



Profil du Burkina Faso sur le VIH-IST

onsp-sante.bf



Organisation
mondiale de la Santé
Burkina Faso



Liste des auteurs

Equipe de coordination de l'Institut National de Santé Publique (INSP)

| Prénom (s) et Nom | Structure/Institution |
|--------------------|--|
| Hervé Mwinonè HIEN | Direction générale, Institut national de santé publique (INSP) |
| Hermann BADOLO | Observatoire national de la santé de la population (ONSP) |
| Cheick Omar DIALLO | Observatoire national de la santé de la population (ONSP) |
| Herman BAZIE | Observatoire national de la santé de la population (ONSP) |

Equipe de rédaction

| Prénom (s) et Nom | Structure/Institution |
|------------------------|--|
| Bry SYLLA | Direction des systèmes d'information sanitaire (DSIS) |
| Cheick Omar DIALLO | Observatoire national de la santé de la population (ONSP) |
| Hermann BADOLO | Observatoire national de la santé de la population (ONSP) |
| Herman BAZIE | Observatoire national de la santé de la population (ONSP) |
| Issaka ZOMBRA | Initiative privée et communautaire pour la santé et la riposte au VIH/Sida au Burkina Faso (IPC/BF) |
| Koudous Jonathan NACRO | Observatoire national de la santé de la population (ONSP) |
| Larba OUEDRAOGO | Country coordinating mechanism (CCM) |
| Mimbouré YARA | Observatoire national de la santé de la population (ONSP) |
| Paton Guillaume PARE | Direction du suivi-évaluation et de la capitalisation (DSEC) |
| Théophile W. OUEDRAOGO | Programme sectoriel santé de lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles et les hépatites virales (PSSLS-IST) |

Equipe de personnes ressources

| Prénom (s) et Nom | Structure/Institution |
|-------------------------|---|
| Laurent MOYENGA | Organisation mondiale de la santé (OMS) |
| K. Rose DIASSO/TINGUERI | Organisation mondiale de la santé (OMS) |



Mot de Monsieur le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

Le présent profil du Burkina Faso sur le VIH-IST est un tout nouveau produit d'information en santé que nous propose l'Observatoire national de la santé de la population (ONSP). Il vient compléter d'autres publications statistiques du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en décrivant les données et les interventions de santé, les politiques et le financement dans la lutte contre le VIH et les IST.

Ce profil pays met à la disposition des décideurs, de la société civile, des communautés et des partenaires au développement, des informations essentielles et constitue une référence pour mieux orienter la prise de décision en santé et la planification des stratégies de lutte dans l'atteinte des objectifs nationaux et internationaux.

Je félicite les représentants des directions générales, régionales et techniques du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, des ministères et institutions partenaires, de la société civile, qui ont contribué tout au long du processus à l'élaboration de ce profil.

Je félicite en particulier l'institut national de santé publique (INSP) qui a coordonné les travaux de mise en commun des différents résultats de travaux de recherches, d'enquêtes, des systèmes de surveillance démographique et de santé et, d'analyses des données du système d'information sanitaire, pour la production de ce document.

J'adresse mes remerciements aux différents partenaires au développement pour leurs multiples appuis techniques et financiers, plus particulièrement à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour son soutien inestimable dans la réalisation de cette livrable.

Je ne doute pas un instant que ce profil répondra à vos attentes et, vous exhorte à le lire et à en faire une bonne exploitation dans la perspective de lutte contre le VIH, ses comorbidités et les IST.

The image shows a blue ink signature of Dr. Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU. To the right of the signature is the official seal of the Ministry of Health and Public Hygiene of Burkina Faso. The seal is circular with the text 'Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique' at the top and 'Le Ministre Burkina Faso' at the bottom. In the center of the seal is a square emblem containing a caduceus (a staff with two snakes) and a scale of justice.

Dr Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU
Officier de l'Ordre de l'Étalon



Avant-propos

Le profil du Burkina Faso sur le VIH/Sida et les IST, un produit du Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP) sous le leadership de l'Observatoire national de la santé de la population (ONSP), Direction technique de l'Institut national de santé publique est à sa première édition.

Ce profil pays présente la charge de morbidité, les moyens de prévention, la prise en charge ainsi que les comorbidités, les facteurs de propagation du virus et des IST, mais aussi les actions entreprises ou en développement dans le domaine de la surveillance, de la recherche sans occulter les différentes sources de financement.

C'est un document qui a impliqué tout au long de son processus d'élaboration des acteurs de plusieurs départements ministériels, des organisations de la société civile et des partenaires techniques et financiers.

Les différents indicateurs de santé montrent depuis 2012 et ce, jusqu'en 2021, que des progrès notables ont été enregistrés. Néanmoins, au regard du contexte d'insécurité grandissante, les efforts dans la lutte contre le VIH/Sida et les IST devraient s'intensifier et les actions réadaptées en intégrant des stratégies innovantes, pour ne pas perdre certains acquis.

Je remercie l'ensemble des acteurs, notamment les représentants des directions générales, centrales et régionales du Ministère de la santé et de l'hygiène publique, ceux des ministères et institutions partenaires qui ont su allier contraintes et efforts pour l'élaboration de ce document.

C'est le lieu pour notre institut de renouveler sa reconnaissance à tous les partenaires du secteur de la santé pour leurs efforts et leurs contributions diverses dans la mise en œuvre de leurs missions.

Je nourris l'espoir que tous les acteurs impliqués dans la lutte contre ces fléaux s'approprient ce profil qui contribuera à orienter la planification des interventions en liens avec les objectifs de lutte à l'horizon 2030 au Burkina Faso.

Le Directeur Général de l'Institut national de
santé publique


Docteur Hervé Mwinoné HIEN
Chevalier de l'Ordre du mérite





Sigles et Abréviations

| | |
|------------------|--|
| APOBEC3G | Virus de l'immunodéficience acquise humaine |
| ARV | Infection sexuellement transmissible |
| ASBC | Plan national de développement sanitaire |
| CCLS | Professionnelles du sexe |
| CERBA | Usagers de drogue |
| CHR | Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes |
| CHU | Programme sectoriel santé de lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles et les hépatites virales |
| CM | Direction générale de santé publique |
| CMA | Equipe cadre de district |
| CMLS | Centres hospitaliers universitaires |
| CNLS-IST | Centres hospitaliers régionaux |
| CRLS | Centres médicaux avec antennes chirurgicales |
| CTSE | Centres médicaux |
| CV | Hôpitaux de district |
| DGSP | Agents de santé à base communautaire |
| ECD | Organisations à base communautaire |
| eTME | Conseil national de lutte contre le Sida et les IST |
| HD | Secrétariat permanent |
| HLA | Conseils régionaux de lutte contre le Sida |
| HSB | Conseils communaux de lutte contre le Sida |
| IAP | Comité ministériel de lutte contre le Sida |
| IST | Système national d'information sanitaire |
| MOT | Personnes vivant avec le VIH |
| MSHP | Antirétroviraux |
| OBC | Personnes déplacées internes |
| OEV | Personnes handicapées |
| ONG | Mode de transmission |
| PDI | Prophylaxie Pré exposition |
| PEC | Traitement antirétroviral |
| PH | Orphelins et autres enfants vulnérables |
| PNDS | Organismes non-gouvernementaux |
| PrEP | Prévention de la transmission mère-enfant |
| PS | Elimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant |
| PSSLS-IST | Ministère de la santé et de l'hygiène publique |
| PTME | Test de diagnostic rapide |
| PvVIH | Charge virale |
| RGPH | Recensement général de la population et de l'habitation |
| SNIS | Comité technique de surveillance épidémiologique du VIH/SIDA |

| | |
|------------|---|
| SP | Indicateur d'alerte précoce |
| TAR | Prise en charge |
| TDR | Centre de recherche biomoléculaire Pietro Annigoni |
| UD | Apolipoprotéine B mRNA editing enzyme catalytic polypeptide-like 3G |
| VHB | Human leukocyte antigen |
| VIH | Virus de l'hépatite B |

Table des matières

| | | | |
|---|----|--|----|
| Liste des auteurs..... | 3 | 4. Modes de transmissions..... | 35 |
| Mot de M. le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique..... | 5 | 5. Prévention..... | 35 |
| Avant-propos..... | 7 | 5.1. Prévention pré-exposition (PrEP)..... | 35 |
| Sigles et Abréviations..... | 5 | 5.2. Prévention post-exposition (PPE) aux liquides biologiques..... | 36 |
| Liste des tableaux..... | 9 | 5.3. Sensibilisation..... | 37 |
| Liste des graphiques..... | 10 | 5.4. Dépistage du VIH et notification des cas d'IST..... | 40 |
| Synthèse..... | 11 | 5.4.1. Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)..... | 40 |
| INTRODUCTION..... | 12 | 5.4.2. Dépistage hors PTME..... | 44 |
| 1. Organisation du système de santé et de la lutte contre le VIH/Sida..... | 14 | 5.4.3. Sécurité transfusionnelle..... | 44 |
| 1.1. Organisation du système de santé..... | 14 | 5.4.4. Notification des cas d'infections sexuellement transmissibles..... | 45 |
| 1.2. Organisation de la lutte contre le VIH/Sida et les IST..... | 16 | 6. Prise en charge du VIH..... | 47 |
| 2. Méthodologie..... | 17 | 6.1. Personnes sous traitement ARV..... | 47 |
| 2.1. Méthode de travail..... | 17 | 6.2. Personnes sous traitement ARV comparé à la cible estimée..... | 48 |
| 2.2. Sources de données..... | 18 | 6.3. Personnes sous traitement ARV par âge, sexe et région..... | 48 |
| 2.3. Collecte de données..... | 18 | 6.4. Personnes sous traitement ARV par tranche d'âge..... | 49 |
| 2.4. Analyse de données..... | 18 | 6.5. Personnes sous traitement ARV par sexe et tranche d'âge..... | 49 |
| 3. Epidémiologie du VIH et des IST..... | 19 | 6.6. Enfants sous traitement ARV par sexe et tranche d'âge..... | 50 |
| 3.1. Prévalence selon le type de virus..... | 19 | 6.7. Cascade des 3 X 95..... | 51 |
| 3.2. Prévalence en population générale..... | 19 | 6.8. Résultats de la charge virale..... | 51 |
| 3.2.1. Niveau national..... | 19 | 6.9. Personnes sous traitement ARV de 2012 à 2021..... | 52 |
| 3.2.2. Selon l'âge et le sexe..... | 20 | 7. Surveillance et recherche..... | 52 |
| 3.3. Hétérogénéité de la pandémie..... | 21 | 7.1. Surveillance..... | 52 |
| 3.3.1. Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en milieu urbain au Burkina Faso en 2020 dans les sites sentinelles..... | 24 | 7.1.1. Serosurveillance..... | 52 |
| 3.3.2. Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en milieu rural au Burkina Faso en 2020 dans les sites sentinelles..... | 25 | 7.1.2. Résistances aux antirétroviraux..... | 52 |
| 3.4. Prévalence dans les groupes spécifiques..... | 26 | 7.1.3. Indicateur d'alerte précoce (IAP)..... | 53 |
| 3.4.1. Populations à haut risque..... | 27 | 7.2. Recherche..... | 54 |
| 3.4.2. Populations passerelles..... | 31 | 8. Comorbidités..... | 56 |
| 3.4.3. Personnes handicapées..... | 32 | 8.1. Données de la co-infection TB/VIH..... | 56 |
| 3.5. Incidence du VIH..... | 32 | 8.1.1. Recherche active de la TB chez les PVIH..... | 56 |
| 3.6. Cas de décès liés au Sida..... | 33 | 8.1.2. Prise en charge thérapeutique des PVIH co-infectés Tuberculose..... | 56 |
| 3.7. Facteurs de propagation du VIH et des IST..... | 33 | | |
| 3.7.1. Déterminants socioculturels..... | 33 | | |
| 3.7.2. Déterminants économiques..... | 33 | | |
| 3.7.3. Autres facteurs de risques..... | 34 | | |

| | |
|---|----|
| 8.2. Co-infection VIH/Hépatites | 57 |
| 9. Financements..... | 58 |
| 9.1. Mécanisme de financement de la lutte contre le VIH/Sida et les IST | 58 |
| 9.2. Montants des financements selon la source | 58 |
| 9.3. Répartition des financements selon la source ... | 59 |
| CONCLUSION | 60 |
| Références bibliographiques..... | 61 |
| Annexes..... | 62 |

Liste des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Prévalence du VIH des populations passerelles..... | 33 |
| Tableau 2 : Nombre de personnes touchées dans les interventions ciblées et population générale..... | 41 |
| Tableau 3 : Notification des cas d'IST en 2021..... | 48 |
| Tableau 4 : Effectif des PVIH adultes et enfants sous traitement ARV et nombre de structures de prise en charge de 2012 à 2021..... | 49 |
| Tableau 5 : Répartition du nombre de PVIH sous ARV par région et par sexe en 2021..... | 50 |
| Tableau 6 : Nombre de PVIH sous traitement ARV par année et par ligne thérapeutique..... | 54 |
| Tableau 7 : Situation des PVIH prises en charge pour la TB et le VIH..... | 58 |

Liste des cartes

| | |
|---|----|
| Carte 1 : Répartition de la prévalence du VIH par région..... | 25 |
| Carte 2 : Carte de la séroprévalence du VIH en milieu carcéral au Burkina-2020..... | 33 |

Liste des graphiques

| | |
|---|----|
| Graphique 1 : Pyramide sanitaire du Burkina Faso..... | 9 |
| Graphique 2 : Répartition du type de VIH chez les femmes enceintes en 2020..... | 22 |
| Graphique 3 : Evolution de la prévalence du VIH chez les 15-49 ans de 2012 à 2021..... | 23 |
| Graphique 4 : Répartition de la prévalence du VIH de 2012 à 2020..... | 24 |
| Graphique 5 : Séroprévalence du VIH dans les sites sentinelles selon les tranches d'âge 2020..... | 25 |
| Graphique 6 : Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes de 15 à 49 ans dans les sites de 2012 à 2020 au Burkina Faso..... | 26 |
| Graphique 7 : Evolution de la prévalence du VIH chez les filles de 15 à 24 ans par milieu de résidence de 2012 à 2020 dans les sites au Burkina Faso..... | 26 |
| Graphique 8 : Evolution de la prévalence du VIH dans les sites sentinelles de 2012 à 2020..... | 27 |
| Graphique 9 : Répartition des prévalences du VIH chez les femmes enceintes de 15 - 49 ans et 15 - 24 ans en milieu urbain dans les sites sentinelles au Burkina Faso en 2020..... | 28 |
| Graphique 10 : Prévalence du VIH chez les femmes de 15-49 ans et 15-24 ans en milieu rural dans les sites sentinelles au Burkina Faso en 2020..... | 29 |
| Graphique 11 : Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe par année..... | 30 |
| Graphique 12 : Prévalence du VIH par région chez les professionnelles du sexe au Burkina Faso..... | 31 |
| Graphique 13 : Prévalence du VIH par tranche d'âge chez les professionnelles du sexe au Burkina Faso en 2017..... | 31 |
| Graphique 14 : Prévalence du VIH selon la durée d'exercice de professionnelle du sexe au Burkina Faso en 2017..... | 32 |
| Graphique 15 : Prévalence du VIH chez les détenus en 2014, 2017 et 2020..... | 32 |
| Graphique 16 : Prévalence du VIH chez les détenus selon les groupes d'âge en 2020..... | 33 |
| Graphique 17 : Incidence du VIH pour 1000 personnes non infectées de 15 à 49 ans et à tout âge..... | 36 |
| Graphique 18 : Notification des cas de décès liés au SIDA de 2012 à 2020 au Burkina Faso..... | 36 |
| Graphique 19 : Modes de transmissions du VIH selon les groupes à risque en 2015..... | 38 |
| Graphique 20 : Evolution du nombre de cas d'accidents d'exposition aux liquides biologiques et ceux ayant nécessité une prophylaxie ARV de 2015 à 2021 au Burkina Faso..... | 40 |
| Graphique 21 : Taux de dépistage et de séropositivité chez les femmes enceinte de 2012-2021..... | 44 |
| Graphique 22 : Taux de dépistage et de séropositivité du VIH chez les femmes enceintes par région en | |

| | |
|---|----|
| 2021..... | 44 |
| Graphique 23 : Proportion d'enfants nés de mères séropositive dépistés par PCR et taux de transmission résiduelle de 2012-2021..... | 45 |
| Graphique 24 : Proportion de nourrissons nés de mères séropositive dépistés par PCR et taux de positivité à la PCR par régions en 2021..... | 46 |
| Graphique 25 : Proportion de nourrissons nés de mères séropositive dépistés par TDR et taux de positivité au TDR par régions en 2021..... | 46 |
| Graphique 26 : Répartition de personnes dépistées au cours des 10 dernières années en dehors de la PTME..... | 47 |
| Graphique 27 : Pourcentage de dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH (UNGASS)..... | 48 |
| Graphique 28 : Evolution de la notification des cas d'IST de 2012 à 2021..... | 48 |
| Graphique 29 : Prévalence de la syphilis par site sentinelle en 2020..... | 50 |
| Graphique 30 : Evolution du nombre de PVVIH estimés et sous ARV par année..... | 51 |
| Graphique 31 : Répartition des PvVIH sous traitement ARV par tranches d'âge en 2021..... | 52 |
| Graphique 32 : Répartition des PvVIH sous traitement ARV par sexe et selon les tranches d'âge en 2021..... | 53 |
| Graphique 33 : Répartition des PVVIH sous traitement ARV par sexe et par tranches d'âge en 2021..... | 53 |
| Graphique 34 : Cascade des 3X95 en 2021..... | 54 |
| Graphique 35 : Charge virale réalisée de 2017 à 2021..... | 54 |
| Graphique 36 : Evolution du niveau d'atteinte des IAP de 2015 à 2021..... | 57 |
| Graphique 37 : Proportion de PvVIH soumis à la recherche active de la tuberculose de 2012 à 2020..... | 59 |
| Graphique 38 : Montants du financement pour la lutte contre le VIH de 2012 à 2020..... | 62 |
| Graphique 39 : Répartition des sources de financement pour la lutte contre le VIH de 2017 à 2021..... | 62 |

Synthèse

Prévalence du VIH en population générale : L'épidémiologie du VIH est caractérisée par une prédominance du VIH-1 (97%) avec une prévalence de la maladie en population générale de 0,6%. Selon le sexe, la prévalence chez les femmes de 15 à 49 ans est de 0,8% contre 0,5% chez hommes de la même tranche d'âge.

Selon la région, les régions du Centre et des Hauts Bassins enregistrent respectivement des prévalences de 1,48% et 1,14%.

Chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans en milieu urbain, la prévalence est de 1,08%, contre 0,60% chez les femmes enceintes de 15-49 ans vivant en milieu rural.

Prévalence dans les groupes spécifiques : En 2017, la prévalence mesurée chez les travailleuses du sexe (TS) était de 5,4% et majoritairement élevée dans les régions des cascades (15,3%), de la boucle du Mouhoun (9,4%), du Centre-Ouest (7,3%) et du Centre-Est (6,4%).

Chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), la prévalence est de 1,9% en 2017 et chez les détenus, elle a été mesurée à 1,3% en 2020.

Les enquêtes biocomportementales sur la situation du VIH dans le secteur de la santé ont mesuré en 2017 une prévalence globale du VIH de 1,9%.

Incidence et facteurs de propagation du VIH : Elle est en baisse au Burkina Faso (0,08 pour 1000 personnes non infectées de tout âge et 0,12 pour 1000 personnes non infectées de 15 à 49 ans).

La propagation de la maladie est liée à des déterminants socioculturels et économiques tels que le multi partenariat sexuel, la situation de précarité, l'indigence, et l'isolement entre autres facteurs.

Prévention : Divers moyens de prévention existent comme la PrEP à base d'une combinaison fixe de Ténofovir/Emtricitabine ou Ténofovir/Lamivudine ou alors avec des injectables à libération prolongée comme le Cabotégravir ou par des anneaux vaginaux à libération prolongée comme l'anneau vaginal contenant la Dapivirine. Concernant la prévention post-exposition (PPE) aux liquides biologiques, 562 cas d'AELB ont été notifiés en 2021 et 202 cas pris en charge avec l'Azithromycine/ Lamivudine + Lopinavir/ Ritonavir (AZT/3TC + LPV/r), au moins 48h après l'exposition et ce pendant 4 semaines.

Depuis Juin 2017, le Burkina Faso vise l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH. Ainsi, en 2021 90,8% de femmes enceintes ont été dépistées pour un taux de séropositivité de 0,3%.

Notification des cas d'infections sexuellement transmissibles : En 2021, 489 419 cas d'IST ont été notifiés dans les formations sanitaires. Les syndromes d'IST les plus fréquents sont l'écoulement vaginal et les douleurs pelviennes.

Prise en charge du VIH : En 2021, 74 340 personnes (dont 2 531 enfants) sont sous traitement antirétroviral (ARV).

Le niveau d'atteinte des objectifs ONUSIDA en 2021 est de 84% pour les 2 premiers 95 et seulement 36% pour le 3ème 95.

Surveillance et recherche : Une sérosurveillance par site sentinelle couvre l'ensemble des 13 régions du pays.

En 2016, une enquête sur la résistance du virus aux traitements ARV notait respectivement une prévalence de la résistance aux INNTI de 7% et 11,20%, aux INTI 3,50% et 2,80%, aux INTI et INNTI 1,80% et 2,80%, aux IP 2,60% et 2,80%, aux IP et INTI 0,90% et 0%.

Quatre (4) indicateurs d'alerte précoce permettent de générer des informations permettant de soutenir l'action de santé publique pour la prévention de la pharmacorésistance du VIH au niveau des sites ou du programme national de prise en charge (PEC). Il s'agit de l'IAP1, de l'IAP2, de l'IAP3 et de l'IAP7. En 2021, leur proportions de niveaux d'atteinte sont respectivement de 5%, 10%, 98%, et 19%.

La recherche sur le VIH au Burkina Faso est conduite par les principales entités de recherche que sont le Centre MURAZ, l'IRSS, le Centre de recherche biomoléculaire Pietro Annigoni (CERBA) de l'hôpital Saint Camille, les hôpitaux du jour des CHU, et concerne la PTME, la sérodiscordance, les HSH, etc.,

Comorbidités : La proportion de PVIH soumis à la recherche active de TB est de 49,6% en 2020. Et 85,1% bénéficient à la fois d'un traitement contre le VIH et la TB.

En 2018, la séroprévalence pour l'antigène de surface de l'hépatite B a été estimée à 9,1% et à 3,6% pour les anticorps du virus de l'hépatite C. Cette séroprévalence était plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Financement : En 2021, la proportion des transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique représente 58% contre 39,72% de transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique.

Introduction

La lutte contre le VIH, le Sida et les IST demeure un des domaines prioritaires inscrit dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2030.

L'évolution de la prévalence du VIH en population générale au Burkina Faso au cours des dix dernières années présente une tendance à la baisse, qu'il s'agisse des données de la surveillance par sites sentinelles, ou des rapports annuels de l'ONUSIDA.

Le Burkina Faso est placé parmi les pays à épidémie mixte. En effet, la prévalence dans la population générale s'établit à moins de 1%. Malgré cette séroprévalence du VIH relativement faible, on constate des poches de concentration de l'épidémie dans certains groupes spécifiques.

Ainsi la prévalence en population générale estimée à 7,17% en 1997 est passée à 0,6% en fin 2021 selon le rapport ONUSIDA 2022. Le paysage lié au VIH a considérablement changé, depuis l'arrivée des traitements par association d'antirétroviraux dans les années 2000.

Toutefois, des facteurs socioculturels tels que la stigmatisation, le harcèlement, le manque de soutien psycho social et le défi sécuritaire peuvent toujours contribuer à une transmission du VIH et d'autres infections. Cela est plus constaté chez des populations clés telles les professionnelles du sexe (PS), les usagers de drogue et des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) et les PDI. De même, la marginalisation ou le rejet social en acculant les personnes à l'isolement, au chômage, à la pauvreté et à des conditions de vie précaires ou à la perte de leur logement, peut également les exposer à la violence physique et sexuelle, et limiter leur accès à la sensibilisation sur le VIH.

Pour lutter contre le VIH, il est donc essentiel d'avoir une bonne compréhension de sa charge de morbidité, de sa prévention, de sa prise en charge, des comorbidités, des facteurs de propagation du virus et des IST, de la surveillance et de la recherche ainsi que du financement.

Il est impérieux de dresser le profil épidémiologique du pays, afin de fournir un aperçu et susciter des stratégies innovantes adaptées aux besoins réels, aussi bien pour la population générale que pour les groupes spécifiques. Ce qui devrait assurer un contrôle de l'épidémie, éviter le phénomène de rebond, permettre l'atteinte de l'objectif 95-95-95 et aider à mettre fin à l'épidémie du Sida à l'horizon 2030.

1.

Organisation du système de santé et de la lutte contre le VIH/Sida



1. Organisation du système de santé et de la lutte contre le VIH/Sida

1.1. Organisation du système de santé

Sur le plan administratif, le système de santé du Burkina Faso est organisé en trois (3) niveaux :

- le niveau central est responsable de l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances ; Il comprend le cabinet du Ministre de la santé, le Secrétariat général, les directions générales, les directions techniques et transversales ainsi que les structures rattachées. Le Programme sectoriel santé de lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles et les hépatites virales (PSSLS-IST) est rattaché à la direction générale de santé publique (DGSP) ;
- le niveau intermédiaire est chargé de la coordination et de l'appui aux districts ;
- le niveau périphérique, l'équipe cadre de district (ECD) est responsable de la planification, de la gestion et de l'organisation de l'offre de soins.

Sur le plan de l'offre de soins, les structures se répartissent en trois sous-secteurs sanitaires qui sont le sous-secteur public, le sous-secteur privé et le sous-secteur de la médecine traditionnelle.

Au niveau du sous-secteur public, l'infrastructure de santé comprend, selon l'annuaire statistique 2021, 6 Centres hospitaliers universitaires (CHU) au niveau tertiaire, 9 Centres hospitaliers régionaux (CHR) au niveau secondaire et au niveau primaire 46 Centres médicaux avec antennes chirurgicales (CMA) fonctionnels, 83 Centres médicaux (CM) et 2126 centres de santé et de promotion sociale (CSPS), 87 dispensaires isolés et 8 maternités isolées¹. Il existe d'autres structures publiques de soins telles que les services de santé des armées (18) et les services de santé des travailleurs.

Par ailleurs, des centres spécialisés pour la cancérologie, la neurochirurgie, la médecine physique et de réadaptation, la médecine traditionnelle et soins intégrés sont en cours de création. Le positionnement de ces centres dans l'architecture de la pyramide sanitaire reste à déterminer.

Le pays compte aussi des structures privées concentrées dans les grandes villes : 2 hôpitaux au niveau tertiaire, 9 polycliniques au niveau secondaire, au niveau primaire 95 cliniques, 3 CMA/ Hôpitaux de district (HD), 99 CM, 29 cabinets médicaux, 13 cabinets dentaires, 115 CSPS, 738 autres structures de soins, 240 officines et 668 dépôts pharmaceutiques².

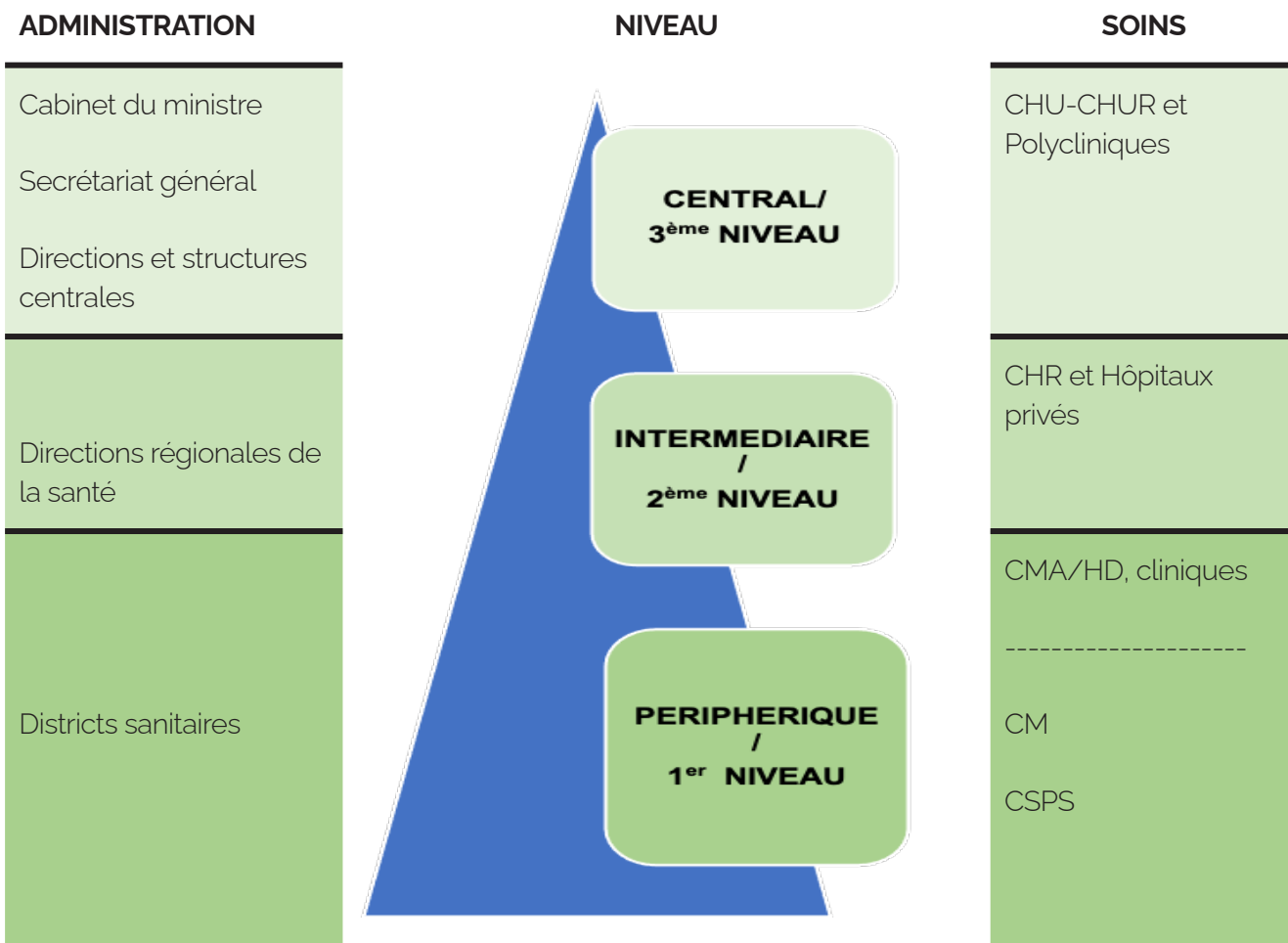
Au Burkina Faso, environ 30 000 tradipraticiens de santé exercent individuellement dans des cabinets de soins et dans des herboristeries³. Pour valoriser la médecine traditionnelle, deux types de projets sont en cours d'implantation : (i) le Centre de Médecine traditionnelle et de soins intégrés de Ouagadougou et les structures d'interfaces régionales de médecine traditionnelle dont deux sont en cours de mise en place à Ouahigouya et à Tenkodogo.

En outre, il existe une offre communautaire animée par 17 648 agents de santé à base communautaire (ASBC), 238 organisations à base communautaire (OBC) et d'autres acteurs de la société civile qui interviennent dans le secteur de la santé. Cette offre devrait se renforcer par la création dans chaque village, d'un poste de santé communautaire animé par un agent de santé communautaire.

¹ MSHP Annuaire statistique 2021

² MSHP – Annuaire statistique 2021

³ Décret n°2004-567/PRES/PM/MS/MCPEA/MECV/MESSRS du 14/12/2004 portant adoption du document-cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelles.



Graphique 1 : Pyramide sanitaire du Burkina Faso

1.2. Organisation de la lutte contre le VIH/Sida et les IST

- Cadre institutionnel et organisationnel

Sur le plan de la lutte contre le VIH/Sida, le cadre institutionnel et organisationnel comprend des acteurs d'intervention et un dispositif de coordination et d'exécution. Quatre (04) groupes d'acteurs ont été définis que sont :

- i) les acteurs de la prévention ;
- ii) les acteurs de la prise en charge médicale ;
- iii) les acteurs de soutien et de protection et ;
- iv) les acteurs de la gouvernance.

v) le Conseil national de lutte contre le Sida et les IST (CNLS-IST) est l'organe national de prise de décision et d'orientation de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Il est appuyé au plan technique par un Secrétariat permanent (SP) chargé d'organiser la coordination nationale. La coordination décentralisée elle, est placée sous la responsabilité des Conseils régionaux de lutte contre le Sida (CRLS) avec l'appui des Antennes régionales du SP/CNLS-IST et des Conseils communaux de lutte contre le Sida (CCLS), le Comité ministériel de lutte contre le Sida (CMLS), le Programme sectoriel santé de lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles et les hépatites virales (PSSLS-IST).

Le dispositif d'exécution quant à lui est constitué des acteurs (public, privé et communautaire) chargés de la mise en œuvre des activités de prévention, de prise en charge, de soutien et de protection au profit

des cibles prioritaires. Ils sont les répondants des acteurs de la coordination existant au niveau régional et central.

- Participation communautaire à la lutte contre le VIH/Sida et les IST

Sur les 238 OBC ayant contracté un paquet d'activités avec le Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 111 interviennent dans la lutte contre la TB et le VIH. Ces associations couvrent l'ensemble des districts sanitaires avec une concentration dans les grandes villes.



2.

Méthodologie



2. Méthodologie

2.1. Méthode de travail

La rédaction du profil du Burkina Faso sur le VIH-IST a été faite par un groupe de travail multidisciplinaire. Le groupe était constitué d'un président, de membres et de deux rapporteurs.

Le président a veillé à une bonne interaction entre les membres du groupe d'une part et la coordination d'autre part. Une charte de rédaction a été mise en place afin d'assurer une production de qualité.

Ce document a été élaboré en quatre étapes :

- la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire ;
- la proposition, la validation du plan et la rédaction ;
- la validation technique et la prise en compte des amendements ;
- la validation nationale.

Une revue documentaire a porté sur les publications scientifiques, les documents et les rapports de recherche non publiés, les politiques de santé, les rapports d'enquêtes et les documents normatifs dans la lutte contre le VIH/Sida et les IST au Burkina Faso.

2.2. Sources de données

Les données exploitées sont catégorisées comme suit :

- les documents de politiques et normes sanitaires : Plan national de développement sanitaire (PNDS), cadre stratégique national de lutte contre le VIH/Sida et IST;
- les rapports du programme, instituts et projets : Rapports annuels d'activités de lutte contre le VIH/Sida et les IST au Sida au Burkina Faso , annuaires statistiques VIH/Sida et IST, annuaires statistiques du Ministère de la santé, rapports ONUSIDA, les comptes de la santé;
- les données du Système national d'information sanitaire (SNIS) ;
- les données des institutions de recherche sur les interventions de lutte contre le VIH/Sida ;
- les données des enquêtes et des recensements : Enquêtes bio-comportementales, Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH).

2.3. Collecte de données

La procédure de collecte de données a suivi les étapes suivantes : (i) Adoption d'un plan de rédaction ; (ii) Identification des indicateurs ; (iii) Utilisation d'une matrice pour renseigner chaque indicateur. Pour chaque indicateur retenu, la valeur, le niveau de désagrégation, l'année et la source ont été renseignés. Pour les indicateurs possédant plusieurs sources, une seule est retenue. Certains indicateurs ont connu une évolution dans le temps, avec une prise en compte dans les outils de collecte.

2.4. Analyse de données

Une analyse descriptive a été faite. Pour les analyses de tendances, la période de 2012 à 2021 a été considérée. Les valeurs de certains indicateurs ont été désagrégées par région, par groupe d'âge, par sexe et par milieu de résidence et présentées sous forme de tableaux, de graphiques et de cartes.



3.

Epidémiologie du VIH et des IST

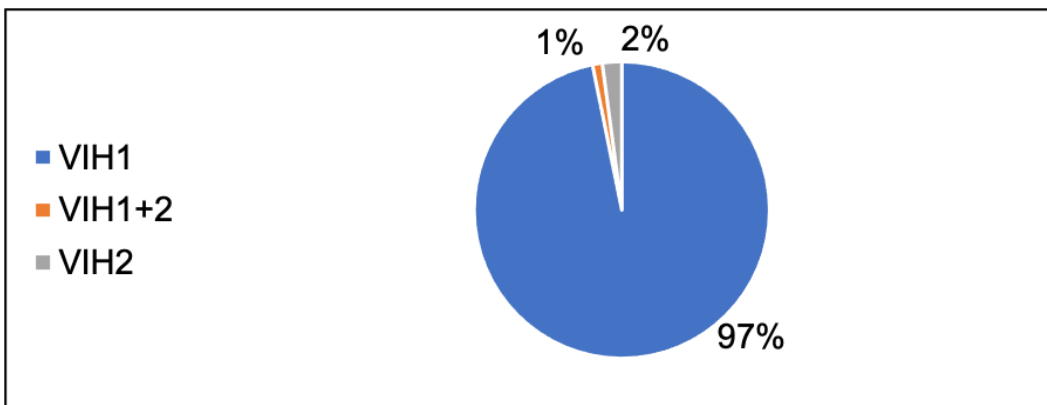


3. Epidémiologie du VIH et des IST

Le Burkina Faso connaît une épidémie du VIH de type mixte, caractérisée par une prévalence de moins de 1% depuis 2014 en population générale avec des disparités territoriales et des poches de concentration (prévalence élevée) au sein des groupes spécifiques.

3.1. Prévalence selon le type de virus

Au Burkina Faso, le VIH1 est le type prédominant (97%), selon l'enquête de sérosurveillance réalisée en 2020 chez les femmes enceintes (Graphique 2)⁴.



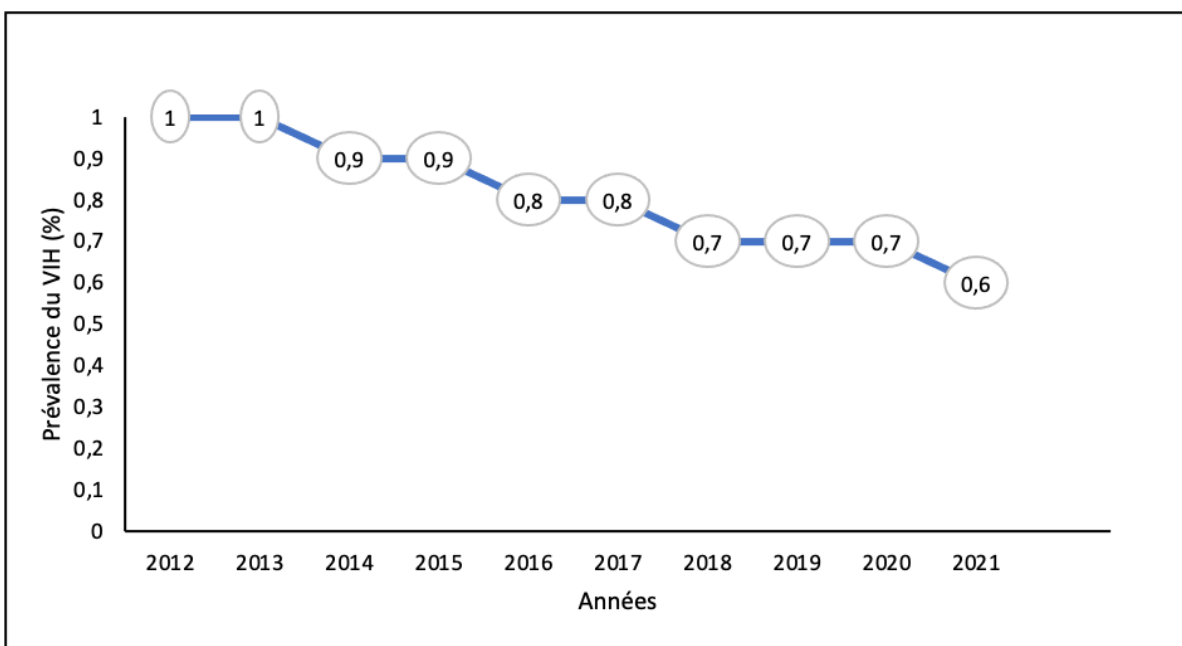
Source : Enquête de sérosurveillance en 2020 au Burkina Faso

Graphique 2 : Répartition du type de VIH chez les femmes enceintes en 2020

3.2. Prévalence en population générale

3.2.1. Niveau national

Selon l'ONUSIDA, la prévalence du VIH au Burkina Faso est continuellement à la baisse depuis 2013. En effet, elle est passée de 1% en 2013 à 0,6% en 2021 (Graphique 3).



Sources (rapports annuels ONUSIDA)

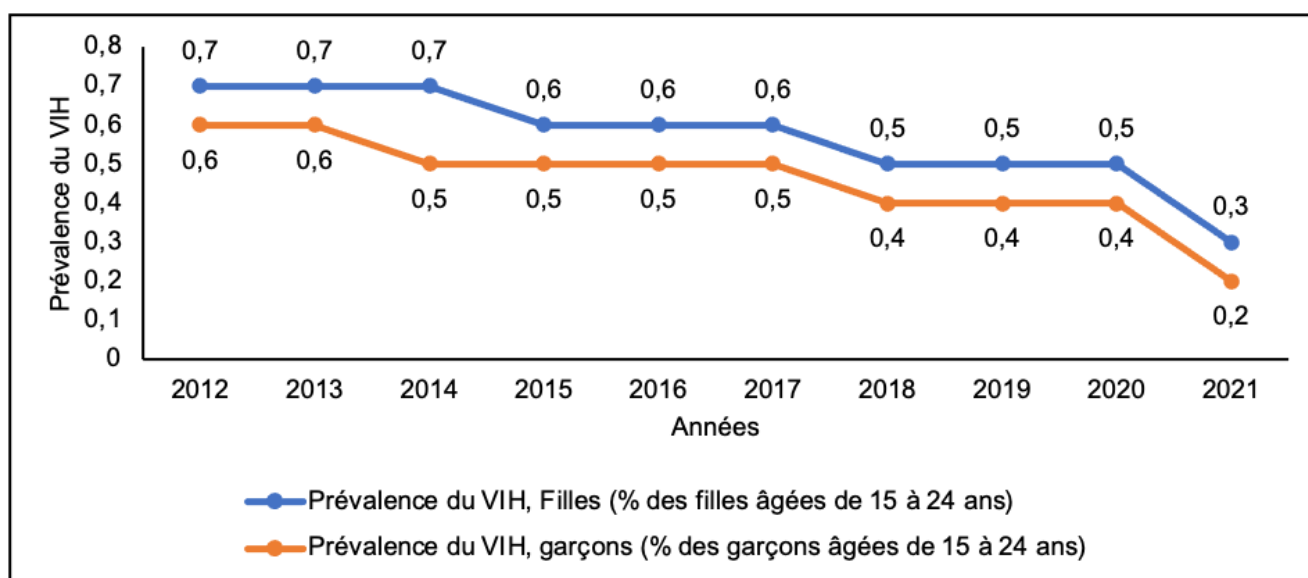
Graphique 3 : Evolution de la prévalence du VIH chez les 15-49 ans de 2012 à 2021

4 Enquête de sérosurveillance en 2020 au Burkina Faso

De même, le nombre de personnes vivant avec le VIH (PvVIH) a été réduit de quelques milliers et est estimé à 88 000 personnes dont 6 100 enfants de moins de 15 ans en 2021⁵. Dans la même année, les femmes âgées de 15-49 ans et les hommes PvVIH sont estimés respectivement à 51 000 et 31 000. Les orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH/Sida sont estimés à 71 000. A partir des files actives nationales qui permettent le suivi des PvVIH à l'échelle nationale, on note une augmentation du nombre de personnes sous antirétroviraux (ARV) (38 652 en 2012 et 74 340 en 2021). Parmi ces personnes suivies, plus de 72% sont des femmes. Au niveau de la couverture médicale, 100% des PvVIH sur les files actives sont sous traitement aux ARV. La réduction de la prévalence dans la population générale fait que l'épidémie a évolué d'une épidémie généralisée (prévalence du VIH au-dessus de 5% dans la population générale) à une épidémie mixte (prévalence du VIH dans la population en-dessous de 1% et, plus de 5% dans certaines populations clés) bien qu'également en baisse dans ces groupes.

3.2.2. Selon l'âge et le sexe

La prévalence du VIH est estimée à 0,8% chez les femmes de 15 à 49 ans et chez les hommes de 15 à 49 ans à 0,5%. Chez les jeunes de 15-24 ans, la prévalence du VIH est en baisse depuis 2012 aussi bien chez les filles que chez les garçons. Elle est estimée à 0,3 chez les filles et 0,2 chez les garçons⁶ (Graphique 4).



Source : Rapport ONUSIDA 2021

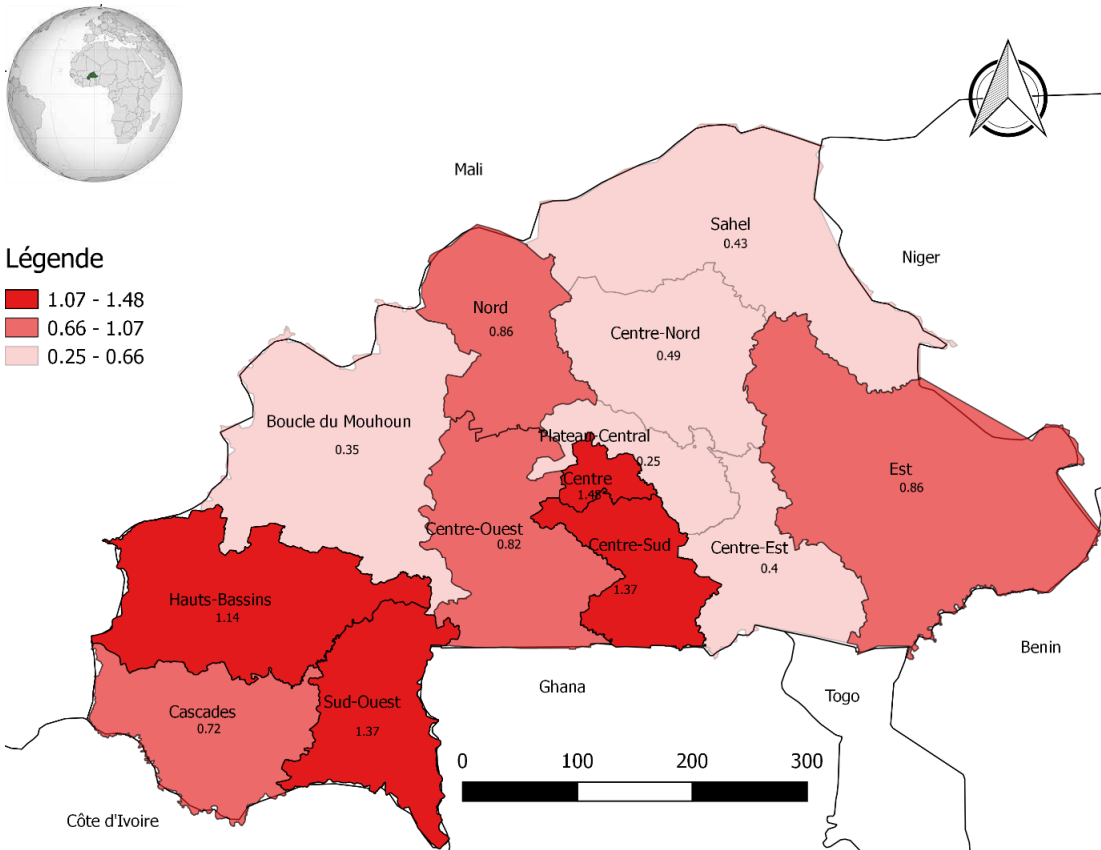
Graphique 4 : Répartition de la prévalence du VIH de 2012 à 2020

3.3. Hétérogénéité de la pandémie

Selon les données de surveillance sentinelle de 2020, les régions du Centre et des Hauts Bassins ont respectivement enregistré des prévalences de 1,48% et 1,14% (Carte 1).

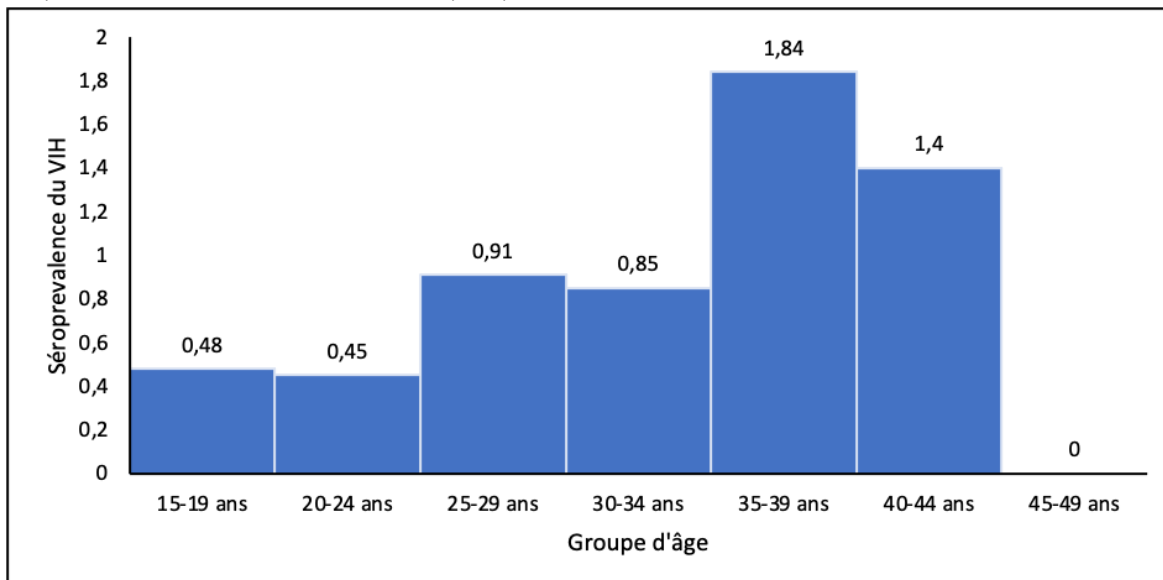
⁵ Rapport annuel ONUSIDA 2022

⁶ Rapport annuel ONUSIDA 2022



Carte 1 : Répartition de la prévalence du VIH par région

La prévalence du VIH est sensiblement élevée dans les groupes d'âges 35-39 ans et de 40-44 ans avec respectivement 1,84% et 1,40% (Graphique 5)⁷.

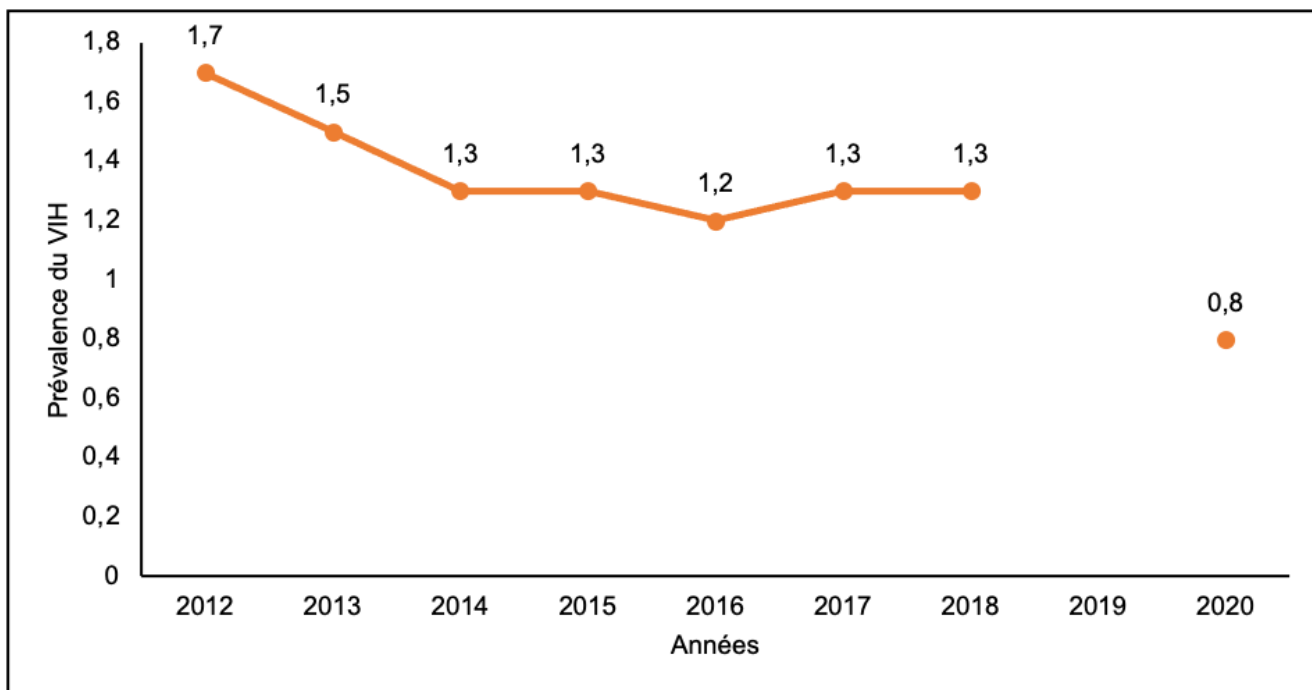


Source : Sérosurveillance 2020

Graphique 5 : Séroprévalence du VIH dans les sites sentinelles selon les tranches d'âge 2020

7 Enquête de sérosurveillance 2020

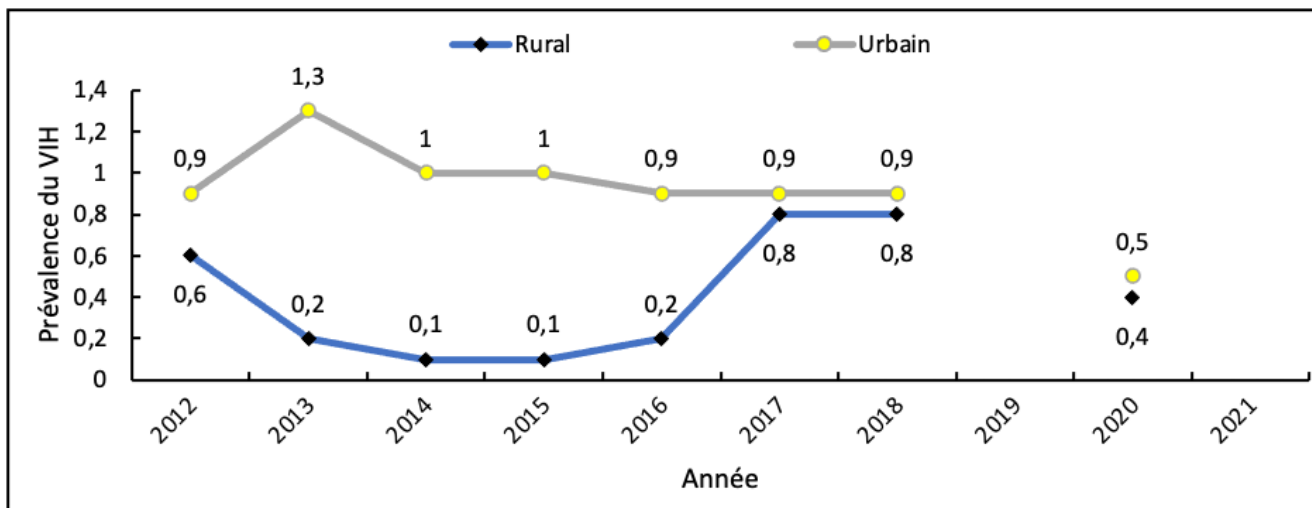
La prévalence du VIH chez les femmes de 15 à 49 ans connaît une baisse. Elle est passée de 1,7 en 2012 à 0,8 en 2021 (Graphique 6).



Source : Serosurveillance 2012-2020

Graphique 6 : Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes de 15 à 49 ans dans les sites de 2012 à 2020 au Burkina Faso

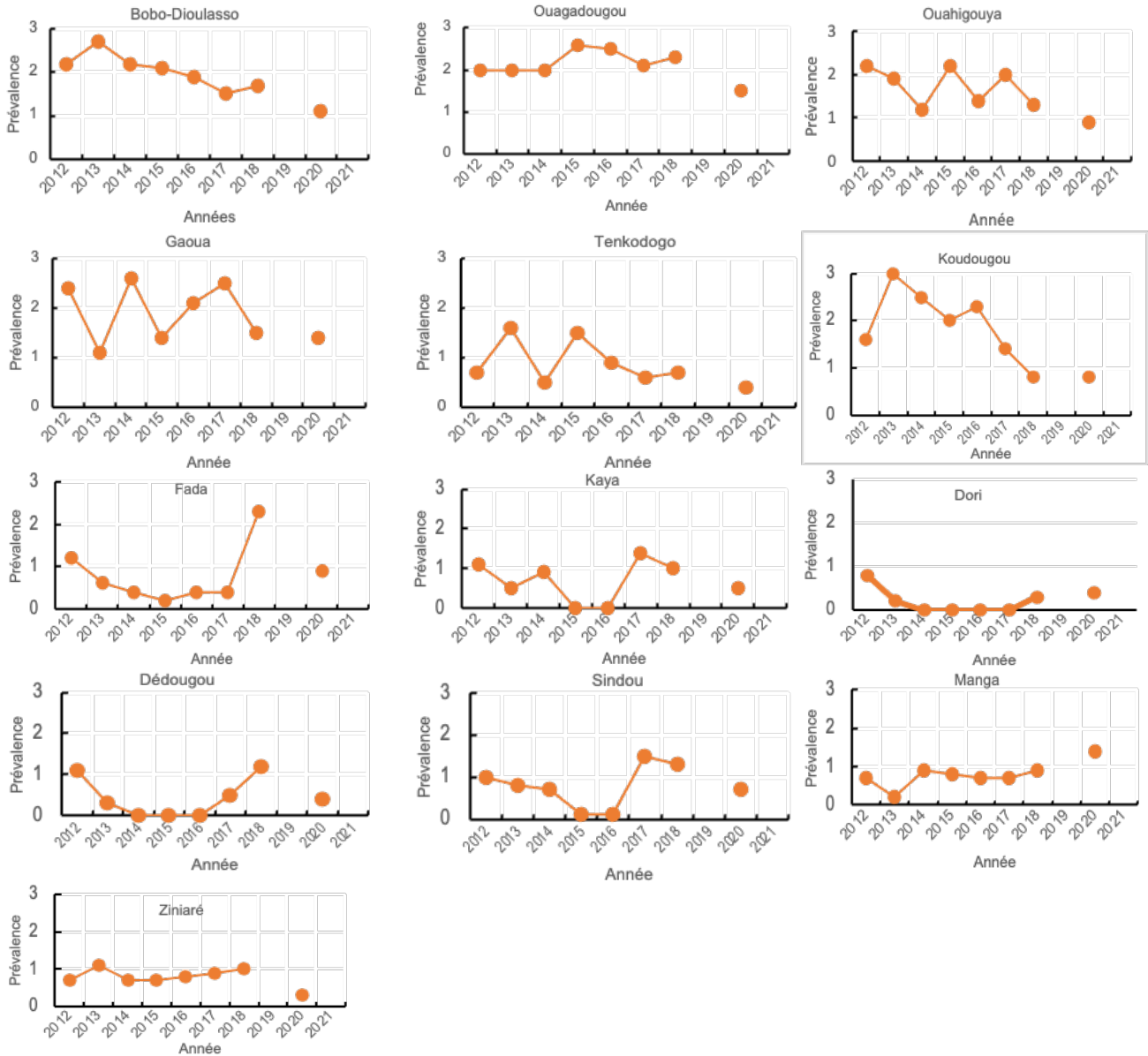
Chez les filles de 15-24 ans à l'échelle nationale, la prévalence est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. La prévalence la plus élevée a été enregistrée en 2013 (1,3%) et est restée quasi stable jusqu'en 2018 en milieu urbain avant de connaître une baisse en 2020 (Graphique 7).



Source : Sérosurveillance 2012-2020

Graphique 7 : Evolution de la prévalence du VIH chez les filles de 15 à 24 ans par milieu de résidence de 2012 à 2020 dans les sites au Burkina Faso

L'analyse de l'évolution de la prévalence du VIH dans les sites sentinelles de 2012 à 2020 montre une disparité régionale (Graphique 8). Les sites de Kaya, Dori, Dédougou, Sindou, Manga et Ziniaré ont une prévalence comprise entre 0 et 1,1% contrairement aux sites de Bobo-Dioulasso, Ouagadougou, Ouahigouya, Gaoua, Tenkodogo, Koudougou et Fada où les prévalences sont globalement élevées.



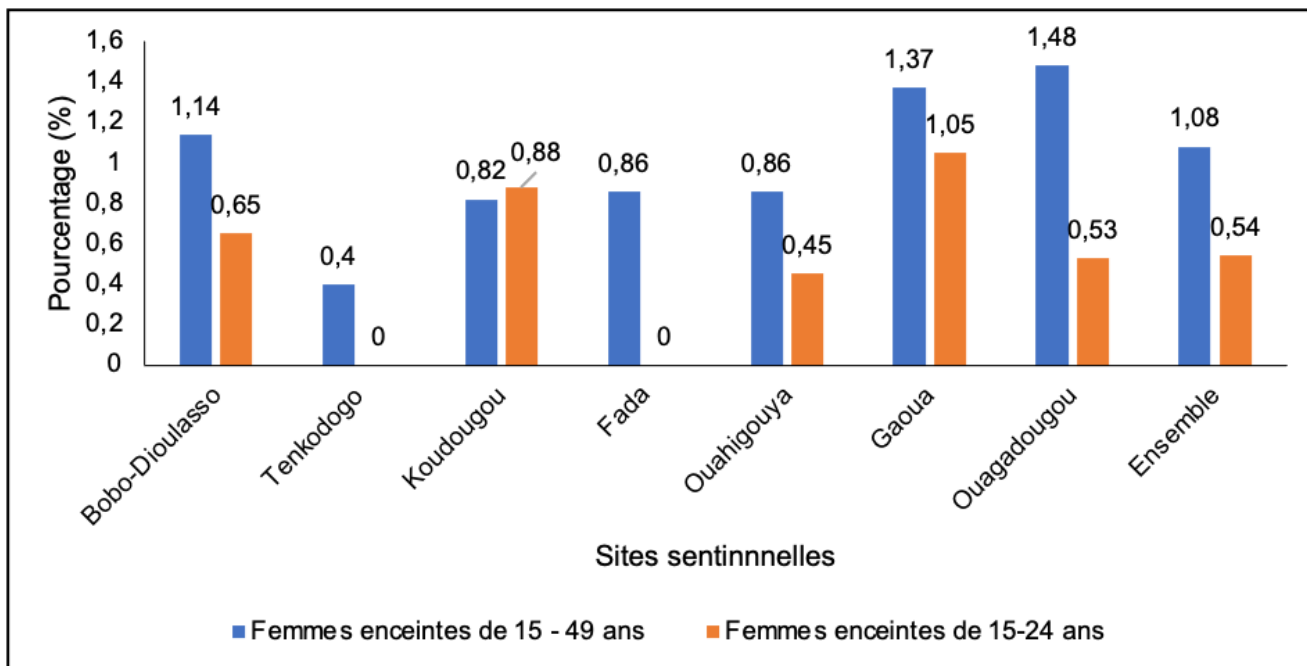
Source : Sérosurveillance 2012-2020

Graphique 8 : Evolution de la prévalence du VIH dans les sites sentinelles de 2012 à 2020

3.3.1. Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en milieu urbain au Burkina Faso en 2020 dans les sites sentinelles.

En 2020, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15-49 ans en milieu urbain est de 1,08%. Les plus fortes prévalences sont enregistrées à Ouagadougou (1,48%), Gaoua (1,37%) et Bobo-Dioulasso (1,14%).

Chez les femmes enceintes de 15-24 ans, elle est de 0,54%. Les plus fortes prévalences sont enregistrées à Gaoua (1,05%) Koudougou (0,88%) et Bobo-Dioulasso (0,65%) (Graphique 9).



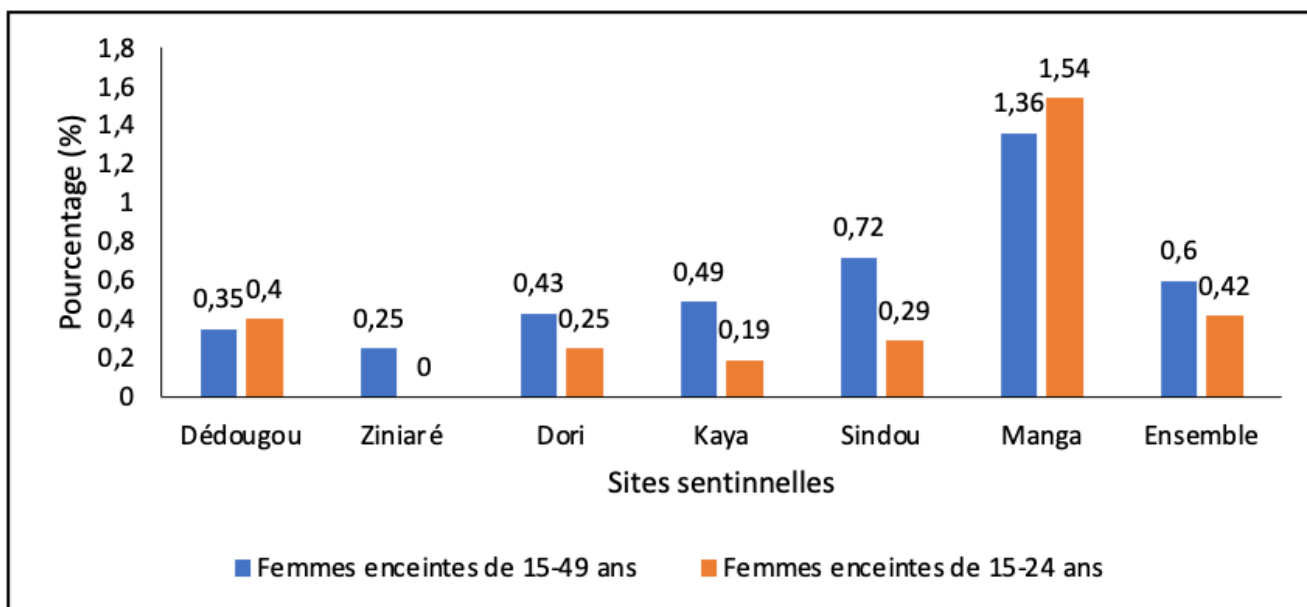
Source : Sérosurveillance 2020

Graphique 9 : Répartition des prévalences du VIH chez les femmes enceintes de 15 - 49 ans et 15 - 24 ans en milieu urbain dans les sites sentinelles au Burkina Faso en 2020

3.3.2. Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en milieu rural au Burkina Faso en 2020 dans les sites sentinelles.

En 2020, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15-49 ans en milieu rural est de 0,60%. Les plus fortes prévalences sont enregistrées à Manga (1,36%) et Sindou (0,72%).

Chez les femmes enceintes de 15-24 ans, elle est de 0,42%. Les plus fortes prévalences sont enregistrées à Manga (1,54%) et Dédougou (0,40%) (Graphique 10).



Source : Serosurveillance 2020

Graphique 10 : Prévalence du VIH chez les femmes de 15-49 ans et 15-24 ans en milieu rural dans les sites sentinelles au Burkina Faso en 2020

3.4. Prévalence dans les groupes spécifiques

Plusieurs études spécifiques réalisées sur les modes de transmission ont permis d'identifier les groupes spécifiques⁸. Selon les dynamiques épidémiologiques, ces groupes spécifiques qui sont des cibles importantes de la réponse au VIH comportent trois sous-groupes qui sont :

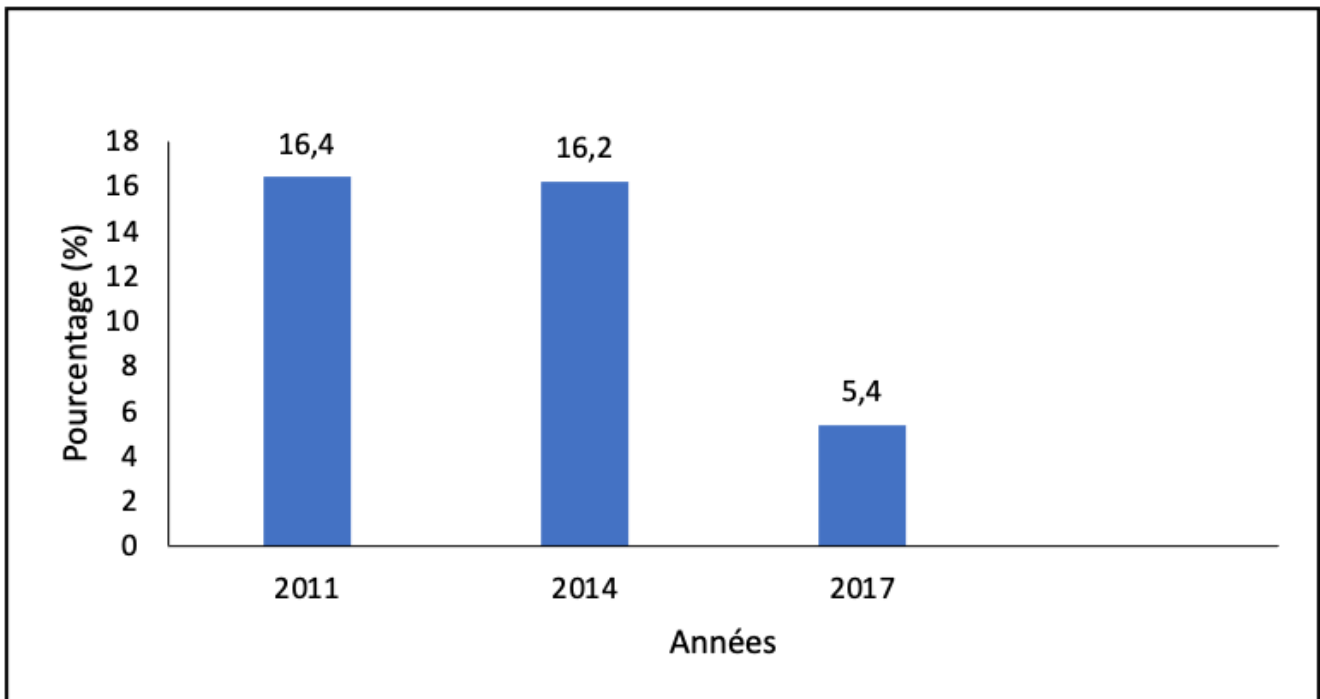
- des populations à haut risque qui de par leurs activités et leur milieu de vie ont des comportements sexuels qui les exposent fortement au risque de contact avec le VIH. Il s'agit des populations carcérales, des professionnelles du sexe (PS), des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes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

3.4.1. Populations à haut risque

3.4.1.1. Professionnelles du sexe

Les PS continuent d'être une population clé avec une prévalence du VIH cinq (05) fois plus élevée que celle des femmes de la population générale.

Des études antérieures bio-comportementales en 2010, 2014 et 2017 ont mesuré la prévalence du VIH parmi les populations clés dans les 13 régions du pays. La prévalence a été de 5,4% en 2017 (Graphique 11).

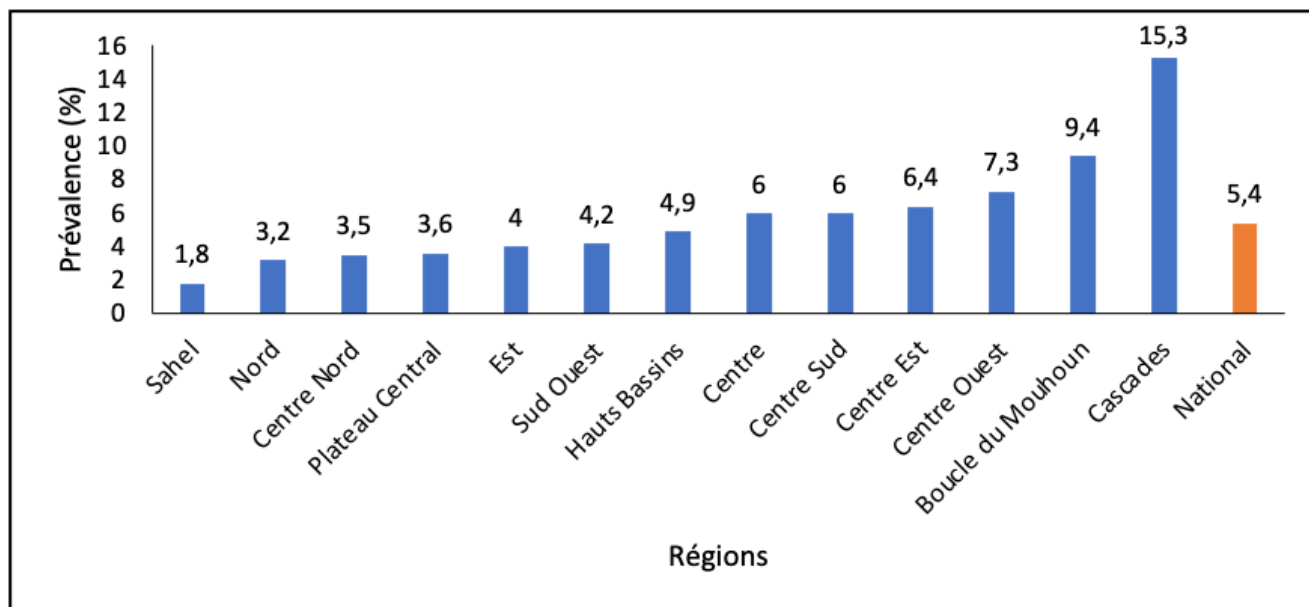


Source : SP-CNLS-IST Enquêtes bio-comportementales 2010, 2014 et 2017

Graphique 11 : Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe par année

• Prévalence du VIH chez les Professionnelles du sexe par région

En 2017, les régions des cascades, la boucle du Mouhoun, du Centre-Ouest et du Centre-Est enregistrent les plus fortes prévalences du VIH avec respectivement 15,3%, 9,4%, 7,3% et 6,4%. Les prévalences les plus faibles sont notées dans les régions du Sahel (1,8%), du Nord (3,2) et du Sud-Ouest (4,2%) comme le montre le Graphique 12.

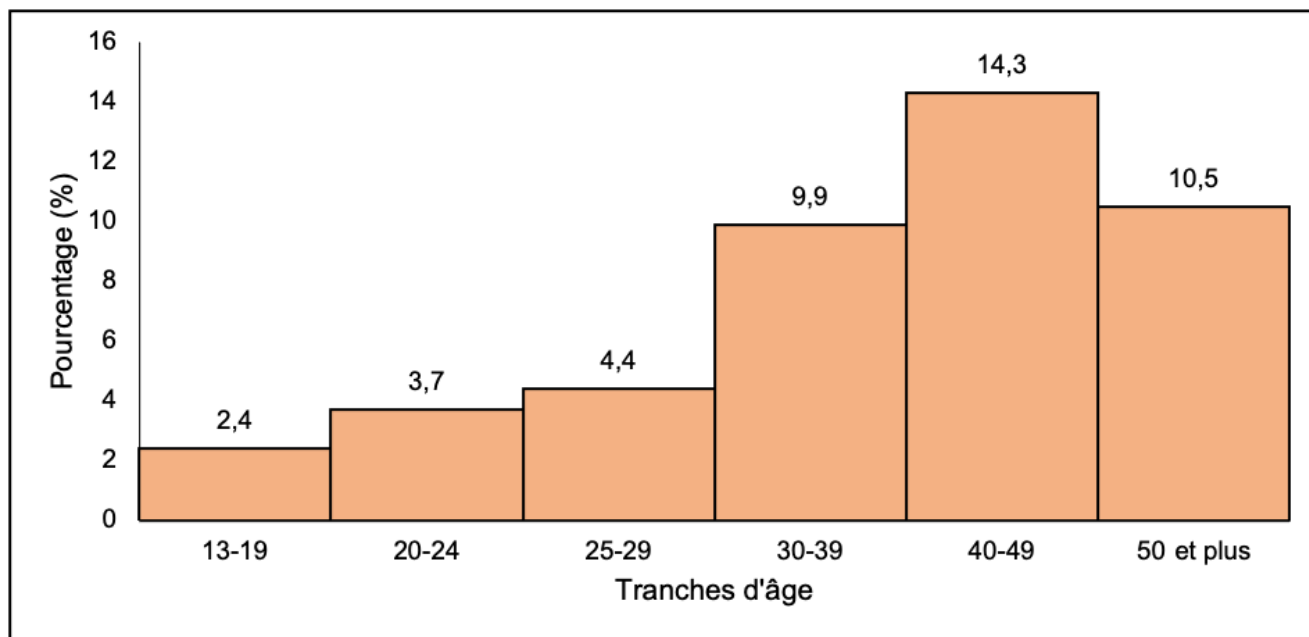


Source : SP-CNLS-IST Enquête bio-comportementale 2017

Graphique 12 : Prévalence du VIH par région chez les professionnelles du sexe au Burkina Faso

• Prévalence du VIH chez les PS, selon les tranches d'âge

On observe une augmentation de la prévalence du VIH avec l'âge jusqu'à 49 ans. (Graphique 13).

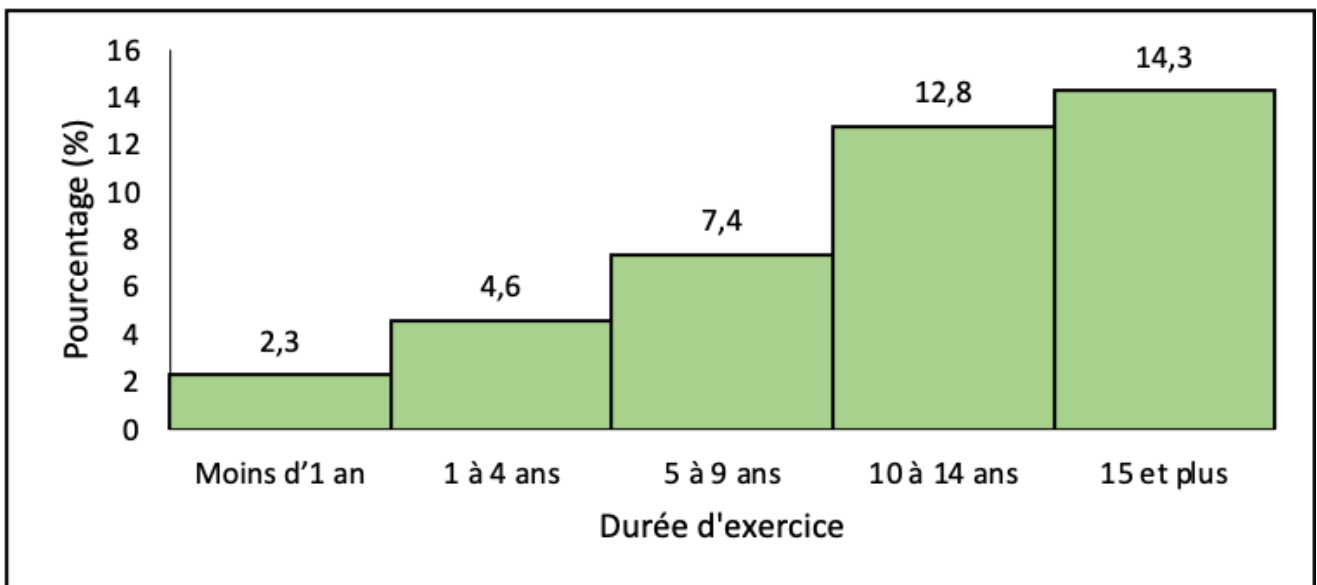


Source : SP-CNLS-IST Enquête bio-comportementale 2017

Graphique 13 : Prévalence du VIH par tranche d'âge chez les professionnelles du sexe au Burkina Faso en 2017

- Prévalence selon la durée comme PS

On observe une augmentation de la prévalence du VIH avec la durée d'exercice de PS (Graphique 14).



Source : SP-CNLS-IST Enquête bio-comportementale 2017

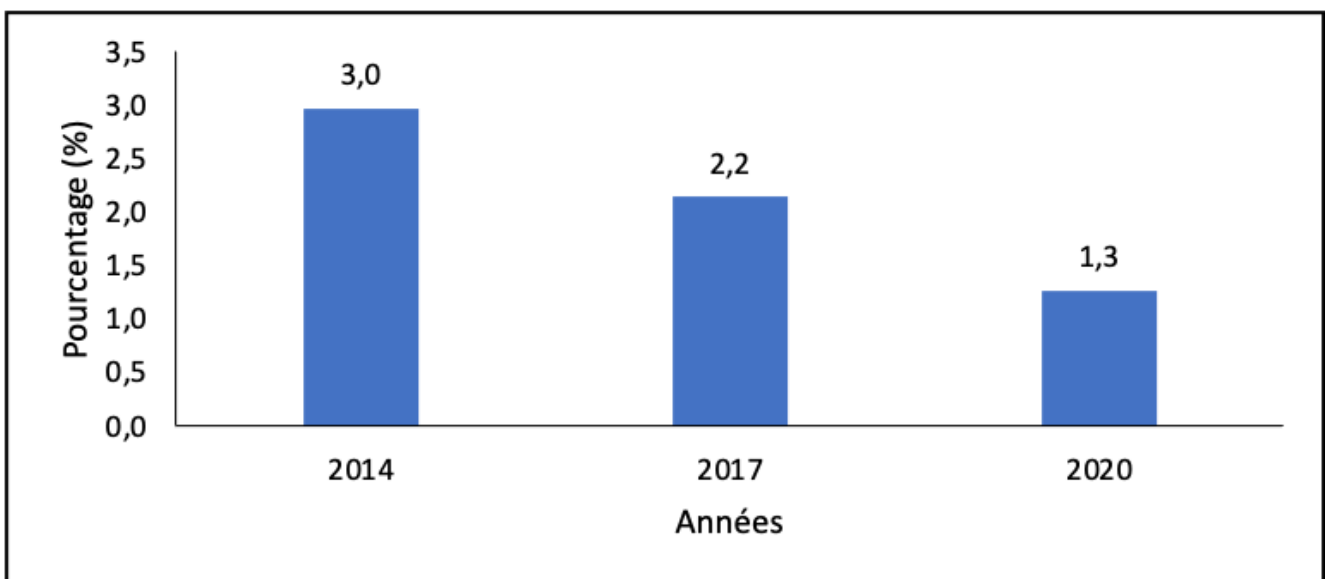
Graphique 14 : Prévalence du VIH selon la durée d'exercice de professionnelle du sexe au Burkina Faso en 2017

3.4.1.2. Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

Des enquêtes menées à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso montrent une prévalence du VIH chez les HSH de 2,3%, 2,2% et 1,9% respectivement en 2010, 2014 et 2017⁹

3.4.1.3. Détenus

La prévalence du VIH chez les détenus connaît une baisse passant de 3% en 2014 à 1,3% en 2020 (Graphique 15)¹⁰



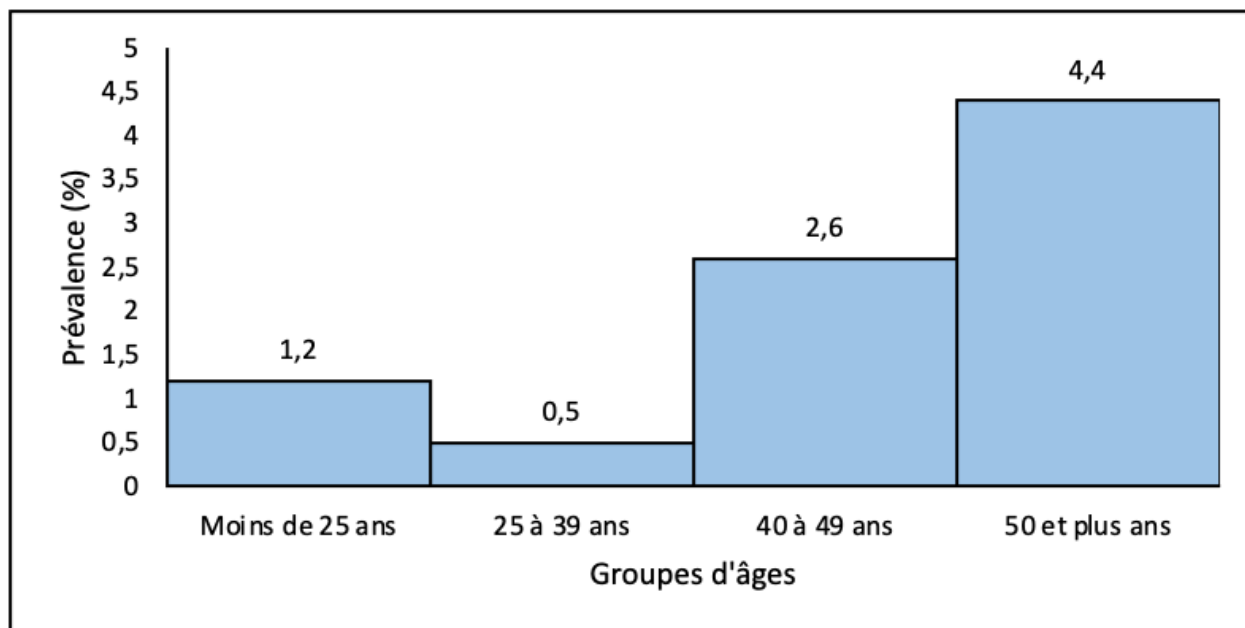
Source : SP-CNLS-IST Enquête bio-comportementale 2014, 2017 et 2020

Graphique 15 : Prévalence du VIH chez les détenus en 2014, 2017 et 2020

⁹ SP-CNLS-IST Annuaire statistique VIH/Sida et IST, 2006-2020

¹⁰ SP-CNLS-IST Annuaire statistique VIH/Sida et IST, 2006-2020

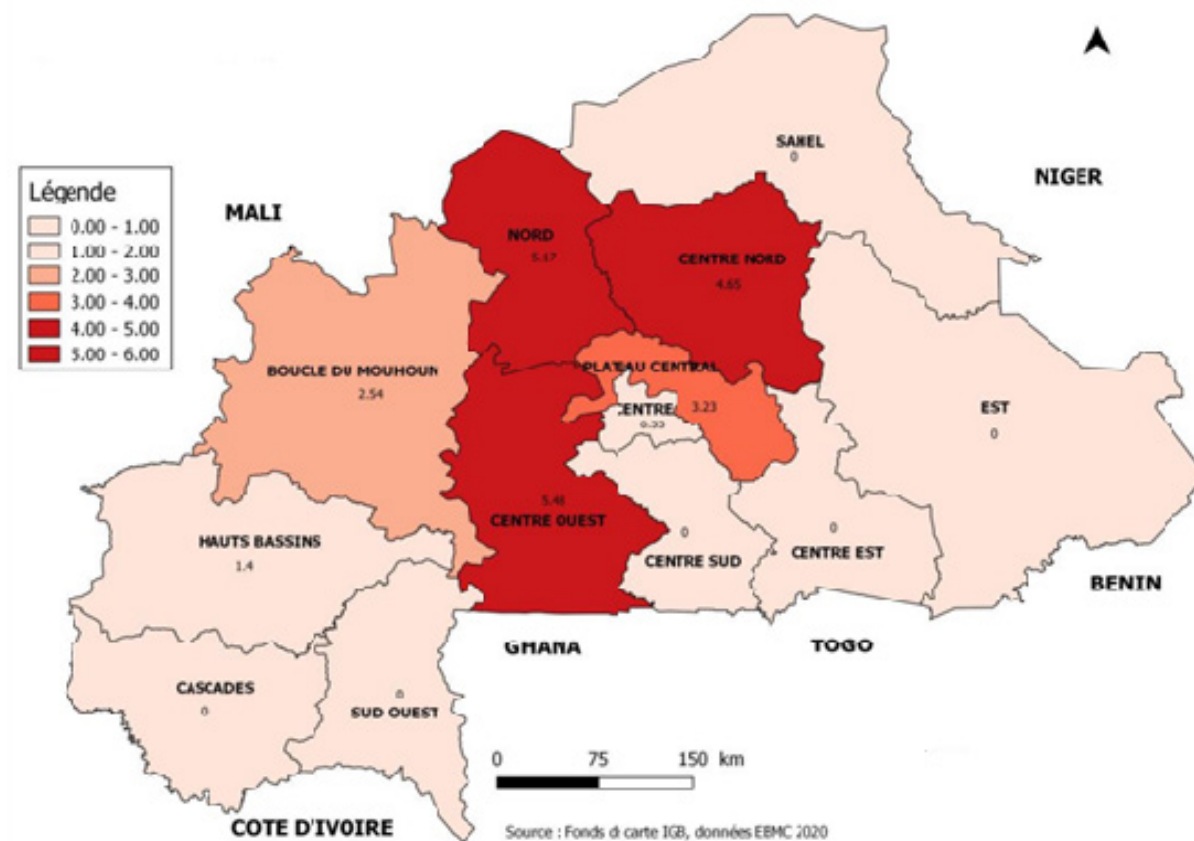
En 2020, chez les détenus, la prévalence du VIH est plus élevée dans la tranche d'âge de 50 ans et plus. Tous les mineurs de cette étude étaient VIH négatifs (Graphique 16).



Source : SP-CNLS-IST Enquête bio comportementale, 2020

Graphique 16 : Prévalence du VIH chez les détenus selon les groupes d'âge en 2020

La prévalence du VIH chez les détenus est plus élevée dans la région du Centre-Ouest, du Nord et du Centre-Nord en 2020 (Carte 2).



Source : SP-CNLS-IST Enquête bio comportementale, 2020

Carte 2 : Carte de la séroprévalence du VIH en milieu carcéral au Burkina-2020

3.4.1.4. Usagers de drogues (UD)

La consommation de stupéfiants frappe différentes catégories de personnes notamment les adolescents et les jeunes en difficultés (2 209 personnes ont présenté des problèmes graves d'addiction selon les statistiques du Comité national de lutte contre la drogue). Néanmoins, la consommation de drogue par injection reste faible.

En 2017, l'enquête bio-comportementale indique que la prévalence du VIH chez tous usagers de drogue a été 1%.

Une étude réalisée en 2019 auprès de 1 080 consommateurs de drogues injectables dans 3 villes du pays, Ouagadougou, Bobo-Dioulasso et Koupéla montre que la prévalence du VIH était respectivement de 1,7%, 1,2% et 3,5%¹¹

3.4.2. Populations passerelles

3.4.2.1. Populations des zones minières, personnels de tenues et transporteurs routiers

Les données des populations des zones minières, des personnels de tenues et les transporteurs routiers sont anciennes. En 2008, la prévalence du VIH était de 3,6% chez les transporteurs routiers (Tableau 1).

Tableau 1 : Prévalence du VIH des populations passerelles

| Populations passerelles | Année | Prévalence (%) | Sources |
|--------------------------------|-------|----------------|--|
| Populations des zones minières | 2005 | | PROMACO, 2005 |
| Personnels de tenues | 2006 | 3 | Campagne de dépistage volontaire et gratuit 2006 du CMLS Défense |
| Routiers/transporteurs | 2008 | 3,6 | PAMAC 2008 |

3.4.2.2. Chez les clients des professionnelles du sexe

Bien qu'il n'y ait pas de d'étude récente, il ressort qu'une enquête réalisée en 2005 avait révélé un taux de prévalence de 1,6% et une autre en 2010 montrant une prévalence de 4,1%, plus élevée que le taux de 0,7% mesuré chez les hommes de la population générale pendant la même année¹².

3.4.2.3. Personnel de soins

Une enquête bio comportementale sur la situation du VIH dans le secteur de la santé dans quatre localités du Burkina Faso en 2017, dont deux urbaines (villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso) et deux rurales (provinces de Poni et du Yatenga), portant sur 1396 agents de santé a mesuré une prévalence globale du VIH de 1,9%. Selon la localité on retrouve une prévalence de 4,2% à Bobo-Dioulasso, 1,1% à Ouagadougou, 0,9% au Poni et 0,5% au Yatenga¹³.

3.4.3. Personnes handicapées

En 2017, la prévalence du VIH chez les personnes handicapées (PH) est estimée à 4,6%. Elle est de 5,4% chez les PH de sexe féminin et de 3,3% chez les PH de sexe masculin. Les groupes d'âges les plus touchés sont les 25-29 ans (8,6%), les 40-44 ans (8,5%), les 50-54 ans (11,1%). Les personnes ayant

¹¹ Rapport Etude Bio comportementale PARECO Burkina Faso, 2019

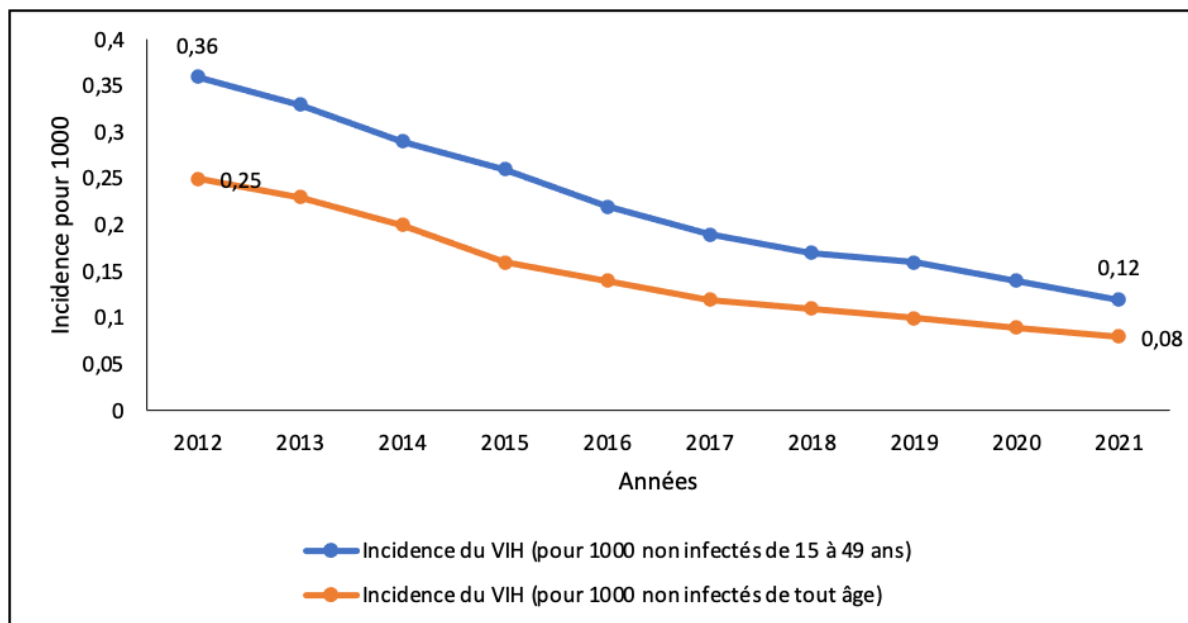
¹² SP-CNLS-IST Analyse des modes de transmission du VIH et modélisation de la distribution attendue des nouvelles infections dans les principaux groupes cibles au Burkina Faso 2015

¹³ Rapport de l'étude Estimation de la prévalence du VIH dans le secteur de la santé, 2018

une incapacité visuelle, auditive ou mentales semblent être les plus infectées par le VIH. Elles le sont respectivement dans 6,6%, 6,4% et 6,5% de leurs effectifs, beaucoup plus que la prévalence moyenne estimée à 4,6%¹⁴.

3.5. Incidence du VIH

L'incidence du VIH est en baisse au Burkina Faso depuis 2012. En 2021, elle a été estimée à 0,12 et 0,08 respectivement pour 1000 personnes non infectées de 15 à 49 ans et pour 1000 personnes non infectées de tout âge (Graphique 17).

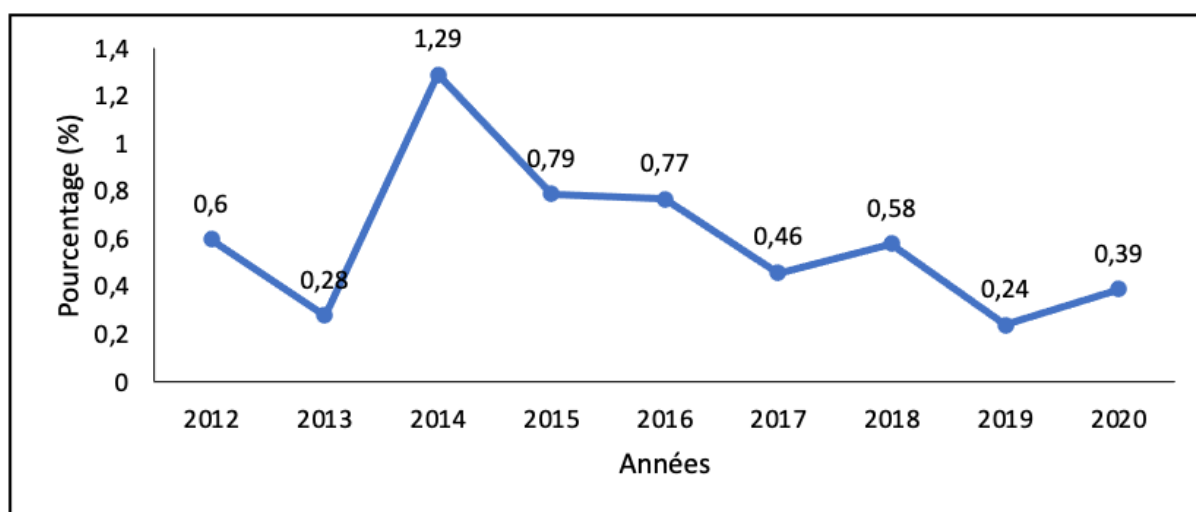


Source : Rapport ONUSIDA 2022

Graphique 17 : Incidence du VIH pour 1000 personnes non infectées de 15 à 49 ans et à tout âge

3.6. Cas de décès liés au Sida

Globalement, on observe une tendance à la baisse de la létalité du Sida entre 2014 et 2020 respectivement de 1,29% à 0,39% (Graphique 18).



Source : SP-CNLS-IST Annuaire statistique VIH-Sida et IST 2006 à 2020

Graphique 18 : Notification des cas de décès liés au SIDA de 2012 à 2020 au Burkina Faso

3.7. Facteurs de propagation du VIH et des IST

L'évolution de l'épidémie est variable en fonction des groupes et s'explique par la persistance d'un certain nombre de déterminants¹⁵.

3.7.1. Déterminants socioculturels

- le multi-partenariat sexuel ;
- le mariage précoce ;
- les mutilations génitales féminines ;
- la stigmatisation et la discrimination ;
- l'insuffisance de couverture nationale en service de transfusion sanguine ;
- les accidents d'exposition aux liquides biologiques ;
- la faible capacité de la gestion des déchets biomédicaux liés au VIH (activités de transfusion sanguine, de dépistage, de prise en charge médicale ou d'utilisation du préservatif) ;

3.7.2. Déterminants économiques

- la situation de précarité et d'isolement, la faiblesse des ressources économiques, l'analphabétisme, le manque d'autonomie et la dépendance sociale qui sont un ensemble de facteurs limitant l'accès de la femme aux messages de prévention et leur mise en pratique, aux soins et traitement ;
- le statut socioéconomique des femmes qui les place dans une situation d'impossibilité de décision par rapport à leur sexualité ;
- L'insuffisance de la prise en charge des PvVIH.

3.7.3. Autres facteurs de risques

3.7.3.1. Indigents

L'analyse du niveau de protection des indigents indique que celui des femmes et enfants de cette catégorie sociale apparaît faible et fragile au regard de la conjonction des facteurs ci-après :

- les facteurs facilitants liés à la faible perception de l'ampleur du VIH associés d'une part, à la faiblesse de la connaissance des modes de transmission du VIH, par exemple la transmission mère-enfant, et par les objets souillés, et, d'autre part, à l'option pour les moyens de protection ;
- les facteurs prédisposants liés à la faiblesse de la protection sociale ; ;
- les facteurs renforçant liés à la situation sociale des indigents ;
- les facteurs liés à l'environnement : il s'agit de l'inadaptation et l'inadéquation entre les sources d'information sur le VIH et les canaux par lesquels les indigents arrivent à recevoir les informations y relatives. Vulnérabilité des femmes

Divers facteurs rendent les femmes particulièrement vulnérables au risque de contamination par le VIH. De nombreuses études ont démontré que la dissémination et l'impact du VIH affectent de manière disproportionnée les femmes parce qu'elles sont plus vulnérables biologiquement, économiquement,

¹⁵ Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/Sida et les IST, 2016-2020 et 2021-2025

socialement et culturellement^{16, 17}.

3.7.3.2. Population carcérale

Les principaux facteurs de propagation sont favorisés par la surpopulation carcérale, la violence (violence sexuelle, cas de viols), l'usage de lames et de stupéfiants et l'interdiction de distribuer des préservatifs au sein des établissements pénitentiaires.

Ce groupe s'expose à l'infection à VIH du fait des pratiques sexuelles à risque observées en milieu carcéral, favorisées par la cohabitation prolongée et la promiscuité de détenus masculins majoritairement jeunes : 43% des détenus reconnaissent l'existence de rapports sexuels dans les prisons¹⁸.

16 AU/WGYD L'égalité des genres, l'autonomisation des Femmes et le VIH en Afrique : L'impact des enjeux croisés et les priorités continentales 2021

17 Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les infections sexuellement transmissibles (CSLS) 2011 - 2015

18 APA 2007

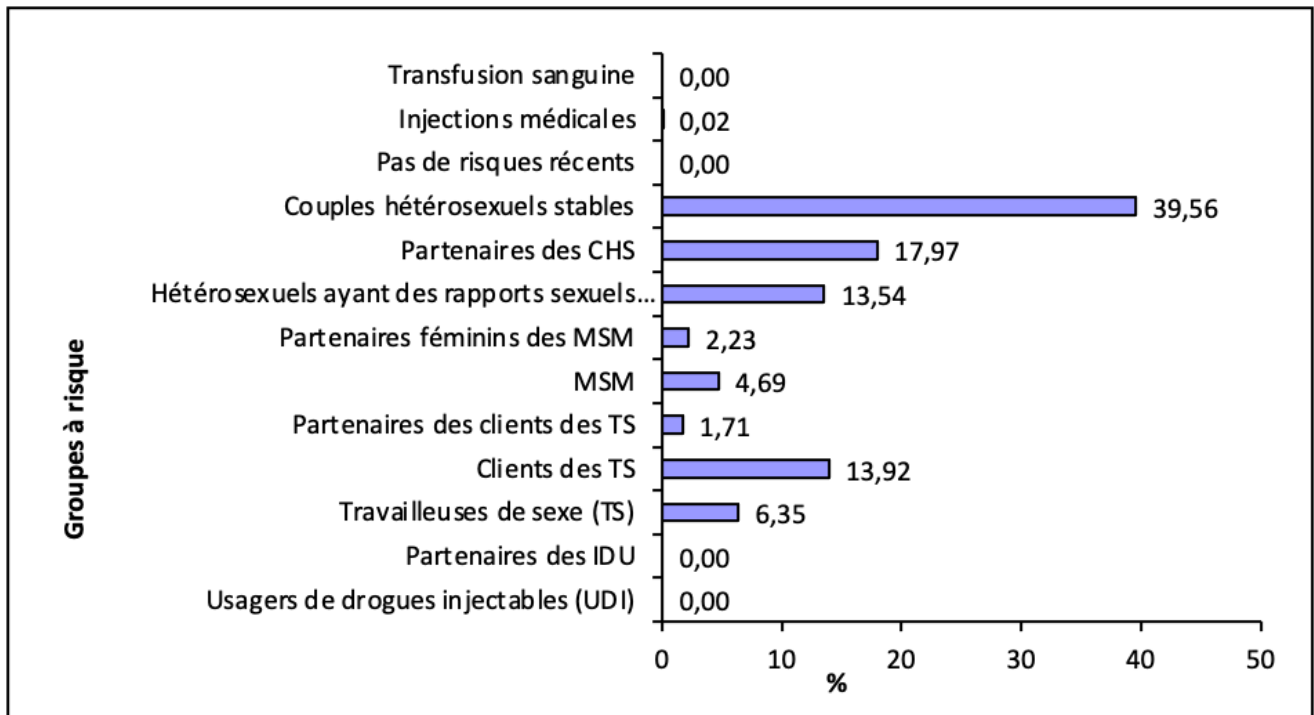
4.

Modes de transmissions



4. Modes de transmissions

L'étude de 2015 MOT (mode de transmission) a aussi mis en exergue l'impact du multi partenariat sexuel dans les nouvelles infections à VIH et la prédominance, toujours persistante, de la survenue de ces infections parmi les groupes stables (39,56% en 2015) (Graphique 19)¹⁹.



Source : Enquête bio-comportementale 2015

Graphique 19 : Modes de transmissions du VIH selon les groupes à risque en 2015

19 SP-CNLS-IST Analyse des modes de transmission du VIH et modélisation de la distribution attendue des nouvelles infections dans les principaux groupes cibles au Burkina Faso 2015



5.

Prévention



5. Prévention

5.1. Prévention pré-exposition (PrEP)

La Prophylaxie Pré exposition (PrEP) est une méthode innovante de prévention médicamenteuse du VIH à base d'une combinaison fixe de Ténofovir/Emtricitabine ou Ténofovir/Lamivudine ou alors avec des injectables à libération prolongée comme le Cabotégravir ou par des anneaux vaginaux à libération prolongée comme l'anneau vaginal contenant la Dapivirine. Son principe est de donner des ARV à des personnes non-infectées (séronégatives) avant l'exposition au VIH, dans un contexte de relation(s) sexuelle(s) à haut risque pour éviter l'acquisition du VIH. Pour cette présente stratégie de mise en œuvre l'accent est mis sur la PrEP orale.

La PrEP consiste à donner une combinaison d'ARV (TDF/FTC ou TDF/3TC) à une personne séronégative au VIH afin de réduire son risque d'infection par le VIH. Ces médicaments doivent être pris selon un schéma bien précis, avant et après le rapport sexuel pour être efficaces. Cependant, il faut noter que la PrEP ne protège pas contre l'acquisition des autres IST.

La PrEP peut protéger le partenaire séronégatif au VIH d'un couple hétérosexuel séro différent si le partenaire séropositif au VIH est sous TAR depuis moins de 6 mois et il existe un doute sur son observance thérapeutique. Cette méthode de prévention de l'infection par le VIH a déjà fait la preuve de sa tolérance et de son efficacité chez les HSH, les transgenres femmes, les femmes et les hétérosexuels.

L'acceptabilité et la faisabilité de la PrEP par les HSH ont été bien démontrées au centre médical Oasis de l'association AAS de Ouagadougou (projet de démonstration de la PrEP ou CohMSM-PrEP conduit en Afrique de l'Ouest)²⁰.

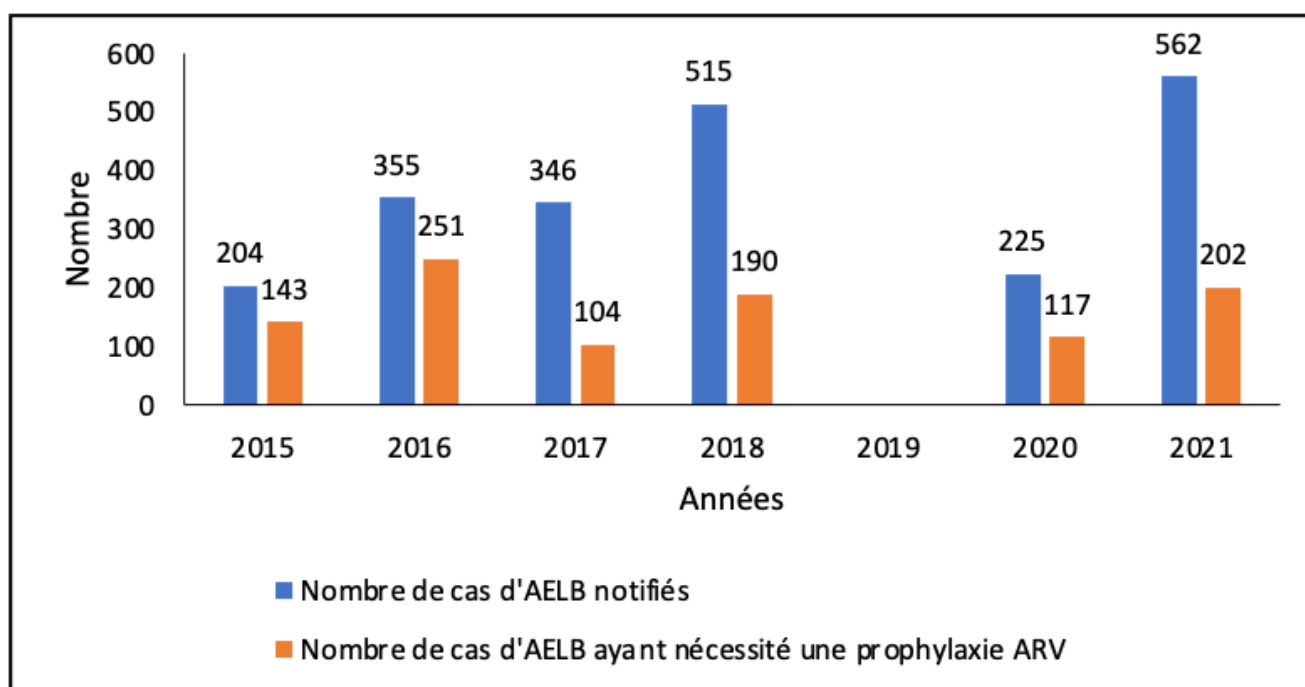
L'offre des services de la PrEP (les molécules utilisées pour la PrEP, le bilan initial et le bilan de suivi) est subventionnée pour les clients inscrits dans le programme PrEP. Cependant une réflexion doit être menée en vue de la prise en compte dans la gratuité.

5.2. Prévention post-exposition (PPE) aux liquides biologiques

Les cas d'accidents d'exposition aux liquides biologiques bénéficient de gestes immédiats, sont évalués dès l'arrivée dans un centre de santé et sont mis sous prophylaxie ARV selon un algorithme²¹. La prophylaxie se fait avec l'Azithromycine/ Lamivudine + Lopinavir/ Ritonavir (AZT/3TC + LPV/r), au moins 48h après l'exposition et ce pendant 4 semaines. En 2021, 562 cas d'AELB ont été notifiés (Graphique 20).

²⁰ <https://sesstim.univ-amu.fr/fr/projet/cohmsm>

²¹ SP-CNLS-IST Normes et protocole de prise en charge médical des personnes vivants avec le VIH au Burkina Faso 2009



Source : *Annuaire statistiques MSHP 2015 – 2021*

Graphique 20 : Evolution du nombre de cas d'accidents d'exposition aux liquides biologiques et ceux ayant nécessité une prophylaxie ARV de 2015 à 2021 au Burkina Faso

5.3. Sensibilisation

Les interventions ont porté sur la réalisation de diverses activités de sensibilisation pour la prévention du VIH au profit de la population générale sur l'ensemble du territoire national. Des activités ciblées ont été réalisées au profit des cibles prioritaires vulnérables et à haut risque :

- le développement des activités de promotion des valeurs éducatives et morales au profit des jeunes ;
- la prise en compte des thématiques transversales telles que le genre, les droits humains et la Santé sexuelle et reproductive (SSR) dans les interventions (plan stratégique d'intégration bidirectionnelle SSR/VIH) ;
- la prise en charge chaque année selon les normes de l'ensemble des cas d'IST diagnostiqués dans les formations sanitaires, etc.

L'apport du secteur communautaire dans le programme VIH est appréciable (services de conseil et tests, activités spécifiques à l'endroit des hommes) mais nécessite un renforcement. Les acteurs communautaires, représentés par les intervenants de la société civile impliqués dans le soutien et la protection des personnes infectées/affectées, des orphelins et autres enfants vulnérables (OEV), sont issus des structures associatives, des organisations faitières, des syndicats, des communautés coutumières et religieuses, des Organisations à base communautaire (OBC) et des organismes non-gouvernementaux (ONG).

Plusieurs indicateurs de connaissances et de comportements dans la population générale ont été définis avec leurs cibles, mais aucune enquête n'a été menée pour mesurer ces indicateurs. Cependant, des activités ont été réalisées au profit de cette population avec en moyenne de 53% d'adultes qui ont néanmoins été touchés par les interventions de sensibilisation entre 2016 et 2018 sur une cible de 90% attendue chaque année²².

²² Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/Sida et les IST, 2016-2020 et 2021-2025

L'offre de services de SSR/VIH au bénéfice des personnes handicapées a été renforcée avec la confection de supports de communication (affiches, dépliants, CD-ROM) selon les cinq types de handicap (moteur, visuel, auditif, cognitif, psychique).

Concernant la couverture en préservatifs, une moyenne de 3 821 944 de préservatifs ont été distribués ou vendus par an sur la période de 2012-2020 pour une cible annuelle de 26 millions²³.

Tableau 2 : Nombre de personnes touchées dans les interventions ciblées et population générale

| Année | Populations clés | | | | Populations passerelles | | Population vulnérables | | | Population générale | Total |
|-------|------------------|--------|---------|-------|-------------------------|-------------|------------------------|--------------------|--------|---------------------|-----------|
| | TS | HSH | Détenus | UD | Routiers | Orpailleurs | Personnes handicapées | Adolescents jeunes | PvVIH | | |
| 2012 | 24 588 | 2 250 | 11 115 | 77 | 43 935 | 79 935 | ND* | 238 328 | 1 700 | 4 696 285 | 5 098 213 |
| 2013 | 25 553 | 2 773 | 13 053 | - | 31 855 | 111 114 | ND | 375 184 | 47 952 | 4 685 350 | 5 292 834 |
| 2014 | 16 250 | 568 | 5 312 | 0 | 31 855 | 106 165 | ND | 112 591 | 62 075 | 5 115 309 | 334 816 |
| 2015 | 17 889 | 5 006 | 1 109 | - | 1 684 | 13 541 | ND | 125 367 | 20 625 | 2 253 426 | 2 438 647 |
| 2016 | 40 557 | 13 055 | 9 244 | - | 11 810 | 50 838 | ND | 798 893ae | 17 668 | 3 014 926 | 3 956 991 |
| 2017 | 71 501 | 27 413 | 14 968 | - | 11 231 | 100 150 | - | 2 244 603 | - | 5 425 655 | 7 895 521 |
| 2018 | 45 312 | 8 706 | 9 816 | 1 888 | 2 325 | 26 293 | 3 184 | 3 141 816 | 4 800 | 4 376 535 | 7 620 675 |
| 2019 | 29 908 | 4 736 | 8 057 | 1 775 | 6 775 | 553 | 8 908 | 93 501 | 38 219 | 324 879 | 517 311 |
| 2020 | 26 306 | 2 992 | 9 619 | 380 | 8 701 | 34 310 | 10 547 | 449 242 | 61 998 | 638 394 | 1 242 489 |

*Non disponible : Donnée non collectée avant 2016

Source : SP-CNLS-IST Annuaire VIH-Sida et IST période 2006 à 2020

5.4. Dépistage du VIH et notification des cas d'IST

Le dépistage du VIH est offert dans les formations sanitaires et en communauté selon les directives nationales²⁴.

Par ailleurs, une stratégie efficace pour trouver les PvVIH non-diagnostiquées est le dépistage de famille ou de cas index. Tous les patients séropositifs sont des cas index. Des services de dépistage sont alors offerts aux conjoints, enfants ou autres membres de famille des patients²⁵.

En outre, dans un contexte de baisse de la prévalence du VIH en population générale, ainsi qu'une

23 SP-CNLS-IST Annuaire statistiques VIH/Sida et IST, 2006-2020

24 Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/Sida et les IST, 2016-2020 et 2021-2025

25 SP-CNLS-IST Guide de mise en œuvre de la stratégie de ravitaillement ARV tous les six mois (RAV/6M) aux PvVIH du Burkina Faso 2020

concentration de l'épidémie parmi certaines cibles (au-delà de 1%), le pays s'est engagé à mettre en application l'approche différenciée aussi bien dans le dépistage, la prise en charge et le soutien²⁶.

Cette section abordera la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), le dépistage hors PTME, la sécurité transfusionnelle, la notification des IST.

5.4.1. Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)

La PTME est considérée comme un domaine prioritaire de la contribution du secteur de la santé à la riposte nationale, car elle favorise l'intégration de la prévention, du traitement et des soins liés au VIH avec les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile d'une part, et les programmes de santé de la reproduction d'autre part.

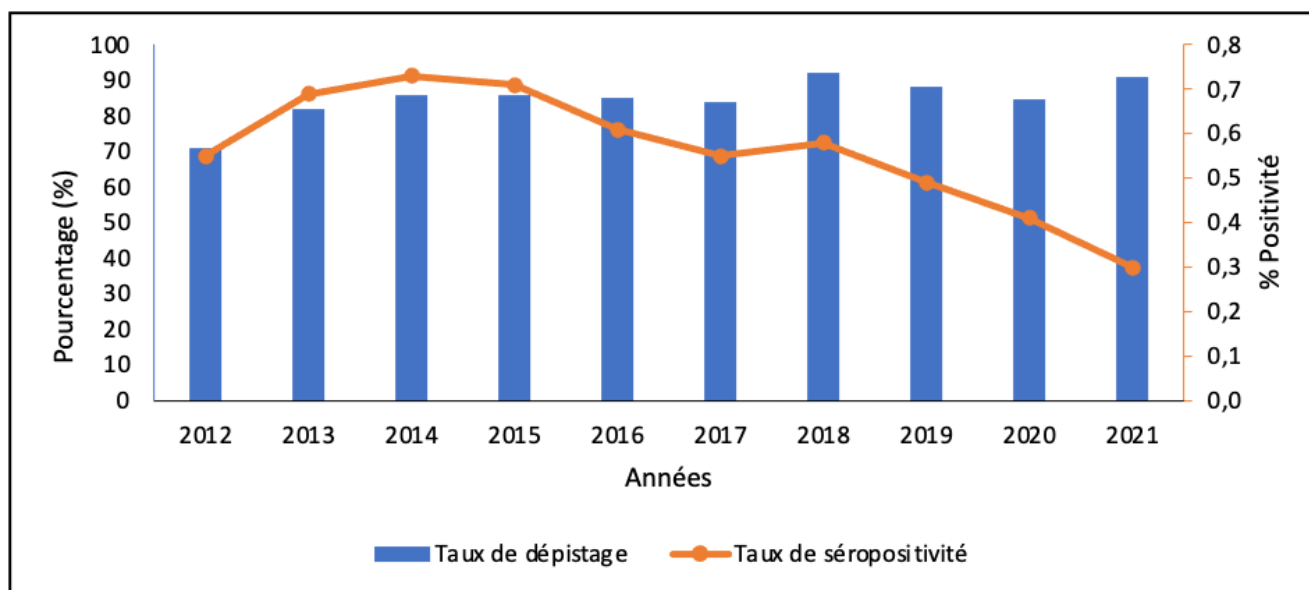
Dans sa quête continue d'élimination de la transmission verticale du VIH, le Burkina Faso est passé du programme de prévention au programme d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (eTME) depuis juin 2017.

5.4.1.1. Dépistage du VIH chez les femmes enceintes

- Tendence du dépistage du VIH chez les femmes enceintes de 2012 à 2021

Depuis 2012, la tendance du taux de dépistage du VIH chez les femmes enceintes est à la hausse, passant de 71% à 90,8% en 2021.

Le taux de séropositivité est à la baisse pour la même période allant de 0,6% à 0,3% (Graphique 21).



Source : SP-CNLS-IST Annuaire statistique VIH/SIDA et IST 2006-2020, MSHP Annuaire statistique 2021

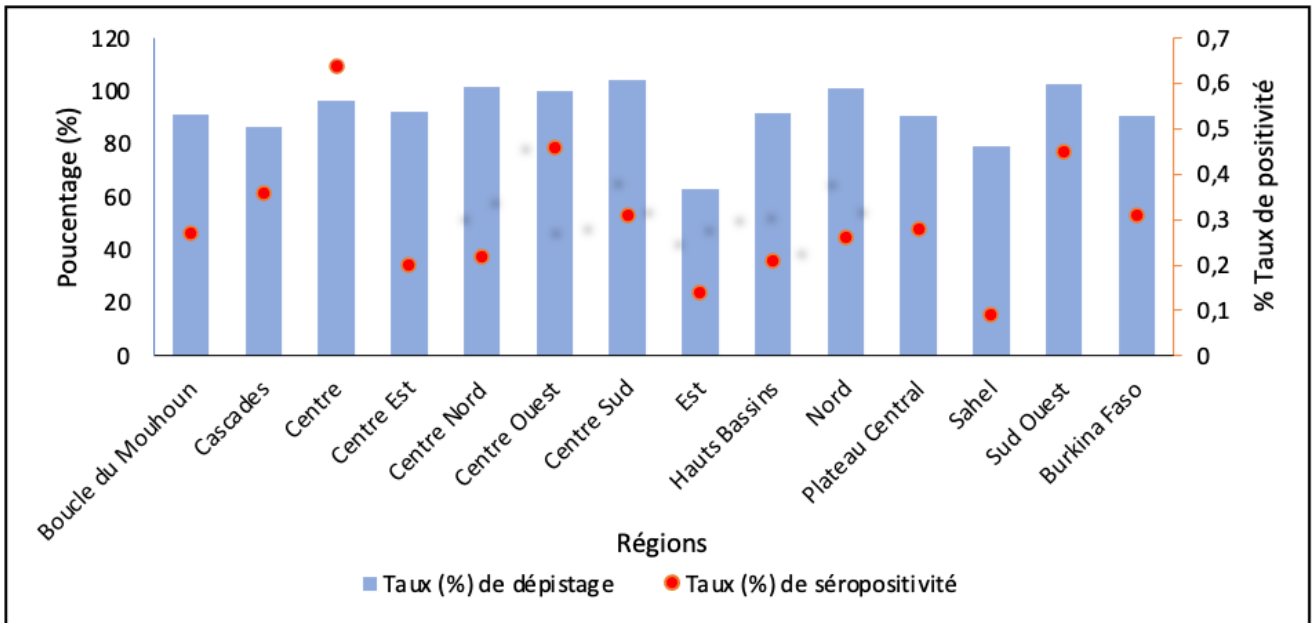
Graphique 21 : Taux de dépistage et de séropositivité chez les femmes enceintes de 2012-2021

- Dépistage du VIH chez les femmes enceintes par régions en 2021

En 2021, le taux de dépistage du VIH chez les femmes enceintes est de 90,8%. Il est plus faible dans la région de l'Est.

Le taux de positivité du test de diagnostic rapide du VIH est de 0,3% au niveau national, il est plus élevé dans la région du Centre (Graphique 22).

²⁶ Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/Sida et les IST, 2016-2020 et 2021-2025



Source : MSHP Annuaire statistiques, 2021

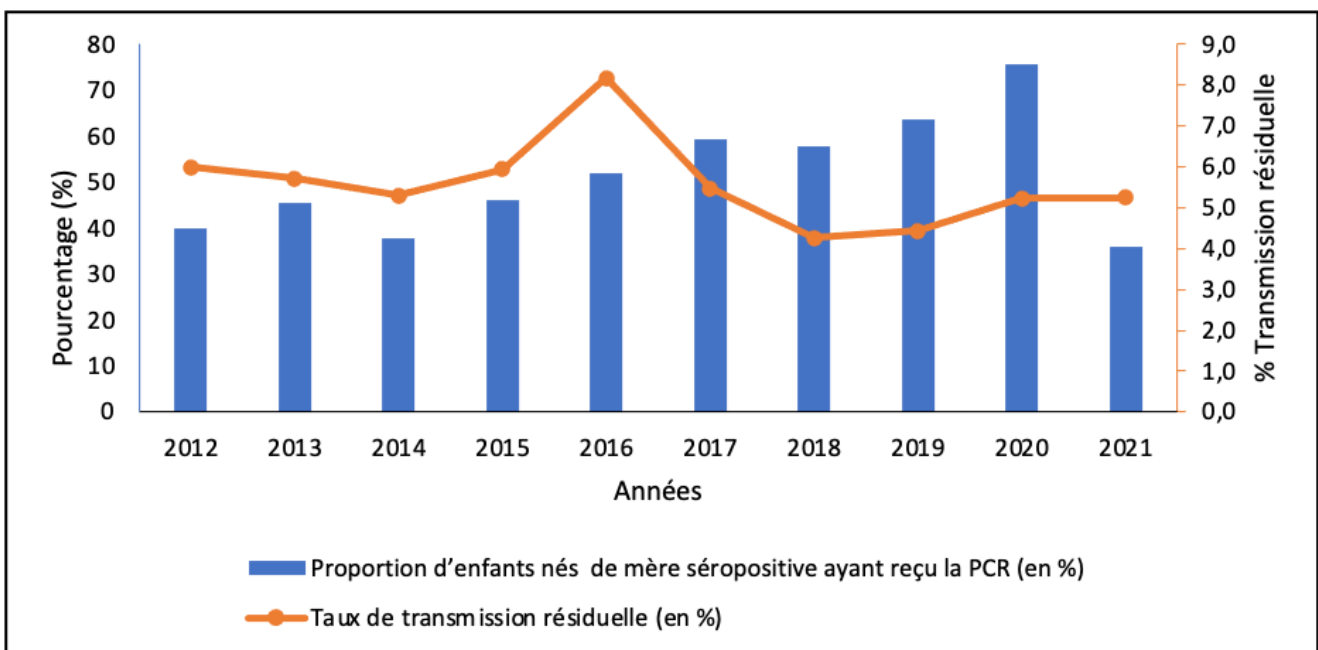
Graphique 22 : Taux de dépistage et de séropositivité du VIH chez les femmes enceintes par région en 2021

5.4.1.2. Dépistage du VIH chez les enfants nés de mères séropositives

- Tendances du dépistage du VIH chez les enfants nés de mères séropositives de 2012 à 2021

Depuis 2012, la tendance de la proportion des enfants nés de mères séropositives ayant bénéficié du dépistage VIH par la PCR est à la hausse, passant de 39,8% à 75,7% en 2020.

Le taux de transmission résiduelle est à la baisse, allant de 6% en 2012 à 5,2% en 2021 (Graphique 23).



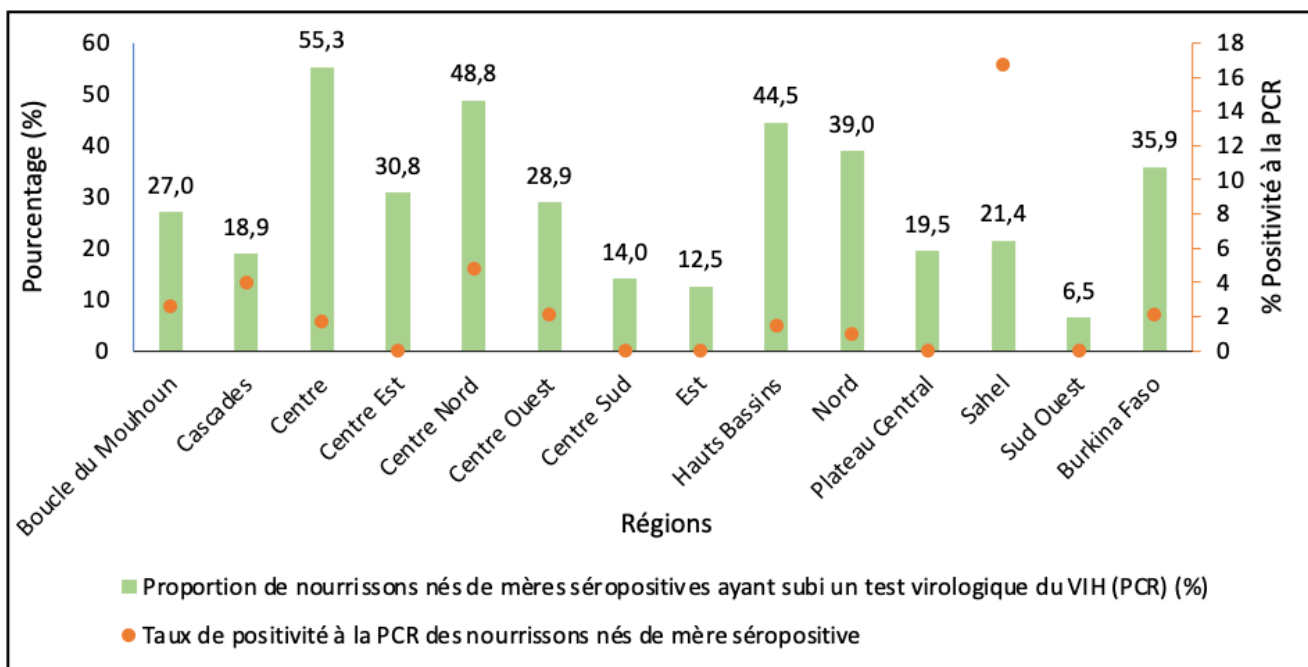
Source : SP-CNLS-IST Annuaire statistique VIH/SIDA et IST 2006-2020, MSHP Annuaire statistique 2021

Graphique 23 : Proportion d'enfants nés de mères séropositives dépistés par PCR et taux de transmission résiduelle de 2012-2021

• Dépistage du VIH chez les enfants nés de mères séropositives par régions en 2021

En 2021, le taux de dépistage du VIH chez les nourrissons nés de mères séropositives est de 35,9%. Il est plus faible dans la région du Sud-Ouest (6,5%).

Le taux de positivité de la PCR du VIH est de 2,1% au niveau national, il est plus élevé dans la région du Sahel (16,7%) (Graphique 24).

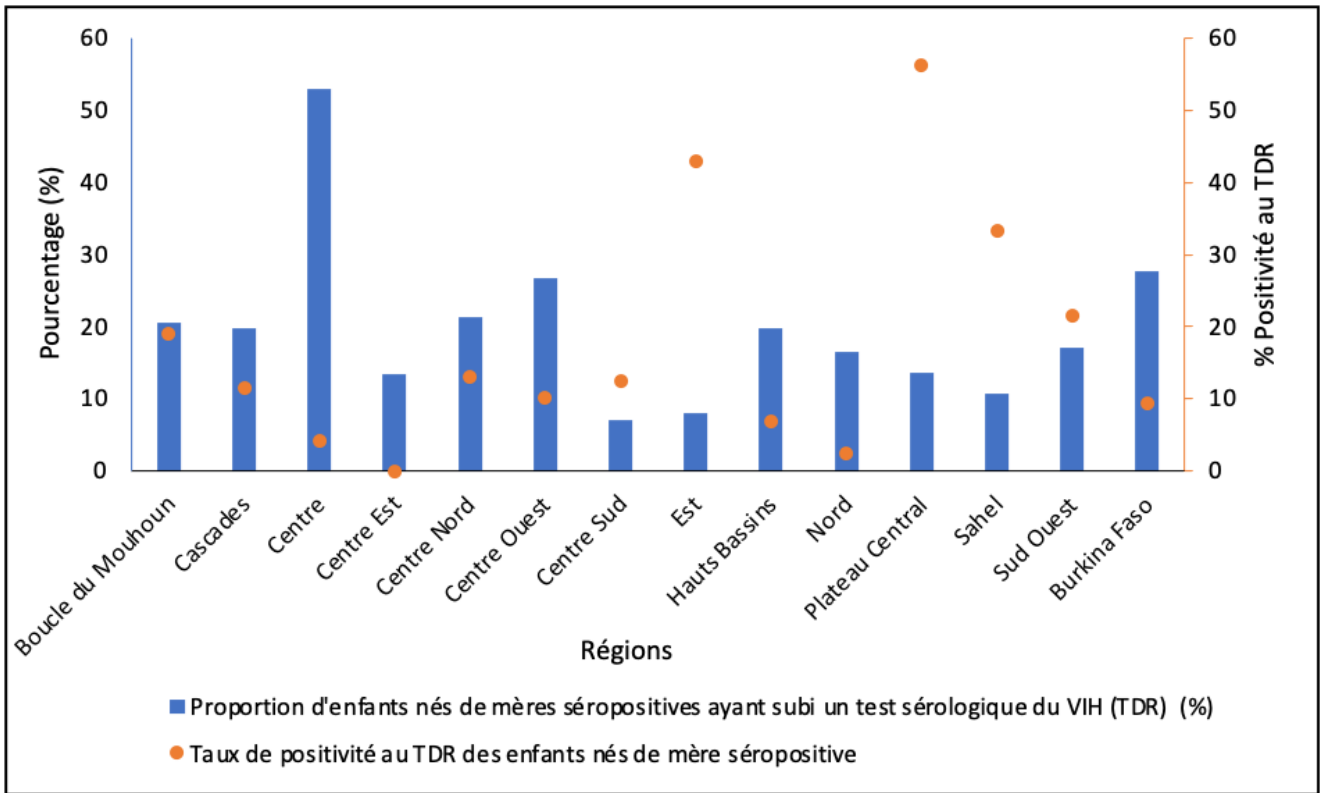


Source : MSHP Annuaire statistique 2021

Graphique 24 : Proportion de nourrissons nés de mères séropositives dépistés par PCR et taux de positivité à la PCR par régions en 2021

En 2021, le taux de dépistage du VIH chez les enfants nés de mères séropositives est de 27,7%. Il est plus faible dans la région du Centre-Sud.

Le taux de positivité du test de diagnostic rapide du VIH est de 9,3% au niveau national, il est plus élevé dans la région du Plateau Central (Graphique 25).



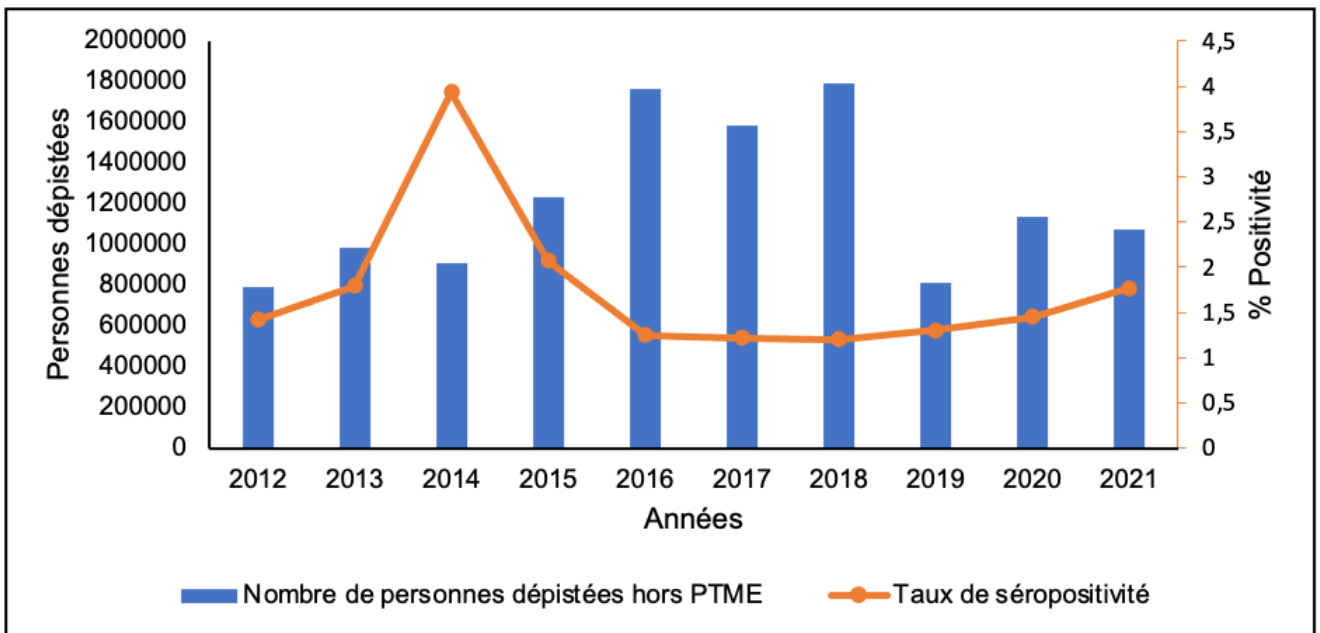
Source : MSHP Annuaire statistique 2021

Graphique 25 : Proportion de nourrissons nés de mères séropositives dépistés par TDR et taux de positivité au TDR par régions en 2021

5.4.2. Dépistage hors PTME

Au cours des dix (10) dernières années, le nombre de personnes dépistées hors PTME est légèrement en hausse passant de 722 014 en 2012 à 1 078 201 en 2021.

Le taux de positivité au VIH a connu un pic (3,94%) en 2014. En 2021 il est de 1,77% (Graphique 26).



Source : Bilan du plan national multi sectoriel (PNMS), 2021) et Spectrum

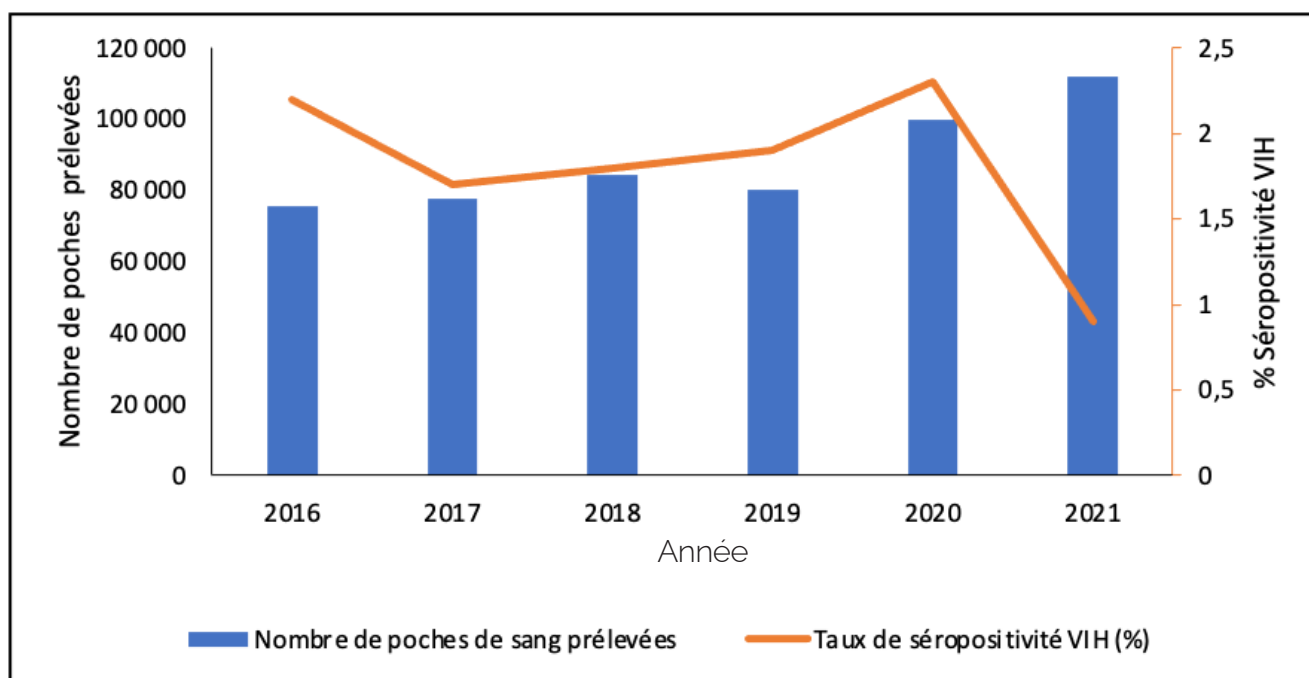
Graphique 26 : Répartition de personnes dépistées au cours des 10 dernières années en dehors de la PTME

5.4.3. Sécurité transfusionnelle

La sécurité transfusionnelle est mise en œuvre par le Centre national de transfusion sanguine (CNTS) à travers son plan stratégique de la transfusion sanguine. Les activités sont essentiellement réalisées par les Centres régionaux de transfusion sanguine (CRTS).

Les activités de promotion du don de sang ont été renforcées avec l'appui des associations de dons de sang et les autres structures sectorielles qui ont organisé le don de sang en leur sein.

Le CNTS teste systématiquement toutes les poches de sang pour le VIH. Le taux de séropositivité au VIH est en moyenne de 1,9%, ce qui est beaucoup plus élevé que la prévalence dans la population générale.



Source : MSHP Annales statistiques 2016 à 2021

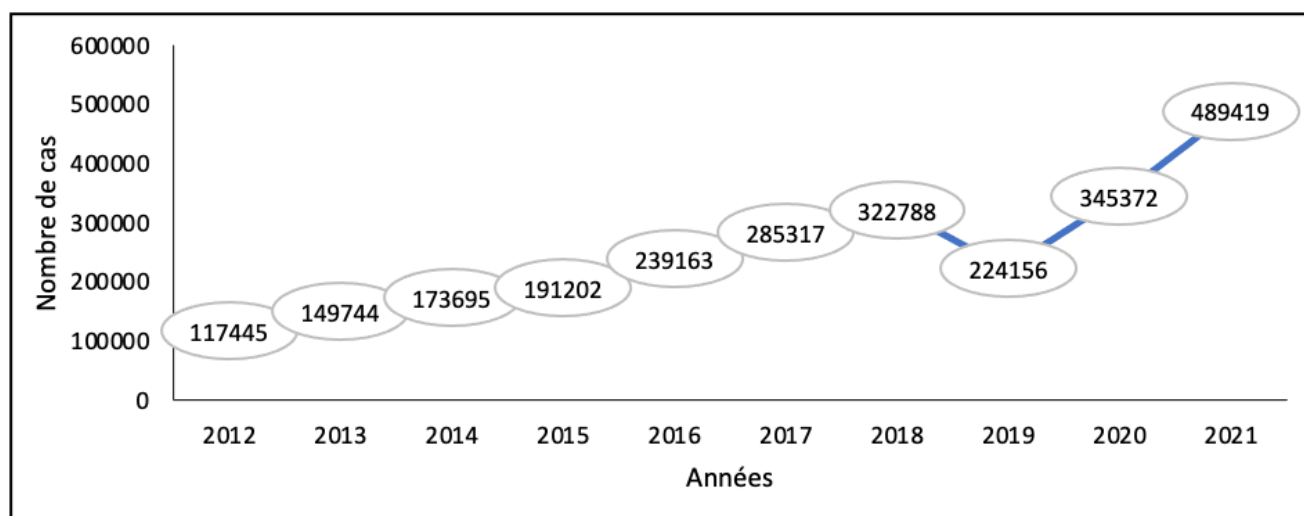
Graphique 27 : Pourcentage de dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH (UNGASS)

5.4.4. Notification des cas d'infections sexuellement transmissibles

Les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent une porte d'entrée principale de transmission de l'infection à VIH. Le diagnostic précoce et la prise en charge correcte de ces pathologies limitent les risques de transmission et de propagation de l'infection à VIH.

Dans les formations sanitaires, l'approche syndromique est recommandée et mise en pratique pour le diagnostic des cas d'IST.

En 2021, 489 419 cas d'IST ont été notifiés dans les formations sanitaires. On constate que la notification connaît une augmentation constante entre 2012 et 2021 (Graphique 28).



Source : Rapports annuels d'activités du PSSLS-IST

Graphique 28 : Evolution de la notification des cas d'IST de 2012 à 2021

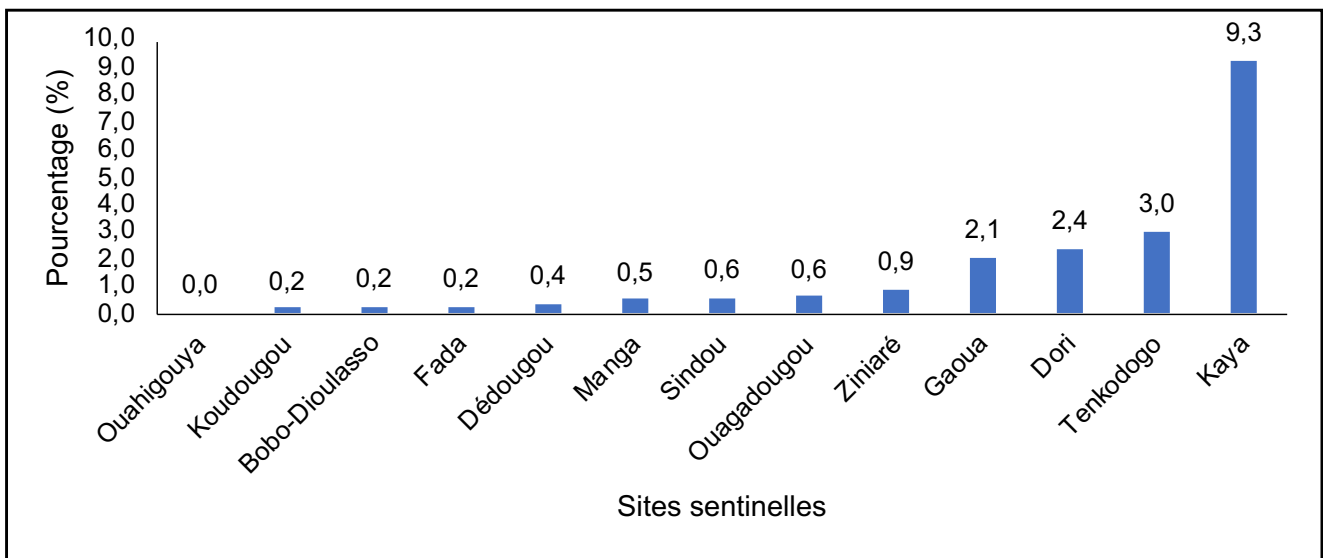
Le tableau ci-dessous présente le récapitulatif de la notification syndromique par région en 2021. Les régions du Centre (100 004 cas) et des Hauts-Bassins (58 380 cas) enregistrent le plus de cas d'IST. Les syndromes d'IST les plus fréquents sont l'écoulement vaginal et les douleurs pelviennes.

Tableau 3 : Notification des cas d'IST en 2021 par région

| Région | Bubon inguinal | Conjonctivite du nouveau né | Douleur pelvienne | Écoulement urétral | Écoulement vaginal | Gonflement douloureux du scrotum | Ulcération génitale | Végétations vénériennes | Total |
|--------------------------|----------------|-----------------------------|-------------------|--------------------|--------------------|----------------------------------|---------------------|-------------------------|---------|
| Boucle du Mouhoun | 141 | 801 | 9 920 | 6 106 | 8 932 | 345 | 3 299 | 109 | 29 653 |
| Cascades | 93 | 248 | 5 428 | 2 859 | 8 433 | 166 | 2 437 | 74 | 19 738 |
| Centre | 454 | 2 536 | 32 285 | 18 949 | 32 417 | 676 | 12 249 | 438 | 100 004 |
| Centre Est | 87 | 1 685 | 13 761 | 5 278 | 11 443 | 267 | 4 719 | 177 | 37 417 |
| Centre Nord | 94 | 1 045 | 11 652 | 8 779 | 13 015 | 264 | 5 415 | 117 | 40 381 |
| Centre Ouest | 256 | 565 | 9 093 | 4 852 | 12 273 | 267 | 3 437 | 299 | 31 042 |
| Centre Sud | 39 | 410 | 5 253 | 4 094 | 7 073 | 142 | 2 591 | 80 | 19 682 |
| Est | 79 | 1 715 | 15 985 | 8 522 | 11 539 | 2 632 | 4 300 | 74 | 44 846 |
| Hauts Bassins | 157 | 2 099 | 18 405 | 7 596 | 23 220 | 291 | 6 280 | 332 | 58 380 |
| Nord | 58 | 588 | 8 176 | 4 272 | 8 354 | 240 | 3 835 | 105 | 25 628 |
| Plateau | 33 | 551 | 7 943 | 5 920 | 10 198 | 264 | 4 342 | 89 | 29 340 |
| Central | | | | | | | | | |
| Sahel | 49 | 908 | 8 335 | 3 687 | 3 943 | 193 | 1 744 | 115 | 18 974 |
| Sud-Ouest | 69 | 888 | 12 513 | 7 901 | 9 642 | 278 | 2 949 | 94 | 34 334 |
| Burkina Faso | 1 609 | 14 039 | 158 749 | 88 815 | 160 482 | 6 025 | 57 597 | 2 103 | 489 419 |

Source : Annuaire statistique MSHP 2021

Les prévalences les plus fortes de la syphilis ont été enregistrées à Kaya (9,3%) et Tenkodogo (3%) en 2020 dans les sites sentinelles (Graphique 29).



Source : Sérosurveillance 2020

Graphique 29 : Prévalence de la syphilis par site sentinelle en 2020

6.

Prise en charge du VIH



6. Prise en charge du VIH

L'introduction progressive des ARV a donné beaucoup d'espoir aux populations et aux personnes infectées en particulier. Il est constaté une amélioration des indicateurs de traitement et de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Le personnel de santé formé pour la prise en charge du VIH a régulièrement augmenté suivant les années.

En plus de la décentralisation des sites de traitement pour le passage à l'échelle, la délégation des tâches est effective depuis 2015 sur l'étendue du territoire national.

Le nombre d'établissements de santé assurant la prise en charge des PvVIH a augmenté entre 2012 et 2021 atteignant 125 structures de prise en charge aussi bien publics, privés que communautaires, répartis dans tous les districts sanitaires du pays avec un maintien de la gratuité du traitement ARV depuis 2010.

6.1. Personnes sous traitement ARV

Le nombre de personnes sous traitement antirétroviral (ARV) est passé de 38 790 patients en 2012 à 74 340 en 2021 dont 2 531 enfants (Tableau 4)²⁷.

Tableau 4 : Effectif des PvVIH adultes et enfants sous traitement ARV et nombre de structures de prise en charge de 2012 à 2021

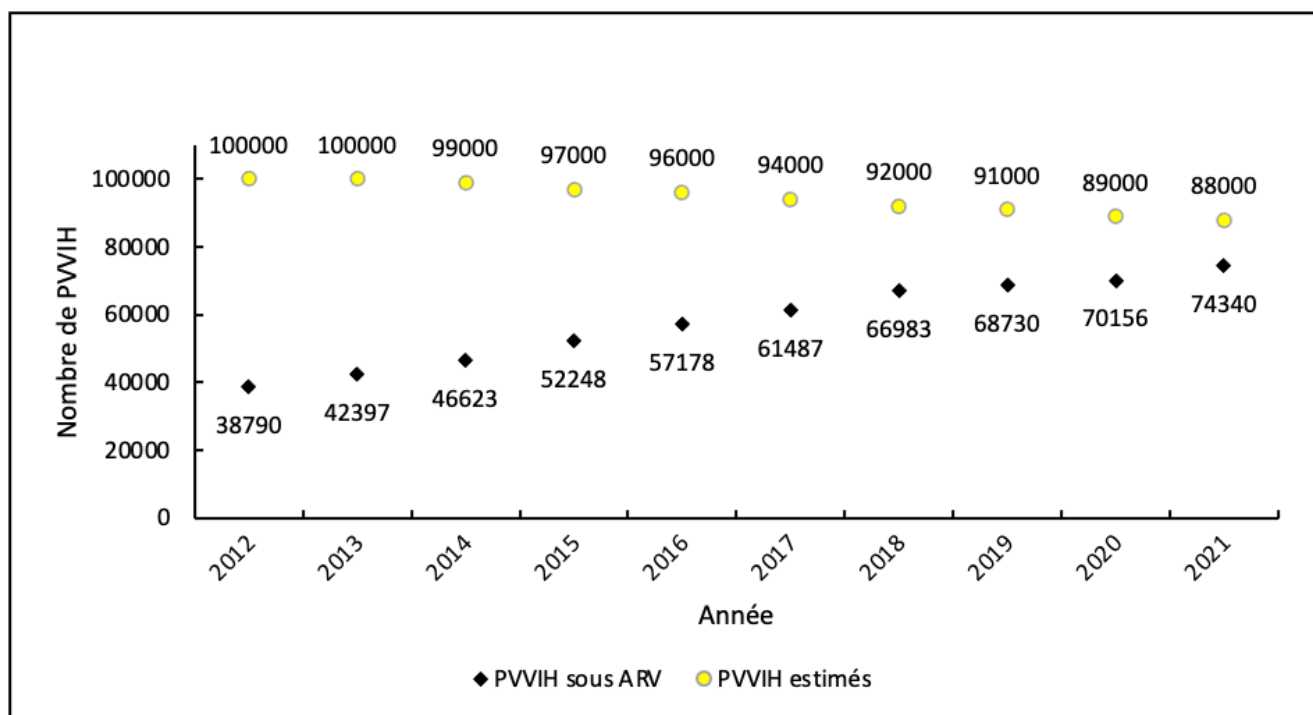
| Année | Nombre de structures de PEC ARV | Total des PvVIH sous ARV | Adultes sous traitement ARV | Enfants sous traitement ARV |
|-------|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 2012 | 99 | 38 790 | 36 912 | 1 878 |
| 2013 | 100 | 42 397 | 40 470 | 1 927 |
| 2014 | 100 | 46 623 | 44 410 | 2 213 |
| 2015 | 100 | 52 248 | 49 955 | 2 293 |
| 2016 | 106 | 57 178 | 54 674 | 2 504 |
| 2017 | 109 | 61 487 | 58 885 | 2 602 |
| 2018 | 113 | 66 983 | 64 284 | 2 684 |
| 2019 | 120 | 68 730 | 65 906 | 2 824 |
| 2020 | 125 | 70 156 | 67 462 | 2 694 |
| 2021 | 125 | 74 340 | 71 809 | 2 531 |

Sources : rapports d'activités du PSSLS-IST 2012-2021

²⁷ Rapport annuel du PSSLS-IST, 2022

6.2. Personnes sous traitement ARV comparé à la cible estimée

Depuis 2012, la tendance du nombre de PVIH sous traitement ARV est en augmentation passant de 38 790 à 74 340 en 2021, mais reste en deçà de la cible estimée (88 000) (Graphique 30).



Source : rapports d'activités du PSSLS-IST 2012-2021

Graphique 30 : Evolution du nombre de PVIH estimés et sous ARV par année

6.3. Personnes sous traitement ARV par âge, sexe et région

En 2021, les régions du Centre et des Hauts-Bassins enregistrent plus de PVIH sous traitement ARV, avec respectivement 30 067 et 12 673 personnes. Le nombre de PVIH sous traitement ARV est plus important chez les enfants de 0-14 ans de sexe masculin et chez les adultes de sexe féminin (Tableau 5).

Tableau 5 : Répartition du nombre de PVIH sous ARV par région et par sexe en 2021

| Régions | Enfants 0-14 ans | | | Adultes 15 ans et plus | | | Total |
|-------------------|------------------|---------|-------|------------------------|---------|--------|--------|
| | Masculin | Féminin | Total | Masculin | Féminin | Total | |
| Boucle du Mouhoun | 99 | 84 | 183 | 1 060 | 2 785 | 3 845 | 4 028 |
| Cascades | 31 | 30 | 61 | 471 | 1 469 | 1 940 | 2 001 |
| Centre | 464 | 494 | 958 | 8 419 | 20 690 | 29 109 | 30 067 |
| Centre-Est | 61 | 67 | 128 | 906 | 2 548 | 3 454 | 3 582 |
| Centre-Nord | 55 | 46 | 101 | 632 | 2 089 | 2 721 | 2 822 |
| Centre-Ouest | 113 | 111 | 224 | 1 481 | 3 923 | 5 404 | 5 628 |
| Centre-Sud | 43 | 34 | 77 | 453 | 1 321 | 1 774 | 1 851 |
| Est | 27 | 20 | 47 | 325 | 798 | 1 123 | 1 170 |
| Hauts-Bassins | 185 | 199 | 384 | 3 199 | 9 090 | 12 289 | 12 673 |
| Nord | 112 | 82 | 194 | 1 157 | 3 111 | 4 268 | 4 462 |

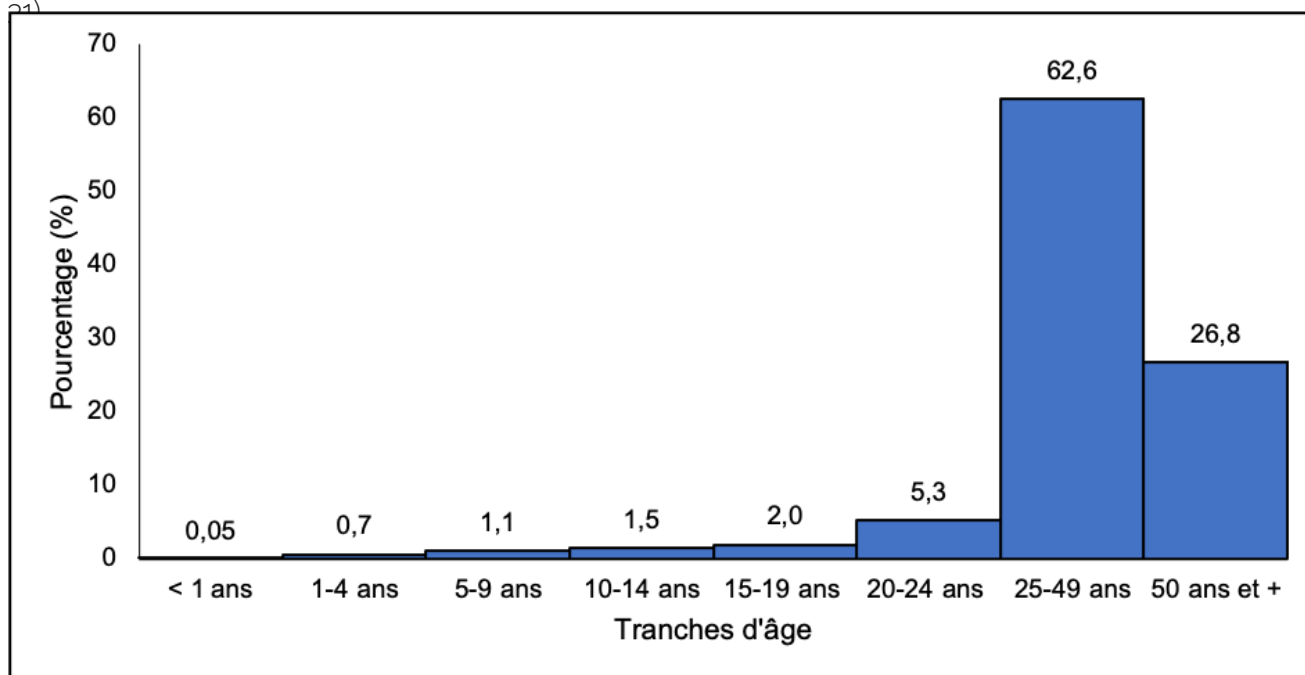
| | | | | | | | |
|-----------------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|
| Plateau Central | 45 | 38 | 83 | 463 | 1 374 | 1 837 | 1 920 |
| Sahel | 5 | 5 | 10 | 195 | 343 | 538 | 548 |
| Sud-Ouest | 46 | 35 | 81 | 986 | 2 521 | 3 507 | 3 588 |
| National | 1 286 | 1 245 | 2 531 | 19 747 | 52 062 | 71 809 | 74 340 |

Source : rapports d'activités du PSSLS-IST 2021

6.4. Personnes sous traitement ARV par tranche d'âge

La répartition par tranche d'âge des PvVIH en 2021 montre que la tranche d'âge de 25-49 ans comprend près des deux tiers des PvVIH sous ARV soit 62,6%.

La tranche d'âge des 25-49 ans et des 50 ans et plus sont environ 90% des PvVIH sous ARV (Graphique 31).



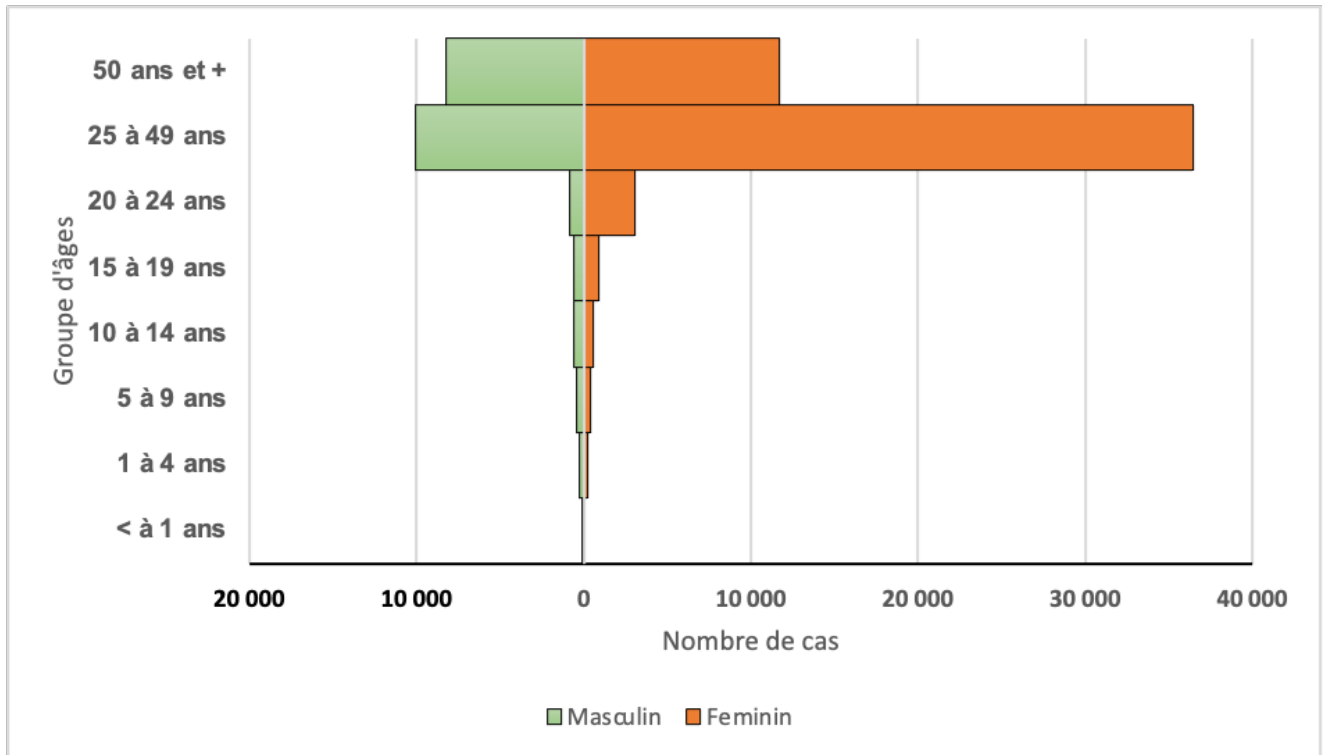
Source : rapports d'activités du PSSLS-IST 2021

Graphique 31 : Répartition des PvVIH sous traitement ARV par tranches d'âge en 2021

6.5. Personnes sous traitement ARV par sexe et tranche d'âge

La répartition par sexe et par tranche d'âge montre que :

- Chez les personnes de sexe masculin, la tranche d'âge de 25-49 ans représente près de la moitié soit 48% des PvVIH et les tranches d'âge de 25-49 ans et de 50 ans et plus représentent près de 90% des PvVIH.
- chez les personnes de sexe féminin, la tranche d'âge de 25-49 ans représente plus des deux tiers soit 68% des PvVIH sous ARV et les tranches d'âge de 25-49 ans et 50 ans et plus représentent 94% des PvVIH. (Graphique 32).

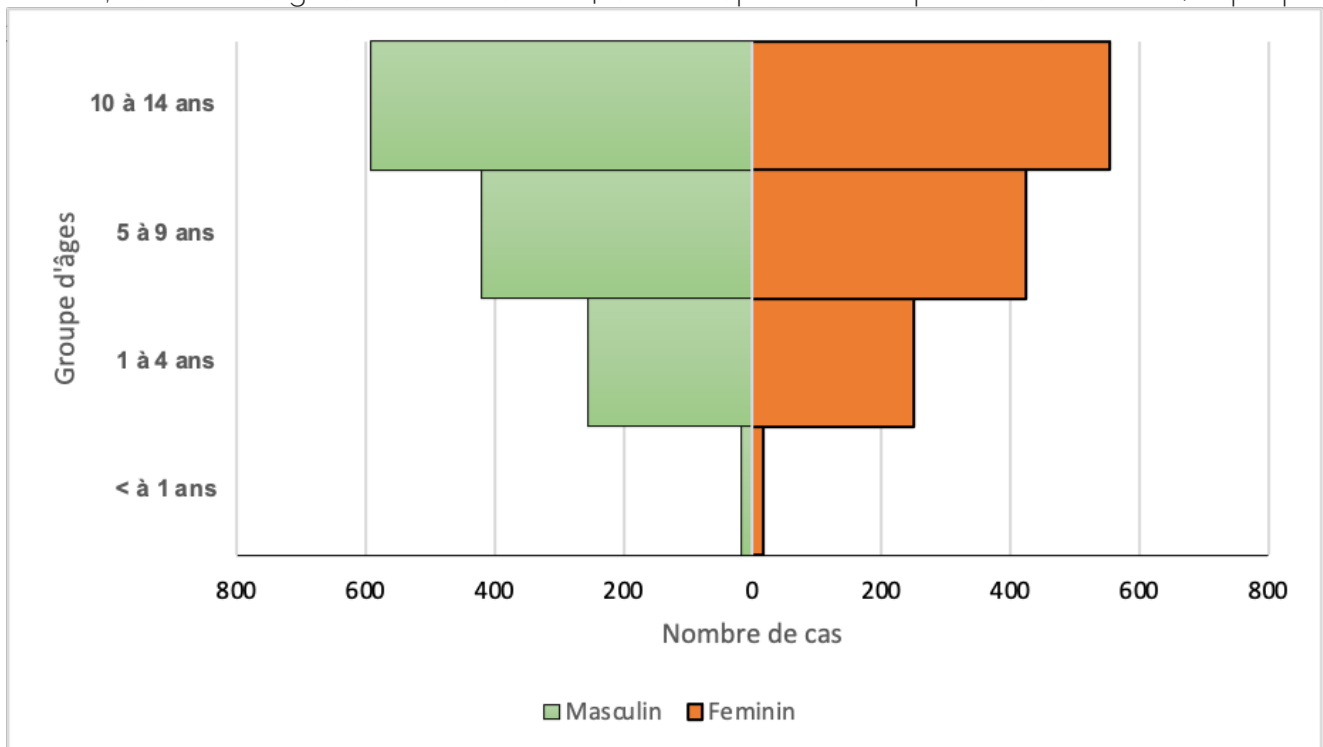


Source : rapports d'activités du PSSLS-IST 2021

Graphique 32 : Répartition des PVIH sous traitement ARV par sexe et selon les tranches d'âge en 2021

6.6. Enfants sous traitement ARV par sexe et tranche d'âge

En 2021, la tranche d'âge des enfants de 10-14 ans est la plus touchée pour les deux sexes (Graphique

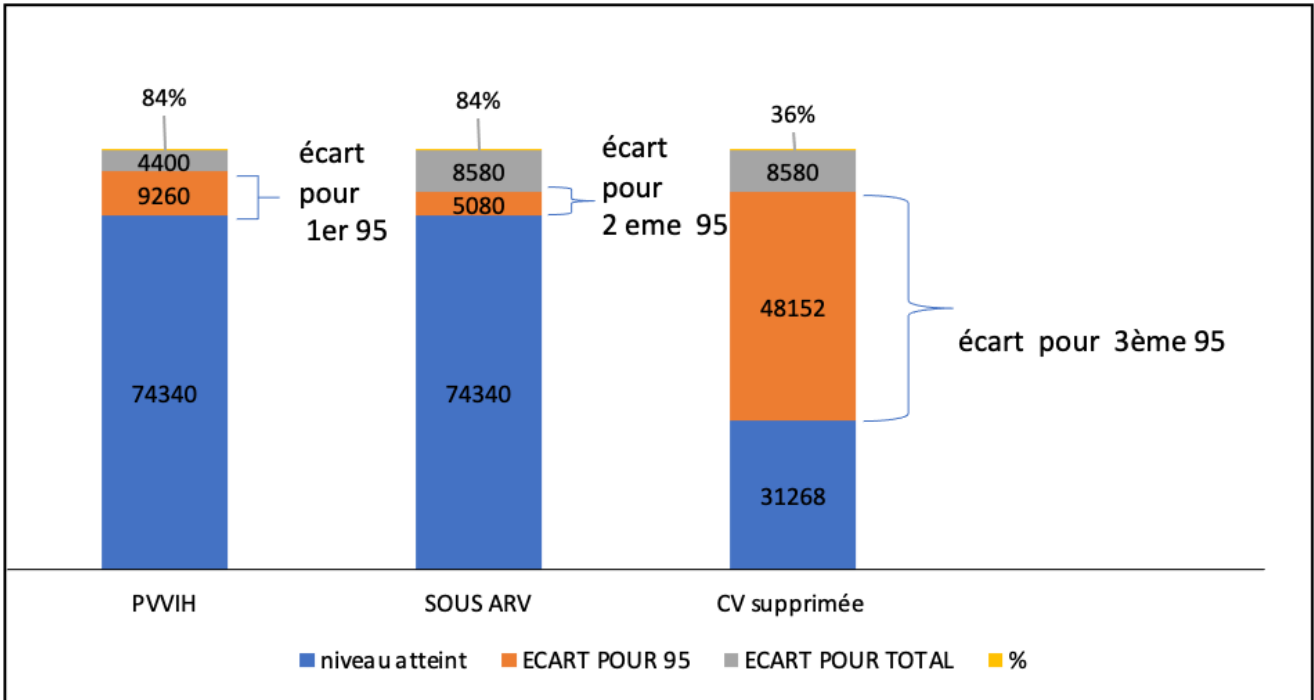


Source : rapports d'activités du PSSLS-IST 2021

Graphique 33 : Répartition des PVIH sous traitement ARV par sexe et par tranches d'âge en 2021

6.7. Cascade des 3 X 95

La cascade des 3x95²⁸ montre que le niveau d'atteinte des objectifs ONUSIDA est de 84% pour les 2 premiers 95 et seulement 36% pour le 3ème 95 (Graphique 34).

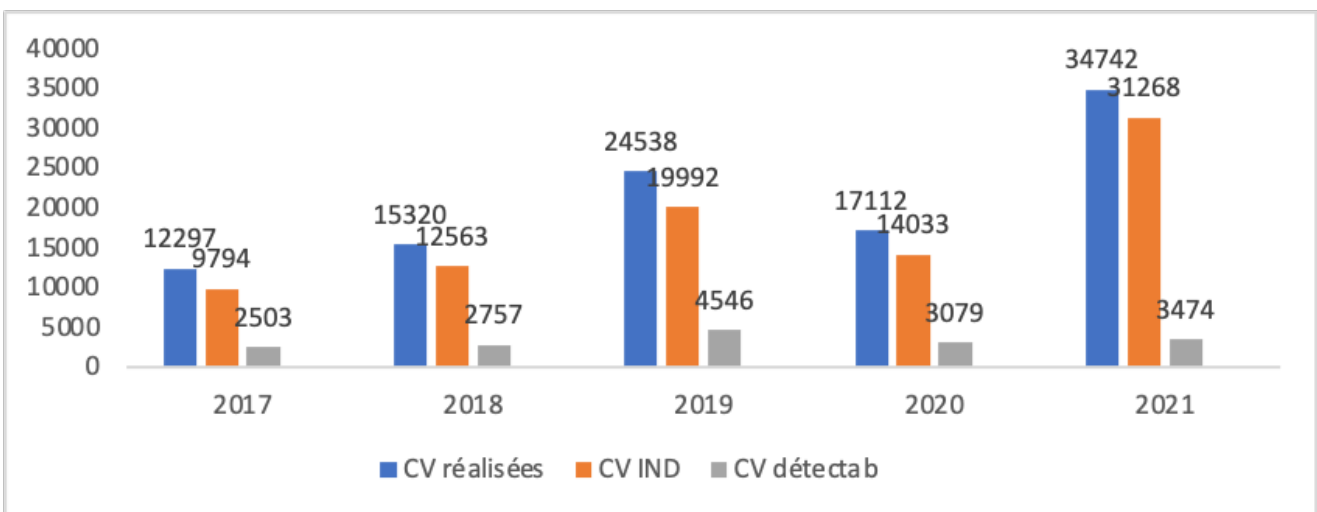


Source rapports d'activités du PSSLS-IST 2021

Graphique 34 : Cascade des 3X95 en 2021

6.8. Résultats de la charge virale

La tendance du nombre de charge virale (CV) réalisées est globalement à la hausse. Il est passé de 12 :297 en 2017 à 34 :742 en 2021. En 2021, sur 34 742 CV réalisées, 31 268 PVIH (adultes et enfants) avaient une CV supprimée (Graphique 35).



Source : rapports d'activités du PSSLS-IST 2021

Graphique 35 : Charge virale réalisée de 2017 à 2021

²⁸ 95% des PVIH connaissent leur statut sérologique, 95% des personnes qui connaissent leur séropositivité reçoivent un traitement ARV et 95% des personnes sous traitement ARV ont une charge virale supprimée d'ici 2030.

6.9. Personnes sous traitement ARV de 2012 à 2021

Le nombre de PvVIH sous traitement de 3ème ligne est en hausse depuis 2012. Il est passé de 32 en 2012 à 300 en 2021 (Tableau 6).

Tableau 6 : Nombre de PvVIH sous traitement ARV par année et par ligne thérapeutique

| | Nombre de PvVIH sous ARV 1ère ligne | Nombre de PvVIH sous ARV 2ème ligne | Nombre de PvVIH sous ARV 3ème ligne | Nombre total de PvVIH sous ARV |
|------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| 2012 | 37 708 | 1 051 | 32 | 38 790 |
| 2013 | 41 355 | 1 317 | 44 | 42 348 |
| 2014 | 45 056 | 1 514 | 53 | 46 623 |
| 2015 | 50 480 | 1 703 | 64 | 52 248 |
| 2016 | 53 074 | 1 521 | 79 | 57 125 |
| 2017 | 58 770 | 2 633 | 84 | 61 490 |
| 2018 | 56 898 | 2 560 | 77 | 59 534 |
| 2019 | 65 403 | 3 217 | 110 | 68 730 |
| 2020 | 66 648 | 3 508 | 102 | 70 156 |
| 2021 | 70 794 | 3 246 | 300 | 74 340 |

Source : SP-CNLS-IST, Bilans PNM

7.

Surveillance et recherche



7. Surveillance et recherche

7.1. Surveillance

7.1.1. Sérosurveillance

La surveillance de deuxième génération appelée sérosurveillance par site sentinelle couvre l'ensemble des 13 régions du pays depuis 2004 avec sept (7) sites en milieu urbain et six (6) en milieu rural. Ces sites hébergent 63 centres de prélèvements repartis sur le territoire national. Au Burkina Faso, la surveillance est réalisée chaque année et un rapport est élaboré et validé par le comité technique de surveillance épidémiologique mise en place par le Ministère de la santé à cet effet depuis 2005.

L'objectif général de cette surveillance est de déterminer la séroprévalence du VIH au Burkina Faso, plus spécifiquement il s'agit de mesurer la prévalence de l'infection à VIH des populations dans les sites sentinelles, de monitorer les tendances de l'infection à VIH selon le temps et à travers les sites sentinelles, de fournir des informations pour les programmes de planification et, de mesurer l'impact des programmes d'intervention.

7.1.2. Résistances aux antirétroviraux

Une enquête sur la résistance du virus aux traitements ARV réalisée dans les CHR de Dédougou et de Koudougou en 2016 a donné respectivement une prévalence de 15,80% et 19,60%. Dans la même enquête, on notait respectivement une prévalence de la résistance aux INNTI de 7% et 11,20%, aux INTI 3,50% et 2,80%, aux INTI et INNTI 1,80% et 2,80%, aux IP 2,60% et 2,80%, aux IP et INTI 0,90% et 0%. Aucune résistance n'a été observée pour les combinaisons IP, INTI et INNTI, IP et INNTI²⁹.

7.1.3. Indicateur d'alerte précoce (IAP)

Le Ministère de la Santé a élaboré depuis 2008, un plan de surveillance de la pharmacorésistance du VIH aux antirétroviraux. Ce plan, qui s'appuie sur la stratégie mondiale recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), prévoit chaque année des enquêtes de surveillance d'un certain nombre d'IAP sur les sites de traitement des personnes vivant avec le VIH (PVIH).

L'objectif de cette surveillance est de générer des informations permettant de soutenir l'action de santé publique pour la prévention de la pharmacorésistance du VIH au niveau des sites ou du programme national de prise en charge (PEC). Quatre (4) indicateurs sur les sept (7) recommandés par l'OMS dont un facultatif ont été retenus au niveau national par le comité technique de surveillance épidémiologique du VIH/SIDA (CTSE)³⁰.

L'objectif des IAP dans la surveillance est de générer des informations permettant de soutenir l'action de santé publique pour la prévention de la pharmacorésistance du VIH au niveau des sites ou du programme national de prise en charge (PEC).

Les IAP surveillés au niveau des sites en 2021 se décrivent comme suit :

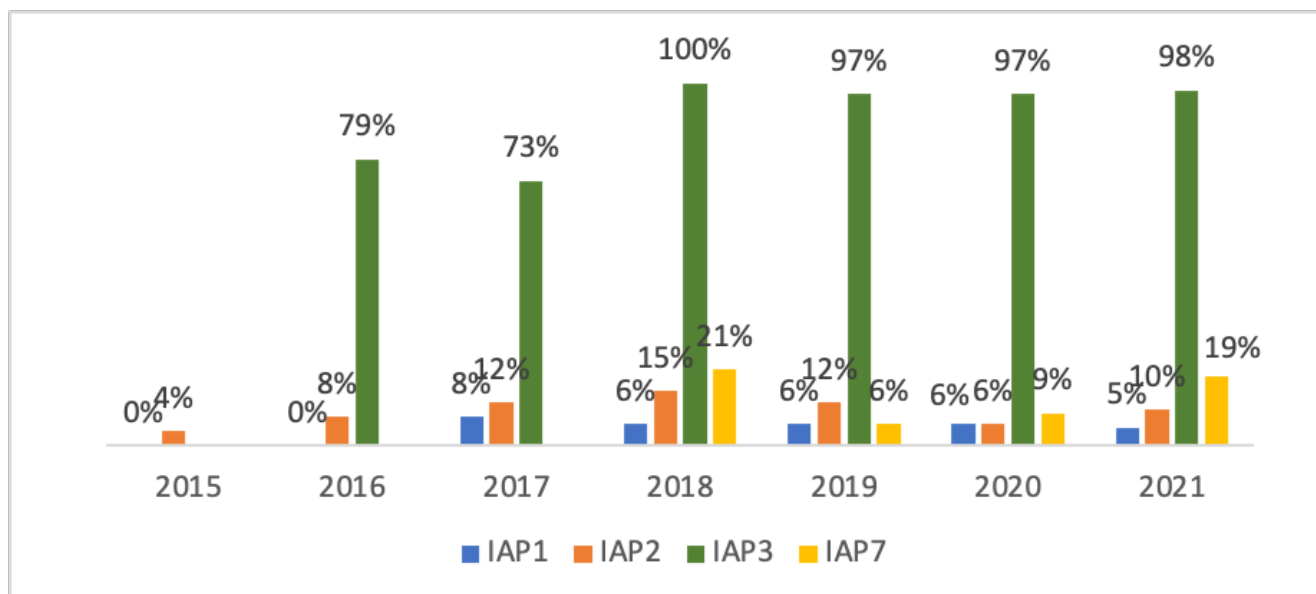
- pour l'IAP1, les patients éligibles sont ceux qui retirent l'ensemble des ARV prescrits avec au maximum deux jours de retard au premier retrait après un retrait de référence défini;
- pour l'IAP2, il s'agit des patients qui ont initié leur traitement ARV en 2019 ; dont on sait qu'ils sont vivants et sous traitement 12 mois après le début du TAR
- pour l'IAP3, la cible est la liste des ARV de première ligne adulte dont dispose le site en 2020; une année donnée pendant lesquels il n'y a eu aucune rupture de stock

29 IRD Monitoring de la pharmacorésistance du VIH aux ARV au Burkina Faso après 1 an de traitement antirétroviral. Sites de surveillance : CHR de Koudougou et CHR de Dédougou 2018

30 PSSLS-IST Rapport de la surveillance des indicateurs d'alerte précoce (IAP) 2021 au Burkina Faso

- pour l'IAP7, il s'agit des patients qui ont initié leur traitement ARV en 2019 qui sont perdus de vue 12 mois après la mise en route du traitement.

En 2021, la proportion des niveaux d'atteinte des IAP est de 5%, 10%, 98%, et 19%, respectivement pour les IAP 1, 2, 3 et 7 (Graphique 36).



Source Rapport de la surveillance des indicateurs d'alerte précoce (IAP) 2021 au Burkina Faso, MSHP

Graphique 36 : Evolution du niveau d'atteinte des IAP de 2015 à 2021

7.2. Recherche

La recherche sur le VIH au Burkina Faso est conduite par les principales entités de recherche que sont le Centre MURAZ, l'IRSS, le Centre de recherche biomoléculaire Pietro Annigoni (CERBA) de l'hôpital Saint Camille, les hôpitaux du jour des CHU, dans des domaines aussi divers que variés.

Dans le domaine de la PTME, des interventions ont été proposées depuis 1996 pour réduire la transmission verticale du VIH. Ainsi, certaines de ces interventions, comme l'administration prénatale de médicaments antirétroviraux, impliquaient l'organisation d'un conseil et d'un dépistage du VIH chez les femmes enceintes. L'étude DITRAME, un essai clinique de phase II d'une cure courte de zidovudine pendant la grossesse (ANRS 049), a par exemple mené des activités de traitement préventif couplé à des conseils associés à un dépistage du VIH lors des consultations prénatales à Abidjan et Bobo-Dioulasso³¹. Une autre recherche, Kesho-Bora, a étudié l'association entre les modes d'alimentation et la survie sans VIH chez les enfants nés de mères infectées afin de déterminer si la prophylaxie antirétrovirale (ARV) modifie cette association³².

Après l'adoption de l'option B+ en 2014, d'autres interventions ont permis de maintenir les mères sous un traitement plus long et d'augmenter leur survie et celle de leurs enfants^{33, 34}.

Dans le domaine de la recherche biomoléculaire, l'Apolipoprotéine B mRNA editing enzyme catalytic

31 Cartoux M, Msellati P, Meda N, Wellfens-Ekra C, Mandelbrot L, Leroy V, et al. Attitude of pregnant women towards HIV testing in Abidjan, Côte d'Ivoire and Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. DITRAME Study Group (ANRS 049 Clinical Trial). Diminution de la Transmission Mère-Enfant du VIH. Agence Nationale de Recherches sur le SIDA. AIDS Lond Engl. déc 1998;12(17):2337-44.

32 Coumil A, Van de Perre P, Cames C, de Vincenzi I, Read JS, Luchters S, et al. Early Infant Feeding Patterns and HIV-free Survival: Findings from the Kesho-Bora Trial (Burkina Faso, Kenya, South Africa). Pediatr Infect Dis J. fév 2015;34(2):168.

33 Sakana BLD, Menecier A, Fao P, Tassemedo S, Moles JP, Kania D, et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV at the second immunization visit: a cross-sectional study, Burkina Faso. Bull World Health Organ. 1 déc 2022;100(12):769-76.

34 Ghoma Linguissi LS, Sagna T, Soubeiga ST, Gwom LC, Nkenfou CN, Obiri-Yeboah D, et al. Prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV: a review of the achievements and challenges in Burkina-Faso. HIVAIDS Auckl NZ. 2019;11:165-77.

polypeptide-like 3G (APOBEC3G) qui est un puissant inhibiteur de la réplication du VIH-1 a été étudié, ainsi que l'analyse de l'effet de ses trois variants (rs6001417, rs8177832 et rs35228531) et de leurs haplotypes sur la co-infection par le VIH-1 et le virus de l'hépatite B (VHB) au Burkina Faso³⁵.

L'expression de l'APOBEC3G qui agit en désaminant les cytidines en uracile sur le brin négatif de l'ADNc viral chez les sujets infectés par le VIH-1 et l'effet du polymorphisme de l'APOBEC3G sur son expression ont également été évalués³⁶.

Concernant la sérodiscordance, une étude a permis de caractériser certains gènes human leukocyte antigen (HLA) de classe II et les gènes KIR chez les couples sérodiscordants pour le VIH-1 au Burkina Faso. Cette étude a été réalisée auprès de dix-neuf (19) couples sérodiscordants pour le VIH-1. La caractérisation des gènes KIR et HLA DRB1*11, DRB1*12 a démontré que l'inhibiteur KIR2DL5B conférerait une protection contre l'infection par le VIH-1 chez les partenaires séronégatifs (odds ratio [OR] = 0,13 [0,02-0,72] et p = 0,029), et l'allèle HLA DRB1*12 a été associé à une protection contre l'infection par le VIH-1 chez les partenaires séronégatifs (OR = 0,16 [0,03-0,77] et p = 0,038)³⁷.

La recherche a également concerné les HSH avec l'étude multicentrique CohMSM. Elle a permis de déterminer si l'introduction de la PrEP en tant qu'outil de prévention supplémentaire influençait le type de participants s'inscrivant dans la cohorte CohMSM-PrEP³⁸.

35 Compaore TR, Diarra B, Assih M, Obiri-Yeboah D, Soubeiga ST, Ouattara AK, et al. HBV/HIV co-infection and APOBEC3G polymorphisms in a population from Burkina Faso. *BMC Infect Dis.* 22 juill 2016;16:336.

36 Compaore TR, Soubeiga ST, Ouattara AK, Tchelougou D, Bisseye C, Bakouan DR, et al. APOBEC3G expression and HIV-1 infection in Burkina Faso. *J Public Health Afr.* 21 déc 2018;9(3):907.

37 Lallogo TD, Djigma FW, Sorgho PA, Martinson JJ, Compaore TR, Traore L, et al. KIR2DL5B and HLA DRB1*12 alleles seems to be associated with protection against HIV-1 in serodiscordant couples in Burkina Faso. *J Med Virol.* sept 2022;94(9):4425-32.

38 Eubanks A, Dembélé Keita B, Anoma C, Dah TTE, Mensah E, Maradan G, et al. Reaching a Different Population of MSM in West Africa With the Integration of PrEP Into a Comprehensive Prevention Package (CohMSM-PrEP ANRS 12369—Expertise France). *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr.* 1 nov 2020;85(3):292.



8.

Comorbidités

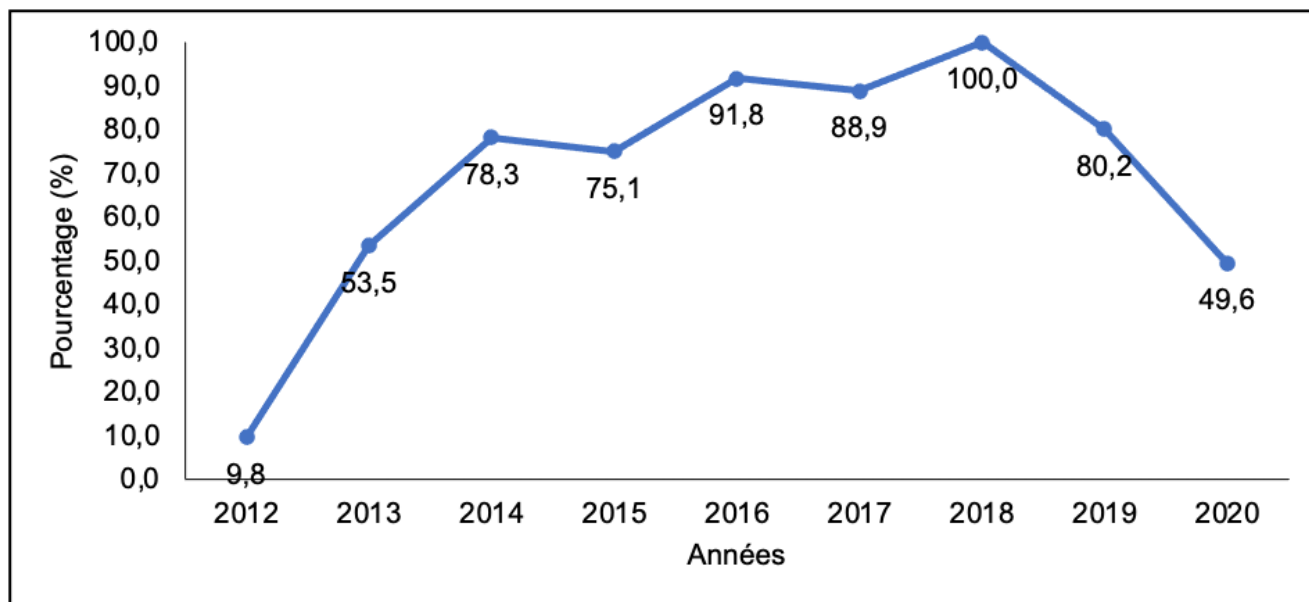


8. Comorbidités

8.1. Données de la co-infection TB/VIH

8.1.1. Recherche active de la TB chez les PvVIH

La proportion des PvVIH soumis à la recherche active de la TB est en baisse de 2018 (100%) à 2020 (49,6%) (Graphique 37).



Source : SP-CNLS-IST Annuaire statistiques, VIH/SIDA IST 2006 à 2020

Graphique 37 : Proportion de PvVIH soumis à la recherche active de la tuberculose de 2012 à 2020.

8.1.2. Prise en charge thérapeutique des PvVIH co-infectés Tuberculose

La proportion de patients qui bénéficient à la fois d'un traitement contre le VIH et la tuberculose demeure depuis 2012 en dessous du seuil de 100%. En 2020 elle était de 85,1% (Tableau 7).

Tableau 7 : Situation des PvVIH prises en charge pour la TB et le VIH

| | Patients TB/VIH sous Cotrimoxazole | | Patients TB/VIH qui bénéficient à la fois d'un traitement contre le VIH et la TB | |
|-------------|------------------------------------|-------------------|--|-------------------|
| | Nombre | Proportion (en %) | Nombre | Proportion (en %) |
| 2012 | 647 | 96,42 | 578 | 86,14 |
| 2013 | 655 | 98,05 | ND | ND |
| 2014 | 641 | 97,71 | 564 | 82,82 |
| 2015 | 510 | 96,94 | 596 | 90,99 |
| 2016 | 515 | 95,37 | 468 | 86,67 |
| 2017 | 482 | 93,8 | 433 | 84,2 |
| 2018 | 425 | 82,36 | 413 | 80,04 |
| 2019 | 444 | 97,2 | 455 | 99,6 |
| 2020 | 366 | 86,3 | 361 | 85,1 |

ND : Non défini

Source : SP-CNLS-IST Annuaire statistiques, VIH/SIDA IST 2006 à 2020

8.2. Co-infection VIH/Hépatites

Il n'existe pas des données récentes d'envergure nationale sur la co-infection VIH/Hépatite virale. Néanmoins trois études ont été réalisées à Bobo-Dioulasso et à Ouagadougou^{39, 40, 41}.

La plupart des études sur la co-infection ont concerné des groupes particuliers. En effet, en 1988 concernant les patients infectés par le VIH suivis à l'Hôpital de jour du CHU-SS, la prévalence de l'hépatite était de 12,7%⁴².

La même étude montrait que sur 2 130 femmes enceintes suivies à Ouagadougou, 115 étaient séropositives pour le VIH, parmi lesquelles 14 étaient co-infectées par l'hépatite B, soit une co-infection VIH-VHB de 0,65% avec un taux de transmission verticale du VHB de 2,6%⁴³.

Une autre étude transversale réalisée dans la ville de Bobo-Dioulasso en 2001 a révélé une prévalence de 0,88% chez les femmes enceintes co-infectées par le VIH et le VHB⁴⁴.

En 2018, une étude estimait la séroprévalence à 9,1% pour l'antigène de surface de l'hépatite B et à 3,6% pour les anticorps du virus de l'hépatite C. La séroprévalence était plus élevée chez les hommes que chez les femmes⁴⁵.

39 Bergeret, M., Boutros, N., & Raymond, J. (2003). Co-infection hépatite C et VIH chez les femmes enceintes à Ouagadougou (Burkina Faso).

40 Serme, A. K., Ilboudo, P. D., Samandougou, A., Simpore, J., Bougouma, A., & Sombie, A. R. (2005). Portage du virus de l'hépatite C chez les femmes enceintes et transmission mère-enfant à Ouagadougou, Burkina Faso. Santé publique: courte note, (2764), 108-109.

41 Bado, G., Penot, P., N'Diaye, M. D., Amiel, C., Hema, A., Kamboulé, E. B., ... & Sawadogo, A. B. (2013). Hépatite B séroprévalence in HIV-infected patients consulting in a public day care unit in Bobo Dioulasso, Burkina Faso. *Medicine et maladies infectieuses*, 43(5), 202-207.

42 Prisca, I. B. M. (1988). Aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs de l'hépatite virale B chez les patients infectés par le VIH à l'hôpital de jour de Bobo-Dioulasso.

43 Prisca, I. B. M. (1988). Aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs de l'hépatite virale B chez les patients infectés par le VIH à l'hôpital de jour de Bobo-Dioulasso.

44 Dao B, Nacro B, Dahourou H, Meda N, Van De Perre P. HIV infection and hepatitis B co-infection: survey of prevalence in pregnant women in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Rev Med Brux*. 2001; 22(2): 83-6

45 Meda N ; Tuillon E ; Kania D ; Tiendrebeogo A ; Pisoni A ; Zida S et al. Hepatitis B and C virus seroprevalence, Burkina Faso : a cross-sectional study. *Bull World Health Organ*. 2018; 96(11): 750-759



9.

Financements



9. Financements

9.1. Mécanisme de financement de la lutte contre le VIH/Sida et les IST

L'analyse de l'environnement des ressources nationales montre qu'il existe des opportunités pour un financement durable de la riposte nationale au VIH. De ce fait, les stratégies visent la mobilisation des partenaires potentiels aux niveaux national et international.

La mobilisation des ressources domestiques est prioritairement orientée vers l'Etat, les collectivités territoriales, le secteur privé, etc. Quant à la mobilisation des ressources extérieures, elle est orientée vers les partenaires bilatéraux, multilatéraux et ONG internationale.

La stratégie de mobilisation des ressources passe par :

- l'augmentation de la contribution de l'Etat pour des investissements durables et la réduction des gaps ;
- le co-investissement (fonds de contrepartie) en vue de maintenir le financement des partenaires extérieurs ;
- le développement d'une politique de partenariat public privé ;
- la recherche de financements innovants reposant sur des contributions et taxes ;

Les mécanismes de mise en œuvre privilégient l'élaboration :

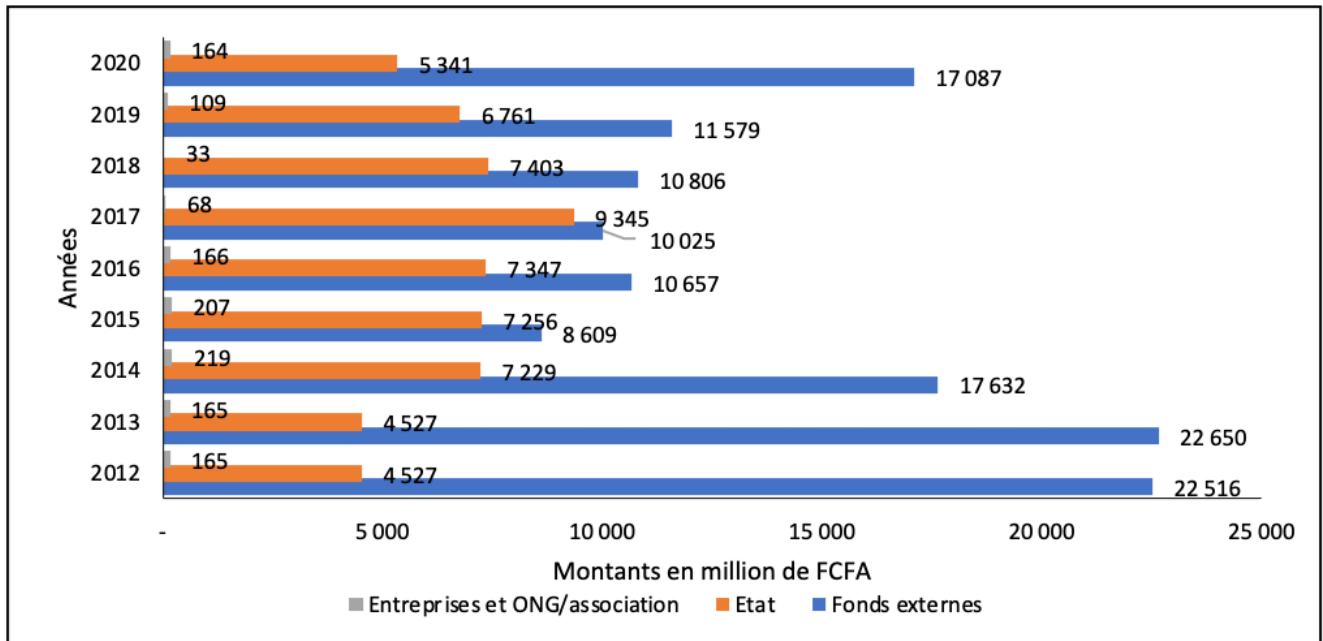
- d'une cartographie des partenaires financiers en fonction du domaine d'intervention et de la localité ;
- du paysage de financement de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
- du plan de mobilisation des ressources ;
- du plan de gestion des risques tenant compte du contexte sécuritaire.

En vue de garantir la transparence dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le VIH, le Sida et les IST, il s'avère nécessaire d'assurer la redevabilité et la reddition des comptes à l'adresse des partenaires nationaux et internationaux⁴⁶.

9.2. Montants des financements selon la source

Depuis 2012, les fonds externes occupent la plus grande part du financement de la lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso suivi des fonds internes (Graphique 38).

46 SP-CNLS-IST Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2021-2025

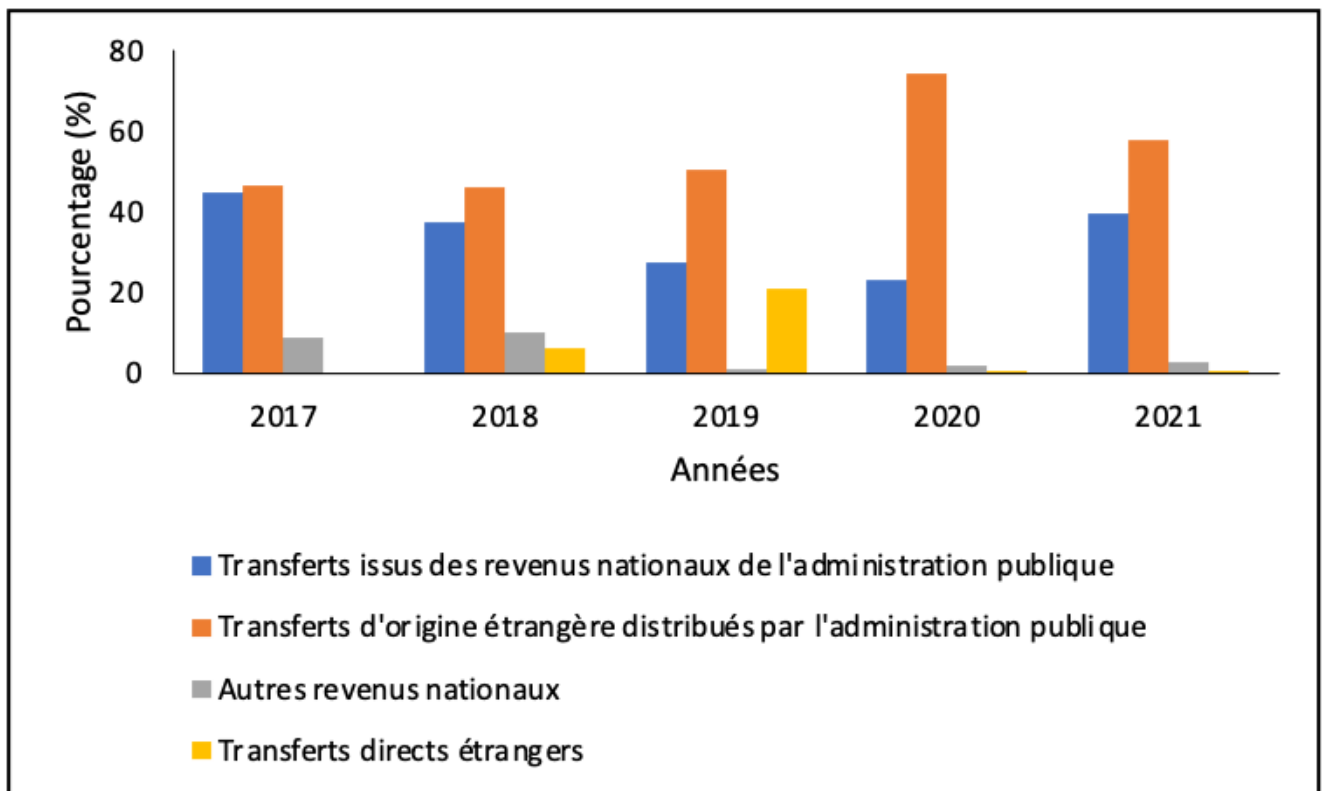


Source : *Annuaire statistiques, VIH/SIDA IST 2006 à 2020*

Graphique 38 : Montants du financement pour la lutte contre le VIH de 2012 à 2020

9.3. Répartition des financements selon la source

De 2017 à 2020 la proportion des transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique était en hausse passant de 46,53% à 74,33%. En 2021 cette proportion est en baisse représentant 58% (Graphique 39)⁴⁷.



Source : *MSHP Rapport des comptes de la santé 2018 à 2021*

Graphique 39 : Répartition des sources de financement pour la lutte contre le VIH de 2017 à 2021

47 MSHP Rapport des comptes de la santé 2021

Conclusion

Le profil épidémiologique du VIH montre une tendance à la baisse de la prévalence du VIH aussi bien en population générale que dans les populations clés avec de fortes prévalences dans ce dernier groupe. Malgré une faible incidence (0,12 pour 1000 non infectés) chez l'adulte, du fait d'interventions entreprises ou en cours depuis des années pour son élimination d'ici à l'horizon 2030, il est fondamental que les acteurs communautaires, politiques et du système de santé soient avisés et aient une bonne compréhension de la maladie au Burkina Faso. Principalement en ce qui concerne sa charge de morbidité, sa prévention, sa prise en charge, les comorbidités, les facteurs de propagation du virus et des IST, les actions prises ou en développement dans le domaine de la surveillance et de la recherche ainsi que le financement. Les résultats sont certes encourageants, mais les stratégies à venir devraient être plus innovantes et cibler également les IST qui sont en hausse, les comorbidités telles que l'hépatite et la tuberculose, les facteurs socioculturels tels que la stigmatisation, le harcèlement, le manque de soutien psycho social, pour l'atteinte des 3X95. De même, les résistances aux antirétroviraux faiblement réalisées mais constatées au cours de la lutte au Burkina Faso, constituent une autre difficulté qui mérite une attention particulière de la recherche.

Dans le contexte actuel du pays marqué par des défis d'ordre sécuritaires associé à la fermeture de certains centres de santé ainsi que par une faible mobilisation des finances, des efforts devraient être redoublés et les actions réadaptées pour ne pas perdre certains acquis. Cela à travers cette première édition du profil pays sur le VIH/Sida et les IST qui devrait permettre d'orienter la planification des interventions en liens avec les objectifs de lutte.

Références bibliographiques

- Bergeret, M., Boutros, N., & Raymond, J. (2003). Co-infection hépatite C et VIH chez les femmes enceintes à Ouagadougou (Burkina Faso).
- APA 2007
- AU/WGYD Légalité des genres, l'autonomisation des Femmes et le VIH en Afrique : L'impact des enjeux croisés et les priorités continentales 2021
- Bado, G., Penot, P., N'Diaye, M. D., Amiel, C., Hema, A., Kamboulé, E. B., ... & Sawadogo, A. B. (2013). Hepatitis B séroprévalence in HIV-infected patients consulting in a public day care unit in Bobo Dioulasso, Burkina Faso. *Medicine et maladies infectieuses*, 43(5), 202-207.
- Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les infections sexuellement transmissibles (CSLS) 2011 - 2015
- Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/Sida et les IST, 2016-2020 et 2021-2025
- Cartoux M, Msellati P, Meda N, Wellfens-Ekra C, Mandelbrot L, Leroy V, et al. Attitude of pregnant women towards HIV testing in Abidjan, Côte d'Ivoire and Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. DITRAME Study Group (ANRS 049 Clinical Trial). Diminution de la Transmission Mère Enfant du VIH. Agence Nationale de Recherches sur le SIDA. *AIDS Lond Engl*. déc 1998;12(17):2337-44.
- Compaore TR, Diarra B, Assih M, Obiri-Yeboah D, Soubeiga ST, Ouattara AK, et al. HBV/HIV co-infection and APOBEC3G polymorphisms in a population from Burkina Faso. *BMC Infect Dis*. 22 juill 2016;16:336.
- Compaore TR, Soubeiga ST, Ouattara AK, Tchelougou D, Bisseye C, Bakouan DR, et al. APOBEC3G expression and HIV-1 infection in Burkina Faso. *J Public Health Afr*. 21 déc 2018;9(3):907.
- Cournil A, Van de Perre P, Cames C, de Vincenzi I, Read JS, Luchters S, et al. Early Infant Feeding Patterns and HIV-free Survival: Findings from the Kesho-Bora Trial (Burkina Faso, Kenya, South Africa). *Pediatr Infect Dis J*. févr 2015;34(2):168.
- Dao B, Nacro B, Dahourou H, Meda N, Van De Perre P. HIV infection and hepatitis B co-infection: survey of prevalence in pregnant women in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Rev Med Brux*. 2001; 22(2): 83-6
- Décret n°2004-567/PRES/PM/MS/MCPEA/MECV/MESSRS du 14/12/2004 portant adoption du document-cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelles.
- Enquête bio-comportementale de la vulnérabilité des personnes handicapées, 2017
- Enquête de sérosurveillance en 2020 au Burkina Faso
- Eubanks A, Dembélé Keita B, Anoma C, Dah TTE, Mensah E, Maradan G, et al. Reaching a Different Population of MSM in West Africa With the Integration of PrEP Into a Comprehensive Prevention Package (CohMSM-PrEP ANRS 12369—Expertise France). *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr*. 1 nov 2020;85(3):292.
- Ghoma Linguissi LS, Sagna T, Soubeiga ST, Gwom LC, Nkenfou CN, Obiri-Yeboah D, et al. Prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV: a review of the achievements and challenges in Burkina-Faso. *HIVAIDS Auckl NZ*. 2019;11:165-77.
- <https://sesstim.univ-amu.fr/fr/projet/cohmsm>
- IRD Monitoring de la pharmacorésistance du VIH aux ARV au Burkina Faso après 1 an de traitement antirétroviral Sites de surveillance : CHR de Koudougou et CHR de Dédougou 2018
- Lallogo TD, Djigma FW, Sorgho PA, Martinson JJ, Compaore TR, Traore L, et al. KIR2DL5B and HLA DRB1*12 alleles seems to be associated with protection against HIV-1 in serodiscordant couples in Burkina Faso. *J Med Virol*. sept 2022;94(9):4425-32.

- Meda N ; Tuillon E ; Kania D ; Tiendrebeogo A ; Pisoni A ; Zida S et al. Hepatitis B and C virus seroprevalence, Burkina Faso : a cross-sectional study. Bull World Health Organ. 2018; 96(11): 750-759
- MSHP Annuaire statistique 2021
- MSHP Rapport des comptes de la santé 2021
- Prisca, I. B. M. (1988). Aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs de l'hépatite virale B chez les patients infectés par le VIH à l'hôpital de jour de Bobo-Dioulasso.
- PSSLS-IST Rapport de la surveillance des indicateurs d'alerte précoce (IAP) 2021 au Burkina Faso
- Rapport annuel ONUSIDA 2022
- Rapport de l'étude Estimation de la prévalence du VIH dans le secteur de la santé, 2018
- Rapport Etude Bio comportementale PARECO Burkina Faso, 2019
- Sakana BLD, Mennecier A, Fao P, Tassebedo S, Moles JP, Kania D, et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV at the second immunization visit: a cross-sectional study, Burkina Faso. Bull World Health Organ. 1 déc 2022;100(12):769-76.
- Serme, A. K., Ilboudo, P. D., Samandougou, A., Simporé, J., Bougouma, A., & Sombie, A. R. (2005). Portage du virus de l'hépatite C chez les femmes enceintes et transmission mère-enfant à Ouagadougou, Burkina Faso. Santé publique: courte note, (2764), 108-109.
- SP-CNLS-IST Analyse des modes de transmission du VIH et modélisation de la distribution attendue des nouvelles infections dans les principaux groupes cibles au Burkina Faso 2015
- SP-CNLS-IST Analyse des modes de transmission du VIH et modélisation de la distribution attendue des nouvelles infections dans les principaux groupes cibles au Burkina Faso 2015
- SP-CNLS-IST Analyse des modes de transmission du VIH et modélisation de la distribution attendue des nouvelles infections dans les principaux groupes cibles au Burkina Faso 2015
- SP-CNLS-IST Annuaire statistique VIH/Sida et IST, 2006-2020
- SP-CNLS-IST Guide de mise en œuvre de la stratégie de ravitaillement ARV tous les six mois (RAVI6M) aux PVVIH du Burkina Faso 2020
- SP-CNLS-IST Normes et protocole de prise en charge médicale des personnes vivants avec le VIH au Burkina Faso 2009

Annexes

Tableau 13 : Indicateurs d'alerte précoce des 13 régions du Burkina Faso en 2021

| STRUCTURE | | IAP1 Objectif $\geq 90\%$ | IAP 2 Objectif $\geq 85\%$ | IAP 3 Objectif = 0% | IAP 3 Objectif = 0% | Echantillon IAP 1 | Numérateur IAP1 | Echantillon IAP 2 | Numérateur IAP 2 | Numérateur IAP 7 | |
|-----------|-------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------|---------------------|-------------------|-----------------|-------------------|------------------|------------------|------------|
| 1 | BOUCLE DU MOUHOUN | CHR Dédougou | 91% | 61% | 0% | 48% | 155 | 141 | 51 | 31 | 24 |
| 2 | | CMA Boromo | 63% | 44% | 0% | 63% | 130 | 82 | 97 | 43 | 61 |
| 3 | | CMA Solenzo | 68% | 57% | 0% | 53% | 120 | 82 | 62 | 35 | 33 |
| 4 | | CMA Toma | 72% | 76% | 0% | 30% | 155 | 112 | 89 | 68 | 27 |
| 5 | | CMA Tougan | 68% | 56% | 0% | 49% | 100 | 68 | 75 | 42 | 37 |
| 6 | | CMU Dédougou | 86% | 90% | 0% | 33% | 110 | 95 | 72 | 65 | 24 |
| 7 | | CMA Nouna | 55% | 58% | 0% | 36% | 135 | 74 | 67 | 39 | 24 |
| | | Total région | 72% | 63% | 0% | 45% | 905 | 653 | 513 | 322 | 230 |
| 8 | | CASCADES | CHR Banfora | 75% | 69% | 0% | 27% | 155 | 116 | 63 | 43 |
| 9 | CM Mangodara | | 83% | 72% | 0% | 46% | 100 | 83 | 71 | 51 | 33 |
| 10 | CM Niangoloko | | 73% | 52% | 0% | 53% | 100 | 73 | 61 | 32 | 32 |

| STRUCTURE | | IAP1 Objectif ≥ 90% | IAP2 Objectif ≥ 85% | IAP3 Objectif = 0% | IAP3 Objectif = 0% | Echantillon IAP1 | Numérateur IAP1 | Echantillon IAP 2 | Numérateur IAP2 | Numérateur IAP 7 |
|-----------|-----------------------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------|------------------|-----------------|-------------------|-----------------|------------------|
| 11 | CMA Sindou | 39% | 51% | 0% | 61% | 100 | 39 | 74 | 38 | 45 |
| 12 | CMU Banfora | 89% | 43% | 0% | 57% | 100 | 89 | 112 | 48 | 64 |
| | Total région | 72% | 56% | 0% | 50% | 555 | 400 | 381 | 212 | 191 |
| 13 | Notre Dame de la Paix | 37% | 31% | 0% | 67% | 64 | 24 | 13 | 4 | 9 |
| 14 | CMA PAUL VI | 58% | 74% | 0% | 39% | 175 | 102 | 223 | 165 | 87 |
| 15 | Hôpital St Camille | 55% | 24% | 0% | 74% | 145 | 80 | 92 | 22 | 68 |
| 16 | CHU - Bogodogo | 71% | 69% | 0% | 32% | 175 | 124 | 279 | 193 | 89 |
| 17 | CM AJPO | 33% | 67% | 0% | 67% | 130 | 43 | 12 | 8 | 8 |
| 18 | CM ALAVI | 87% | 73% | 0% | 37% | 160 | 139 | 111 | 81 | 41 |
| 19 | CERBA | 94% | 64% | 0% | 36% | 130 | 122 | 12 | 8 | 4 |
| 20 | CNLAT | 50% | 50% | 0% | 0% | 7 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| 21 | CM Lamizana | 60% | 81% | 0% | 7% | 110 | 66 | 43 | 35 | 3 |
| 22 | Clinique Sandolf | 61% | 78% | 0% | 22% | 77 | 47 | 9 | 7 | 2 |

CENTRE

| STRUCTURE | | | IAP1 Objectif ≥ 90% | IAP 2 Objectif ≥ 85% | IAP 3 Objectif = 0% | IAP 3 Objectif = 0% | Echantillon IAP 1 | Numérateur IAP1 | Echantillon IAP 2 | Numérateur IAP 2 | Numérateur IAP 7 |
|-----------|---------------|------------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|-------------------|-----------------|-------------------|------------------|------------------|
| 23 | CENTRE | CHU-CDG- adultes | 68% | 100% | 0% | 0% | 110 | 75 | 2 | 2 | 0 |
| 24 | | CM Vie positive | 42% | 61% | 0% | 4% | 155 | 65 | 50 | 31 | 2 |
| 25 | | CENOU (petite FA) | 86% | 100% | 0% | 0% | 7 | 6 | 1 | 1 | 0 |
| 26 | | CHU-YO (HDJ) | 71% | 65% | 0% | 34% | 200 | 142 | 361 | 235 | 123 |
| 27 | | Centre OASIS -AAS | 82% | 93% | 0% | 12% | 160 | 131 | 102 | 95 | 12 |
| 28 | | CMA Kossodo | 98% | 15% | 0% | 94% | 120 | 118 | 52 | 8 | 49 |
| 29 | | CM Samandin | 68% | 71% | 0% | 10% | 145 | 99 | 108 | 77 | 11 |
| 30 | | Clinique les Opportunités | 55% | 86% | 0% | 0% | 61 | 34 | 7 | 6 | 0 |
| 31 | | CND Compassion | 68% | 73% | 0% | 13% | 100 | 68 | 16 | 12 | 2 |
| 32 | | Clinique St Sauveur | 55% | 77% | 0% | 27% | 120 | 66 | 15 | 12 | 4 |
| 33 | | CMA Pissy- Adultes | 90% | 75% | 0% | 29% | 200 | 180 | 682 | 512 | 198 |
| 34 | | Clinique Suka | 80% | 100% | 0% | 0% | 51 | 41 | 1 | 1 | 0 |
| 35 | | Hôpital Schiphra | 89% | 74% | 0% | 26% | 100 | 89 | 55 | 41 | 14 |

| STRUCTURE | | IAP1 Objectif $\geq 90\%$ | IAP 2 Objectif $\geq 85\%$ | IAP 3 Objectif = 0% | IAP 3 Objectif = 0% | Echantillon IAP 1 | Numérateur IAP1 | Echantillon IAP 2 | Numérateur IAP 2 | Numérateur IAP 7 |
|-----------|---------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------|---------------------|-------------------|-----------------|-------------------|------------------|------------------|
| | Total région | 69% | 69% | 0% | 32% | 2702 | 1863 | 2248 | 1553 | 726 |
| 36 | CMA Bittou | 79% | 56% | 0% | 6% | 100 | 79 | 17 | 10 | 1 |
| 37 | CHR Tenkodogo | 88% | 68% | 0% | 29% | 145 | 128 | 47 | 32 | 14 |
| 38 | CMU Tenkodogo | 63% | 65% | 0% | 41% | 100 | 63 | 34 | 22 | 14 |
| 39 | CMA Garango | 62% | 54% | 0% | 48% | 120 | 74 | 62 | 33 | 30 |
| 40 | CMA Koupela | 80% | 45% | 0% | 33% | 155 | 124 | 64 | 29 | 21 |
| 41 | CMA Pouytenga | 78% | 46% | 0% | 66% | 130 | 101 | 78 | 36 | 51 |
| 42 | CMA Zabre | 77% | 61% | 0% | 41% | 110 | 85 | 54 | 33 | 22 |
| | Total région | 76% | 55% | 0% | 43% | 860 | 654 | 356 | 195 | 153 |
| 43 | CMA Kongoussi | 74% | 60% | 0% | 48% | 130 | 96 | 83 | 50 | 40 |
| 44 | CMA Barsalogo | 56% | 46% | 0% | 67% | 75 | 42 | 39 | 18 | 26 |
| 45 | CM Diocésin Bam | 63% | 50% | 0% | 25% | 100 | 63 | 4 | 2 | 1 |
| 46 | CM Boussouma | 66% | 66% | 0% | 23% | 100 | 66 | 75 | 50 | 17 |

| STRUCTURE | | IAP1 Objectif $\geq 90\%$ | IAP 2 Objectif $\geq 85\%$ | IAP 3 Objectif = 0% | IAP 3 Objectif = 0% | Echantillon IAP 1 | Numérateur IAP1 | Echantillon IAP 2 | Numérateur IAP 2 | Numérateur IAP 7 |
|-----------|---------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------|---------------------|-------------------|-----------------|-------------------|------------------|------------------|
| 47 | CM Tougouri | 57% | 83% | 0% | 18% | 76 | 43 | 36 | 30 | 6 |
| 48 | CMU Kaya | 67% | 56% | 0% | 40% | 145 | 97 | 114 | 64 | 46 |
| 49 | CHR Kaya | 66% | 67% | 0% | 44% | 110 | 73 | 27 | 18 | 12 |
| | Total région | 65% | 61% | 0% | 39% | 736 | 480 | 378 | 231 | 148 |
| 50 | CHR Koudougou | 67% | 64% | 0% | 41% | 175 | 117 | 113 | 72 | 46 |
| 51 | CMA Léo | 62% | 56% | 0% | 51% | 110 | 68 | 62 | 35 | 32 |
| 52 | CMA Réo | 79% | 66% | 0% | 34% | 130 | 103 | 188 | 124 | 64 |
| 53 | CM Nanoro | 63% | 56% | 0% | 60% | 110 | 69 | 50 | 28 | 30 |
| 54 | CM Sabou | 85% | 76% | 0% | 33% | 29 | 25 | 38 | 29 | 13 |
| 55 | CM Sapouy | 41% | 24% | 0% | 70% | 75 | 31 | 33 | 8 | 23 |
| 56 | CMU Koudougou | 52% | 62% | 0% | 41% | 145 | 75 | 232 | 144 | 95 |
| 57 | CMMK Sabou | 56% | 80% | 0% | 24% | 100 | 56 | 35 | 28 | 8 |
| 58 | CM Ténado | 51% | 43% | 0% | 77% | 73 | 37 | 100 | 43 | 77 |

CENTRE-OUEST

| STRUCTURE | | IAP1 Objectif \geq 90% | IAP 2 Objectif \geq 85% | IAP 3 Objectif = 0% | IAP 3 Objectif = 0% | Echantillon IAP 1 | Numérateur IAP1 | Echantillon IAP 2 | Numérateur IAP 2 | Numérateur IAP 7 | |
|-----------|---------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|-------------------|-----------------|-------------------|------------------|------------------|-----------|
| | Total région | 61% | 60% | 0% | 46% | 947 | 581 | 851 | 511 | 388 | |
| 59 | CENTRE-SUD | CMA Kombissiri | 85% | 75% | 0% | 11% | 120 | 102 | 37 | 28 | 4 |
| 60 | | CMA Manga | 81% | 77% | 0% | 10% | 120 | 97 | 31 | 24 | 3 |
| 61 | | CMA Pô | 96% | 83% | 0% | 5% | 145 | 139 | 65 | 54 | 3 |
| 62 | | CMA Saponé | 84% | 80% | 0% | 4% | 75 | 63 | 25 | 20 | 1 |
| | | Total région | 87% | 79% | 0% | 7% | 460 | 401 | 158 | 126 | 11 |
| 63 | EST | CMA Gayeri | 64% | 27% | 0% | 73% | 26 | 17 | 12 | 3 | 9 |
| 64 | | CM Bethanie | 95% | 36% | 0% | 36% | 35 | 33 | 11 | 4 | 4 |
| 65 | | CMA Bogande | 63% | 29% | 0% | 45% | 75 | 47 | 31 | 9 | 14 |
| 66 | | CHR Fada | 62% | 46% | 0% | 57% | 110 | 68 | 49 | 23 | 28 |
| 67 | | CMA Diapaga | 31% | 41% | 0% | 61% | 46 | 14 | 40 | 16 | 24 |
| 68 | | CMU Fada | 77% | 48% | 0% | 48% | 100 | 77 | 52 | 25 | 25 |
| 69 | | CMA Pama | 68% | 69% | 0% | 44% | 37 | 25 | 16 | 11 | 7 |

| STRUCTURE | | IAP1 Objectif ≥ 90% | IAP 2 Objectif ≥ 85% | IAP 3 Objectif = 0% | IAP 3 Objectif = 0% | Echantillon IAP 1 | Numérateur IAP1 | Echantillon IAP 2 | Numérateur IAP 2 | Numérateur IAP 7 |
|-----------|---------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|-------------------|-----------------|-------------------|------------------|------------------|
| 70 | CMA Manni | 98% | 50% | 17% | 33% | 50 | 49 | 19 | 10 | 6 |
| | Total région | 69% | 44% | | 51% | 479 | 331 | 230 | 101 | 117 |
| 71 | CMA Dande | 43% | 63% | 0% | 57% | 100 | 43 | 47 | 30 | 27 |
| 72 | CMA Houde | 64% | 65% | 0% | 37% | 145 | 93 | 105 | 68 | 39 |
| 73 | Sans Frontière | 75% | 75% | 0% | 25% | 33 | 25 | 4 | 3 | 1 |
| 74 | CHUSS (HDJ adulte) | 76% | 90% | 0% | 8% | 200 | 152 | 160 | 144 | 13 |
| 75 | Espoir Et Vie | 68% | 78% | 0% | 65% | 130 | 88 | 55 | 43 | 36 |
| 76 | Clinique Laurentia | 47% | 100% | 0% | 0% | 16 | 8 | 1 | 1 | 0 |
| 77 | Yerelon | 72% | 59% | 0% | 42% | 120 | 86 | 73 | 43 | 31 |
| 78 | Clinique OST | 56% | 70% | 0% | 0% | 100 | 56 | 10 | 7 | 0 |
| 79 | REV Plus | 79% | 81% | 0% | 14% | 155 | 122 | 128 | 104 | 18 |
| 80 | CMA Orodara | 54% | 60% | 0% | 46% | 120 | 65 | 68 | 41 | 31 |
| 81 | CMA Dafra | 14% | 42% | 0% | 18% | 175 | 25 | 57 | 24 | 10 |




HAUTS BASSINS

| STRUCTURE | | IAP1 Objectif $\geq 90\%$ | IAP 2 Objectif $\geq 85\%$ | IAP 3 Objectif = 0% | IAP 3 Objectif = 0% | Echantillon IAP1 | Numérateur IAP1 | Echantillon IAP 2 | Numérateur IAP 2 | Numérateur IAP 7 |
|-----------|---------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------|---------------------|------------------|-----------------|-------------------|------------------|------------------|
| 82 | CMA Do | 59% | 38% | 0% | 80% | 175 | 103 | 234 | 89 | 187 |
| | Total région | 59% | 63% | 0% | 42% | 1469 | 866 | 942 | 596 | 393 |
| 83 | CM Ammie | 88% | 81% | 8% | 30% | 155 | 136 | 62 | 50 | 19 |
| 84 | CMU Ouahigouya | 31% | 50% | 0% | 53% | 100 | 31 | 90 | 45 | 48 |
| 85 | CMA Gourcy | 53% | 94% | 0% | 10% | 100 | 53 | 52 | 49 | 5 |
| 86 | CMA Seguenega | 55% | 49% | 0% | 58% | 100 | 55 | 92 | 45 | 53 |
| 87 | CMA Titao | 33% | 36% | 0% | 74% | 75 | 25 | 72 | 26 | 53 |
| 88 | CHUR Ouahigouya | 47% | 58% | 0% | 18% | 140 | 66 | 39 | 23 | 7 |
| 89 | CMA Yako | 27% | 61% | 0% | 45% | 110 | 30 | 87 | 53 | 39 |
| 90 | CM Thiou | 32% | 37% | 0% | 83% | 15 | 5 | 30 | 11 | 25 |
| | Total région | 50% | 58% | | 48% | 795 | 400 | 524 | 302 | 249 |

NORD

| STRUCTURE | | | IAP1 Objectif $\geq 90\%$ | IAP 2 Objectif $\geq 85\%$ | IAP 3 Objectif = 0% | IAP 3 Objectif = 0% | Echantillon IAP 1 | Numérateur IAP1 | Echantillon IAP 2 | Numérateur IAP 2 | Numérateur IAP 7 |
|-----------|-----------------|---------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------|---------------------|-------------------|-----------------|-------------------|------------------|------------------|
| 91 | PLATEAU CENTRAL | CMA Zorgho | 74% | 91% | 0% | 19% | 145 | 107 | 96 | 87 | 18 |
| 92 | | CMA Bousse | 42% | 71% | 0% | 43% | 140 | 59 | 49 | 35 | 21 |
| 93 | | CMA Ziniare | 73% | 59% | 0% | 55% | 100 | 73 | 57 | 34 | 31 |
| | | Total région | 62% | 77% | 0% | 35% | 385 | 239 | 202 | 156 | 71 |
| 94 | SAHEL | CHR Dori | 39% | 46% | 0% | 60% | 100 | 39 | 27 | 12 | 16 |
| 95 | | CMU Dori | 26% | 34% | 0% | 90% | 20 | 5 | 31 | 11 | 28 |
| 96 | | CMA SEBBA | 23% | 13% | 0% | 88% | 24 | 6 | 8 | 1 | 7 |
| 97 | | CMA DJIBO | 49% | 27% | 0% | 92% | 75 | 37 | 27 | 7 | 25 |
| 98 | | CMA GOROM | 51% | 17% | 0% | 86% | 66 | 34 | 55 | 9 | 47 |
| | | Total région | 42% | 27% | 0% | 83% | 285 | 120 | 148 | 41 | 123 |
| 99 | SUD OUEST | CMA DANO | 73% | 43% | 0% | 60% | 135 | 99 | 138 | 59 | 83 |
| 100 | | CHR GAOUA | 35% | 53% | 0% | 61% | 110 | 39 | 182 | 96 | 111 |

| STRUCTURE | | | IAP1 Objectif ≥ 90% | IAP 2 Objectif ≥ 85% | IAP 3 Objectif = 0% | IAP 3 Objectif = 0% | Echantillon IAP 1 | Numérateur IAP1 | Echantillon IAP 2 | Numérateur IAP 2 | Numérateur IAP 7 | |
|-----------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|-------------------|-----------------|-------------------|------------------|------------------|--|
| 101 | SUD OUEST | CM DISSIN | 89% | 92% | 0% | 15% | 130 | 116 | 131 | 121 | 20 | |
| 102 | | CMA DIEBOUGOU | 54% | 75% | 0% | 41% | 110 | 59 | 58 | 44 | 24 | |
| 103 | | CM KAMPTI | 53% | 63% | 0% | 44% | 75 | 40 | 73 | 46 | 32 | |
| 104 | | CMA BATIE | 61% | 35% | 0% | 75% | 100 | 61 | 15 | 5 | 11 | |
| | | Total région | 63% | 62% | 0% | 47% | 660 | 413 | 597 | 371 | 281 | |
| | | SITES PEDIA-TRIQUES | | | | | | | | | | |
| 105 | | CHUYO_PED | 48% | 71% | 0% | 32% | 75 | 36 | 34 | 24 | 11 | |
| 106 | | CHUSS _PED | 61% | 79% | 0% | 21% | 120 | 73 | 16 | 13 | 3 | |
| 107 | | CHU-CDG_ PED | 69% | 37% | 0% | 36% | 100 | 69 | 30 | 11 | 11 | |
| 108 | | CMA PISSY_ PED | 74% | 46% | 0% | 68% | 100 | 74 | 28 | 13 | 19 | |
| | Total région | 64% | 56% | 0% | 41% | 395 | 252 | 108 | 61 | 44 | | |
| | Burkina Faso | Burkina Faso | 66% | 63% | 0% | 41% | 11633 | 7655 | 7636 | 4777 | 3125 | |

| STRUCTURE | | | IAP1 Objectif ≥ 90% | IAP 2 Objectif ≥ 85% | IAP3 Objectif = 0% | IAP 3 Objectif = 0% | Echantillon IAP 1 | Numérateur IAP1 | Echantillon IAP 2 | Numérateur IAP 2 | Numérateur IAP 7 |
|--|--|--|---------------------|----------------------|--------------------|---------------------|-------------------|-----------------|-------------------|------------------|------------------|
| | | | | | | | | | | | |
| <p>Légende : Objectif atteint  Objectif intermédiaire  Objectif non atteint </p> | | | | | | | | | | | |

Source : MSHP Rapport de la surveillance des indicateurs d'alerte précoce (IAP) 2021 au Burkina Faso

