

BURKINA FASO
Unité - Progrès – Justice



PRESIDENCE DU FASO

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



CNLS-IST
SECRETARIAT PERMANENT

**CADRE STRATEGIQUE DE LUTTE
CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST
(CSLS) 2006-2010**

Juin 2005

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	6
LISTE DES TABLEAUX ET SCHEMAS.....	8
AVANT-PROPOS.....	9
RESUME ANALYTIQUE.....	10
INTRODUCTION.....	17
I. ETAT DE MISE EN ŒUVRE DU CADRE STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA 2001-2005.....	23
1.1. Rappels des objectifs et axes stratégiques d'intervention.....	23
1.2. Résultats par axe stratégique	23
1.2.1. Renforcement des mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH.....	23
1.2.1.1. Acquis.....	23
1.2.1.2. Insuffisances.....	25
1.2.2. Renforcement de la surveillance de l'épidémie	26
1.2.2.1. Acquis.....	26
1.2.2.2. Insuffisances.....	26
1.2.3. Amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées.....	26
1.2.3.1. Acquis.....	26
1.2.3.2. Insuffisances.....	27
1.2.4. Elargissement de la réponse et promotion du partenariat national et international et de la coordination multisectorielle.....	28
1.2.4.1. Acquis.....	28
1.2.4.2. Insuffisances.....	29
1.3. Principaux enseignements	29
II. STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST 2006-2010.....	31
2.1. Grandes orientations	31
2.1.1. Rappel des objectifs du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) au Burkina Faso	31
2.1.2. Orientations de la politique sanitaire nationale.....	31
2.2. Fondements et principes directeurs de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.....	32
2.2.1. Fondements de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.....	32
2.2.2. Principes directeurs de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA et les IST..	32
2.2.2.1. Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST et promotion du conseil dépistage volontaire	33
2.2.2.2. Elaboration et mise en œuvre de programmes nationaux spécifiques aux groupes vulnérables.....	33
2.2.2.3. Amélioration de l'accès aux soins et à la prise en charge globale des personnes infectées et affectées.....	33
2.2.2.4. Consolidation de l'approche multisectorielle et décentralisée de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.....	34
2.2.2.5. Prise en compte de la dimension genre dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST....	34
2.2.2.6. Renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources..	34
2.2.2.7. Renforcement de la bonne gouvernance	34
2.3. Objectifs stratégiques et principaux résultats	35
2.3.1. Objectifs stratégiques.....	35
2.3.2. Principaux résultats.....	35

III. AXES STRATEGIQUES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU CSLS 2006-2010.....	36
3.1. Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST, et promotion du conseil dépistage volontaire.....	36
3.1.1. Objectifs.....	36
3.1.2. Domaines d'actions prioritaires.....	36
3.1.2.1. <i>Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC.....</i>	37
3.1.2.2. <i>Promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires et communautaires.....</i>	37
3.1.2.3. <i>Promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail.....</i>	37
3.1.2.4. <i>Prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques.....</i>	38
3.1.2.5. <i>Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.....</i>	38
3.1.2.6. <i>Promotion des préservatifs masculins et féminins.....</i>	38
3.1.2.7. <i>Promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques.....</i>	38
3.1.2.8. <i>Promotion de la santé de la reproduction/santé sexuelle.....</i>	39
3.1.2.9. <i>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.....</i>	39
3.1.2.10. <i>Renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST.....</i>	39
3.1.2.11. <i>Renforcement du conseil dépistage volontaire au niveau des structures sanitaire et communautaires.....</i>	39
3.2. Renforcement de l'accès aux soins, et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH.....	40
3.2.1. Objectifs.....	40
3.2.2. Domaines d'actions prioritaires.....	40
3.2.2.1. <i>Développement des services sanitaires de base au niveau communautaire.....</i>	41
3.2.2.2. <i>Renforcement de l'implication du monde associatif et communautaire dans le continuum de soins aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.....</i>	41
3.2.2.3. <i>Renforcement des compétences pour la prise en charge médicale et la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte.....</i>	41
3.2.2.4. <i>Renforcement de la prophylaxie et du traitement des Infections Opportunistes (IO).....</i>	42
3.2.2.5. <i>Développement des services de traitement ambulatoire et des soins à domicile.....</i>	42
3.2.2.6. <i>Développement de la prise en charge nutritionnelle.....</i>	42
3.2.2.7. <i>Renforcement des services biologiques, médico-techniques et cliniques.....</i>	42
3.2.2.8. <i>Renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées.....</i>	43
3.2.2.9. <i>Renforcement du système d'approvisionnement en médicaments, y compris les ARV, réactifs, consommables et équipements.....</i>	43
3.2.2.10. <i>Organisation de l'aide à l'observance au traitement.....</i>	43
3.3. Renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques.....	43
3.3.1. Objectifs.....	44
3.3.2. Domaines d'actions prioritaires.....	44
3.3.2.1. <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.....</i>	44
3.3.2.2. <i>Renforcement du soutien psychologique, spirituel, social et économique aux groupes vulnérables et spécifiques.....</i>	45
3.3.2.3. <i>Promotion des activités génératrices de revenus.....</i>	45
3.3.2.4. <i>Renforcement de la lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées.....</i>	45
3.4. Renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources.....	46
3.4.1. Objectifs.....	46
3.4.2. Domaines d'actions prioritaires.....	46
3.4.2.1. <i>Plaidoyer pour une plus grande implication des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux.....</i>	46

3.4.2.2. Renforcement de la capacité organisationnelle et institutionnelle des structures impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.....	47
3.4.2.3. Renforcement de la coordination multisectorielle des acteurs et partenaires de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.....	47
3.4.2.4. Renforcement de la coopération régionale et internationale.....	48
3.4.2.5. Renforcement et capitalisation du partenariat national.....	48
3.4.2.6. Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.....	48
3.5. Renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi-évaluation et de la promotion de la recherche.....	48
3.5.1. Objectifs.....	49
3.5.2. Domaines d'actions prioritaires.....	49
3.5.2.1. Amélioration du système de collecte et de gestion des données par la notification systématique des cas d'infection à VIH/SIDA et d'IST	49
3.5.2.2. Renforcement de la séro-surveillance au niveau des sites sentinelles et sur les groupes spécifiques.....	50
3.5.2.3. Organisation de la surveillance des IST.....	50
3.5.2.4. Organisation du système national de suivi-évaluation des interventions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.....	50
3.5.2.5. Documentation et diffusion des meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.....	50
3.5.2.6. Réalisation d'études épidémiologiques, comportementales, sectorielles et d'impacts..	51
3.5.2.7. Développement d'un système de promotion de la recherche en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.....	51
3.6. Groupes cibles par secteur d'intervention et par axe stratégique.....	52
IV. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST.....	54
4.1. Secteurs de mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010.....	54
4.1.1. Secteur des institutions et des ministères.....	54
4.1.1.1. Sous-secteur santé	54
4.1.1.2. Sous-secteur de l'Action sociale.....	54
4.1.1.3. Sous-secteur des institutions et des ministères autres que ceux de la Santé et de l'Action sociale.....	54
4.1.2. Secteur communautaire.....	54
4.1.3. Secteur privé et des entreprises.....	54
4.1.4. Secteur des entités territoriales.....	55
4.1.5. Secteur de la coordination nationale.....	55
4.2. Dispositif institutionnel de mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010.....	55
4.2.1. Organe de décision et d'orientation : le CNLS-IST.....	55
4.2.2. Structures de coordination.....	55
4.2.2.1. Structures centrales de coordination.....	55
4.2.2.2. Structures décentralisées de coordination du CNLS-IST.....	58
4.2.2.3. Structures communautaires de coordination	59
4.2.3. Structures d'exécution.....	61
4.2.3.1. Cellules relais des CILS, CMLS et CELS	61
4.2.3.2. Comités villageois de lutte contre le SIDA et les IST (CVLS).....	61
4.2.3.3. Comités de secteurs de communes de lutte contre le SIDA (CSCLS).....	61
4.2.3.4. ONG, Associations/OBC.....	62
4.2.3.5. Cellules d'exécution des projets et programmes.....	62

V. MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES	64
5.1. Bilan de la mobilisation des ressources pour le financement du CSLS 2001-2005.....	64
5.2. Chiffrage du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.....	64
5.2.1. <i>Cadrage budgétaire</i>	64
5.2.2. <i>Evaluation des coûts des axes et domaines d'actions prioritaires et par secteur sur la période 2006-2010</i>	65
5.3. Mobilisation des ressources et partenariat.....	66
5.4. Procédures de gestion des ressources du CSLS 2006-2010	67
5.4.1. <i>Procédures de passation des marchés</i>	67
5.4.2. <i>Procédures de financement et de décaissement</i>	68
5.5. Unité de gestion financière	68
5.6. Dispositif de contrôle	68
5.6.1. <i>Contrôle interne</i>	69
5.6.2. <i>Contrôle externe</i>	69
VI. STRATEGIE DE SUIVI ET D'EVALUATION	70
6.1. Fondements et composantes	70
6.1.1. <i>Fondements</i>	70
6.1.2. <i>Composantes</i>	70
6.2. Stratégie d'opérationnalisation du système de suivi-évaluation.....	72
6.3. Indicateurs de suivi-évaluation.....	72
6.4. Dispositif institutionnel de suivi-évaluation pour la mise en œuvre du CSLS 2006-2010.....	72
VII. ANALYSE DES FACTEURS DE RISQUE	76
7.1. Risques liés à la faible application de l'approche multisectorielle.....	76
7.2. Risques liés au non parachèvement du processus de décentralisation.....	76
7.3. Risques liés à l'insuffisance des capacités de coordination des interventions.....	76
7.4. Risques liés au faible niveau de prise en charge médicale.....	77
7.5. Risques liés à l'insuffisance de programmes d'intervention au profit des groupes cibles	77
7.6. Risques liés à la faible mobilisation des ressources pour le financement de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.....	78
ANNEXES	79
<i>Annexe 1 : Attributions et composition du CNLS-IST et des CRLS</i>	80
<i>Annexe 2 : Description du Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST(SP/CNLS-IST)</i>	83
<i>Annexe 3 : Synthèse des orientations stratégiques</i>	90
<i>Annexe 4 : Identification des stratégies, domaines d'actions et des cibles</i>	92
<i>Annexe 5 : Cadre logique de mise en œuvre du CSLS 2006-2010</i>	99
<i>Annexe 6 : Indicateurs de suivi de la mise en œuvre du CSLS 2006-2010</i>	104
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	106

ABREVIATIONS

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 VIH/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
<hr/>	
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
<hr/>	
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
<hr/>	
NEPAD	: Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
NTIC	: Nouvelles technologies de l'information et de la communication
<hr/>	
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
<hr/>	
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	: Projet de marketing social des condoms
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
<hr/>	
RGPH	: Recensement général de la population et de l'habitat
RSF	: Rapport de suivi financier
<hr/>	
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
<hr/>	
TAP	: Programme de traitement accéléré
TS	: Travailleur(se)s de sexe
<hr/>	
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
<hr/>	
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET SCHEMAS

	<u>Pages</u>
Tableau n°1 : Identification des groupes cibles.....	51
Tableau n°2 : Contribution des différents partenaires au financement du CSLS 2001-2005.....	64
Tableau n°3 : Evolution des budgets selon les années (en milliards de FCFA)...	64
Tableau n°4 : Evolution des financements entre 2001 et 2005 (millions FCFA)...	65
Tableau n°5 : Prévisions budgétaires par axe stratégique (en FCFA).....	66
Tableau n°6 : Dispositif de suivi-évaluation	73
Schéma n°1 : Organigramme du SP/CNLS-IST.....	56
Schéma n°2 : Relations fonctionnelles entre les structures du SP/CNLS-IST.....	57
Schéma n°3 : Niveau de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST....	61
Schéma n°4 : Organisation de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.....	63
Schéma n°5 : Système de suivi-évaluation.....	70
Schéma n°6 : Circuit de l'information pour le suivi-évaluation.....	74

AVANT- PROPOS

**Le Président du Conseil national de lutte
contre le SIDA et les IST,**

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

RESUME ANALYTIQUE

INTRODUCTION : CONTEXTE D'ELABORATION DU CADRE STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST- 2006-2010

Pays sahélien enclavé, le Burkina Faso comptait selon les estimations de l'INSD, environ 12,8 millions d'habitants en 2004 dont 51,8% de femmes. Au rythme actuel de la croissance évaluée à 2,37% par an, cette population atteindrait 14,7 millions en 2010, soit environ 2 millions d'habitants de plus en six ans. Il s'agit d'une population qui se caractérise encore par sa forte fécondité (ISF 6,2) et par son extrême jeunesse (55% a moins de 15 ans).

- *En matière de développement durable*, malgré la rude adversité de la nature, le pays entretient une croissance économique de l'ordre de 5% en moyenne par an depuis près d'une décennie, au prix d'importantes réformes politiques et socio-économiques. La faiblesse du revenu par habitant à peine équivalent à 300 \$ US, le place parmi les Pays les moins avancés (PMA). Selon le dernier rapport du PNUD sur le développement humain (2004), le Burkina se classe 175^{ème} sur 177 pays avec un IDH estimé à 0,302. Par ailleurs, les résultats de l'enquête burkinabé sur les conditions de vie des ménages réalisée en 2003, décrivent une tendance à l'augmentation de l'incidence de la pauvreté qui est passée de 45% en 1998 à 46,4% en 2003. La pauvreté, bien qu'elle s'urbanise, demeure un phénomène essentiellement rural (52,3% en 2003 contre 51% en 1998). Les femmes sont plus vulnérables face à la pauvreté du fait de leur accès limité aux facteurs de production et aux ressources.

- *Dans le domaine de l'éducation*, malgré des avancées significatives ces dernières années, l'accès à l'éducation de base demeure limité au Burkina Faso. Estimé à 42,7% en 2001, le taux brut de scolarisation a atteint 57,20 % en 2005, ce qui signifie qu'un nombre important d'enfants (43%) ne fréquente pas l'école. Le système éducatif entretient encore de fortes disparités selon le sexe, les zones géographiques et le milieu de résidence. En 2003-2004, le taux brut de scolarisation des garçons au niveau national atteignait 58,1% contre 46,2% pour les filles. La qualité et la pertinence demeurent des questions de préoccupation constante du système éducatif. Le taux d'alphabétisation est passé de 29% en 2001 à 32% en 2004

- *En matière de santé*, le Burkina Faso présente l'un des profils sanitaires les plus faibles dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest. En effet les taux de morbidité et de mortalité globale demeurent élevés. Enfin, à la mortalité infanto-juvénile (184‰) et à la mortalité maternelle (484 pour 100.000 naissances-vivantes) s'est associée une prévalence de l'infection à VIH relativement élevée, quoiqu'en baisse continue (7,17% en 1997 et 4,2% en fin 2002), plaçant le Burkina Faso parmi les pays les plus affectés dans la sous-région. A cette allure, il est à craindre que l'espérance de vie, estimée à 53,8 ans en 1996 entame un freinage de son rythme de progression.

En réponse à une problématique de développement aussi complexe, le Gouvernement burkinabé s'est doté d'un Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) en 2000 révisé en 2003 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 (PNDS). Dans la même dynamique un Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA a été adopté par les autorités en 2001 pour la période 2001-2005. Cette dernière initiative, compte tenu de l'ampleur de la pandémie avait pour finalité de créer plus de cohérence dans les interventions très diverses et multiformes en la matière ; tirant leçons des importants résultats enregistrés dans le cadre de cette expérience, le Gouvernement burkinabé, avec l'appui des partenaires techniques et financiers, a décidé d'élaborer un deuxième cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST pour la période 2006-2010. Le processus d'élaboration de ce deuxième cadre s'est voulu participatif. Le CSLS 2006-2010 s'articule de la manière suivante : *i) état de mise en œuvre du CSLS 2001-2005, ii) stratégie de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, iii) cadre institutionnel et organisationnel de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST, iv) stratégie de suivi et d'évaluation, v) mobilisation et gestion des ressources, vi) analyse des facteurs de risques.*

I. DE L'ETAT DE MISE EN ŒUVRE DU CADRE STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA 2001-2005

Le Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2005 a retenu quatre axes stratégiques : (1) le renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST ; (2) le renforcement de la surveillance de l'épidémie ; (3) l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées ; (4) l'élargissement de la réponse et la promotion du partenariat national international et de la coordination multisectorielle.

La mise en œuvre du CSLS 2001-2005 s'est faite à travers les plans nationaux multisectoriels annuels.

L'année 2001 ayant été consacrée essentiellement à la mise en place du dispositif institutionnel, le plan national multisectoriel a démarré véritablement en 2002. Les résultats globalement positifs sont retracés par axe stratégique.

1.1. Le renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH et des IST : en matière de prévention, l'on peut relever la forte implication de l'ensemble des acteurs. En effet, 21 départements ministériels, 20 entreprises, 1000 structures associatives, 2685 comités villageois et 159 comités des secteurs de commune ont initié différentes actions de prévention de l'épidémie dont les effets ci-dessous ont été constatés :

- *La promotion des comportements à faible risque* : elle est faite à travers la réalisation d'activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur le SIDA et les IST, notamment en direction de groupes cibles spécifiques.

- *La promotion des préservatifs masculins* s'est intensifiée par les campagnes organisées par PROMACO et à partir de décembre 2003 est intervenu le lancement officiel du préservatif féminin.

- *La promotion du conseil dépistage volontaire* : le nombre de personnes qui ont bénéficié de conseil dépistage volontaire a été multiplié par neuf (09) entre 2001 et 2003 passant respectivement de 4412 à 37635. La couverture progressive du territoire national en sites CDV accompagnée d'une réduction des tarifs sont à l'origine du succès de cette opération ;

- *La promotion de la sécurité transfusionnelle et de l'hygiène* : elle s'est essentiellement traduite dans les milieux de travail par le renforcement des capacités techniques du Centre national de transfusion sanguine (CNTS) créé en 2000 et par l'amélioration de l'information et du conseil destinés aux donneurs de sang. Par ailleurs, des efforts importants ont été déployés pour assurer la disponibilité permanente des réactifs pour le test des poches de sang dans toutes les banques de sang.

- *La mise en œuvre du programme transmission mère-enfant* : elle est effective dans huit (08) districts sanitaires en fin 2004 avec l'intégration des soins-conseils pour la réduction de la transmission mère-enfant dans les services publics et privés de santé maternelle et infantile. Cinq autres districts sanitaires sont dans une phase préparatoire pour appliquer le programme et 20 nouveaux districts devront être impliqués en 2005. En considérant les femmes qui ont bénéficié de conseil pré-test, le taux d'adhésion au dépistage est de 78,60% avec une séroprévalence du VIH estimée à 7,70%.

- *Le dépistage et traitement précoce des IST* : les efforts consentis se sont traduits par l'augmentation du taux de couverture du diagnostic et du traitement précoce des IST. Cette situation a été favorisée par la disposition effective des kits de traitement des IST à des coûts abordables, la mise en place d'un système de surveillance renforcée dans les sites sentinelles et d'un réseau national de surveillance de la sensibilité des germes responsables des IST, le renforcement des compétences des agents et par la participation aux activités du Réseau africain de lutte contre les IST.

Malgré ces importants acquis, de réelles difficultés subsistent. 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.

1.2. Le renforcement de la surveillance de l'épidémie : Au niveau de cet axe, les différentes actions menées ont permis de développer un mécanisme de notification renforçant ainsi les performances du système d'information sanitaire et la prise en compte du VIH/SIDA dans les indicateurs de suivi de performances des districts dans le cadre du Programme d'appui au développement sanitaire (PADS). Le système de la séro-surveillance 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.

1.3. L'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées :

Les efforts du Gouvernement se sont manifestés par l'affectation des ressources PPTe à l'approvisionnement des ARV. Conjugés aux appuis des partenaires au développement (Fonds mondial et autres initiatives de prise en charge), ils ont permis :

- l'augmentation du nombre de personnes dépistées et prises en charge par les services de soins-conseils hospitaliers et ambulatoires (la population de PVVIH effectivement prise en charge par les ARV est passée de 2,5% en fin 2003 à 8,4 % en fin 2004) ;
- la systématisation de l'application des protocoles de chimio-prophylaxie et de traitement des infections opportunistes dans les services de soins ambulatoires ;
- la réalisation des activités de soins conseils communautaires.

A cela s'est ajouté le renforcement de la prise en charge socio économique à travers :

- l'augmentation du nombre de personnes infectées et affectées (PVVIH, OEV, veufs, veuves) et de leurs familles qui ont bénéficié de soutien;
- le développement des réseaux de prise en charge psycho-sociale et de protection des PVVIH ;
- l'existence de projets d'activités génératrices de revenus favorisant l'amélioration de l'accessibilité au crédit des personnes infectées et affectées.

La prise en charge globale telle que préconisée, reste difficile à opérationnaliser compte tenu de diverses difficultés liées entre autres :

- à la faible décentralisation de la prise en charge médicale, y compris par les ARV,
- au faible niveau de coordination de l'organisation de la prise en charge médicale,
- à l'insuffisance de personnel spécialisé (prescription et prise en charge) dans le secteur de la santé,
- à l'insuffisance dans la mise en place d'un dispositif pouvant assurer la confidentialité dans le secteur ministériel et l'accompagnement des PVVIH,
- à l'insuffisance de soutien psychosocial et économique (absence de compétence et faiblesse de l'approche contractuelle et/ou de la complémentarité avec les structures compétentes).

1.4. L'élargissement de la réponse, la promotion du partenariat et la coordination multisectorielle :

la mise en œuvre et le renforcement de l'approche multisectorielle ont permis de donner 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. Avec la mise en place de quatre (04) cadres de concertation : (le groupe technique de travail, le groupe thématique ONUSIDA, le groupe thématique ONUSIDA élargi et le groupe des PTF-SIDA). Du fait de cette adhésion totale des acteurs au programme multisectoriel, la coordination des actions s'en est trouvée facilitée de même que la capacité de plaidoyer a été renforcée. Plus de 42 milliards de FCFA ont été mobilisés au cours de la période 2001-2004, soit un taux de mobilisation de près de 66% par rapport aux prévisions. Par ailleurs, la décentralisation de la lutte contre le VIH/SIDA est effective avec la mise en place des structures décentralisées à hauteur de 80%. Les principales difficultés rencontrées tiennent d'une part, 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 et d'autre 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 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/CNLS-IST difficiles ainsi qu'à l'absence d'une stratégie de suivi de la mobilisation des ressources.

1.5. Les enseignements que l'on peut tirer de la mise en œuvre du CSLS 2001-2005 :

Le Burkina Faso a enregistré des résultats significatifs en matière de mobilisation sociale dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST en raison du fort engagement politique. Les indicateurs de prévalence se stabilisent mais le pays demeure en situation d'épidémie généralisée d'où la nécessité de poursuivre les actions de prévention et de prise en charge globale qui sont considérées comme les bases fondamentales de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Ainsi, au terme de la mise en œuvre du CSLS 2001-2005, il s'agira de redéfinir les orientations et les stratégies à appliquer pour davantage relever les défis, changer la situation de l'épidémie et atteindre des résultats optimaux de lutte contre le VIH/SIDA et les IST en fin 2010.

II. DE LA STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST 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 définit 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.*

2.1. 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.*

2.2. 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.*

III. AXES STRATEGIQUES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU CSCLS 2006-2010

Pour la réalisation des objectifs ci-dessus énoncés, cinq axes stratégiques ont été définis, à savoir :

Axe stratégique 1 : renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST, et promotion du conseil dépistage volontaire.

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

Axe stratégique 3 : renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques.

Axe stratégique 4 : renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources.

Axe stratégique 5 : renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi-évaluation et promotion de la recherche.

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 psycho-social, 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.

Chaque axe stratégique comporte un certain nombre de domaines prioritaires, soit trente huit (38) pour l'ensemble des cinq axes. Les acteurs et les bénéficiaires sont organisés en quatre grands groupes (secteurs non compris celui de la coordination nationale) que sont les secteurs des institutions et des ministères, le secteur privé et des entreprises, le secteur communautaire, le secteur des entités territoriales. Par ailleurs, l'accent sera mis sur l'amélioration de la coordination qui est une question transversale conditionnant la mise en œuvre efficace de la stratégie nationale.

IV. DU CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST

4.1. Cadre organisationnel : la lutte contre le VIH/SIDA et les IST s'appuie sur une approche multisectorielle et décentralisée qui nécessite l'implication de tous les acteurs et secteurs socio-économiques. Cette approche s'est déjà traduite par la mise en place d'un cadre institutionnel approprié à la coordination et à l'exécution des interventions selon cinq (5) secteurs définis et sur l'ensemble du territoire national.

4.2. Dispositif institutionnel de mise en œuvre : il 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.

V. DE LA MOBILISATION ET DE LA GESTION DES RESSOURCES

5.1. Chiffrage du Cadre stratégique : l'évaluation de l'exécution du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au cours de la période 2001-2005 indique une mobilisation des ressources financières à hauteur de 58,42 milliards FCFA contre des attentes de 78,07 milliards FCFA soit un niveau de mobilisation de 74,83%. L'exécution financière cumulée sur l'ensemble de la période pourrait s'établir à 49,51 milliards FCFA. Le deuxième Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST a pour ambitions, le renforcement des acquis de la lutte contre le VIH/SIDA et la réduction de la prévalence du VIH devant passer de 4,2% à 3,15% en 2010. Une attention particulière sera accordée à l'amélioration des conditions de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA, des personnes affectées par le VIH/SIDA et les IST et des groupes spécifiques et vulnérables.

Les ressources requises pour la mise en œuvre du CSLS 2006-2010 sont estimées à 160,60 milliards FCFA. Cette évaluation indicative a été faite sur la base de la volonté de faire reculer le taux de séroprévalence et d'élargir le traitement par les ARV. Elle prend également en compte les allocations telles que reflétées par le Cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) du Ministère de la Santé et de l'engagement constant et renouvelé des partenaires au développement. Sous l'hypothèse d'un financement acquis établi à **21,9 milliards de FCFA** environ, le besoin de financement complémentaire à couvrir est évalué à **138,7 milliards de FCFA**. Des efforts additionnels internes seront nécessaires pour prendre en charge les actions et mesures complémentaires permettant de donner une plus grande dynamique à la lutte contre la pandémie.

5.2. Financement de la stratégie : Le financement du CSLS 2006-2010 est essentiellement basé sur les contributions du budget de l'Etat, des partenaires bilatéraux et multilatéraux ainsi que celles du monde communautaire et du secteur privé.

5.3. Procédures de gestion des ressources financières : l'unité de gestion financière créée par le Gouvernement dans le cadre du Programme national de lutte contre le SIDA et les IST sera renforcée pour gérer avec efficacité les ressources extérieures mobilisées progressivement pour la mise en œuvre du CSLS. Par ailleurs, toutes les mesures seront prises pour améliorer les procédures de passation des marchés et raffermir le dispositif de contrôle interne et externe.

VI. DE LA STRATEGIE DE SUIVI-EVALUATION

Le système de suivi-évaluation du CSLS est bâti autour du dispositif institutionnel de mise en œuvre. Son opérationnalisation s'articulera autour de quatre (04) activités essentielles :

- (1) l'élaboration d'un manuel de suivi-évaluation qui décrit le système national de capitalisation, de traitement, d'analyse et de diffusion des informations relatives à l'atteinte des objectifs, des résultats et des indicateurs définis pour la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. La première version du manuel élaboré en novembre 2004 fera l'objet d'une révision régulière pour tenir compte des changements du dispositif institutionnel et organisationnel ;
- (2) la mise en place d'une unité performante de suivi et d'évaluation des interventions réalisées. Il s'agit d'une part, d'accorder une importance particulière au rôle de coordination des structures sectorielles et décentralisées mises en place et d'autre part, de mettre un accent particulier sur le renforcement des capacités techniques humaines, matérielles et financières ;
- (3) l'élaboration d'un plan d'actions annuel pour le suivi-évaluation en vue de renforcer les capacités opérationnelles de tous les acteurs impliqués, de mettre en place un système de communication et d'information opérationnel et de développer des bases de données adaptées ;
- (4) la mise en place d'un groupe technique pour le suivi-évaluation afin de développer une vision commune des principaux acteurs pour le fonctionnement du système. Ce groupe constitue l'organe chargé de l'orientation des interventions dans le cadre du suivi-évaluation et de la mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

VII. DES FACTEURS DE RISQUES

Le pilotage du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, compte tenu de l'ampleur des réformes qu'il entraînera dans tous les domaines (la concertation permanente qu'il exige à tous les niveaux, l'importance des ressources financières et des capacités humaines qu'il nécessite, le changement de comportement qu'il appelle), interpelle l'Etat et les autres acteurs sur les risques majeurs ci-après :

- la faible application de l'approche multisectorielle ;
- le non parachèvement du processus de décentralisation ;
- l'insuffisance des capacités de coordination des interventions ;
- le faible niveau de prise en charge médicale ;
- l'insuffisance de programmes d'intervention au profit des groupes cibles ;
- la faible mobilisation des ressources pour le financement de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

INTRODUCTION : CONTEXTE D'ELABORATION DU CSLS 2006-2010

Pays sahélien enclavé d'une superficie de 274 000 km², le Burkina Faso est situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. 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.

o Les caractéristiques socio-démographiques

Selon les données de l'INSD, la population du Burkina Faso est estimée à 12 805 489 habitants en 2004. Au rythme actuel de la croissance (taux de croissance évaluée à 2,37%), elle atteindrait 14,7 millions d'habitants en 2010 et 16 millions en 2015. Les femmes représentent 51,8% de la population totale. Celles en âge de procréer (15-49 ans) représentent environ 23% de la population. Par ailleurs, la population se caractérise par sa jeunesse. Plus de la moitié (55%) a moins de 15 ans. La tranche d'âge de 10-19 ans représente 25% et celle de 10-24 ans, 32%. L'espérance de vie à la naissance est de 53,8 ans¹. Une telle situation implique des besoins importants dans les domaines de l'éducation et de la santé et particulièrement en matière de santé de la reproduction. En dépit des progrès réalisés dans la pratique contraceptive, le niveau de la fécondité est élevé. L'indice synthétique de fécondité (ISF) s'établit à 6,2 enfants par femme. La situation de l'excision reste préoccupante. Les taux de prévalence de la pratique de l'excision par tranche d'âge sont estimés à 6,5% pour les 0-4 ans, 16,3% pour les 5-10 ans et 43,6% pour les 11-20 ans².

Le Burkina Faso se caractérise aussi historiquement par ses fortes migrations internes et externes. Ces mouvements ne sont pas sans incidence sur l'environnement, l'éducation et la santé.

o La situation économique

Malgré les performances macroéconomiques enregistrées ces dernières années du fait des réformes, le Burkina Faso enregistre encore un faible niveau de développement humain. Avec un revenu par habitant à peine équivalent à 300 \$ U.S, le Burkina Faso figure parmi les Pays les moins avancés (PMA). Selon le dernier rapport du PNUD sur le développement humain (2004), l'indice de développement humain s'établit à 0,302 pour l'année 2002. Par ailleurs, selon les résultats de l'enquête burkinabè sur les conditions de vie des ménages réalisée en 2003, la proportion des pauvres est en augmentation. Entre 1998 et 2003, le taux serait passé de 45% à 46,4% soit une aggravation de 1,1 point³. Comparativement à 1994, elle s'est globalement accentuée de 2 points (en 1994, l'incidence de la pauvreté était estimée à 44,5% pour un seuil de 41 099 FCFA par adulte et par an). La pauvreté au Burkina Faso, bien qu'elle s'urbanise, demeure un phénomène essentiellement rural (52,3% en 2003 contre 51% en 1994 et 1998). Les femmes sont plus vulnérables du fait de leur faible accès aux facteurs de production et aux ressources.

¹ Projections du RGPH, 96

² Etude (OMS, CNLPE) 2001

³ sur la base d'un seuil absolu de pauvreté estimé à 82 672 FCFA en 2003 contre 72 690 FCFA par adulte et par an en 1998.

En dépit du contexte sociopolitique sous régional difficile, et de l'environnement international caractérisé par la chute des cours du coton et du dollar ainsi que la hausse vertigineuse du prix du baril de pétrole, l'économie burkinabè toujours soutenue par le secteur primaire, secondaire, tertiaire et l'aide extérieure, a connu une progression en termes réels du Produit intérieur brut (PIB) de 4,4% en 2002 et 8% en 2003. La croissance économique en 2004 a enregistré un taux de 4,8% pour un objectif de 6,2% ; ce qui correspond à une hausse du PIB par tête de 2,37%. Cette croissance serait de 4,4% en 2005 et s'établirait à 5,8% en 2006, 6,2% en 2007 et 6,8% en 2008. Elle se réaliserait dans un contexte de maîtrise de prix. En effet, le taux d'inflation qui a été de - 0,4% en 2004 devrait demeurer dans la limite de l'objectif de 3% maximum, fixé par l'Union Economique et monétaire Ouest Africaine (UEMOA). Ainsi, il s'établirait à 3% en 2006, 2,6% en 2007 et 2,4% en 2008.

Le principal défi que le Burkina Faso devra surmonter au cours des prochaines années, est la réduction de l'état de pauvreté des populations et de leur vulnérabilité face aux différents chocs exogènes (déficit pluviométrique, détérioration des termes de l'échange, instabilité des prix du pétrole...). A cet effet, la préoccupation actuelle du gouvernement telle qu'exprimée dans le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) révisé qui prend en compte la dimension VIH/SIDA, est de centrer désormais la stratégie de développement économique sur un meilleur impact des politiques, d'accroître le pouvoir d'achat des populations les plus défavorisées et de leur offrir un meilleur cadre d'épanouissement social.

La promotion des secteurs sociaux de base constitue l'une des priorités de la stratégie de développement du Burkina Faso. 16 à 19% des ressources nationales et de l'aide publique au développement sont consacrées à ces services. Le pays souffre d'un faible niveau de développement du capital humain entraînant une faible productivité du travail, notamment dans le secteur agricole, source d'emplois et de revenus pour près de 80% de la population active.

○ **L'éducation**

Malgré des avancées significatives ces dernières années, l'accès à l'éducation de base demeure limité au Burkina Faso. Le taux d'alphabétisation reste encore faible : 32,25% en 2004⁴ avec de fortes disparités entre hommes et femmes d'une part et entre zones urbaines et zones rurales d'autre part. Estimé à 42,7% en 2001, le taux brut de scolarisation a atteint 57% en 2005, soit une amélioration de trois points par an. Malgré ces progrès, un nombre important n'a pas accès à l'école. De fortes disparités persistent selon le sexe, les zones géographiques et le milieu de résidence. En 2003-2004, le taux brut de scolarisation des garçons au niveau national était de 58,1% et de 46,2% pour les filles. La qualité et la pertinence sont une préoccupation constante du système éducatif.

○ **La santé**

Le Burkina Faso présente l'un des profils sanitaires les plus faibles dans la sous région de l'Afrique de l'Ouest. En effet les taux de morbidité (6,8%) et de mortalité globale demeurent élevés. Au niveau des adultes (15-49 ans), la mortalité générale est estimée à 4,5% pour les femmes et 5,4% pour les hommes⁵. Le niveau de mortalité infanto-juvénile se situe parmi les plus élevés au monde, bien que des progrès notables aient été enregistrés au cours des 15 dernières années. En effet, la mortalité infantile est passée de 93‰ à 81‰ entre 1991 et 2001, soit une baisse de 13% tandis que la mortalité infanto-juvénile est

⁴ Rapport trimestriel de mise en œuvre du PDDEB, février 2005

⁵ EDS 2003

passée de 193‰ à 184‰, soit une baisse de 5%. Quant à la mortalité maternelle, elle est de 484 pour cent mille naissances vivantes selon l'enquête démographique et de santé de 1998. Cette situation est surtout imputable aux maladies infectieuses et parasitaires et à l'expansion de l'infection à VIH qui est devenue un problème majeur de développement.

Le taux de fréquentation des services de santé reste bas (0,33 contact par habitant en 2003)⁶. La couverture en consultation prénatale est estimée à 71%. Seulement 56% des naissances sont assistées en personnel qualifié en 2003⁷. Les causes directes telles les hémorragies et les infections sont responsables d'environ 72% des cas de décès maternels. En outre, il est établi que 55% des femmes enceintes sont anémiées. La faible fréquentation s'explique par (i) la pauvreté et le faible pouvoir d'achat de la population, (ii) la mauvaise appréciation de l'état de la maladie d'où une propension à l'utilisation des services des guérisseurs traditionnels.

○ **La situation spécifique du VIH/SIDA et des IST**

A la mortalité infanto-juvénile et à la mortalité maternelle s'est associée une mortalité liée à la prévalence relativement élevée du VIH/SIDA (7,17% en 1997 et 4,2% en fin 2002) qui situe le Burkina Faso parmi les pays les plus affectés de la sous région. Selon les résultats de l'EDS 2003 et d'études spécifiques, ces données sur le VIH sont variables d'une localité à l'autre et selon les groupes cibles. En outre, l'ONUSIDA estime qu'environ 50% des nouvelles infections s'observent chez les jeunes. A cette allure, il est à craindre que l'espérance de vie, estimée à 53,8 ans en 1996, entame un freinage de son rythme de progression.

Les caractéristiques et implications socioéconomiques de l'épidémie du VIH/SIDA et des IST au Burkina Faso montrent que celle-ci demeure une préoccupation devant requérir une grande attention de la part de l'ensemble des acteurs.

Les déterminants : la spécificité géographique du pays en fait une plaque tournante des échanges démographiques sous régionaux, mais aussi, un lieu de diffusion des maladies transmissibles dont le VIH/SIDA et les IST. Le Burkina Faso est caractérisé par un important flux migratoire interne et externe lié essentiellement à des raisons économiques. Les migrations externes apportent des changements de modes de vie. Le mouvement migratoire saisonnier interne, notamment des jeunes filles, augmente le risque de propagation du VIH. Ces jeunes personnes inexpérimentées sont souvent confrontées à diverses situations qui les exposent à l'infection du VIH et aux IST. Par ailleurs, la grande mobilité interne des populations explique le fait que l'épidémie touche indistinctement le milieu rural et urbain. Les classes actives, urbanisées et à revenus intermédiaires, sont particulièrement concernées.

Des études récentes⁸ ont permis d'identifier un certain nombre de comportements et de pratiques à risque : le multi partenariat sexuel (polygamie, «fausses monogamies»), les rapports sexuels non protégés, la sexualité précoce (rapports sexuels d'hommes mûrs avec des filles plus jeunes, mariages précoces entre des jeunes adolescentes et des adultes), les rapports occasionnels avec des partenaires inconnus (routiers, travailleurs du sexe).

⁶ DEP santé

⁷ EDS 2003

⁸ Cf bibliographie

Selon l'EDS Burkina Faso 2003 :

- le niveau de connaissance sur l'existence de moyens pour éviter le VIH est de 70% chez les femmes et de 84% chez les hommes. Cependant, ce niveau est relativement plus faible chez les groupes vulnérables que sont les jeunes de 15-24 ans, où il est respectivement de 68% chez les filles et 76,5% chez les garçons.
- par ailleurs, l'utilisation déclarée du condom lors des rapports sexuels à haut risque n'est effective que de 53% chez des femmes et 67% chez les hommes. Toujours au niveau de ces groupes à risque, 21% des filles et 13% des garçons ont leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans.
- En dehors du VIH, les autres IST sont peu connus et les comportements en cas d'IST sont peu pertinents. En effet, 69% des femmes déclarent ne pas connaître une IST en dehors du VIH et elles sont 67,7% à rechercher des soins lorsqu'elles déclarent avoir eu une IST. Cette proportion est plus faible chez les hommes qui ne sont que 40% à rechercher des soins en cas d'IST.

La précarité de la situation économique, telle qu'elle apparaît à travers les données sur la pauvreté au Burkina Faso, constitue un facteur de vulnérabilité de certaines catégories socioéconomiques (notamment les jeunes et les femmes), face à l'infection à VIH/SIDA et à l'accès aux services de santé.

Selon le rapport 2004 de l'ONUSIDA, 56% des 270 000 personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso sont des femmes. La situation de la femme face au VIH reste toujours marquée par de multiples facteurs socioculturels, économiques et physiologiques qui la rendent particulièrement vulnérable à l'infection par le VIH. Les facteurs socioculturels ont trait à la gestion de la sexualité, la participation à la prise de décision, les pratiques néfastes à l'endroit de la femme (excision, lévirat, sororat, mariages forcés et précoces). Bien que le statut de la femme ait connu une certaine amélioration ces derniers temps, sa dépendance économique et son faible niveau d'éducation restent importants. La constitution physiologique de la jeune femme fait qu'elle est plus facilement contaminée par le VIH que l'homme. La couverture en soins de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant reste faible.

La situation de la séroprévalence : suite à une intensification progressive de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST, marquée par la mise en œuvre de plans d'actions successifs, le taux de prévalence du VIH/SIDA et des IST connaît aujourd'hui, une stabilisation significative, voire une baisse tendancielle passant de 7,17% en 1997, à 6,5% en fin 2001 et à 4,2% en fin 2002 selon la méthode utilisée par l'OMS/ONUSIDA basée sur la sérosurveillance par site sentinelle. Cette prévalence serait de 2,7% en 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. Cette prévalence au niveau national présente néanmoins des disparités régionales selon le milieu de résidence et selon le genre. La ville de Ouagadougou enregistre le plus fort taux de séroprévalence soit 4,4%, la région du Sud-Ouest 3,8%, la région des Cascades 2,5%, la région de la Boucle du Mouhoun 2,4%, la région du Centre Ouest 2,2%, la région du Sahel avec le plus faible taux 0,1%. La prévalence est beaucoup plus élevée en milieu urbain (3,7%) qu'en milieu rural (1,3%). Les résultats présentés selon le genre indiquent un taux de séroprévalence sensiblement égal pour les femmes et pour les hommes (1,8% et 1,9%). Pour ce qui concerne les tranches d'âge 15-19 ans, 20-24 ans et 35-39 ans, les femmes sont particulièrement les plus infectées par le VIH. Par contre, le taux de prévalence est globalement plus élevé chez les hommes âgés de 30 à 34 ans.

Quelques enquêtes spécifiques réalisées sur des groupes cibles donnent les résultats suivants en terme de séroprévalence :

- la campagne de dépistage effectuée en milieu scolaire et universitaire a donné un taux de séroprévalence de 0,8% au sein des universités et 1,3% dans les lycées en 2004 ;
- les résultats de l'étude du projet VIRUS (Analyse nationale de la situation du VIH et des IST en milieu Rural et Urbain dans les Secteurs de la santé et de l'éducation), indiquent pour l'année 2003 un taux de prévalence VIH global de 3,4% au niveau du secteur de la santé, 2,8% au niveau du secteur de l'éducation ;
- l'enquête de sérosurveillance de deuxième génération effectuée en 2002 donne un taux de séroprévalence de 20,9% au niveau des travailleurs du sexe contre 60% en 1994. En ce qui concerne les IST, les taux de prévalence étaient de 8,1% pour le *Niesseria Gonorrhoeae* et 6,1% pour la *Chlamydiae Trachomatis* selon l'enquête de surveillance de seconde génération du projet SIDA III ;
- l'étude sur la surveillance des comportements sexuels réalisée en 2003 montre que 33% des orpailleurs, 27% des militaires et 38% des routiers ont une faible perception du risque personnel de contamination par le VIH ; le taux d'utilisation déclaré du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec une partenaire autre que la conjointe est de 70% chez les orpailleurs, 85% chez les militaires et 84% chez les routiers.

Les conséquences de cette pandémie ont diverses manifestations. Au niveau individuel et familial, le VIH/SIDA est une source de déstabilisation familiale avec des répercussions sur les dépenses du ménage et le bien-être des enfants. A l'échelon communautaire, les personnes infectées par le VIH/SIDA sont l'objet de stigmatisation, voire de rejet. Sur le plan professionnel, la stigmatisation et la discrimination sur les lieux de travail se traduisent par des pertes d'emploi pour les PVVIH. Les implications sur la situation des orphelins du SIDA sont allées en s'empirant ; l'ONUSIDA estime à environ 350 000, le nombre d'enfants orphelins avec plus de 2 000 enfants infectés par le VIH/SIDA en 2002. La proportion des ménages abritant des orphelins du SIDA est estimée à 42% en milieu rural et plus de 45% dans les centres urbains, selon une étude sur la situation des orphelins au Burkina Faso réalisée en 2001. Sur le plan sanitaire, on assiste à une hausse du nombre des malades hospitalisés dans les structures sanitaires, ce qui implique par conséquent, une charge de travail importante et une forte pression sur les ressources budgétaires de l'Etat.

En réponse à toutes ces préoccupations aussi importantes qu'urgentes, le Gouvernement burkinabè s'est doté d'un Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) en 2000 qui a fait l'objet d'une relecture en 2003. La santé et la lutte contre le VIH/SIDA font partie des domaines prioritaires de cette stratégie nationale. 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 (PNDS). Dans la même dynamique, un Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA a été adopté par les autorités en 2001 pour la période 2001-2005. Cette dernière initiative, compte tenu de l'ampleur de la pandémie, avait pour principale ambition de créer plus de cohérence dans les diverses interventions ; des résultats tangibles ont été enregistrés en matière d'organisation de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Tirant leçon de cette expérience, le Gouvernement burkinabè, avec l'appui des partenaires techniques et financiers, a décidé d'élaborer un deuxième Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST pour la période 2006-2010.

○ **Processus d'élaboration du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010**

Le Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010 résulte d'un long processus participatif d'évaluation du précédent Cadre stratégique et de définition des grandes orientations pour la période 2006-2010. Le couronnement du processus s'est matérialisé par la tenue le 30 juin 2005 de la session extraordinaire du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST pour l'adoption dudit cadre. (Cf. encadré).

Le processus d'élaboration du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2006-2010 a connu trois grandes étapes :

- L'évaluation à mi-parcours du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2005 (CSLS)

L'évaluation à mi-parcours du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2005 a été réalisée au cours de l'année 2004. L'objectif était de capitaliser les acquis enregistrés, d'apprécier les performances et insuffisances puis d'en tirer les leçons pour mieux concevoir et appliquer les stratégies. Le processus d'élaboration a été coordonné par un comité de pilotage créé par un arrêté signé du Président du Conseil National de lutte contre le SIDA et les IST et composé des représentants de tous les acteurs sectoriels : secteur public, secteur privé, société civile, PTF. Le rapport d'évaluation a été adopté au cours d'un atelier national organisé en novembre 2004. Les recommandations formulées dans ce rapport ont été prises en compte dans l'élaboration du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010.

- La formulation de l'avant projet de Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010 (CSLS)

Le processus d'élaboration du CSLS 2006-2010 qui s'est déroulé de janvier à juin 2005, a permis de renforcer la démarche participative. En effet, le processus a intégré dans toute la démarche méthodologique, les préoccupations de tous les niveaux d'intervention sectoriels. A ce titre, l'élaboration du Cadre stratégique pour la période 2006-2010 s'est articulée autour des principaux points suivants conformément à la démarche de planification stratégique : **i)** l'analyse de la situation de mise en œuvre du CSLS 2001-2005 ; **ii)** l'identification des principales leçons tirées de la mise en œuvre du CSLS 2001-2005 ; **iii)** l'identification des stratégies à prendre en compte dans le CSLS 2006-2010 ; **iv)** la description de la mise en œuvre des orientations et stratégies définies ainsi que les conditions d'évaluation des résultats.

Sous la coordination du Secrétariat permanent du CNLS-IST le processus a connu les étapes que sont :

- la mise en place d'un groupe de travail pour l'élaboration du CSLS 2006-2010 composé de six comités techniques sectoriels et les trois comités de rédaction ;
- l'organisation de réunions et ateliers périodiques en vue d'assurer un meilleur cadrage des axes stratégiques et des secteurs d'intervention conformément aux besoins de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

- La validation de l'avant projet de Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010 (CSLS)

Le processus de validation s'est déroulé ainsi qu'il suit : **1)** l'organisation d'un atelier technique de restitution du document préliminaire afin de présenter les propositions et prendre en compte les ajustements nécessaires ; **2)** l'organisation d'ateliers sectoriels de validation du CSLS 2006-2010 provisoire à l'attention des groupes d'acteurs sectoriels afin de recueillir les amendements et propositions d'amélioration du document de stratégie ; **3)** l'organisation d'un atelier national de validation du CSLS 2006-2010 ; **4)** l'organisation d'une session extraordinaire du CNLS-IST pour l'adoption du CSLS 2006-2010 ; **5)** l'adoption définitive du document de CSLS 2006-2010 par le Conseil des Ministres. Par ailleurs, le processus global a prévu l'organisation d'une table ronde des bailleurs de fonds pour le financement du CSLS 2006-2010.

Le présent document du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010 s'articule autour des principaux points suivants :

1. l'état de mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre le SIDA et les IST 2001-2005 ;
2. la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010 ;
3. les axes stratégiques pour la mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010 ;
4. le cadre institutionnel et organisationnel de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010 ;
5. la mobilisation et la gestion des ressources ;
6. la stratégie de suivi-évaluation ;
7. l'analyse des facteurs de risques.

I. ETAT DE MISE EN ŒUVRE DU CADRE STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA 2001-2005

Sur le plan de l'exécution des activités, la mise en œuvre effective du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2005 a réellement démarré en 2002. L'année 2001 a essentiellement été consacrée à la mise en place du dispositif institutionnel et organisationnel. Cette mise en œuvre s'est faite à travers l'élaboration du Plan national multisectoriel (PNM) qui donne les priorités d'intervention pour chaque année tenant compte des résultats antérieurs. Depuis la mise en œuvre du CSLS 2001-2005, le rapport d'exécution du PNM est ainsi examiné et validé lors de la session annuelle du CNLS-IST qui formule des orientations et recommandations.

Les principaux résultats sont présentés selon les quatre axes stratégiques pour la mise en œuvre du CSLS 2001-2005.

1.1. Rappels des objectifs et axes stratégiques d'intervention

La stratégie nationale de lutte contre le SIDA pour la période 2001-2005 a défini quatre axes stratégiques poursuivant chacun des objectifs généraux et intermédiaires dont la réalisation est faite à travers des domaines d'actions prioritaires. Ces axes stratégiques sont :

Axe 1 : Renforcement des mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH ;

Axe 2 : Renforcement de la surveillance de l'épidémie ;

Axe 3 : Amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées ;

Axe 4 : Elargissement de la réponse et la promotion du partenariat national et international et de la coordination multisectorielle.

Les objectifs généraux sont : (i) réduire la transmission du VIH et des IST, (ii) contrôler l'évolution du VIH et des IST, (iii) accroître la compréhension de l'épidémie, (iv) réduire l'impact du VIH/SIDA et des IST sur les individus, les familles et les communautés, (v) renforcer le partenariat national, régional et international en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA, (vi) renforcer la capacité organisationnelle et la coordination des institutions et des OBC.

1.2. Résultats par axe stratégique

Plusieurs efforts ont été déployés pour la mise en œuvre du CSLS 2001-2005 et ont permis de constater des résultats relativement positifs autour des activités de prévention, de surveillance de l'épidémie, de prise en charge des personnes infectées et affectées et de coordination des interventions.

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

1.2.1.1. Acquis

Ils se traduisent d'une part, par d'importantes actions d'information et de sensibilisation sur l'ensemble du territoire et d'autre part, par une forte implication des différents acteurs (secteur ministériel, secteur des entreprises, secteur communautaire et décentralisé).

En effet, l'on observe une augmentation progressive du nombre de structures menant des activités de prévention au profit des individus, des catégories socioprofessionnelles, des familles et des communautés. Au total 21 départements ministériels, 20 entreprises, plus de 1000 structures associatives/OBC, plus de 2 600 comités villageois et 159 comités des secteurs de communes qui ont élaboré et exécuté soit un plan d'actions soit un micro-projet de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Les actions de prévention de l'épidémie ont porté sur la promotion des comportements à faible risque, la promotion du conseil dépistage volontaire, le renforcement de la sécurité transfusionnelle, la prévention des accidents d'exposition au sang, l'hygiène en milieu du travail, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la prévention et le traitement des Infections sexuellement transmissibles. Les résultats essentiels suivants ont été obtenus :

- des comportements à faible risque : l'accroissement des activités d'IEC/CCC à travers les formations, les dotations en matériel et équipements IEC et les campagnes de communication réalisées par les différents acteurs, l'introduction du condom féminin, ont sans doute contribué à promouvoir les comportements à faible risque au sein de la population en général et de certains groupes très exposés en particulier (les travailleurs(se)s du sexe, les orpailleurs, les routiers, les prisonniers, les hommes de tenue, les femmes enceintes, etc.). En effet, plusieurs programmes spécifiques de prévention ont été réalisés au profit des groupes cibles au cours de la période. En 2004, 110 000 personnes dont 40% d'hommes et 60% de femmes ont été touchés par les acteurs communautaires.
- de la disponibilité et de l'accessibilité des préservatifs masculins et féminins : elles se sont accrues sur l'ensemble du territoire national avec la mise en œuvre de PROMACO et du projet pilote d'introduction du condom féminin. Ce dernier projet a permis de renforcer les activités de promotion du condom féminin auprès d'une trentaine de sites. Le nombre de préservatifs masculins et féminins distribués/vendus en 2004 atteint respectivement 19 000 000 et 15 000.

En considérant également l'accroissement du nombre de préservatifs vendus⁹, les résultats des sondages effectués au sein de certains groupes sur l'utilisation des préservatifs masculins donnent des taux d'utilisation déclarés relativement satisfaisants (70%).

- du Conseil dépistage volontaire (CDV) : les activités en la matière ont connu un essor considérable ces dernières années. Le nombre de personnes ayant bénéficié des conseils dans les centres CDV est passé de 4 412 en 2001 à 37 635 en 2003. Le nombre de sites CDV a progressé pour atteindre 51 en fin 2004 dont 16 sites indépendants ou autonomes gérés par des associations, 30 intégrés dans les formations sanitaires et 5 sites mobiles pour des stratégies avancées. Ces résultats se sont renforcés avec l'élaboration et la diffusion d'un document de normes et directives de conseil dépistage volontaire permettant d'organiser et d'harmoniser les interventions dans ce domaine et la réduction des tarifs de CDV à 500 F CFA avec une tendance vers la gratuité pour le candidat au test.
- de la sécurité transfusionnelle et de la prévention des Accidents d'exposition au sang (AES) : la promotion de la sécurité transfusionnelle et de l'hygiène dans les milieux de travail s'est essentiellement traduite par le renforcement des capacités techniques du Centre national de transfusion sanguine (CNTS) créé en 2000 ainsi que par l'amélioration de l'information et du conseil destinés aux donateurs de sang. Par ailleurs, des efforts importants sont déployés en vue d'assurer la disponibilité permanente des réactifs pour le dépistage dans toutes les banques de sang. La validation des directives nationales concernant la prise en charge des travailleurs de santé exposés au VIH/SIDA sur leurs lieux de travail en 2003, la formation des agents de santé sur la prévention et la prise en charge des infections et des risques d'exposition au sang constituent les éléments essentiels de la gestion des AES.

⁹ Statistiques PROMACO

- de la Prévention de la transmission mère-enfant (PTME) : la mise en œuvre du programme de prévention de la transmission mère-enfant est effective dans 8 districts sanitaires en fin 2004 avec l'intégration des soins-conseils pour la réduction de la transmission mère-enfant dans les services publics et privés de santé maternelle et infantile. Cinq districts sanitaires sont dans une phase préparatoire pour appliquer le programme et 20 nouveaux districts devront être impliqués en 2005 avec l'appui de projets et programmes spécifiques dont le projet BAD, le projet Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Programme de traitement accéléré (TAP), etc. De janvier à septembre 2004 sur l'ensemble des sites, 20 335 de femmes enceintes sur 21 048 (96,61%) ont bénéficié d'un conseil de groupe sur le VIH/SIDA et la PTME. En considérant les femmes qui ont bénéficié de conseil pré-test, le taux d'adhésion au dépistage est de 78,59% avec une séroprévalence du VIH estimée à 7,70%.
- de la prise en charge des IST : le dépistage et le traitement précoce des IST ont été essentiellement renforcés par l'augmentation du taux de couverture du diagnostic et du traitement précoce des IST. Cette situation est marquée par : (i) la multiplication et la diffusion de la troisième version des algorithmes de prise en charge des IST dont une version sous forme d'affiche a été élaborée, (ii) la confection et la mise à disposition effective des kits de traitement des IST à des coûts abordables (100, 250 et 500 FCFA), (iii) la mise en place d'un système de surveillance renforcée dans les sites sentinelles, (iv) la mise en place du réseau national de surveillance de la sensibilité des germes responsables des IST, (v) le renforcement des compétences des agents, (vi) la participation aux activités du Réseau africain de lutte contre VIH/SIDA et les IST, (vii) l'extension et le renforcement des expériences réussies dans les interventions en milieu du commerce du sexe, et (viii) la poursuite de la gratuité de la prise en charge des infections opportunistes avec l'appui des partenaires et du budget national.

1.2.1.2. Insuffisances

Elles sont essentiellement liées :

- à l'absence d'une stratégie nationale de communication harmonisée en matière d'IEC/CCC et de diffusion des messages auprès des groupes cibles spécifiques ;
- à la persistance de la stigmatisation et de la discrimination des PVVIH ;
- au faible niveau d'éducation des jeunes en santé de la reproduction ;
- à l'insuffisance de programmes spécifiques de prévention en faveur des groupes spécifiques et vulnérables ;
- à l'insuffisance des interventions en faveur des groupes cibles prioritaires (femmes en âge de procréer, travailleurs(es) du sexe, jeunes filles du secteur informel,...) ;
- à la faible valorisation des actions en matière de santé de la reproduction ;
- à la persistance de certains comportements à risque ;
- à la faible couverture nationale en centres CDV ;
- à la faible vulgarisation de la PTME ;
- à la faible prise en compte des acteurs du secteur informel ;
- à l'insuffisance des activités de prévention en faveur du niveau décentralisé.

1.2.2. Renforcement de la surveillance de l'épidémie

1.2.2.1. Acquis

Les actions dans le domaine de la surveillance de l'épidémie ont été conduites essentiellement par le sous-secteur santé et celui de la coordination. Les acquis concernent les aspects ci-après :

- le mécanisme de notification des cas de SIDA et d'IST : cette notification a connu de nombreux acquis avec l'amélioration des performances du système d'information sanitaire de routine de la DEP du Ministère de la Santé. La prise en compte du VIH/SIDA et des IST dans les indicateurs de suivi des performances des districts sanitaires dans le cadre du PADS, le développement des outils harmonisés pour la prise en charge médicale facilitant ainsi le rapportage des cas, et enfin, la vulgarisation des guides de diagnostic et de traitement pour faciliter le diagnostic et la notification des IST constituent également des acquis importants ;
- la séro-surveillance de l'épidémie : le nombre de sites sentinelles est passé de 5 en 2002 à 13 en 2004 permettant de couvrir les 13 régions sanitaires (6 sites en milieu rural et 7 en milieu urbain) ;
- des études et enquêtes ont été conduites, dont l'EDS 2003 réalisée par l'INSD ; cette EDS a intégré une composante VIH/SIDA aussi bien au niveau de l'analyse de la prévalence qu'au niveau comportemental. On peut citer d'autres études telle « l'Analyse de la Situation des Laboratoires d'Analyses de Biologie Médicale au Burkina Faso » montrant une cartographie et une appréciation des possibilités d'un suivi biologique du VIH sur l'ensemble du pays, le projet virus, etc..

1.2.2.2. Insuffisances

Elles sont de quatre ordres :

- la sous notification des cas liée entre autres à la sous utilisation des structures de soins par les populations et à la faible complétude des rapports d'activités des structures de soins et des secteurs impliqués dans la prise en charge ;
- l'insuffisance de financement de certaines études pertinentes dans le domaine des IST ;
- l'absence d'un programme précis définissant les priorités en matière de recherches et d'études ;
- la variation des méthodes d'analyse de la prévalence rendant l'interprétation parfois difficile au fil du temps.

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

1.2.3.1. Acquis

Les sous-secteurs de la santé et de l'Action sociale de même que le secteur communautaire et la coordination ont fortement contribué aux acquis en matière de prise en charge globale des PVVIH au cours de la mise en œuvre du CSLS 2001-2005. Des efforts ont été développés à différents niveaux : (i) la formation du personnel médical et paramédical et des acteurs du monde communautaire à tous les niveaux à la prise en charge des PVVIH, (ii) l'amélioration du suivi biologique par le renforcement des capacités des laboratoires, (iii) le renforcement du processus d'approvisionnement en ARV, en Kits IST et en consommables médicaux à travers la CAMEG et des privés,

(iv) la réduction des coûts d'acquisition des ARV, des Kits IST et des médicaments pour les IO (v) la mobilisation des ressources en faveur de la prise en charge ; et enfin (VI) la formation du personnel de l'Action sociale pour la prise en charge socio-économique et l'élaboration d'un référentiel des CMLS sur la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.

Au titre de la mise en œuvre de cet axe, il faut citer les efforts du Gouvernement qui a affecté des ressources PPTE à l'approvisionnement en ARV et à l'alimentation du FSMOS ainsi que les appuis de partenaires au développement à travers les différents projets d'appui (Projet ESTHER, Croix-Rouge/OPALS, Initiative OMS/OPEP, Initiative OMS/Italie, Initiative OMS Tuberculose/VIH, Projet de renforcement des services de santé, Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, MAP, TAP, MSF, etc.). L'initiative privée nationale n'a pas été en reste avec la contribution de la société Tan Aliz.

L'ensemble de ces efforts a permis :

- l'augmentation du nombre de personnes dépistées et prises en charge par les services de soins-conseils hospitaliers et ambulatoires. En effet, la proportion de PVVIH ayant besoin de traitement par les ARV et effectivement prise en charge est passée de 2,48% en 2003 à 8,36% en fin 2004. Le nombre de personnes sous ARV se situe à près de 5 000 PVVIH en juin 2005 ;
- l'augmentation du nombre de structures décentralisées de conseil/dépistage volontaire ;
- la systématisation de l'application des protocoles de chimio-prophylaxie et de traitement des infections opportunistes dans les services de santé et ambulatoires ;
- l'augmentation du nombre de personnes dépistées, d'orphelins, de veufs, veuves, de leurs familles pris en charge par les services de soins/conseils communautaires ;
- le développement des réseaux de prise en charge intégrant les services socio-sanitaires de base, les OBC, les associations et les familles ;
- le développement des réseaux de prise en charge psychosociale et de protection des PVVIH ;
- la mise en œuvre de projets d'activités génératrices de revenus favorisant l'amélioration de l'accessibilité au crédit des personnes infectées et affectées.

1.2.3.2. Insuffisances

La prise en charge globale telle que préconisée reste difficile à opérationnaliser au niveau des secteurs ministériels. Les difficultés se situent à plusieurs niveaux :

- la faible décentralisation de la prise en charge médicale y compris par les ARV ;
- le faible niveau de coordination et d'organisation de la prise en charge socioéconomique et psychosociale des personnes infectées et affectées ;
- l'insuffisance de personnel spécialisé (prescription et prise en charge) dans le secteur de la santé ;
- le faible niveau de coordination et d'organisation de la prise en charge médicale ;
- l'insuffisance dans la mise en place d'un dispositif pouvant assurer la confidentialité dans le secteur ministériel ;
- l'insuffisance d'accompagnement des PVVIH identifiées en cas de nécessité de prise en charge médicale ;

- l'insuffisance de soutien psychosocial (absence de compétence et faiblesses de l'approche contractuelle et/ou de la complémentarité avec les structures compétentes) ;
- l'absence de système de rapportage systématique des cas de personnes ayant besoin de prise en charge ;
- les faibles capacités des structures communautaires impliquées dans la prise en charge liée à une insuffisance d'encadrement technique des structures accréditées ;
- l'insuffisance de la concertation entre les structures communautaires, les services de santé et les services de l'action sociale ;
- la faible implication des structures privées et des entreprises dans la prise en charge des employés.

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

1.2.4.1. Acquis

Les acquis concernent le renforcement de la coopération régionale et internationale dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST à travers l'augmentation du nombre de partenaires nationaux, régionaux et internationaux impliqués dans la lutte. On relève également l'augmentation du nombre de services, institutions, ONG et OBC opérationnels.

Au titre du renforcement de la coordination multisectorielle des acteurs et des partenaires de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST, l'implication de tous les secteurs socioéconomiques dans le CNLS-IST a consolidé l'approche multisectorielle dans le cadre de la lutte. La volonté de mieux organiser la lutte s'est traduite par la création de structures de coordination dans les différents secteurs (ministères, privé et entreprises, communautaire, décentralisé) en plus de la coordination nationale. En outre, le renforcement de la concertation des partenaires techniques et financiers autour de la question de la lutte s'est matérialisé par la mise en place du Groupe technique de travail (GTT), du Groupe thématique ONUSIDA (GTO), le Groupe thématique ONUSIDA élargi (GTE) et du Groupe des PTF-SIDA.

Le renforcement des bases organisationnelles des institutions nationales et des OBC en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST s'est accentué avec la mise en place d'un cadre institutionnel approprié à la lutte, notamment la création d'un comité technique pour la prise en charge médicale, d'un comité d'éthique et l'élaboration du système de suivi-évaluation. La concertation s'est également développée à tous les niveaux d'intervention avec le renforcement des capacités opérationnelles (humaines, matérielles et financières) des structures de coordination centrales et décentralisées de même que les structures communautaires de coordination pour la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Le développement du plaidoyer pour la mobilisation en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST a permis de disposer davantage de ressources auprès des partenaires. L'engagement de ceux-ci s'est traduit par la mise en place de diverses initiatives, de projets et programmes et autres appuis institutionnels. Les ressources mobilisées sont passées de 3,9 milliards de francs CFA en 2001 à 7,8 milliards en 2002 pour atteindre 16 milliards en 2004. Le cumul des ressources se chiffre en fin 2004 à 42,02 milliards de FCFA pour la période 2001-2004, ce qui représente un taux de mobilisation de 65,96% par rapport aux prévisions du CSLS 2001-2005 pour la même période.

Le renforcement de la décentralisation de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST s'est traduit par l'élaboration d'un manuel d'opération du processus de décentralisation de la lutte et le

renforcement des capacités opérationnelles (ressources financières, matérielles et formation des membres) des structures décentralisées. Le niveau de mise en place des structures décentralisées a atteint 80% en fin 2004. Le financement des activités de ces structures décentralisées a permis de renforcer les capacités d'intervention au profit des populations.

1.2.4.2. Insuffisances

Celles-ci tiennent principalement :

- à la faiblesse du système de suivi-évaluation matérialisée par la non fonctionnalité du système standardisé de collecte de données ;
- au faible niveau de complétude et l'insuffisance de coordination des études et recherches menées ;
- à la faible capacité de fonctionnement des structures de coordination mises en place liée à l'insuffisance de ressources et à la forte mobilité du personnel formé ;
- à la persistance de certains partenaires à mettre en oeuvre des interventions isolées, ce qui rend difficile le suivi et la coordination des activités sur le terrain par le SP/CNLS-IST ;
- à l'absence d'une stratégie d'assistance concertée et intégrée d'appui au renforcement des capacités des structures de coordination ;
- à l'absence d'une stratégie de suivi de la mobilisation des ressources.

1.3. Principaux enseignements

La mise en œuvre du CSLS 2001-2005 s'est traduite par des résultats importants de renforcement des mesures de prévention, de prise en charge des personnes infectées et affectées et de coordination, avec une évolution relativement satisfaisante des indicateurs de prévalence.

La tendance à la stabilisation voire à la baisse de la séroprévalence du VIH au Burkina Faso observée selon les statistiques peut s'expliquer, entre autres, par : (i) les nombreuses réponses apportées à l'épidémie du VIH/SIDA depuis l'exécution des plans à court et moyen terme et la mise en œuvre de l'approche multisectorielle de la lutte, (ii) les actions de sensibilisation caractérisées par les campagnes d'information, d'éducation et de communication, et (iii) la promotion de la communication pour le changement de comportement et des moyens de prévention (utilisation des préservatifs, abstinence, fidélité, etc.) dans les différentes provinces du pays.

Malgré ces résultats, le Burkina Faso demeure en situation d'épidémie généralisée d'où la nécessité de poursuivre les actions de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Il s'agit entre autres, de veiller aux aspects suivants :

- la définition des stratégies d'intervention par domaine et par secteur d'intervention;
- l'analyse approfondie de l'évolution du taux de prévalence en relation avec « le coût efficacité » des activités réalisées au titre des différents axes stratégiques ;
- l'identification des interventions ciblées en faveur des groupes spécifiques et à risque ;
- l'élaboration de la stratégie nationale de communication sur le VIH/SIDA et les IST qui intègre les groupes cibles ;

- la nécessité d'une plus grande implication de l'ensemble des acteurs dans le processus de surveillance de l'épidémie et plus particulièrement, les secteurs impliqués dans la prévention et dans la prise en charge médicale ;
- le développement d'une dynamique relationnelle plus forte entre les différents acteurs impliqués. Cette dynamique devra être basée sur la valorisation des capacités spécifiques des acteurs permettant d'assurer une prise en charge globale effective ;
- le renforcement de l'accessibilité financière et géographique aux ARV ;
- la nécessité de l'intégration d'un volet lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans les projets et programmes de développement pour renforcer les interventions au profit des populations, surtout rurales.

Ainsi, au terme de la mise en œuvre du CSLS 2001-2005, il s'agira de redéfinir les orientations et les stratégies à appliquer pour davantage relever les défis, changer la situation de l'épidémie et atteindre des résultats optimaux de lutte contre le VIH/SIDA et les IST en fin 2010. L'une des conclusions importantes de l'évaluation à mi-parcours du CSLS 2001-2005 est relative à la nécessité de maintenir les axes d'intervention de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST à travers le renforcement de l'approche multisectorielle.

Le renforcement de l'approche multisectorielle et décentralisée est un des acquis certains à capitaliser et à pérenniser. En outre, un accent particulier doit être mis sur la recherche de stratégies novatrices pour apporter des solutions appropriées aux insuffisances constatées dans la mise en œuvre du CSLS 2001-2005.

II. STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST 2006-2010

2.1. Grandes orientations

2.1.1. Rappel des objectifs du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) au Burkina Faso

Les principales orientations en matière de développement telles que définies dans le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté adopté par le gouvernement le 27 octobre 2004 sont : (i) renforcer les actions visant à réduire l'état de pauvreté et de vulnérabilité des populations ainsi que les différentes disparités, (ii) mettre en œuvre des politiques macroéconomiques de qualité en vue de réaliser une croissance forte, durable et mieux répartie, (iii) accélérer et renforcer le processus de décentralisation et les actions de modernisation de l'administration publique, (iv) réussir l'insertion du pays dans le processus d'intégration régionale et de mondialisation.

Les objectifs quantitatifs majeurs poursuivis au cours des années à venir 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. Ces objectifs s'inscrivent dans la perspective de réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et de ceux poursuivis par le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD). En conséquence, la réduction du déficit social et la lutte contre le VIH/SIDA et les IST font partie des grandes priorités du Gouvernement. A cet effet, une politique sanitaire nationale ainsi qu'un plan national de développement sanitaire pour la période 2001-2010, ont été adoptés respectivement en 2000 et 2001.

2.1.2. Orientations de la politique sanitaire nationale

La politique sanitaire nationale adoptée par le gouvernement se fixe pour objectif général d'améliorer l'état général de la population. A cet égard, compte tenu de la forte prévalence du VIH/SIDA, cette politique a fait du renforcement de la lutte contre ce fléau un des objectifs prioritaires. Le plan national de développement sanitaire, instrument de mise en œuvre de cette politique, poursuit les objectifs ci après :

- accroître la couverture sanitaire nationale ;
- améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé ;
- renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
- réduire la transmission du VIH ;
- développer les ressources humaines en santé ;
- améliorer l'efficacité des services de santé ;
- accroître les financements du secteur de la santé ;
- renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé.

Les stratégies développées pour l'atteinte de ces objectifs s'insèrent dans celles de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

2.2. Fondements et principes directeurs de la Stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA et les IST

2.2.1. Fondements de la stratégie nationale 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 la création d'un cadre institutionnel à cet effet ;
- l'adoption d'une approche multisectorielle et décentralisée de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- l'existence d'un cadre juridique national dont les dispositions permettent la prise en compte des questions liées au VIH/SIDA et les IST ;
- la souscription du Burkina Faso à l'objectif social de la santé pour tous ;
- la mise en oeuvre d'une stratégie cohérente de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA qui s'allie harmonieusement avec la volonté politique du gouvernement de mettre en place un système de santé décentralisé selon l'approche de l'Initiative de Bamako ;
- la souscription du Burkina Faso aux engagements internationaux, notamment la Déclaration des Nations Unies sur le VIH/SIDA, la Déclaration des Chefs d'Etat africains d'Abuja, l'initiative « three by five », les principes du «three ones », la Déclaration de politique de l'ONUSIDA/l'OMS sur les tests VIH, etc..

La mise en œuvre de la stratégie nationale s'appuie sur un cadre institutionnel bâti sur le Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST avec un Secrétariat permanent et les structures de coordination au niveau sectoriel et décentralisé. Quant aux interventions, elles portent principalement sur (i) la prévention, (ii) la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA et les IST, (iii) la surveillance de l'épidémie, (iv) la mobilisation conséquente des ressources et (v) le suivi des progrès réalisés dans la lutte.

2.2.2. Principes directeurs de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA et les IST

La mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA et les IST pour la période 2006-2010 sera guidée par sept principes directeurs :

- le renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST et la promotion du dépistage volontaire ;
- l'amélioration de l'accès aux soins et à la prise en charge globale des personnes infectées et affectées ;
- l'élaboration et la mise en œuvre de programmes nationaux spécifiques au profit des groupes vulnérables ;
- la consolidation de l'approche multisectorielle et décentralisée de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- la prise en compte de la dimension genre dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- le renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources ;
- le renforcement de la bonne gouvernance.

2.2.2.1. Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST et promotion du conseil dépistage volontaire

Il est question de la promotion et l'accès aux divers moyens et méthodes de prévention à l'infection du VIH/SIDA et des IST dans la population générale et au sein des groupes à haut risque. En d'autres termes, l'accent sera mis sur les campagnes d'information, d'éducation, de communication pour le changement de comportement et le renforcement des activités de promotion du dépistage volontaire. Les mesures universelles de prévention seront adoptées et mises en œuvre en milieu médical et dans les autres milieux où il existe un risque de contact avec du sang et autres liquides biologiques. Enfin, le programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sera renforcé, de même que la sécurité transfusionnelle.

2.2.2.2. Elaboration et mise en œuvre de programmes nationaux spécifiques aux groupes vulnérables

Le renforcement des interventions en faveur des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA nécessite la prise en compte des besoins des différents groupes spécifiques et vulnérables. Il s'agit de promouvoir l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'intervention ciblés sur les différents groupes (jeunes, femmes, OEV, TS, orpailleurs, migrants, routiers, etc.), de promouvoir les meilleures approches telles que la définition de stratégies adaptées de communication et la diffusion des pratiques prometteuses en matière de prévention et de prise en charge.

2.2.2.3. Amélioration de l'accès aux soins et à la prise en charge globale des personnes infectées et affectées

L'accessibilité de toutes les personnes infectées et affectées à une prise en charge globale constitue une dimension essentielle dans la mise en œuvre du cadre stratégique. Dans cette perspective, il s'agira de prendre en compte toutes les dispositions relatives à une meilleure prise en charge médicale, sociale, psychologique, juridique et économique des PVVIH ainsi que des groupes spécifiques et vulnérables. L'accent sera mis sur les quatre dimensions ci-après :

- la première dimension porte sur la promotion des approches et alternatives à même d'assurer une réduction des coûts aussi bien des médicaments que des consommables médicaux. Au-delà de la simple réduction des coûts, les alternatives de financement devront assurer des modes de paiement des soins qui garantissent une certaine équité ;
- la deuxième dimension porte sur l'exploitation de l'ensemble des opportunités nationales qui permettent de rapprocher les communautés autant que possible, des soins et du conseil dépistage volontaire de qualité. L'intégration des soins et le conseil dépistage dans les structures qui existent seront fortement développés et la mise en place de nouvelles structures devra se faire lorsque cela est nécessaire ;
- la troisième dimension concerne la diversification des acteurs de la prise en charge dans une logique de complémentarité des compétences médicales et communautaires. Ceci permettra d'assurer un continuum efficace des soins ;
- la quatrième dimension porte sur la mobilisation d'une solidarité nationale pour le soutien des personnes infectées et affectées par le VIH. Elle permettra de réduire la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et de les intégrer pleinement dans les processus nationaux de développement.

2.2.2.4. Consolidation de l'approche multisectorielle et décentralisée de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST

Une participation de tous les secteurs est indispensable pour une réponse nationale adéquate contre l'infection à VIH. Ainsi, la décentralisation de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST sera renforcée pour prendre en compte les spécificités locales. A cet effet, les structures régionales, provinciales, départementales et communales ainsi que les populations des zones rurales seront davantage impliquées dans la mise en œuvre des actions.

2.2.2.5. Prise en compte de la dimension genre dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST

La prise en compte du genre comme thème transversal dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST nécessite d'aller au-delà du sexe et considérer les besoins de tous les groupes spécifiques vulnérables et à haut risque. Par ailleurs, il convient d'impliquer ces groupes dans les instances d'orientation, de coordination et de décision (CNLS-IST, CRLS, CPLS, CCLS, CCRLS, CMLS, CELS et les CILS). En outre, ces instances devront comporter une bonne représentativité de jeunes, de femmes, des PVVIH, etc. Il s'agit également, de veiller à une désagrégation des données par sexe, selon les âges et les groupes sociaux, professionnels et économiques.

2.2.2.6. Renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources

Pour ce principe, il s'agira de développer une dynamique relationnelle plus forte entre les différents acteurs impliqués pour faire du CSLS, le cadre référentiel national en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Par ailleurs, il convient de renforcer la concertation à tous les niveaux pour améliorer la mobilisation des ressources, la coordination et le suivi. De façon spécifique, un dialogue permanent sera ouvert entre l'Etat et les partenaires techniques et financiers afin que l'Unité de gestion mise en place au sein du SP/CNLS-IST soit véritablement un instrument de l'amélioration de la coordination des interventions financières et de la prévisibilité en matière de programmation.

2.2.2.7. Renforcement de la bonne gouvernance

Elle aura comme préoccupation l'engagement soutenu des autorités nationales, la bonne gestion, la visibilité, le suivi-évaluation et l'obligation de rendre compte de la gestion. Pour ce faire, il sera appliqué les trois principes du « Three Ones » : un seul cadre de référence de la lutte, une seule unité de coordination et un système de suivi-évaluation unique. Aussi, il s'agit de mettre l'accent sur la concertation entre les acteurs, la coordination et le suivi-évaluation des activités. Par ailleurs, le secteur privé sera sollicité pour la mise en œuvre d'activités à travers l'approche de la contractualisation.

Pour le cas spécifique du suivi-évaluation, il s'agira d'assurer une bonne organisation du système aux niveaux central et régional. Celle-ci étant basée sur des indicateurs précis pour l'atteinte des objectifs dans tous les secteurs de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. De même, il sera question de promouvoir la recherche sur le VIH/SIDA et les IST à travers le renforcement de la coordination, de la diffusion et de l'utilisation des résultats y relatifs.

En matière de communication, Il s'agira de développer un système d'information et de communication au sein des structures du CNLS et entre le SP/CNLS-IST et ses partenaires. En outre, la mise en place d'un centre d'information et de documentation permettra aux différents acteurs d'accéder à des informations fiables. Enfin, il sera élaboré et mis en œuvre une stratégie de communication incluant la communication pour le changement de comportement et la visibilité des interventions dans les différents secteurs.

La bonne gouvernance devra faciliter la mobilisation des ressources et l'engagement des partenaires techniques et financiers.

2.3. Objectifs stratégiques et principaux résultats

2.3.1. Objectifs stratégiques

Les objectifs stratégiques de lutte contre le VIH/SIDA et les IST pour la période 2006-2010 sont : (i) réduire la transmission du VIH/SIDA et des IST, (ii) renforcer la prise en charge et le soutien aux personnes infectées et affectées, (iii) renforcer le partenariat et la mobilisation des ressources, (iv) renforcer la surveillance de l'épidémie, (v) accroître les capacités de coordination et de suivi-évaluation.

L'atteinte de ces objectifs stratégiques se fera à travers des objectifs spécifiques (intermédiaires) définis par axe stratégique.

2.3.2. Principaux résultats

La mise en œuvre concertée du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST vise les impacts suivants :

- le taux de prévalence du VIH/SIDA dans la population générale et les groupes cibles spécifiques est réduit ;
- la santé et la qualité de vie des PVVIH sont améliorées ;
- la mortalité liée au VIH/SIDA est réduite ;
- les conditions de vie des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques sont améliorées ;
- la mise en œuvre du programme de lutte contre le VIH/SIDA et les IST est efficace et efficiente ;
- la connaissance de la pandémie du VIH/SIDA et les IST s'est améliorée dans la population générale et au sein des groupes spécifiques.

Elle devra aussi se traduire par des résultats concrets à savoir :

- les groupes cibles prioritaires adoptent des comportements à moindre risque ;
- les interventions en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST sont décentralisées au niveau régional, provincial, départemental et communal ;
- la prise en charge globale des personnes infectées, affectées, et des groupes spécifiques et vulnérables s'est améliorée ;
- les capacités organisationnelles et la coordination des structures du CNLS-IST, des ONG, associations et des organisations à base communautaire intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST sont renforcées ;
- le dispositif de gestion de la mobilisation des ressources est opérationnel ;
- la participation des acteurs sectoriels (public, privé société civile) et des partenaires techniques et financiers est renforcée ;
- le système d'information et de communication sur la réponse nationale est opérationnel.

III. AXES STRATEGIQUES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU CSLS 2006-2010

Pour la réalisation des objectifs généraux ci-dessus énoncés, il a été retenu cinq axes stratégiques comportant chacun des objectifs, des domaines d'actions prioritaires, et des cibles potentielles pour la période 2006-2010. 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.

3.1. Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST, et promotion du conseil dépistage volontaire

L'introduction progressive des ARV donne beaucoup d'espoir aux populations et aux personnes infectées en particulier. Toutefois, le nombre de plus en plus croissant des nouvelles infections enregistrées chaque jour suscite des inquiétudes. Selon les résultats des enquêtes de prévalence, ces nouvelles infections sont surtout constatées chez les jeunes, notamment les filles et chez les femmes. La prévention demeure l'une des meilleures stratégies pour la réduction de la transmission du VIH/SIDA et des IST

Dans le domaine préventif, plusieurs stratégies ont été développées et exécutées par les institutions nationales, les partenaires, les ONG, les associations/OBC à travers la mise en œuvre d'actions spécifiques au niveau du secteur de la santé, de l'action sociale et du secteur communautaire. Néanmoins, les constats montrent que les orientations relatives à la valorisation des approches positives pour le changement de comportement ne sont pas assez vulgarisées.

3.1.1. Objectifs

L'objectif général est de réduire la transmission du VIH/SIDA et des IST. De manière spécifique, il s'agira de :

- 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.

3.1.2. Domaines d'actions prioritaires

Onze (11) domaines d'actions composent l'axe. ce sont :

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

- promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires et communautaires ;
- promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail ;
- prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques ;
- prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- promotion des préservatifs masculins et féminins ;
- promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques ;
- promotion de la santé de la reproduction/santé sexuelle ;
- renforcement de l'enseignement de la lutte contre le VIH/SIDA et des IST dans le secteur de l'éducation et dans les écoles de formation professionnelle ;
- renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST ;
- renforcement du conseil dépistage volontaire au niveau des structures sanitaires et communautaires.

3.1.2.1. Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC

La transmission du VIH est principalement liée au comportement humain quel que soit le mode de transmission. Certains comportements, attitudes et pratiques pourraient être améliorés grâce à un programme intégré d'Information Education Communication basé sur la communication de proximité et l'enseignement des capacités en matière de vie courante pour le changement de comportement ainsi que la promotion des pratiques de la chasteté, de la fidélité et de l'abstinence.

En vue d'obtenir des impacts significatifs de changement de comportements, la mise en œuvre d'une stratégie nationale de communication intégrant la composante santé de la reproduction/santé sexuelle au profit des groupes vulnérables et spécifiques s'avère nécessaire. Il s'agira de doter les multiples acteurs de cadres de référence pour l'orientation des activités spécifiques avec des outils et supports adéquats.

3.1.2.2. Promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires et communautaires

La sécurité de la transfusion sanguine demeure une priorité. Le renforcement des capacités opérationnelles du Centre national de transfusion sanguine à travers sa dotation en équipements, réactifs et autres consommables s'avère nécessaire. L'accent devra être mis en particulier, sur la fidélisation des donateurs de sang à travers les campagnes de sensibilisation.

Aussi, les associations de donateurs et leurs membres doivent être encouragés pour la promotion du don de sang.

3.1.2.3. 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 augmente plus le risque d'infection chez le praticien que chez le client.

Il est donc nécessaire d'intensifier la mise en œuvre des directives en matière d'hygiène et de renforcer la sensibilisation des acteurs en vue de sécuriser les milieux de travail.

3.1.2.4. Prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques

Les accidents d'exposition aux liquides biologiques constituent également une source de contamination dans les structures sanitaires. Ces risques professionnels devraient être minimisés par la dotation en matériels de protection, la mise en œuvre des directives et d'une stratégie adaptée d'information-éducation-communication pour le changement de comportement.

Il convient également de mettre en place un système pérenne de prise en charge des cas d'infections qui se présenteraient.

3.1.2.5. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

La transmission de la mère à l'enfant du VIH reste un des modes de transmission le plus préoccupant. Un programme national est mis en œuvre pour réduire cette transmission. L'accent sera mis sur l'extension du programme PTME à travers son intégration dans les services et programmes de santé existants et sur le renforcement des capacités des prestataires.

3.1.2.6. 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. Des résultats probants ont été obtenus en matière de promotion de préservatifs masculins suite aux actions réalisées. Néanmoins, les changements de comportement ne sont pas suffisants. Aussi, des efforts restent à fournir pour la vulgarisation des préservatifs à travers la mise en œuvre de programmes spécifiques de sensibilisation et de Distribution à base communautaire (DBC).

Par ailleurs, la mise en œuvre d'un plan marketing du condom féminin et d'un système d'approvisionnement régulier s'avère nécessaire.

Il s'agit également de réaliser des études spécifiques pour définir des stratégies pour une meilleure intensification des campagnes de promotion des préservatifs et mener une réflexion sur la gestion des déchets liée à l'usage des préservatifs.

3.1.2.7. Promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques

Des groupes sont jugés vulnérables ou spécifiques de par leur situation socio-économique, professionnelle et physiologique. Des interventions ont été réalisées sous forme de projets pilotes au profit de :

- groupes vulnérables : jeunes, femmes en âge de procréer, Orphelins et enfants vulnérables, PVVIH, femmes enceintes ;
- groupes spécifiques : orpailleurs, travailleurs(es) de sexe, routiers, acteurs du secteur informel, migrants, détenus, personnel de tenue, personnel de l'éducation et de la santé.

La multiplicité des acteurs nécessite la mise en place d'un cadre d'orientation et de coordination des activités.

Il s'agira pour cette phase de développer des programmes spécifiques nationaux de communication pour le changement de comportement et d'appuyer les initiatives destinées aux groupes vulnérables. L'adaptation des messages pour les différents groupes s'avère indispensable ainsi que la réalisation d'études pour analyser les déterminants de la persistance des comportements à risque chez les jeunes.

3.1.2.8. Promotion de la santé de la reproduction/santé sexuelle

La dimension de la santé de la reproduction constitue une nécessité au regard du taux d'infection par voie sexuelle. C'est ainsi que les sessions du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST ont recommandé sa prise en compte surtout en faveur des jeunes.

S'appuyant sur le programme national de la santé de la reproduction, il s'agira d'intégrer ce volet dans la stratégie nationale de communication pour le changement de comportement.

3.1.2.9. Renforcement de l'enseignement de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans le secteur de l'éducation et dans les écoles de formation professionnelle

Le CSLS 2001-2005 n'a pas suffisamment pris en compte l'intégration des concepts VIH/SIDA et IST dans les programmes d'enseignement et de formation professionnelle.

Les jeunes scolarisés du système d'enseignement formel et non formel constituent la fenêtre de l'espoir dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. C'est pourquoi, un accent particulier sera mis sur l'intégration des concepts VIH/SIDA et IST dans les curricula et modules d'enseignement et de formation.

La prise en compte de certaines structures et institutions spécialisées en matière d'éducation est par ailleurs nécessaire pour plus d'efficacité des actions.

3.1.2.10. Renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST

Les Infections sexuellement transmissibles favorisent, voire multiplient les risques d'infection à VIH. En effet, il est clairement démontré l'existence d'une corrélation entre les IST et l'accroissement du risque de l'infection à VIH.

Le renforcement du programme national sur les IST à travers l'approvisionnement régulier des formations sanitaires en kits, la mise en place d'un réseau de surveillance, le suivi de la mise en œuvre de l'approche syndromique de prise en charge des IST dans les structures sanitaires et l'exécution de la communication pour le changement de comportement contribueront à réduire le risque de contamination par le VIH.

3.1.2.11. Renforcement du conseil dépistage volontaire au niveau des structures sanitaires et communautaires

L'exécution du Cadre stratégique 2001-2005 a permis d'améliorer la couverture nationale en centres de CDV à travers la mise en place des structures au niveau associatif et sanitaire. Mais cette couverture s'est essentiellement renforcée dans les centres urbains au détriment de ceux du milieu rural.

Le diagnostic précoce de l'infection à VIH permet de mettre en œuvre un conseil et une thérapie appropriés pour les personnes dépistées. Le conseil/dépistage participe d'une part, au renforcement des comportements à faible risque chez les personnes dépistées et d'autre part, à la réduction de nouvelles contaminations.

Le présent Cadre stratégique mettra l'accent sur l'accessibilité géographique et financière au conseil dépistage volontaire.

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

Selon l'OMS, la prise en charge consiste à fournir des soins de santé complets aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. En conséquence, elle suppose l'extension de l'accès au traitement et de proposer aux PVVIH un diagnostic précoce, un traitement adapté incluant les ARV pour celles dont l'état de santé le nécessite, un suivi des infections opportunistes liées au VIH, des soins infirmiers incluant l'hygiène, la nutrition, les soins palliatifs, l'aide à l'observance au traitement et des soins à domicile.

La prise en charge médicale et psychosociale, des PVVIH s'impose comme un droit des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA. Elle comporte plusieurs maillons destinés à atténuer la vulnérabilité des individus vivant avec le VIH et les communautés, et contribue à contrôler les impacts sur les individus, les familles et les systèmes institutionnels et sociaux. Cette prise en charge a les implications suivantes :

- une continuité de la prise en charge entre le système de santé et la communauté (familles, associations, OBC, secteurs traditionnel et confessionnel) ;
- un renforcement des capacités des services de santé ;
- une prise en compte des dimensions socioéconomiques de la prise en charge ;
- une décentralisation des activités et une extension de l'accès au traitement ;
- une approche interdisciplinaire de la prise en charge ;
- une meilleure implication des PVVIH dans la prise en charge ;
- une promotion et une dissémination des bonnes pratiques de prise en charge.

3.2.1. Objectifs

L'objectif général est d'assurer la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH à 100% d'ici 2010. Il s'agira :

- 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.

3.2.2. Domaines d'actions prioritaires

Dix (10) domaines d'actions prioritaires sont définis :

- développement des services sanitaires de base au niveau communautaire ;
- renforcement de l'implication du monde associatif et communautaire dans le continuum de soins aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA ;
- renforcement des compétences pour la prise en charge médicale et la prise en charge intégrée de la maladie dans le contexte VIH/SIDA ;
- renforcement de la prophylaxie et du traitement des Infections opportunistes (IO) ;
- développement des services de traitement ambulatoire et des soins à domicile ;
- développement de la prise en charge nutritionnelle ;
- renforcement des services biologiques, médico-techniques et cliniques ;
- renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées ;
- renforcement du système d'approvisionnement en médicaments, y compris les ARV, réactifs, consommables et équipements ;
- organisation de l'aide à l'observance au traitement.

3.2.2.1. Développement des services sanitaires de base au niveau communautaire

La décentralisation des activités et l'extension de l'accès au traitement supposent la disponibilité de services sanitaires de base. L'accent doit être mis sur 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. Ces services sanitaires de base devraient être fournis par les structures sanitaires publiques, privées, confessionnelles et par les ONG et associations accréditées en matière de prise en charge.

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

La prise en charge de l'infection par le VIH/SIDA est multisectorielle et pluridisciplinaire, ce qui nécessite l'implication entre autres du monde associatif et communautaire. Pour ce faire, cette implication se fera à travers le développement d'un système de référence et de contre-référence avec le système de santé. En outre, les activités éducatives et récréatives ainsi que l'assistance participeront à garantir aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA une continuité des soins. Le rôle des réseaux de personnes vivant avec le VIH/SIDA s'avère important.

3.2.2.3. Renforcement des compétences pour la prise en charge médicale et la prise en charge intégrée de la maladie dans le contexte VIH/SIDA

L'évolution des connaissances médicales sur l'infection à VIH est extrêmement rapide. La formation à la prise en charge de l'infection par le VIH n'est pas systématisée et généralisée dans les écoles professionnelles de santé et des services sociaux. Les normes et protocoles nationaux de prise en charge devraient être vulgarisés, leur utilisation contrôlée et leur impact sur la prise en charge, évalué. Une formation de base suivie de recyclages en cours d'emploi est indispensable pour maintenir un bon niveau de pratique en matière de VIH/SIDA. Les stratégies de renforcement des compétences se basent sur les points spécifiques suivants :

- renforcement du Paquet minimum d'activités (PMA) des structures à base communautaire, associatives et des ONG locales impliquées dans la prise en charge des PVVIH ;
- renforcement du processus d'accréditation des structures associatives et communautaires disposant d'une expertise en matière de prise en charge ;
- renforcement de la collaboration entre les services de santé, de l'action sociale et les autres structures associatives de prise en charge ;
- élaboration et mise en œuvre d'un plan de renforcement des capacités sur la stratégie PCIM/VIH ;
- amélioration des plateaux techniques des services biologiques, médico-techniques et cliniques ;
- amélioration de l'offre en matière de dispensation en ARV et de suivi biologique.

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

Des protocoles adaptés de chimioprophylaxie et de traitement des IO ont été validés par des études cliniques. Le bénéfice de ces protocoles sur la morbidité (diminution de la fréquence et de la sévérité des infections) est désormais établi. Ils doivent être disséminés dans tous les districts sanitaires, les centres de traitement ambulatoire et les centres hospitaliers. Ces protocoles devraient être expliqués et appliqués afin d'améliorer la qualité de vie des PVVIH. Les efforts déjà entrepris pour l'acquisition et la mise à disposition des médicaments contre les infections opportunistes dans les formations sanitaires et les associations de prise en charge devraient se poursuivre.

3.2.2.5. Développement des services de traitement ambulatoire et des soins à domicile

L'engorgement des services hospitaliers et de certains services spécialisés entraîne une diminution de la qualité de la réponse aux demandes de soins pour d'autres pathologies, accentuant la diminution de la fréquentation des structures sanitaires. Par conséquent, le développement de soins ambulatoires devrait être encouragé par la mise en œuvre d'une stratégie nationale de soins ambulatoires. En effet, les soins ambulatoires permettent un suivi régulier des PVVIH, la prophylaxie et la mise en œuvre du traitement des infections opportunistes et du traitement par les ARV.

La prise en charge des malades du SIDA ne se limite pas aux portes des formations sanitaires. En effet, il existe des expériences réussies de prise en charge à domicile des PVVIH à travers la promotion de l'hygiène, d'une bonne nutrition et le suivi des prescriptions médicales. Les membres de la famille des PVVIH, les agents de l'action sociale, les associations et les organisations confessionnelles doivent être des partenaires contribuant à l'amélioration de la qualité de vie en relais avec les intervenants du système national de santé.

3.2.2.6. Développement de la prise en charge nutritionnelle

Les avantages d'une bonne alimentation chez la personne vivant avec le VIH/SIDA ne sont plus à démontrer. En outre, les interactions entre la nutrition et le traitement de l'infection à VIH/SIDA ont été prouvées. Par conséquent, l'éducation nutritionnelle devrait être développée par l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge nutritionnelle. Cette stratégie permettra de fournir aux PVVIH une alimentation en quantité et en qualité répondant aux exigences de leur état de santé et de leur traitement médicamenteux.

3.2.2.7. Renforcement des services biologiques, médico-techniques et cliniques

La prise en charge, partant du conseil dépistage, au traitement des infections opportunistes puis à celui par les ARV s'appuie sur la disponibilité d'un plateau technique de qualité. Ce plateau technique permettra de réaliser la sérologie VIH, le suivi immunologique et/ou virologique de l'infection à VIH, le diagnostic des infections opportunistes. Pour ce faire, les différents niveaux du système de santé devraient être équipés en ressources nécessaires à la mise en œuvre de leur paquet minimum d'activités.

3.2.2.8. Renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées

Le traitement par les ARV a fait l'objet d'un consensus quant à ses conditions de mise en œuvre et au cadre organisationnel et technique devant assurer les bonnes pratiques dans ce domaine. Des paquets minima d'activités correspondant au niveau de soins ont été définis en fonction de la capacité de diagnostic et de prescription des formations sanitaires. Les efforts déjà entrepris pour l'élargissement de l'accès au traitement par les ARV devront être renforcés en termes d'accessibilité financière et géographique pour les PVVIH adultes et enfants.

A cela s'ajoute le renforcement de la recherche, notamment sur la phytothérapie qui contribue significativement à améliorer la qualité de vie des PVVIH. En effet, ces thérapies pourraient retarder l'entrée des PVVIH dans la phase maladie et reporter les délais de mise sous ARV.

3.2.2.9. Renforcement du système d'approvisionnement en médicaments, y compris les ARV, réactifs, consommables et équipements

L'accessibilité géographique et financière des médicaments essentiels pour traiter les symptômes, pour la prophylaxie des IO et pour le traitement palliatif de la maladie est capitale pour maintenir la continuité des soins au niveau périphérique du système de santé et au niveau communautaire.

Par conséquent, un circuit sécurisé pour l'approvisionnement et la distribution des médicaments, y compris les ARV, les réactifs, les consommables et les équipements est un impératif.

3.2.2.10. 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.

Les actions des acteurs du système de santé et les acteurs communautaires devront se renforcer et se compléter pour un meilleur suivi des malades. Il s'agira en particulier, de renforcer les compétences des acteurs, de promouvoir les expériences positives en matière d'observance au traitement ainsi que les nouvelles pratiques dans les structures de soins.

La mise en place d'un observatoire pour l'observance au traitement des PVVIH et le suivi des résistances au traitement constitue un atout.

3.3. Renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques

Les actions à développer dans cet axe, contribueront à atténuer la vulnérabilité des personnes vivant avec le VIH et des groupes spécifiques, et à réduire l'impact de l'épidémie sur les individus, les familles, les communautés et les systèmes institutionnels et sociaux. Il s'agira de veiller aux aspects suivants :

- une continuité de la prise en charge entre le système de santé et la communauté (familles, associations, OBC, secteur traditionnel et confessionnel) ;
- une prise en compte des dimensions socioéconomiques de la prise en charge ;

- une approche interdisciplinaire de la prise en charge ;
- une implication des PVVIH dans la prise en charge ;
- une protection des droits et de la sécurité des PVVIH (lutte contre la stigmatisation et la discrimination);
- une promotion et une dissémination de bonnes pratiques de prise en charge ;
- un renforcement des capacités des acteurs chargés de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques.

3.3.1. Objectifs

L'objectif général est d'améliorer la protection et la prise en charge socioéconomique des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques. A ce titre, il s'agira :

- 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.

3.3.2. Domaines d'actions prioritaires

Quatre (4) domaines d'actions prioritaires ont été définis :

- renforcement de la prise en charge psychosociale, économique et spirituelle des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées dans les formations sanitaires et au niveau des organisations à base communautaire ;
- renforcement du soutien psychologique, spirituel, social et économique aux groupes vulnérables et spécifiques ;
- promotion des activités génératrices de revenus ;
- renforcement de la lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées.

3.3.2.1. Renforcement de la prise en charge psychosociale, économique et spirituelle des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées dans les formations sanitaires et au niveau des organisations à base communautaire

L'infection à VIH a un impact négatif sur l'individu, la famille et la communauté qui se traduit souvent par une détérioration de la situation sociale, financière et économique. Il est donc nécessaire d'organiser et de renforcer les capacités des formations sanitaires, des structures de l'action sociale et des Organisations à base communautaire pour assurer le soutien aux PVVIH, des groupes affectés (OEV, veuves, veufs).

Les éléments de stratégies portent entre autres sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination de façon générale et dans les milieux de travail, le respect des règles d'éthique et de déontologie, les appuis matériels et financiers.

Pour ce faire, un programme national de prise en charge des personnes infectées et affectées sera développé en vue d'atténuer les effets négatifs de la maladie.

Un travail de vulgarisation, de dissémination et de diffusion des guides et normes de prise en charge doit être fait pour améliorer la qualité de la prise en charge au profit des personnes infectées et affectées. Il s'agit des guides et normes de prise en charge médicale, des guides et normes de prise en charge communautaire, des guides et normes de prise en charge syndromique des IST et du référentiel national sur la prise en charge des personnes infectées et affectées.

3.3.2.2. Renforcement du soutien psychologique, spirituel, social et économique aux groupes vulnérables et spécifiques

L'épidémie du VIH/SIDA touche indistinctement tous les groupes sociaux. Cependant, des groupes vulnérables sont plus affectés par l'épidémie au regard de leur situation physique, psychologique et socioculturelle et professionnelle. Il s'agit entre autres des orphelins et enfants vulnérables, des handicapés, des travailleurs(es) du sexe, etc.

L'action de renforcement du soutien psychologique, spirituel, social et économique va consister à la mise en œuvre d'un plan de prise en charge des groupes spécifiques et vulnérables fortement orientée sur les besoins réels à satisfaire aussi bien au niveau central que décentralisé.

3.3.2.3. Promotion des activités génératrices de revenus

L'infection à VIH réduit les capacités financières, économiques des individus, des familles et de la communauté. Une réponse concertée est indispensable pour atténuer les effets de l'épidémie par la mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières au niveau national et international. Ainsi, des systèmes de financement des activités génératrices de revenus au profit des personnes infectées et affectées seront promus pour faciliter leur insertion dans le circuit économique et leur garantir une certaine autonomie financière.

3.3.2.4. 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. Ceux-ci sont en effet, victimes de discrimination et de stigmatisation qui ne sont pas systématiquement résolues à travers les cadres de référence mis en place. Pour ce faire, Il est indispensable de mettre en place un dispositif permettant d'assurer la protection sociale et le soutien juridique des personnes infectées et affectées. Les stratégies identifiées concernent :

- la mise en place d'un cadre de référence pour disséminer l'information et favoriser l'application des dispositions éthiques, réglementaires et juridiques existantes ;
- la mise en place d'un cadre de référence pour le soutien juridique aux personnes infectées et affectées ;
- la formation 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) ;
- la réalisation d'une étude d'évaluation des cas de 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.

3.4. Renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources

Le partenariat est une coalition d'acteurs qui ont convenu de travailler ensemble dans une perspective commune afin d'atteindre des buts et des objectifs en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

L'approche multisectorielle impliquant tous les secteurs d'intervention dans la lutte nécessite une mobilisation importante des ressources pour la mise en œuvre des plans d'actions des différents acteurs.

Les moyens limités du gouvernement et des OBC ne permettent pas de faire face aux besoins de financement. Aussi, s'avère-t-il nécessaire et urgent de renforcer l'implication des acteurs nationaux, régionaux et internationaux. C'est en cela que la promotion du partenariat devient une priorité dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Par ailleurs, la faible capacité organisationnelle et fonctionnelle des institutions, services, ONG et associations/OBC, ainsi que l'insuffisance de la coordination multisectorielle des actions et des acteurs fragilisent les acquis. C'est pourquoi une attention particulière est accordée à la coordination dans le présent cadre stratégique.

3.4.1. Objectifs

L'objectif général est de renforcer la coordination multisectorielle, le partenariat et la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. De façon spécifique, il s'agira de :

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

3.4.2. Domaines d'actions prioritaires

Six (6) domaines d'actions prioritaires ont été identifiés :

- plaider pour une plus grande implication des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux ;
- renforcement de la capacité organisationnelle et institutionnelle des structures impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- renforcement de la coordination multisectorielle des acteurs et partenaires de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- renforcement de la coopération régionale et internationale ;
- renforcement et capitalisation du partenariat national ;
- renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

3.4.2.1. Plaidoyer pour une plus grande implication des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux.

Le plaidoyer pour l'implication des partenaires techniques et financiers dans la mise en œuvre du CSLS 2001-2005 a été déterminant. Cependant, des efforts restent à faire quant à l'intégration des volets VIH/SIDA et IST dans les projets et programmes de développement. Le leadership devra être développé à tous les niveaux de la coordination des activités.

Pour s'assurer de la réalisation du domaine d'actions prioritaires, deux principales stratégies ont été identifiées pour l'intégration du volet VIH/SIDA et IST dans les projets et programmes et le développement du leadership à tous les niveaux. Il s'agira de répertorier les projets et programmes de développement, d'organiser des rencontres de concertation et de plaider avec les responsables de programmes et projets qui n'ont pas de volet VIH/SIDA et IST d'une part, et des rencontres périodiques entre le SP/CNLS-IST et les projets et programmes, d'autre part.

3.4.2.2. Renforcement de la capacité organisationnelle et institutionnelle des structures impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

La lutte contre le VIH/SIDA et les IST connaît des insuffisances dues aux faibles capacités organisationnelles et institutionnelles des structures ayant la charge d'organiser, d'animer, de coordonner et d'exécuter les activités. Face à une telle situation, le renforcement des capacités organisationnelles et opérationnelles des institutions nationales, des OBC et des autres partenaires de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST comprend, entre autres : (i) la mise en place de structures opérationnelles de coordination et d'exécution de la lutte aux niveaux régional, provincial, communal (zones urbaines et rurales), villageois et des secteurs de commune, (ii) l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'actions et des micro-projets au niveau décentralisé.

Ce domaine connaîtra sa réalisation à travers le développement d'une stratégie d'accompagnement effectif des structures sur la base du diagnostic institutionnel et organisationnel. Il s'agit de la formation des acteurs en planification, gestion des plans d'actions et micro-projets, la dotation des structures de coordination et d'exécution en équipements et moyens de fonctionnement. L'intégration d'un volet lutte contre le VIH/SIDA dans les projets et programmes de développement intervenant à la base pourra également constituer un moyen de renforcement des capacités opérationnelles des structures.

En outre, les éléments de stratégies suivants sont pris en compte : l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de communication, le renforcement du circuit de l'information au sein du SP/CNLS-IST et avec les structures impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

3.4.2.3. Renforcement de la coordination multisectorielle des acteurs et partenaires de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

L'approche multisectorielle de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST a suscité l'implication de nombreux acteurs du secteur public, privé, communautaire et des partenaires techniques et financiers. Sur la base des insuffisances relevées par l'évaluation à mi-parcours du CSLS 2001-2005, le CNLS-IST a recommandé le renforcement de la coordination de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Pour la période 2006-2010, il s'agira d'une part de renforcer les capacités de coordination du SP/CNLS-IST et de tous les acteurs au niveau central, régional et provincial et d'autre part, d'institutionnaliser les rencontres de concertation et de capitalisation des résultats avec les acteurs afin d'accroître l'efficacité des actions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. C'est à ce titre que la révision du cadre organisationnel de la lutte, l'opérationnalisation des cadres de concertation et la mise en œuvre du dispositif de suivi supervision et de contrôle sont indispensables.

3.4.2.4. Renforcement de la coopération régionale et internationale

La coopération régionale et internationale est une réalité manifeste dans plusieurs domaines d'intervention au Burkina Faso en général et en particulier, dans le domaine du VIH/SIDA et les IST. Toutefois, les efforts entrepris sont restés insuffisants dans ce domaine malgré la tendance à la stabilisation, voire à la baisse du taux de prévalence. 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 : participation aux rencontres régionales et internationales, plaidoyer au niveau régional et international, participation à des programmes à envergure sous-régionale et internationale.

3.4.2.5. Renforcement et capitalisation du partenariat national

L'approche multisectorielle a suscité l'implication de tous les secteurs dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. 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.

L'obligation de rendre compte nécessite entre autres, l'institution de rencontres de capitalisation des acquis et insuffisances au niveau provincial et régional.

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

Il s'agit dans ce volet, de mettre en place des stratégies de mobilisation des ressources aux niveaux des acteurs nationaux, des partenaires bilatéraux et multilatéraux pour le financement des actions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

En outre, le renforcement du plaidoyer pour l'intégration du volet VIH/SIDA et les IST dans les projets et programmes de développement est une priorité à mettre en œuvre.

Sur le plan institutionnel, il convient de mettre en place un dispositif concerté de coordination et de suivi de la mobilisation des ressources.

3.5. Renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi-évaluation et de la promotion de la recherche

La surveillance de l'épidémie a pour but, de mieux comprendre les tendances de l'épidémie à travers la séroprévalence d'une part, et la surveillance des comportements qui sous-tendent l'épidémie dans un pays, d'autre part. Elle permet également l'identification des groupes vulnérables et des zones de forte concentration de l'épidémie.

La mise en œuvre du système de suivi-évaluation permet d'apprécier l'état d'exécution des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Les données collectées, traitées et analysées donnent des informations indispensables à l'amélioration des stratégies d'intervention pour une réponse conséquente à l'épidémie de VIH/SIDA.

La recherche constitue un volet important de lutte contre le VIH/SIDA; elle devra être mise à profit au niveau de tous les axes stratégiques pour contribuer à l'avancée de la lutte.

3.5.1. Objectifs

L'objectif général est 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. De manière pratique, il s'agira :

- 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 des IST.

3.5.2. Domaines d'actions prioritaires

Sept (7) domaines d'actions prioritaires ont été définis. Ce sont :

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

3.5.2.1. 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 système de collecte et de gestion de l'information reste marqué par la sous-notification des cas d'infection à VIH/SIDA et des décès. Il en est de même des cas d'IST. En plus de la sous notification, le retard dans la notification constitue une des faiblesses du système.

La situation d'épidémie généralisée qui prévaut au Burkina nécessite la disponibilité de données fiables sur les indicateurs sociaux, sanitaires et économiques liés au VIH/SIDA et aux IST.

Il convient d'améliorer le système de collecte et de gestion de l'information au regard de son importance dans la surveillance de l'épidémie. Ces données aideront à planifier la fourniture des services sanitaires.

Les interventions visant à opérationnaliser ces stratégies consisteront à former/recycler les acteurs, diffuser les outils de collecte, collecter et traiter les données des autres acteurs impliqués et diffuser les informations obtenues auprès des acteurs.

3.5.2.2. Renforcement de la sérosurveillance au niveau des sites sentinelles et sur les groupes spécifiques

Dans la situation d'épidémie généralisée, il est recommandé d'assurer la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes en zones urbaines et rurales.

L'extension en 2004, des sites sentinelles à toutes les régions confère une meilleure couverture du territoire national, avec la prise en compte des zones rurales.

L'accent devra être mis sur la surveillance de seconde génération, y compris des groupes spécifiques.

Les actions en matière de renforcement de la sérosurveillance consisteront en des activités de formation, en dotation des sites sentinelles, d'équipements, de réactifs et de consommables et en leur extension. L'accent sera mis sur le financement des études relatives à la séroprévalence auprès des groupes spécifiques, de la surveillance du VIH et des comportements au niveau des groupes spécifiques ; cela nécessitera le développement d'alternatives de mobilisation de ressources pérennes.

3.5.2.3. Organisation de la surveillance des IST

Les IST constituent un facteur important de l'exposition à l'infection à VIH car elles traduisent un comportement à risque dans un passé relativement récent. De bonnes données d'incidence et de prévalence sur les IST peuvent grandement contribuer au suivi des pratiques sexuelles à risque et de l'exposition à l'infection à VIH. La notification des IST devra donc être renforcée.

Les stratégies porteront sur le renforcement du diagnostic basé sur l'approche syndromique et l'application des guides de diagnostic et de traitement. Elles consisteront à former/recycler les acteurs, diffuser les algorithmes de prise en charge des IST, assurer le financement des enquêtes des indicateurs de prévention numéros 6 et 7 (IP6, IP7), réaliser des enquêtes ponctuelles et mettre en place des sites sentinelles de surveillance des IST.

3.5.2.4. Organisation du système national de suivi-évaluation des interventions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST

Le système national de suivi-évaluation s'appuie sur l'existence de structures de coordination et d'exécution des actions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au niveau central, sectoriel et décentralisé. La mise en place d'un dispositif de suivi-évaluation fonctionnel à tous les niveaux, s'avère donc une impérieuse nécessité.

Une unité centrale de planification et de suivi-évaluation sera mise en place au sein du Secrétariat permanent du CNLS-IST pour assurer le suivi-évaluation de la mise en œuvre du CSLS 2006-2010.

L'une des principales actions de cette unité sera l'élaboration et la mise en œuvre du plan d'action annuel de suivi-évaluation. Le financement de ce plan permettra de renforcer les capacités de suivi et d'évaluation des acteurs concernés (capacités humaines, matérielles et financières des structures impliquées dans le suivi-évaluation).

3.5.2.5. Documentation et diffusion des meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST

L'une des faiblesses relevée au cours de l'exécution du CSLS 2001-2005 a été l'insuffisance de production de la documentation et de la valorisation des meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Les actions à mettre en œuvre porteront sur l'organisation des fora nationaux et sur les meilleures pratiques en la matière, le renforcement de la coordination des activités de recherche couplé de la diffusion des résultats au niveau national et international.

La mise en place d'un centre national de documentation sur le VIH/SIDA et les IST peut également offrir des opportunités de diffusion des informations auprès des utilisateurs.

3.5.2.6. Réalisation d'études épidémiologiques, comportementales, sectorielles et d'impacts

La difficulté majeure pour les acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans le cadre de l'élaboration de leurs plans est le manque de données épidémiologiques, comportementales, sectorielles et d'impacts récents comme référence. Au cours de la période 2001-2005, l'opérationnalisation du système de suivi-évaluation a été insuffisante pour permettre une meilleure centralisation des données.

L'une des principales stratégies sera de mettre un accent particulier d'une part, sur l'identification des besoins d'information et de données pour la vérification des indicateurs nationaux et mondiaux et d'autre part sur l'organisation et le financement de la réalisation des diverses études épidémiologiques, comportementales, sectorielles et d'impacts.

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

La recherche sera une préoccupation essentielle au niveau de tous les axes stratégiques et dans les différents secteurs de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Elle devra être organisée et ciblée sur la définition des approches et des stratégies d'intervention. La recherche fondamentale permettra d'améliorer les connaissances en virologie et en pharmacologie. La recherche clinique permettra de préciser le spectre des affections liées au VIH/SIDA et de valider les protocoles de prévention et de traitement adaptés au contexte du pays. Enfin, au plan de la recherche opérationnelle, il s'agira de conduire des investigations en vue de mieux connaître les déterminants de l'épidémie et d'identifier des approches novatrices dans la réponse sanitaire et socio-économique.

Une stratégie pour le développement d'un système de promotion de la recherche en matière de lutte contre le VIH/SIDA sera mise en place. Elle visera (i) la création d'un observatoire national de surveillance des résistances cliniques et biologiques du VIH aux différentes thérapies, (ii) la mise en œuvre de projets de recherches opérationnelles sur le VIH /SIDA et les IST et (iii) l'organisation de cadres d'échanges des différents acteurs, (iv) l'organisation de cadres de diffusion. Tous les protocoles de recherche devront faire l'objet d'une validation par le comité d'éthique.

3.6 Groupes cibles par secteur d'intervention et par axe stratégique

Le tableau ci après présente les différents groupes cibles prioritaires identifiés en termes de bénéficiaires et d'acteurs par secteur d'intervention pour la mise en œuvre des axes stratégiques.

Tableau n°1 : Identification des groupes cibles

Secteurs d'intervention	Structures d'intervention	Cibles/Bénéficiaires	Axes stratégiques
Secteur ministériel			
<i>Sous-secteur santé</i>	Le CMLS/santé, le CMLS/défense, les CHU/CHR, les directions centrales, les directions régionales, les districts sanitaires, les CMA, les CSPS, les cliniques privées, structures communautaires de soins.	<ul style="list-style-type: none"> - Personnel de santé et utilisateurs des services de santé ; - Donneurs/receveurs de sang ; - Femmes en âge de procréer ; - Femmes enceintes, nouveaux-nés et conjoints des femmes enceintes ; - Patients présentant une IST et partenaires ; - PVVIH ; - Personnel de tenue ; - Patients sous traitements ; - Groupes vulnérables et spécifiques (TS, veufs/veuves, jeunes, OEV, orpailleurs, routiers, détenus...). 	Axe 1, Axe 2, Axe 3 ; Axe 4 et Axe 5.
<i>Sous-secteur de l'action sociale</i>	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	<ul style="list-style-type: none"> - Agents du ministère ; - Familles des agents ; - Elèves, stagiaires - organisations sociales ; - OEV - Jeunes - Femmes (veuves) - Handicapés - Groupes marginalisé - PVVIH 	Axe 1, Axe 2, Axe 4, Axe 3 ; et Axe 5.
<i>Sous- secteur des institutions et des ministères autres que celui de la Santé</i>	Les CILS, les CMLS, les cellules relais des directions centrales, régionales, et provinciales, les services rattachés des projets et programmes, les ordres professionnels, les organisations socio professionnelles sous tutelle des ministères, les associations des parents d'élèves, les organisations syndicales, les associations de jeunes et d'étudiants, associations sportives et culturelles	<ul style="list-style-type: none"> - Agents des ministères ; - Familles des agents ; - Personnel de tenue ; - Elèves, étudiants, stagiaires et apprenants du secteur non formel ; - Détenus ; - Personnel des ordres professionnels, des organisations socioprofessionnelles sous tutelle des ministères, des associations des parents d'élèves, membres des syndicats, sportifs, artistes. 	Axe 1, Axe 3, Axe 4 et Axe 5
Secteur privé et des entreprises	Les CELS, les cellules relais, les directions centrales et déconcentrées, les associations, les organisations syndicales,.	<ul style="list-style-type: none"> - Responsables des entreprises et du privé ; - Employés des entreprises ; - Familles des employés ; - Membres des associations d'entreprises ; - Membres des syndicats ; - Acteurs du secteur informel. 	Axe 1, Axe 3, Axe 4 et Axe 5
Secteur communautaire	Les réseaux nationaux, régionaux, les associations, les ONG, les clubs, les OBC, les communautés coutumières et religieuses	<ul style="list-style-type: none"> - Membres des réseaux nationaux et régionaux ; - Membres des associations ; - Personnel des ONG ; - Membres des clubs ; - Membres des OBC ; - Jeunes scolarisés et non ; - PVVIH ; - OEV ; - Veufs/veuves ; - Groupes spécifiques (TS, orpailleurs, routiers, détenus, etc.) ; - Femmes enceintes ; - Femmes en âge de procréer ; - Populations déplacées. 	Axe 1, Axe 2, Axe 3, Axe 4 et Axe 5
Secteur des entités territoriales	Les CRLS, les CPLS, les CDLS/CCRLS, les CCLS, les CVLS, les CSCLS, les cellules relais, les réseaux régionaux, provinciaux, ONG, associations, OBC	<ul style="list-style-type: none"> - Membres des différentes structures citées - Personnel des structures déconcentrées et décentralisées de l'Etat ; - Personnel des projets et programmes ; - Membres des réseaux nationaux et régionaux ; - Membres des associations ; - Personnel des ONG ; - Membres des clubs ; - Membres des OBC ; - Jeunes scolarisés et non ; - PVVIH ; - OEV ; - Veufs/veuves ; - Groupes spécifiques (TS, orpailleurs, routiers, détenus, ...) ; - Femmes enceintes ; - Femmes en âge de procréer ; - Populations déplacées ; - Migrants. 	Axe 1, Axe 2, Axe 3, Axe 4 et Axe 5
Secteur de la coordination nationale	Le CNLS-IST, le SP/CNLS-IST et ses antennes régionales, les organisations multilatérales et bilatérales, les CILS, les CMLS, les CELS, les CRLS, les CPLS, les CDLS/CCRLS, les CCLS	<ul style="list-style-type: none"> - Membres des différentes structures citées ; - Membres des structures d'exécution ; - Personnel du SP/CNLS-IST et des antennes régionales ; - Partenaires techniques et financiers. 	Axe 3 Axe 4 ; et Axe 5

Les groupes cibles bénéficiaires comprennent des groupes spécifiques qui sont vulnérables et/ou à haut risque. Ces groupes sont soit facilement exposés à l'infection et à la propagation du VIH/SIDA et des IST, soit des personnes affectées par l'épidémie du VIH/SIDA et des IST.

Sur cette base, le groupe social à haut risque peut être défini comme «une sous population particulière : homogène du point de vue du statut social et/ou professionnel, dont les comportements sexuels l'exposent fortement au risque de contact avec le VIH, de par son insertion dans des relations ou des réseaux sexuels au sein desquels la présence du VIH est avérée».

Les catégories suivantes sont considérées comme groupes à haut risque :

- les travailleurs(ses) du sexe et assimilés ;
- les clients des travailleurs(ses) du sexe et leurs amis ;
- les routiers/camionneurs et leurs accompagnants ;
- les mineurs/orpailleurs et les populations environnantes ;
- le personnel de tenue ;
- les jeunes de 15-24 ans scolarisés ou non ;
- les filles du secteur informel urbain ;
- les détenus ;
- les veuves.

Malgré la grande hétérogénéité de ces groupes, leurs comportements sexuels sont identiques et se caractérisent par :

- le multi partenariat caractérisé par des relations sexuelles concurrentes ;
- la non utilisation systématique et généralisée du préservatif ;
- la faiblesse des capacités de négociation de l'utilisation du condom surtout par les filles/femmes ;
- la non maîtrise de la technique de port du condom ;
- l'inadéquation entre la perception du risque et les comportements sexuels à risque adoptés.

Ces caractéristiques sont plus ou moins accentuées selon la catégorie. On note par ailleurs, une forte prévalence du VIH/SIDA et des IST au sein de ces groupes sociaux, justifiant la nécessité de mettre en œuvre des interventions ciblées en leur endroit. Les orphelins et enfants vulnérables constituent également un groupe vulnérable spécifique dont il faut tenir compte.

IV. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST

4.1. Secteurs de mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010

La lutte contre le VIH/SIDA et les IST est organisée à travers une approche multisectorielle et décentralisée qui nécessite l'implication de tous les acteurs et secteurs socioéconomiques. Cette approche se traduit par la mise en place d'un cadre institutionnel approprié à la coordination et à l'exécution des interventions. Ces interventions se font à travers cinq (5) secteurs définis et couvrent l'ensemble du territoire national.

4.1.1. Secteur des institutions et des ministères

Les actions au niveau de ce secteur, concerneront essentiellement trois sous- secteurs : le sous-secteur santé, le sous secteur de l'Action sociale et le sous-secteur des institutions et des ministères autres que celui de la Santé.

4.1.1.1. Sous-secteur santé

Les actions de ce sous-secteur seront orientées vers le personnel et leur famille d'une part, et d'autre part, vers la population utilisatrice des services de santé. Il est essentiellement coordonné par le Ministère de la Santé.

4.1.1.2. Sous-secteur de l'Action sociale

Les actions de ce sous-secteur seront 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.

4.1.1.3. Sous-secteur des institutions et des ministères autres que ceux de la Santé et de l'Action sociale

Les interventions de ce sous-secteur concernent le personnel des institutions et des ministères autres que ceux de la Santé, de l'action sociale et leurs familles ainsi que les groupes cibles connexes des ministères stratégiques.

En raison de leur spécificité et de leur mandat, des ministères (Education, Jeunesse, Justice, Agriculture, Culture, arts et tourisme, Sport, Information, etc.) seront chargés de la coordination et de la mise en œuvre de programmes spécifiques en faveur de la réduction des facteurs de vulnérabilité des populations selon leurs missions.

4.1.2. Secteur communautaire

Le secteur communautaire regroupe les intervenants du monde communautaire représentés par les structures associatives, les communautés coutumières et religieuses, les Organisations à base communautaire, les ONG, etc. Ces structures pourront mener des interventions ciblées sur des groupes spécifiques.

4.1.3. Secteur privé et des entreprises

Le secteur privé et des entreprises est représenté par :

- les grandes sociétés d'Etat et privées, les entreprises parapubliques et privées ayant plus de 50 employés ;
- les petites et moyennes entreprises ayant une structuration minimale et moins de 50 employés ;
- le secteur informel.

Les interventions de ce secteur se feront au profit du personnel, de leur famille et des populations environnantes des unités industrielles.

4.1.4. Secteur des entités territoriales

Le secteur des entités territoriales comprend les collectivités territoriales et circonscriptions administratives.

Il assure la coordination régionale et provinciale des interventions. Le niveau provincial intègre la coordination communale des interventions ainsi que l'exécution des actions par les villages et les secteurs de communes.

4.1.5. Secteur de la coordination nationale

La coordination nationale a un caractère transversal dans la mise en œuvre du cadre stratégique. Cette coordination est assurée au niveau central par le SP/CNLS-IST. Il veille à la bonne coordination des interventions au niveau central, régional et provincial.

Ce secteur s'intéresse essentiellement au renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles des structures centrales et décentralisées du CNLS-IST.

4.2. Dispositif institutionnel de mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010

4.2.1 Organe de décision et d'orientation : le CNLS-IST

Le Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST (CNLS-IST) est l'organe central de décision et d'orientation. Il est rattaché à la Présidence du Faso. Le CNLS-IST veille à la mise en œuvre du Cadre stratégique et est techniquement appuyé par son Secrétariat permanent.

Cette instance présidée par le Président du Faso est composée des représentants des institutions, des départements ministériels, de la société civile, du secteur privé et des partenaires au développement bilatéraux et multilatéraux.

Aux termes du décret n°2001-510/PRES/PM/MS du 1er octobre 2001, le CNLS-IST comptait 72 membres avec un bureau de 12 membres. Suite au réaménagement du paysage institutionnel (suppression de la chambre des représentants et du ministère des transports et du tourisme) ce nombre a été ramené à 69 avec toujours un bureau de 12 membres. Dans le présent CSLS, il comptera 125 membres avec un bureau de 18 membres. Ce changement a été fait pour prendre en compte les préoccupations des partenaires et la mise en place des gouvernorats. Ainsi, le CNLS-IST est désormais élargi aux institutions et aux ministères non encore impliqués, aux gouvernorats, à des représentants supplémentaires de la société civile et du secteur privé et à certains partenaires multilatéraux et bilatéraux.

4.2.2. Structures de coordination

Elles comprennent des structures centrales et décentralisées de coordination.

4.2.2.1. Structures centrales de coordination

Elles se composent du Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST (SP/CNLS-IST) et des structures de coordination des partenaires techniques et financiers.

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

Le Secrétariat permanent du CNLS-IST est l'organe technique chargé de la coordination, de l'appui technique et du suivi de l'ensemble des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Il est dirigé par un Secrétaire permanent.

Au vu des insuffisances institutionnelles constatées dans la mise en œuvre du CSLS 2001-2005, une réorganisation du SP/CNLS-IST a été proposée. Il comprend :

- un cabinet du Secrétaire permanent ;
- une Unité de gestion financière (UGF) ;
- une Unité centrale de planification et de suivi-évaluation (UC-PSE) ;
- un Département chargé de l'administration et des finances (DAF) ;
- un Département chargé de la communication et des relations publiques (DCRP) ;
- un Département chargé du secteur santé (DSS) ;
- un Département chargé des institutions, des ministères autres que le Ministère de la Santé, et des entreprises (DME) ;
- un Département chargé des communautés coutumières et religieuses, des ONG et des OBC (DCCRO) ;
- un Département chargé des entités territoriales (DET) ;
- un Département chargé de l'étude des dossiers soumis au Fonds de solidarité envers les malades et orphelins du SIDA (DED-FSMOS).

Par ailleurs, le SP/CNLS-IST comprend 13 antennes régionales chargées de la coordination, de l'appui technique et du suivi de l'ensemble des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au niveau régional. Elles constituent les organes techniques des Conseils régionaux de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Schéma n°1 : ORGANIGRAMME DU SP/CNLS-IST

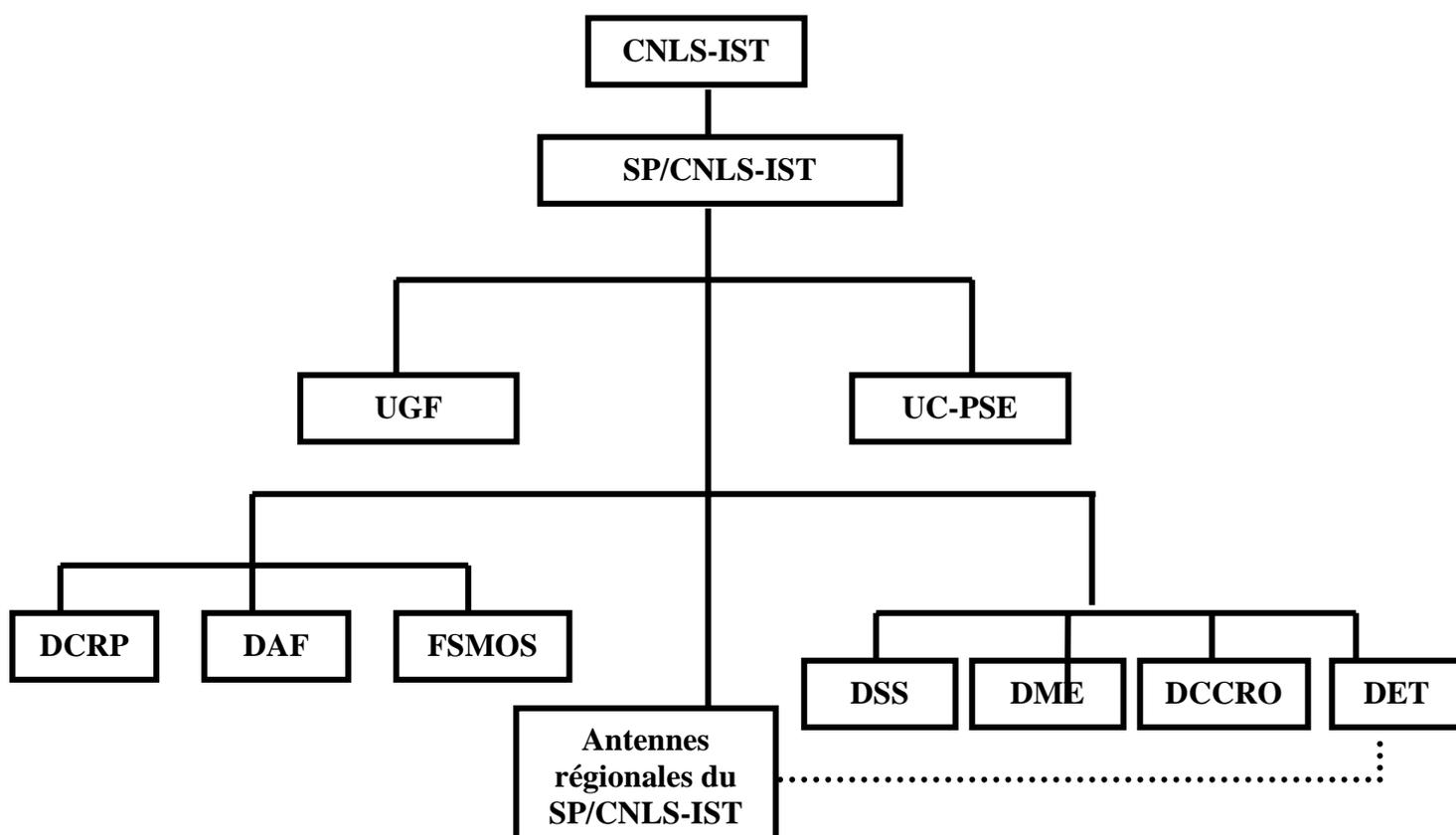
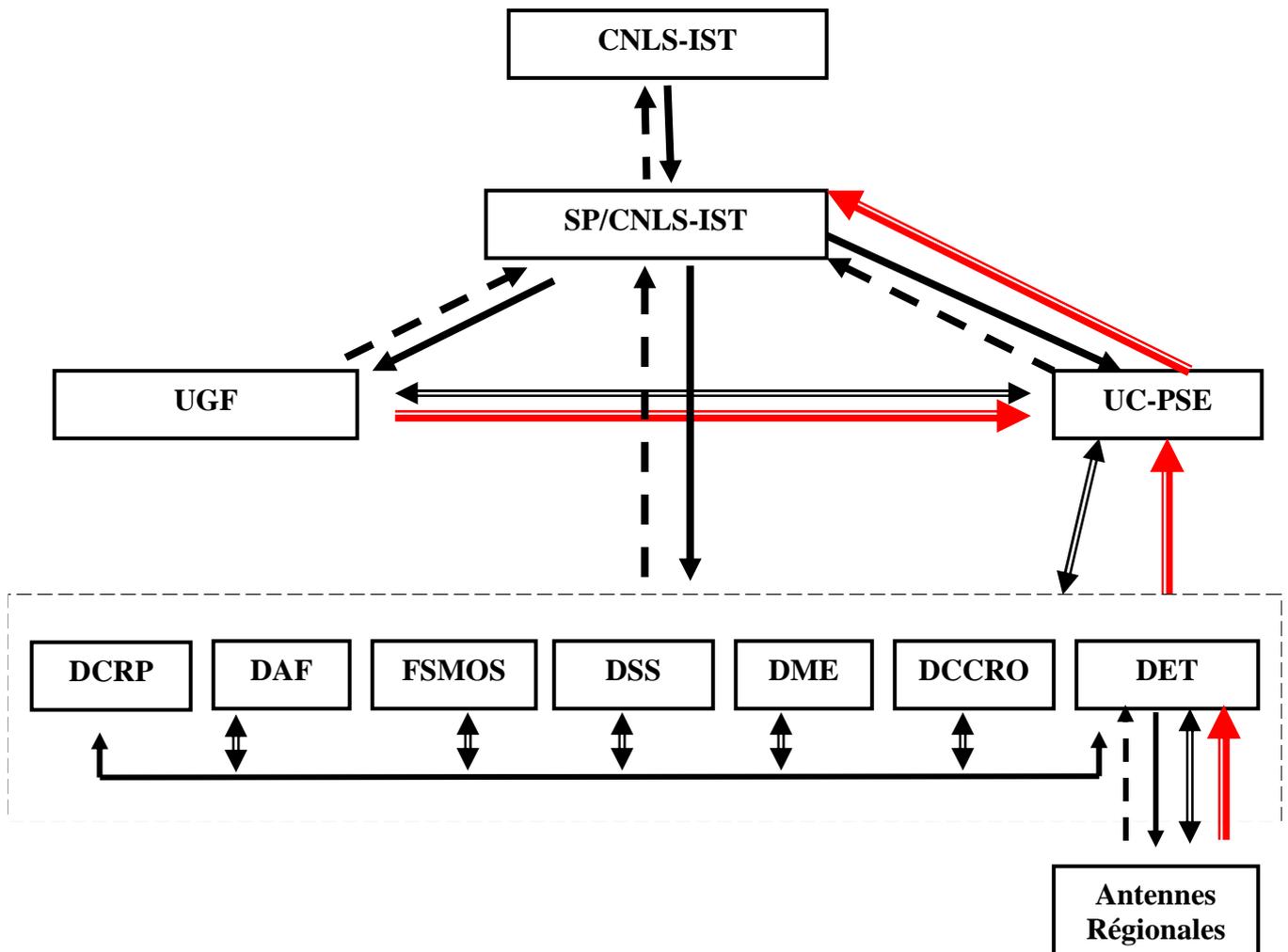


Schéma n°2 : RELATIONS FONCTIONNELLES ENTRE LES STRUCTURES DU SP/CNLS-IST



- Directives données par le CNLS-IST et le SP du CNLS-IST
- Comptes rendus/réponses aux directives
- Concertation et échanges (orientations/planification/feed-back)
- Transmission des données/informations pour le suivi-évaluation

► **Les structures de coordination des partenaires techniques et financiers**

La coordination des partenaires techniques et financiers est effectuée à travers la mise en place des cadres de concertation ci-après :

- *Le Groupe technique de travail (GTT)*

Ce cadre regroupe toutes les agences du système des Nations unies intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

- *Le Groupe thématique ONUSIDA (GT/ONUSIDA)*

Il regroupe les agences co-parainnantes de l'ONUSIDA.

- *Le Groupe thématique ONUSIDA élargi (GTE)*

Il regroupe les partenaires techniques et financiers bilatéraux et multilatéraux autour de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Ce cadre permet aux partenaires de coordonner leurs interventions relatives à la mobilisation des ressources et à l'harmonisation des appuis.

- *Le groupe des Partenaires techniques et financiers (PTF-SIDA)*

Ce groupe intègre les partenaires techniques et financiers bilatéraux, multilatéraux, les projets et programmes, les ONG internationales, les structures communautaires de coordination impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. La mise en place de ce cadre de concertation a pour objectifs de favoriser la mobilisation des ressources et d'examiner les stratégies de mise en œuvre des interventions du programme national.

4.2.2.2. Structures décentralisées de coordination du CNLS-IST

La coordination au niveau décentralisé comprend : les structures sectorielles, régionales, provinciales, départementales et communales de coordination.

► **Les structures sectorielles de coordination**

- *Les Comités d'Institutions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CILS)*

Ils ont pour mission d'organiser et de coordonner les activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans les différentes Institutions. Ce sont les organes centraux de coordination des plans d'actions de lutte contre le SIDA dans les institutions et servent de relais entre les institutions et le Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST. Les CILS assurent la mise en place des cellules relais dans les structures déconcentrées et rattachées desdites institutions.

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

Ils ont pour mission d'organiser et de coordonner les activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans les différents départements ministériels. Ce sont les organes centraux de coordination des plans d'actions de lutte contre le SIDA dans les ministères et servent de relais entre leurs départements ministériels et le Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST. Les CMLS assurent la mise en place des cellules relais dans les structures déconcentrées et rattachées desdits ministères.

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

Ils sont les organes centraux de coordination des actions de lutte contre le SIDA et les IST dans les entreprises. Ils servent de relais entre les entreprises et le Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Ils ont pour mission, d'organiser et de coordonner les activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans les différents secteurs d'entreprises. Les CELS assurent la mise en place des cellules relais dans les structures déconcentrées et rattachées desdites entreprises. Le secteur informel sera pris en compte à travers ses organisations faïtières mises en place.

► Les structures régionales et provinciales de coordination

- Les Conseils régionaux de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CRLS)

Les CRLS sont des organes régionaux de coordination des activités des Comités provinciaux de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CPLS) relevant de la région. Ils sont chargés de veiller à la mise en œuvre des orientations définies par le CNLS-IST et sont techniquement appuyés par les équipes des antennes régionales du SP/CNLS-IST. La tenue des sessions des CRLS aura pour objet d'évaluer l'action des CPLS. Ils sont constitués de représentants des structures déconcentrées des départements ministériels, de la société civile, du privé et des représentants des CPLS.

- Les Comités provinciaux de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CPLS)

Les comités provinciaux ont pour rôle principal, de coordonner la mise en œuvre des interventions en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST des différents acteurs dans les provinces. Ils sont constitués de représentants des secteurs ministériel, communautaire et privé.

- Les Comités communaux et d'arrondissements de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CCLS)

Créés au niveau des communes urbaines et des arrondissements, les Comités communaux et d'arrondissements sont des structures chargées de coordonner la mise en œuvre des actions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans les secteurs des communes. Ils sont constitués de représentants des secteurs ministériel, communautaire et privé.

- Les Comités de communes rurales de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CCRLS)

Créés au niveau des communes rurales, les Comités des communes rurales de lutte contre le VIH/SIDA et les IST sont chargés de coordonner la mise en œuvre des actions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans les secteurs des communes et des villages. Ils sont constitués de représentants des secteurs ministériel, communautaire et privé.

En attendant la mise en place des communes rurales fonctionnelles, les Comités départementaux de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CDLS) continueront de coordonner la mise en œuvre des actions dans les villages.

4.2.2.3. Structures communautaires de coordination

Les structures communautaires de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST existent au niveau national, régional et provincial. Elles sont constituées de réseaux d'associations et de coordination communautaire (unions, fédérations, groupements, collectifs, etc.), des structures coutumières et religieuses de coordination ainsi que des ONG de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Ces structures sont librement créées conformément aux dispositions légales et réglementaires. Elles regroupent en leur sein des organisations d'associations et autres OBC de lutte contre le VIH/SIDA et les IST dont elles coordonnent les activités. Leurs interventions restent isolées en l'absence d'une structuration faîtière selon le découpage administratif, rendant difficile leur participation aux instances de décision.

Dans le cadre de l'organisation des structures communautaires pour la mise en œuvre des interventions sur la période 2006-2010, il est proposé la structuration suivante :

► **La coordination nationale des organisations communautaires de lutte contre le VIH/SIDA et les IST**

Elles jouent le rôle d'interface entre les structures communautaires de coordination des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST et le SP/CNLS-IST. Elle a pour mission d'organiser et de coordonner la participation des réseaux et autres coordinations d'associations à la lutte contre le VIH/SIDA et les IST au niveau national. Sa mise en place se fera par convention de partenariat avec le CNLS-IST.

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

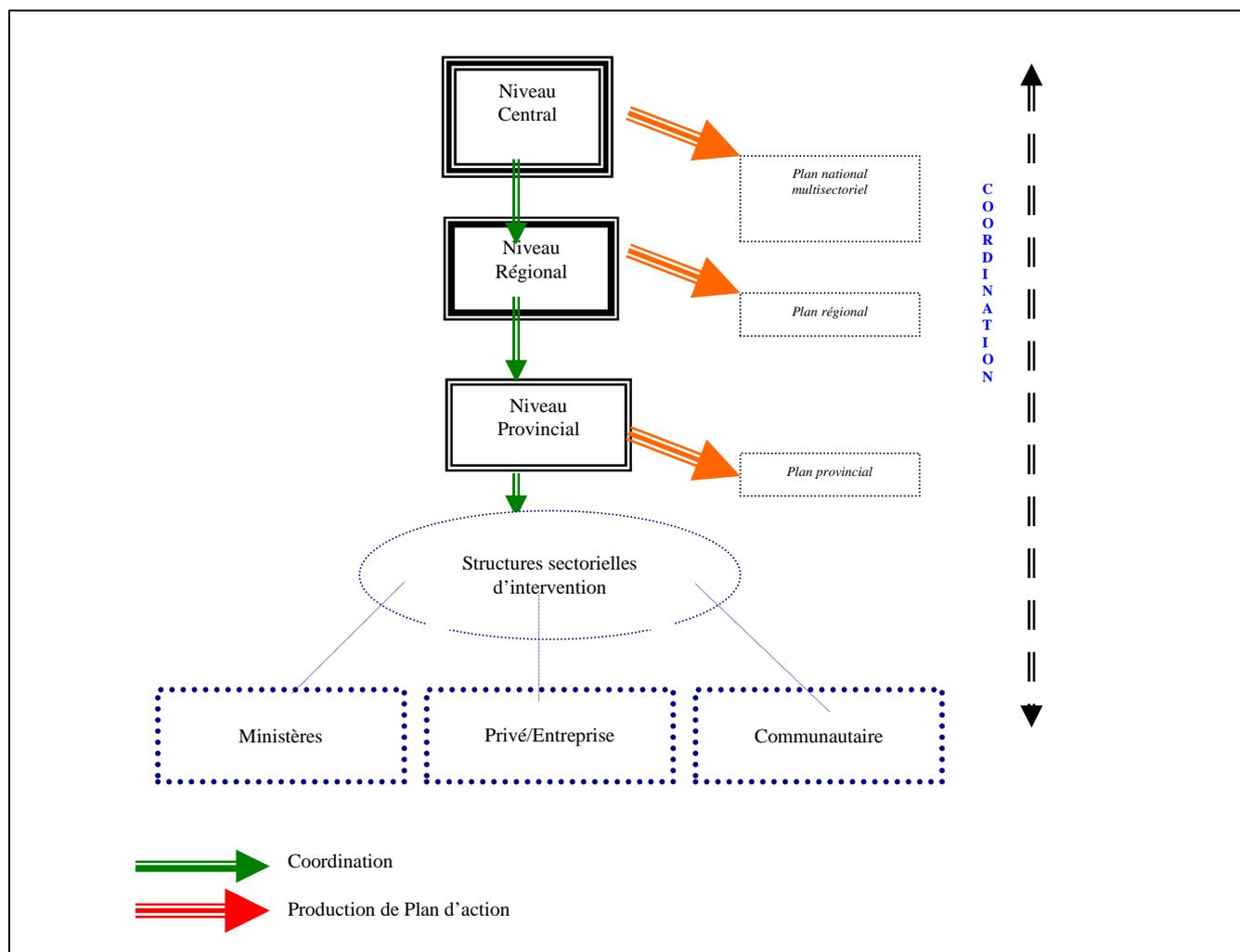
Elles jouent le rôle d'interface entre les structures communautaires de coordination des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au niveau régional et les CRLS. Ce sont des structures chargées d'apporter un appui technique aux CRLS pour la coordination des interventions communautaires dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Ces structures partenaires du CRLS sont par ailleurs, chargées d'organiser la participation de tous les acteurs communautaires à la lutte contre le VIH/SIDA et les IST au niveau régional. Leur mise en place se fera par convention de partenariat avec le CRLS.

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

Elles jouent le rôle d'interface entre les structures communautaires de coordination des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au niveau provincial et les CPLS. Ce sont des structures chargées d'apporter un appui technique aux CPLS pour la coordination des interventions communautaires dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Les coordinations provinciales des organisations communautaires de lutte contre le VIH/SIDA et les IST constituent un regroupement des structures communautaires intervenant au niveau provincial. Ces structures partenaires du CPLS sont par ailleurs chargées d'organiser la participation de tous les acteurs communautaires à la lutte contre le VIH/SIDA et les IST au niveau provincial. Leur mise en place se fera par convention de partenariat avec le CPLS.

Le schéma suivant présente le dispositif de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Schéma n°3 : NIVEAUX DE COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST



4.2.3. Structures d'exécution

Elles regroupent les structures d'exécution au niveau central, régional et provincial.

4.2.3.1. Cellules relais des CILS, CMLS et CELS

Les cellules relais sont les organes d'exécution des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans les institutions, les départements ministériels et les entreprises. Elles servent de relais entre le niveau central (CILS, CMLS, CELS) et le niveau régional et provincial (CRLS, CPLS) auxquels elles rendent compte. Les cellules relais sont chargées d'élaborer et de mettre en œuvre des micro-projets de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

4.2.3.2. Comités villageois de lutte contre le SIDA et les IST (CVLS)

Les CVLS sont des organes chargés d'élaborer et de mettre en œuvre des micro-projets de lutte contre le SIDA et les IST dans les villages. Ils servent de relais entre les villages et les CCRLS sur les questions de VIH/SIDA et des IST. Ils rendent compte aux CCRLS.

4.2.3.3. Comités de secteurs de communes de lutte contre le SIDA (CSCLS)

Les CSCLS sont des organes chargés d'élaborer et de mettre en œuvre des micro-projets de lutte contre le SIDA et les IST dans les communes et les arrondissements. Ils servent de relais entre les secteurs des communes et les CCLS sur les questions de VIH/SIDA et des IST. Ils rendent compte aux CCLS.

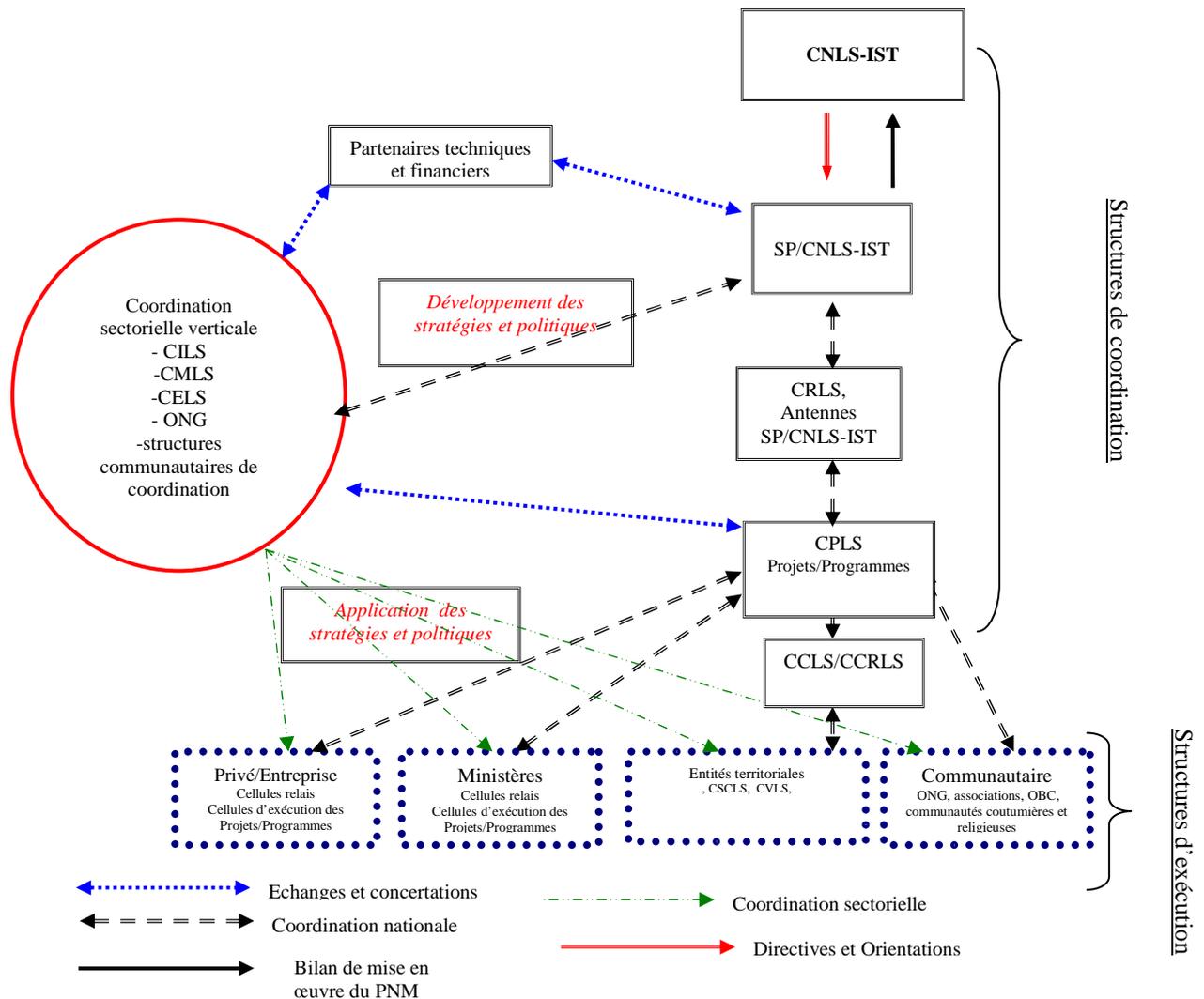
4.2.3.4. ONG, associations /OBC

Les ONG locales, les associations/OBC sont des organes chargés d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'actions de lutte contre le SIDA et les IST dans leurs zones d'intervention. Elles rendent compte aux structures communautaires de coordination auxquelles elles sont affiliées et aux structures décentralisées de coordination du CNLS-IST.

4.2.3.5. Cellules d'exécution des projets et programmes

Créées dans le cadre de la mise en œuvre des projets et programmes, ces cellules jouent un rôle de relais pour le suivi de l'exécution des interventions financées par les projets et programmes sur le terrain. Elles apportent un appui technique et financier à la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST des structures d'exécution et de coordination impliquées au niveau central, régional et provincial.

Schéma n°4 : ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST



Ce schéma décrit les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les structures de coordination et d'exécution du CNLS-IST.

De la coordination

Le niveau central est représenté par le CNLS-IST et son Secrétariat permanent avec à côté, les partenaires techniques et financiers. Celui-ci reçoit des directives et orientations à appliquer dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. A son tour, le SP/CNLS-IST élabore le Plan national multisectoriel et son bilan d'exécution est soumis au CNLS-IST pour validation. Les stratégies de mise en œuvre des actions dans les différents secteurs sont développées par le SP/CNLS-IST en collaboration avec les CILS, les CMLS, les CELS, les réseaux/ONG, la Coordination nationale des associations et en concertation avec les partenaires techniques et financiers.

Les CILS, les CMLS, les CELS, les structures communautaires de coordination/ONG, la Coordination nationale des Associations veillent à l'application des stratégies sectorielles en concertation avec les CPLS et assurent la coordination sectorielle des activités mises en œuvre un niveau provincial : secteurs privé/entreprises, ministériels/institutions, entités territoriales et communautaires.

La coordination de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST au niveau décentralisé se traduit par la mise en place de structures de coordination au niveau des régions, provinces, communes, départements,. Avec l'appui technique des antennes régionales du SP/CNLS-IST, les CRLS assurent la coordination des interventions des CPLS. Chaque CPLS s'appuie sur les structures de coordination provinciales que sont les CCLS, les CCRLS, les CDLS, la coordination provinciale des organisations communautaires ainsi que les structures de mise en œuvre des projets et programmes pour assurer la coordination provinciale de la mise en œuvre des actions compilées dans le plan d'actions provincial.

De l'exécution des actions

La mise en œuvre des actions sectorielles se fait à travers les cellules relais, les associations/OBC, les CVLS, les CSCLS les ONG locales et les cellules d'exécution des projets et programmes qui élaborent des plans d'actions et microprojets de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Les bilans d'exécution des actions sont retransmis aux CCLS, CCRLS/CDLS, la coordination provinciale des organisations communautaires et aux CPLS qui assurent la supervision de la mise en œuvre du plan provincial et qui en rendent compte.

V. MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES

5.1. Bilan de la mobilisation des ressources pour le financement du CSLS 2001-2005

Sur la période 2001-2004, le montant mobilisé dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST s'élève à 42,02 milliards de FCFA sur une prévision du CSLS de 63,71 milliards de FCFA, soit un taux de mobilisation de 65,96%.

Au cours de l'année 2005, sur une prévision de mobilisation de 16,40 milliards de FCFA, les dépenses pourraient se chiffrer à 13,90 milliards de FCFA par application du taux d'absorption moyen de 84,74% estimé pour la période 2001-2004. Ainsi, le CSLS 2001-2005 aurait mobilisé la somme totale de 58,42 milliards de FCFA sur une prévision 78,07 milliards, soit un taux de mobilisation globale de 74,83%.

Ainsi pour un montant total dépensé de 35,61 milliards de FCFA entre 2001-2004, l'exécution financière cumulée sur l'ensemble de la période de mise en œuvre du CSLS 2001-2005 pourrait s'établir à 49,51 milliards de FCFA.

Le financement de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST au cours de cette période se présente comme suit :

Tableau n°2 : Contribution des différents partenaires au financement du CSLS 2001-2005

Partenaires	Pourcentage (en %)
Etat : ressources propres + ressources PPTe	7
Groupe thématique ONUSIDA	45
Coopération multilatérale	5
Coopération bilatérale	35
ONG internationales et autres	8
Total	100

5.2. Chiffrage du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST

5.2.1. Cadre budgétaire

L'examen des budgets de l'Etat au cours de ces cinq dernières années indique que les dotations du ministère de la Santé ont représenté en moyenne 10,20% du budget total de l'Etat. La part de l'ensemble du budget de la santé consacrée au domaine spécifique de la lutte contre le VIH/SIDA est en moyenne de 3,3% par an, soit une portion congrue comparativement au budget de l'Etat comme l'indique le tableau ci dessous.

Tableau n°3 : Evolution des budgets selon les années (en milliards de FCFA)

	2002	2003	2004	2005*
Budget Etat	427,5	462,3	525,1	613,9
Budget santé	44,3	45,1	54,8	62,1
Budget SP/CNLS-IST*	0,16	0,12	0,15	0,15
Budget Fonds de solidarité*	0,10	0,10	0,10	0,10
Part santé/Budget Etat (en %)	10,4%	9,8%	10,4%	10,1%
VIH/SIDA/Santé (%)	3,3%	3,3%	3,3%	3,2%

* : Prévisions

Cette faiblesse des ressources nationales a été fortement suppléée par les financements extérieurs dont le volume sur la période 2001-2004 s'établit à environ 10 milliards en moyenne par année (estimation de l'exécution financière du PNM présentée à l'occasion des sessions du CNLS-IST). Le tableau suivant présente les financements totaux consacrés à la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Tableau n°4 : Evolution des financements entre 2001 et 2005 (en millions de FCFA)

						TAUX D'ABSORPTION PAR RAPPORT AU MONTANT MOBILISE
2001	14 852,09	3 903,43	26,28 %	3 903,43	26,28 %	100,00 %
2002	17 586,22	7 828,33	44,51 %	7 503,37	42,67 %	95,85 %
2003	16 166,40	14 247,34	88,13 %	11 558,72	71,50 %	81,13 %
2004	15 104,01	16 041,70	106,21 %	12 642,42	83,70 %	78,81 %
TOTAL 2001-2004	63 708,72	42 020,80	65,96 %	35 607,94	55,89 %	84,74 %
2005*	14 364,92	16 396,88	114,15 %	13 894,72	96,73 %	84,74 %
TOTAL*	78 073,64	58 417,68	74,82 %	49 502,66	63,41 %	84,74 %

* prévisions

Une grande partie de ces financements est constituée par les contributions des partenaires extérieurs (bilatéraux, multilatéraux, ONG internationales), sous forme de crédit octroyé à l'état ou de subvention à la mise en œuvre des actions.

En vue de définir les prévisions de financement pour la lutte contre le VIH/SIDA et les IST, il a été développé des méthodes d'estimations. Il s'agit du modèle SIDALAC développé par l'ONUSIDA pour l'estimation des « comptes nationaux SIDA » et du modèle d'estimation des coûts (MBR) proposé par FUTURES GROUP¹⁰. Ces modèles permettent de consolider le niveau de mobilisation, d'affectation et de dépenses des ressources en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST et d'estimer les besoins nationaux en ressources pour une réponse complète à l'épidémie. Ainsi, il ressort de l'estimation des comptes nationaux SIDA 2003 et des projections du modèle MBR au compte du Burkina Faso sur la période 2001-2007 que les besoins sont sans cesse croissants pour la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Ces comptes nationaux devraient permettre une meilleure évaluation de l'exécution financière du CSLS 2001-2005 au cours de l'année 2006.

Le manque à gagner en matière de mobilisation des ressources est de plus en plus élevé d'où la nécessité que l'Etat et ses partenaires au développement fournissent davantage d'efforts. Les ressources serviront à couvrir prioritairement les actions de prévention et de prise en charge mais en tenant compte des proportions à affecter aux groupes cibles. Cependant, une place importante devra être accordée au financement des activités de coordination des interventions et de suivi-évaluation.

5.2.2. Evaluation des coûts des axes et domaines d'actions prioritaires et par secteur sur la période 2006-2010

Le Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010 contribuera au renforcement des acquis de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST et à la réduction de la prévalence du VIH passant de 4,2% à 3,15% sur la base des projections. Une attention particulière sera accordée à l'amélioration des conditions de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA, des personnes affectées par le VIH/SIDA et les IST et des groupes vulnérables et spécifiques.

¹⁰ SP/CNLS-IST

Les ressources requises pour la mise en œuvre du CSLS 2006-2010 sont estimées à 160,60 milliards de F CFA. Ce budget indicatif a été évalué sur la base des indicateurs arrêtés dans le cadre des estimations de prévalence des sites sentinelles et de l'EDS 2003, du Cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) du Ministère de la Santé et des résultats d'études et de recherches de projets et programmes enregistrés lors de l'évaluation à mi-parcours du CSLS 2001-2005.

Le financement acquis s'élève à 21,9 milliards de F.CFA. Il se dégage un besoin de financement de 138,7 milliards de F CFA qui sera sollicité auprès des partenaires techniques et financiers. Par ailleurs, des efforts additionnels internes seront nécessaires pour prendre en charge les actions et mesures complémentaires qui donneront une plus grande dynamique à la lutte contre la pandémie.

Tableau n°5 : Prévisions budgétaires par axe stratégique (en FCFA)

Axes stratégiques	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
Axe stratégique1	8 867 351 340	10 082 773 394	11 421 283 599	12 900 950 768	14 543 600 851	57 815 959 951
Axe stratégique 2	5 230 466 988	6 245 204 410	6 805 705 899	7 128 889 077	8 066 644 158	33 476 910 533
Axe stratégique 3	7 950 314 177	8 850 112 597	9 409 690 991	9 209 016 336	8 055 268 788	43 474 402 890
Axe stratégique 4	3 382 219 876	3 466 542 204	3 235 718 256	3 271 274 180	3 116 551 380	16 472 305 896
Axe stratégique 5	1 627 406 625	1 783 904 520	1 906 834 024	1 986 942 809	2 058 275 690	9 363 363 669
TOTAL	27 057 759 006	30 428 537 125	32 779 232 769	34 497 073 170	35 840 340 867	160 602 942 938

La table ronde des partenaires techniques et financiers viendra préciser les différentes contributions.

5.3 Mobilisation des ressources et partenariat

Le financement du CSLS 2006-2010 est essentiellement basé sur les contributions du budget de l'Etat, des partenaires bilatéraux et multilatéraux ainsi que celles du monde communautaire et du secteur privé.

Le financement du plan national multisectoriel se fera à travers l'élaboration d'un plan annuel de financement adopté par un comité de pilotage mis en place. Ce comité comprend les représentants du gouvernement, des partenaires techniques et financiers et de la société civile. Les prévisions tiendront compte des indicateurs de progrès de toutes les composantes du CSLS 2006-2010.

Les stratégies de mobilisation des ressources se feront aux deux (2) niveaux suivants :

Au niveau des ressources intérieures

- Gouvernement (ressources propres de l'Etat, ressources PPTTE)
 - Prévoir dans le budget de chaque Institution/Ministère une ligne consacrée à la lutte contre le VIH/SIDA et les IST (intégrer le volet VIH/SIDA et les IST dans les activités traditionnelles des structures) ;
 - Susciter l'adhésion et la participation des structures publiques et parapubliques au financement des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (Fonds de solidarité envers les malades et orphelins du SIDA...) ;
 - Prendre en compte le volet VIH/SIDA et les IST lors de la formulation des projets et des programmes.

- Privé
 - Renforcer la prise en compte du volet VIH/SIDA et les IST dans les mutuelles de santé ;
 - Plaidoyer auprès du patronat et des organisations socioprofessionnelles.
- Communauté
 - Renforcer l'engagement et la participation des communautés ;
 - Organiser des actions de solidarité.

Au niveau des ressources extérieures

- Organiser une table ronde ;
- Mettre en œuvre une stratégie de mobilisation des ressources ;
- Elargir et renforcer le partenariat sur le plan régional et international ;
- Soumettre régulièrement des requêtes auprès du Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

5.4. Procédures de gestion des ressources du CSLS 2006-2010

Pour parer à la multiplicité des procédures de gestion des ressources mobilisées auprès de chaque partenaire financier, un mécanisme de financement et des procédures de gestion harmonisée seront élaborés pour la gestion des ressources du CSLS 2006-2010.

L'un des principes du « Three ones » relatif à la gestion des ressources financières est que le gouvernement et les partenaires techniques et financiers doivent participer au programme de financement selon l'approche du panier commun dont l'objectif est la mise en place d'un mécanisme commun et des procédures communes pour toutes les parties.

L'approche du panier commun suppose un mécanisme de financement et de gestion des ressources respectant les principes suivants :

- l'utilisation d'un seul et même compte spécial pour recevoir toutes les ressources destinées à la mise en œuvre du CSLS (financements des différents bailleurs de fonds et ceux de l'Etat) ;
- l'harmonisation des procédures de passation des marchés et des décaissements pour arriver à un seul système acceptable par l'ensemble des partenaires techniques et financiers. Cette harmonisation sera matérialisée par un manuel d'exécution et un manuel des procédures adopté par tous ;
- l'harmonisation des procédures de suivi-évaluation des performances et des résultats.

Toutefois, ce mécanisme sera mis en place de façon progressive et en concertation avec les partenaires techniques et financiers.

5.4.1. Procédures de passation des marchés

Le gouvernement et les bailleurs de fonds s'accorderont sur un dispositif de passation des marchés. De façon synthétique, ce dispositif comprendra :

- l'élaboration d'un plan de passation des marchés annuel joint au budget annuel adopté par le comité de pilotage ;

- l'utilisation de la réglementation nationale pour la passation des marchés et cela, pour tous les types de marchés et pour tous les seuils tout en veillant à leur conformité avec les obligations contractuelles convenues avec chaque partenaire ;
- l'élaboration d'un manuel de procédures de passation des marchés du panier commun ; l'utilisation de ce manuel qui fera partie intégrante des accords sera obligatoire ;
- l'édition périodique d'un rapport d'avancement des activités du plan de passation des marchés ;
- l'examen a posteriori des marchés réalisés selon un calendrier convenu avec tous les partenaires.

5.4.2. Procédures de financement et de décaissement

Les versements des ressources pour le compte du panier commun seront effectués au profit du SP/CNLS-IST. Par ailleurs, en attendant l'adhésion de tous les partenaires techniques et financiers à ce dispositif, le SP/CNLS-IST assure la coordination de tous les flux financiers pour la lutte contre le VIH/SIDA et les IST suivant les procédures habituelles de financement

Les décaissements seront effectués pour le règlement des dépenses liées à l'appui aux structures de coordination et d'exécution ainsi que pour la mise en œuvre des programmes spécifiques. Pour le cas spécifique du panier commun, les conditions d'éligibilité seront précisées dans un manuel de procédures.

La mise en place d'un système de suivi budgétaire reste le fondement de la gestion financière du programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. En effet, un système comptable approprié sera mis en place pour le suivi des décaissements, de la trésorerie et des réalisations physiques.

De même, le suivi de la mobilisation des ressources sera assuré par la mise en place d'un mécanisme de concertation régulière.

5.5. Unité de gestion financière

La création de l'Unité de gestion financière du PNLIS au sein du SP/CNLS-IST a été consacrée par le décret N°2005-228/PRES/PM/MS/MEDEV /MFB du 14 avril 2005 portant attribution et organisation du SPCNLS-IST. En effet, la création d'une seule Unité de gestion financière répond au souci commun du gouvernement et des partenaires techniques et financiers de parvenir à une efficacité dans la réalisation des activités, à une efficacité dans la gestion des ressources humaines, matérielles et financières et à une économie par la réduction des charges qu'engendreraient plusieurs centres ou unités de gestion.

L'Unité de gestion financière du Programme national de lutte contre le SIDA et les IST (UGF-PNLIS) est chargée de la gestion financière du Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (cf. annexe 2).

5.6. Dispositif de contrôle

Le contrôle vise à vérifier l'utilisation des ressources mises à la disposition des différentes structures dans la transparence et la régularité. Ce contrôle qui peut être interne ou externe pourrait être effectué par plusieurs structures et organes.

5.6.1. Contrôle interne

Le contrôle interne comprend l'autocontrôle et l'audit interne. L'autocontrôle est réalisé par le SP/CNLS-IST et/ou par les structures de coordination et d'exécution bénéficiaires des financements. L'audit interne fournit des informations sur la qualité de l'efficacité du système de contrôle interne. Il est réalisé par le SP/CNLS-IST sur l'exécution du budget des structures de coordination et d'exécution en vue d'analyser et de garantir le respect des règles et procédures de gestion transparente.

5.6.2. Contrôle externe

Ce contrôle peut être exercé par :

- les auditeurs indépendants dont les modalités de recrutement seront précisées dans le manuel de procédures ;
- les organes spécialisés de l'Etat tels que l'Inspection générale des finances, l'Inspection générale d'Etat et la Cour des comptes.

VI. STRATEGIE DE SUIVI ET D'EVALUATION

6.1. Fondements et composantes

6.1.1. Fondements

La stratégie de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST selon l'approche multisectorielle, décentralisée, nécessite la mise en place d'un système opérationnel. Cela permet d'une part, d'apprécier les progrès réalisés et de promouvoir les meilleures pratiques, et d'autre part, de disposer d'un ensemble d'informations relatives favorisant la prise de décision en vue d'une meilleure orientation des interventions et une répartition judicieuse des ressources.

L'opérationnalisation du système de suivi-évaluation est une exigence des principes du « Three ones » défini par l'ONUSIDA en 2003. Dans cette perspective un référentiel national de suivi-évaluation a été élaboré et adressé à tous les intervenants dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST au cours du CSLS 2001-2005. Ce référentiel présente les indicateurs à vérifier et décrit les rôles et responsabilités des différents acteurs ainsi que les méthodes de suivi et d'évaluation. Il est destiné à harmoniser la collecte des données primaires sur le terrain selon un cadre commun de suivi-évaluation. Il a l'avantage de présenter aux organisations impliquées dans le suivi-évaluation, le circuit de remontée des données, de traitement, d'analyse des données collectées, d'utilisation et de dissémination de l'information.

En outre, le référentiel met l'accent sur le suivi des activités sectorielles en appui au système national d'information sanitaire. Il complète le protocole relatif à la surveillance de 2^{ème} génération de VIH/SIDA au Burkina Faso.

D'une manière générale, le système de suivi-évaluation accorde une place importante à la recherche, notamment la recherche-action, au renforcement des capacités et d'apprentissage continu des structures impliquées.

Le renforcement de l'opérationnalisation de ce système de suivi-évaluation s'avère nécessaire compte tenu du contexte actuel de la lutte marquée par l'intensification de l'approche multisectorielle, l'importance des financements et la diversité des domaines d'intervention pour freiner l'épidémie.

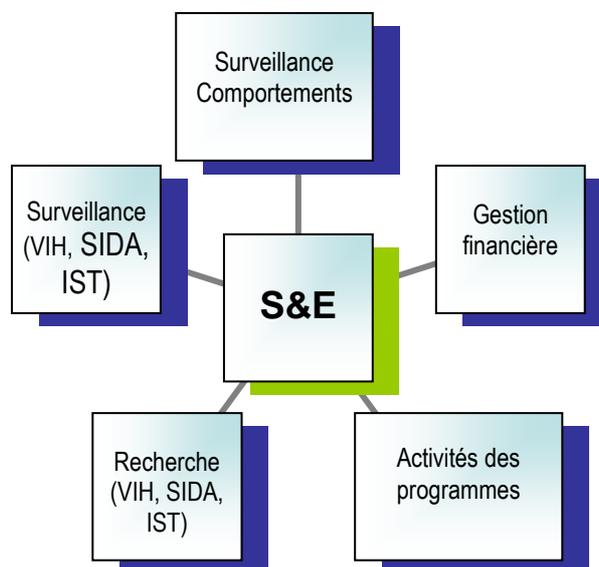
En référence au guide de suivi et d'évaluation des programmes SIDA nationaux (ONUSIDA, 2001), le suivi et l'évaluation vérifient les sources de changements apportés par les programmes de lutte contre le VIH/SIDA et les IST et permettent aux responsables de s'assurer que les ressources sont distribuées de manière à obtenir les meilleurs résultats. L'évolution de l'épidémie a nécessité la conception de manuels, de guides de suivi-évaluation pour prendre en compte les diversités constatées en relation avec les interventions multiples. L'objectif est donc de vérifier l'efficacité des interventions.

6.1.2. Composantes

De façon générale, dans le programme SIDA des pays, il est mis en place des unités de suivi-évaluation chargées des domaines d'activités relatifs au suivi, à la recherche, à l'évaluation, à la surveillance épidémiologique, à la coordination, au renforcement des capacités et à la mobilisation des ressources. Ces unités sont de ce fait responsables de la gestion du système national de suivi-évaluation de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Le système général de suivi-évaluation comprend en plus d'un organigramme fonctionnel, une base de données unifiées décrivant la collecte et la diffusion des informations. Les éléments constitutants peuvent se résumer comme suit :

Schéma n°5 : SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION



Il s'agit pour la mise en œuvre du système opérationnel d'envergure nationale, de mener les activités relatives aux aspects de :

- Suivi-évaluation des activités des programmes, notamment :
 - du contexte, des apports et produits du programme dont le suivi permet d'apprécier la variation des efforts et le contexte des programmes dans le temps et de définir le profil du pays ;
 - de la disponibilité et de la qualité des services au niveau des formations sanitaires et centres de CDV : les enquêtes effectuées dans les centres de santé et de CDV permettent de rassembler les informations relatives à la mise en œuvre des domaines d'actions du secteur santé ;
 - des programmes spécifiques de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.
- Surveillance des connaissances, comportements sexuels et attitudes face à l'épidémie : ce sont des enquêtes répétées pour apprécier les changements de comportement auprès de la population générale et des groupes cibles particuliers ;
- Surveillance du VIH/SIDA et des IST : elle s'inspire du cadre de surveillance de deuxième génération développé par l'ONUSIDA/OMS (sérosurveillance, notification des cas, enquêtes, etc) ;
- Suivi financier des dépenses liées à la mise en œuvre des interventions et des activités de coordination, suivi et évaluation ;
- Réalisation des études et de diverses recherches sur le VIH/SIDA et les IST.

6.2. Stratégie d'opérationnalisation du système de suivi-évaluation

L'opérationnalisation du système de suivi-évaluation de la mise en œuvre du CSLS 2006-2010 au niveau national s'appuie sur les éléments de stratégie suivants :

- l'élaboration d'un manuel opérationnel de suivi-évaluation qui décrit le système national de capitalisation, de traitement, d'analyse et de diffusion des informations relatives à l'atteinte des objectifs, des résultats et des indicateurs définis pour la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. La première version du manuel élaboré en novembre 2004 fera l'objet d'une révision régulière pour tenir compte des changements du dispositif institutionnel et organisationnel ;
- la mise en place d'une unité performante de suivi et d'évaluation des interventions réalisées. Il s'agit également, d'accorder une importance particulière au rôle de coordination des structures sectorielles et décentralisées mises en place et de mettre un accent particulier sur le renforcement des capacités techniques, humaines, matérielles et financières ;
- l'élaboration d'un plan d'actions annuel pour le suivi-évaluation en vue de renforcer les capacités opérationnelles de tous les acteurs impliqués, de mettre en place un système de communication et d'information opérationnel et de développer des bases de données adaptées ;
- la mise en place d'un groupe technique pour le suivi-évaluation afin de développer une vision commune des principaux acteurs pour le fonctionnement du système. Ce groupe constitue l'organe chargé de l'orientation des interventions dans le cadre du suivi-évaluation et de la mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

6.3. Indicateurs de suivi-évaluation

La mesure des succès obtenus est faite sur la base des indicateurs définis par niveau. Ainsi, les indicateurs de suivi et d'évaluation se composent d'indicateurs d'impact, de résultat, de processus et de produit. Ces indicateurs sont définis au niveau national et mondial, conformément aux objectifs poursuivis pour la mise en œuvre du cadre stratégique. En outre, le choix des indicateurs à vérifier et des outils de suivi et d'évaluation dépend de plusieurs facteurs dont le niveau atteint par l'épidémie, les moyens disponibles, la capacité à collecter, traiter et diffuser les données.

Le manuel de suivi-évaluation constitue le document de référence pour le suivi des indicateurs définis.

Par ailleurs, le cadre logique du CSLS 2006-2010 présente des indicateurs clés par axe stratégique qu'il convient de renseigner pour apprécier le niveau et l'efficacité de l'exécution du cadre.

6.4. Dispositif institutionnel de suivi-évaluation pour la mise en œuvre du CSLS 2006-2010

Les structures et institutions chargées de la lutte contre le SIDA et les IST sont :

- les structures d'exécution ;
- les structures décentralisées de coordination ;
- les structures de coordination nationale ;

- les partenaires techniques et financiers (les projets et programmes, ONG nationales et internationales, etc).

Le diagnostic institutionnel national de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST fait ressortir quatre (04) principaux niveaux d'intervention. Ces différents échelons déterminent les types d'information à fournir pour certains et un traitement/synthétisation de ces informations, pour d'autres.

- 1) Le premier niveau est celui des intervenants sur le terrain représentés par les structures d'exécution sectorielles (ministériel, privé, communautaire et provincial). Leur rôle principal est de développer, réaliser et documenter les activités au profit des bénéficiaires directs (individus, familles, communauté, groupes cibles, etc.). Pendant la mise en œuvre des activités, ils utilisent des outils simples dont les registres/cahiers/fiches de comptes rendus d'activités et comptes rendus mensuels, et les canevas de rapports d'activités trimestriels qui collectent les données de base nécessaires au calcul des indicateurs de processus et de produit.
- 2) Le deuxième niveau est celui des structures de coordination sectorielles et décentralisées qui sont les structures chargées de centraliser, valider et transmettre les données à l'échelon supérieur. A ce niveau, s'opère la synthèse des données du niveau précédent, c'est-à-dire des rapports mensuels et/ou rapports trimestriels des structures d'exécution. La collecte des données pour les activités de coordination est faite par l'utilisation des fiches de rapports trimestriels des structures de coordination et la synthèse des rapports trimestriels des structures d'exécution. Les données sont transmises au niveau central et régional.
- 3) Le troisième niveau est celui des structures régionales de coordination représentées essentiellement par les conseils régionaux de lutte contre le VIH/SIDA et les IST appuyés des antennes régionales du SP/CNLS-IST. Elles centralisent, traitent et valident les données sectorielles spécifiques provenant des différentes provinces. Les données consolidées sont ainsi transmises au SP/CNLS-IST (coordination centrale).
- 4) Le quatrième niveau est celui de la structure nationale de coordination. C'est à cette étape que les données sectorielles et les résultats des études/enquêtes sont traités par l'Unité centrale de planification suivi-évaluation en collaboration avec les départements sectoriels pour permettre la vérification des indicateurs et l'élaboration du rapport global du Plan national multisectoriel. Ce niveau concerne également la dissémination du rapport de suivi-évaluation et comprend les principaux destinataires que sont les membres du CNLS-IST, les partenaires techniques et financiers ainsi que les acteurs des niveaux 1, 2 et 3 pour ce qui est de la rétro-information.

L'organisation du système national de suivi-évaluation en termes d'acteurs et d'intervenants est présentée dans le schéma simplifié ci-dessous. Chaque structure joue un rôle.

Tableau n°6 : Dispositif de suivi-évaluation

STRUCTURES/INSTITUTIONS	NIVEAUX	ROLE
CNLS-IST, SP/CNLS-IST Partenaires techniques et financiers	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Structures nationales de coordination</div>	<i>Orientation Consolidation/traitement Diffusion</i>
CRLS, Antennes régionales	<div style="text-align: center;">↕</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Structures décentralisées de coordination régionale</div>	<i>Synthèse régionale</i>
CPLS, CCLS, CCRLS/CDLS, CILS, CMLS, CELS, Structures communautaires de coordination.	<div style="text-align: center;">↕</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Structures décentralisées de coordination sectorielle</div>	<i>Synthèse sectorielle et provinciale</i>
Cellules relais, CVLS, CSCLS ONG, OBC, Associations Secteur Santé : CHR, CHU, DS, DEP, DSF, etc.	<div style="text-align: center;">↕</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Structures d'exécution</div>	<i>Synthèse primaire</i>
Educateurs/animateurs, personnel de soins, Formateurs, bénéficiaires, groupements villageois, etc.	<div style="text-align: center;">↕</div> Acteurs du terrain	<i>Données primaires</i>

Les différents acteurs en fonction de leur niveau dans le dispositif de l'information produisent des rapports mensuels, trimestriels, semestriels et annuels suivant des délais de transmission.

Les différentes informations relatives au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre des interventions sectorielles sont consignées dans le rapport bilan de la mise en œuvre du Plan national multisectoriel qui fait l'objet d'examen et de validation par le CNLS-IST à sa session annuelle.

Schéma n°6 : CIRCUIT DE L'INFORMATION POUR LE SUIVI-EVALUATION

Coordination nationale

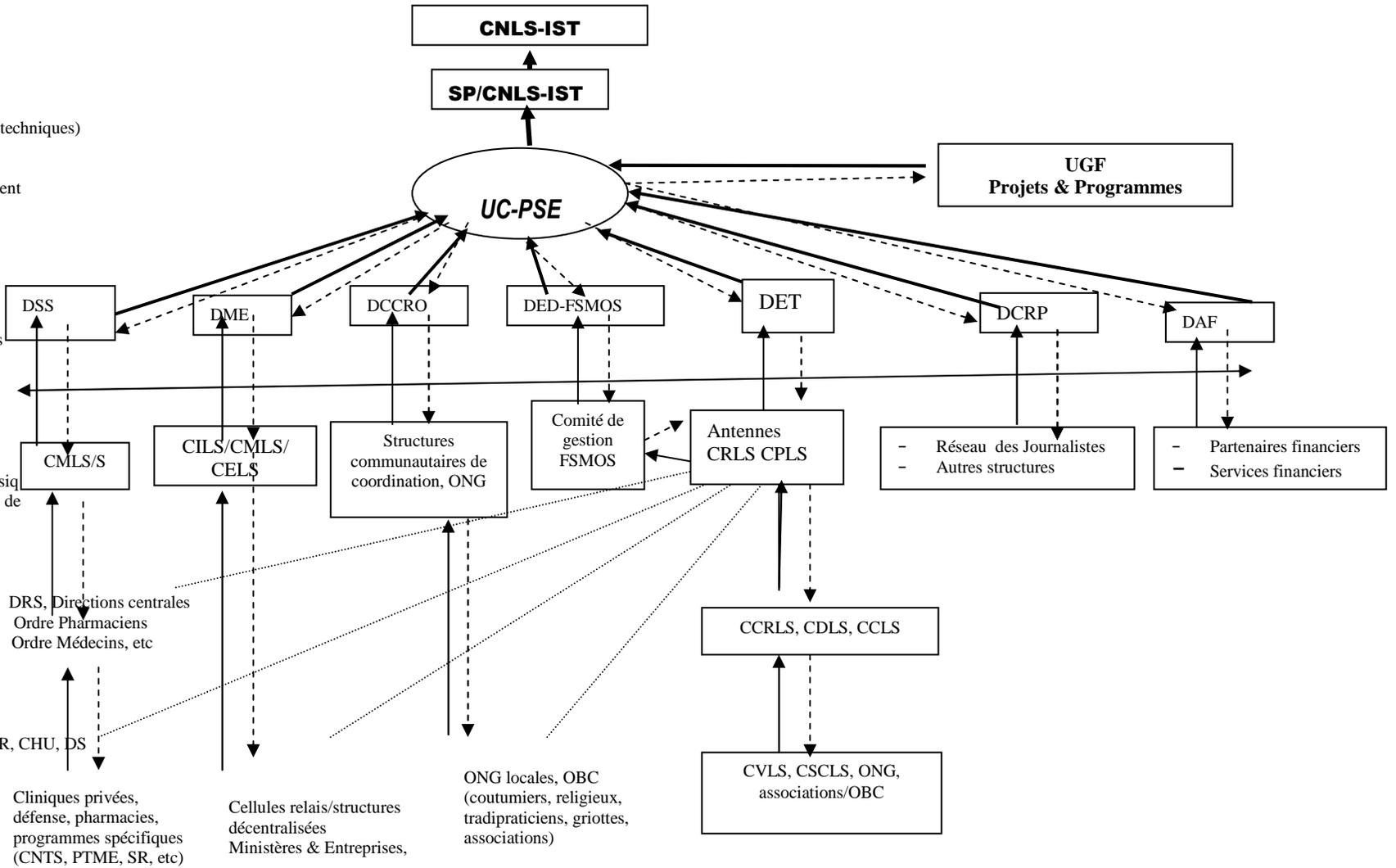
- Session du CNLS-IST
- Cabinet du SP
- Atelier de validation (GTT et autres structures techniques)
- Consolidation et traitement

Coordination sectorielle du SP/CNLS-IST

- Elaboration des bilans sectoriels par département
- Transmission des rapports au SP/CNLS-IST (Secrétariat du SP)
- Transmission des rapports de synthèse (physiq et financier aux structures de coordination sectorielle

Exécution

- Rapports d'exécution CHR, CHU, DS physiques & financiers



- Pour attribution et prise en compte dans le rapport -bilan du CPLS (lien fonctionnel)
- ====> Pour synthèse par niveau (lien hiérarchique)
- ====> Pour synthèse et transmission des données
- - - -> Pour retour informations
- ←==== Pour rapport de collaboration

VII. ANALYSE DES FACTEURS DE RISQUES

L'analyse porte à la fois sur les facteurs de risque interne au Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST et sur les facteurs de risques externes liés à l'environnement social et économique.

7.1. Risques liés à la faible application de l'approche multisectorielle

Les risques liés à la faible couverture des différents secteurs par les actions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST pourraient se traduire par la non prise en compte de certains acteurs socioéconomiques d'où l'obtention des résultats mitigés de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Les répercussions socioéconomiques de l'épidémie du VIH/SIDA et des IST sont de plus en plus visibles dans les différents secteurs socioprofessionnels et économiques. Cette situation justifie la nécessité de développer et d'intensifier les actions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans tous les secteurs de développement. En effet, la poursuite des actions de prévention pour réduire le risque des populations à l'infection du VIH/SIDA et des IST et le renforcement de la prise en charge globale à tous les niveaux, reste fondamentale.

Par ailleurs, l'atteinte des objectifs de la lutte dépend également de la volonté d'implication des acteurs sectoriels et leurs capacités à mettre en œuvre les actions.

7.2. Risques liés au non parachèvement du processus de décentralisation

Les mutations institutionnelles et administratives induites par le processus de mise en œuvre de la décentralisation, si elles ne sont pas conduites à termes, pourraient constituer un obstacle au fonctionnement efficace des démembrements territoriaux du CNLS-IST.

Le respect du calendrier d'installation des collectivités territoriales et des circonscriptions administratives est un facteur favorable à la mise en place et au fonctionnement des structures de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Il constitue également un élément de renforcement de la bonne gouvernance.

Il faut noter qu'au rythme actuel d'avancement du processus de décentralisation, ce risque sera minimisé, voire annulé dans les prochains mois.

7.3. Risques liés à l'insuffisance de capacités de coordination des interventions

L'insuffisance de coordination et de capitalisation des actions en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (surtout pour ce qui concerne les associations/OBC) constitue un facteur défavorable à l'efficacité des interventions multisectorielles. L'efficacité de la mise en œuvre des interventions nécessite le renforcement des capacités techniques et des compétences des différents acteurs afin de leur permettre de mieux comprendre leurs rôles et tâches dans l'ensemble du dispositif de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

En effet, la question du fonctionnement opérationnel des structures dans un cadre intégré permettra d'améliorer la réponse d'ensemble à l'épidémie du VIH/SIDA et des IST, d'éviter les chevauchements et de créer la synergie et la complémentarité entre les interventions des différents acteurs. Le faible fonctionnement des structures de coordination constitue un frein à la capitalisation des efforts de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Pour ce faire, un accent particulier devra être mis sur le renforcement des capacités opérationnelles des structures de coordination mises en place à travers des appuis en ressources humaines, matérielles et financières. De même, la nécessité de veiller au fonctionnement de ces structures aura également pour effet de rendre opérationnel le système national de suivi-évaluation qui permettra d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs et des résultats.

7.4. Risques liés au faible niveau de prise en charge médicale

Le faible niveau de décentralisation de la prise en charge médicale des PVVIH constitue un risque important. En effet, on note une insuffisance des capacités des structures de soins à assurer la prise en charge des PVVIH au niveau national. Les risques peuvent être liés à l'insuffisance de personnel qualifié dans les formations sanitaires, à la faible motivation du personnel médical, au faible approvisionnement en médicaments, réactifs et consommables médicaux, etc. Une disponibilité permanente des ARV de même que les médicaments pour les infections opportunistes constitue une condition essentielle à la prise en charge médicale. Cette disponibilité devra être assurée aux différents niveaux du système de prise en charge médicale. Par ailleurs, la barrière financière et l'inaccessibilité géographique aux soins et traitements amènent des patients à abandonner le traitement. Les efforts actuels en matière de diminution des prix des médicaments doivent être maintenus et renforcés surtout pour les plus démunis. L'insécurité alimentaire, la malnutrition tout comme la résistance aux ARV constituent un risque permanent pour la prise en charge médicale des PVVIH.

Pour ce faire, le Gouvernement devra s'attacher à améliorer la prise en charge médicale des PVVIH aussi bien au niveau central que décentralisé bien que des initiatives soient actuellement mises en œuvre en faveur du développement de cette prise en charge. Le renforcement de l'offre de soins permettra de fournir des soins de santé complets aux PVVIH à travers l'équipement des plateaux techniques et la formation du personnel médical des formations sanitaires pour une meilleure maîtrise de la prescription des molécules, ainsi que le renforcement de l'accessibilité financière et géographique au CDV, aux médicaments contre les infections opportunistes et aux ARV. A cela, il faut ajouter le renforcement de la contribution du monde communautaire au continuum de soins. A ce niveau, il s'agira d'assurer un bon appui technique, une bonne coordination et une organisation des structures communautaires spécialisées pour qu'elles viennent en appoint au système de santé à tous les niveaux.

7.5. Risques liés à l'insuffisance de programmes d'intervention au profit des groupes cibles

L'insuffisance de soutien et de protection aux personnes infectées et affectées constitue un risque et une préoccupation à résoudre dans le sens de la recherche de plus d'efficacité et d'impact des actions. La faiblesse des interventions ciblées en faveur des groupes spécifiques et vulnérables est également un facteur de risque. En effet, l'impact de l'épidémie du VIH/SIDA et des IST présente des effets négatifs remarquables selon les groupes spécifiques sociaux. Une appréciation de la vulnérabilité de ces groupes fait ressortir que ceux-ci sont soit particulièrement exposés à l'infection et à la propagation du VIH/SIDA et des IST (jeunes, femmes, professionnelles de sexe, orpailleurs, migrants, etc.) soit victimes des conséquences de l'épidémie (OEV, femmes, PVVIH, etc.). Les comportements à risque des groupes vulnérables, notamment les jeunes, fortement tributaires de leurs conditions socioéconomiques (chômage, identité culturelle, etc.), constituent un important facteur de propagation du VIH.

La Communication pour le changement de comportement constitue une option centrale en vue d'aboutir à des résultats probants. Cependant, de nombreux acteurs restent confinés à des approches très classiques de communication avec moins d'efficacité. La Stratégie nationale de communication pour le changement de comportement reste le facteur-clef.

Au regard de la contribution des acteurs communautaires à la lutte, la mise en œuvre des programmes d'intervention spécifiques est une nécessité qui commande également un renforcement des capacités des structures à mener des actions spécifiques. Les principales orientations concernent le renforcement de la spécialisation et la professionnalisation des structures associatives pour la mise en œuvre des programmes d'actions au profit des groupes spécifiques. Par ailleurs, il est nécessaire de promouvoir la recherche de meilleures approches stratégiques adaptées à chaque groupe.

7.6. Risques liés à la faible mobilisation des ressources pour le financement de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST

Une faible mobilisation des ressources se traduirait par une incapacité à mettre en œuvre les actions prioritaires de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. En effet, la mobilisation des ressources nécessaires au financement de la lutte demeure le facteur déterminant de la mise en œuvre des interventions.

Aussi, l'engagement des partenaires techniques et financiers à soutenir la lutte contre le VIH/SIDA et les IST est nécessaire. Il convient de développer une approche concertée pour faciliter la mobilisation des ressources et mettre en place un système de coordination pour le suivi des décaissements. Par ailleurs, la gestion des financements du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST est fonction de la définition d'une démarche efficiente et efficace de procédures pour plus d'impact.

ANNEXES

Annexe 1

Attributions et composition du CNLS-IST et des CRLS

1. CNLS-IST

□ *Attributions*

Le CNLS-IST a pour missions essentielles :

- de définir les politiques et les grandes orientations de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- de définir les domaines d'intervention, les ressources et les types d'appuis nécessaires à la mise en œuvre du Plan national multisectoriel ;
- d'assurer le plaidoyer pour la mobilisation et le soutien en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. ;
- d'approuver le Plan national multisectoriel et les procédures de sa gestion.

□ *Composition*

La composition du CNLS-IST, multisectorielle, comprend 125 membres ainsi repartis :

- cinq (5) représentants de la Présidence du Faso dont trois (3) du SP/CNLS-IST ;
- un (1) représentant de chacune des institutions suivantes : Premier Ministère, Conseil économique et social (CES), Conseil supérieur de la communication (CSC) ;
- deux (2) représentants de chacun des départements ministériels à l'exception du ministère de la Santé avec quatre (4) représentants et le ministère de la Promotion de la femme avec trois (3) représentants ;
- treize (13) Gouverneurs de région ;
- dix (10) représentants du secteur privé et entreprises dont un du secteur informel ;
- six (6) représentants des coutumiers et religieux ;
- dix huit (18) représentants de la société civile/ONG/associations répartis ainsi qu'il suit :
 - Mouvement de défense des droits de l'homme : 2
 - Personnes vivant avec le VIH/SIDA : 3
 - Associations nationales de lutte contre le VIH/SIDA et les IST : 6
 - ONG nationales de lutte contre le VIH/SIDA et les IST : 4
 - ONG internationales de lutte contre le VIH/SIDA et les IST : 3
- cinq (5) représentants des maires ;
- dix (10) représentants des partenaires dont sept (7) pour les partenaires multilatéraux et trois (3) pour les bilatéraux.

Les départements ministériels sont représentés par le Président du comité sectoriel accompagné du coordonnateur dudit comité.

□ *Composition du bureau du CNLS-IST*

Le CNLS-IST est dirigé par un bureau de 18 membres composé ainsi qu'il suit :

Président : le Président du Faso ou son représentant

1^{er} vice-Président : le ministre chargé de la Santé

2^{ème} Vice-Président : le ministre chargé de l'Action sociale

Rapporteur : le Secrétaire permanent du CNLS-IST.

Membres :

- le ministre chargé de l'Economie et du Développement ;
- le ministre chargé des Enseignements secondaire, supérieur et de la recherche scientifique ;
- le ministre chargé de l'Enseignement de base et de l'alphabétisation ;
- le ministre chargé de l'Information ;
- le ministre chargé de la Promotion de la femme ;
- deux (2) représentants des Personnes vivant avec le VIH ;
- deux (2) représentants des ONG et associations nationales,
- un (1) représentant des autorités coutumières et religieuses ;
- deux (2) représentants du Groupe thématique ONUSIDA dont le représentant de l'OMS ;
- un (1) représentant des bilatéraux ;
- un (1) représentant du secteur privé et entreprises.

Représentation institutions, ministères et autres partenaires

Institutions/Ministères/Autres partenaires	Nombre
- Présidence du Faso	05
- Premier ministre	01
- CES	01
- CSC	01
- Ministère chargé des Affaires étrangères et de la coopération régionale	02
- Ministère chargé de l'Agriculture, de l'hydraulique et des ressources halieutiques	02
- Ministère chargé de la Santé	04
- Ministère chargé de la Justice, garde des sceaux	02
- Ministère chargé de la Défense	02
- Ministère chargé de l'Administration territoriale et de la décentralisation	02
- Ministère chargé de la Sécurité	02
- Ministère chargé des Finances et du budget	02
- Ministère chargé de l'Economie et du développement	02
- Ministère chargé du Travail, de l'emploi et de la jeunesse	02
- Ministère chargé des Mines, des carrières et de l'énergie	02
- Ministère chargé du Commerce, de la promotion de l'entreprise et de l'artisanat	02
- Ministère chargé des Infrastructures, des transports et l'habitat	02
- Ministère chargé des Enseignements secondaire, supérieur et de la recherche scientifique	02
- Ministère chargé de l'Enseignement de base et de l'alphabétisation	02
- Ministère chargé de la Fonction publique et de la réforme de l'Etat	02
- Ministère chargé de la Culture, des arts et du tourisme	02
- Ministère chargé des Postes et télécommunications	02
- Ministère chargé des Ressources animales	02
- Ministère chargé de l'Action sociale et de la solidarisation nationale	02
- Ministère chargé de l'Information	02
- Ministère chargé de la Promotion de la femme	03
- Ministère chargé des Relations avec le parlement, prote parole du Gouvernement	02
- Ministère chargé de la Promotion des droits humains	02
- Ministère chargé de l'Environnement et du cadre de vie	02
- Ministère chargé des Sports et loisir	02
- Gouvernorats	13
- Secteur privé	10
- Coutumiers/religieux	06
- Société civile/ONG/associations	18
- Mairies	05
- Partenaires nationaux – multilatéraux – bilatéraux	10
TOTAL	125

2. **CRLS**

□ *Attributions*

Le CRLS a pour principales attributions :

- de veiller à la diffusion et à la mise en œuvre des orientations nationales en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- de coordonner les activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans la région ;
- de faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des partenaires ;
- d'approuver les plans provinciaux de lutte contre le SIDA et les IST ;
- d'élaborer et d'adopter le plan régional de lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- de coordonner la gestion des ressources mises à la disposition de la région et autoriser les transferts de fonds aux CPLS par tranche contractuelle ;
- d'examiner l'état d'exécution du plan régional de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

□ *Composition*

Le CRLS est composé, en fonction du nombre de provinces par région, de 35 à 40 membres comme suit :

Président : le Gouverneur de la région ;

1^{er} vice-Président : le Directeur régional chargé de la santé ;

2^{ème} vice-Président : le Directeur régional chargé de l'action sociale ;

Rapporteur : le Chef de l'antenne régionale du SP/CNLS-IST ;

Membres statutaires :

- les Présidents des CPLS ;
- dix (10) Directeurs régionaux représentant les structures déconcentrées de l'administration ;
- sept (7) représentants de la société civile ;
- sept (7) représentants des ONG/Associations ;
- un représentant des Personnes vivant avec le VIH ;
- cinq (5) représentants des partenaires techniques et financiers intervenant dans la région

□ *Composition du bureau*

Le CRLS est dirigé par un bureau régional de onze (11) membres composé comme suit :

Président : le Gouverneur de la région ;

1^{er} vice-Président : le Directeur régional chargé de la Santé ;

2^{ème} vice-Président : le Directeur régional chargé de l'Action sociale ;

Rapporteur : le Chef de l'antenne régionale du SP/CNLS-IST ;

Membres :

- le Directeur régional chargé de l'Economie et du Développement ;
- le Directeur régional chargé de la Promotion de la femme ;
- un représentant des Personnes vivant avec le VIH ;
- deux (2) représentants des ONG et associations ;
- deux (2) représentants des partenaires techniques et financiers de la région.

Annexe 2

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

Le SP/CNLS-IST a été créé par le décret N°2001-510/PRES/PM/MS du 1^{er} octobre 2001 et placé sous l'autorité du Président du CNLS-IST. Ses attributions et son organisation sont précisées par le décret n°2005-228/PRES/PM/MS/MEDEV/MFB du 14 avril 2005. Il est dirigé par un Secrétaire permanent nommé par décret pris en Conseil des Ministres. Dans le cadre de la mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010, le décret sera relu pour tenir compte de la restructuration du SP/CNLS-IST.

□ *Attributions*

Le Secrétariat permanent du CNLS-IST est l'organe technique chargé de la coordination, de l'appui technique et du suivi de l'ensemble des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Il est particulièrement chargé :

- de coordonner le Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST et de l'élaboration des plans d'action sectoriels de lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- de développer les mécanismes de leur mise en œuvre ;
- d'assurer le suivi de la mise en œuvre des activités au niveau national ;
- d'apporter l'appui technique nécessaire aux intervenants ;
- d'évaluer les besoins du Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST et de faciliter toutes les démarches visant à harmoniser les rythmes d'exécution des différentes interventions ;
- d'assurer la coordination de l'appui des partenaires bilatéraux et des multilatéraux ;
- d'assurer le secrétariat du CNLS-IST ;
- de préparer les différentes réunions de concertation.

□ *Organisation et fonctionnement*

Le Secrétariat permanent du CNLS-IST comprend en plus du cabinet du Secrétaire permanent, deux (2) unités dirigées par des chefs d'unité, sept (7) départements dirigés par des chefs de département et 13 antennes régionales dirigées par des chefs d'antenne.

La composition et le fonctionnement de ces structures seront définis par un décret.

1. Le cabinet du Secrétaire permanent

Le cabinet du Secrétaire permanent comprend une assistance technique, un secrétariat particulier et un protocole. Il est chargé :

- du courrier confidentiel et réservé ;
- des audiences du Secrétaire permanent ;
- des relations avec le Secrétariat général du Gouvernement et du Conseil des ministres, les ministères et les institutions nationales et internationales ;
- du protocole du Secrétaire permanent ;
- du contrôle de la gestion administrative et technique des services du Secrétaire permanent ;
- de l'assistance conseil au Secrétaire permanent.

L'assistance technique : elle est chargée :

- d'assister le Secrétaire permanent dans sa mission de coordination du Plan national multisectoriel ;
- d'assister le Secrétaire permanent à la préparation des différentes réunions de concertation ;
- de faciliter les démarches visant à harmoniser les rythmes d'exécution des différentes interventions ;
- d'assister le Secrétaire permanent dans la programmation de ses activités ;
- de faire la synthèse des différents dossiers et rapports soumis à l'appréciation du Secrétaire permanent ;
- d'assister le Secrétaire permanent pour la coordination des projets et programmes.

Le Secrétariat particulier : il est chargé de :

- la réception, l'enregistrement et l'expédition du courrier confidentiel et réservé du Secrétaire permanent ;
- la rédaction du courrier, les saisies et le traitement de textes, la reprographie, le classement et l'archivage de tout document du Secrétaire permanent ;
- l'organisation des missions du Secrétaire permanent.

Le protocole : il est chargé de l'organisation des cérémonies, des audiences, des déplacements officiels et des relations publiques du Secrétaire permanent.

2. L'Unité de gestion financière (UGF)

Sous l'autorité du SP/CNLS-IST, l'Unité de gestion financière (UGF) est chargée de mobiliser, au profit du PNM, les ressources financières auprès des partenaires bilatéraux, multilatéraux et autres donateurs. En particulier, elle assure la gestion des ressources mobilisées. Elle a pour missions de :

- coordonner tous les aspects liés à l'exécution financière du programme ;
- préparer les conventions et les contrats avec les différents acteurs (secteur public, secteur privé, ONG, associations/OBC et société civile);
- s'assurer que tous les fonds sont mis en place par toutes les parties (bailleurs de fonds et Etat burkinabè pour la contrepartie nationale aux projets et programmes) ;
- produire les Rapports de suivi financier (RSF) des projets et programmes ;
- assister les intervenants dans la préparation et réalisation de leurs budgets ;
- assurer la passation des marchés et comptabilité pour que les moyens prévus dans le programme (fournitures, travaux et services) soient mis en place dans les délais et selon les procédures prévues ;
- veiller à ce que tous les comptes du programme soient tenus selon les procédures comptables décrites dans le Manuel de procédures administratives, financières et comptables ;
- prendre tous les arrangements nécessaires pour que les vérifications des comptes soient effectués selon les stipulations des conventions de financement ;
- faire respecter les normes et directives ainsi que la mise en application du manuel de procédures administratives, financières et comptables;
- assurer la liaison avec les bailleurs de fonds en collaboration avec l'Unité centrale de planification et de suivi-évaluation du SP/CNLS-IST.

3. L'Unité centrale de planification et de suivi-évaluation (UC-PSE)

Sous l'autorité du SP/CNLS-IST, l'Unité centrale de planification et de suivi-évaluation (UC-PSE), assure la mémoire du Secrétariat à travers la planification et le suivi-évaluation des activités des différents départements et de l'Unité de gestion financière (UGF). En particulier, elle :

- assiste le Secrétaire permanent dans le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST;
- élabore chaque année, le Plan national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST;
- coordonne l'élaboration des programmes spécifiques nationaux au profit des groupes cibles en collaboration avec les autres départements ;
- consolide le plan d'actions annuel du SP/CNLS-IST en collaboration avec les autres départements ;
- consolide les programmes et les rapports trimestriels et annuels d'activités des différents départements et de l'UGF du SP/CNLS-IST ;
- centralise, traite et analyse les informations des différents départements et de l'UGF, indispensables au suivi-évaluation du Plan national multisectoriel ;
- assure, en collaboration avec l'UGF, le suivi de la mobilisation des ressources auprès des partenaires techniques et financiers ;
- assure le suivi des indicateurs définis au niveau national et mondial ;
- évalue les interventions du Plan national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST et des programmes spécifiques ;
- élabore le bilan d'exécution annuel du Plan national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST;
- coordonne la conception et la production des outils relatifs à la formation et l'information sur le VIH/SIDA et les IST
- apporte un appui technique aux activités relatives à la planification et au suivi-évaluation ;
- organise les activités de promotion de la recherche en collaboration avec les autres départements.

4. Le Département chargé de l'administration et des finances (DAF)

Sous l'autorité du SP/CNLS-IST, le département chargé de l'administration et des finances a la responsabilité d'apporter un appui aux autres départements à travers la mobilisation et la gestion des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la mise en œuvre des activités du SP/CNLS-IST. En particulier, il :

- assiste le Secrétaire permanent dans l'exécution des tâches de gestion administrative et financière ;
- élabore le budget du SP/CNLS-IST ;
- gère les ressources financières allouées au SP/CNLS-IST ;
- assure la gestion des ressources humaines du SP/CNLS-IST ;
- coordonne la réalisation des audits annuels du SP/CNLS-IST ;
- tient la comptabilité matière des biens, meubles et immeubles et en assure la gestion et l'entretien ;
- élabore le compte de gestion en fin d'exercice ;
- produit le rapport financier d'exécution du plan d'action du SP/CNLS-IST.

5. Le Département chargé des institutions, des ministères autres que le ministère de la Santé, l'Action sociale et des entreprises (DME)

Sous l'autorité du SP/CNLS-IST, le département chargé des institutions, des ministères autres que celui de la santé et des entreprises a la responsabilité de coordonner la planification et la mise en œuvre des activités en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST des institutions, des ministères et des entreprises. En particulier, il :

- assiste les institutions, les ministères concernés et les entreprises dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur plan de travail ;
- assure la liaison avec les services et institutions des autres secteurs ;
- rend compte périodiquement au Secrétaire permanent du déroulement des activités des institutions, des ministères et des entreprises;
- assure la régularité des rencontres de concertation intra et inter-sectorielles ;
- élabore le plan d'actions annuel et le programme trimestriel des activités du département ;
- élabore les rapports d'exécution trimestriels et annuels des activités du département ;
- veille à la qualité des interventions et au respect des plans d'actions ;
- assure la régularité de la rédaction des rapports d'exécution physique et financier des institutions, des ministères et des entreprises ;
- produit le rapport sectoriel d'exécution du Plan national multisectoriel ;
- donne un appui technique aux activités de micro-planification, de formation et de recherche sur le VIH/SIDA et les IST.

6. Le Département chargé du secteur santé (DSS);

Sous l'autorité du SP/CNLS-IST, le département chargé du secteur santé a la responsabilité de coordonner la planification et la mise en œuvre des activités en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST du secteur de la santé . En particulier, il :

- assiste le secteur santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de son plan de travail ;
- assiste le secteur de l'Action sociale dans l'élaboration et la mise en œuvre de son plan de travail ;
- assure la liaison avec les services et institutions des autres secteurs ;
- rend compte périodiquement au Secrétaire permanent du déroulement des activités du secteur de la santé ;
- assure la régularité des rencontres de concertation intra et inter-sectorielles ;
- assure la régularité de la rédaction des rapports d'exécution physique et financier du secteur Santé ;
- élabore le plan d'actions annuel et le programme trimestriel des activités du département ;
- élabore les rapports d'exécution trimestriels et annuels des activités du département ;
- veille à la qualité des interventions et au respect des plans d'actions ;
- produit le rapport sectoriel d'exécution du Plan national multisectoriel ;
- donne un appui technique aux activités de formation et de recherche sur le VIH/SIDA et les IST.

7. Le Département chargé des communautés coutumières et religieuses, des ONG et des OBC (DCCRO)

Sous l'autorité du SP/CNLS-IST, le département chargé des communautés coutumières et religieuses, des ONG et associations/OBC a la responsabilité de coordonner la planification et la mise en œuvre des activités en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST du secteur de la communauté . En particulier, il :

- assiste les communautés, ONG et associations/OBC dans la mise en œuvre de leurs plans de travail ;
- assiste le secteur de l'Action sociale dans l'élaboration et la mise en œuvre de son plan de travail
- assure la liaison avec les services et institutions des autres secteurs sur des sujets similaires ;
- rend compte périodiquement au Secrétaire permanent du déroulement des activités du secteur communautaire ;
- élabore le plan d'actions annuel et le programme trimestriel des activités du département ;
- élabore les rapports d'exécution trimestriels et annuels des activités du département ;
- assure la régularité de la rédaction des rapports d'exécution physique et financier des différentes communautés, ONG et associations/OBC ;
- veille à la qualité des interventions et au respect des plans d'actions ;
- produit le rapport sectoriel d'exécution du Plan national multisectoriel ;
- donne un appui technique aux activités de micro- planification de formation et de recherche.

8. Le Département chargé de la communication et des relations publiques (DCRP)

Sous l'autorité du SP/CNLS-IST, le département chargé de la communication et des relations publiques assure la visibilité des interventions en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. En particulier, il :

- élabore le plan de communication du SP/CNLS-IST et assure sa mise en œuvre ;
- coordonne toutes les questions de presse et d'information qui intéressent le SP/CNLS-IST de même que les relations avec les institutions et les organes de presse publics et privés ;
- assure avec les autres départements l'élaboration des articles à publier dans la revue du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST et en assure l'édition;
- Assure la responsabilité de l'animation du site WEB du CNLS-IST ;
- produit des supports d'information décrivant les principales missions et attributions du CNLS-IST, du SP/CNLS-IST ;
- participe à la rédaction et à la diffusion du bulletin « *Rétro informations* » sur le SIDA et les IST ;
- élabore le plan d'actions annuel et le programme trimestriel des activités du département ;
- élabore les rapports d'exécution trimestriels et annuels des activités du département ;
- organise en collaboration avec les responsables des Départements les journées de manifestations socioculturelles et politiques en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

9. Le Département chargé de l'étude des dossiers soumis au Fonds de solidarité envers les malades et orphelins du SIDA (DED-FSMOS)

Sous la direction du Secrétaire permanent, le département chargé de l'étude des dossiers soumis au Fonds de solidarité envers les malades et orphelins du SIDA assume la gestion quotidienne des fonds destinés aux malades et orphelins du SIDA. En particulier, il :

- analyse techniquement et financièrement les requêtes de financement ;
- prépare les séances de travail et réunions du comité de gestion ;
- coordonne les projets de plans d'actions et de budgets prévisionnels du FSMOS ;
- coordonne avec les autres départements concernés, l'assistance au ministère chargé de l'Action sociale pour l'élaboration et la mise en œuvre de son plan de travail ;
- élabore les projets de rapports techniques et financiers requis ;
- contribue aux côtés du Chef de département chargé de l'administration et des finances, de l'agent comptable et du contrôleur financier du FSMOS à l'engagement, à la liquidation et au paiement des dépenses effectuées sur le budget du FSMOS ;
- élabore le plan d'actions annuel et le programme trimestriel des activités du département ;
- élabore les rapports d'exécution trimestriels et annuels des activités du département ainsi que la situation des appuis réalisés ;
- tient et gère les dossiers administratifs du FSMOS ;
- coordonne les activités de mobilisation des ressources.

10. Le Département chargé des entités territoriales (DET)

Sous l'autorité du SP/CNLS-IST, le département chargé des entités territoriales apporte un appui technique en matière de planification et de suivi-évaluation des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans les collectivités et les circonscriptions administratives. En particulier, il :

- assiste les antennes régionales, les CRLS, les CPLS, les CCLS, les CCRLS, les CSCLS et les CVLS dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs plans de travail ;
- assure la liaison entre le niveau central et le niveau régional ;
- rend compte trimestriellement et annuellement au Secrétaire permanent du déroulement des activités des antennes régionales ;
- organise les rencontres des chefs d'antennes ;
- apporte un appui technique à l'organisation des journées de manifestations en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans les régions ;
- élabore le plan d'actions annuel et le programme trimestriel des activités du département ;
- élabore les rapports d'exécution trimestriels et annuels des activités du département ;
- assure la centralisation des plans d'actions régionaux et des rapports de suivi ;
- produit le rapport sectoriel d'exécution du Plan national multisectoriel ;
- apporte un appui technique aux activités de micro-planification et de formation des structures au niveau régional et provincial.

11. Les antennes régionales du SP/CNLS-IST

Sous la tutelle administrative et technique du SP/CNLS-IST, les antennes régionales sont des structures déconcentrées du SP/CNLS-IST. Elles assurent la coordination technique de la mise en œuvre des interventions des structures au niveau régional et provincial et servent de courroie de transmission de l'information entre le Secrétariat permanent et les acteurs. Elles sont spécifiquement chargées :

- d'apporter un appui technique aux activités relatives à la planification, au suivi-évaluation et à la recherche au niveau régional ;
- d'apporter un appui à l'élaboration des plans provinciaux et régionaux de lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- de développer en collaboration avec les départements du SP/CNLS-IST, les mécanismes de mise en œuvre des plans sectoriels ;
- d'assister les CPLS dans le suivi de la mise en œuvre des plans provinciaux de lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- d'apporter l'appui technique nécessaire aux intervenants au niveau régional et provincial ;
- de transmettre périodiquement au niveau central les rapports d'exécution physique et financier synthétisés des provinces et du plan régional ;
- d'organiser les réunions de concertation périodiques avec les CPLS ;
- d'apporter un appui à l'organisation des sessions du CRLS.

Annexe 3

Synthèse des orientations stratégiques

Axes stratégiques	Objectif général	Objectifs intermédiaires	Domaines d'actions prioritaires
Axe 1 : Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST, et promotion du conseil dépistage volontaire	Réduire la transmission du VIH/SIDA et des IST	Objectif intermédiaire 1 : Réduire d'au moins 25% le pourcentage de nouvelles infections à VIH et des IST dans les groupes cibles prioritaires de 2006 à 2010	1 Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC ; 2 Promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires et communautaires ; 3 Promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail ; 4 Prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques ; 5 Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; 6 Promotion des préservatifs masculins et féminins ; 7 Promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques ; 8 Promotion de la santé de la reproduction/santé sexuelle ; 9 Renforcement de l'enseignement de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans le secteur de l'éducation et dans les écoles de formation professionnelle.
		Objectif intermédiaire 2 : réduire l'incidence des IST de 10% par an de 2006 à 2010	10 Renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST ;
		Objectif intermédiaire 3 : porter à 80 % l'accès au CDV de la population	11 Renforcement du conseil dépistage volontaire au niveau des structures sanitaires et communautaires.
Axe 2 : Renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH	Assurer la prise en charge médicale et communautaire à 100% des PVVIH d'ici 2010	Objectif intermédiaire 1 : Assurer la couverture en soins et conseils dans les structures de soins et les centres de traitement ambulatoire selon les directives nationales pour 100% des personnes dépistées positives	1 Développement des services sanitaires de base au niveau communautaire ; 2 Renforcement de l'implication du monde associatif et communautaire dans le continuum de soins aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA ; 3 Renforcement des compétences pour la prise en charge médicale et la prise en charge intégrée de la maladie dans le contexte VIH/SIDA ; 4 Renforcement de la prophylaxie et du traitement des Infections opportunistes (IO) ; 5 Développement des services de traitement ambulatoire et des soins à domicile ; 6 Développement de la prise en charge nutritionnelle ; 7 Renforcement des services biologiques, médico-techniques et cliniques.
		Objectif intermédiaire 2 : Assurer le traitement par les ARV à au moins 90% des PVVIH dont l'état de santé le nécessite	8 Renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées ; 9 Renforcement du système d'approvisionnement en médicament y compris les ARV, réactifs, consommables et équipements ; 10 Organisation de l'aide à l'observance au traitement.

Axes stratégiques	Objectif général	Objectifs intermédiaires	Domaines d'actions prioritaires
Axe 3 : renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques	Améliorer la protection et la prise en charge socioéconomique des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques	Objectif intermédiaire 1 : Assurer le soutien psycho social, économique, et spirituel à au moins 60% des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques qui sont dans le besoin	1 Renforcement de la PEC psychosociale, économique et spirituelle des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées dans les formations sanitaires et au niveau des organisations à base communautaire ; 2 Renforcement du soutien psychologique, spirituel, social et économique aux groupes vulnérables et spécifiques ; 3 Promotion des activités génératrices de revenus ;
		Objectif intermédiaire 2 : Assurer la protection juridique des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques victimes de stigmatisation et de discrimination	4 Renforcement de la lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées.
Axe 4 : Renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources	Renforcer la coordination multisectorielle, le partenariat et la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST	Objectif intermédiaire 1 : 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	1 Plaidoyer pour une plus grande implication des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux ; 2 Renforcement de la capacité organisationnelle et institutionnelle des structures impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ; 3 Renforcement de la coordination multisectorielle des acteurs et des partenaires de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
		Objectif intermédiaire 2 : Impliquer au moins 80% des partenaires techniques et financiers identifiés dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.	4 Renforcement de la coopération régionale et internationale ; 5 Renforcement et capitalisation du partenariat national ; 6 Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.
Axe 5 : Renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi-évaluation et promotion de la recherche	Améliorer le système de gestion de l'information et la recherche dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST	Objectif intermédiaire 1 : Assurer la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA et des IST.	1 Amélioration du système de collecte et de gestion des données par la notification systématique des cas d'infection à VIH/SIDA et d'IST ; 2 Renforcement de la sérosurveillance au niveau des sites sentinelles et sur les groupes spécifiques ; 3 Organisation de la surveillance des IST ;
		Objectif intermédiaire 2 : Renforcer la mise en œuvre du dispositif de suivi-évaluation	4 Organisation du système national de suivi-évaluation des interventions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST ; 5 Documentation et diffusion des meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
		Objectif intermédiaire 3 : Promouvoir la recherche dans le domaine du VIH/SIDA et les IST	6 Réalisation d'études épidémiologiques, comportementales, sectorielles et d'impacts ; 7 Développement d'un système de promotion de la recherche en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Annexe 4

Identification des stratégies, domaines d'actions et des cibles

Axe stratégique 1 : Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST, et promotion du conseil dépistage volontaire

Domaines d'actions prioritaires	Orientations stratégiques	Principales cibles	Principales actions
Objectif intermédiaire 1 : Réduire d'au moins 25% le pourcentage de nouvelles infections à VIH et des IST dans les groupes cibles prioritaires de 2006 à 2010.			
Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC	Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie nationale intégrée d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportement.	<ul style="list-style-type: none"> - Groupes vulnérables : jeunes, femmes, OEV etc ; - Groupes spécifiques : TS, orpailleurs, routiers, etc ; - Agents de santé, sociaux, communautaires ; - Population générale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire une analyse de la situation de l'impact des stratégies de communication existantes ; - Elaborer la stratégie nationale de communication pour le changement de comportement ; - Elaborer le plan de communication ; - Produire et diffuser les supports de CCC/SIDA/IST ; - Former les acteurs ; - Réaliser des campagnes de CCC ; - Assurer l'appui technique et financier des plans d'actions et micro-projets de CCC.
Promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires et communautaires	Sécurisation du sang, fidélisation des donateurs du sang,	<ul style="list-style-type: none"> - Structures sanitaires, banques de sang, malades, donateurs, associations de donateurs de sang 	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la disponibilité régulière des stocks (réactifs et des consommables) ; - Former le personnel ; - Mettre en œuvre les directives en matière de transfusion sanguine ; - Renforcer l'assurance qualité ; - Organiser les campagnes de sensibilisation pour le don de sang.
Promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail ;	Mise en œuvre des directives et IEC/CCC	<ul style="list-style-type: none"> - Personnel de santé, travailleurs et utilisateurs des services 	<ul style="list-style-type: none"> - Diffuser les guides pour l'hygiène en milieu du travail ; - Former et sensibiliser le personnel en prévention des infections ; - Mettre en œuvre le plan de gestion des déchets bio-médicaux.
Prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques	Mise en œuvre des directives et IEC/CCC	<ul style="list-style-type: none"> - Personnel de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre le plan de gestion des déchets bio-médicaux ; - Acquérir et rendre disponible le matériel de protection ; - Appliquer les directives en matière de prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques ; - Former le personnel ; - Sensibiliser le personnel.
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	Mise en œuvre du programme national de PTME	<ul style="list-style-type: none"> - Personnel de santé ; - Femmes enceintes, femmes en âge de procréer, enfants, conjoints. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration de la PTME dans les services et programmes de santé existants ; - Former les acteurs ; - Mettre en place le plateau technique adéquat ; - Mettre en place une politique de substitution du lait maternel aux femmes éligibles ; - Dynamiser le cadre de concertation.
Promotion des préservatifs masculins et féminins	<ul style="list-style-type: none"> - Marketing social des préservatifs masculins et féminins ; - Distribution à base communautaire des préservatifs masculins et féminins. 	<ul style="list-style-type: none"> - Groupes vulnérables : jeunes, femmes, etc ; - Groupes spécifiques : TS, orpailleurs, routiers, etc ; - Population générale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intensifier les campagnes de promotion des préservatifs ; - Étendre le réseau de distribution des préservatifs ; - Mettre en place un système national d'approvisionnement régulier en condoms masculins et féminins ; - Mettre en œuvre le plan marketing du condom féminin ; - Mettre en œuvre le plan de gestion des déchets ;

Domaines d'actions prioritaires	Orientations stratégiques	Principales cibles	Principales actions
Promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques ;	Développement de programmes spécifiques nationaux aux groupes vulnérables	- Groupes vulnérables : jeunes, femmes, etc ; - Groupes spécifiques : TS, orpailleurs, routiers, etc.	- Mettre en œuvre les programmes spécifiques CCC ; - Appliquer les dispositions réglementaires pour le suivi des groupes spécifiques.
Promotion de la santé de la reproduction/santé sexuelle ;	Prise en compte de la dimension SR/santé sexuelle dans les programmes de prévention du VIH/SIDA et des IST	- Jeunes, femmes, population générale	- Intégrer dans la stratégie nationale de communication pour le changement de comportement la composante SR/santé sexuelle.
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	Intégration des concepts VIH/SIDA et IST dans les curricula et modules de formation et d'enseignement	- Enseignants, élèves et apprenants	- Elaborer des curricula nationaux des modules de formation sur la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ; - Former les acteurs ; - Intégrer les modules dans les programmes d'enseignement et de formation.
Objectif intermédiaire 2 : réduire l'incidence des IST de 10% par an			
Renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST	- Renforcement/développement du programme national sur les IST.	Prestataires, utilisateurs, services de santé, groupes vulnérables spécifiques, population générale	- Réviser les algorithmes de prise en charge des IST ; - Produire et diffuser les algorithmes ; - Approvisionner régulièrement les formations sanitaires en kits ; - Former les agents à la prise en charge syndromique ; - IEC/CCC.
Objectif intermédiaire 3 : porter à 80% l'accès au CDV de la population			
Renforcement du conseil dépistage volontaire au niveau des structures sanitaires et communautaires	- Amélioration de la couverture nationale en CCDV ; - Promotion du dépistage volontaire.	Population générale, structures sanitaires, structures communautaires.	- Former les acteurs ; - Organiser les campagnes de conseil dépistage ; - Approvisionner les centres en réactifs et consommables pour le dépistage.

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

Domaines d'actions prioritaires	Orientations stratégiques	Principales cibles	Principales actions
Objectif intermédiaire 1 : Assurer la couverture en soins et conseils dans les structures de soins et les centres de traitement ambulatoire selon les directives nationales pour 100% des personnes dépistées positives			
Développement des services sanitaires de base au niveau communautaire	Renforcement du Paquet Minimum d'Activités (PMA) des structures à base communautaire, associatives et des ONG locales impliquées dans la prise en charge des PVVIH Renforcement du processus d'accréditation des structures associatives et communautaires disposant d'une expertise en matière de prise en charge	SP/CNLS-IST IGSS CMLS santé ONG Associations Agents communautaires	<ul style="list-style-type: none"> - Former les membres des structures associatives en prise en charge communautaire ; - Diffuser les normes et protocoles de prise en charge communautaire ; - Accélérer le processus d'accréditation des structures communautaires pour la prise en charge.
Renforcement de l'implication du monde associatif et communautaire dans le continuum de soins aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA	Renforcement de la collaboration entre les services de santé et les structures associatives de prise en charge.	CMLS/Santé IGSS Agents de santé OBC et Associations	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des cadres de concertation à tous les niveaux entre le personnel de santé, les travailleurs sociaux et les structures associatives de prise en charge ; - Organiser le système de référence et de contre référence efficace entre les services de santé et les autres structures de prise en charge ; - Former les différents acteurs,
Renforcement des compétences pour la prise en charge médicale et la prise en charge intégrée de la maladie dans le contexte VIH/SIDA	Élaboration et mise en œuvre d'un plan de renforcement des capacités sur la stratégie PCIM/VIH et la prise en charge médicale.	SP/CNLS-IST CMLS Santé Agents de santé Acteurs communautaires impliqués dans la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un comité technique de pilotage de la PCIM/VIH ; - Adapter les modules de formation de PCIM/VIH à la politique de prise en charge nationale ; - Produire et diffuser les guides et stratégies de prise en charge ; - Organiser les sessions de formation, recyclage des acteurs ; - Assurer le suivi supervision post-formation ; - Faire le bilan de la mise en œuvre.
Renforcement de la prophylaxie et du traitement des Infections opportunistes (IO) ;	Amélioration de l'accès aux médicaments et aux soins des IO	SP/CNLS-IST DGPML CMLS Santé Agents de santé Acteurs communautaires impliqués dans la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> - Disséminer les protocoles de chimioprophylaxie et le traitement des IO ; - Adapter et prendre en compte les médicaments contre les IO dans la liste officielle des médicaments essentiels ; - Approvisionner régulièrement les structures en kits pour la prise en charge des IO.
Développement des services de traitement ambulatoire et des soins à domicile	Mise en œuvre d'une stratégie nationale de soins ambulatoires :	SP/CNLS-IST CMLS/Santé Agents de santé ONG, associations/OBC	<ul style="list-style-type: none"> - Reproduire et diffuser des normes et directives ; - Former les acteurs ; - Approvisionner les CTA en médicaments, réactifs et consommables pour la prise en charge des PVVIH ; - Intégrer les soins ambulatoires dans les paquets d'activités des centres de référence.
Développement de la prise en charge nutritionnelle ;	Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge nutritionnelle	SP/CNLS-IST CMLS/Santé Agents de santé Direction de la nutrition (DN) Institutions de recherche Associations de PVVIH ONG, associations/OBC	<ul style="list-style-type: none"> - Former/recycler les acteurs à la prise en charge nutritionnelle ; - Promouvoir des alternatives en matière de nutrition pour les PVVIH ; - Produire et diffuser des normes et directives nationales en matière de prise en charge nutritionnelle des PVVIH.
Renforcement des services biologiques, médico-techniques et cliniques.	Amélioration des plateaux techniques des services biologiques, médico-techniques et cliniques	Structures centrales de coordination : Direction générale des infrastructures, équipements et matériels (DGIEM) ; CMLS/Santé ; SP/CNLS-IST Formations sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des équipements complémentaires dans les services médico-techniques et centres de prise en charge ; - Mettre des équipements complémentaires dans les laboratoires ; - Former/recycler les agents ; - Mettre en place un dispositif en matière de maintenance des équipements.

Domaines d'actions prioritaires	Orientations stratégiques	Principales cibles	Principales actions
Objectif intermédiaire 2 : Assurer le traitement par les ARV à au moins 90% des PVVIH dont l'état de santé le nécessite			
Renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées;	Amélioration de l'offre en matière de dispensation en ARV et aussi en suivi biologique	PVVIH Prestataires	<ul style="list-style-type: none"> - Adapter la liste officielle des ARV en fonction des besoins actualisés ; - Rendre disponibles les médicaments et autres thérapies validées ; - Former/recycler les acteurs concernés ; - Assurer le suivi biologique des PVVIH.
Renforcement du système d'approvisionnement en médicaments y compris les ARV, réactifs, consommables et équipements ;	Organisation d'un circuit d'approvisionnement sécurisé :	SP/CNLS-IST CMLS/Santé DGPML Centrales d'achats, officines pharmaceutiques, agents de santé ONG/Associations	<ul style="list-style-type: none"> - Clarifier et alléger les procédures d'approvisionnement en médicaments, consommables et réactifs ; - Former/recycler les acteurs à la gestion des stocks ; - Assurer l'équipement complémentaire des pharmacies des centres de référence.
Organisation de l'aide à l'observance au traitement	Promotion des expériences positives en matière d'observance au traitement Renforcement des compétences et promotion de nouvelles pratiques dans les structures de soins	Agents de santé Agents communautaires ONG/Associations Formations sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer la mise en place des clubs d'observance ; - Capitaliser et diffuser les bonnes pratiques en matière d'observance des traitements ; - Former/recycler les acteurs concernés.

Axe stratégique 3 : Renforcement de la Protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques

Domaines d'actions prioritaires	Orientations stratégiques	Principales cibles	Principales actions
Objectif intermédiaire 1 : Assurer le soutien psychosocial, économique, et spirituel à au moins 60% des personnes vivant avec le VIH et personnes affectées et aux groupes spécifiques			
Renforcement de la PEC psychosociale, économique et spirituelle des PVVIH et des personnes affectées dans les formations sanitaires et au niveau des organisations à base communautaire	Élaboration et mise en œuvre d'un programme national de prise en charge psychosociale, économique et spirituelle des personnes infectées et affectées	SP/CNLS-IST, MASSN, Agents de santé, Agents sociaux, ONG, associations/OBC, Agents communautaires Religieux/Coutumiers	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer le plan d'action national de prise en charge psychosociale, économique et spirituelle ; - Mettre en œuvre le plan d'action national de prise en charge ; - Renforcer les compétences des acteurs.
Renforcement du soutien psychologique, spirituel, social, et économique aux groupes vulnérables et spécifiques.	Promotion des politiques en faveur des groupes vulnérables et spécifiques	Structures chargées de la protection des groupes spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer la mise en œuvre du plan de prise en charge des OEV ; - Mettre en place des plans de prise en charge des autres groupes vulnérables spécifiques.
Promotion des activités génératrices de revenus ;	Promotion des systèmes de micro crédits au profit des personnes infectées et affectées	PVVIH; les ONG, associations/OBC ; les services étatiques	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser une étude sur les AGR dans le contexte du VIH/SIDA ; - Mettre en place une stratégie de financement adaptée pour les personnes vivant avec le VIH et autres personnes affectées.
Objectif intermédiaire 2 : Assurer la protection juridique des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques victimes de stigmatisation et de discrimination			
Renforcement de la lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées.	Application effective des dispositions en vigueur,	PVVIH ONG, associations/OBC Structures étatiques concernées	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un système de référence entre les services de la justice, l'action sociale et les acteurs de la lutte contre les pratiques discriminatoires et stigmatisantes liées au VIH/SIDA ; - Vulgariser les textes réglementaires propices à la protection des groupes vulnérables ; - Appuyer les organisations des PVVIH à la formation sur la stratégie d'auto-défense au profit de leurs membres.

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

Domaines d'actions prioritaires	Orientations stratégiques	Principales cibles	Principales actions
Objectif intermédiaire 1 : Accroître les capacités organisationnelles et fonctionnelles d'au moins 80% des services, institutions, ONG et association/OBC impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST			
Plaidoyer pour une plus grande implication des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux	Prise en compte du volet lutte contre le VIH/SIDA et les IST des projets et programmes de développement Développement du leadership à tous les niveaux pour un plus grand engagement des acteurs	Gouvernement SP/CNLS-IST CMLS ONG, associations/OBC, communautés Partenaires techniques et financiers	<ul style="list-style-type: none"> - Répertorier les projets et programmes de développement ; - Identifier les projets et programmes de développement qui ont un volet lutte contre le VIH/SIDA et les IST ; - Organiser des rencontres de plaidoyer avec les responsables de programmes et projets qui n'ont pas de volet lutte contre le VIH/SIDA et les IST ; - Organiser des rencontres périodiques entre le SP/CNLS-IST et les projets et programmes.
Renforcement de la capacité organisationnelle et institutionnelle des structures impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;	Accompagnement effectif des structures sur la base d'un diagnostic institutionnel et organisationnel	Les structures et institutions de coordination et d'exécution dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST	<ul style="list-style-type: none"> - Former les acteurs des structures en planification, gestion des plans d'actions et micro-projets ; - Doter les structures de coordination, d'exécution en équipements et moyens de fonctionnement ;
Renforcement de la coordination multisectorielle des acteurs et des partenaires de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;	Renforcement des cadres de concertation Renforcement du mécanisme de coordination à tous les niveaux	SP/CNLS-IST CMLS Partenaires Comités d'entreprises ONG, associations/OBC, communautés	<ul style="list-style-type: none"> - Réviser le cadre organisationnel de la lutte ; - Opérationnaliser les cadres de concertation au niveau national, régional et provincial ; - Mettre en œuvre le dispositif de suivi-supervision et de contrôle .
Renforcement de la coopération régionale et internationale ;	Amélioration du mécanisme de coopération dans le domaine du VIH/SIDA	CNLS-IST SP/CNLS-IST Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - Définir le mécanisme de coopération régionale et internationale dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ; - Participer aux rencontres au niveau régional et international pour faire le plaidoyer.
Renforcement et capitalisation du partenariat national ;	Développement d'une stratégie d'implication des partenaires nationaux	SP/CNLS-IST	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser le plaidoyer au niveau des partenaires nationaux.
Objectif intermédiaire 2 : Amener au moins 80% des partenaires techniques et financiers à renforcer leur contribution dans la mise en œuvre et le financement du Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.			
Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST	Développement d'un mécanisme de mobilisation des ressources nationales et internationales	CNLS-IST SP/CNLS-IST CMLS ONG/Associations/Communautés Structures décentralisées et déconcentrées Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - Définir et mettre en œuvre un mécanisme de mobilisation des ressources nationales et internationales.

Axe stratégique 5 : Renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi-évaluation et promotion de la recherche

Domaines d'actions prioritaires	Orientations stratégiques	Principales cibles	Principales actions
Objectif intermédiaire 1 : Assurer la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA et des IST.			
Amélioration du système de collecte et de gestion des données par la notification systématique des cas d'infection à VIH/SIDA et d'IST	Renforcement du système de gestion des données sur le VIH/SIDA et les IST dans le Système national d'information sanitaire (SNIS) du ministère de la Santé Développement d'une synergie avec les acteurs autres que ceux du secteur santé dans la notification des cas	SP/CNLS-IST CMLS/Santé CMLS/Défense CMLS/Sécurité Agents de santé ONG, associations/OBC	<ul style="list-style-type: none"> - Former/recycler les acteurs ; - Diffuser les outils de collecte ; - Collecter et traiter les données des autres acteurs impliqués.
Renforcement de la sérosurveillance au niveau des sites sentinelles et sur les groupes spécifiques ;	Amélioration de la sérosurveillance au niveau des sites sentinelles et sur les groupes spécifiques Développement des alternatives de financement pour la pérennisation des sites sentinelles	SP/CNLS-IST CMLS santé Agents de santé ONG, associations/OBC	<ul style="list-style-type: none"> - Former/Recycler les acteurs ; - Doter les sites sentinelles en équipements réactifs et consommables ; - Assurer le financement de la sérosurveillance au niveau des groupes spécifiques.
Organisation de la surveillance des IST	Renforcement du diagnostic basé sur l'approche syndromique Développement des stratégies de contrôle de qualité et l'application des Guides de diagnostics et de traitement (GDT)	SP/CNLS-IST CMLS santé Agents de santé Instituts de recherches	<ul style="list-style-type: none"> - Former/recycler les acteurs ; - Diffuser les algorithmes de prise en charge des IST ; - Assurer le financement des enquêtes des indicateurs de prévention numéros 6 et 7 (IP6, IP7) Réaliser des enquêtes ponctuelles ; - Mettre en place le réseau de surveillance IST.
Objectif intermédiaire 2 : Renforcer la mise en œuvre du dispositif de suivi-évaluation			
Organisation du système national de suivi évaluation des interventions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST	Organisation du système de suivi -évaluation des interventions en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST	CNLS-IST SP/CNLS-IST Partenaires Structures de coordination et d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place l'équipe de l'unité de suivi évaluation ; - Assurer le fonctionnement de l'unité de suivi-évaluation ; - Financer le plan d'actions pour le suivi-évaluation ; - Organiser la formation des acteurs à l'utilisation des données ; - Diffuser les outils de collecte des données ; - Développer des bases de données adaptées à ces outils ; - Mettre en œuvre le plan de suivi-évaluation.
Documentation et diffusion des meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.	Identification, capitalisation et promotion des meilleures pratiques	CNLS SP/CNLS-IST Les partenaires Les structures de coordination et d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser des fora nationaux sur les meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST ; - Participer aux rencontres nationales et internationales sur le VIH/SIDA et les IST ; - Mettre en place des centres de documentation.
Objectif intermédiaire 3 : Promouvoir la recherche dans le domaine du VIH/SIDA et des IST			
Réalisation d'études épidémiologiques, comportementales, sectorielles et d'impacts ;	Intégration des études épidémiologiques, comportementales et sectorielles comme composante du processus de suivi-évaluation	SP/CNLS-IST CMLS santé	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les thèmes d'études et de recherche ; - Assurer le financement des études et des journées de dissémination des résultats des études.
Organisation et promotion de la recherche sur le VIH/SIDA	Développement d'un système de promotion de la recherche en matière de lutte contre le VIH/SIDA	SP/CNLS-IST CMLS santé Institutions de recherche Acteurs impliqués dans la lutte	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place l'observatoire national pour la surveillance des résistances cliniques et biologiques du VIH aux différentes thérapies ; - Mettre en œuvre des projets de recherches opérationnelles sur le VIH/SIDA et les IST ; - Mettre en place un cadre d'échanges des différents acteurs ; - Organiser des fora de diffusion des résultats de la recherche.

Annexe 5

Cadre logique de mise en œuvre du CSLS 2006-2010

Objectifs	Impacts*/résultats attendus	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses et risques
AXE STRATEGIQUE I				
Objectif général 1 Réduire la transmission du VIH/SIDA et des IST	Diminution de la prévalence des IST et du VIH/SIDA	- Taux de prévalence du VIH/SIDA	EDS, rapports des enquêtes sites sentinelles Rapports d'études d'impacts	- Stabilité et engagement politique ; - Engagement des partenaires financiers et techniques ; - Bonne gouvernance .
Objectif intermédiaire 1 : Réduire d'au moins 25% le pourcentage de nouvelles infections à VIH et des IST dans les groupes cibles prioritaires de 2006 à 2010	<ul style="list-style-type: none"> - Les groupes cibles prioritaires adoptent des comportements à moindre risque ; - Les risques d'infection à VIH/SIDA et IST sont réduits dans les groupes cibles prioritaires ; - Des approches, méthodes techniques et supports de CCC sont accessibles à tous les groupes cibles au niveau de la communauté ; - Les structures de soins sont capables d'assurer une rupture de la chaîne de transmission du VIH-SIDA et des IST. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pourcentage des établissements scolaires et centres de formation ayant intégré le volet SIDA dans leur formation ; - Pourcentage des nouvelles infections à VIH et des IST dans les groupes cibles ; - Nombre d'animations et sensibilisations réalisées ; - Nombre de personnes touchées dans les séances d'animation et sensibilisation ; - Nombre de préservatifs vendus / donnés ; - Disponibilité des préservatifs ; - Qualité des préservatifs ; - Proportion des poches de sang transfusées qui ont été dépistées pour le VIH conformément aux directives nationales ; - Pourcentage des femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement prophylactique complet aux ARV ; - Proportion des agents de santé formés en counselling sur les différents aspects de la transmission mère-enfant ; - Proportion de structures de soins qui ont les conditions adéquates pour offrir des services de qualité pour la prévention de la transmission mère-enfant ; - Nombre de services publics et privés de santé maternelle et infantile qui offrent des soins/ conseils pour la réduction de la transmission mère/enfant - Nombre de supports (brochures, livrets, dépliants, affiches, ...) distribués ; - Nombre de projets et programmes de prévention mis en œuvre au profit des groupes vulnérables ; - Nombre d'interventions ciblées, financées et exécutées. 	EDS, Enquêtes de population Enquêtes en milieu scolaire Rapports périodiques des structures	
Objectif intermédiaire 2 : réduire l'incidence des IST de 10% par an de 2006 à 2010	- Les structures de soins sont capables de dépister précocement et de prendre en charge efficacement les cas d'IST	<ul style="list-style-type: none"> - Pourcentage des patients atteints d'IST fréquentant des services de santé qui sont correctement diagnostiqués, traités et conseillés ; - Proportion de centres de soins IST qui ne rapportent pas de rupture de stocks de médicaments anti-MST dans les 12 mois écoulés ; - Nombre de patients traités pour les IST ; - Pourcentage des structures assurant la prise en charge des IST conformément aux directives nationales ; - Taux de prévalence des IST. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports d'enquêtes comportementales ; - EDS ; - Rapports sites sentinelles ; - Rapports enquêtes IP6 et IP7 ; - Rapport SNIS ; - Enquête UNGASS. 	- Renforcement de la politique basée sur l'approvisionnement des formations sanitaires en Kits thérapeutiques IST.
Objectif intermédiaire 3 : porter à 80 % l'accès au CDV de la population	- Les CDV sont intégrés dans les prestations offertes par le système de santé de districts sanitaires et dans les structures communautaires habilitées	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion de personnes ayant fait le test de dépistage VIH parmi les personnes reçues pour le conseil dépistage volontaire - Proportion de structures sanitaires (CHR, CHU, CM/CMA, CSPS) et communautaires offrant en routine le conseil et le dépistage volontaire du VIH - Nombre de structures décentralisées de dépistage/conseil volontaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports des CCDV ; - Rapports des structures sanitaires et communautaires ; - Bilan annuel du conseil dépistage volontaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Compétence des prestataires en matière de CDV ; - Disponibilité des réactifs et consommables médicaux .

OBJECTIFS	Impacts*/résultats attendus	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses et risques
AXE STRATEGIQUE II				
Objectif général : Assurer la prise en charge médicale et communautaire à 100% des PVVIH d'ici 2010	- Amélioration de la santé des PVVIH	- Pourcentage des PVVIH prises en charge - Taux de mortalité des PVVIH	- Rapports d'enquêtes.	- Compétence des prestataires en matière de prise en charge médicale ; - Meilleure fréquentation des structures de soins par les populations ; - Réduction de la pauvreté.
Objectif intermédiaire 1 : Assurer la couverture en soins et conseils dans les structures de soins et les centres de traitement ambulatoire selon les directives nationales pour 100% des personnes dépistées positives	- Les personnes dépistées positives ont reçu des soins/conseils selon les directives nationales	- Pourcentage de personnes dépistées positives ayant bénéficié d'une prise en charge communautaire ; - Proportion des agents de santé de 1 ^{ère} ligne qui ont des connaissances adéquates sur le VIH/SIDA ; - Nombre de structures communautaires accréditées offrant des soins conseils de qualité aux PVVHI ; - Pourcentage de personnes dépistées positives ayant bénéficié de soins et conseils dans les formations sanitaires et les centres de traitement ambulatoire selon les directives nationales ; - Nombre de formations sanitaires capables d'offrir des soins de qualité aux malades du SIDA ; - Pourcentage de malades de SIDA qui reçoivent la prophylaxie pour les IO selon les normes nationales ; - Nombre de formations sanitaires de première ligne dont les dépôts MEG ne rapportent pas de rupture de stocks en médicaments contre les IO dans l'année.	- Rapport des structures de prise en charge communautaire ; - Rapports d'enquêtes ; - Rapports des structures sanitaires de prise en charge et des centres de traitement ambulatoire ; - Rapports d'enquêtes ; - Bilan annuel DEP/Santé ; - Bilan annuel CNLS IST.	- Capacités des prestataires à assurer les soins/conseils aux PVVIH ; - Collaboration entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge médicale.
Objectif intermédiaire 2 : Assurer le traitement par les ARV à au moins 90% des PVVIH dont l'état de santé le nécessite	- Les PVVIH dont l'état de santé le nécessite sont prises en charge par les ARV - La prise en charge par les ARV est intégrée dans les structures de soins selon leur PMA - Le continuum des soins est assuré par les structures communautaires	- Pourcentage de malades du SIDA qui reçoivent le traitement ARV selon les protocoles thérapeutiques nationaux ; - Nombre de malades de SIDA ayant bénéficié d'une prise en charge communautaire ; - Nombre de centres agréés et de formations sanitaires assurant le traitement par les ARV ; - Nombre de prestataires formés en prescription des ARV ; - Nombre de centres agréés disposant des ARV retenus et n'ayant pas connu de rupture de stocks dans l'année ; - Nombre de structures communautaires périphériques qui assurent le continuum des soins ; - Nombre de structures de soins offrant des services diagnostics biomédicaux .	- Rapports des structures impliquées dans le traitement par les ARV ; - Rapports CMLS/Santé ; - Bilan annuel DEP/Santé ; - Bilan annuel CNLS-IST ; - Rapports d'enquêtes.	- Capacités des prestataires à assurer la prise en charge médicale ; - Disponibilité des réactifs et consommables ; - Accessibilité financière et géographique des ARV.

OBJECTIFS	Impacts*/résultats attendus	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses et risques
AXE STRATEGIQUE III				
Objectif général Améliorer la protection et la prise en charge socioéconomique des PVVIH, les personnes affectées et les groupes spécifiques	- Les conditions de vie des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques sont améliorées.	- Proportion des PVVIH et personnes affectées et groupes spécifiques ayant bénéficié d'une assistance et qui ont amélioré leurs conditions de vie.	- Rapport d'enquêtes/Sondages	
Objectif intermédiaire 1 : Assurer le soutien psychosocial, économique, et spirituel à au moins 60% des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques qui sont dans le besoin	- 60% des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques qui sont dans le besoin bénéficient de soutien psychosocial, économique et spirituel ; - Le soutien psychosocial, économique, et spirituel est assuré par les structures impliquées dans la prise en charge communautaire des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques.	- Nombre de PVVIH bénéficiant d'un appui psychosocial, économique, et spirituel * ; - Pourcentage des personnes affectées, (OEV, veufs/veuves) recensées qui reçoivent un soutien psychosocial, économique, et spirituel ; - Pourcentage des personnes dans les groupes spécifiques ayant bénéficié d'un appui psychosocial, économique, et spirituel - Nombre de PVVIH, personnes affectées et groupes spécifiques ayant bénéficié d'un appui pour la réalisation d'activités génératrices de revenus ; - Nombre de structures assurant la prise en charge psychosociale, économique, et spirituelle.	- Rapport d'évaluation UNGASS ; - Rapports CNLS-IST ; - Rapport annuel Action sociale ; - Rapport des structures impliquées dans la prise en charge ; - Rapports d'enquêtes sur les lieux de travail.	- Disponibilité des ressources financières pour assurer le soutien ; - Capacités opérationnelles des structures d'appui ; - Stigmatisation et discrimination.
Objectif intermédiaire 2 : Assurer la protection juridique des PVVIH, des personnes affectées et des groupes spécifiques victimes de stigmatisation et de discrimination	- Les PVVIH, personnes affectées et groupes spécifiques victimes de stigmatisation et discrimination ont bénéficié d'un soutien juridique ; - Les structures chargées de la protection des droits humains ont assuré la protection juridique des PVVIH et personnes affectées et groupes spécifiques.	- Nombre de PVVIH et personnes affectées et groupes spécifiques victimes de stigmatisation et discrimination ayant reçu une assistance juridique ; - Nombre de structures chargées des droits humains qui assurent la protection juridique des PVVIH et personnes affectées et groupes spécifiques ; - Nombre de campagnes de sensibilisation réalisées en faveur de la promotion et de la protection juridique des PVVIH et personnes affectées et groupes spécifiques ; - Existence d'un cadre juridique national adapté au VIH/SIDA.	- Rapport Action sociale - Décisions de Justice - Rapport structures d'exécution et de coordination - Enquêtes spécifiques	- Capacités des structures impliquées dans la protection juridique ; - Cloisonnement institutionnel.

OBJECTIFS	Impacts*/résultats attendus	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses et risques
AXE STRATEGIQUE IV				
Objectif général: Renforcer la coordination multisectorielle, le partenariat et la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST	- Efficacité et efficacité du Programme de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.	- Taux d'exécution physique et financier du CSLS	Rapports d'évaluation des programmes	Bonne Gouvernance politique et administrative Prévisibilité des ressources
Objectif intermédiaire 1 : Accroître les capacités organisationnelles et fonctionnelles d'au moins 80% des institutions, services, ONG et association/OBC impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST	- La décentralisation de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST est effective ; - 80% des institutions, services, ONG et OBC mis en place dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST sont opérationnels en adéquation avec leurs attributions.	- Pourcentage des structures d'exécution ayant reçu des formations appropriées relatives à IEC, élaboration et gestion de micro-projets et plans d'actions ; - Nombre de services, institutions, ONG et OBC opérationnels impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ; - Nombre de structures de coordination ayant reçu des formations appropriées relatives à leurs responsabilités ; - Nombre de structures d'exécution qui ont élaboré et exécuté un micro-projet et des plans d'actions.	- Rapports des structures de coordination et d'exécution ; - Rapports des partenaires techniques et financiers ; - Rapports du CNLS-IST.	Engagement des partenaires nationaux et internationaux
Objectif intermédiaire 2 : Impliquer au moins 80% des partenaires techniques et financiers identifiés dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.	- Au moins 80% des partenaires identifiés sont effectivement impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST	- Nombre de partenaires nationaux, régionaux et internationaux qui participent aux différents niveaux de concertation dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ; - Nombre de partenaires financiers ayant annoncé leur contribution au financement de la mise du Cadre stratégique 2006-2010 ; - Nombre de projets et programmes de développement ayant intégré un volet VIH/SIDA et les IST ; - Montant des fonds nationaux engagés par le Gouvernement pour lutter contre le VIH/SIDA*et les IST ; - Montant des fonds engagés par le secteur privé pour la lutte contre le VIH/SIDA*et les IST ; - Montant des fonds engagés par les partenaires techniques et financiers pour la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.	- Rapports CNLS-IST ; - Rapports des partenaires, structures de coordination et d'exécution ; - Rapport table ronde des bailleurs de fonds ; - Rapports des projets et programmes ; - Rapports PIP ; - Rapports UGF.	Respect des engagements des partenaires techniques et financiers Capacités de gestion du SP/CNLS-IST

OBJECTIFS	Impacts*/résultats attendus	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses et risques
AXE STRATEGIQUE V				
Objectif général Améliorer le système de gestion de l'information et la recherche dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST	- La situation de la pandémie du VIH/SIDA et des IST est mieux connue	- La disponibilité des informations et des résultats de la recherche ; - L'accessibilité des informations et des résultats de la recherche.	Rapports d'enquête	- Renforcement institutionnel des structures chargées de la gestion de l'information.
Objectif intermédiaire 1 : Assurer la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA et des IST.	- Les données complètes sur la surveillance de l'épidémie du VIH/SIDA et des IST sont disponibles dans les délais	- Taux de complétude de la notification des cas ; - Taux de complétude et promptitude des rapports de notification et de prise en charge des cas de VIH/SIDA et des IST ; - Nombre de numéros du bulletin de rétro information publié par an ; - Nombre d'enquêtes ponctuelles réalisées sur les groupes spécifiques - Nombre de sites sentinelles fonctionnels effectuant la séro-surveillance selon les normes ; - Existence d'un observatoire pour la surveillance des résistances cliniques et biologiques du VIH aux différentes thérapies.	- Rapports des structures de prise en charge ; - Rapport de supervision et de suivi des sites sentinelles ; - Annuaire statistique annuel de la DEP/MS ; - Rapports d'enquêtes ponctuelles ; - Rapports de l'observatoire.	- Engagement et compétence des acteurs et des structures impliqués dans la surveillance.
Objectif intermédiaire 2 : Renforcer la mise en œuvre du dispositif de suivi-évaluation	- Le dispositif de suivi-évaluation est opérationnel	- Nombre d'évaluations du PNM internes et externes effectuées ; - Existence d'une banque centrale de données à jour sur le programme VIH/SIDA/IST ; - Existence d'un document d'orientation pour la planification annuelle qui est basé sur les informations sortant du système suivi-évaluation ; - Nombre de structures ayant reçu des formations en suivi-évaluation.	- Rapports d'évaluation du PNM ; - Rapports des sessions du CNLS-IST ; - Rapports de formation ; - Rapports de l'UC-PSE ; - Site Web du CNLS-IST.	- Engagement et compétence des acteurs et des structures impliqués dans le suivi-évaluation.
Objectif intermédiaire 3 : Promouvoir la recherche dans le domaine du VIH/SIDA et des IST	- Les résultats de recherches sont disponibles et utilisés pour la prise de décision	- Existence d'un document d'orientation pour la planification annuelle de la recherche ; - Nombre et types de recherches réalisées dont les résultats sont connus, diffusés et utilisés à différents niveaux de planification.	- Rapports d'études et de recherches ; - Rapport CNLS-IST ; - Rapports d'enquêtes sur la recherche en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.	- Renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles en matière de recherche ; - Disponibilité des ressources financières en faveur de la recherche.

Annexe 6

Indicateurs de suivi de la mise en œuvre du CSLS 2006-2010

Objectifs	Libellé de l'indicateur	Objectifs annuels						Niveau
		Situation de référence	2006	2007	2008	2009	2010	
Prévalence	Taux de séroprévalence national	1,8% (2003)	1,80%	1,40%	1,27%	1,13%	1,00%	Niveau national (EDS)
	Taux de séroprévalence	4,2% (2002)	4,2%	3,91%	3,64%	3,38%	3,15%	Sites sentinelles (OMS/ ONUSIDA)
	Taux d'incidence des IST - hommes - femmes	1,41% (2003) 1,1% (2003) 1,7% (2003)	1,21% 0,94% 1,46%	1,09% 0,85% 1,31%	0,98% 0,76% 1,18%	0,79% 0,69% 1,06%	0,71% 0,62% 0,96%	Districts sanitaires
	Disponibilité d'un document national de stratégie de communication pour la lutte contre le VIH/SIDA et les IST	-	Fin 2006	-	-	-	-	
	Nombre de supports IEC/CCC produits et diffusés	-	Fin 2006	-	-	-	-	
	Nombre de structures de coordination et d'exécution qui utilisent le document de stratégie	-	0%	30%	70%	90%	100%	
Accès aux soins médicaux	Proportion des PVVIH prise en charge médicalement (sous traitement ARV)	10% (5000 pers) en juin 2005	30,20%	42,60%	55,10%	67,60%	90,00%	Districts sanitaires
	Pourcentage de formations sanitaires capables d'offrir des soins de qualité aux malades du SIDA	-						Ministère Santé
Renforcer les capacités organisationnelles des structures du CNLS-IST au niveau régional et provincial	% de structures décentralisées effectivement mises en place	(2004)						Régions provinces
	- régions (13)	0	100%					
	- provinces (45)	45	100%					
	- départements/communes rurales (352)	315 47	100% 100%					
	- communes urbaines (49) - villages (8049) - secteurs (372)	6735 293	100% 100%					
% de structures décentralisées fonctionnelles	(2004)	50%	80%	100%	100%	100%	Régions provinces	
- régions (13)	0							
- provinces (45)	13							
- départements/communes rurales (352)	97 17							
- communes urbaines (49) - villages (8049) - secteurs (372)	2544 156							
% de structures au niveau décentralisé ayant élaboré leurs plans d'actions	(2004)	50%	80%	100%	100%	100%	Régions provinces	
- régions (13)	0							
- provinces (45)	13							
- départements/communes rurales (352)	97 17							
- communes urbaines (49) - villages (8049) - secteurs (372)	2544 156							
% de structures au niveau décentralisé ayant mis en œuvre leurs plans d'actions	(2004)	50%	80%	100%	100%	100%	Régions provinces	
- régions (13)	0							
- provinces (45)	45							
- départements/communes rurales (352)	97 17							
- communes urbaines (49) - villages (8049) - secteurs (372)	2544 156							
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 et les IST »	5%	9%	13%	17%	21%	25%	Régions provinces

Objectifs	Libellé de l'indicateur	Objectifs annuels					Niveau	
		Situation de référence	2006	2007	2008	2009		2010
	% des partenaires qui financent les activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au niveau décentralisé	80%	90%	95%	100%	100%	100%	
Coordination des interventions	% des structures au niveau décentralisé qui ont reçu au moins deux missions de supervision par an : - régions (13) - provinces (45) - départements/communes rurales (362) - communes urbaines (49) - villages (8049) - secteurs (372)	(année 2004) 0 14 97 17 2544 156	50%	75%	100%	100%	100%	
	Nombre de structures de coordination (y compris le SP/CNLS-IST) ayant transmis dans les délais les rapports d'activités requis : - CILS/ CMLS - CELS - CRLS - CPLS - CDLS/CCRLS - CCLS - Réseaux, ONG, associations/OBC	-	60%	75%	100%	100%	100%	
	Nombre de structures chargées de la coordination (y compris le SP/CNLS) ayant bénéficié de moyens humains et matériels - CILS/ CMLS - CELS - CRLS - CPLS - CDLS/CCRLS - CCLS - CNRLS - Réseaux, ONG, associations/OBC	-	60%	75%	100%	100%	100%	
Assurer la protection juridique des PVVIH, personnes affectées et groupes spécifiques victimes de stigmatisation et de discrimination	Nombre de campagnes de sensibilisation réalisées en faveur de la promotion et de la protection juridique des PVVIH, personnes affectées et groupes spécifiques	-	4	4	4	4	4	MASSN MPDH MJ SP/CNLS-IST
	Nombre de PVVIH, des personnes affectées et groupes spécifiques victimes de stigmatisation et de discrimination ayant reçu une assistance juridique	-	-	-	-	-	-	MASSN MPDH MJ SP/CNLS-IST
Améliorer la mise en œuvre du système de suivi évaluation.	Taux d'exécution du plan d'actions de l'Unité centrale de suivi-évaluation	-	70%	80%	90%	100%	100%	UC-PSE
	% des structures impliquées dans le suivi-évaluation opérationnel	-	50%	75%	100%	100%	100%	UC-PSE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

DOCUMENTS NATIONAUX

- 1) Bilan général de la mise en œuvre du PNM 2001, 2002, 2003, 2004, document de travail : SP/CNLS-IST.
- 2) Cadre d'orientation du plan stratégique national et du plan multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Burkina Faso. Draft, décembre 1999.
- 3) Cadre stratégique de la réponse communautaire au VIH/SIDA et de la participation des PVVIH à la lutte contre le SIDA au Burkina Faso 2001-2005 (Draft), mars 2000.
- 4) Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, MEDEV, juillet 2004.
- 5) Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2005, CNLS-IST Juin 2001.
- 6) Cadre stratégique de prise en charge des OEV, MASSN, Avril 2004.
- 7) Décentralisation de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST au niveau sectoriel. manuel d'opération. SP/CNLS-IST, août 2004.
- 8) Document de Politique sanitaire nationale, septembre 2000, ministère de la Santé.
- 9) Enquête démographique et de santé, Burkina Faso INSD, 2004.
- 10) Enquêtes de surveillance de comportements relatifs aux IST-SIDA au sein de la population générale du Burkina Faso. rapport final. SP/CNLS-IST, octobre 2003.
- 11) Formulation de priorités stratégiques et du plan stratégique national de lutte contre les IST/VIH/SIDA. Document d'orientation, novembre 1999.
- 12) Manuel de suivi-évaluation des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2004, SP/CNLS-IST.
- 13) Plan d'actions 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 SP/CNLS-IST, janvier 2005.
- 14) Plan d'actions national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2001, juin 2001.
- 15) Plan national de développement sanitaire 2001-2010, MS, avril 2003.
- 16) Plan national de développement sanitaire 2003. ministère de la Santé.
- 17) Plan national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2001-2003, MS, CNLS-IST, juin 2000.
- 18) Plan national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 ; SP/CNLS-IST.
- 19) Plan national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2005,draft SP/CNLS-IST, janvier 2005.
- 20) Plan triennal de mise en œuvre du PNDS, 2001-2003.ministère de la Santé.
- 21) Politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, Draft, juin 2000.
- 22) Politique nationale de lutte contre les IST/VIH/SIDA au Burkina Faso, document provisoire pour diffusion interne MS, CNLS-IST, avril 2000.
- 23) Programmes nationaux de lutte contre le SIDA : guide des indicateurs de suivi et d'évaluation des programmes nationaux de prévention du VIH/SIDA pour les jeunes. 2004, ONUSIDA.
- 24) Rapport d'évaluation du projet d'appui au plan d'action de lutte contre le VIH/SIDA du monde communautaire. Rapport SP/CNLS-IST, juillet 2004.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(suite & fin)

- 25) Rapport de l'étude sur l'évaluation à mi-parcours du CSLS 2001-2005. SP/CNLS-IST : rapport final, novembre 2004.
- 26) Rapport de la table ronde des bailleurs de fonds sur le Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2005, SP/CNLS-IST.
- 27) Rapport du forum national de la prise en charge des PVVIH et des OEV en contexte de VIH/SIDA, MASSN, 20-27 janvier 2005.
- 28) Rapport du premier atelier sur les structures de décentralisation du comité national de lutte contre le SIDA et les MST, MS, CNLS-IST, novembre 1997.
- 29) Rapport général des ateliers sous-régionaux pour la promotion du développement humain et la lutte contre le VIH/SIDA, novembre 2002. SP/CNLS-IST, PNUD.
- 30) Rapport général des travaux de la quatrième session du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST, décembre 2004.
- 31) Rapport sur l'économie du Burkina 2001 : budget de l'Etat et lutte contre la pauvreté : DEP/MEDEV.
- 32) Rapports généraux des travaux de la troisième session du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST, 2001, 2002, 2003, 2004.
- 33) Référentiel des CMLS sur la prise en charge globale des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA, MASSN, avril 2004.
- 34) Requête du Burkina Faso au Fonds global : lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, septembre 2002. CNLS-IST.
- 35) VIH/SIDA et développement au Burkina Faso, PNUD, SP/CNLS-IST, 2003.

AUTRES DOCUMENTS

- 36) Déclaration des Chefs d'Etat de l' Union Africaine sur le rapport intérimaire sur le VIH/SIDA, la tuberculose, paludisme et la poliomyélite : Décision (Assembly/AU/Dec.55/IV) Abudja.
- 37) Divers documents sur le "Three Ones", Fonds global, "Three by Five.
- 38) Guide pour le processus de planification stratégique de la réponse nationale contre le VIH/SIDA, ONUSIDA.
- 39) Orientations pour demain : unifier et intensifier l'appui aux pays, ONUSIDA 2003.
- 40) Point sur l'épidémie du SIDA, décembre 2003 – ONUSIDA.
- 41) Rapport de la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA.
- 42) Rapport sur le Développement humain et la lutte contre le VIH/SIDA, PNUD 2001.
- 43) Résumé d'orientation du SIDA en Afrique (trois scénarios pour l'horizon 2025), ONUSIDA , mars 2005.
- 44) Strategic plan 2005-2010, UGANDA AIDS commission, mai 2005.

