capacités technique des structures communautaires impliquées dans la prise en charge.

Dans un tel contexte, le CSLS 2006-2010 s'est fixé comme objectifs d'assurer la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH à 100% d'ici 2010 en assurant une couverture en soins et conseils dans les structures de soins et les centres de traitement ambulatoires selon les directives nationales pour 100% des personnes dépistées positives et en assurant le traitement par les ARV, à 55,10% (en 2008) et au moins 90% (en 2010) des PVVIH dont l'état de santé le nécessite.

2. Ressources financières

Le budget global pour cet axe stratégique sur la période 2006-2010 est de 18,3 milliards de FCFA dont 10 milliards de FCFA sur la période 2006-2008, soit 54%. Sur cette période, 14,38 milliards de FCFA ont été mobilisés (taux de mobilisation de 143,3%) et les dépenses globales réalisées pour la mise en œuvre des activités de cet axe stratégique sur la période sous revue (2006-2008) s'élèvent à 10, 925 milliards de FCFA, soit un taux d'absorption de 75,9%.

3. Les intervenants

Les activités prévues dans cet axe stratégique ont été mises en œuvre par les structures de soins publics et associatifs sous la coordination du Ministère ayant la santé dans ses attributions. Au niveau de la prise en charge communautaire, il importe de souligner le rôle primordial du Programme d'Appui au Monde Communautaire (PAMAC) à travers 119 associations. Au niveau de la prise en charge médicale, le secteur associatif joue de plus en plus un rôle appréciable à travers les structures de soins associatives accréditées pour la prise en charge des PVVIH (11 structures accréditées dont 8 à Ouagadougou, 2 à Bobo et 1 à Ouahigouya).

Au niveau des partenaires financiers qui ont appuyé la mise en œuvre des interventions préconisées dans cet axe stratégique, il importe de signaler les apports financiers du Gouvernement du Faso, du Groupe Thématique ONUSIDA, des Bilatéraux, des Multilatéraux de ONG internationales.

4. Analyse des résultats par domaine d'action stratégique

(i) Développement des services sanitaires de base au niveau communautaire

La décentralisation des activités et l'extension de l'accès au traitement nécessite l'intégration de la prise en charge des pathologies courantes au niveau de la communauté selon un paquet minimum d'activités prédéfinies en rapport avec le traitement du SIDA.

A ce sujet, on notera l'augmentation du nombre d'associations impliquées dans la prise en charge, qui est passé de 35 à 119 entre 2005 et 2007. Le domaine d'action au niveau communautaire porte sur les visites à domicile, la prise en charge nutritionnelle, la formation en soins communautaires et le traitement des infections opportunistes. Ainsi, en 2007, 20.256 PVVIH inscrites auprès des structures communautaires ont pu bénéficier des divers services, cet effectif étant évalué à 22.008 PVVIH en 2007. Pour une meilleure coordination des interventions, treize (13) cadres de concertation régionaux des structures associatives et communautaires ont été mis en place et permettent aux professionnels de santé et aux acteurs communautaires de travailler de manière coordonnée sur l'ensemble du territoire national. L'aide à l'observance a permis de toucher 6.445 malades en 2007 (dont 3.535 PVVIH à travers les réseaux d'associations AIDSETI et CICDOC) contre 4.400 en 2006 et 2.240 en 2005.

(ii) Renforcement de l'implication du monde associatif et communautaire dans le continuum de soins aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA

Les informations ci-dessus témoignent de l'implication du monde associatif et communautaire dans le continuum de soins à travers un système de référence et de contre-référence avec le système de santé. L'accréditation des structures de soins associatifs pour la prise en charge des PVVIH (11 structures accréditées dont 8 à Ouaga, 2 à Bobo et 1 à Ouahigouya) constitue aussi un point fort dans le cadre de l'interaction avec le secteur sanitaire public. Il importe de souligner le rôle primordial du PAMAC à travers 119 associations intervenant dans les domaines **du soutien psychologique**: visites à domicile/hôpital, groupes de parole, consultations psychologiques, **le soutien social** : soutien alimentaire, soutien aux OEV, soutien, AGR, etc. ainsi que **les soins**: accès aux soins, aide à l'observance.

(iii) Renforcement des compétences pour la prise en charge médicale et la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte

Dans ce domaine, des modules de formation de PCIM/VIH adaptés à la politique de prise en charge nationale ont été élaborés en 2006 pour servir de référentiel pour la formation des prestataires de soins. Ces modules ont été reproduits et distribués (500 exemplaires). En vue d'étendre la formation des prestataires, un pool de formateurs a été constitué à travers une formation qui a eu lieu en 2007 au niveau des 13 régions sanitaires. Les formations en cascade démarrées en 2007 au niveau des districts vont arriver à terme à la fin de 2008.

Au total 532 professionnels ont été formés et a concerné les médecins, les infirmiers, les sages femmes et les pharmaciens.

Le renforcement des capacités des prestataires de soins est également assuré à travers l'enseignement de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST au niveau universitaire et dans les écoles de formation professionnelle du ministère de la Santé.

Au niveau universitaire, on note la formation au DIU sur la prise en charge médicale enseignée aux professionnels de la santé et du secteur communautaire. L'édition 2008 s'est déroulée du 26 Mai au 21 Juin 2008. Elle a concerné 101 participants venant de 17 pays qui sont : le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, le Cameroun, le Congo, Djibouti, le Gabon, la Guinée, le Mali, la Mauritanie, le Niger, la Centrafrique, la Côte d'Ivoire, le Rwanda, le Sénégal, le Tchad, le Togo. Trente un (31)

Burkinabè ont pris part à cette formation. Le profil des participants était varié : médecins généralistes, pédiatres, pharmaciens, infirmiers, sages femmes, psychologues, assistantes sociales et sociologues.

(iv) Renforcement de la prophylaxie et du traitement des Infections Opportunistes (IO)

En référence aux protocoles adaptés de chimioprophylaxie et de traitement des IO qui ont été validés par des études cliniques, la prophylaxie et le traitement des IO sont effectifs dans les formations sanitaires; Une liste des IO traités gratuitement a été élaborée et diffusée dans les formations sanitaires.

La Prophylaxie et le traitement des Infections Opportunistes (IO) ont été assurés pour 13.616 PVVIH en 2005 et 30.113 PVVIH en 2006 (les données de 2007 et du 1er semestre 2008 ne sont pas disponibles). Il importe de souligner l'appui essentiellement du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la tuberculose, pour l'approvisionnement des structures en médicaments contre les IO et l'appui du PADS.

En matière de renforcement des capacités, on notera la participation du CMLS/Santé et du PNT à un cours international sur la coinfection à Sondalo (en Italie).

La prise en charge des IO souffre cependant d'une insuffisance de coordination au sein du secteur de la santé et avec les différentes sources de financement. La disponibilité des médicaments est discontinuée du fait que leur quantité reste insuffisante pour couvrir les besoins ressentis dans les sites de prestation. Cette situation est liée à l'instabilité des sources de financement et à la faible maîtrise de l'expression des besoins à différents niveaux du système.

(v) Développement des services de traitement ambulatoire et des soins à domicile

Les activités réalisées dans ce cadre se traduisent entre autres par l'augmentation du nombre de personnes sous traitement due à une amélioration de la décentralisation de la prise en charge et l'implication continue des structures communautaires dans le continuum de soins. En effet, en 2007, au moins 54/55 districts sanitaires fonctionnels disposent d'au moins une OBC de prise en charge. Le PAMAC a contribué au renforcement des capacités de 1.263 membres de 120 OBC sur la prise en charge communautaire. Le volet soins à domicile est essentiellement réalisé par les structures communautaires dans le cadre du continuum de soins aux PVVIH à travers des visites à domicile ou à l'hôpital. Des hôpitaux de jour sont fonctionnels dans les centres de traitement ambulatoires (CTA) de Ouagadougou et Bobo.

En termes de bilan, des stratégies d'accompagnement ont été développées par les structures communautaires en 2006 et 22.917 visites à domicile (dont 13.430 par les réseaux d'associations AIDSETI et CICDOC) ont été réalisées au profit d'au moins 12.000 PVVIH (sur une prévision de 5.000 PVVIH). Le dynamisme communautaire s'est maintenue au cours de l'année 2007 avec 22.008 malades qui ont bénéficié de soins à domicile dont 9.570 PVVIH ayant besoin de prise en charge médicale ont été référés aux formations sanitaires publiques.

(vi) Développement de la prise en charge nutritionnelle

Le développement de la prise en charge nutritionnelle connaît une évolution grâce aux acteurs de la société civile sous l'impulsion du PAMAC qui encadre 119 structures de prise en charge dont le paquet minimum d'activités intègre l'éducation nutritionnelle et la distribution de vivres aux PVVIH. Cette prise en charge a comme référentiel le Guide national pour le soutien nutritionnel des PVVIH, issu de la concertation organisée entre acteurs impliqués dans la prise en charge nutritionnelle.

Le nombre de PVVIH qui ont bénéficié d'un appui nutritionnel s'accroît de plus en plus : 4.079 en 2006, 16.676 en 2007, 10.559 au 1er semestre 2008.

(vii) Renforcement des services biologiques, médico-techniques et cliniques

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des PVVIH a été rendue possible grâce au renforcement des services biologiques, médico-techniques et cliniques. C'est ainsi que le nombre de laboratoires avec un compteur de CD4 est passé de 5 en 2004 à 22 en 2006 et 39 en 2007 assurant de ce fait une couverture des 13 régions du pays. Aussi, 6 appareils de PCR sont fonctionnels couvrant les localités de Ouagadougou, Nouna, Bobo-Dioulasso, Tenkodogo et Ouahigouya .

L'accessibilité financière au suivi biologique apparaît cependant comme un obstacle à l'accès au suivi biologique (le coût du suivi biologique des PVVIH reste élevé et la tarification de 3000 F CFA par bilan ne semble pas respectée).

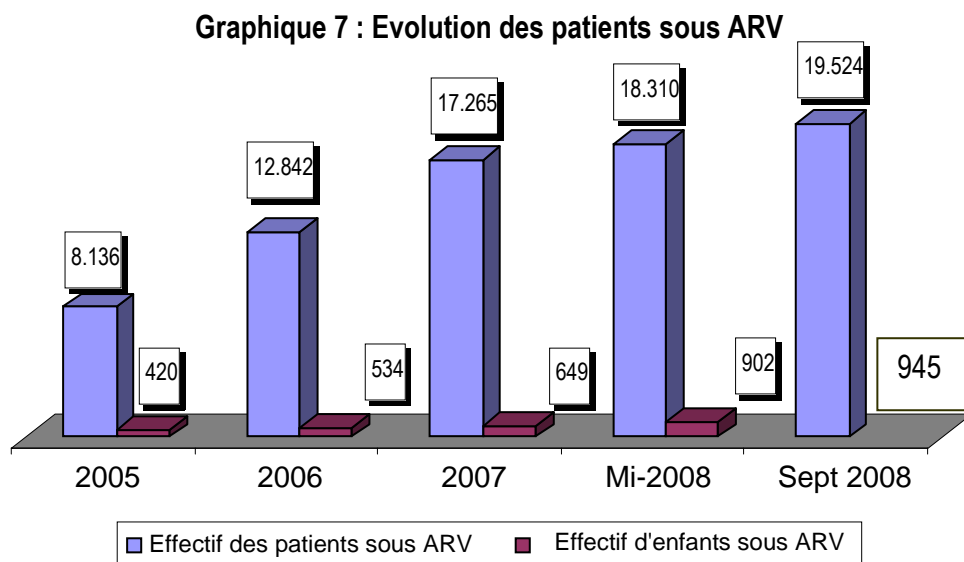
(viii) Renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées

Concernant la prise en charge médicale, la décentralisation des traitements, la formation du personnel et les efforts d'équipement des formations sanitaires ont permis d'élargir l'accès au traitement .

On note une extension remarquable des structures dispensatrices du traitement ARV, passant de 44 structures en 2005 à 76 en 2007 et 79 en 2008 disponibles dans les treize régions du pays, et 27 d'entre elles assurent la prise en charge pédiatrique.

L'accessibilité financière aux ARV a aussi été rendue possible par la subvention du coût de traitement qui passe de 5.000 FCFA à 1.500 FCFA dans toutes les formations sanitaires publiques et privées du pays depuis avril 2008.

Ainsi, le nombre de patients sous ARV a été multiplié par 13 en 5 ans (1.514 en 2003 contre 19.524 en fin septembre 2008). Le graphique ci-après montre la progression de l'inclusion au traitement ARV :



En prenant en compte les projections faites par le logiciel Spectrum, la couverture des besoins en thérapie ARV (48 133 patients) est de 40,5%, ce qui est relativement proche de l'objectif de 55% fixé pour 2008.

Dans le domaine du renforcement des capacités techniques des prestataires, d'importantes activités ont été réalisées, notamment la révision du document "normes et protocoles" de prise en charge la formation des médecins et des laborantins, l'organisation de la prise en charge dans le contexte de la décentralisation, la formation de 59 médecins sur la co-infection TB/VIH, la formation sur la prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH au profit de 70 médecins des districts.

S'agissant de la co-infection TB/VIH, les données de 2007 montrent que sur un total de 1.115 malades admis dans les Centres de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose, 321 ont été testés positifs au VIH et 89 patients tuberculeux ont été mis sous ARV.

La phytothérapie contribue également à la prise en charge des PVVIH depuis l'année 2000 avec l'expérience de l'unité de Phytothérapie du Centre Médical Saint Camille (CMSC) en collaboration avec la Direction de la promotion de la médecine traditionnelle. Il s'agit d'un travail scientifique qui vise le suivi clinique et biologique des personnes vivant avec le VIH traitées par la Médecine traditionnelle, dont l'objectif général est de « contribuer à l'amélioration de la prise en charge des PVVIH par une meilleure implication de la Médecine traditionnelle ».

Dans le domaine du suivi clinique et biologique, 200 patients VIH positifs ont été enregistrés en 2007 au centre médical Saint Camille au compte de l'unité de phytothérapie parmi lesquels, six patients ont été perdus de vue. En revanche, aucun décès n'a été enregistré et seulement quatre patients ont été mis sous ARV portant le nombre total à 11 ayant passé à la trithérapie (7 étaient déjà passés sous ARV en 2006). On note par ailleurs qu'entre 2006 et 2007, six patients ont connu une chute de leur taux de CD4 au premier contrôle après trois mois de phytothérapie avec une remontée après six mois de traitement. Treize patients sont restés stationnaires du point de vue de l'évolution de leur taux de CD4 et 160 patients ont connu une ascension régulière et significative du taux de leur CD4. En conclusion, sur le plan clinique et biologique la majorité des patients présente une amélioration quant à leurs paramètres cliniques et biologiques.

Dans le domaine de l'encadrement des tradipraticiens impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA, au cours de cette année, 18 ont été encadrés du point de vue de la formation et de la production des recettes. Quatre autres présentant un intérêt sont en cours de sélection.

En ce qui concerne le recensement des plantes à risque d'interaction négative avec les ARV, douze (12) plantes ont été recensées comme pouvant être à risque d'interaction négative avec les ARV. Une brochure sur ces plantes à l'intention des cliniciens est disponible.

L'ensemble des services disponibles est offert dans le circuit traditionnel de soins ou dans le cadre des soins à domicile ou encore en soins ambulatoires. Si les soins ambulatoires sont presque exclusivement offerts par les structures de soins, par contre les soins à domicile sont plus par contre exécutés par les structures communautaires impliquées dans la prise en charge des PVVIH.

En ce qui concerne le recensement des plantes à risque d'interaction négative avec les ARV douze (12) plantes ont été recensées comme pouvant être à risque d'interaction négative avec les ARV. Une brochure sur ces plantes à l'intention des cliniciens est en cours d'édition.

Ainsi, au premier semestre 2008, c'est un total de 219 qui ont bénéficié d'un traitement par la phytothérapie dont 59 reçoivent leurs produits directement au CM Saint Camille et 160 repartis entre les TPS et les chercheurs œuvrant dans le domaine du VIH. Cliniquement, on peut retenir en termes de résultats qu'aucun décès n'a eu lieu, 3 patients ont été perdus de vue, 12 patients ont été mis sous ARV, 8 patients ont une bonne évolution clinique avec un taux de CD4 stationnaire, et 196 patients ont eu une récupération clinique (prise pondérale environ 1 à 5kg par mois) et immunologique (augmentation des CD4 de 5 à 20 par trimestre).

En terme de renforcement du partenariat avec les tradipraticiens, les principales activités organisées au courant du 1^{er} semestre 2008 sont les suivantes : (i) la tenue de la rencontre nationale de concertation entre les acteurs de la médecine traditionnelle et ceux de la médecine moderne, (ii) la traduction des textes réglementaires dans 5 langues locales (Gourmatchéma, Bissa, Lyélé, Bobo, San), (iii) la formation de 100 TPS sur les normes de Bonnes Pratiques de Fabrication (BPF) des médicaments, (iv) l'homologation de 20 médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle, (v) la poursuite des essais thérapeutiques des médicaments traditionnels utilisés dans la prise en charge des PVVIH au CM de St Camille ainsi que (vi) l'organisation d'un atelier de concertation avec les TPS sur le VIH/SIDA.

Les principales difficultés rencontrées demeurent l'insuffisance de formation des TPS sur les thèmes liés au VIH/SIDA et les instruments de travail rudimentaires pour la production de leurs médicaments.

(ix) Renforcement du système d'approvisionnement en médicaments, y compris les ARV, réactifs, consommables et équipements

L'ensemble des pharmacies de référence ont pu bénéficier d'un approvisionnement en médicaments, réactifs et consommables. Cependant, il persiste des ruptures de stocks liés à la faiblesse du système d'approvisionnement des formations sanitaires. Il est donc indispensable : (i) de mettre en place une procédure allégée d'approvisionnements réguliers des acteurs et des structures (CAMEG, grossistes et pharmacies/officines privées, dépôt répartiteur de district) en médicaments, consommables et réactifs, (ii) de faire une revue des procédures et du système d'approvisionnement pour l'adapter aux objectifs de la décentralisation des traitements et (iii) de renforcer les capacités en gestion de stocks des structures d'approvisionnement et de distribution. Dans cette dynamique, et dans le cadre de l'appui aux régions, des formations des préparateurs d'état en pharmacie et pharmaciens ont été organisées sur la gestion des ARV. L'utilisation du logiciel ESOPE pourra aussi permettre d'affiner les besoins en approvisionnement par les structures de prise en charge basés sur la file active réelle.

(x) Organisation de l'aide à l'observance au traitement

Le respect de la prescription médicale et du schéma thérapeutique par le malade est le principal gage de succès du traitement. L'observance du patient à son traitement prévient les échecs aussi bien cliniques qu'immuno-virologiques et l'apparition des résistances. C'est dans cette optique que l'aide à l'observance a permis de toucher 6.445 malades en 2007 (dont 3.535 PVVIH à travers les réseaux d'associations). En 2008, environ 30 849 PVVIH ont bénéficié de prestations de 120 associations de PECC appuyée par le PAMAC. .

Néanmoins, il persiste une faible interaction entre les structures de prise en charge médicale et les structures associatives pour la gestion de l'observance des traitements.

Il est donc important de mettre en place un dispositif pour assurer l'observance du traitement par les patients notamment à travers l'élaboration et la diffusion des directives pour la mise en place effective des clubs d'observance au traitement ainsi que la formation conséquente des membres de ces clubs.

5. Leçons apprises et perspectives

L'augmentation de la couverture géographique et la disponibilité des services (formation en PCIM/VIH du personnel, l'initiative UNITAID pour le traitement des ARV, etc.) associées à la formalisation de l'implication de structures communautaires compétentes pour la prise en charge médicale par le biais de l'accréditation ainsi que la réduction des prix des ARV ont contribué à accélérer le passage à l'échelle de la prise en charge médicale.

La question de l'appui nutritionnel dans le contexte du VIH souffre de l'absence d'une stratégie clairement définie prenant en compte l'approvisionnement en intrants, la gestion logistique et l'accompagnement social et médical dans les cas qui le nécessiteraient.

L'interaction entre les structures de prise en charge médicale et les structures associatives pour la gestion de l'observance des traitements reste encore faible.

A mi-parcours, l'objectif de couvrir 55% des PVVIH qui ont besoin d'ARV n'est pas totalement atteint. Il est donc important que des efforts soient soutenus afin d'espérer atteindre les objectifs d'ici 2010.

Encadré 9

MESURES A PRENDRE POUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS:

- ❖ Élargissement des acteurs de prise en charge médicale à travers 1) la poursuite de l'accréditation des structures associatives; 2) définir une stratégie claire et consensuelle d'implication du sous secteur sanitaire privé dans l'offre de soins du sida, 3) le renforcement des services de santé notamment les CMA pour la prise en charge médicale 4) augmenter l'offre de prise en charge pédiatrique;
- ❖ Définition d'une stratégie de prise en charge nutritionnelle des PVVIH prenant en compte l'approvisionnement en intrants, la gestion logistique et l'accompagnement social et médical;
- ❖ Amélioration de la qualité de la prise en charge des IO à travers le renforcement des capacités des acteurs dans l'expression des besoins en médicaments et consommable, le renforcement du CMLS santé dans la coordination, la stabilisation des financements .

AXE STRATEGIQUE 3 : PROTECTION ET SOUTIEN AUX PVVIH ET AUTRES GROUPES SPECIFIQUES

1. Objectifs et domaines d'actions prioritaires

A l'issue de la mise en œuvre du CSLS 2001-2010, les acquis ont porté essentiellement sur (i) l'augmentation du nombre de personnes infectées et affectées (PVVIH, OEV, veufs, veuves) et de leurs familles qui ont bénéficié de soutien, (ii) le développement des réseaux de prise en charge psychosociale et de protection des PVVIH ainsi que (iii) la mise en œuvre des projets d'activités génératrices de revenus favorisant l'amélioration de l'accessibilité au crédit des personnes infectées et affectées.

Tirant les leçons de la mise en œuvre de cet axe, le CSLS 2006-2010 s'est fixé comme objectif général l'amélioration de la protection et la prise en charge socioéconomique des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques. A ce titre, il s'agira 1) d'assurer le soutien psychosocial, économique et spirituel à au moins 60% des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques qui en ont besoin et 2) d'assurer la protection juridique des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques victimes de stigmatisation et de discrimination. Ces objectifs devraient être atteints grâce au renforcement de la prise en charge psycho sociale, 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, au renforcement du soutien psychologique, spirituel, social et économique aux groupes vulnérables et spécifiques, à la promotion des activités génératrices de revenus et au renforcement de la lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées.

2. Ressources financières

Le budget global pour cet axe stratégique sur la période 2006-2010 est de 23,8 milliards de FCFA dont 14,35 milliards de FCFA sur la période 2006-2008, soit 54%. Sur cette période, 8,1 milliards de FCFA ont été mobilisés (taux de mobilisation de 56,6%) et les dépenses globales réalisées pour la mise en œuvre des activités de cet axe stratégique sur la période sous revue (2006-2008) s'élèvent à 6,7 milliards de FCFA, soit un taux d'absorption de 82,9%.

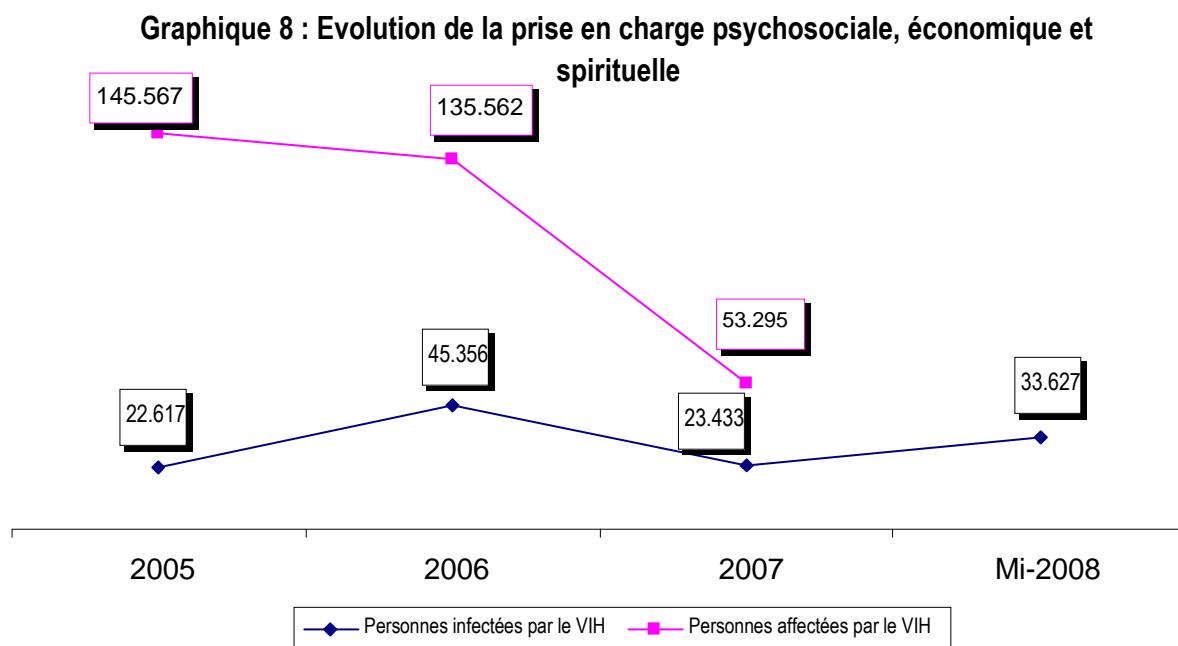
3. Les intervenants

Avec l'élaboration du CSLS 2006-2010, le Ministère en charge de l'action sociale s'est vu confier la mise en place d'un cadre cohérent de coordination et de suivi des interventions sectorielles visant le renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH, aux personnes affectées par le VIH et autres groupes spécifiques. Les actions planifiées sont orientées vers le personnel et leur famille d'une part, et d'autre part, vers la coordination des activités de prise en charge psychosociale et socio-économique des personnes infectées et affectées au niveau national. Elles sont exécutées par : les cellules relais des directions centrales, régionales, et provinciales, les services rattachés des projets et programmes, les organisations sociales, les écoles et centres de formation professionnelles, les centres de solidarités. En complément au Ministère en charge de l'action sociale, il importe de souligner le rôle majeur dans la mise en œuvre de cet axe stratégique par le PAMAC, le Projet SIDA communauté, le projet PA/PMLS, AXIOS, le Fonds de Solidarité envers les Malades et Orphelins du SIDA, l'Initiative Privé et Communautaire de lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso (IPC/BF).

4. Analyse des résultats par domaine d'action stratégique

(i) Renforcement de la prise en charge psycho sociale, 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

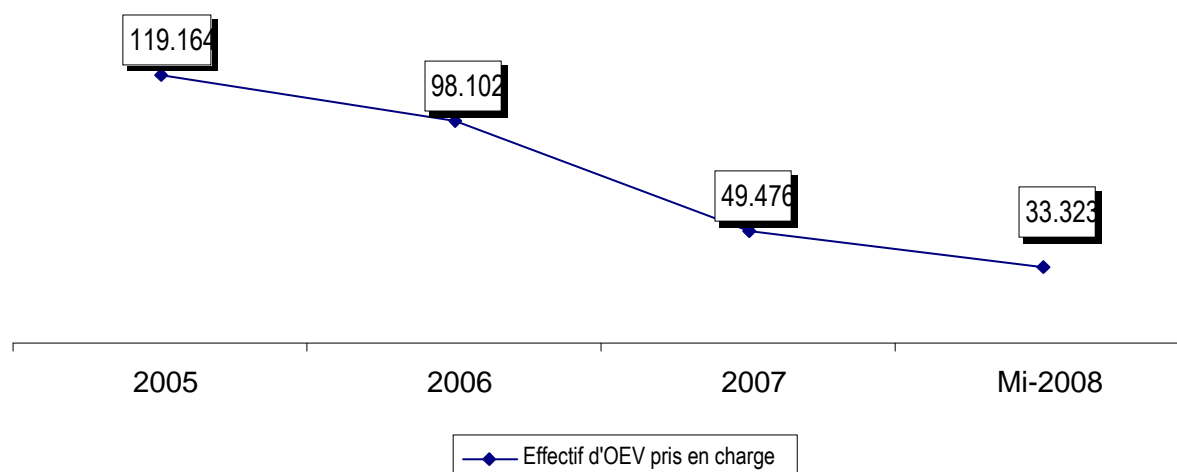
En vue de pallier à la détérioration de la situation sociale, financière et économique des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées, la prise en charge psychosociale, économique et spirituelle a été mise en œuvre à l'endroit personnes nécessiteuses par les organisations à base communautaire (OBC) comme le montre le graphique ci-après :



(ii) Renforcement du soutien psychologique, spirituel, social et économique aux groupes vulnérables et spécifiques

Les interventions en faveur des groupes vulnérables et spécifiques ont surtout concerné les orphelins et enfants vulnérables et ont porté sur la disponibilisation des fournitures scolaires, le paiement des frais d'inscription et de scolarité, la réalisation d'activités socio-éducatives et le soutien alimentaire, vestimentaire, médical. Il est à noter cependant que le nombre d'OEV bénéficiant de divers appuis est en baisse sur la période sous revue comme le témoigne le graphique ci-après. Cette situation pourrait s'expliquer par l'insuffisance dans la complétude des rapports essentiellement et au fait de l'achèvement de certains projets et programmes comme le PAP/MLS, AXIOS :

Graphique 9 : Evolution de la prise en charge des OEV



Notons aussi qu'une étude sur la problématique de la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables au Burkina Faso a été réalisée en 2007 en vue de mieux organiser les interventions en faveur de ce groupe.

Le projet de recherche-action menée par l'Association burkinabé de santé publique (ABSP) a permis de soutenir 2.718 indigents dans le domaine alimentaire, 647 sur le plan vestimentaire, 104 personnes sur le plan psychosocial et 391 personnes indigentes sur le plan médical (médicament, consultation et examens de laboratoires).

(iii) Promotion des activités génératrices de revenus

La promotion des activités génératrices de revenus au profit des personnes infectées et affectées a pour objectif de favoriser leur insertion dans le circuit économique et leur garantir une autonomie financière. Pour cela, en 2006, 214 personnes ont été formées en gestion des fonds dans le cadre de la promotion des AGR. Au cours de l'année 2007, des projets en faveur des indigents ont été financés et mis en œuvre par 37 structures associatives (à hauteur de 36,5 millions de FCFA pour mener des activités de prise en charge (médicale, psychosociale, alimentaire), d'appui à la scolarisation et au développement d'activités génératrices de revenus. En plus de cela le Fonds de solidarité envers les malades et orphelins du sida a octroyé 40 millions de FCFA pour la prise en charge de 200 indigents sous ARV. Dans la même optique, le projet de recherche-action menée par l'Association burkinabé de santé publique (ABSP) a permis de développer 140 activités génératrices de revenus pour les femmes indigentes en vue de réduire leur vulnérabilité et de leur permettre de faire face aux dépenses de santé dans le contexte du VIH/Sida.

Concernant les AGR en faveur des PVVIH, 8.728 en ont bénéficié en 2007 contre 1.344 PVVIH seulement au 1er semestre 2008.

(iv) Renforcement de la lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées

En dépit de l'existence des conventions internationales relatives à la protection des malades, des violations des droits fondamentaux des PVVIH continuent de s'observer. Dans le but de lutter contre ces pratiques, le Burkina Faso s'est doté de la loi N°030-2008/AN portant lutte contre le VIH/Sida et protection des droits des personnes vivant avec le VIH/Sida qui a été adoptée par l'Assemblée nationale le 20 mai 2008. Une étude a également été menée en vue d'évaluer l'ampleur de la violation des droits face au VIH/SIDA et les IST afin d'apprécier le degré de stigmatisation et de discrimination des personnes infectées et affectées. Néanmoins, force est de constater que les structures chargées des droits humains qui assurent la protection juridique des PVVIH et personnes affectées et groupes spécifiques restent insuffisantes (6 structures).

Il s'avère donc indispensable d'assurer, sous le leadership de la société civile et du monde associatif, des formations à l'endroit des organisations de PVVIH à la maîtrise des stratégies d'auto-défense de leurs membres (connaissances sur le plan juridique et psychosocial pour leur propre défense).

5. Leçons apprises et perspectives

Avec l'adoption de la loi, des bases sont posées pour assurer une protection formelle des PVVIH. Cependant, au stade actuel, il apparaît difficile d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs initiaux faute de référentiel. Le défi majeur dans la phase prochaine du CSLS 2006-2010 est de mieux maîtriser les cibles à couvrir.

Encadré 3

MESURES A PRENDRE POUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS:

- ❖ Poursuite des initiatives actuelles d'identification des OEV et autres cibles vulnérables
- ❖ Renforcement du plaidoyer en faveur de la prise en charge socio économique des PVVIH
- ❖ Renforcement de la coordination et de l'harmonisation des interventions de soutien en faveur des personnes infectées et affectées,
- ❖ Promotion de l'application de la loi par une large diffusion et par la prise effective des textes d'application.

AXE STRATEGIQUE 4 : PARTENARIAT, COORDINATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

1. Objectifs et domaines d'actions prioritaires

Le CSLS 2001-2005 a permis d'obtenir des résultats fort appréciables au niveau de l'approche multisectorielle qui ont permis de mettre en œuvre des réponses appropriées à la problématique de la lutte contre la VIH/SIDA et les IST. Cette approche a favorisé la concertation entre le Gouvernement et l'ensemble des acteurs, notamment les partenaires techniques et financiers.. Par ailleurs, la décentralisation de la lutte contre le VIH/SIDA est effective avec la mise en place de 80% des structures décentralisées.

Les principales difficultés rencontrées tiennent d'une part, de la faible capacité de fonctionnement des structures de coordination mises en place du fait de l'insuffisance de ressources et de la forte mobilité du personnel formé. Ces difficultés sont également liées au fait que l'harmonisation et l'alignement ne sont pas encore totales.

Dans ce contexte, le CSLS 2006-2010 ambitionne d'accroître les capacités organisationnelles et fonctionnelles d'au moins 80% des institutions, services, ONG et associations/OBC impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST et d'impliquer au moins 80% des partenaires techniques et financiers identifiés dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

2. Ressources financières

Le budget global pour cet axe stratégique sur la période 2006-2010 est de 12,27 milliards de FCFA dont 7,4 milliards de FCFA sur la période 2006-2008, soit 60,5%. Sur cette période, 13,8 milliards de FCFA ont été mobilisés (taux de mobilisation de 185,6%) et les dépenses globales réalisées pour la mise en œuvre des activités de cet axe stratégique sur la période sous revue (2006-2008) s'élèvent à 10,8 milliards de FCFA, soit un taux d'absorption de 78,5%.

3. Les intervenants

Etant donné qu'il s'agit d'un axe transversal dont l'objectif essentiel est l'accroissement du potentiel de mise en œuvre et de coordination de la réponse nationale, les intervenants s'avèrent donc être toutes les structures tant publiques que de la société civile impliquées dans la lutte contre le Sida au Burkina Faso. Il s'agit aussi de tous les partenaires aussi bien techniques que financiers qui appuient la lutte contre le Sida dans le pays.

4. Analyse des résultats par domaine d'action stratégique

(i) Plaidoyer pour une plus grande implication des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux

La tenue régulière des sessions du CNLS a constitué un cadre idéal de mobilisation des ressources du fait qu'à cette occasion, les besoins des Plans Nationaux Multisectoriels (PNM) ainsi que les résultats obtenus avec les financements mobilisés sont présentés aux PTF nationaux et internationaux (87 PTF en 2008). De 2006 à juin 2008, le résultat du plaidoyer à l'endroit des PTF est matérialisé par la mobilisation de 60,88 milliards de francs CFA pour appuyer la mise en œuvre des PNM. L'inscription

d'une ligne au titre du budget de l'Etat pour la lutte contre le VIH/SIDA et les IST constitue un point fort dans le processus de pérennisations des résultats atteints dans ce domaine.

L'intégration du VIH comme stratégie transversale dans quelques projets de développement constitue aussi une stratégie de l'implication des PTF dans la mise en œuvre du CSLS qu'il convient de renforcer.

(ii) Renforcement de la capacité organisationnelle et institutionnelle des structures impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST

Le dispositif institutionnel de mise en œuvre tel que défini dans le CSLS 2006-2010 comporte : (1) un organe de décision et d'orientation qui est le Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST présidé par le Président du Faso et qui est composé des représentants des institutions, des départements ministériels, de la société civile, du secteur privé et des partenaires au développement bilatéraux et multilatéraux. (2) Des structures de coordination constituées d'une part au niveau central : du Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST (SP/CNLS-IST) et des divers groupes des partenaires techniques et financiers et d'autre part au niveau décentralisé : par des comités sectoriels (CILS, CMLS et CELS), des conseils régionaux, des comités provinciaux, communaux, départementaux/communes rurales et des structures communautaires de coordination ; (3) Des structures d'exécution regroupant les structures sectorielles d'exécution aux niveaux central, régional et provincial telles que les cellules relais des CILS, CMLS et CELS, les comités villageois, les comités des secteurs de communes, les ONG/associations/OBC et les cellules d'exécution des projets et programmes.

Les acteurs impliqués décrits dans ce dispositif institutionnel ont bénéficié des appuis divers aussi bien au niveau organisationnel qu'institutionnel. L'extension de la décentralisation des structures du CNLS reste faible (2 antennes régionales fonctionnelles sur les 13 régions). Pour pallier cela, une étude visant à réaliser un état des lieux de ces structures au niveau des entités territoriales est en cours et devra déboucher sur un plan de renforcement des capacités des dites structures. Le PAMAC qui a été mis en place par le SP/CNLS-IST pour le renforcement des capacités des structures communautaires et associatives a permis à plus de 120 structures et réseaux d'être fonctionnels à travers l'appui à l'exécution de leurs plans d'actions. En termes d'équipements, plusieurs associations ont été dotées de matériel informatique, de groupes électrogènes, de kits IEC/CCC, de kits audiovisuels, de motos et des véhicules. Les tableaux ci-après montrent l'extension des acteurs de la réponse nationale face au VIH/Sida.

Tableau 5 : Etat des progrès dans le dispositif organisationnel de la lutte contre le SIDA

Structure de mise en œuvre	Niveau de mise en place			Commentaire	
	2005	2006	2007	2006	2007
CRLS	0	13	13	Décret portant création est signé mais l'arrêté de mis en place n'est pas encore pris	Signature de l'arrêté de mis en place le 04 décembre 2007
CPLS	45	45	45		Seuls les CPLS financés par le PALS (11) et le PAPANM (3) ont un appui formel
Antennes régionales	0	2	2	Il est prévu l'installation de 11 antennes régionales en 2007	Il n'y a pas eu de nouvelles antennes en 2007
CILS	0	6	8	Le nombre attendu de CILS est de 11 soit un taux de couverture actuel de 54,5%	Le nombre attendu de CILS est de 9 soit un taux de couverture actuel de 88,9%
CMLS	32	29	24	Le nombre attendu de CMLS est de 30 soit un taux de couverture actuel de 96,7%	Le nombre attendu de CMLS est de 27 soit un taux de couverture actuel de 88,9%
CELS	32	32	32	Le nombre attendu de CELS est de 99 soit un taux de couverture actuel de 32,3%	Le nombre attendu de CELS est de 58 soit un taux de couverture actuel de 55,2%

Au niveau communautaire, la dynamique va croissante d'une année à l'autre avec la création de nouvelles structures. On peut citer la mise en place de l'Union des religieux et coutumiers burkinabé contre le sida (URCB) et la Coalition des réseaux et associations de lutte contre le sida (CORAB). Progressivement, ces structures permettront de renforcer le dynamisme, la coordination et les performances des différents acteurs.

Tableau 6 : Etat des progrès dans le dispositif de coordination communautaire de la lutte contre le SIDA

	2005	2006	2007
Coordinations coutumières et religieuses	3	4	5
Réseaux à caractère national	6	10	12
Réseaux à caractère régional	13	13	13
Coordinations d'ONG et assimilées	4	7	7
Associations spécialisées dans la prise en charge et la promotion du conseil dépistage	70	116	150
Associations et ONG non membres des structures de coordination	100	183	183

Source : Document de travail des 5^{ème}, 6^{ème} et 7^{ème} sessions du CNLS-IST

(iii) Renforcement de la coordination multisectorielle des acteurs et partenaires de la lutte contre le VIH/SIDA

Le dispositif institutionnel a défini les structures de coordination de la réponse nationale décrites précédemment. Cependant leur opérationnalisation n'est pas encore optimale aussi bien au niveau des Départements du SP/CNLS-IST, du niveau décentralisé qu'entre les acteurs de la société civile.

Quelques initiatives ont été entreprises au niveau communautaire notamment par la mise en place de l'Union des religieux et coutumiers burkinabé contre le sida (URCB) et la Coalition des réseaux et associations de lutte contre le sida (CORAB). Des projets dont l'objectif est le renforcement du monde communautaire ont été exécutés et l'on citera entre autres l'élaboration d'un projet de renforcement des capacités de la société civile financé par l'ONUSIDA et qui vise l'implication optimale de la société civile africaine dans la mise en œuvre du concept des Three ones et de l'accès universel pour la période 2007-2008. Ce projet a été proposé par AFRICASO au profit de 9 pays en Afrique de l'Ouest et du Centre. Il convient aussi de mentionner le développement d'initiatives pour la mise en place des organisations associatives de solidarité avec les PVVIH (MEBA, MECV, Défense, etc.).

(iv) Renforcement de la coopération régionale et internationale

Au regard de l'évolution de l'infection qui reste généralisée, il convient d'intensifier le partenariat régional et international avec la définition d'un mécanisme de coopération dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. C'est ainsi que les acteurs impliqués dans la lutte contre le Sida au Burkina Faso ont participé aux rencontres régionales et internationales, aux activités de plaidoyer au niveau régional et international. De plus, ils se sont impliqués dans la réalisation des programmes à envergure sous-régionale et internationale.

L'une des activités phares dans ce domaine est l'organisation, du 08 au 10 mai 2008, des assises des Secrétaires Permanents/Secrétaires Exécutifs des Conseils nationaux de lutte contre le Sida des pays membres de l'UEMOA élargie à la Mauritanie en vue de développer un cadre de concertation sous régional dans la lutte contre le VIH/SIDA.

(v) Renforcement et capitalisation du partenariat national

L'intensification du partenariat entre les différents acteurs de la lutte offre une opportunité de créer plus de synergie et de complémentarité des interventions et également, de capitaliser les meilleures pratiques. Le développement d'une stratégie de plaidoyer pour l'implication des partenaires nationaux serait un atout majeur dans ce domaine. Des rencontres de capitalisation des acquis et insuffisances au niveau provincial et régional sont à renforcer en vue de rendre opérationnels les cadres de coordination du niveau décentralisé.

(vi) Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST

Les interventions réalisées dans ce domaine ont été décrites précédemment (voir point i)

5. Leçons apprises et perspectives

Au titre de l'implication des institutions et des ministères, l'engagement des acteurs à mettre en place des structures pour développer des actions de prévention et de solidarité envers les personnes infectées et affectées constitue un atout.

Le plaidoyer pour l'implication des partenaires techniques et financiers pour l'appui à la mise en œuvre du CSLS a porté ces fruits au regard de la grande adhésion constante aux différentes initiatives.

A mi parcours, on peut noter que l'objectif d'impliquer les PTF dans la lutte contre le VIH/SIDA est largement atteint. En ce qui concerne le renforcement des capacités organisationnelles et fonctionnelles des institutions, des ONG et associations des efforts restent encore à faire au regard de la capacité opérationnelle de nombreuses institutions notamment dans la coordination, la planification et le suivi et l'évaluation.

Encadré 4

MESURES A PRENDRE POUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS:

- ❖ Maintien et renforcement de 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 (mars 2005),
- ❖ Promotion de l'élaboration chaque année d'une analyse des gaps financiers, programmatiques et en termes de couverture géographique qui servirait d'outil de concertation par les PTF en vue d'une allocation optimale des ressources disponibles,
- ❖ Promotion d'une décentralisation effective de la réponse au niveau régional et provincial (transfert des ressources)
- ❖ Accélération de la mise en place d'antennes régionales véritablement opérationnelles du SP
- ❖ Poursuivre le plaidoyer au niveau du Ministère de l'Économie et des Finances pour accroître le montant des prévisions budgétaires de l'état pour les activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans les Institutions et des Ministères,
- ❖ Poursuivre la mobilisation des ressources pour combler le gap financier notamment à travers le R9 GFATM.

1. Objectifs et domaines d'actions prioritaires

Au cours de la mise en œuvre du CSLS 2001- 2005, le système de la sérosurveillance de l'épidémie s'est considérablement renforcé. Le nombre de sites sentinelles est passé de 5 à 13 permettant de couvrir l'ensemble des régions sanitaires (6 sites en milieu rural et 7 en milieu urbain). Les données de ces sites sentinelles ont été utilement complétées en 2003 par les résultats de l'EDS III.

Les principales difficultés repérées dans le cadre de la mise en œuvre de cet axe tiennent à l'absence de programmes précis définissant les priorités en matière de recherche et d'études et à la variation des méthodes d'analyse de la prévalence, de la faiblesse du système suivi-évaluation matérialisée par la non fonctionnalité du système standardisé de collecte de données, le faible niveau de complétude et l'insuffisance de la coordination des études et recherches menées.

A travers, le renforcement de la sérosurveillance au niveau des sites sentinelles et sur les groupes spécifiques, l'organisation de la surveillance des IST, l'organisation du système national de suivi-évaluation des interventions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, la documentation et diffusion des meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, la réalisation d'études épidémiologiques, comportementales, sectorielles et d'impacts, le développement d'un système de promotion de la recherche en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST et l'amélioration du système de collecte et de gestion des données par la notification systématique des cas d'infection à VIH/SIDA et d'IST, le CSLS 2006-2010 ambitionne d'améliorer le système de gestion de l'information et la recherche dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST

2. Ressources financières

Le budget global pour cet axe stratégique sur la période 2006-2010 est de 7,62 milliards de FCFA dont 4,31 milliards de FCFA sur la période 2006-2008 soit 56,6%. Sur cette période, 7,5 milliards de FCFA ont été mobilisés (taux de mobilisation de 174,2%) et les dépenses globales réalisées pour la mise en œuvre des activités de cet axe stratégique sur la période sous revue (2006-2008) s'élèvent à 5,78 milliards de FCFA soit un taux d'absorption de 76,1%.

3. Les intervenants

Les structures impliquées dans le dispositif institutionnel de suivi-évaluation de la mise en œuvre du CSLS 2006-2010 sont celles définies aux niveaux sectorielles et décentralisées pour la coordination et l'exécution des interventions. Ce sont:

- *les structures centrales de coordination*: le SP/CNLS-IST et ses antennes régionales, les coordinations des partenaires techniques et financiers, les coordinations nationales des projets/programmes.
- *les structures décentralisées de coordination du CNLS-IST*: les structures sectorielles de coordination, les structures régionales, provinciales et communales de coordination, les unités d'exécution des projets/programmes
- *les structures communautaires de coordination*: les coordinations nationales, régionales et provinciales des organisations communautaires de lutte contre le VIH/SIDA, les structures spécifiques de coordination (réseaux d'associations, structures coutumières et religieuses de coordination...) et les ONG de lutte contre le VIH/SIDA et les IST

- *les structures d'exécution* : les structures d'exécution au niveau central, régional et provincial. Il s'agit des cellules relais, des comités villageois de lutte contre le SIDA et les IST (CVLS), des comités de secteurs de communes de lutte contre le SIDA (CSCLS), des ONG/OBC/Associations locales, les cellules d'exécution des projets et programmes.

4. analyse des résultats par domaine d'action stratégique

(i) Amélioration du système de collecte et de gestion des données par la notification systématique des cas d'infection à VIH/SIDA et d'IST

La notification des cas s'effectue à travers la collecte systématique et routinière des données par les formations sanitaires et leur acheminement au niveau central pour traitement et analyse indique la situation suivante :

- ❖ En 2006, les services de santé (3 CHU, 9 CHR et le CTA) ont notifié 5.144 cas de SIDA (1835 hommes et 3309 femmes soit respectivement 36% et 64% des cas). Le sexe ratio est estimé à 0,55. 3.164 cas de SIDA ont été hospitalisés dans les districts et les hôpitaux en 2006. Parmi ces patients, 692 sont décédés soit 21,9%. Ce chiffre est nettement plus élevé par rapport à 2005 (379/2345 soit 16,2%). La létalité la plus élevée a été observée chez les plus de 15 ans (22,2%).
- ❖ La prévalence des cas de co-infection avec la tuberculose est estimée à 33,4% en 2006
- ❖ En 2006, les structures sanitaires ont notifié 109.266 cas d'IST. L'incidence globale est estimée à 7,8 cas pour 1000 habitants. L'analyse de l'incidence selon l'âge montre que la tranche d'âge la plus touchée est celle des 20-29 ans (28,2 pour 1000), suivie respectivement des 30-39 ans (18,9 pour 1000) et des 15-19 ans (12,6 pour 1000). Notons que la notification des cas d'IST reste insuffisante en termes de complétude.
- ❖ En 2007, 120.039 cas d'IST ont été notifiés

(ii) Renforcement de la sérosurveillance au niveau des sites sentinelles et sur les groupes spécifiques

Le profil épidémiologique du VIH au Burkina Faso est celui d'une épidémie généralisée et pour suivre l'évolution tendancielle des infections par le VIH, la surveillance sentinelle est réalisée chez les femmes enceintes en zones urbaines et rurales. La sérosurveillance par site sentinelle commencée en 1997 dans 3 sites sentinelles, s'est progressivement étendue à 5 en 1998, puis 10 en 2003 et 13 depuis 2004. Elle couvre depuis 2004 l'ensemble du territoire et se décompose en 7 sites urbains et 6 sites ruraux répartis dans les 13 régions sanitaires avec 43 centres de prélèvements et 19 laboratoires d'analyse biomédicale.

Le protocole de surveillance de 2ème génération au Burkina Faso a été revu en 2007 en y incluant dorénavant l'extension de la surveillance à certains groupes spécifiques (Travailleurs du sexe-TS, tuberculeux, donneurs de sang) et l'évaluation de la résistance primaire aux ARV. Corollairement à cela, il y a eu une formation en 2008 de 100 agents de santé sur les protocoles de surveillance des résistances du VIH aux ARV et le transport des échantillons dans le cadre de cette surveillance est régulièrement assuré des sites SMI au laboratoire du CHU-YO.

La surveillance des résistances du VIH aux ARV comporte trois types d'activités actuellement en cours de mise en œuvre a savoir (i) la mise en place et le suivi d'Indicateurs d'Alerte Précoce (IAP) d'urgence des résistances (Pratique de prescription des ARV, patients perdus de vue, rétention des patients sous 1ère ligne d'ARV, respect des rendez-vous par les patients et continuité d'approvisionnement en ARV) ; (ii) la surveillance des résistances primaires transmises chez les

femmes enceintes et (iii) le monitoring de l'émergence de résistances secondaires chez les personnes sous ARV.

Parallèlement à la surveillance biologique, la surveillance comportementale est une composante clé du système de surveillance du sida au Burkina Faso et les résultats clés sont décrits dans le chapitre sur l'analyse de la situation épidémiologique.

(iii) Organisation de la surveillance des IST

Au Burkina Faso, la surveillance des IST s'est organisée autour de la notification des cas par l'ensemble des formations sanitaires. Avant 2003, cette notification se faisait sur une base étiologique. A partir de 2003, il a été adopté la notification syndromique qui a permis la notification systématique des cas d'IST par l'ensemble des formations sanitaires. Aussi, 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.

(iv) Organisation du système national de suivi-évaluation des interventions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST

L'unité centrale de la planification et du suivi évaluation (UCPSE) a été mis en place par décret n°2007-079/PRES/PM/MS du 14 février 2007 avec rang de direction générale d'un département Ministériel. Elle est le dépôt central de toute information en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Elle est chargée du développement et de la gestion du système national de suivi-évaluation, en collaboration avec les structures décentralisées de coordination du CNLS-IST, les structures communautaires de coordination, les ONG, les unités d'exécution et de coordination des projets et programmes, le Groupe technique de suivi-évaluation (GTSE) et les autres acteurs clés. L'unité centrale comprend des services spécialisés et une cellule de gestion des bases de données. En appui à l'UCPSE, il a été mis en place un Groupe technique de suivi-évaluation qui est un organe consultatif de composition multisectorielle, dont le rôle essentiel est l'orientation des interventions dans le cadre du suivi-évaluation de la mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA.

Des documents normatifs qui servent de référence à la mise en œuvre du système national de suivi-évaluation ont été produits. Il s'agit du manuel de suivi évaluation (élaboré en 2004) qui a été révisé au cours de l'année 2006, pour prendre en compte les orientations du CSLS 2006-2010. L'utilisation de ce manuel s'accompagne de divers documents élaborés par le SP/CNLS-IST et qui font l'objet de révisions périodiques. Il s'agit :

- du guide de remplissage des fiches de collecte des données
- des canevas de planification et de rapportage
- du guide et des modules de formation en planification, suivi-évaluation,
- du manuel d'opérationnalisation du processus de décentralisation,
- du document des outils sectoriels de compilation et de collecte des données,
- divers documents d'orientation des activités de suivi évaluation (fiche de compte rendu d'activité, de supervision des activités, délai de transmission des données par niveau d'exécution et de coordination...)

Le circuit de collecte de données a été défini et un mécanisme de collecte de données par les ACD (Agents de Collecte des Données) a été mis en place suivi de leur renforcement de capacités dans le domaine du suivi-évaluation.

Depuis 2007, le suivi évaluation de la PECM est effectif au niveau du ministère de la Santé, qui s'est doté d'une première version d'une base de données au sein du CMLS/Santé et qui devra renseigner tous les indicateurs du secteur de la santé.

En vue d'assurer une gestion informatisée de la prise en charge des PVVIH, une convention de financement est intervenue le 28 Novembre 2007 entre le GIP Esther et le CMLS/Santé. Des activités opérationnelles du projet « ESOPE Burkina » ont commencé à se mettre en place. Ainsi, au cours du premier trimestre 2008, elles ont été essentiellement marquées par des opérations d'acquisition, de formation et de suivi de terrain. Conformément à la planification du projet, 18 ordinateurs dont 1 ordinateur portable ont été acquis en Février 2008 et mis à la disposition des 09 sites pilotes (CHU YO, CHUP CDG, CMA de Pissy, CMA du Secteur 30, Association AAS, CHU Souro Sanou, DRS du Centre, CHR de Ouahigouya, CMLS/ Santé). Des formations des médecins à l'utilisation de ce logiciel ESOPE. Notons aussi l'utilisation du logiciel HealthMapper (système d'information géographique) qui a été adapté aux besoins de surveillance de la TAR, aux protocoles de 1ère et 2ème ligne.

Les défis majeurs qui restent à relever portent sur (i) la multiplicité de systèmes de suivi-évaluation qui ne sont pas coordonnés, (ii) la faible complétude des données au niveau de l'unité de planification et de suivi-évaluation, (iii) le nombre très élevé d'indicateurs dont les baselines sont souvent non définis, (iv) la formulation des indicateurs sous forme de « % » avec une difficulté d'avoir les dénominateurs, (v) la faiblesse au niveau de l'audit de la qualité des données ainsi que (vi) l'insuffisance de la rétro-information à l'endroit des partenaires impliqués dans la lutte contre le Sida.

Quand bien même l'existence d'une base de données au SP/CNLS et chez les acteurs de la lutte contre le Sida soit un atout, l'interconnexion entre ces bases de données s'avère indispensable pour éviter les doubles saisies et conséquemment les doubles notifications des données.

(v) Documentation et diffusion des meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST

Les structures de coordination ont la responsabilité de diffuser les informations traitées et analysées et d'assurer la rétro information aux structures d'exécution dont elles assurent la coordination des interventions. Le SP/CNLS-IST est également chargé dans le cadre de la rétro-information de diffuser auprès des acteurs de la lutte et les PTF, les résultats globaux et spécifiques obtenus au cours de l'année. Les résultats agrégés des analyses des différents niveaux et des études sont présentés par le SP/CNLS-IST sous plusieurs formes :

- le tableau de bord du suivi des indicateurs, produit en 2008 ;
- le bulletin semestriel de rétro-information, produit en 2006, 2007 ;
- la revue trimestrielle du CNLS-IST « Contre le SIDA », produit en 2006, 2007 ;
- le site WEB du CNLS-IST, régulièrement alimenté en 2006, 2007 ;
- les rapports périodiques du SP/CNLS-IST, produits en 2006, 2007 ;
- le bilan annuel général de la mise en œuvre du PNM, produit en 2006, 2007 ;
- les rapports d'études et de recherches réalisées en 2006, 2007 ;
- les rapports de fin de projets/programmes, produits en 2006, 2007 ;
- le rapport biennal UNGASS, produit en janvier 2008 ;
- les revues spécifiques, produites en 2006, 2007 ;
- etc.

La diffusion des données a aussi été organisée à travers la participation du Burkina Faso aux rencontres organisées au niveau national et international. Ces rencontres constituent des cadres d'orientation et de diffusion de l'information sur les bonnes pratiques et les résultats de la recherche en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

La mise en place d'un centre national de documentation sur le VIH/SIDA et les IST sert aussi de diffusion des informations auprès des utilisateurs et chercheurs qui le fréquentent.

(vi) Réalisation d'études épidémiologiques, comportementales, sectorielles et d'impacts

Plusieurs ont été réalisées au cours de l'année et ont permis de comprendre la situation sociale des PVVIH et des personnes vulnérables, la dynamique de l'infection à VIH/Sida, les facteurs explicatifs de la prévalence de certaines zones et l'état des lieux des connaissances sur la maladie, les voies de transmission et les méthodes de prévention. On peut citer :

- l'étude sur « le conseil dépistage volontaire en milieu carcéral au Burkina Faso » réalisée du 1^{er} juin au 06 août 2007³.
- l'analyse de la situation de l'accès des femmes et enfants indigents à la prévention et à la prise en charge du VIH/Sida réalisée dans trois villes du Burkina⁴.
- les études « Genre et lutte contre le VIH » et « Facteurs explicatifs des disparités spatiales du VIH au Burkina Faso », toutes deux ayant fait l'objet de recommandations lors de la 5^{ème} session du CNLS-IST.
- l'« enquête annuelle sur les conditions de vie des ménages Burkinabè » réalisée entre février et mars 2007 par l'INSD.
- l'étude sur la stigmatisation et la discrimination liées à l'infection au VIH/SIDA au Burkina Faso dont la restitution a été faite le vendredi 23 mars 2007. Cette étude avait pour objectif principal de faire l'état des lieux (réalités, ampleur, etc.) du phénomène de la stigmatisation et de la discrimination sur le vécu des PVVIH, l'accès aux soins, au traitement et à la prévention, etc. Elle devait servir de développement de la réflexion sur le thème

Il s'avère indispensable de réaliser une nouvelle enquête démographique et de santé (EDS) pour actualiser les données de la dernière enquête réalisée en 2003.

(vii) Développement d'un système de promotion de la recherche en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST

Dans le cadre du projet d'appui au Plan national multisectoriel (PA-PNM) financé par la Coopération Technique Belge en collaboration avec le Centre Muraz, une convention a été signée entre le SP/CNLS-IST et le Centre Muraz, destinée à l'élaboration d'un cadre d'orientation de la politique de la recherche opérationnelle au Burkina Faso et la promotion de la recherche opérationnelle en matière de VIH/SIDA.

L'observatoire pour la surveillance des résistances cliniques et biologiques du VIH aux différentes thérapies est en cours de création au sein du Centre Muraz.

Dans le cadre de la coordination des activités de recherche, tous les protocoles de recherche doivent faire l'objet d'une validation par le comité d'éthique.

³ Réalisée par l'Association pénitentiaire africaine (APA) sur financement de "Sécuriser le futur"

⁴ Réalisée par l'Association burkinabé de santé publique (ABSP) à Boromo, Koudougou et Ouagadougou sur financement de "Sécuriser le futur"

5. Leçons apprises et perspectives

La Surveillance épidémiologique et la recherche ont connu des avancées significatives bâties sur la fonctionnalité du système de suivi-évaluation à travers ses composantes que sont : (i) le suivi-évaluation des activités des programmes, (ii) la surveillance des connaissances, comportements sexuels et attitudes face à l'épidémie, (iii) la surveillance de l'épidémie du VIH/SIDA et des IST, (iv) le suivi financier des dépenses liées à la mise en œuvre des interventions et des activités de coordination, suivi et évaluation ainsi (v) la réalisation des études et de diverses recherches sur le VIH/SIDA et les IST.

L'existence des documents normatifs de suivi-évaluation, d'un mécanisme et des outils de collecte sont autant d'atouts pour une meilleure fonctionnalité du système. Néanmoins, l'insuffisance de la coordination des multiples systèmes de suivi-évaluation constitue un frein à l'atteinte du 3^{ème} principe des « Three Ones » à savoir l'existence d'un système unique de suivi-évaluation. Cette insuffisance de coordination est aggravée par une faible perception de l'importance du suivi et de l'évaluation par les acteurs de la mise en œuvre se traduisant par la faible complétude et la faible promptitude dans la production des données. A fin de bien documenter les acquis et les insuffisances de la mise en œuvre du CSLS en 2010, il est essentiel qu'une attention particulière soit accordée au suivi et à l'évaluation.

Encadré 5

MESURES A PRENDRE POUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS:

- ❖ Opérationnalisation du Groupe Technique sur le suivi-évaluation (UC/PSE, représentant des PTF, société civile, ONG internationales, représentants des PVVIH, secteur privé) en lui adjoignant un rôle de promouvoir l'unicité du système de suivi-évaluation,
- ❖ Orientation du suivi-évaluation vers la collecte d'informations stratégiques pour le suivi de la mise en œuvre du CSLS. Ainsi, il est nécessaire de définir une stratification du niveau d'analyse des indicateurs et ne retenir, au niveau central, qu'un nombre limité d'indicateurs (Cf. annexe).
- ❖ Renforcement du système d'information sanitaire qui prend en compte la dimension lutte contre le VIH/SIDA
- ❖ Décentralisation de la base de données au niveau régional et provincial et former les ACD à son exploitation,
- ❖ Définition d'une table de correspondance (dont le référentiel est le CSLS) pour l'interconnexion des différentes bases de données des partenaires. Pour cela, il est nécessaire de réaliser une étude de la structure des différentes bases de données afin de formuler une stratégie d'interconnexion.
- ❖ Définition d'une stratégie de contrôle de qualité des données,
- ❖ Promouvoir la mise à disposition d'un fond permanent de financement des activités de suivi-évaluation auprès des PTF. Le Round 9 de financement par le GFATM constitue une opportunité à saisir pour renforcer le système national de suivi-évaluation incluant le système d'information sanitaire et celui de la réponse communautaire.

III. PROCESSUS DE PLANIFICATION

La mise en œuvre du CLS s'articule sur l'élaboration, chaque année, d'un Plan National Multisectoriel (PNM) validé au cours d'une session du CNLS. Le processus d'élaboration du PNM débute le 1er juillet de chaque année par l'élaboration d'une lettre circulaire, signée par le Secrétaire Permanent, à l'attention des différentes structures centrales et décentralisées de coordination et d'exécution impliquées dans la lutte afin qu'elles engagent le processus d'élaboration des plans d'actions et des microprojets. Au plus tard en fin décembre de chaque année, le SP/CNLS-IST et les partenaires financiers se prononceront définitivement sur les actions et le budget, et devront entamer le processus de transfert des fonds. Cependant il y a souvent un retard dans la finalisation et la transmission des plans d'action sectoriels et décentralisés.

Les PNM donnent des orientations sur les activités clés à mener mais la mesurabilité de l'atteinte des objectifs reste un défi (Objectifs en % sans dénominateur connu, manque de cibles quantifiables annuels). La conséquence est le manque d'articulation entre les objectifs des PNM sectoriels et les objectifs nationaux. Aussi, l'horizon temporel annuel de planification par quelques intervenants clés comme la santé, l'action sociale, etc. limite la vision stratégique en termes de contribution aux résultats du CSLS.

On constate une faible implication des départements du SP/CNLS dans la coordination de l'élaboration des plans sectoriels et des acteurs de la société civile. Ce manque de coordination est reflété au niveau de quelques PTF qui enclenchent des processus de planification avec les acteurs qu'ils appuient directement sans aucune implication de l'UCPSE du SP/CNLS et sans référence aux orientations générales du PNM.

La planification au niveau régional et provincial souffre d'un manque d'appuis techniques (ressources humaines) et financiers pour accompagner le processus.

Encadré 6

MESURES A PRENDRE POUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS

- ❖ Formalisation d'un processus d'accompagnement des activités de planification au niveau des acteurs de mise en œuvre et de coordination décentralisée : prévisions budgétaires, mobilisation de ressources humaines compétentes, approche contractuelle
- ❖ Développement d'un processus de planification à moyen terme au niveau des secteurs tels que la santé, l'action sociale, l'éducation, etc. Ces planifications devront être harmonisées avec celles du secteur;
- ❖ Coordination par les services du SP/CNLS des planifications des appuis directs de certains partenaires avec comme référentiel les orientations du PNM issues de l'analyse des carences programmatiques et financières, en tenant aussi compte d'une couverture géographique optimale,

IV. ANALYSE DU CADRE INSTITUTIONNEL

En réponse à la problématique de développement au Burkina Faso, le Gouvernement burkinabé a élaboré un Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) révisé en 2003 et adopté en 2004 dont l'ambition principale est de promouvoir la sécurité humaine. La santé et la lutte contre le VIH/SIDA font partie des domaines prioritaires de cette stratégie nationale.

Par ailleurs pour plus de synergie dans les actions, le Gouvernement a adopté en 2000 une Politique sanitaire nationale (PSN) et en 2001 un Plan national de développement sanitaire 2001-2010 (PNDS).

Dans la même dynamique un Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CSLS) a été adopté par les autorités en 2001 pour la période 2001-2005. L'évaluation de Cadre a permis de mettre en évidence un certain nombre de difficultés en rapport avec le dispositif institutionnel et de coordination de la réponse. Il s'agit essentiellement⁵ (i) de la faiblesse du système suivi évaluation matérialisé par la non fonctionnalité du système standardisé de collecte de données (ii) le faible niveau de complétude (iii) de l'insuffisance de coordination des études et recherches menées (iv) de la faible capacité de fonctionnement des structures de coordination mise en place du fait de l'insuffisance de ressources et de la forte mobilité du personnel formé. Les insuffisances relevées sont également liées à la persistance de certains partenaires à mettre en œuvre des interventions isolées, rendant le suivi et la coordination des activités sur le terrain par le SP/CNSL-IST difficiles.

Tirant les leçons de ces constats, la mise en œuvre du CSLS 2006-2010 a mis l'accent sur l'opérationnalisation effective du dispositif avec un renforcement de l'approche multisectorielle et décentralisé à travers cinq secteurs :

- Secteur Coordination (structures centrales et structures décentralisées)
- Secteur Communautaire
- Secteur des Entités territoriales
- Secteur des Institutions et Ministères
- Secteur Privé et entreprises

Au cours de la première phase de mise en œuvre du CSLS 2006-2010, de nombreux acquis sont observés en matière de fonctionnement du dispositif institutionnel :

- Le leadership et l'engagement politique sont effectifs, constants et s'exercent au plus haut niveau de l'État;
- L'existence d'un consensus de principe autour d'un cadre unique de la réponse nationale (CSLS, SP, PO, Plan de S&E),
- La formalisation du processus de Panier Commun traduit de plus en plus une vision harmonisée sur le financement de la réponse nationale,
- Le dispositif institutionnel pour la coordination est mis en place,

Les principales insuffisances se situent dans la faible fonctionnalité du dispositif mis en place notamment :

- Les structures décentralisées du CNLS (CRLS, CPLS, etc.) ont du mal à remplir leur mission conformément aux dispositions du CSLS : planification, coordination, analyse des données etc.
- La mise en place effective des structures déconcentrées du SP/CNLS que sont les antennes régionales met du temps à se concrétiser.
- Le dispositif de suivi et d'évaluation, bien que conceptuellement pertinent, a des difficultés à fournir de l'information stratégique en temps réel.

⁵ Rapport d'évaluation du CSLS 2001-2010, EP/CNLS

Cette situation d'insuffisance semble liée aux capacités potentielles limitées du SP/CNLS face à l'immensité du dispositif mis en place. En effet, le processus de décentralisation est abordé de manière globale et nationale : global car il couvre toutes les composantes de la réponse, et nationale car il est envisagé jusqu'au niveau le plus périphérique qui est le village. Il apparaît de plus en plus évident que si par souci d'équité et d'efficacité, l'approche doit être globale et nationale, il y a un besoin de promouvoir des approches nouvelles à même de répondre à un tel défi.

Par ailleurs la volonté de décentraliser semble être parfois en contradiction avec des options plutôt centralistes tel que le suivi et l'évaluation qui se base sur un besoin de collecte de données provenant du niveau village.

La phase prochaine de la mise en œuvre du CSLS devra prendre en compte cette dimension en mettant l'accent sur un recentrage des besoins réels en matière d'information, la répartition effective des rôles entre les niveaux d'action, la prise en compte de la progressivité dans l'action.

Encadré 7

De manière spécifique, il faudra :

- ❖ Maintenir et renforcer le niveau actuel du leadership national et de l'engagement de l'État notamment au plan financier;
- ❖ Renforcer l'adhésion de l'ensemble des acteurs autour du cadre unique de la réponse nationale par une opérationnalisation des cadres de concertation mis en place et la mise en œuvre d'un processus de suivi conjoint de la mise en œuvre du CSLS (rencontre semestrielle de revue du CSLS),
- ❖ Rendre effective l'opérationnalité des structures du cadre institutionnel à travers:
 - Une mise en place effective des antennes régionales du SP;
 - Un renforcement du rôle normatif du SP au détriment de la gestion opérationnelle;
 - Une plus grande responsabilisation des structures décentralisées dans la coordination locale;
 - L'élaboration d'un plan de renforcement des structures décentralisées de coordination assorti d'indicateurs de suivi. Ce plan mettra la priorité sur les CRLS au cours de la phase 2 du CSLS.
 - Une opérationnalisation effective des structures de coordination que sont le CORAB et l'URCB
- ❖ Rendre effective la coordination au niveau central (SP/CNLS, CMLS/santé) à travers:
 - Une revue du dispositif institutionnel au sein du SP dans la perspective de mieux définir la place des unités/départements ainsi que les liens entre les projets et programmes et certains départements.
 - Une revue de la place et du rôle du CMLS santé dans la perspective de lui assigner trois principales fonctions: (i) la coordination de la réponse au sein du ministère de la santé, (ii) l'assistance aux acteurs non santé impliqués dans les activités de prise en charge et (iii) l'appui au SP/CNLS dans la mise en œuvre du CSLS.
 - Le renforcement du processus de consolidation du panier commun à travers: la définition d'un plan de renforcement du panier commun pour la prochaine phase de mise en œuvre du CSLS. Ce plan sera assorti d'indicateurs quantifiés de résultats y compris ceux en rapport avec la plus-value de l'approche basée sur le Panier Commun. L'élaboration de ce plan permettra également de clarifier la nature et les fonctions du Panier Commun.

V. MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES

1. Introduction

Sur le plan financier, le coût prévisionnel initial du CSLS 2006-2010 avait été estimé à 160 milliards de FCFA sur la base du taux de prévalence de 4,2% estimé en 2004. Cependant, l'organisation en juillet 2006 de la table ronde des bailleurs de fonds sur le financement du CSLS a coïncidé avec l'adoption du nouveau taux de prévalence pour le Burkina de 2,3% qui a été appliqué pour une nouvelle budgétisation du Cadre stratégique. Ceci s'est traduit par une réduction du coût prévisionnel à environ 120 milliards de FCFA. Cette révision a plus eu d'impact sur l'axe 2 portant sur le renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH et l'axe 3 qui concerne le renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques avec des diminutions respectives d'environ 15 milliards de FCFA et 20 milliards de FCFA.

2. Mobilisation et exécution du budget du CSLS de 2006 à Juin 2008

D'une manière générale, la mobilisation des ressources sur la période 2006 à juin 2008 est satisfaisante car sur un budget global de 66,5 milliards de FCFA, le pays a pu mobiliser 60,9 milliards de FCFA soit un taux de mobilisation de 91,6%. L'analyse par axe stratégique montre que les axes 2, 4 et 5 ont été les plus financés avec des taux de mobilisation respectifs de 143,66%, 185,57% et 174,22% alors que ce taux pour les axes 1 et 3 est d'environ 56%.

Au niveau de l'absorption des ressources mobilisées, on remarque que 76,1% de ces dernières ont été dépensées.

Au niveau de l'axe stratégique 1 qui concerne le **renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST, et promotion du conseil dépistage volontaire**, le budget global sur la période 2006-2010 couverte par le CSLS est de 57,8 milliards de FCFA dont 30,4 milliards de FCFA sur la période 2006-2008 soit 53%. Sur cette période, environ 17 milliards de FCFA ont été mobilisés (taux de mobilisation de 56,2%) et les dépenses globales réalisées pour la mise en œuvre des activités de cet axe stratégique sur la période sous revue (2006-2008) s'élèvent à 12,1 milliards de FCFA soit un taux d'absorption de 70,8%.

Concernant l'axe 2 dont l'objet est le **renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH**, le budget global sur la période 2006-2010 est de 18,3 milliards de FCFA dont 10 milliards de FCFA sur la période 2006-2008 soit 54%. Sur cette période, 14,38 milliards de FCFA ont été mobilisés (taux de mobilisation de 143,3%) et les dépenses globales réalisées pour la mise en œuvre des activités de cet axe stratégique sur la période sous revue (2006-2008) s'élèvent à milliards de FCFA soit un taux d'absorption de 75,9%.

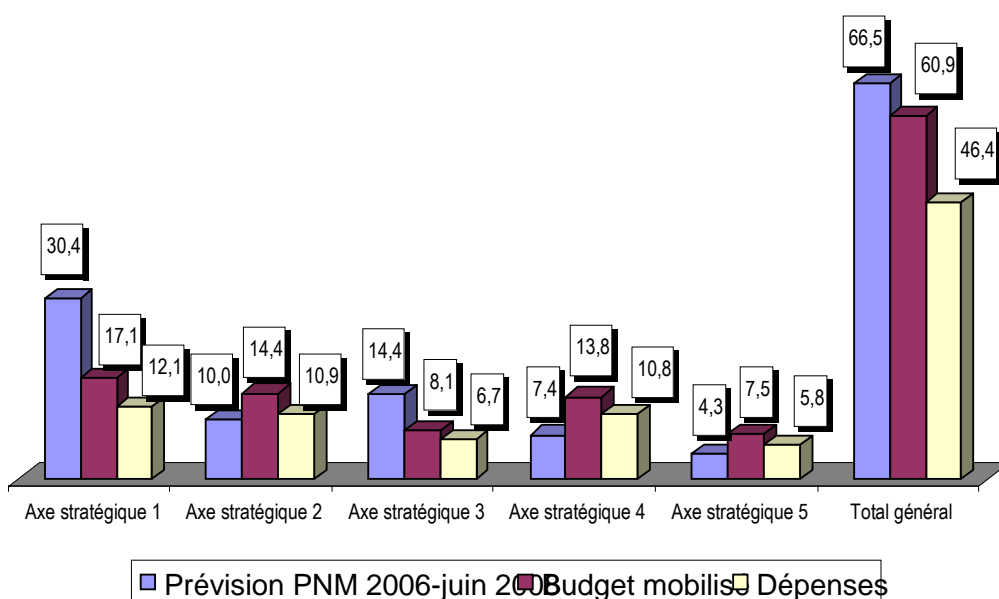
Pour ce qui est de l'axe 3 qui porte sur le **renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques**, le budget global sur la période 2006-2010 est de 23,8 milliards de FCFA dont 14,35 milliards de FCFA sur la période 2006-2008 soit 54%. Sur cette période, 8,1 milliards de FCFA ont été mobilisés (taux de mobilisation de 56,6%) et les dépenses globales réalisées pour la mise en œuvre des activités de cet axe stratégique sur la période sous revue (2006-2008) s'élèvent à 6,7 milliards de FCFA soit un taux d'absorption de 82,9%.

Le budget global sur la période 2006-2010 de l'axe 4 qui concerne **le renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources** est de 12,27 milliards de FCFA dont 7,4 milliards de FCFA sur la période 2006-2008 soit 60,5%. Sur cette période, 13,8 milliards de FCFA ont été mobilisés (taux de mobilisation de 185,6%) et les dépenses globales réalisées pour la mise en œuvre des activités de cet axe stratégique sur la période sous revue (2006-2008) s'élèvent à 10,8 milliards de FCFA soit un taux d'absorption de 78,5%.

Quant à l'axe 5 dont l'objet est **le renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi-évaluation et promotion de la recherche**, le budget global sur la période 2006-2010 est de 7,62 milliards de FCFA dont 4,31 milliards de FCFA sur la période 2006-2008 soit 56,6%. Sur cette période, 7,5 milliards de FCFA ont été mobilisés (taux de mobilisation de 174,2%) et les dépenses globales réalisées pour la mise en œuvre des activités de cet axe stratégique sur la période sous revue (2006-2008) s'élèvent à 5,78 milliards de FCFA soit un taux d'absorption de 76,1%.

Le graphique ci-après résume la situation sur la mobilisation et l'exécution du budget du CSLS de 2006 à juin 2008 :

Graphique 10 : Mobilisation et exécution du Budget du CSLS 2006-Juin 2008 (milliards de CFA)



Ce graphique montre parfois l'absence de corrélation entre le taux de mobilisation globale de plus de 90% et le niveau d'atteinte des résultats programmatiques par rapport aux prévisions. En effet, au niveau de certains axes tel que l'axe 2, les taux de mobilisation et d'absorption des ressources dépassent les prévisions budgétaires du CSLS. Cette situation laisse présager une sous-estimation du budget du CSLS, ce qui n'est pas favorable au contexte actuel de mobilisation des ressources.

De ce fait, il est recommandé de procéder à une re-estimation du budget du CSLS corrélée à une analyse des carences programmatiques. Cette réévaluation pourrait aller à un horizon de cinq ans afin de tenir compte de l'opportunité de mobilisation des ressources financières auprès du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.

3. Procédures de gestion

La gestion des ressources du CSLS 2006-2010 pour la période a été marquée par une multitude de procédures et de mécanismes de financement à travers les contributions des différents partenaires techniques et financiers sous forme de crédits, de subventions, de dons sur la base de conventions et protocoles signés. La gestion des fonds a été faite pour la plupart selon les mécanismes propres à chaque partenaire technique et financier. Les ressources obtenues et destinées aux structures de coordination et d'exécution ont fait l'objet de deux formes de transfert : transfert des fonds par l'intermédiaire du SP/CNLS-IST ou transfert des fonds directement par le partenaire technique et financier (PTF).

Pour parer à la diversité et à la multiplicité de ces procédures, il a été proposé la mise en place d'un mécanisme de gestion harmonisée des ressources selon l'approche du panier commun. Engagées depuis début 2006, les discussions sur le panier commun se sont poursuivies durant les années 2007 et 2008.

Plusieurs partenaires ont manifesté un intérêt à cette approche. Il s'agit: du PNUD; du Royaume des Pays Bas; de l'UNICEF; de la Banque Mondiale; de l'ONUSIDA; et de l'Etat Burkinabè.

Au titre des actions menées on peut noter :

- La création d'une Unité de Gestion Financière (UGF) au sein du SP/CNLS-IST.
- un comité de pilotage a été créé et est fonctionnel depuis 2007; il tient régulièrement ses sessions depuis cette date;
- un protocole de financement a été élaboré et soumis à la signature des parties prenantes; de nombreuses rencontres de concertation ont été organisées à cet effet. Un procès verbal qui a été signé et paraphé par tous les adhérents au panier commun vient d'être transmis au Gouvernement pour marquer leur accord définitif de participer au panier commun et d'envisager la programmation d'une cérémonie officielle de signature;
- l'ONUSIDA est désignée comme chef de file pour 2008 et secondée par la Banque Mondiale;
- l'État burkinabè a versé régulièrement sa contribution au panier commun depuis l'année 2007 de même que certains partenaires tel que l'ONUSIDA (2007), la Banque Mondiale (2008);
- une convention de financement a été signée avec le royaume du Danemark en fin 2007
- La création et le fonctionnement du Comité Technique de Programmation et de Suivi (CTPS).
- Les inscriptions de lignes budgétaires pour les CMLS dans le budget national de l'Etat ;
- Le renforcement des capacités du SP/CNLS-IST et des structures de coordination et d'exécution au niveau central et décentralisé ;
- Des avancées significatives dans la mise en place du panier commun SIDA et l'élaboration de manuels de procédures détaillés ;
- Le financement des microprojets et des plans d'action ;
- L'accroissement du niveau de mobilisation des fonds par le secteur privé et la société civile.

Au titre des perspectives :

- signature du protocole de financement pour matérialiser les engagements pris entre PTF; une cérémonie officielle de signature sera incessamment organisée à cet effet ;
- signatures de conventions de financement spécifiques avec les partenaires techniques et financiers (PNUD, ONUSIDA, UNICEF et Pays Bas);
- Sensibilisation des autres PTF pour adhérer au panier commun/SIDA;

4. Procédures de contrôle

L'audit et le contrôle visent à s'assurer de la bonne utilisation des fonds mis à la disposition des structures de lutte contre le SIDA. Durant toute la période de mise en œuvre du CSLS, des contrôles externes ont été exercés par des auditeurs indépendants ou des organes spécialisés de corps de l'Etat (Inspection générale des finances, Haute Autorité du Contrôle de l'État, Cour des comptes, etc...).

Au niveau interne, le SP/CNLS-IST s'est doté depuis fin 2007 d'un dispositif de contrôle interne animé par un contrôleur interne.

Au titre des difficultés rencontrées et des faiblesses on peut noter :

- L'absence ou insuffisance des financements (clôture de certains projets et démarrage tardif de certains autres ;
- Le non respect des engagements pris par le PTF ;
- La multiplicité des procédures de gestion ;
- Les longues discussions sur le panier commun ;
- Le retard dans le financement des plans d'actions 2008 ;
- La coordination difficile entre les différentes agences impliquées ;
- La faible accessibilité des ressources versées dans les comptes ouverts auprès du trésor public (CMLS, ONG, secteur privé, prestataires de services);
- La mobilité du personnel;
- Le financement sporadique des plans d'actions ;
- La mauvaise qualité des pièces justificatives ;
- Le retard dans la production et la transmission des pièces justificatives

Encadré 8

Opportunités et perspectives pour 2008 à 2010 :

- Réévaluer le budget du CSLS en tenant compte des carences programmatiques;
- Démarrage de nouveaux projets (PASS, Fonds mondial, panier commun...) ;
- Meilleur mécanisme de financement ;
- Renforcement des capacités des acteurs (formation, appui institutionnel,...) ;
- Existence d'un plan d'investissement et d'un plan de renforcement des capacités du SP/CNLS-IST et des acteurs

4-1 Les principales conclusions / leçons

Principales forces

- Leadership exercé au plus haut niveau de l'état
- Au plan conceptuel, le dispositif de mise en œuvre du CSLS est effectif et pertinent
- Les interventions induisent de plus en plus des effets notamment en matière de prise en charge par les ARV et de prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

Les faiblesses

- Inadéquation entre la complexité du processus d'approche multisectoriel et les options stratégiques actuelles qui reposent essentiellement sur le SP
- faible maîtrise des cibles notamment pour la prise en charge par les ARV
- nombre encore important des indicateurs de suivi dont certains sont d'une relative fiabilité
- la mobilisation de ressources financières connaît des phases de flottement (transition relativement longue entre la fin de projet et le démarrage de nouvelles initiatives) ce qui ralentit certaines activités
- processus de mise en place du panier commun connaît une adhésion très lente de la part de certains PTF
- non effectivité d'un plan national de communication

4-2 Les orientations pour les actions futures

D'un point de vue stratégique, la prochaine phase de mise en œuvre du CSLS devra mettre l'accent sur un recentrage des besoins prioritaires à même d'assurer une mise en œuvre efficace du prochain cadre.

Une priorité devra être accordée à la fonctionnalité du niveau régional et provincial (CPLS, CRLS, antennes du SP/CNLS) de sorte à asseoir un relais efficace dans la mise en œuvre du suivi et de l'évaluation de la réponse de même que dans la conduite des autres volets de la réponse (coordination, suivi).

4-3 Les recommandations

- Aux structures centrales de coordination (CNLS-IST et SP/CNLS-IST)
 - Centrer les priorités sur les aspects stratégiques de la réponse
 - Renforcer le processus de transfert de compétences aux niveaux régional et communal
- Aux structures décentralisées de coordination
 - Intégration effective de la lutte contre le VIH/SIDA dans les programmes de développements au niveau local
 - Poursuivre et renforcer les initiatives de partenariat en faveur de la réponse locale au VIH/SIDA
- Aux structures d'exécution
 - Prise en compte du suivi et de l'évaluation comme des composantes essentielles de la réponse nationale
 - La promptitude dans le respect des directives de planification éditées par le SP/CNLS
- Aux partenaires techniques et financiers
 - Appui effectif à l'approche des trois principes
 - Engagement à soutenir durablement le panier commun.

ANNEXES

Situation des annonces de financement de 2006-2010

N°	Source de financement	2006	2007	2008	2009	2010	Total
	Fonds commun sida	0	1 800 900 000	5 915 300 000	4 915 300 000	3 915 300 000	16 546 800 000
1	Banque mondiale		1 500 000 000	4 000 000 000	3 000 000 000	2 000 000 000	10 500 000 000
	Budget de l'Etat		287 400 000	287 400 000	287 400 000	287 400 000	1 149 600 000
	Danemark			175 400 000	175 400 000	175 400 000	526 200 000
	ONUSIDA		13 500 000	13 500 000	13 500 000	13 500 000	54 000 000
	Pays-Bas			1 394 000 000	1 394 000 000	1 394 000 000	4 182 000 000
	PNUD			45 000 000	45 000 000	45 000 000	135 000 000
	UNFPA						0
	UNICEF						0
	Ressources internes	3 145 278 136	2 768 445 846	1 741 426 956	2 722 600 000	2 722 600 000	13 100 350 938
2	Gouvernement	3 016 300 000	2 712 725 000	1 725 270 000	2 712 600 000	2 712 600 000	12 879 495 000
	Etat	700 000 000	412 600 000	1 712 600 000	412 600 000	412 600 000	3 650 400 000
	PPTTE	2 300 000 000	2 300 000 000		2 300 000 000	2 300 000 000	9 200 000 000
	Programmes nationaux	16 300 000		12 670 000			28 970 000
	Structures déconcentrées		125 000				125 000
3	Secteur privé et société civile	122 021 180	46 049 640	10 000 000	10 000 000	10 000 000	198 070 820
	SOFITEX	4 470 000					4 470 000
	SITARAIL	6 578 244					6 578 244
	SOSUCO	1 740 000					1 740 000
	CITEC	15 256 890					15 256 890
	BRAKINA	14 670 500					14 670 500
	ONATEL	48 605 000					48 605 000
	CNSS	19 050 000	100 000				19 150 000
	SOFITEL	3 120 000					3 120 000
	RAKIETA	8 530 546					8 530 546
	LONAB		50 000				50 000
	SONABEL		35 439 340				35 439 340
	SONAPOST						0
	WINNER INDUSTRIE		460 300				460 300
	Régie d'assistance en escale		2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	8 000 000
	CCVA		2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	8 000 000
	SNTB/SDV		1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	4 000 000
	SOPAFER-B		1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	4 000 000
	DAAN		2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	8 000 000
	CBC		2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	8 000 000
4	Collectivités et ONG/Asso	6 956 956	9 671 206	6 156 956	0	0	22 785 118
	COMMUNE DE OUAGADOUGOU	500 000					500 000
	RENAIDS	300 000	2 934 250				3 234 250
	REV+	6 156 956	6 156 956	6 156 956			18 470 868
	CREDO		100 000				100 000
	CIALIS		480 000				480 000
	PROMACO						
	Groupe Thématique ONUSIDA	7 881 819 675	5 033 062 500	2 930 910 000	789 900 000	699 900 000	17 335 592 175
5	Système des nations unies	2 881 819 675	2 033 062 500	1 930 910 000	789 900 000	699 900 000	8 335 592 175
	PAM	510 000 000	561 000 000	586 500 000			1 657 500 000
	OMS	591 944 500					591 944 500
	PNUD	600 000 000	525 000 000	507 500 000			1 632 500 000
	UNFPA	135 000 000	247 500 000	112 500 000	135 000 000	45 000 000	675 000 000
	UNICEF	789 875 175	654 900 000	724 410 000	654 900 000	654 900 000	3 478 985 175
	ONUSIDA Secrétariat	45 000 000	44 662 500				89 662 500
	BIT	210 000 000					210 000 000
6	Banque mondiale	5 000 000 000	3 000 000 000	1 000 000 000			9 000 000 000
	Autres multilatéraux	4 532 592 592	4 376 841 027	6 256 538 800	8 263 386 166	8 285 029 467	31 714 388 052
7	BAD	1 227 858 457	1 088 462 000	68 215 680			2 384 536 137
8	Fonds Mondial	3 037 750 000	3 037 750 000	6 013 323 120	8 263 386 166	8 285 029 467	28 637 238 753
9	Commission européenne	240 319 585	225 000 000	175 000 000			640 319 585
10	Sécuriser le futur	26 664 550	25 629 027				52 293 577
	Bilatéraux	8 194 112 414	6 747 884 595	4 069 758 758	3 497 737 055	3 076 988 910	25 586 481 731
11	Pays-Bas	2 510 000 000	1 500 000 000	106 000 000	106 000 000	106 000 000	4 328 000 000
12	Danemark	868 675 554	900 000 000	875 000 000	875 000 000	875 000 000	4 393 675 554
13	Belgique	107 904 927	739 460 326	1 023 620 899	966 355 852	442 442 997	3 279 785 000
14	France	853 542 324	352 304 815	140 472 001	0	0	1 346 319 140
	AFD	195 714 788	299 388 175	140 472 001			635 574 964
	ANRS	604 910 896					604 910 896
	ESTHER	52 916 640	52 916 640				105 833 280
15	République de Chine		250 000 000	225 000 000	225 000 000	225 000 000	925 000 000

N°	Source de financement	2006	2007	2008	2009	2010	Total
16	Allemagne	1 907 137 075	1 872 484 471	1 699 665 858	1 325 381 203	1 428 545 913	8 233 214 520
	GTZ	371 243 811	737 490 959	737 490 959	341 967 000	341 967 000	2 530 159 729
	DED	37 925 264					37 925 264
	KFW	1 497 968 000	1 134 993 512	962 174 899	983 414 203	1 086 578 913	5 665 129 527
17	USA	320 863 751	55 254 187				376 117 938
18	Canada	92 293 493	92 293 493				184 586 986
19	Luxembourg	1 261 606 736	986 087 303				2 247 694 039
20	Espagne	115 000 000					115 000 000
21	Suisse						0
22	Italie						0
23	Autriche	157 088 554					157 088 554
	ONG Internationales	1 778 147 890	1 791 053 441	1 248 968 074			4 818 169 405
24	CRS-CATWELL	105 437 708	113 562 708	183 256 285			402 256 701
25	Plan Burkina	371 655 411	409 863 265	111 108 008			892 626 684
26	Croix rouge	133 835 756	141 161 645				274 997 401
27	World relief (Secours mondial)	119 400 374	120 000 000	200 000 000			439 400 374
28	UNITERRA	82 800 000	182 800 000	82 800 000			348 400 000
29	AXIOS	35 000 000	27 030 997				62 030 997
30	Christian AID	134 560 554	131 178 299	70 000 000			335 738 853
31	Programme Espoir face au SIDA (EE/SIM)	87 994 500	48 098 250	21 565 800			157 658 550
32	Alliance (ABBOTT, SIDA, ARP, DFPPA)	367 753 264	350 543 936	320 805 000			1 039 102 200
33	Fondation Glaxo Smith kline	46 164 150	29 017 333				75 181 483
34	GUTTMACHER INSTITUTE	33 634 417	23 557 580				57 191 997
35	IRAS-AFRIQUE	300 000					300 000
36	APPEL	3 648 000	3 648 000				7 296 000
37	MAIA	1 947 000	1 947 000				3 894 000
38	ENDI,B	1 152 000	1 152 000				2 304 000
39	APB	500 000	500 000				1 000 000
40	SIDACTION	31 068 748	66 551 948	31 068 748			128 689 444
41	SOLIDARITE SIDA	15 742 968	15 742 968	15 742 968			47 228 904
42	AIDES	3 186 639	3 186 639	3 186 639			9 559 917
43	HUMANITAIRE DONS	5 085 574	5 085 574	5 085 574			15 256 722
44	REPAGE	1 636 275	1 636 275	1 636 275			4 908 825
45	FHI	25 070 245					25 070 245
46	Fondation CONRAD	143 830 582					143 830 582
47	OOAS	22 743 725					22 743 725
48	Alliance des maires (siège)	4 000 000					4 000 000
49	AWARE		44 281 000				44 281 000
50	ODE		70 508 024	202 712 777			273 220 801
	TOTAL	25 531 950 707	22 518 187 409	22 162 902 588	20 188 923 221	18 699 818 376	109 101 782 301

Revue des indicateurs de suivi du CSLS 2006-2010

Objectifs	Indicateurs	Commentaires	Recommandations
Prévalence	Taux de séroprévalence national	Pertinent et peut être documenté par des enquêtes nationales tel que l'EDS	A conserver
	Taux de séroprévalence	Fourni par les sites sentinelles	A conserver
	Taux d'incidence des IST - hommes - femmes	Cet indicateur bien que pertinent en matière de santé publique n'est pas évident à mesurer. Les données obtenues ne reflètent que ce qui se passe dans les institutions de soins	S'orienter vers : <ul style="list-style-type: none"> la détection des IST la prise en charge
	Disponibilité d'un document national de stratégie de communication pour la lutte contre le VIH/SIDA et les IST	RAS	A conserver
	Nombre de supports IEC/CCC produits et diffusés	La dimension qualitative des supports est plus pertinente : type de support/catégories de cibles ?	A reformer dans le sens suivant : type de support IEV/CCC / cibles prioritaires
	Nombre de structures de coordination et d'exécution qui utilisent le document de stratégie	Le dénominateur n'est pas précis surtout/ structures d'exécutions La notion d'utilisation n'est pas facile à opérationnaliser dans le suivi et l'évaluation	
Accès aux soins médicaux	Proportion des PVVIH prise en charge médicalement	Non dissocier selon le genre et les âges Non dissocier /type de prise en charge médicale : ARV, IO	A reformuler selon le sexe et les tranches d'âges A reformuler selon le type de prise en charge
	Pourcentage de formations sanitaires capables d'offrir des soins de qualité aux malades du SIDA	Cet indicateur n'est mesurable car trop composite (notion de soins de qualité)	A reformuler / certaines thématiques importantes dans la PEC : présence de personnel formé etc.
Renforcer les capacités organisationnelles des structures du CNLS-IST au niveau régional et provincial	% de structures décentralisées effectivement mises en place	Non pertinent	A supprimer car est plus un critère de fonctionnalité des structures
	% de structures décentralisées fonctionnelles	Les critères de fonctionnalité ne sont pas disponibles (voir propositions)	Critères : Document de formalisation Plan d'action annuel avec bilan du plan précédent
	% de structures au niveau décentralisé ayant élaboré leurs plans d'action	Non pertinent	A supprimer car est plus un critère de fonctionnalité des structures
	% de structures au niveau décentralisé ayant mis en œuvre leurs plans d'action	Non pertinent	A supprimer car est plus un critère de fonctionnalité des structures

Objectifs	Indicateurs	Commentaires	Recommandations
Intégration du volet lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans les projets et programmes	% des projets et programmes de développement intervenant à la base qui ont intégré un volet « lutte contre le VIH/SIDA »	La maîtrise du dénominateur reste difficile pour avoir un chiffre valide. Par ailleurs, les projets sont généralement financés par des partenaires (voir ci-dessous)	A supprimer et à reprendre dans l'indicateur sous dessous
	% des partenaires qui financent les activités de lutte contre le VIH/SIDA au niveau décentralisé		La notion de partenaire doit être précisée
Coordination des interventions	% de structures au niveau décentralisé qui ont reçu au moins deux missions de supervision par an	Supervisions de qui ?	Reformulation : Taux de réalisation des supervisions par niveaux : Niveau central>>> Régions Régions>>>provinces, communes
	Nbre structures coordination (y compris le SP/CNLS) ayant transmis dans les délais des rapports d'activités requis.	Il faut dissocier les niveaux ; La supervision du niveau centra>>>Régions Les régions>>>provinces communes	Taux de complétude et de promptitude des rapports aux deux niveaux
	Nbre de structures chargées de la coordination (y compris le SP/CNLS) ayant bénéficié de moyens humains et matériels	Non pertinent car non mesurable et non relié à un résultat	A supprimer
Assurer la protection juridique des PVVIH, personnes affectées et groupes spécifiques victimes de stigmatisation et de discrimination	Nbre de campagnes de sensibilisation réalisées en faveur de la promotion et de la protection juridique des PVVIH, personnes affectées et groupes spécifiques	La complétude d'une telle information est relativement difficile à assurer compte tenu de la diversité potentielle des acteurs. Il s'agit plus d'une stratégie	A supprimer
	Nbre de PVVIH, des personnes affectées et groupes spécifiques victimes de stigmatisation et de discrimination ayant reçu une assistance juridique	Peut servir d'indication aux résultats des actions entreprises par divers acteurs. La mesure est possible au niveau des services juridiques ou de l'Action Sociale	
Améliorer la mise en œuvre du système de suivi évaluation.	Taux d'exécution du plan d'actions de l'Unité centrale de suivi évaluation	Un plan d'action étant trop composite, le taux d'exécution physique est un reflet peu pertinent Il faut mieux cibler les actions critiques et essentielles / l'ensemble de la réponse	Les indicateurs traceurs peuvent être : Complétude /promptitude des données/rapport UNGASS Complétude /promptitude des données/sessions du CNLS Complétude des données/indicateurs de suivi de la mise en œuvre du CSLS 2006-2010.
	% des structures impliquées dans le suivi-évaluation opérationnel	Quels sont les critères d'opérationnalité ? voir propositions	Complétude/promptitude dans la production des données à chaque niveau Taux de feedback

1. Documents Généraux

- Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté révisé (CSLP)
- Plan national de développement sanitaire (PNDS)
- Plan national de développement de l'éducation de base (PDDEB)
- Enquête démographique et de santé 2003(EDS)
- Enquête Annuelle QUIBB 2007
- Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement UNDAF 2006-2010
- Rapport d'évaluation de la mise en œuvre du Three ones
- Rapports accès universel 2006, 2007
- Analyse situationnelle et plan d'appui technique

2. Documents du CNLS-IST

- Cadre stratégique de lutte contre le SIDA et les IST pour les périodes 2001-2005 et 2006-2010
- Manuel d'opérationnalisation du cadre stratégique de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2006-2010
- Manuel de suivi évaluation du cadre stratégique de lutte contre VIH/SIDA et les IST ;
- Plans nationaux multisectoriels (PNM) 2005, 2006, 2007, 2008
- Rapport général de la session annuelle du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST 2005, 2006, 2007
- Documents de travail des différentes sessions annuelles du CNLS-IST 2005 à 2007
- Recueil de textes régissant la lutte contre le VIH/Sida au Burkina-Faso
- Documents du Fonds commun SIDA

3. Documents sectoriels et thématiques

- Contrats d'accord de financement entre les structures sectorielles et les différents bailleurs de fonds 2006 à 2007
- Manuels de procédure des différents projets et programmes d'appui aux différents secteurs de mise en œuvre du CSLS
- Documents de politique, norme et protocoles de prise en charge
- Documents de politique, norme et protocoles de conseil dépistage volontaire
- Protocoles d'accord entre le SP/CNLS-IST et les Ministères et institutions
- Documents de politique, norme et protocoles de conseil dépistage volontaire
- Récépissé d'établissement des ONG/Associations, des organisations coutumières et religieuses
- Protocoles d'accord de financement des entreprises
- Manuel de procédures des entreprises
- Manuel d'opérationnalisation du processus de décentralisation de la lutte contre le VIH/SIDA
- Manuel de procédures du SP/CNLS-IST
- Convention de financement avec les partenaires financiers (accords de crédit,)
- Plans d'actions des Ministères de 2005-2008
- Rapport d'activités des Ministères, des districts sanitaires et autres programmes 2006 et 2007
- Plans d'actions du secteur communautaire et rapport d'activités des structures du secteur communautaire
- Plans d'actions des entreprises et Rapport d'activités des entreprises
- Plans d'actions et micro projets du secteur des entités territoriales
- Rapport d'activités des structures du secteur des entités territoriales
- Plans d'actions du SP/CNLS-IST de 2005 à 2008

- Rapport d'activités des unités, départements et projets/programmes rattachés du SP/CNLS-IST (audit, aides mémoires rapport périodiques...) de 2005 à 2008
- Liste des ministères et institutions
- Situation des entreprises
- Liste des structures d'exécution et de coordination du SP/CNLS-IST
- Liste des partenaires techniques et financiers

4. Rapports d'étude et de recherche

- Document d'analyse de la situation nationale en matière de Gouvernance/leadership, coordination, harmonisation et alignement dans la réponse au VIH/SIDA au Burkina Faso
- Rapports UNGASS 2004, 2006, 2008
- Rapports de revue du programme PTME
- Rapport d'étude sur Genre et VIH
- Rapport d'étude sur les disparités spatiales de la prévalence du VIH/Sida
- Rapport d'étude sur les méthodes innovantes de financements
- Rapport d'étude sur la réalisation du bilan global de la mise en œuvre du CSLS 2001-2005 ;
- Rapport d'étude sur l'impact de la lutte contre le VIH/SIDA dans le secteur de l'éducation pour la période 2001 à 2006
- Rapport d'étude sur la réponse à l'épidémie du VIH/SIDA de l'Eglise et des organisations chrétiennes du BF ;
- Rapport d'étude sur l'analyse situationnelle des besoins d'assistance technique pour le renforcement des capacités liées au VIH/SIDA ;
- Rapport d'étude sur l'élaboration du plan d'investissement pour le renforcement des capacités liées au VIH/SIDA ;
- Rapport d'étude sur les diagnostics provinciaux dans le domaine de la communication en matière de lutte contre le VIH/SIDA ;
- Rapport d'étude sur la perception et attentes des bénéficiaires et acteurs sur la PECC des PVVIH ;
- Rapport d'étude sur le comportement et pratiques sexuels des PVVIH sous traitement au BF : état des lieux et perspectives opérationnelles ;
- la stigmatisation et fréquentation des structures de PEC du VIH : Cas des hommes au BF ;
- Rapport d'étude sur l'analyse de la situation sur l'implication et la prise en compte de la spécificité de la femme dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST au BF ;
- Rapport d'étude sur le renforcement des capacités en planification et suivi évaluation, des structures communautaires et associatives dans le cadre du projet SIDA communauté ;
- Rapport d'étude sur l'analyse de la situation et de la réponse au VIH/SIDA et aux IST dans 3 ministères et 7 institutions (en cours);
- Rapport de la Revue à mi-parcours du secteur des institutions et des ministères autres que ceux de la santé et de l'action sociale
- Rapport de la Revue à mi-parcours du secteur de l'action sociale
- Rapport de la Revue à mi-parcours du Sous secteur santé et coordination nationale
- Rapport de la Revue à mi-parcours du secteur communautaire
- Rapport de la Revue à mi-parcours du Secteur des Entités territoriales
- Rapport de la Revue à mi-parcours du système national de suivi-évaluation
- Rapport de le Revue à mi-parcours des finances
- Rapport final « Etat des lieux des outils de suivi-évaluation ».