

MINISTERE DE LA SANTE

=+=+=+=+=

SECRETARIAT GENERAL

=+=+=+=+=

DIRECTION GENERALE DE LA
SANTE

=+=+=+=+=

DIRECTION DE LA SANTE DE
LA FAMILLE

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice



PLAN D'ELIMINATION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH 2017-2020

Avril 2017



PREFACE

L'épidémie du VIH chez l'enfant demeure un problème majeur de santé publique au Burkina Faso. La majorité de ces infections pédiatriques, transmises de la mère à l'enfant dans 90% des cas, peut être réduite grâce au traitement antirétroviral chez la mère et l'enfant.

Pour contribuer à l'amélioration de la santé de ce groupe spécifique, un plan d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH 2017-2020 a été élaboré avec la contribution de différentes personnes ressources de tous les secteurs public, privé et communautaire de même que les partenaires au développement.

C'est un document qui s'inscrit dans le cadre du Plan national de développement sanitaire 2011-2020, du Plan national de développement économique et social 2016-2020 et du Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST 2016-2020. Le but est d'amener les différents acteurs de la lutte contre le VIH à agir ensemble de manière à développer, sur la base des évidences, des stratégies d'interventions connexes et adaptées, axées sur la priorisation d'interventions à haut impact.

A cet effet, il me revient d'exprimer ma profonde gratitude à tous ces acteurs qui ont consacré leur expertise et leur temps à l'élaboration de ce plan.

J'invite tous les acteurs œuvrant dans la lutte contre le VIH en général et dans la prévention de la transmission mère enfant du VIH en particulier, à faire de ce plan un document de référence nationale.

Le Ministre de la Santé



Professeur Nicolas MEDA
Chevalier de l'Ordre National

SIGLES ET ABREVIATIONS

AOO	Afrique de l'Ouest et du Centre
ARV	Antirétroviral
AZT	Zidovudine
CAMEG	Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques
CCC	Communication pour le changement de comportement
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
CMLS	Comité ministériel de lutte contre le sida
CPN	Consultation prénatale
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CSLS	Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
CSD	Conseil de santé de district
CISSE	Centre d'information de statistiques et de surveillance épidémiologique
CRLS	Comité régional de lutte contre sida
CTRS	Comité technique régional de santé
DBS	Dried blood spot (Goutte de sang séchée)
DGS	Direction générale de la santé
DSF	Direction de la santé de la famille
DRD	Dépôt répartiteur de district
DMEG	Dépôt de médicaments essentiels génériques
ECD	Equipe cadre de district
EDS	Enquête démographique et de santé
EFV	Efavirenz
EICVM	Enquête individuelle sur les conditions de vie de ménages
EMDS	Enquête module démographique et de santé
eTME	Elimination de la transmission mère enfant
FCFA	Franc de la communauté financière africaine
FM	Fonds mondial
FTC	Emtricitabine
IEC	Information, éducation, communication
INSD	Institut national de la statistique et de la démographie
IST	Infection sexuellement transmissible
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
MS	Ministère de la santé
NVP	Névirapine
OBC	Organisations à base communautaire
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
ODD	Objectifs du développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCR	Polymerase chaine reactive
PPS	Point de prestations de services
PSSLS-IST	Programme sectoriel santé de lutte contre le SIDA et les IST
RMA	Rayon moyen d'action
SNIS	Système national d'information sanitaire
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
SR/VIH	Santé de la reproduction/Virus de l'immunodéficience humaine
SP CNLS	Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le SIDA

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS	2
LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES FIGURES	5
LISTE DES GRAPHIQUES	5
LISTE DES ANNEXES	6
RESUME	7
I. CONTEXTE	9
1.1 Données géographiques	9
1.2 Données démographiques.....	9
1.3 Situation socio-économique.....	10
1.4 Situation sanitaire.....	11
1.4.2 Quelques indicateurs de la santé de la mère et de l'enfant en 2015	13
1.4.3 Secteur pharmaceutique	13
II. SITUATION ET REPONSE NATIONALE AU VIH	14
2.1 Situation épidémiologique.....	14
2.2 Situation actuelle de la réponse	14
2.3. Programme PTME/VIH	15
III ANALYSE SITUATIONNELLE DU PROGRAMME PTME DE 2011-2015	17
3.1 Méthodologie	17
3.2 Résultats de l'analyse situationnelle	18
3.2.1 Bilan physique et financier du programme 2011-2015 de la PTME	18
3.2.2 Couverture géographique	20
3.2.3 Offre de services PTME	21
3.2.4 Evolution des indicateurs de la PTME de 2010 à 2016 au Burkina Faso	22
IV. RESULTATS ISSUS DE L'OUTIL D'ANALYSE DES GOULOTS	23
4.1. Identification des interventions et des priorités	23
4.2 Identification et analyse causale des goulots	25
4.2.1 Consultations prénatales	25
4.2.2 Planning familial	26
4.2.3 ARV maternel	27
4.2.4 Dépistage précoce	28
4.3. Analyse des disparités des besoins non couverts	29
V. PLAN D'ELIMINATION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH 2017 - 2020	30
5.1 Objectifs mondiaux d'eTME	30

5.2 Vision de la réponse nationale au VIH	30
5.3 But du plan eTME	31
5.4 Objectif général du plan eTME.....	31
5.5 Objectifs spécifiques	31
VI. CHRONOGRAMME DES ACTIVITES DU PLAN	32
VII. SUIVI EVALUATION	39
7.1 Cadre de suivi évaluation.....	39
7.2 Outils et supports de collecte de données	40
7.3 Plan de collecte des données et circuit de l'information	40
7.4 Diffusion et communication sur les données	43
7.5 Suivi des progrès et mesure de la performance	45
VIII. BUDGET	56
8.1 Ventilation du budget du plan par source et par an	56
8.2 Ventilation du budget par objectif stratégique.....	56
CONCLUSION.....	57
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	58
ANNEXES	60

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Quelques indicateurs de la santé de la mère et de l'enfant.....	13
Tableau 2: Ressources financières mobilisées pour la MEO du P/PTME 2011-2015... 20	
Tableau 3: Evolution des indicateurs de la PTME de 2010 à 2016 au Burkina Faso....	23
Tableau 4: Interventions traceurs du programme PTME/VIH.....	24
Tableau 5: Disparité dans l'offre selon les régions	29
Tableau 6: Chronogramme des activités du plan	32
Tableau 7: Type de rapport, mode de transmission et fréquence de rapportage	42
Tableau 8: Cadre de mesure de rendement du plan eTME 2017-2020	45
Tableau 9: Ventilation du budget du plan par source et par an.....	56
Tableau 10: Ventilation du budget du plan par objectif stratégique.....	56

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Schéma de la pyramide sanitaire du Burkina Faso	12
Figure 2: Schéma du cadre institutionnel de la lutte contre le VIH/SIDA	17
Figure 3: Evolution des formations sanitaires offrant des services de PTME	21
Figure 4: Circuit de l'information.....	43

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Goulots identifiés pour le traceur consultation prénatale.....	25
Graphique 2: Goulots identifiés pour le traceur planning familial.....	26
Graphique 3: Goulots identifiés pour le traceur ARV maternel.....	27
Graphique 4: Goulots identifiés pour le traceur diagnostic précoce	28
Graphique 5: Besoins non couverts selon les régions et selon l'intervention... Erreur ! Signet non défini.	

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1: Analyse causale des goulots d'étranglements.....	61
Annexe 2: Protocole PTME/VIH	63
Annexe 3: Evolution du dépistage des FE lors des CPN de 2010 à 2016	63
Annexe 4: Evolution de l'administration des ARV aux FE/ VIH+ de 2010 à 2016	63
Annexe 5: Prophylaxie ARV chez les enfants nés de mères VIH+ de 2010 à 2016	64
Annexe 6: Evolution de l'accès des femmes au dosage de CD4 de 2010-2016	64
Annexe 7: Théorie du changement du plan eTME.....	64
Annexe 8: Liste des participants à l'atelier d'élaboration du plan eTME	66
Annexe 9: Liste des participants à l'atelier de validation du plan eTME.....	67

RESUME

Au Burkina Faso, la transmission résiduelle du VIH demeure un problème majeur de santé publique malgré les nombreuses interventions mises en œuvre à l'échelle nationale. En souscrivant aux engagements internationaux pour « mettre fin à l'épidémie du Sida d'ici à 2030 », le ministère de la santé en collaboration avec les partenaires techniques et financiers a élaboré le plan d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Un comité technique présidé par la Direction de la santé de la famille et regroupant les structures étatiques et ONG en charge de la lutte contre le VIH/Sida, de même que les partenaires techniques et financiers ont accompagné les différentes étapes du processus. Ce plan a pour but de contribuer à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant en réduisant la morbidité et la mortalité liées au VIH. Il ambitionne de réduire la transmission résiduelle du VIH de 8,2% à 2 % d'ici à fin 2020. L'analyse de la situation a été effectuée selon une méthodologie axée sur la revue documentaire, le remplissage de l'outil d'analyse des goulots d'étranglement, des disparités et de priorisation des interventions. Elle a été conduite suivant une dynamique participative incluant divers acteurs parmi lesquels les acteurs des différentes régions.

Les goulots identifiés et retenus à l'issue de l'analyse sont en lien avec le faible dépistage chez les femmes en âge de procréer utilisatrices des services de planification familiale, le faible dépistage chez les femmes enceintes lors des consultations prénatales, la faible mise sous ARV des femmes enceintes dépistées séropositives et de leurs enfants et le faible dépistage chez les enfants exposés au VIH.

Ces résultats ont permis de mettre un accent particulier sur un paquet d'interventions prioritaires à haut impact incluant des stratégies novatrices pour l'amélioration de la qualité des soins et l'implication communautaire et ce, dans l'optique d'atteindre les objectifs nationaux et internationaux en matière d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH d'ici à fin 2020.

INTRODUCTION

La morbidité et la mortalité associées au VIH/Sida mettent en péril la qualité de vie et la santé des femmes et des enfants dans les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC) En effet, depuis plus de trois décennies, l'épidémie de VIH /SIDA sévit en Afrique au Sud du Sahara de sorte que la plupart de ces pays ont été classés comme prioritaires parmi ceux qui paient le plus lourd tribut à l'épidémie. En 2015, 150 000 nouvelles infections ont été enregistrées chez les enfants. Parmi ces nouvelles infections, 122 000 cas ont été notifiés en Afrique sub-saharienne dont 54% en Afrique de l'Ouest et du Centre (UNAIDS ; 2014). L'infection à VIH chez les enfants est liée dans 90% des cas à la transmission mère enfant et constitue ainsi la principale cause du VIH pédiatrique (OMS, 2015).

A l'instar d'autres pays d'AOC, le Burkina Faso a mis en œuvre plusieurs interventions depuis les années 2000 afin d'apporter une réponse conséquente à la pandémie du VIH. Dans le domaine de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME/VIH), des programmes ont été développés avec des interventions et des services spécifiques. Ces services sont dispensés dans le cadre d'un système où les programmes de santé de la mère et de l'enfant et ceux destinés à la lutte contre le VIH s'intègrent parfaitement.

Toutes ces actions ont permis d'engranger des résultats tangibles, permettant au fil des ans de réduire la transmission résiduelle du VIH.

Cependant, malgré la mise en œuvre de ces stratégies et en dépit des avancées notoires, force est de constater que les progrès en matière de réduction de la transmission résiduelle du VIH se font lentement et s'avèrent bien insuffisants au regard des niveaux de morbidité et de mortalité actuels. Pour la région d'AOC, aucun pays n'a pu atteindre son objectif d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH en 2015. En ce qui concerne le Burkina Faso, pour un objectif d'élimination de la TME de moins de 5% attendu en fin 2015, le niveau atteint était de 5,9%. Aussi la couverture en ARV chez les femmes enceintes en 2015 était de 89% pour un objectif de 100% et le diagnostic précoce chez les enfants exposés était de 54% pour un objectif de 80%.

Depuis 2010, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et les autres agences du système des nations unies œuvrent pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis dans plusieurs pays d'Europe, d'Asie

et d'Afrique. Malgré ces efforts seuls les pays tels que le Cuba, l'Arménie, le Belarus et la République de Moldova ont obtenu en 2015 et en 2016 la certification de l'élimination de la TME du VIH.

Le Burkina Faso, figure parmi les pays n'ayant pas réalisé cette noble ambition. C'est dans cette dynamique que s'inscrit l'élaboration du présent plan eTME. Il est la traduction d'un engagement national résolument orienté vers l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant conformément aux recommandations internationales dans ce domaine.

I. CONTEXTE

1.1 Données géographiques

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé, situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. D'une superficie de deux cent soixante-quatorze mille kilomètres carrés (274 000 km²), pays continental, il est limité au nord et à l'ouest par le Mali, à l'est par le Niger et au sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

La position géographique du Burkina Faso, au centre de la zone soudano-sahélienne rend le pays particulièrement vulnérable aux effets néfastes de la variabilité et du changement climatique. Les plus importants sont la sécheresse due à une pluviométrie insuffisante et inégalement répartie, et les inondations qui sont la conséquence des pluies diluviennes. Ces phénomènes ont des effets négatifs sur l'agriculture et l'élevage qui sont les principaux secteurs de production. De façon concrète, ils se traduisent par une baisse de la production et une récurrence de l'insécurité alimentaire.

Sur le plan administratif, le pays est subdivisé en treize (13) régions, quarante-cinq (45) provinces, trois cent cinquante et neuf (359) communes urbaines et rurales et environ huit mille (8228) villages.

1.2 Données démographiques

En 2016, la population du Burkina Faso comptait 19 034 397 habitants (Projections du RGPH, 2006) et est essentiellement rurale (77.3% contre 22.7% en milieu urbain). D'après les projections actuelles, celle-ci avoisinerait 21.5 millions en 2020 (croissance

démographique de 3.1%) avec une structure essentiellement jeune, les moins de 18 ans représentant 53% de la population. La forte croissance démographique qui suit une évolution différenciée avec le groupe d'âge des personnes actives (15 à 64 ans) connaîtra une évolution exponentielle dès 2030. Ceci pose un problème de capacité d'investissements à mobiliser pour y faire face et bénéficier du dividende démographique afin d'accélérer le processus de développement au cours des 10 à 15 prochaines années.

Les femmes, qui sont majoritaires dans le pays (51.7%), le sont encore plus en milieu rural.

Le niveau de la fécondité au Burkina Faso reste élevé. En effet, selon les résultats des enquêtes démographiques et de santé, le taux brut de natalité (TBN) est passé de 42,6‰ en 2003 à 41,2‰ en 2010, puis à 33,4‰ en 2015. Quant à l'indice synthétique de fécondité (ISF), il est passé de 6,2 en 2003 à 6,0 en 2010 pour se situer à 5,4 en 2015. Le niveau de fécondité est plus bas en milieu urbain (3,7 enfants par femme) qu'en milieu rural (5,8 enfants par femme) en 2015.

1.3 Situation socio-économique

Avec un Produit intérieur brut (PIB) par habitant de 238 180,46 francs CFA (DGEP/IAP 2015), le Burkina Faso est un pays en développement classé parmi les moins avancés. Les pauvres représentaient 40,1% de la population en 2014 (INSD/EMC 2014) avec un seuil de 153 530 francs CFA par habitant/an.

La croissance économique est relativement élevée sur la période 2004-2014, avec un taux moyen annuel de 5,7%. Malgré ces augmentations, le secteur de la santé reste confronté à des défis énormes en termes d'infrastructures et d'équipements dans un environnement dominé par une morbidité et une mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile élevées. Dans le cadre du Programme national de développement économique et social (PNDES) visant à améliorer les infrastructures et combattre la pauvreté, le gouvernement a prévu d'augmenter les dépenses sociales.

1.4 Situation sanitaire

1.4.1 Organisation de l'offre de soins

Les structures publiques de soins sont classiquement organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

Le premier niveau correspond au district sanitaire qui comprend deux échelons. Selon l'annuaire statistique (2016), le premier échelon de soins comprend 1764 Centre de santé et de promotion sociale (CSPS), structure sanitaire de base du système de santé, 48 centres médicaux (CM) et 39 dispensaires isolés. Le deuxième échelon de soins comprend 47 Centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA). Il sert de référence pour les formations sanitaires du district. Le deuxième niveau est représenté par les Centres hospitaliers régionaux (CHR) au nombre de 08. Il sert de structures de référence aux CMA.

Le troisième niveau est constitué par les Centres hospitaliers universitaires (CHU) au nombre de 05 dont 01 pédiatrique. Le troisième niveau est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés.

Les services de santé à base communautaire (SBC) sont organisés autour de la direction générale de la santé (DGS), à travers plusieurs directions techniques chargées de la promotion de la santé, de la santé de la famille, de la nutrition et de la lutte contre la maladie. Les agents de santé à base communautaire (ASBC) font partie de la stratégie communautaire du ministère de la Santé pour rapprocher les soins des populations. Les ASBC au nombre de deux (02) par village administratif sont mis à contribution pour offrir des soins promotionnels, préventifs, curatifs à leurs communautés. Outre les ASBC, la société civile est très active et accompagne le gouvernement dans le renforcement des services de santé à base communautaire et la mobilisation des ressources.

A côté des formations sanitaires du Ministère de la santé, il existe d'autres structures publiques de soins tels que les offices de santé des travailleurs (OST), les services de santé des armées (SSA), les services de santé de la Caisse nationale de sécurité sociale

(CNSS) qui relèvent du Ministère chargé de la défense et de celui chargé de la sécurité sociale.

Ces deux dernières décennies ont connu l'émergence du secteur privé (privé confessionnel, privé associatif et privé à but lucratif), principalement dans les deux plus grandes villes (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) qui abritent 88% des structures sanitaires privées. En 2016, on dénombrait 450 structures privées de soins qui se répartissent comme suit : 06 polycliniques, 50 cliniques, 38 centres médicaux, 31 cabinets médicaux, 12 cabinets dentaires, 192 cabinets de soins infirmiers et 09 cliniques d'accouchement.

L'importance de la médecine traditionnelle est reconnue par la loi n° 23/94/ADP du 19 mai 1994 portant code de santé publique et une direction technique a été créée pour mieux coordonner le sous-secteur de la médecine traditionnelle.

Le schéma suivant fait la synthèse de l'organisation administrative du système de santé au Burkina Faso.

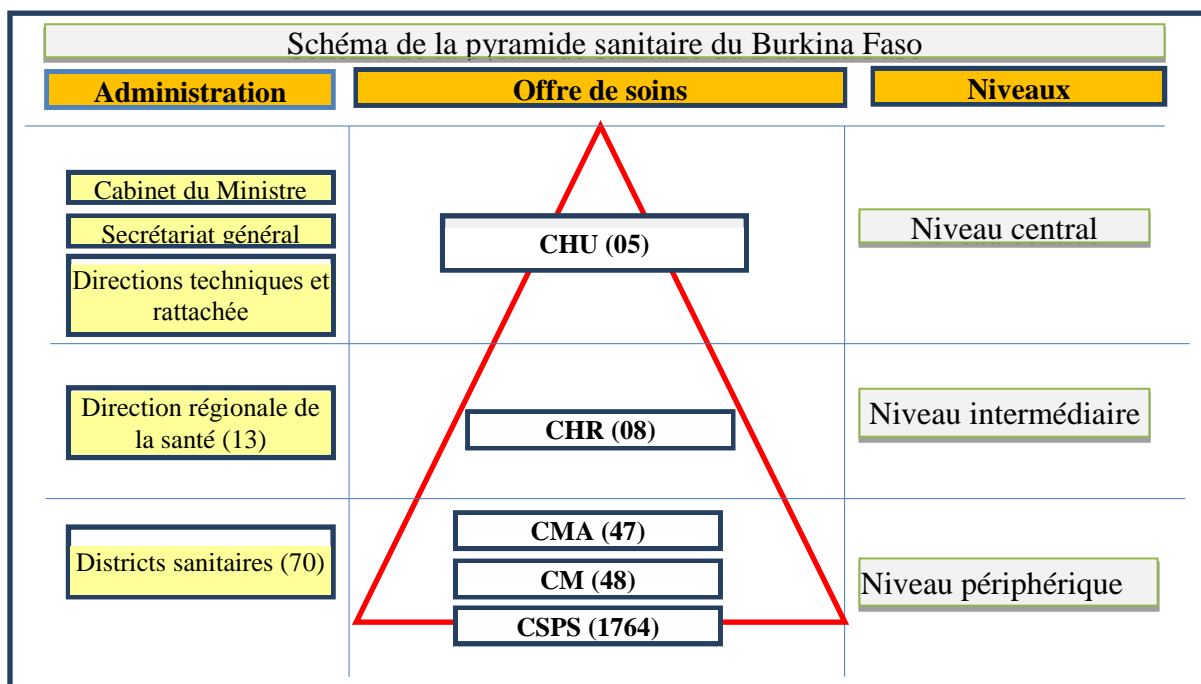


Figure 1: Schéma de la pyramide sanitaire du Burkina Faso

1.4.2 Quelques indicateurs de la santé de la mère et de l'enfant en 2015

Les principaux indicateurs de la santé de la mère et de l'enfant sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1: Quelques indicateurs de la santé de la mère et de l'enfant

Indicateurs	Niveau
Taux de natalité	34 pour 1000 habitants (EMDS, 2015)
Indice synthétique de fécondité	5.4 enfants par femme (EMDS, 2015)
Prévalence contraceptive :	22,5 pour 100 (EMDS, 2015)
Taux de mortalité maternelle	330 pour 100 000 naissances vivantes (EMDS, 2015)
Taux de mortalité néonatale	23,2 pour 1000 naissances vivantes (EMDS, 2015)
Taux de mortalité infantile	65 pour 1000 naissances vivantes (EMDS, 2015);
Taux de mortalité infanto - juvénile	81,7 pour 1000 naissances vivantes (EMDS, 2015)
Espérance de vie à la naissance :	56,7 ans (Rapport mondial ONUSIDA, 2015)

On constate que les mortalités maternelles, néonatales et infanto-juvénile restent élevées au Burkina Faso.

1.4.3 Secteur pharmaceutique

Une centrale d'achat de médicaments essentiels génériques (CAMEG) a été créée en 1992 et un circuit de distribution a été défini. La CAMEG approvisionne les 70 dépôts répartiteurs des districts sanitaires (DRD) en médicaments à partir de ses 09 agences commerciales réparties à travers le territoire national. Les 1764 DMEG des formations sanitaires s'approvisionnent auprès des DRD.

Les établissements pharmaceutiques privés recensés en 2016 se répartissent en 11 établissements de distribution en gros, 255 officines pharmaceutiques et 542 dépôts privés de médicaments.

II. SITUATION ET REPONSE NATIONALE AU VIH

2.1 Situation épidémiologique

La situation de la prévalence du VIH en population générale au Burkina Faso présente une tendance à la baisse, qu'il s'agisse des données de la surveillance par sites sentinelles, de l'Enquête démographique et de santé (EDS) IV ou des rapports annuels ONUSIDA. Les objectifs définis dans le CSLS 2011-2015 sont largement atteints (la prévalence en fin 2014 est estimée à 0,90% pour une prévision de 1,12%). Le Burkina Faso est, selon les résultats des études réalisées en 2015, placé parmi les pays à épidémie mixte. En effet, la prévalence dans la population générale s'établit à 0,9% (rapport ONUSIDA, 2015) avec des poches de concentration au sein de certains groupes spécifiques (HSH, Travailleurs du sexe, toxicomanes).

2.2 Situation actuelle de la réponse

La réponse nationale est décrite dans le cadre stratégique national 2016-2020 (CSN-SIDA 2016-2020) et s'articule autour des axes suivants :

- Axe stratégique 1 : Prévention de la transmission du VIH et des IST ;
- Axe stratégique 2 : Soins, traitement, protection et soutien des personnes infectées et affectées par le VIH ;
- Axe stratégique 3 : Gouvernance, financement de la réponse et gestion de l'information stratégique sur le VIH, le Sida et les IST.

Les objectifs visés sont de :

1. Réduire les nouvelles infections à VIH face au risque de rebond de l'épidémie et à la propagation des IST;
2. Améliorer l'accès et la qualité des services de soins, de traitement, de soutien des personnes infectées/affectées par le VIH et leur intégration dans les systèmes de protection sociale ;
3. Améliorer la gouvernance et la gestion de l'information stratégique pour une réponse nationale efficace et efficiente au VIH.

Le cadre stratégique national 2016-2020 prend en compte la PTME dans son objectif d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH. A cet effet, trois indicateurs sont considérés dans son cadre de performance le (la) :

- Proportion de femmes recevant des services de conseil et dépistage,
- Proportion de femmes séropositives recevant des ARV,
- Nombre d'enfants bénéficiant de la PCR.

2.3. Programme PTME/VIH

Depuis 2002, le Burkina Faso met en œuvre des programmes de prévention de la transmission mère/enfant du VIH dont la finalité est d'avoir des enfants indemnes du VIH/sida. Le premier programme PTME/VIH a été mis en œuvre durant la période de 2001 à 2005 ; le second sur la période de 2006 à 2010 et le troisième au cours de la période de 2011 à 2015. Les protocoles PTME/VIH appliqués dans les Points de prestations de services (PPS) ont été régulièrement mis à jour pour les adapter aux recommandations internationales et aux nouvelles découvertes thérapeutiques.

Ces programmes ont toujours été arrimés aux différents cadres stratégiques de lutte contre les IST/VIH/SIDA et font donc partie du dispositif global de la lutte contre la pandémie du VIH au Burkina Faso. Ce programme intervient aussi dans un contexte d'intégration de l'offre des services SR, de délégation des tâches et de gratuité des soins pour les femmes et les enfants. Par ailleurs, le renforcement de la décentralisation du système de santé permet aux différents niveaux d'élaborer et d'exécuter des plans d'action en tenant compte des grandes orientations nationales.

Au sein du ministère de la santé, la Direction de la santé de la famille assure la coordination de la mise en œuvre du programme PTME. Elle assure à ce titre :

- l'élaboration des directives de mise en œuvre ainsi que les différents protocoles techniques ;
- la coordination des différents partenaires impliqués dans la mise en œuvre de du programme ;
- la mobilisation des ressources en faveur du programme ;
- l'accompagnement technique des différents acteurs notamment ceux des niveaux opérationnel et intermédiaire ;
- la mise à jour continue des normes et directives en matière de PTME.

Le leadership de la DSF en ce qui concerne la PTME est exercé en partenariat avec le SP/CNLS et le programme sectoriel santé de lutte contre le Sida/IST (PSSLS-IST).

Le dispositif actuel de concertation et de coordination avec l'ensemble des parties prenantes du programme est organisé selon la pyramide sanitaire :

- ✚ Au niveau central, il existe plusieurs cadres de concertation sur la prise en charge médicale, la PTME et la quantification des intrants.
- ✚ Au niveau régional, les comités techniques régionaux de santé (CTRS) constituent des opportunités d'échange autour du programme.
- ✚ Au niveau des districts sanitaires, les cadres de concertation existants tels que les conseils de santé de district (CSD) constituent des cadres de référence pour les concertations autour du programme. Ces échanges impliquent les acteurs de santé et les acteurs communautaires.

Le suivi des activités s'effectue à chaque niveau du système. Ainsi, la coordination nationale du programme effectue des sorties semestrielles de suivi dans les DRS et les hôpitaux et au niveau des ONG/Associations.

Au niveau régional, les équipes des directions régionales supervisent les équipes cadres de district (ECD) en partenariat avec les équipes des hôpitaux sur la gestion avec la même périodicité de six mois. Une dynamique de concertation est établie entre les équipes des DRS et celles des CHR élargies aux partenaires techniques financiers de la région ainsi qu'aux structures associatives qui interviennent dans la PTME.

Au niveau des districts sanitaires, les ECD supervisent les agents des formations sanitaires une fois par semestre y compris les structures associatives impliquées présentes dans l'aire du district.

Des partenariats formels sont établis entre les ECD et les acteurs associatifs intervenant dans le domaine de la santé en général et de la PTME en particulier (conventions, protocoles, etc...). Ces partenariats formels permettent de se fixer des résultats à atteindre et les responsabilités respectives quant à la mise en œuvre du programme.

La figure ci-dessous illustre le cadre institutionnel de la lutte contre le VIH/SIDA.

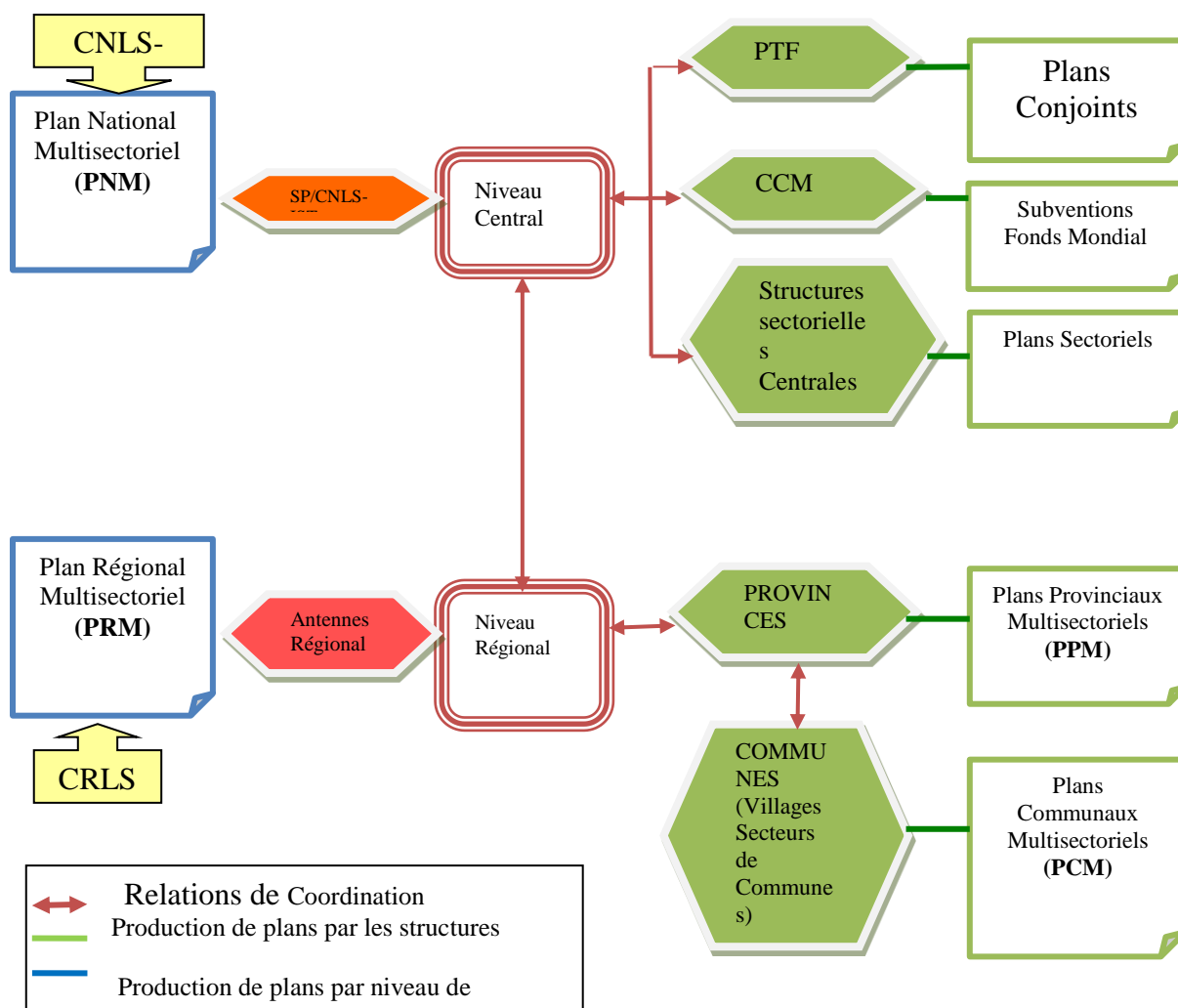


Figure 2: Schéma du cadre institutionnel de la lutte contre le VIH/SIDA (CSN 2016-2020)

III ANALYSE SITUATIONNELLE DU PROGRAMME PTME DE 2011-2015

3.1 Méthodologie

La méthodologie adoptée pour réaliser l'analyse situationnelle a été axée sur :

- la revue documentaire qui a consisté à effectuer la synthèse des documents de rapports d'activités ou d'évaluation relatifs à la mise en œuvre du programme PTME et des autres programmes en lien avec celui-ci (PSSLS, IPC, SP CNLS, PAMAC, ...)
- le remplissage d'un outil d'analyse renseigné à partir des données sur la couverture des interventions, la démographie, les intrants et les ressources humaines aux niveaux régional et national. Cela a permis d'identifier les

différents goulots d'étranglements, de matérialiser les disparités régionales et de répertorier les interventions à haut impact sur l'eTME.

- des entretiens complémentaires à visée qualitative ont été effectués auprès d'un certain nombre de structures centrales et décentralisées intervenant dans le domaine de la PTME (UNICEF, OMS, PSSLS, SP CNLS, IPC, DRS, DS et CSPS).

Les résultats de cette analyse situationnelle ont servi de base pour l'élaboration du plan eTME 2017-2020.

3.2 Résultats de l'analyse situationnelle

3.2.1 Bilan physique et financier du programme 2011-2015 de la PTME

Bilan physique

Au total, soixante-une (61) activités ont été programmées au cours de la période 2011-2015. Un peu plus de la moitié de ces activités a été entièrement réalisée tandis que 30% ne l'ont pas été et 15 % partiellement réalisées. Ces activités partiellement ou non réalisées portent sur :

- la formation des prestataires de la PTME ;
- l'organisation des rencontres de concertation et de coordination intégrées SR/PTME dans les DS et DRS incluant les acteurs de santé et communautaires ;
- l'organisation d'une rencontre annuelle de concertation et de coordination avec les prestataires de maternités, pédiatrie et médecine interne des CHR et CHU sur le passage à l'échelle des interventions de PTME;
- le paiement des prestations relatives aux examens de PCR pour le diagnostic précoce des enfants exposés au VIH.

Les raisons évoquées sont entre autres :

- les modalités et procédures de décaissement des ressources du Fonds Mondial au profit des districts sanitaires ;
- l'insuffisance voire l'absence de financement de certaines activités ;

- le retard pris dans l'adaptation des outils et modules de formation sur la PTME/VIH ;
- Le retard de démarrage du Nouveau mécanisme de financement du Fonds Mondial.

Bilan financier

Le programme PTME a été régulièrement financé depuis 2002 par l'Etat burkinabè et les partenaires techniques et financiers. Toutefois, au regard de la situation économique décrite ci-dessus, la part contributive des PTF demeure plus élevée par rapport à celle de l'Etat, traduisant ainsi la dépendance du programme vis-à-vis de l'aide extérieur. En moyenne un milliard de FCFA a été alloué chaque année au programme PTME. Ce montant reste en deçà des besoins pour la mise en œuvre du programme.

Le tableau ci-dessous donne la situation des financements acquis entre 2011 et 2015 au niveau de la coordination du programme. La situation financière au niveau des structures opérationnelles et de certains PTF n'est pas établie dans ce tableau.

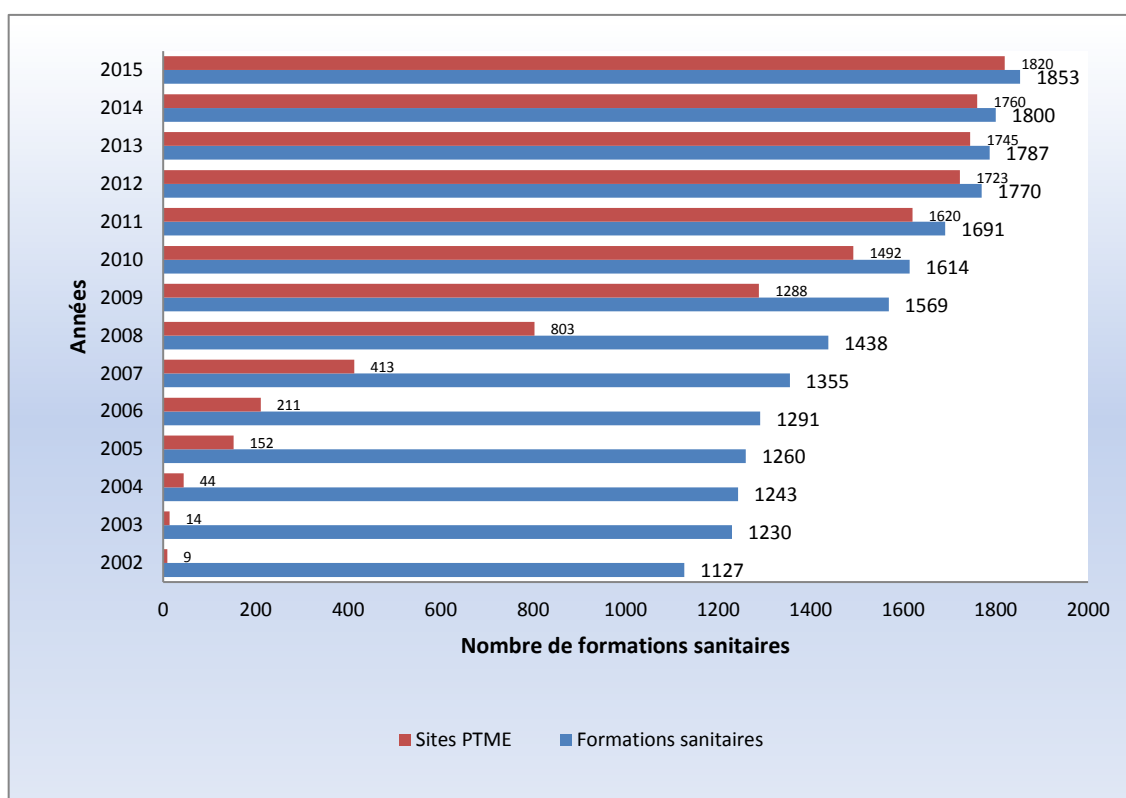
Tableau 2: Ressources financières mobilisées pour la mise en œuvre du programme PTME 2011-2015

ANNEE	MONTANT(FCFA)	SOURCES
2011	550 236 451	Etat Burkinabè UNICEF, OMS, UNFPA, Fonds Mondial JHPIEGO, CHAI, PADS, PLAN
2012	1 511 875 148	Etat Burkinabè UNICEF, OMS, UNFPA, Fonds Mondial JHPIEGO, CHAI, PADS, PLAN
2013	1 194 501 172	Etat Burkinabè UNICEF, OMS, UNFPA Fonds Mondial JHPIEGO, CHAI, PADS, PLAN
2014	1 497 986 456	Etat Burkinabè UNICEF, OMS, UNFPA Fonds Mondial JHPIEGO, CHAI, PADS, PLAN
2015	1 006 029 598	Etat Burkinabè UNICEF, OMS, UNFPA Fonds Mondial JHPIEGO, CHAI, PADS, PLAN

3.2.2 Couverture géographique

Quatre- vingt-dix-huit pour cent (98,2%) des formations sanitaires (FS) offrent des services de PTME/VIH. (Rapport DSF, 2015). Le graphique ci-dessous illustre l'évolution des FS offrant des services PTME au Burkina Faso de 2002 à 2014.

Figure 3: Evolution des formations sanitaires offrant des services de PTME



3.2.3 Offre de services PTME

Les intrants

Les intrants de dépistage, les ARV et les équipements sont acquis grâce à la contribution de l'Etat et des PTF. Toutefois, les formations sanitaires ont connu des ruptures liées aux difficultés d'approvisionnement et de gestion en particulier au niveau périphérique. Selon le rapport de l'enquête annuelle 2015 sur la disponibilité des produits de santé de la reproduction, les principales raisons des ruptures de stocks des intrants (tests de dépistage du VIH, ARV) sont le retard de livraison de la part de la principale source d'approvisionnement, le retard de demande de réapprovisionnement de la part de PPS et la non disponibilité sur le marché empêchant le PPS de se les procurer.

La CPN et le dépistage VIH

La CPN est la principale porte d'entrée pour la PTME/VIH. En termes d'utilisation des services, il faut noter qu'en 2015, 82,3% des femmes enceintes ont été vues au moins une fois en consultation prénatale dont 31% d'entre elles au premier trimestre. Parmi ces dernières, 66% n'ont pas effectué les 4 CPN.

En outre, depuis 2011, il a été constaté que la demande de dépistage du VIH chez les femmes enceintes au cours de la CPN s'est accrue de façon progressive et est passé de 56% en 2011 à 86% en 2015.

L'offre des antirétroviraux

Le troisième programme PTME/VIH (2011-2015) a amorcé sa seconde phase en janvier 2015 par la mise en œuvre de l'option B+. Il s'agit de la trithérapie chez la femme enceinte et allaitante. L'option B+ allège la prise médicamenteuse de la mère (un comprimé de TDF+FTC+EFV par jour), ce qui réduit du même coût la durée de la prophylaxie ARV chez l'enfant (6 Semaines) et permet d'assurer un allaitement sécurisé, dans un contexte de délégation des tâches de prescripteurs ARV aux paramédicaux en ce qui concerne le VIH1.

3.2.4 Evolution des indicateurs de la PTME de 2010 à 2016 au Burkina Faso

Globalement, l'ensemble des indicateurs a connu une amélioration au fil des ans. Toutefois, la transmission résiduelle est demeurée problématique. En effet, si cet indicateur a connu une baisse progressive de 2010 à 2014, il a connu une hausse entre 2015 et 2016 malgré la mise en œuvre de la trithérapie. Cet état de fait pourrait s'expliquer par :

- La faible opérationnalisation de la délégation des tâches,
- la faible qualité des soins offerts notamment l'insuffisance en rapport avec l'observance du traitement ARV et le suivi inadapté du couple mère enfant.

L'évolution des principaux indicateurs de la PTME est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3: Evolution des indicateurs de la PTME de 2010 à 2016 au Burkina Faso

INDICATEURS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Proportion d'enfants ayant reçu le traitement ARV pour la prévention	93%	93,84%	62,88%	59,14%	66,36%	73,57%	89,30%
% de formations sanitaires offrant des services PTME	92%	97%	97%	97,65%	98%	98%	98,00%
Taux de transmission résiduelle du VIH (TME) de la mère à l'enfant	7,80%	ND	6%	5,72%	5,30%	5,94%	8,20%
% de femmes enceintes vues en CPN qui ont fait le dépistage	56%	67%	71,14%	82,31%	85,67%	86,06%	84,90%
Proportion de femmes enceintes dépistées séropositives qui ont bénéficié d'un comptage de CD4	20,06%	15,52%	13,88%	16,39%	21,84%	51,07%	11,40%
% de femmes enceintes séropositives à qui on a administré des ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant	90%	90,86%	92,81%	88,15%	92,09%	67,18%	91,60%

IV. RESULTATS ISSUS DE L'OUTIL D'ANALYSE DES GOULOTS

4.1. Identification des interventions et des priorités

Les interventions traceurs choisies et leur niveau d'atteinte en 2015 sont :

- Planning familial avec un taux de prévalence contraceptive de 23% ;
- Consultation prénatale avec un taux de couverture en CPN4 de 34% et une couverture CPN1 de 82% ;
- ARV maternel avec une couverture en traitement ARV pour les femmes qui est de 54% ;
- Dépistage précoce de 53% ;
- Prophylaxie ARV chez les enfants nés de mères séropositives de 74%.

Ces interventions constituent les domaines prioritaires qui ont été utilisés dans l'analyse des goulots d'étranglement.

Le tableau ci-dessous illustre ces différentes interventions.

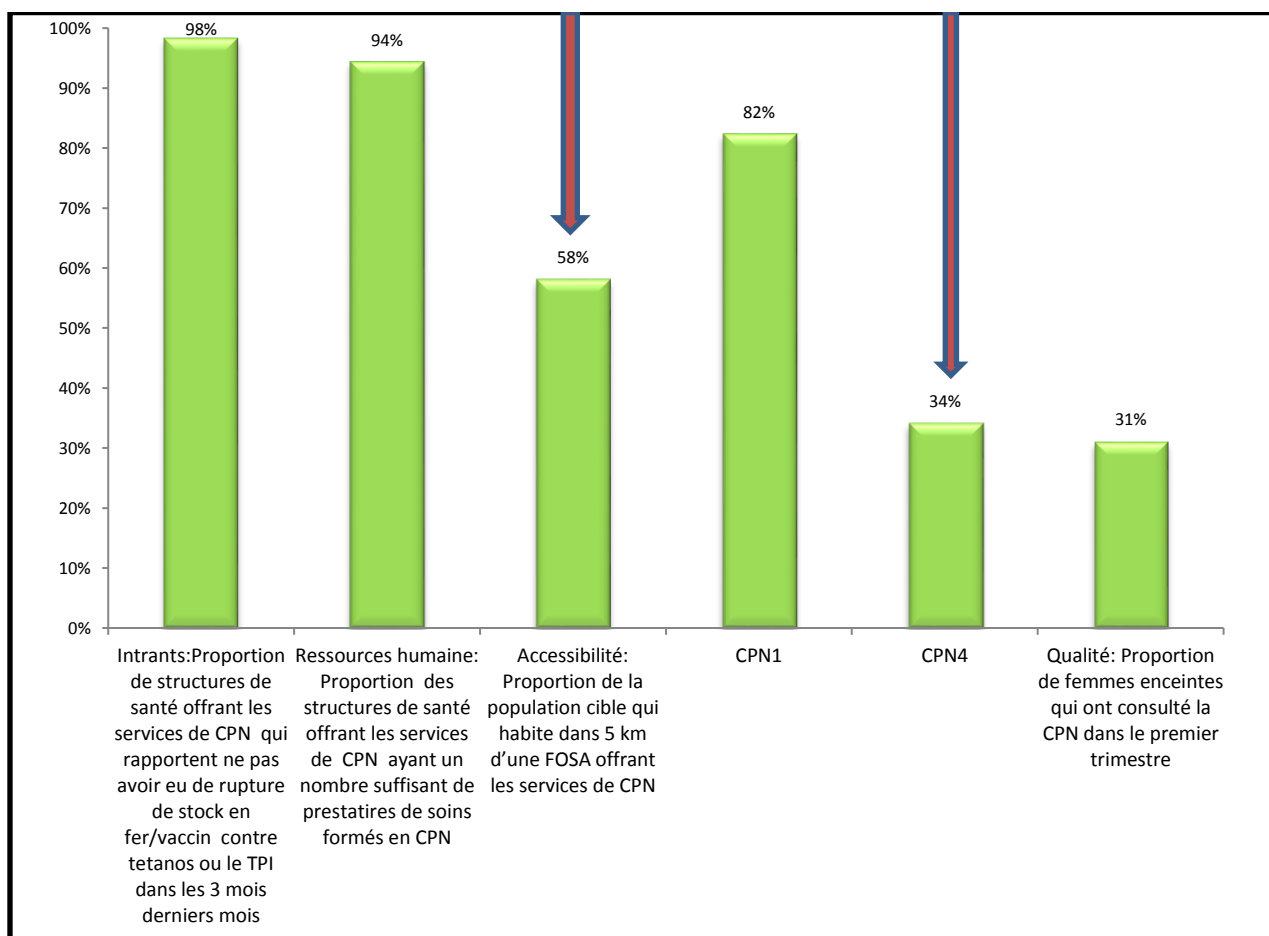
Tableau 4: Interventions traceurs du programme PTME/VIH

Catégorie du programme de PTME	Les indicateurs de la PTME	Cible national pour 2015	données de base nationale (2011)	Valeur en 2015
Planification familiale	Utilisation des contraceptifs modernes (femmes mariées/en union)	40%	10%	23%
Préservatifs	Utilisation des préservatifs (15-49) femmes avec multiples partenaires	100%	62%	62%
Consultation prénatale	CPN 1	95%	88%	82%
	CPN 4	80%	26%	34%
	Vaccin anti tétanique 2	95%	91%	93%
Dépistage	Dépistage du VIH pendant la CPN	90%	62%	71%
Accouchement assistés par un professionnel	Accouchement à la formation sanitaire	85%	78,3%	83%
Vaccination	Penta 3	100%	104%	105%
Prophylaxie ARV	ARV aux enfants pour la PTME	100%	94%	26%
Traitement maternel (option B+)	Traitement ARV pour les femmes	60%	46%	54%
Dépistage chez les enfants exposés	Dépistage précoce pour les enfants à 6 semaines	80%	16%	53%

4.2 Identification et analyse causale des goulots

4.2.1 Consultations prénatales

Graphique 1: Goulots identifiés pour le traceur consultation prénatale



Au niveau de la demande, le goulot porte sur l'accessibilité et est représenté par la proportion de la population cible (42%) qui n'habitent pas dans un rayon de 5 km d'une formation sanitaire offrant des services de CPN.

Le deuxième goulot porte sur l'utilisation continue : 66% des femmes enceintes n'ont pas réalisé les 4 CPN. Ceci constitue une contrainte majeure pour le suivi des femmes enceintes séropositives.

Sur le déterminant de la qualité, on constate que 69% des femmes enceintes ne viennent pas au premier trimestre de la grossesse, occasionnant un retard par rapport au dépistage et à la mise éventuelle sous traitement ARV.

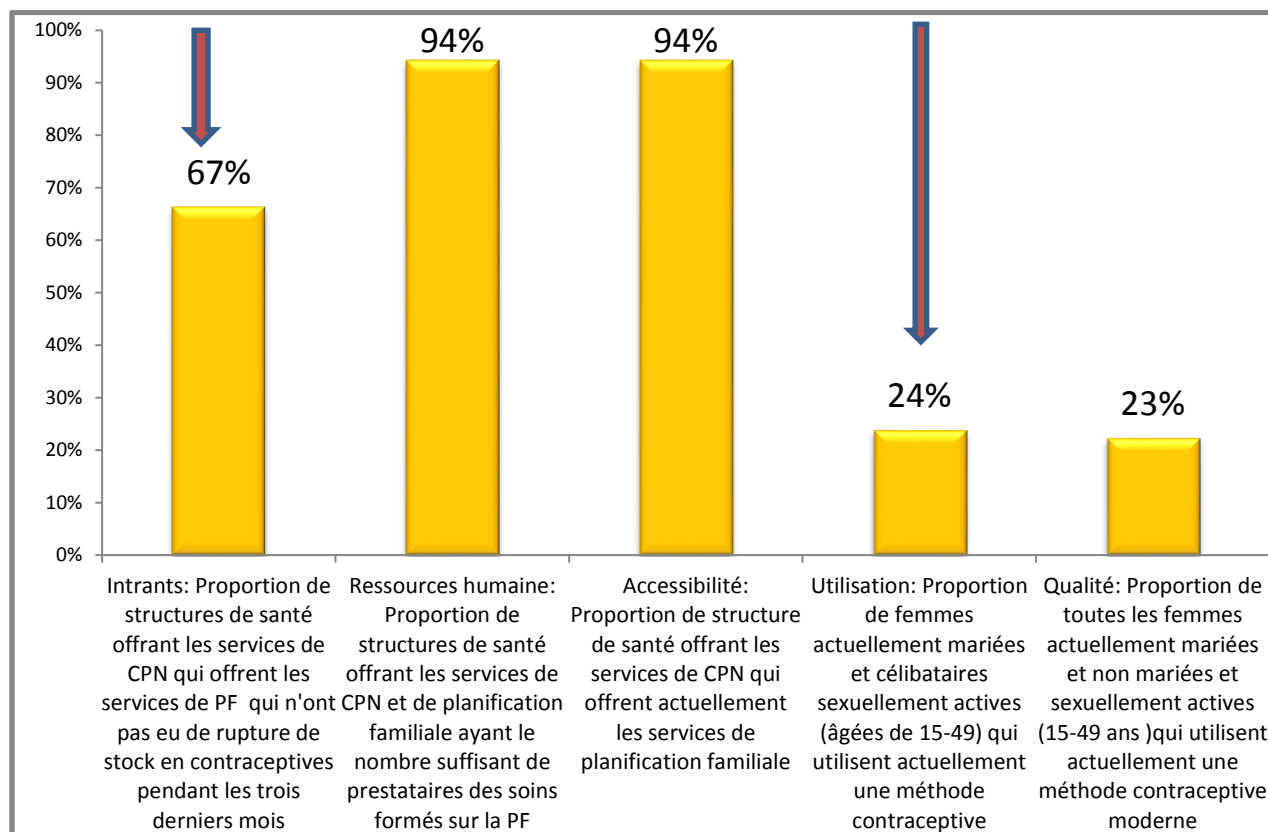
Les causes liées à cette situation seraient en rapport avec ;

- Les croyances socio culturelles qui n'autorisent pas certaines femmes à annoncer leur grossesse,

- L'insuffisance de connaissance sur les avantages de la CPN,
- L'influence du milieu familial (du mari, belle-mère),
- L'insuffisance dans la mise en œuvre des interventions communautaires.

4.2.2 Planning familial

Graphique 2: Goulots identifiés pour le traceur planning familial



Concernant le déterminant de l'offre au niveau de l'intervention traceur Planning familial, on constate deux goulots d'étranglement au niveau de l'offre et de la demande.

Concernant l'offre, on note que 33% des structures de santé qui offrent des services de PF ont connu des ruptures de stock en contraceptifs pendant les trois derniers mois. Le deuxième goulot est lié à l'utilisation continue ; on observe que 76% des femmes mariées et célibataires sexuellement actives (âgées de 15-49 ans) n'utilisent pas une méthode contraceptive.

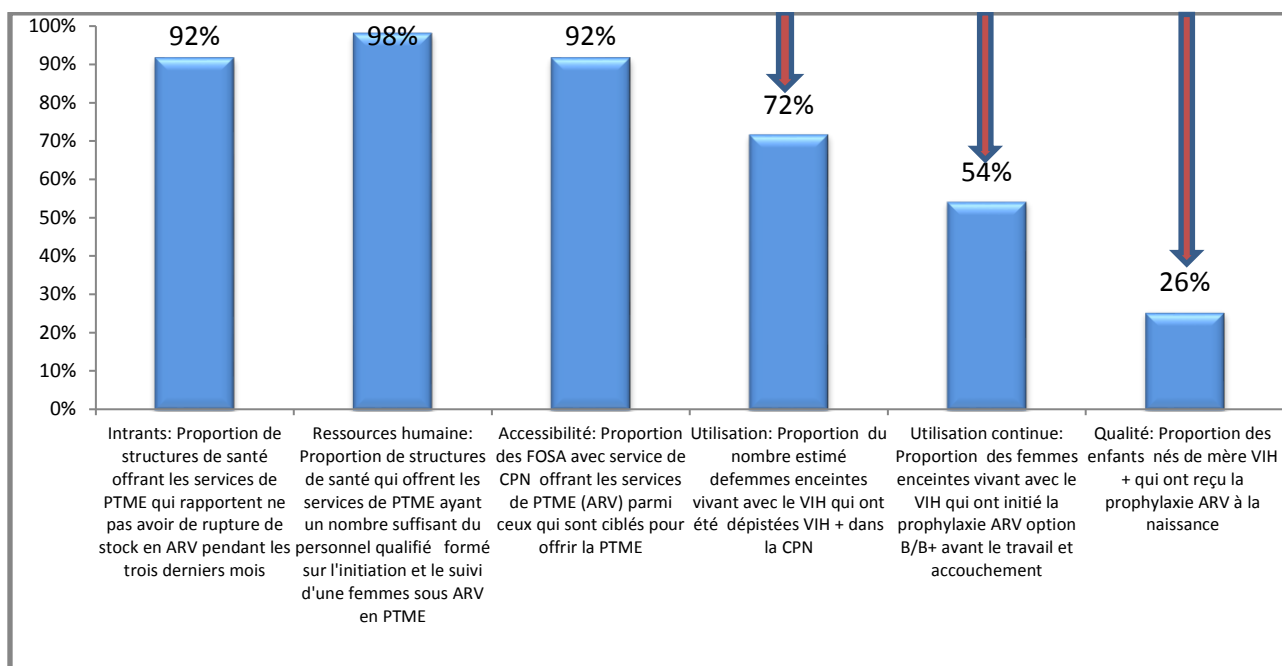
Les causes liées à cette situation sont entre autres:

- L'insuffisance de compétences des acteurs en gestion de stock des médicaments,
- La rupture des produits contraceptifs au niveau DRD/CAMEG,

- Le retard dans la livraison,
- La non mise à jour des outils de gestions.

4.2.3 ARV maternel

Graphique 3: Goulots identifiés pour le traceur ARV maternel



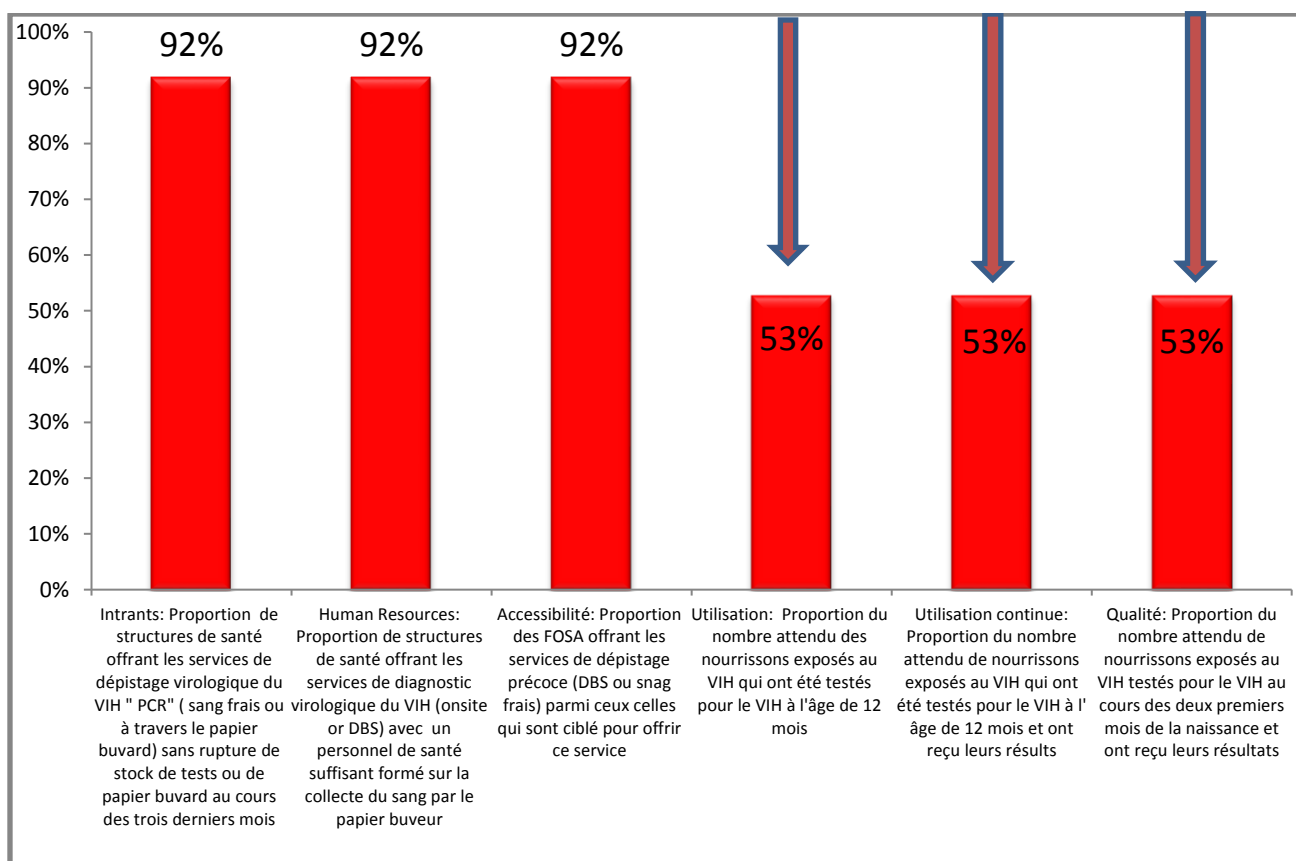
Au niveau du traceur ARV maternel, on observe deux goulots au niveau de la demande : 28% du nombre estimé de femmes enceintes vivant avec le VIH n'ont pas été dépistées pour le VIH et 46 % des femmes enceintes vivant avec le VIH n'ont pas initié le traitement ARV.

En termes de qualité, 74% des enfants nés de mères VIH+ n'ont pas reçu la prophylaxie ARV à la naissance. Les causes sont :

- rupture d'intrants PTME surtout pour les intrants de dépistage, les ARV pédiatriques pour la prophylaxie des enfants nés de mères séropositives,
- difficulté d'identification du statut sérologique des femmes VIH+ en salle d'accouchement,
- insuffisance dans le suivi du couple mère-enfant,
- toutes les femmes enceintes ne sont pas vues en CPN,
- faible proposition de réalisation du test de dépistage VIH en per/post partum,
- faible adhésion des partenaires à la PTME.

4.2.4 Dépistage précoce

Graphique 4: Goulots identifiés pour le traceur diagnostic précoce



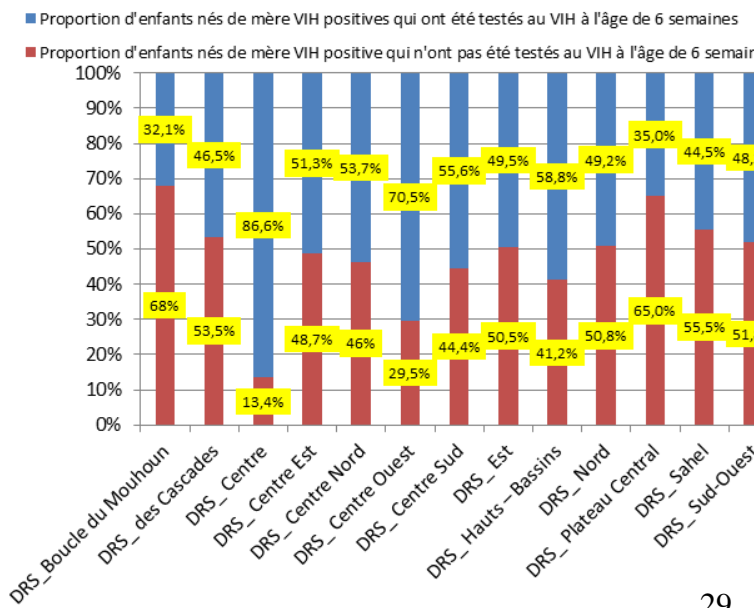
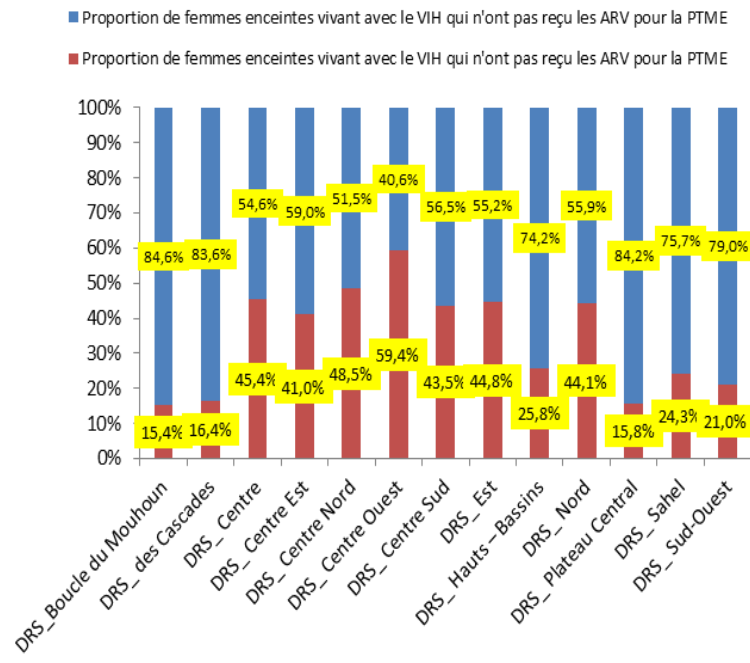
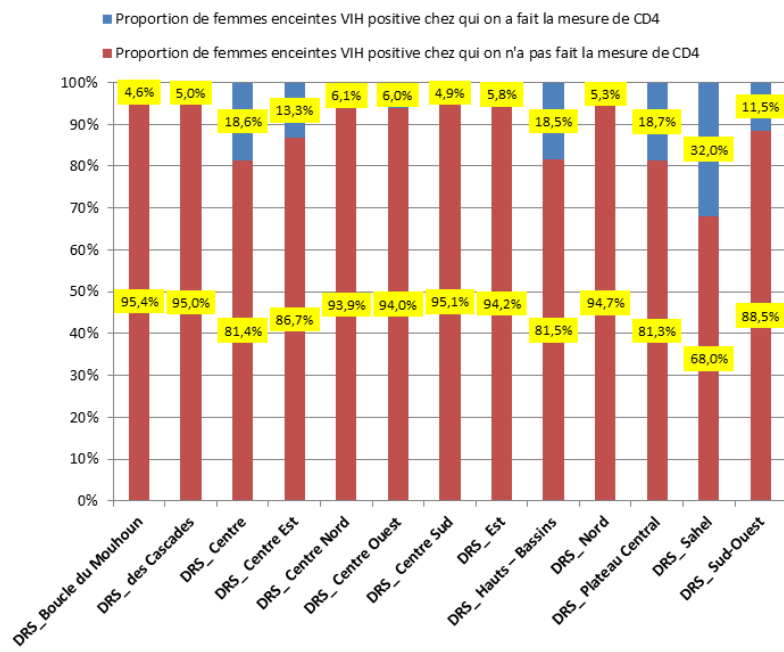
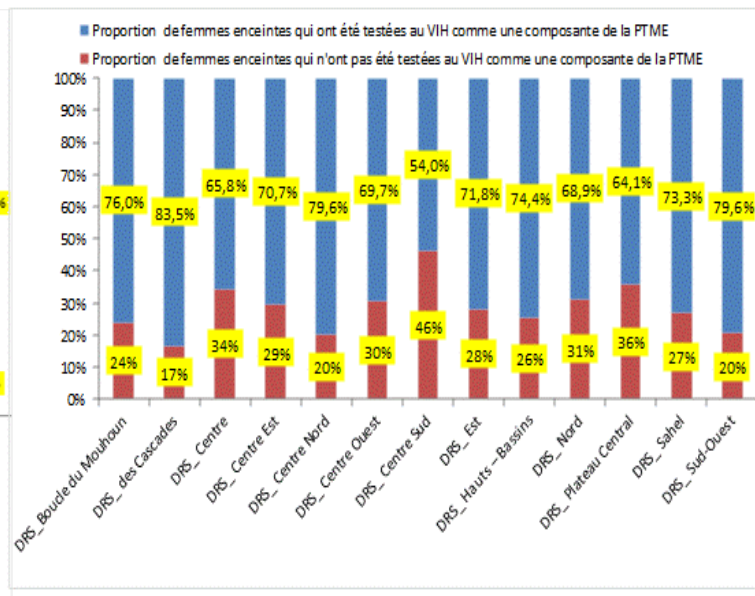
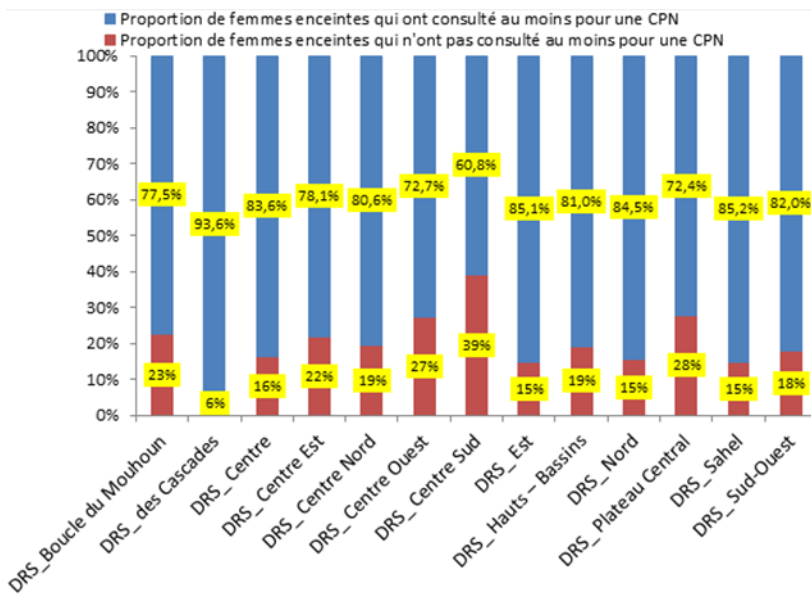
On constate deux goulots au niveau de la demande :

- Le goulot 1 : au niveau de l'utilisation initiale, 47% des nourrissons exposés n'ont pas été testés au VIH à l'âge de 12 mois.
- Le goulot 2 : au niveau de l'utilisation continue, 47 % des enfants n'ont pas été testés au cours des deux premiers mois de la naissance.

Les causes évoquées pour expliquer cet état de fait :

- Insuffisance dans le suivi des enfants exposés,
- Insuffisance de compétences des agents de santé pour réaliser les DBS,
- Insuffisance de restitution des résultats de la PCR par les laboratoires de référence,
- Paiement tardif des frais relatifs aux examens de laboratoires.

4.3. Analyse des disparités des besoins non couverts



Commentaire :

On note une disparité dans les besoins non couverts selon les régions. Dans la dispensation des ARV pour le traitement de la mère et la prévention du VIH chez le bébé, on observe que 9 régions ont les plus grands besoins non couverts entre 20% et 60%. Concernant le dépistage, 7 régions représentent 20% à 35% des besoins non couverts. Pour la première consultation prénatale, 5 régions représentent entre 22% à 35% de besoins non couverts.

Tableau 5: Disparité dans l'offre selon les régions

Pourcentage de besoins non couverts	Régions
20-60 % de besoins non couverts en ARV pour la PTME	Centre- Centre Est- Centre Nord- centre ouest- centre sud- DRS Est-Haut Bassin-DRS Nord-Sahel
20-35% des besoins non couverts en dépistage des femmes enceintes	Boucle du Mouhoun- Centre – Centre Est- Centre Ouest- Centre Sud – Plateau central
20 -35% des besoins non couverts CPN1	Boucle du Mouhoun- Centre Est- Centre Ouest- Centre Sud – Plateau central

V. PLAN D'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH 2017 -2020

5.1 Objectifs mondiaux d'eTME

L'OMS en collaboration avec ses partenaires, a défini en 2015 et révisé en 2016 les objectifs et les conditions de certification /validation de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH. Dans cette démarche l'OMS fixe comme objectif général de réduire le taux de transmission résiduelle du VIH à moins de 5% à l'horizon 2020. Pour atteindre cet objectif général trois (03) objectifs programmatiques d'élimination ont été retenus :

- 95% des femmes enceintes sont vues en CPN,
- 95% des femmes enceintes ont réalisé le test de dépistage VIH lors de la CPN,
- 95 % des femmes enceintes séropositives sont mises sous traitement ARV.

Quant aux conditions de certification, elles sont fondées sur les trois éléments clé suivants :

- la preuve de la réalisation des objectifs d'élimination pendant au moins trois années consécutives,
- l'existence d'un système de surveillance adapté,
- des preuves documentées de la capacité des programmes à maintenir les cibles et les objectifs d'élimination.

5.2 Vision de la réponse nationale au VIH

La vision stratégique de la réponse nationale au VIH à l'horizon 2020 est de : «créer un environnement où les populations participent au développement social et économique sans nouvelles infections, sans décès liés au Sida, sans stigmatisation ni discrimination associées au VIH ».

Cette vision s'insère dans celle de l'analyse prospective à l'horizon 2025 du Burkina Faso en matière de riposte au VIH qui est de : poursuivre l'inversion de la tendance de l'épidémie et « faire du VIH/SIDA une maladie comme les autres grâce à une stratégie nationale conséquente et un appui international consolidé ».

Elle s'inscrit également dans l'engagement pris par les chefs d'Etats de l'Union Africaine à Abuja (2001), les objectifs de la déclaration politique sur le VIH et le Sida (2011) et

ceux récemment définis par l'ONUSIDA (2013-2014) en vue de l'accélération de la prévention et du traitement du VIH que sont :

- « Zéro nouvelle infection par le VIH - Zéro décès lié au Sida - Zéro discrimination » ;
- « 90-90-90 » à l'horizon 2020, permettant à 90% des personnes vivant avec le VIH de connaître leur statut sérologique, à 90 % des personnes connaissant leur statut sérologique d'avoir accès au traitement contre le virus et à 90% des personnes sous traitement d'atteindre des niveaux indétectables de VIH dans leur organisme ;
- « Mettre fin à l'épidémie du Sida à l'horizon 2030 ».

5.3 But du plan eTME

Contribuer à l'amélioration de la santé de la femme et de l'enfant en réduisant la morbidité et la mortalité liées au VIH.

5.4 Objectif général du plan eTME

Réduire la transmission mère-enfant du VIH à 2% d'ici à fin 2020.

5.5 Objectifs spécifiques

D'ici à fin 2020, il s'agit de :

- OS1 : Augmenter de 05% à 60% la proportion de femmes utilisatrices des services de PF qui réalisent le dépistage VIH,
- OS2 : Accroître de 70% à 95% la proportion de femmes dépistées lors des CPN,
- OS3 : Accroître de 54% à 95% la proportion de femmes enceintes dépistées séropositives sous trithérapie,
- OS4 : Accroître de 26% à 95% la proportion d'enfants nés de mères séropositives sous prophylaxie ARV dès la naissance,
- OS5: Accroître de 53% à 95% la proportion d'enfants nés de mères séropositives diagnostiqués précocement à 6 semaines pour le VIH.

VI. CHRONOGRAMME DES ACTIVITES DU PLAN

Tableau 6: Chronogramme des activités du plan

Intervention traceur 1: Mise sous ARV chez les FE séropositives et leurs enfants
Goulot d'étranglement 1 :46% des FE séropositives ne bénéficient pas d'ARV pour la PTME
Goulot d'étranglement 2 : 74% des enfants nés de mères séropositives ne bénéficient pas d'ARV prophylactiques pour la PTME
Résultat stratégique 1: Au moins 95% des FE séropositives sont mise sous traitement ARV
Résultat stratégique 2: Au moins 95% des enfants nés de mères séropositives bénéficient d'une prophylaxie ARV

Effet	Produits	Stratégie	Activités	Période				Responsible	Collaborateurs	Montant	Source de financement
				2017	2018	2019	2020				
60% des FAP utilisatrices des services PF réalisent le test de dépistage VIH	100% des ASBC mènent des activités de sensibilisation sur les avantages de la PTME 100% des FS offrent les services de PTME	Renforcement des compétences des acteurs de la PTME	1. Former 2100 agents (DS/CHR/CHU) en 70 sessions de 05 jours sur la PTME y compris le dépistage combine VIH/syphilis, la technique DBS	x	x			DSF	DRS/DS	188 853 950 139 900 990	FM UNICEF
95 % des femmes enceintes réalisent leur test de dépistage VIH			2. Former en 5 sessions 140 acteurs (pharmaciens et PEP) des DS sur la gestion des intrants eTME	x	x			DSF	DGPML/DRS/DS	21 774 170	UNICEF
10% des partenaires des femmes enceintes réalisent leur test de dépistage VIH			3. Organiser à Koudougou, un atelier d'élaboration du module d'orientation sur l'eTME à l'intention des ASBC pendant 5 jours		x			DSF	DPS	6 551 400	UNICEF
			4. Reproduire 2000 exemplaires du module d'orientation sur l'eTME à l'intention des ASBC au profit des FS		x			DSF	DPS	10 000 000	UNICEF
			5. Tenir 13 ateliers d'orientation des acteurs régionaux et districts sur le module eTME à l'intention des ASBC		x			DSF	DPS	32 025 835	UNICEF
			6. Tenir 70 ateliers en 1 jour dans chaque district d'orientation des agents de santé (1 agent par CSPS) sur le module eTME à l'intention des ASBC		x	x		ECD	DRS/DSF/DPS	95 155 500	UNICEF

Effet	Produits	Stratégie	Activités	Période				Responsible	Collaborateurs	Montant	Source de financement			
				2017	2018	2019	2020							
95% des femmes enceintes séropositives reçoivent la trithérapie 95% des enfants nés de mères séropositives reçoivent une prophylaxie ARV			7. Organiser dans les 1700 CSPPS une session d'orientation d'un jour à l'intention des 17668 ASBC sur le module eTME		x			ICP	DS/DRS/DSF/DPS	83 300 004	UNICEF			
			8. Tenir à Koudougou un atelier de 5 jours pour la révision des directives PTME	x				DSF	SP CNLS/PSSLS/PLAN-BF	7 076 820	UNICEF			
			9. Reproduire en 2000 exemplaires des directives PTME		x			DSF		10 000 000	UNICEF			
			10. Former 124 agents de laboratoire en (CMA/CHU/CHR) 4 sessions de 5 jours à Ouagadougou sur la PTME y compris la DBS (prélèvement sur papier buvard) et le dépistage combine syphilis/VIH	x				DSF	DGPML/DRS/DS	22 496 200	UNICEF			
			11. Former en 4 sessions de 05 jours 100 prestataires des structures privées de Ouagadougou (75 prestataires) et de Bobo-Dioulasso (25 prestataires) sur l'eTME	x				DSF	Association des cliniques privées	12 219 350	UNICEF			
			12. Organiser en 3 jours à Tenkodogo avec 30 membres des structures de la société civile, un atelier d'élaboration /actualisation d'un référentiel national pour les activités d'accompagnement communautaires des OBC orientées sur l'eTME		x			DSF	DPS/IPC	4 811 450	UNICEF			
			13. Former 172 acteurs communautaires de 86 OBC sur le référentiel national d'accompagnement communautaire en 3 sessions de 3 jours à Ouaga et Bobo		x			DSF	DPS/IPC	6 388 100 3 727 750	UNICEF FM			
			Amélioration de l'observance du traitement et du suivi du couple mère enfant			14. Organiser la recherche active des couples mère-enfants perdus de vue et nécessitant des services complets de PTME, à l'aide des OBC dans chaque district sanitaire				x	OBC	DSF / IPC/PLAN BF	16 239 598 16 239 598 16 239 598	FM UNICEF PLAN BF
						15. Organiser la recherche des perdus de vue (PDV) à la PTME par les ASBC	x	x	x	x	ASBC	CSPPS/DS/DRS/DSF	PM	UNICEF FM PLAN BF

Effet	Produits	Stratégie	Activités	Période				Responsible	Collaborateurs	Montant	Source de financement
				2017	2018	2019	2020				
			16. Organiser dans la communauté (OBC/ASBC) la référence des femmes enceintes vers les formations sanitaires		x	x	x	OBC/A SBC	CSPS,DS, DRS/DSF	PM	UNICEF FM
			17. Concevoir le système mHealth pour le suivi des FE y compris les FE VIH+ et les enfants	x				DSF	DSITS	2 345 000	UNICEF
			18. Mettre en œuvre le système mHealth PTME dans un DS		x	x	x	DSF	DSITS	253 423 352	UNICEF
			19. Assurer mensuellement les frais de téléphone pour la recherche des perdues de vue (PDV) aux services PTME au profit de 397 FS de 18 DS ayant les plus faibles taux de mise sous ARV	x	x	x	x	DS	DRS, DSF	38 112 000 16 938 667	UNICEF PLAN BF
	Au moins 90% des FS n'ont pas connu de rupture en intrants PTME	Sécurisation des intrants PTME	20. Acquérir les intrants PTME selon la procédure nationale (A budgétiser consommables, réactifs, ARV y compris les tests de diagnostic combiné VIH/Syphilis	x	x	x	x	DSF	DGPML, CAMEG, SP-CNLS/ DRS/DS	3 943 292 730 2 365 975 638 1 577 317 092	FM UNICEF BE
	100% des femmes enceintes dépistées VIH+ adhèrent au traitement ARV	renforcement de la mobilisation communautaire passage à l'échelle de la stratégie de stepping stones	21. Organiser chaque année un atelier de plaidoyer par district à l'endroit de 25 leaders communautaires sur la PTME	x	x	x	x	DSF	DPS	35 324 440	UNICEF
			22. Organiser annuellement dans les 70 DS une foire de sante sur la PTME (dépistage FE, dépistage des partenaires Hommes, défilé des femmes et des hommes, dassandaga...)		x	x		DS	DPS, DRS, DSF	182 590 000 23 560 000	UNICEF PLAN BF
			23. Concevoir des spots radio en mooré, dioula, fulfulde et en gulmatchéma sur la PTME		x			DPS	DCPM/DSF	320 000	UNICEF
			24. Diffuser mensuellement les spots radio en mooré, dioula, fulfulde et en gulmatchéma sur la PTME sur les radios de proximité		x	x	x	DSF	DPS/DCPM	23 040 000	UNICEF
			25. concevoir des spots télé en mooré, dioula, fulfulde et en gulmatchéma sur la PTME		x			DPS	DCPM/DSF	1 600 000	UNICEF

Effet	Produits	Stratégie	Activités	Période				Responsible	Collaborateurs	Montant	Source de financement
				2017	2018	2019	2020				
			26. Diffuser mensuellement les spotstélé en more, dioula et fulfulde sur la PTME		x	x	x	DSF	DPS/DCPM	53 280 000	UNICEF
			27. Reproduire et mettre à la disposition des FS 2000 boites à images en français	x	x			DSF	DPS/PLAN BF	10 000 000	UNICEF
			28. Reproduire et mettre à la disposition des ASBC 2000 boites à image en français		x	x		DSF	DPS	5 000 000 5 000 000	UNICEF PLAN BF
			29. Reproduire et mettre à la disposition des formations sanitaires 2000 affiches sur la DBS		x			DSF	DPS	1 700 000 300 000	UNICEF PLAN BF
			30. Reproduire et mettre à la disposition des prestataires 2000 affiches sur le protocole PTME		x			DSF	DPS	2 000 000	UNICEF
			31. Concevoir chaque année un kakemono sur la PTME	x	x	x	x	DPS	DSF	600 000	UNICEF
			32. Reproduire 100 kakemono sur la PTME	x	x	x	x	DSF	DPS	15 000 000	UNICEF
			33. Organiser par an dans 3000 villages un théâtre fora sur la PTME		x	x		OBC	CSPS, DS, DRS, DSF	110 000 000 110 000 000 110 000 000	UNICEF FM PLAN BF
			34. Organiser 1120 assemblées générales communautaire (Stepping stones) par an dans 70 DS avec la population dans les villages des sites couverts dont 288 dans 18 DS en 2017					OBC	IPC/DSF	6 576 318 1 691 053	UNICEF FM
			35. Organiser 1120 sorties de mise en place des groupes de discussion STEPPING STONES dans 70 DS (en moyenne 3 groupes par village constituées de groupe d'hommes mariés, de femmes adultes mariées et d'adolescentes mariées) dont 288 dans 18 DS en 2017	x	x			OBC	IPC/DSF	12 420 254 4 299 319	UNICEF FM
			36. Organiser dans 70 DS (18 DS en 2017) des sessions STEPPING STONES pour les différents groupes mis en place dans chaque village, plus spécifiquement	x	x			OBC	IPC	439 093 943 112 909 871	UNICEF FM

Effet	Produits	Stratégie	Activités	Période				Responsible	Collaborateurs	Montant	Source de financement
				2017	2018	2019	2020				
			centrées sur la CPN, la PTME, les accouchements assistés.								
			37. Orienter en une journée 96 membres des écoles des maris sur leur rôle dans la PTME dans les CSPS	x	x	x	x	ICP	DSF/IPC/PLAN	1 031 600	UNICEF
			38. Superviser mensuellement les membres des écoles des maris par les OBC	x	x	x	x	OBC	DSF/IPC/PLAN	16 851 520	UNICEF
			39. Reproduire et mettre à la disposition des 08 DS, 96 Boites à image sur la PTME au profit des écoles de maris	x	x	x	x	DSF	IPC/DPS	1 920 000	PLAN BF
			40. Primer par an la meilleure école des maris pour chacun des 8 DS	x	x	x	x	DSF	IPC/DPS	3 200 000	UNICEF

Intervention traceur 2: Dépistage du VIH chez les enfants nés de mères séropositives

Goulot d'étranglement 2 : 47% des enfants nés de mères séropositives ne sont pas dépistés à 6 semaines de vie

Résultat stratégique 3 : Au moins 95% des enfants nés de mères séropositives bénéficient du diagnostic précoce du VIH

Effet	Produit	Stratégie	ACTIVITES	Période				RESPONSABLE	Collaborateurs	Montant	Source de financement
				2017	2018	2019	2020				
	90% des FS n'ont pas connu de rupture en intrants de dépistage précoce et tardif y compris les formations	Sécurisation des intrants	41. Intégrer la gestion du stock des intrants de dépistage précoce dans la surveillance hebdomadaires des produits vitaux de SR	x	x	x	x	DSF	DLM/DRS/DS	PM	
		Amélioration du suivi du couple mère enfant	42. Elaborer et diffuser un modèle de répertoire électronique de suivi du couple mère enfant issus de la PTME jusqu'à 18 mois		x			DSF	DS/DRS	PM	

Effet	Produit	Stratégie	ACTIVITES	Période				RESPONSABLE	Collaborateurs	Montant	Source de financement
				2017	2018	2019	2020				
95% des enfants nés de mères séropositives sont dépistés	sanitaires privées et confessionnelles	Renforcement du Suivi - évaluation	43. Superviser mensuellement les ASBC par les agents de santé	x	x	x	x	ICP	DS/DRS/DSF/DPS	PM	UNICEF
	80% des enfants nés de mères séropositives sont dépistés à 6 semaines de vie 15% des enfants nés de mères séropositives sont dépistés après 6 semaines	Amélioration de l'offre de service de dépistage chez les enfants y compris le CDIP	44. Organiser semestriellement un cadre de concertation régional sur la PTME (dépistage, suivi du couple mère-enfant, intrants...)	x	x	x	x	DSF	DRS/DS	PM	UNICEF
45. Assurer mensuellement l'acheminement des prélèvements DBS des CSPS vers les DS et des DS vers les laboratoires de référence			x	x	x	x	DS	DSF	126 751 776	FM	
46. Assurer le paiement des laboratoires de référence pour la réalisation du diagnostic précoce			x	x	x	x	DS	CHR/CHU	10 951 246	FM	
47. Assurer mensuellement le retrait des résultats au niveau des laboratoires de référence par les DS et au niveau des DS par les CSPS			x	x	x	x	DS	CHR/CHU	PM		
Le suivi et l'évaluation des activités du plan eTME sont renforcés		Renforcement du Suivi - évaluation	48. Réaliser une enquête sur l'offre de la PTME dans les structures privées de santé	x				DSF	Structures privées	15 325 000	UNICEF
			49. Réaliser une revue à mi-parcours de la mise en œuvre du plan eTME		x			DSF		20 000 000	UNICEF
			50. Réaliser une évaluation finale de la mise en œuvre du plan eTME				x	DSF		30 000 000	UNICEF
			51. Elaborer un plan de suivi évaluation du plan eTME	x				DSF		3 545 000	UNICEF
			52. Effectuer semestriellement les sorties de supervision de la DSF vers les DRS et des DS (PM)	x	x	x	x	DSF	DRS/DS	24 217 200 33 603 720	UNICEF FM
			53. Effectuer semestriellement les sorties de supervision des DRS vers les DS	x	x	x	x	DRS	DS	31 292 400	FM
			54. Effectuer trimestriellement les sorties de supervision des DS vers les FS (PM)	x	x	x	x	DS	CSPS	166 037 336	FM

Effet	Produit	Stratégie	ACTIVITES	Période				RESPONSABLE	Collaborateurs	Montant	Source de financement
				2017	2018	2019	2020				
			55. Organiser un atelier d'élaboration d'un guide de remplissage des données de PTME en 03 jours à Koudougou	x				DSF	DSS/DRS	7 225 180	UNICEF
	le financement et la coordination, du plan eTME sont renforcés	Renforcement de la coordination, et financement	56. Organiser en un jour à Ouagadougou une table ronde avec les PTF pour la mobilisation des ressources	x				DSF	UNICEF, FM, OMS, UNFPA, PLAN,	PM	
			57. Réaliser la cérémonie de lancement du plan eTME à l'échelle nationale à Ouahigouya	x				DSF	DRS, DS Autorités Région du nord	8 000 000	UNICEF
			58. Tenir en 01 jour un atelier national de diffusion du plan eTME à Ouagadougou	x				DSF	DRS, DS,SP/CNLS	2 757 800	BE
			59. Mettre en place un comité national de pilotage de l'e-TME par arrêté ministériel	x				DSF	UNICEF OMS UNFPA ONUSIDA	4 196 570	UNICEF
			60. Organiser trimestriellement une rencontre du comité national de pilotage de l'eTME	x	x	x	x	DSF	OMS UNFPA ONUSIDA	6 000 000	UNICEF
			61. Organiser semestriellement une rencontre de concertation au niveau national entre les acteurs de la PTME et de la prise en charge pédiatrique du VIH	x	x	x	x	DSF	PSSLS/IST, SPCNLS, PLAN, IPC	PM	UNICEF
			TOTAL							10 652 677 673	

VII. SUIVI EVALUATION

7.1 Cadre de suivi évaluation

Les mécanismes du système de suivi évaluation du plan eTME s'intègrent dans le système national de suivi évaluation existant. Ce système est composé de trois niveaux que sont :

- le niveau opérationnel (DS et établissements sanitaires, organisation à base communautaire) où se mènent les activités à l'endroit des populations cibles : Il s'agit du premier niveau de suivi, de collecte, d'analyse et de traitement de l'information. Le rapport produit sera utilisé pour la prise de décision au niveau local et ensuite transmis à l'équipe du district sanitaire pour la DRS.
- le niveau intermédiaire (DRS) où se mènent les activités de coordination, d'appui et de suivi et évaluation des résultats : c'est le deuxième niveau de suivi, de collecte et de traitement de l'information des structures intermédiaires et périphériques.
- le niveau central est constitué par la coordination nationale du plan eTME assurée par la Direction de la santé de la famille. Ce niveau assure le traitement et la diffusion des informations programmatiques et financières sur la mise en œuvre du plan aux différentes parties prenantes. Cela se fait en collaboration avec la Direction des statistiques sectorielles qui assure la gestion technique de l'entrepôt des données sanitaires (ENDOS) dans lequel sont traitées les données de PTME/VIH. En outre d'autres interventions seront nécessaires pour permettre de disposer des données de qualité ; ce sont : (i) le renforcement des capacités des personnels du suivi évaluation, (ii) le renforcement des capacités des districts, des régions, de la coordination des ONG, du secteur privé et confessionnel, (iii) la réalisation des supervisions ; (iv) le renforcement de l'approche multisectorielle des solutions locales et (v) la recherche opérationnelle.

Deux types d'évaluation seront réalisés en vue de mesurer le niveau d'atteinte des résultats :

- **L'évaluation à mi-parcours**

Elle sera effectuée en fin 2018 et permettra d'évaluer les indicateurs de processus de mise en œuvre du plan de même que les extrants afin de procéder aux ajustements éventuels et de renforcer les acquis.

- **L'évaluation finale**

Elle sera réalisée en fin 2020 et aura pour objectifs entre autres d'apprécier la pertinence des interventions et le niveau d'atteinte des effets et l'impact du plan eTME.

7.2 Outils et supports de collecte de données

Il est basé sur une collecte journalière des données au niveau des structures sanitaires et communautaires à travers des supports et outils de collecte élaborés à cet effet.

Pour le suivi des interventions, deux types d'outils sont disponibles: (i) les outils de collecte primaire que sont : le registre de consultations prénatales, le registre d'accouchement, le registre de consultations post natales, les dossiers de suivi du couple mère- enfant, le carnet de santé de la mère et de l'enfant, les registres PF et (ii) les outils secondaires composés des rapports mensuels d'activités des structures de soins à tous les niveaux. En plus de ces supports, les rapports d'activités de supervisions seront utilisés.

7.3 Plan de collecte des données et circuit de l'information

Le système de collecte des données du plan eTME s'intègre dans le mécanisme mis en place par le système national d'information sanitaire en vigueur. Les modalités de collecte et de traitement ainsi que le circuit de l'information sont ceux préconisés par ledit système.

Le district compile les rapports mensuels des structures sanitaires et communautaires de son ressort territorial. Il analyse et valide mensuellement les données qui lui sont transmises. Ces données validées sont ensuite transmises à la région qui les traite et les transmet au niveau central. Le district élabore un rapport trimestriel PTME.

Le niveau central analyse les données reçues et produit le rapport national et les rapports des engagements internationaux (Accès universel, OMD, etc.).

Dans la chaîne de transmission des données, outre les producteurs initiaux de données tels les CSPS, les CMA, les ASS/ONG qui transmettent des données sur supports physiques, les autres structures utilisent une transmission virtuelle avec la saisie sur le logiciel ENDOS. On note qu'à chaque niveau, un feed-back est prévu pour les structures productrices des informations.

La rétro information s'effectue à chaque niveau du circuit de l'information avec tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH.

Pour ce faire, une fiche de rétro information a été élaborée en se focalisant sur des indicateurs spécifiques et sur la matrice de cohérences des données PTME. Cette rétro information se fait aussi à chaque occasion de partages des données (réunion trimestrielle, réunion bilan, supervision).

La direction générale des études et des statistiques sectorielle coordonne le système d'information et de gestion (SIG). Ces informations sont utilisées pour élaborer le rapport national et les rapports des engagements mondiaux.

En cas de faible complétude (moins de 80%) des données transmises par les CSPS aux districts sanitaires, une mission de collecte est organisée sur le terrain pour récupérer les données manquantes au niveau des établissements sanitaires et des organisations à base communautaire.

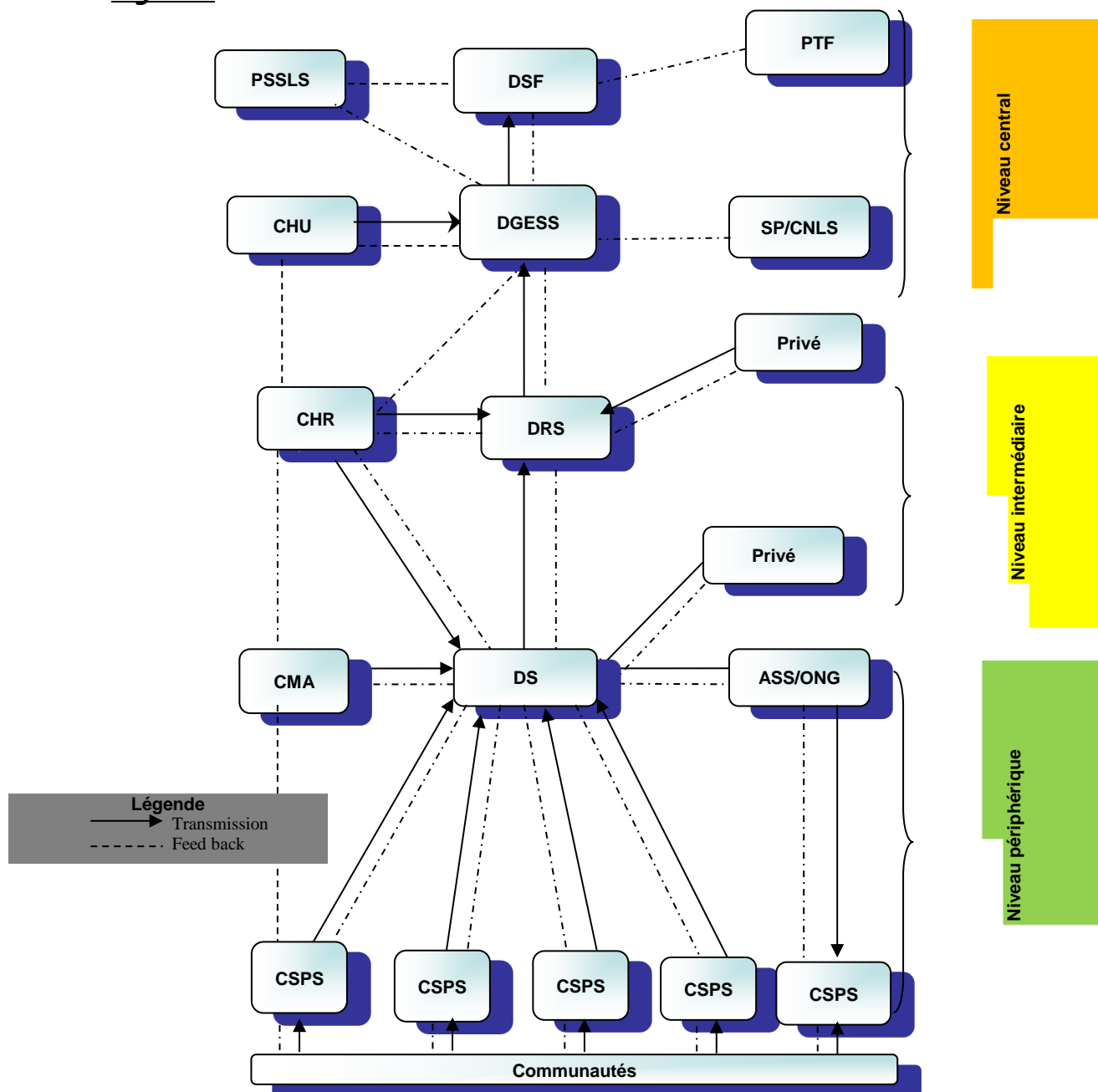
La collecte des données pour le suivi du plan eTME se fera en utilisant la dernière version des outils standardisés et harmonisés du système national. Les acteurs impliqués, qu'ils soient issus du secteur privé, confessionnel, communautaire ou public, seront mis à niveau pour faciliter l'utilisation de ces outils. Ils seront également sensibilisés au respect du principe de « three one's » pour une gestion efficace de l'information pour la prise de décision. Le tableau ci-dessous présente par niveau, le type de rapport, le support de transmission et la fréquence de rapportage.

Tableau 7: Type de rapport, mode de transmission et fréquence de rapportage par niveau

Niveau d'élaboration	Type de rapport	Période objet du rapport	Niveau de transmission	Délai de transmission/de saisie/de validation
Communautaire	RMA de santé communautaire	Du 26 du mois précédent au 25 du mois en cours	CSPS/ONG Rencap	fin du mois en cours
CSPS/CM/CMA	RMA	Du 26 du mois précédent au 25 du mois en cours	ECD	5 du mois suivant
Unités des soins et services des hôpitaux	RMA	Du 26 du mois précédent au 25 du mois en cours	SIM/SPIH	5 du mois suivant
ECD	Saisie du RMA sur Endos	Du 26 du mois précédent au 25 du mois en cours	En ligne	Jusqu'au 20 du mois suivant
SIM/SPIH	Saisie du RMA sur Endos	Du 26 du mois précédent au 25 du mois en cours	En ligne	Jusqu'au 20 du mois suivant

La figure ci-dessous schématise le circuit de l'information.

Figure 4: Circuit de l'information



7.4 Diffusion et communication sur les données

La finalité du suivi - évaluation est l'utilisation des informations générées par le système pour la prise de décision. A cet effet, tout plan de suivi et évaluation efficace doit comporter un plan de dissémination et d'utilisation des informations.

Les données générées par le système de suivi et évaluation seront utilisées dans trois domaines essentiels : (i) le plaidoyer pour l'action, (ii) la planification, la révision et

l'amélioration des programmes et des politiques; et (iii) l'imputation des changements intervenus dans la dynamique de l'épidémie à certaines interventions.

La communication des informations générées se fera à travers des présentations orales lors des conférences nationales et internationales; des réunions ou ateliers d'analyse de données ; des rapports ; des émissions radio et télé diffusées ; des réunions de suivi ou rencontres des parties prenantes ; des ateliers annuel de dissémination (au niveau DS et national) et des revues semestrielles régionales et annuelles nationales.

7.5 Suivi des progrès et mesure de la performance

Tableau 8: Cadre de mesure de rendement du plan eTME 2017-2020

RESULTATS	Indicateur					Périodicité de collecte	Responsable	Source de collecte	Niveau de collecte	
	Nom de l'indicateur	Cible								
		2016	2017	2018	2019					2020
IMPACT										
Réduire la transmission mère enfant du VIH à 2% d'ici à fin 2020	Taux de transmission mère enfant du VIH	8,2%	6,65	5,1	3,55	2 %	Annuelle	DSF	Données de routine et rapport GARPR	National
EFFETS										
95 % des femmes enceintes ont réalisé leur test de dépistage VIH	Nombre de femmes enceintes ayant réalisé le test VIH dans le trimestre et qui ont reçu leur résultat	730485	823613	921996	1026042	1134359	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
	Taux de dépistage des femmes enceintes vues en CPN	70%	76%	82%	89%	95%	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
95% des femmes enceintes séropositives attendues reçoivent la trithérapie pour elle-même et leur bébé	Nombre de Mères ayant reçu un traitement ARV	4 826	5261	5204	4605	3403	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
	Pourcentage de Mères ayant reçu un traitement ARV	45%	57%	70%	82%	95%	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
95% des enfants nés de mères séropositives reçoivent une prophylaxie ARV	Nombre de naissance attendues chez les femmes enceintes VIH+	8990	7650	6206	4654	2984	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
	Pourcentage d'Enfants ayant reçu un traitement prophylactique complet aux ARV	26%	43%	60%	78%	95%	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
95% des enfants nés de mères séropositives sont dépistés	Nombre d'enfants nés de mères séropositives testés à 6 semaines de vie	899	2066	2793	2885	2387	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
	Proportion d'enfants nés de mères séropositives testés à 6 semaines de vie	10%	27%	45%	62%	80%	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
60% des femmes en âge de procréer qui utilisent les services de PF réalisent leur test de dépistage volontaire au VIH	% Femmes en âge de procréer utilisatrices des services de PF réalisant leur test de dépistage volontaire au VIH dans le trimestre	5%	19%	33%	46%	60%	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
10% des partenaires de FE réalisent le test VIH	Pourcentage des Partenaires de FE ayant réalisé le test VIH	2%	4%	6%	8%	10%	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
PRODUITS										

RESULTATS	Indicateur						Périodicité de collecte	Responsable	Source de collecte	Niveau de collecte
	Nom de l'indicateur	Cible								
		2016	2017	2018	2019	2020				
1820 formations sanitaires offrent des services PTME	Nombre de formations sanitaires offrant des services PTME	1784	1784	1802	1811	1820	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
100% des formations sanitaires offrent des services PTME	Pourcentage (%) de formations sanitaires offrant des services PTME	98%	98,5%	99,0%	99,5%	100%	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
1194062 femmes enceintes venues en CPN1	Nombre de femmes enceintes venues en CPN1	860220	937785	1019347	1105288	1194062	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
100% des femmes enceintes réalisent la CPN1	Pourcentage (%) de femmes enceintes venues en CPN1	82%	87%	91%	96%	100%	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
1074656 femmes enceintes réalisent la CPN1	Nombre de femmes enceintes venues en CPN1 au premier Trimestre	283 404	445213	628428	838084	1074656	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
90% des femmes enceintes réalisent la CPN1 au premier Trimestre	Pourcentage (%) de femmes enceintes venues en CPN1 au premier Trimestre	33%	47%	62%	76%	90%	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
955250 femmes enceintes réalisent au moins la CPN4	Nombre de femmes enceintes ayant réalisé au moins CPN4	365529	433725	586125	759885	955250	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
80% des femmes enceintes réalisent au moins la CPN4	Pourcentage (%) de femmes enceintes ayant réalisé au moins la CPN4	35%	46%	58%	69%	80%	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
Moins de 0,3% de femmes enceintes sont séropositives	Taux de séropositivité des femmes enceintes	1,0%	0,8%	0,7%	0,5%	0,3%	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
3582 Femmes enceintes VIH+ sont attendues	Nombre de Femmes enceintes VIH+ attendues	10792	9184	7450	5586	3582	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
3582 Femmes enceintes VIH+ bénéficient du dosage de leurs CD4	Femmes enceintes VIH+ ayant bénéficiés du dosage de ses CD4	1014	2943	4075	4321	3582	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
100% des Femmes enceintes VIH+ bénéficient du dosage de leurs CD4	Pourcentage de Femmes enceintes VIH+ ayant bénéficié du dosage de ses CD4	9,40%	32,1%	54,7%	77,4%	100%	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
3995474 femmes en âge de procréer utilisent les services de PF	Femmes en âge de procréer utilisatrices des services de PF	1 313 401	3612313	3737821	3867240	3995474	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
1997737 femmes en âge de procréer qui utilisent les services de PF réalisent leur test de dépistage volontaire au VIH	Femmes en âge de procréer utilisatrices des services de PF réalisant leur test de dépistage volontaire au VIH dans le trimestre	175 882	587001	1046590	1508224	1997737	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National

RESULTATS	Indicateur						Périodicité de collecte	Responsable	Source de collecte	Niveau de collecte
	Nom de l'indicateur	Cible								
		2016	2017	2018	2019	2020				
149055 enfants nés de mères séropositives sont testés après 6 semaines de vie	Nombre d'enfants nés de mères séropositives testés après 6 semaines de vie	524	36006	74467	105874	149055	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
15% des enfants nés de mères séropositives sont testés après 6 semaines de vie	Proportion d'enfants nés de mères séropositives testés après 6 semaines de vie	0,06%	4%	8%	11%	15%	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
2951 enfants sont testés VIH+ à 18 mois de vie par les tests rapides	Nombre d'enfants testés VIH+ à 18 mois de vie par les tests rapides	47	1922	3085	3458	2951	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
98,90% enfants sont testés VIH+ à 18 mois de vie par les tests rapides	% d'enfants testés VIH+ à 18 mois de vie par les tests rapides	0,5%	25%	50%	74%	98,90%	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
Moins de 26 nourrissons nés de mères séropositives sont infectés par le VIH	Nombre de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	157	116	81	50	26	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
Moins de 0,72% de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH (GARPR)	Pourcentage(%) de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH (GARPR)	1,45%	1,27%	1,09%	0,90%	0,72%	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
2984 enfants reçoivent un traitement prophylactique complet aux ARV	Enfants ayant reçu un traitement prophylactique complet aux ARV	2325	3396	3905	3791	2984	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
179109 partenaires de FE réalisent le test VIH	Nombre de Partenaires de FE ayant réalisé le test VIH	21720	57412	95506	136119	179109	Annuelle	DSF	Données de routine/EnDos	National
ACTIVITES										
Former 1872 agents (DS/CHR/CHU) en 63 sessions de 05 jours sur la PTME y compris le dépistage combiné VIH/syphilis, la technique DBS	% d'agents des DS/CHR/CHU formés sur la PTME y compris le dépistage combiné VIH/syphilis, la technique DBS	--	50%	25%	15%	10%	Semestrielle	ECD	Rapports de formation	District
Former en 5 sessions 140 acteurs (pharmaciens et PEP) des DS sur la gestion des intrants PTME	% de pharmaciens et PEP des DS formés sur la gestion des intrants PTME	--	50%	25%	15%	10%	Semestrielle	ECD	Rapports de formation	District

RESULTATS	Indicateur					Périodicité de collecte	Responsable	Source de collecte	Niveau de collecte	
	Nom de l'indicateur	Cible								
		2016	2017	2018	2019					2020
Organiser à Koudougou, un atelier d'élaboration du module d'orientation sur la PTME à l'intention des ASBC pendant 5 jours	Le module d'orientation sur la PTME à l'intention des ASBC est disponible et mis à la disposition des DS	--	01	--	--	--	Annuelle	DSF	Rapport de l'atelier et Archive/présence d'une copie	National
Reproduire et disséminer 2000 exemplaires du module d'orientation pour couvrir l'ensemble des FS PTME	Proportion des FS PTME disposant des outils de collecte de données	--	100%	--	--	--	Annuelle	ECD	Bordereaux de livraison	District
Tenir 13 ateliers d'orientation des acteurs régionaux et districts sur le module PTME à l'intention des ASBC	% des ateliers d'orientation des acteurs régionaux et districts sur le module PTME à l'intention des ASBC tenus	--	100%	--	--	--	Annuelle	DSF	Rapport des ateliers	National
Tenir 70 ateliers en 1 jour dans chaque district d'orientation des agents de santé (1 agent par CSPS) sur le module PTME à l'intention des ASBC	% des ateliers d'orientation des agents de santé sur le module PTME à l'intention des ASBC tenus	--	100%	--	--	--	Annuelle	ECD	Rapports de formation	District
Organiser une session d'orientation d'un jour dans les 1700 CSPS à l'intention des 17668 ASBC	% d'ASBC formés sur le module PTME communautaire	--	--	100%	--	--	Annuelle	ICP	Rapports de formation	CSPS
Tenir à Koudougou un atelier de 5 jours pour la révision des directives PTME	Les directives PTME sont révisées et mises à la disposition des structures sanitaires	--	--	01	--	--	Annuelle	DSF	Rapport de l'atelier et Archive/présence d'une copie	National
Reproduire en 2000 exemplaires des directives PTME	Proportion des structures sanitaires disposant des directives PTME	--	--	100%	--	--	Annuelle	ECD	Bordereaux de livraison	District
Organiser en un jour à Ouagadougou une table ronde avec les PTF pour la mobilisation des ressources	La table ronde avec les PTF pour la mobilisation des ressources en faveur de la PTME est tenue	--	01	--	--	--	Ponctuelle	DSF	Rapports de la session de la table ronde avec les PTF	National
Réaliser la cérémonie de lancement du plan eTME à	La cérémonie de lancement du plan eTME à l'échelle nationale est organisée	--	01	--	--	--	Ponctuelle	DSF	Rapports de la cérémonie de	National

RESULTATS	Indicateur					Périodicité de collecte	Responsable	Source de collecte	Niveau de collecte	
	Nom de l'indicateur	Cible								
		2016	2017	2018	2019					2020
l'échelle nationale à Ouahigouya								lancement du plan eTME		
Tenir en 01 jour un atelier national de diffusion du plan eTME à Ouagadougou	L'atelier national de diffusion du plan eTME est tenu	--	01	--	--	--	Ponctuelle	DSF	Rapports de l'atelier national de diffusion du plan eTME	National
Former 124 agents de laboratoire en (CMA/CHU/CHR) 4 sessions de 5 jours à Ouagadougou sur la PTME y compris la DBS (prélèvement sur papier buvard) et le dépistage combine syphilis/VIH	% d'agents de laboratoire des CMA/CHU/CHR formés sur la PTME y compris la DBS (prélèvement sur papier buvard) et le dépistage combiné syphilis/VIH	--	50%	50%	--	--	Annuelle	DSF	Rapport des ateliers de formation des agents de laboratoire	National
Former en 4 sessions de 05 jours 100 prestataires des structures privées de Ouagadougou (75 prestataires) et de Bobo-Dioulasso (25 prestataires) sur la PTME	% de prestataires des structures privées de Ouagadougou (75 prestataires) et de Bobo-Dioulasso (25 prestataires) formés sur la PTME	--	100%	--	--	--	Annuelle	DSF	Rapport des ateliers de formation des prestataires des structures privées	National
Recruter un consultant pour effectuer une enquête sur l'offre de la PTME dans les structures privées de santé	L'enquête sur l'offre de la PTME dans les structures privées de santé est réalisée avec l'appui d'un consultant	--	01	--	--	--	Ponctuelle	DSF	Rapport d'enquête	National
Recruter un consultant pour la revue eTME à mi-parcours	La revue eTME à mi-parcours est réalisée avec l'appui d'un consultant	--	--	--	01	--	Ponctuelle	DSF	Rapport de la revue eTME à mi-parcours	National
Recruter un consultant pour l'évaluation finale du plan eTME	L'évaluation finale du plan eTME est réalisée avec l'appui d'un consultant	--	--	--	--	01	Ponctuelle	DSF	Rapport de l'évaluation finale du plan eTME	National
Elaborer un plan de suivi évaluation du plan eTME	Le plan de suivi évaluation du plan eTME est disponible	--	01	--	--	--	Ponctuelle	DSF	Rapport de l'atelier d'élaboration et Archive/présence d'une copie	National

RESULTATS	Indicateur					Périodicité de collecte	Responsable	Source de collecte	Niveau de collecte	
	Nom de l'indicateur	Cible								
		2016	2017	2018	2019					2020
Organiser un atelier de 30 participants de 3 jours à Ouagadougou pour l'identification des indicateurs des activités communautaires	Les indicateurs des activités communautaires sont définis au cours d'un atelier	--	--	01	--	--	--	DSF	Rapport de l'atelier et présence d'une matrice d'indicateurs communautaires	National
Effectuer semestriellement les sorties de supervision de la DSF vers les DRS et des DS (PM)	% de sorties de supervision réalisées semestriellement par les gestionnaires du programme PTME de la DSF vers les acteurs des DRS et des DS	--	100%	100%	100%	100%	Semestrielle	DSF	Rapport de sorties de supervision	National
Effectuer semestriellement les sorties de supervision des DRS vers les DS	% de sorties de supervision réalisées semestriellement par les gestionnaires du programme PTME des DRS vers les acteurs des DS	--	100%	100%	100%	100%	Semestrielle	DRS	Rapport de sorties de supervision	Régional
Effectuer trimestriellement les sorties de supervision des DS vers les FS (PM)	% de sorties de supervision réalisées semestriellement par les gestionnaires du programme PTME des DS vers les acteurs des CSPS	--	100%	100%	100%	100%	Semestrielle	DRS	Rapport de sorties de supervision	District
Organiser semestriellement une rencontre de concertation au niveau national entre les acteurs de la PTME et ceux de la prise en charge pédiatrique du VIH(PM)	Proportion des cadres de concertation semestriels entre les acteurs de la PTME et ceux de la prise en charge pédiatrique du VIH(PM) tenue	--	100%	100%	100%	100%	Semestrielle	DSF	Rapport de sorties de supervision	National
Concevoir le système mHealth pour le suivi des FE y compris les FE VIH+ et les enfants	Un guide mHealth pour le suivi des FE y compris les FE VIH+ et les enfants est développé	--	01	--	--	--	Ponctuelle	DSF UNICEF IPC DSITS	Rapport de l'atelier d'élaboration et Archive/présence d'une copie	National
Mettre en œuvre le système mHealth PTME dans un DS	Le suivi des FE y compris les FE VIH+ et les enfants est réalisé à l'aide de l'approche mHealth	--	01	01	01	01	01	ECD IPC	Rapports de mise en œuvre	Districts
Réaliser mensuellement les frais de téléphone pour la recherche des perdues de	La recherche des perdues de vue (PDV) aux services PTME est réalisée mensuellement au profit	--	100%	100%	100%	100%	Mensuelle	ECD	Etats de paiement et rapports d'activités	Districts

RESULTATS	Indicateur					Périodicité de collecte	Responsable	Source de collecte	Niveau de collecte	
	Nom de l'indicateur	Cible								
		2016	2017	2018	2019					2020
vue (PDV) aux services PTME au profit de 397 FS de 18 DS ayant les plus faibles taux de mise sous ARV ???	de 397 FS de 18 DS ayant les plus faibles taux de mise sous ARV									
Acquérir les intrants PTME selon la procédure nationale (budgétiser consommables, réactifs, ARV y compris les tests de diagnostic combiné VIH/Syphilis)	% d'intrants PTME (A budgétiser consommables, réactifs, ARV y compris les tests de diagnostic combiné VIH/Syphilis acquis)	--	100%	100%	100%	100%	Annuelle	DSF	Bordereaux de livraison et rapports d'activités	National
Organiser chaque année, une rencontre de plaidoyers auprès de 25 leaders communautaires par district sur la PTME	% de rencontres de plaidoyer réalisées semestriellement à l'endroit des leaders communautaires des districts sur la PTME	--	100%	100%	100%	100%	Annuelle	ECD	Rapports d'activités	Districts
Organiser annuellement dans les 70 DS une foire de santé sur la PTME (dépistage FE, dépistage des partenaires Hommes, défilé des femmes et des hommes, dassandaga...)	% de DS ayant tenu la foire de santé sur la PTME (dépistage FE, dépistage des partenaires Hommes, défilé des femmes et des hommes, dassandaga...)	--	100%	100%	100%	100%	Annuelle	ECD	Rapports d'activités	Districts
Organiser en 3 jours à Tenkodogo avec 30 membres des structures de la société civile, un atelier d'élaboration /actualisation d'un référentiel national pour les activités d'accompagnement communautaires des OBC orientées sur la PTME	Le référentiel national pour les activités d'accompagnement communautaires des OBC orientées sur la PTME est disponible	--	--	01	--	--	Ponctuelle	DSF	Rapport de l'atelier d'élaboration et Archive/présence d'une copie	National
Former 172 acteurs communautaires de 86 OBC sur le référentiel national d'accompagnement communautaire en 3	% d'OBC ayant deux acteurs communautaires formés sur le référentiel national d'accompagnement communautaire	--	--	100%	--	--	Annuelle	DSF	Rapport des ateliers de formation	National

RESULTATS	Indicateur					Périodicité de collecte	Responsable	Source de collecte	Niveau de collecte	
	Nom de l'indicateur	Cible								
		2016	2017	2018	2019					2020
sessions de 3 jours à Ouaga et Bobo										
Organiser dans la communauté (OBC/ASBC) la référence des femmes enceintes vers les formations sanitaires (PM)	% de femmes enceintes référées vers les formations sanitaires (PM)	--	--	17%	17%	17%	Annuelle à partir de la 2 ^{ème} année	CSPS	Rapport d'activités des OBC	Périphérique
Concevoir des spots radio en mooré, dioula, fulfulde et en gulmatchéma sur la PTME	Des spots radio en mooré, dioula, fulfulde et en gulmatchéma sur la PTME adaptées sont conçus et testés	--	--	01	--	--	Ponctuelle	DSF	Archives/copies des spots	National
Diffuser mensuellement les spots radio en mooré, dioula, fulfulde et en gulmatchéma sur la PTME sur les radios de proximité	% de diffusion de spots radio en mooré, dioula, fulfulde et en gulmatchéma sur la PTME sur les radios de proximité réalisé	--	--	100%	100%	100%	Annuelle	DSF	Factures et contrats de prestations	National
concevoir des spots télé en mooré, dioula, fulfulde et en gulmatchéma sur la PTME	Des spots télé en mooré, dioula, fulfulde et en gulmatchéma sur la PTME adaptées sont conçus et testés	--	--	01	--	--	Ponctuelle	DSF	Archives/copies des spots	National
Diffuser mensuellement les spots télé en more, dioula et fulfulde sur la PTME	% de diffusion de spots télé en mooré, dioula, fulfulde et en gulmatchéma sur la PTME sur les radios de proximité réalisé	--	--	100%	100%	100%	Annuelle	DSF	Factures et contrats de prestations	National
Organiser la recherche des perdus de vue (PDV) à la PTME par les ASBC (PM)	% de femmes enceintes référées vers les formations sanitaires par les ASBC	--	--	17%	17%	17%	Annuelle	CSPS	Rapport d'activités des ASBC	Périphérique
Reproduire et mettre à la disposition des FS 2000 boîtes à images en français	Nombre de boîtes à images en français qui est reproduit et mis à la disposition des FS	--	500	500	500	500	Ponctuelle	DSF	Archives/copies des spots	National
Reproduire et mettre à la disposition des ASBC 2000 boîtes à image en français	Nombre de boîtes à images en français qui est reproduit et mis à la disposition des ASBC	--	500	500	500	500	Ponctuelle	DSF	Archives/copies des spots	National
Reproduire et mettre à la disposition des formations sanitaires 2000 affiches sur la DBS	Nombre d'affiches sur la DBS qui est reproduit et mis à la disposition des FS	--	500	500	500	500	Ponctuelle	DSF	Archives/copies des affiches/Bordereau de livraison	National

RESULTATS	Indicateur					Périodicité de collecte	Responsable	Source de collecte	Niveau de collecte	
	Nom de l'indicateur	Cible								
		2016	2017	2018	2019					2020
Reproduire et mettre à la disposition des prestataires 2000 affiches sur le protocole PTME	Nombre d'affiches sur le protocole PTME reproduit et mis à la disposition des FS	--	500	500	500	500	Ponctuelle	DSF	Archives/copies des affiches /Bordereau de livraison	National
Concevoir chaque année un kakemono sur la PTME	Nombre de kakemono sur la PTME conçu	--	01	01	01	01	Annuelle	DSF	Archives/copies des kakemeno	National
Reproduire 100 kakemono sur la PTME	Nombre de kakemono sur la PTME mis à la disposition des FS	--	100%	100%	100%	100%	Annuelle	DSF	Bordereau de livraison	National
Organiser par an dans 3000 villages un théâtre forum sur la PTME	% de villages dans lesquels un théâtre forum sur la PTME a été réalisé	--	100%	100%	100%	100%	Annuelle	ECD	Rapports d'activités/Rapports de supervision	Districts
Organiser la recherche active des couples mère-enfants perdus de vue et nécessitant des services complets de PTME, à l'aide des OBC dans chaque district sanitaire	% de couples mère-enfants perdus de vue et nécessitant des services complets de PTME retrouvés et référés aux FS	--	--	30%	20%	17%	Annuelle	CSPS	Rapport d'activités des OBC	Périphérique
Organiser 288 assemblées générales communautaire (Stepping stones) dans 18 DS avec la population dans les villages des sites couverts dans	% d'assemblées générales communautaire (Stepping stones) tenues dans les 18 DS avec la population dans les villages des sites couverts	--	100%	100%	100%	100%	Annuelle	IPC	Rapport d'activités	National
Organiser 288 sorties de mise en place des groupes de discussion STEPPING STONES dans 18 DS (en moyenne 3 groupes par village constituées de groupe d'hommes mariés, de femmes adultes mariées et d'adolescentes mariées)	% de sorties de mise en place des groupes de discussion réalisées dans les 18 DS	--	--	100%	100%	100%	DSF	IPC	Rapport d'activités	18 DS
Organiser dans 18 DS des sessions STEPPING STONES pour les différents groupes mis en place dans chaque village, plus spécifiquement	% de DS dans lesquels des sessions de stepping stones ont été réalisées et % de personnes ayant participé aux sessions	--	--	100%	100%	100%	Annuelle	IPC	Rapport d'activités	18 DS

RESULTATS	Indicateur					Périodicité de collecte	Responsable	Source de collecte	Niveau de collecte	
	Nom de l'indicateur	Cible								
		2016	2017	2018	2019					2020
centrées sur la CPN, la PTME, les accouchements assistés.	complètes de STEPPING STONES dans le cadre de la PTME									
Orienter en une journée 96 membres des écoles des maris sur leur rôle dans la PTME dans les CSPS	% des membres des écoles des maris orientés sur leur rôle dans la PTME dans les CSPS	--	100%	100%	100%	100%	Semestre	ICP	Rapports d'activités	CSPS
Superviser mensuellement les membres des écoles des maris par les OBC	% de supervision réalisée par les OBC à l'endroit des membres des écoles des maris	--	100%	100%	100%	100%	Semestre	OBC	Rapports d'activités	CSPS
Doter chaque année les DS en 96 Boîtes à image sur la PTME au profit des écoles de maris	% des écoles de maris ayant bénéficié des Boîtes à image sur la PTME	--	100%	100%	100%	100%	Annuelle	DSF	Bordereau de livraison	National
Primer par an la meilleure école des maris pour chacun des 8 DS	Nombre de DS ayant primé par an la meilleure école des maris	--	08	08	08	08	Annuelle	DSF	Rapport d'activités	08 Districts
Intégrer la gestion du stock des intrants de dépistage précoce dans la surveillance hebdomadaire des produits vitaux de SR	La surveillance hebdomadaire des intrants de dépistage précoce est effective et est intégrée à la surveillance hebdomadaire des produits vitaux de SR	--	01	01	01	01	Hebdomadaire	ECD	TLOH	Points de prestation
Elaborer et diffuser un modèle de répertoire électronique de suivi du couple mère enfant issus de la PTME jusqu'à 18 mois (PM)	Le modèle de répertoire électronique de suivi du couple mère enfant issus de la PTME jusqu'à 18 mois est disponible aux points de prestations	--	--	01	--	--	Ponctuelle	DSF	Archives/copie du modèle	National
Superviser mensuellement les ASBC par les agents de santé	% de supervisions réalisées à l'endroit des ASBC par les agents de santé	--	100%	100%	100%	100%	Mensuelle	ICP	Rapport de supervision	Formations sanitaires
Organiser semestriellement un cadre de concertation régional sur la PTME (dépistage, suivi du couple mère-enfant, intrants...)	Proportion des cadres de concertation régionales réalisées sur la PTME (dépistage, suivi du couple mère-enfant, intrants...)	--	100%	100%	100%	100%	Semestrielle	DRS	Rapport de sorties de supervision	Régional

RESULTATS	Indicateur					Périodicité de collecte	Responsable	Source de collecte	Niveau de collecte	
	Nom de l'indicateur	Cible								
		2016	2017	2018	2019					2020
Assurer mensuellement l'acheminement des prélèvements DBS des CSPS vers les DS et des DS vers les laboratoires de référence (PM)	% de prélèvements DBS acheminés des CSPS vers les DS	--	100%	100%	100%	100%	Semestrielle	DRS	Rapport d'activités	Régional
	% de prélèvements DBS acheminés des DS vers les laboratoires de référence		100%	100%	100%	100%	Semestrielle	DRS	Rapport d'activités	Régional
Assurer le paiement des laboratoires de référence pour la réalisation du diagnostic précoce (PM)	Taux de remboursement des laboratoires de référence pour la réalisation du diagnostic précoce	--	100%	100%	100%	100%	Semestrielle	DSF	Factures/état de paiement	National
Assurer mensuellement le retrait des résultats au niveau des laboratoires de référence par les DS et au niveau des DS par les CSPS (PM)	Taux de rendu des résultats des laboratoires de référence par les DS et au niveau des DS par les CSPS	--	100%	100%	100%	100%	Semestrielle	ECD	Rapport de rendu des résultats	Formations sanitaires
Mettre en place un comité national de pilotage de l'e-TME par arrêté ministériel	Un comité national de pilotage de l'e-TME est fonctionnel et un arrêté ministériel est pris	--	01	--	--	--	Ponctuel	DSF	Arrêté ministériel	
Organiser trimestriellement une rencontre du comité national de pilotage de l'e-TME	% de rencontres du comité national de pilotage tenues	--	100%	100%	100%	100%	Trimestre	DSF	Rapports d'activités	National

VIII. BUDGET

8.1 Ventilation du budget du plan par source et par an

Tableau 9: Ventilation du budget du plan par source et par an

Sources de financement	Année				Total	Poids
	2 017	2 018	2 019	2 020		
BE	397 087 073	394 329 273	394 329 273	394 329 273	1 580 074 892	15%
FM	1 398 009 830	1 134 304 390	1 138 032 140	1 079 304 390	4 749 650 750	45%
PLAN	8 774 566	78 054 566	78 354 566	8 774 566	173 958 265	2%
UNICEF	927 976 365	911 571 920	1 564 246 310	745 199 170	4 148 993 766	39%
Total général	2 731 847 834	2 518 260 150	3 174 962 290	2 227 607 400	10 652 677 673	100%

8.2 Ventilation du budget par objectif stratégique

Tableau 10: Ventilation du budget du plan par objectif stratégique

Objectif stratégique	Coût	%
95 % des femmes enceintes ont réalisé leur test de dépistage VIH	1 266 305 199	11,89%
95% des femmes enceintes séropositives attendues reçoivent la trithérapie	8 229 184 606	77,25%
95% des enfants nés de mères séropositives reçoivent une prophylaxie ARV		
95% des enfants nés de mères séropositives sont dépistés	4 89 903 228	4,60%
60% des femmes en âge de procréer qui utilisent les services de PF réalisent leur test de dépistage volontaire au VIH	644 281 519	6,05%
10% des partenaires de FE réalisent le test VIH	23 003 120	0,22%
TOTAL	10 652 677 673	100,00%

CONCLUSION

Les objectifs de développement durable à l'horizon 2030 définissent une série de cibles et d'objectifs mondiaux ambitieux dans le domaine de la santé. Ces objectifs consacrent une place importante à la lutte contre le VIH/Sida en général et l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH en particulier.

Ce plan illustre les actions à mettre en œuvre pour accélérer l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à l'horizon 2020 et vise à ce que les progrès accomplis vers l'éradication du VIH se traduisent dans les faits. Sa mise en œuvre requiert une volonté politique affichée et des ressources conséquentes dans la dynamique d'accélération de la riposte contre le VIH au cours des trois prochaines années et de soutien des interventions jusqu'en 2030 et même au-delà.

Il va contribuer à réduire sensiblement la TME et les décès connexes, tout en améliorant la santé des femmes et des enfants, et par ricochet, le bien-être de tous.

Les défis majeurs à relever pour une amélioration significative de la santé des femmes et des enfants sont : (i) la réduction significative de la transmission résiduelle du VIH ; (ii) la réduction des barrières culturelles à l'accès et à l'utilisation effective des services de santé de qualité ; (iii) l'allocation adéquate et équitable de ressources au secteur de la santé et leur gestion efficiente et efficace ; (iv) l'amélioration de la qualité des soins en faveur de pratiques préventives et curatives adéquates ; (v) la mise en œuvre d'une stratégie efficace de santé communautaire conduite par les communautés elles-mêmes ; et (vi) la mise en œuvre d'une stratégie efficace de santé des mères et des enfants intégrant toutes les problématiques et les spécificités concernant ces groupes d'âge.

Pour optimiser les chances potentielles de succès de la mise en œuvre du plan eTME, il faudrait faire face aux différents facteurs environnementaux, socioculturels, économiques et organisationnels qui ont un impact certain sur l'atteinte des objectifs d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Par conséquent une démarche participative et inclusive devrait être appliquée et ce, selon une approche à dimension plurisectorielle et multidimensionnelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Burkina Faso ; Conseil national de lutte contre le SIDA (2015); rapport d'activité sur la riposte au sida au Burkina Faso-global AIDS response progress reporting (GARPR)
2. Burkina Faso; Institut national de la statistique et de la démographie du Burkina Faso et ICF international Calverton, Maryland, USA. (2012). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) 2010, 525p.
3. Burkina Faso; Direction de la santé de la famille. (2011). Rapport annuel de mise en œuvre du programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH 2011-2015.
4. Burkina Faso; Direction de la santé de la famille. (2012). Rapport annuel de mise en œuvre du programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH 2011-2015.
5. Burkina Faso; Direction de la santé de la famille. (2013). Rapport annuel de mise en œuvre du programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH 2011-2015.
6. Burkina Faso; Direction de la santé de la famille. (2014). Rapport annuel de mise en œuvre du programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH 2011-2015.
7. Burkina Faso; Direction de la santé de la famille. (2015). Rapport annuel de mise en œuvre du programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH 2011-2015.
8. Burkina Faso; Direction de la santé de la famille. (2016). Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006-2015.
9. Burkina Faso; Ministère de la Santé du Burkina Faso; (2011). Plan National de Développement Sanitaire-PNDS 2011-2020
10. Burkina Faso; Ministère de la Santé du Burkina Faso; Direction de la santé de la famille. (2017). Plan d'action 2016.
11. Burkina United Nations General Assembly. Political Declaration on HIV/AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV/AIDS – United Nations
12. Organisation mondiale de la santé ; département santé et recherche génésique et l'initiative de mise en œuvre des meilleures pratiques-IBP (2016) ; stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/SIDA, 2016-2021, OMS
13. Organisation des nations unies. (2015). objectifs de développement durable 2017-2030
14. Burkina Faso ; Conseil national de lutte contre le SIDA (2015); Cadre stratégique national de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (CSN-SIDA) 2016-2020 106p.
15. Ministère de la santé du Burkina Faso ; Direction générale des études et des statistiques sectorielles. (2016). Annuaire statistique 2015.
16. Ministère de la santé du Burkina Faso ; Direction générale des études et des statistiques sectorielles. (2017). Annuaire statistique 2016.
17. Burkina Faso; Direction de la santé de la famille. (2016). Rapport de enquête annuelle sur la disponibilité des produits de santé de la reproduction -tableau des indicateurs complémentaires (PTME, GATPA, audits de décès maternels, fistules obstétricales

18. Burkina Faso; Programme sectoriel santé de lutte contre le SIDA. (2016). Rapport de sérosurveillance 2015
19. Burkina Faso; Institut national de la statistique et de la démographie du Burkina Faso(2016), Enquête Module Démographie et Santé (EMDS), 2015
20. Burkina Faso; Institut national de la statistique et de la démographie du Burkina Faso(2006), Recensement Général de la Population et de l'Habitat
21. Burkina Faso; Ministère de la Santé; Direction de la santé de la famille et institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) (2011). Evaluation des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Burkina Faso en 2014I, Janvier 2016
22. Burkina Faso; Ministère de la Santé; Direction de la santé de la famille (2012) Ministère de la Santé, Directives pour la mise en œuvre du programme national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH 2011 – 2015,
23. Burkina Faso; Ministère de la Santé; Plan National de Développement Economique et Social PNDES 2016-2020
24. Burkina Faso; Direction de la santé de la famille. (2011). Programme national de prévention de la transmission mère enfant du VIH 2011 - 2015..
25. Burkina Faso; Ministère de la Santé Direction de la santé de la famille et Institut de Recherche en Sciences de la Santé (2016), Evaluation des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Burkina Faso en 2014 .
26. Burkina Faso; Institut national de la statistique et de la démographie du Burkina Faso et ICF international Calverton, Maryland, USA. (2012). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) 2010, 525p.
27. Burkina Faso; Ministère de la Santé; Direction de la promotion de la santé (2014). Profil de l'agent de santé à base communautaire
28. Organization, World Health, and al., (2012); Pour l'élimination de La Transmission Mère-Enfant Du VIH: Cadre Conceptuel Pour Le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/116816>, accessed April 30, 2017.
29. Unicef; Unite for Children; Unite against AIDS; UNAIDS; (2011). Partenariat Pour l'Elimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH: un cadre commun pour l'action en Afrique de l'Ouest et du Centre; Conférence internationale pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre sur l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH
30. Organisation mondiale de la santé (2011);Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Vers un accès universel pour les femmes, les nourrissons et les jeunes enfants et pour l'élimination du VIH et du SIDA;

ANNEXES

Annexe 1: Analyse causale des goulots d'étranglements

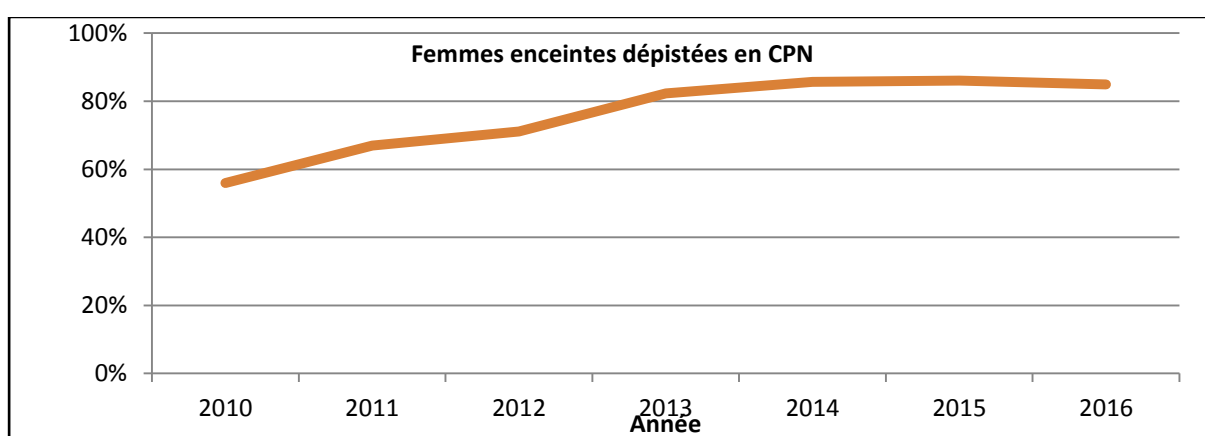
GOULOTS IDENTIFIES	CAUSES	ACTIVITES
cadre de l'offre : disponibilité des intrants, des RH qualifiées et des services		
33% des FS ont connu une rupture de stock au cours des 3 derniers mois	Insuffisance de compétences des acteurs en gestion de stock -Retard dans la livraison -Non mise à jour des outils de gestions -Difficulté d'approvisionnement en saison pluvieuse -Mobilité des Agents de santé -Insuffisance de ressource financière -Insuffisance de la capacité de stockage des structures -Rupture des méthodes contraceptives au niveau DRD/CAMEG Non prise en compte de la PF dans les PD	Formation des gestionnaires en pharmacie de toutes les formations sanitaires offrant des services de PTME Révision des outils de gestion de stock Approvisionnement des formations sanitaires en produits contraceptifs
Cadre de la demande, continuité et qualité de services		
77% des femmes n'utilisent pas de méthodes contraceptives	Fausse croyance (contraceptif rend stérile) -Inaccessibilité géographique et financière -Ignorance de l'existence des méthodes contraceptives - -Coût élevé des contraceptifs -Eloignement de certaines FS (42%de la pop au-delà de5 km de FS) -Insuffisance dans le counseling - Faible pouvoir de décision des femmes -Faible implication des hommes -Insuffisance dans la formation initiale -Insuffisance d'implication de la communauté Faible prise en compte de la PF dans les PDC -Faible intégration de la PF aux autres programmes de santé (PEC VIH, PEV,...)	
37% des FE ne bénéficient pas d'ARV pour la PTME	-Rupture d'ARV dans les sites de prestation Insuffisance de communication entre acteurs -Peur du partage du statut sérologique	Approvisionner les formations sanitaires en ARV

	<ul style="list-style-type: none"> -Insuffisance dans l'approvisionnement des ARV des CAMEG régionaux -Retard dans la transmission des rapports de gestion (point sur la PEC et sortie) 	<p>organiser la recherche des perdues de vue par des visites a domicile mener des campagnes d'information auprès des hommes Etendre les activités de m health à tous les districts et formations sanitaires Organisation des activités de supervision des formations sanitaires</p>
74% des enfants nés de mère VIH+ ne bénéficient pas de la prophylaxie ARV à la naissance	<ul style="list-style-type: none"> -Rupture d'intrants PTME surtout pour la prophylaxie des enfants - Difficulté d'identification du statut sérologique des femmes VIH+ en salle d'accouchement -Toutes les FE ne sont pas vues en CPN -Rupture des dossiers médicaux -Non adhésion des partenaires hommes à la PTME 	
47% des enfants nés de mères séropositives ne bénéficient pas de diagnostic précoce à 6 semaines de vie	<ul style="list-style-type: none"> -Absence de répertoire de couple mère enfant infecté/affecté -Non-respect du RDV de suivi des enfants exposés - Insuffisance de compétences des agents de santé pour réaliser les DBS -Insuffisance dans le rendu des résultats de la PCR -Ignorance des mères PTME + - Non adhésion des mères PTME + -Insuffisance dans l'intégration de la DBS dans les soins curatifs, préventifs et promotionnels -Non-respect des accords avec les laboratoires qui réalisent la PCR 	

Annexe 2 : Protocole PTME/VIH

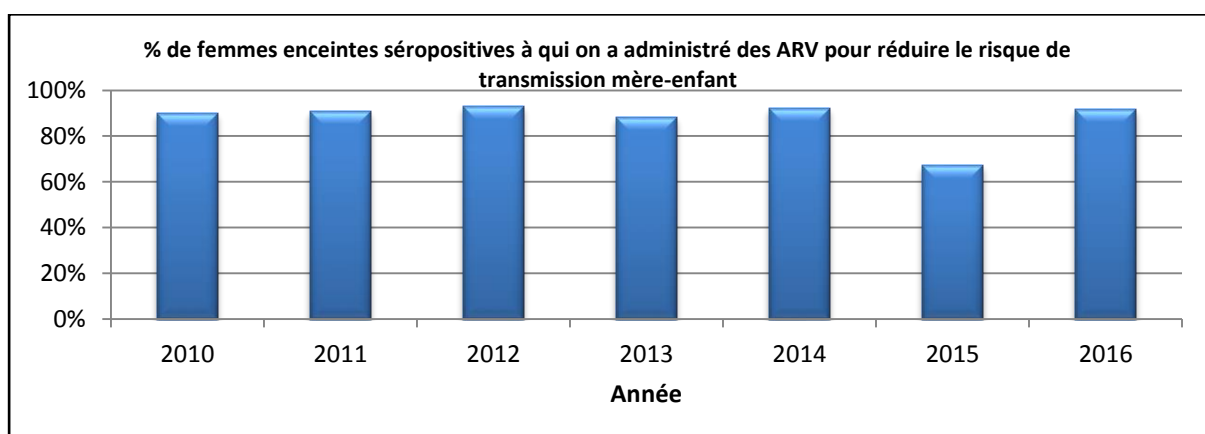
Pour la mère	Pour le nouveau-né allaité ou non
VIH1 TDF / FTC / EFV Un comprimé le soir au coucher	1 ^{ère} intention : NVP tous les jours 4 mg/kg prise unique 2 ^{ème} intention : AZT tous les jours 4 mg/kg x 2 fois/j Durée : de la naissance jusqu'à l'âge de 6 semaines
VIH2 ou VIH1+VIH2 TDF/FTC+LPV/r	AZT tous les jours 4 mg/kg x 2 fois/j Durée : de la naissance jusqu'à l'âge de 6 semaines

Annexe 3: Evolution du dépistage des femmes enceintes lors des CPN de 2010 à 2016



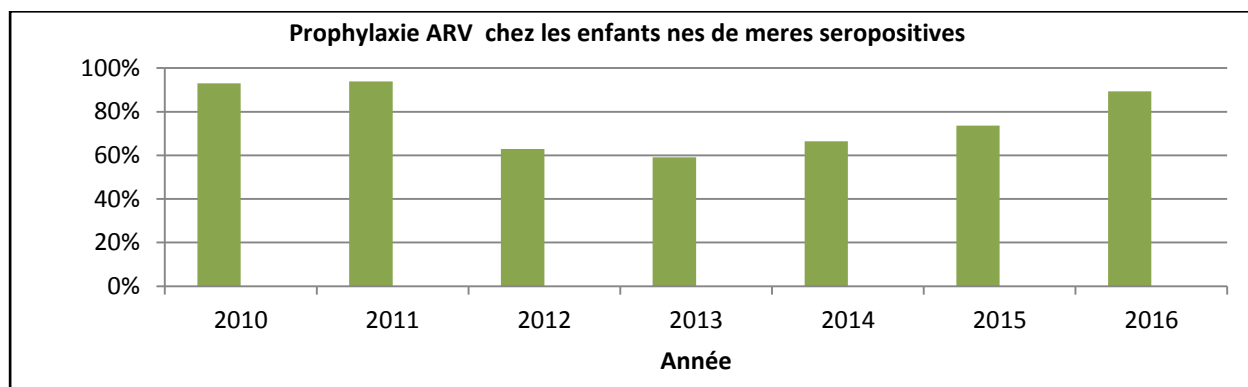
Le dépistage des femmes enceintes lors des CPN a connu une croissance continue depuis le démarrage du programme jusqu'en 2013.

Annexe 4: Evolution de l'administration des ARV aux femmes enceintes VIH+ de 2010 à 2016



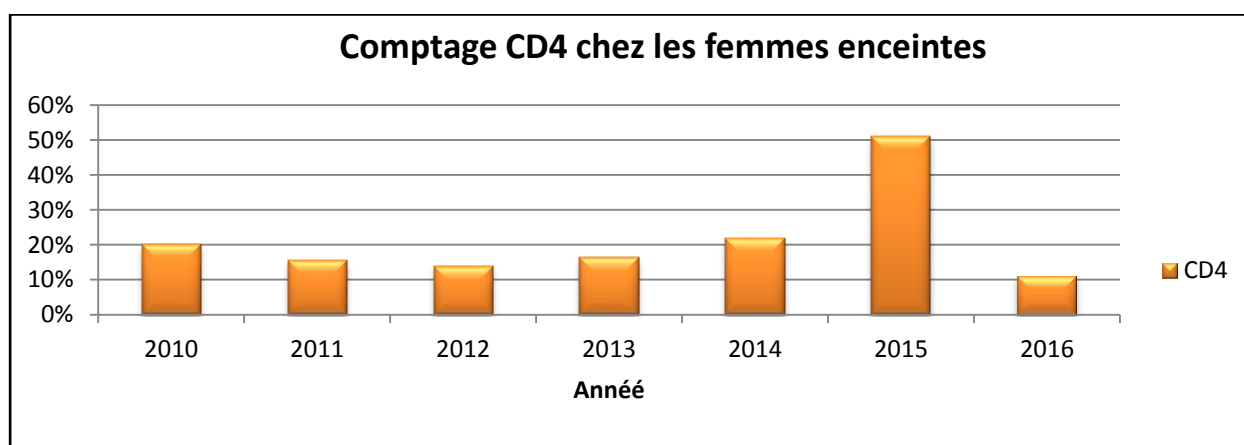
Concernant l'administration des ARV aux femmes dépistées séropositives lors des CPN, il avoisine les 80% depuis le début du programme. En 2015 on note une baisse, probablement liée à l'introduction de l'option B+.

Annexe 5: Evolution de la prophylaxie ARV chez les enfants nés de mères VIH+ de 2010 à 2016



L'administration des ARV en prophylaxie aux enfants a connu une baisse entre 2012 et 2013 et remonte progressivement depuis 2014 sans atteindre les chiffres de 2010-2011. Cet état de fait est imputable à l'insuffisance de suivi du couple mère-enfant.

Annexe 6: Evolution de l'accès des femmes au dosage de CD4 de 2010-2016



Depuis le début du programme le comptage des CD4 pour le suivi des femmes enceintes n'a été possible que pour 10-20% des femmes enceintes. En 2015, 10% des femmes enceintes séropositives ont bénéficié du comptage de CD4.

Annexe 7: Théorie du changement du plan eTME

Elimination de la TME d'ici à fin 2020

Suppositions

- Contribution effective des autres partenaires y compris le Gouvernement,
- Intégration des services et approche multisectionnelle efficace
- Engagement de toutes les parties prenantes
- Participation des hommes
- Adhésion de la communauté

Menaces :

- Insécurité/ terrorisme
- Non financement des tests combinés syphilis VIH pour le dépistage
- Arrêt de l'appui de certains partenaires avant la fin de la MEO du plan eTME
- Absence de financement des ARV et des réactifs
- Recrudescence de l'épidémie du VIH

Produit 1 : 95 % des femmes enceintes réalisent leur test de dépistage VIH

Produit 2 : 95% des femmes enceintes séropositives attendues reçoivent la trithérapie ARV

Produit 3 : 95% des enfants nés de mères séropositives reçoivent une prophylaxie ARV à la naissance

Produit 4 : 10% des partenaires des femmes enceintes réalisent le test de dépistage VIH

Produit 5 : 60% des femmes en âge de procréer qui utilisent les services de PF réalisent leur test de dépistage au VIH

Produit 6 : 95% des enfants nés de mères séropositives bénéficient du dépistés au VIH

Groupe 1 des extraits :
 100% des FS offrent des services PTME
 -100% des ASBC/OBC mènent des activités de sensibilisation sur les avantages de la PTME
 -100% des femmes enceintes réalisent la CPN1
 -90% des femmes enceintes réalisent la CPN1 au Trimestre 1

Groupe 2 des extraits.
 -90% des FS n'ont pas connu de rupture, en intrants de dépistage, en ARV et en réactifs
 - 100% des femmes enceintes dépistées VIH+ adhèrent au traitement ARV pour elle-même et leurs enfants

Groupe 3 des extraits.
 -Les partenaires des femmes enceintes adhèrent à la PTME
 -La mobilisation communautaire est renforcée en faveur de la PTME

Groupe 4 des extraits.
 -100% du financement est acquis
 -100% des rencontres de coordination du plan eTME sont réalisées
 -100% des activités de suivi et d'évaluation sont réalisées

Groupe 5 des extraits.
 -80% des enfants nés de mères séropositives ont un résultat de DBS à 6 semaines
 -15% des enfants nés de mères séropositives ont un résultat de DBS après 6 semaines de vie
 -100% enfants sont testés VIH+ à 18 mois de vie par les tests rapides

Suppositions :

- Ressources humaines, matérielles, financières, informationnelles, Outils/supports de collecte et de suivi disponibles
- Stratégies d'identification des jeunes mères disponibles
- Prises-en en compte de toutes les catégories de femmes y compris les adolescentes

Stratégie 1 :
 Renforcement de compétences des acteurs (formation/recyclage, supervision)

Stratégie 2 :
 Amélioration de l'observance du TTT et du suivi du couple mère enfant

Stratégie 3 :
 Sécurisation des intrants PTME

Stratégie 4 :
 Renforcement de la mobilisation communautaire

Stratégie 5 :
 Renforcement de la coordination/financement

Stratégie 6 :
 Renforcement du suivi-évaluation

Stratégie 7 :
 Renforcement de l'offre de service de dépistage chez les enfants exposés

Menaces :

- Dépendance aux financements extérieurs
- Instabilité socio-politique
- Pesanteur socio culturelle

Goulot 1 : 46% des FE séropositives ne bénéficient pas d'ARV pour la PTME

Goulot 2 : 74% des enfants nés de mères séropositives ne bénéficient pas d'ARV prophylactiques pour la PTME

Goulot 3 : 47% des enfants nés de mères séropositives ne sont pas dépistés à 6 semaines de vie

Annexe 8: Liste des participants à l'atelier d'élaboration du plan eTME

N°	Nom et prénoms	Structure	Qualification	Contact
1.	SOUGOURI Bienvenue	DS Zorgho	Medecin	70 10 41 97
2.	OUATTARA Adéline	DN	Nutritionniste	70 12 11 23
3.	ILBOUDO Albert	DSS	Attaché de santé	70 28 60 51
4.	OUEDRAOGO Yacine	DRS CE	Medecin	70 06 05 98
5.	DERME Zeïnab	DGS	Medecin	70 24 00 74
6.	MUHOZA B Denis	UNICEF	Medecin	72 19 48 24/64 93 05 96
7.	DIALLO Abdoulaye	CHR Tenkodogo	Gynécologue	70 28 33 62
8.	TOGUYENI Zakaria H	DRS/Nord	Medecin	73 94 93 18
9.	PANANDTIGRI Souleymane	DS Solenzo	Medecin	70 69 68 55
10.	KABORE Zeïnab	DPS	Conseiller de santé	70 60 89 15
11.	DAO/DIALLO Coumbo	DSF	ATS	76 24 22 00
12.	OUEDRAOGO M Nadège	DS Koudougou	Medecin	78 74 49 01
13.	YANOOGO T Blaise	DES	Medecin	76 58 10 02
14.	SANNE/OUOBA Alice Patricia	SP CNLS	ATS	70 26 10 10
15.	DADJOARI Moussa	DSF	Medecin	70 31 18 79
16.	SALEMBERE Soumaïla	DRS CO	ATS	70 15 34 18
17.	CISSE Mireille	UNICEF	Medecin	70 24 71 23
18.	NYANLESHA Elévanie	UNICEF	Medecin	
19.	BADIEL Emile	DSF	Medecin	70 44 36 37
20.	KONBITAMDE André	MS/Personne ressource	Consultant	70 33 36 65
21.	COULIBALY Makan	UNICEF	Consultant	55 56 21 29
22.	YAMEOGO Nadia S	DSF	Medecin	70 76 93 72
23.	HIEN Sansan	UNICEF	Communicateur	73 09 10 69
24.	LENGANE Drissa	DRS sud-Ouest	Médecin	70 29 99 03
25.	MASSIMBO Blaise Pascal	DSF	Pharmacien	70 34 95 93
26.	SIRIBIE Issa	Plan BF	Medecin	70 45 42 62
27.	BELEM Yacouba	IPC/BF	ATS	70 26 93 94
28.	KABORE André	ONUSIDA	Medecin	70 24 74 77
29.	ZAMBELONGO Zamiéta	PSSLS-IST	Medecin	70 67 73 19
30.	YONLI Christian	PSSLS-IST	Medecin	70 24 44 11
31.	SAWADOGO Issaka	DSF	ATS	70 27 21 96
32.	KABORE Ferdinand	DSF	ATS	70 28 23 42
33.	BARRO Seydou	DRS CO	Medecin	70 62 32 10
34.	ZAMANE Hyacinthe	SOGOB/CHU YO	Gynécologue	70 25 95 66

Annexe 9: Liste des participants à l'atelier de validation du plan eTME

N°	Nom et prénoms	Structure	Qualification	Contact
1.	ZOURE T.Etienne	DS Pouytenga	Medecin	72 79 60 58
2.	MASSIMBO Blaise Pascal	DSF	Pharmacien	70 34 95 93
3.	ZAMBELONGO Zamiéta	PSSLS-IST	Medecin	70 67 73 19
4.	BADIEL Emile	DSF	Medecin	70 44 36 37
5.	HIEN Albert	DSF	Médecin	70 24 22 79
6.	KARAMA Robert	DRS/BMH	Medecin	70 24 97 87
7.	SANOUE Gisèle	DGPML	Pharmacien	70 09 63 03
8.	YAMEOGO N Célestin	DRS/CS	Medecin	70 24 65 73
9.	OUATTARA Adéline	DN	Nutritionniste	70 12 11 23
10.	ZAGRE Stephane	DSF	AHSS	70 34 62 36
11.	OUEDRAOGO Florence	DRS-CN	ASSOG	70 92 07 22
12.	KABORE Zéïnab	DPS	Conseiller de santé	70 60 89 15
13.	KY André Yolland	SP CNLS(CPFM/SSP)	Medecin	70 26 12 28
14.	SANNE/Ouoba Alice P.	SP CNLS (DSS)	Attaché de santé	70 26 10 10
15.	DADJOARI Moussa	DSF	Medecin	70 21 28 79
16.	GANSORE Noufou	DRS Sahel	Pharmacien	70 33 76 17
17.	YELBEOGO Denis	DRS CE	Medecin	70 22 13 02
18.	SAWADOGO Richard	DS Ziniaré	Medecin	70 24 31 41
19.	ZAMANE Hyacinthe	CHU YO	Gynécologue	70 25 95 66
20.	ILBOUDO Albert	DSS	Attaché de santé	70 28 60 51
21.	SOUGOURI Bienvenue	DS Zorgho	Medecin	70 10 41 97
22.	PARE Célestine	DSF	Attaché de santé	70 28 41 21
23.	KABORE Alidou	DS Pama	Médecin	73 79 07 08
24.	SOUBEIGA K Joseph	DRS Est	Medecin	70 22 87 17
25.	KOMPAORE Sidzabda	Drs Cascades	Médecin	70 25 93 75
26.	SOME Phillipe	DS Sindou	Medecin	76 56 16 58
27.	KI Pascal	DRS Sud-Ouest	ASSIO	70 33 8 50
28.	MIBITANGA Salvator	UNICEF	Medecin	77 65 49 97
29.	KINOSHITA Rinko	UNICEF		67 95 03 33
30.	KARGOUGOU Robert	MS	Medecin	70 26 35 14
31.	SAWADOGO Ramatou	DSF	Medecin	70 26 66 40
32.	KABORE André	ONUSIDA	Medecin	70 24 74 77
33.	BABOU Bazié	OMS	Medecin	70 85 07 53
34.	TOUGMA G Louis	DS Barsalgho	Medecin	71 12 46 00

35.	BAMBA Daouda	DS Kombissiri	Medecin	63 98 70 02
36.	SAWADOGO Hamado	DS Koudougou	Medecin	70 38 44 09
37.	YONLI Christian	PSSLS-IST	Medecin	70 24 44 11
38.	BAKOUAN Koabié	DS Solenzo	Medecin	60 34 24 48
39.	MANDE Salam	DS Dano	Medecin	60 46 22 68
40.	CONGO Boukaré	DRS-CO	Medecin	71 01 00 90
41.	OUEDRAOGO W Thomas	DRS HBS	Medecin	70 72 97 79
42.	OUEDRAOGO Benjamin	DS Séguénéga	Medecin	70 88 87 03
43.	KONSEIBO Arnaud	IPC/BF	Medecin	70 23 95 27
44.	MUHOZA B Denis	UNICEF	Medecin	72 19 48 24/64 93 05 96
45.	CISSE Mireille	UNICEF	Medecin	70 24 71 23
46.	YAMEOGO Nadia S	DSF	Medecin	70 76 93 72
47.	SAWADOGO Issaka	DSF	Attaché de santé	70 27 21 96
48.	KONDITAMDE André	Consultant	Attaché de santé	70 33 36 65
49.	OUEDRAOGO Sylvie	CHUP CDG	Pédiatre	70 27 16 09
50.	COULIBALY Ouo Mireille	DS Lena/HBS	Medecin	70 03 29 28
51.	SIRIBIE Issa	PLAN BF	Medecin	70 45 42 62
52.	TRAORE Amado	DRS Nord	Medecin	70 17 82 89
53.	COMPAORE Kuiliga Mathieu	DS Sebba	Medecin	78 11 42 69