

EGLISE DU BURKINA FASO

RESEAU PANAFRICAIN CHRETIEN

DE LUTTE CONTRE LE SIDA

ORGANISATIONS CHRETIENNES

COMMISSION DE RECHERCHE

**ETUDE DE BASE SUR LA REPONSE A L'EPIDEMIE DU
VIH/SIDA DE L'EGLISE ET DES ORGANISATIONS
CHRETIENNES DU BURKINA FASO**

RAPPORT FINAL

Etude Réalisée

par Consult Group International



01 BP : 5230 Ouagadougou 01

Tél./Fax : (226) 50-31-82-79

Cél. : 78-82-54-92 /70-24-19-15/76-73-23-24

E-Mail : afri.consult@fasonet.bf

Avril 2007

TABLE DE MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES-----	5
SIGLES ET ABREVIATIONS-----	7
RÉSUMÉ-----	9
INTRODUCTION-----	19
I. CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE-----	20
1.1. Contexte environnemental du Burkina-----	20
1.1.1. Profil physique, politique et administratif-----	20
1.1.2. Profil socio-démographique et culturel-----	20
1.1.3. Profil économique-----	22
1.1.4. Profil sanitaire-----	23
1.1.4.1. Situation sanitaire générale-----	23
1.1.4.2. Evolution et ampleur de l'épidémie du VIH/SIDA-----	25
1.1.4.2.2. Déterminants de la propagation du VIH/SIDA-----	27
1.1.4.2.3. Implications socio-économiques du VIH/SIDA-----	27
1.2. Contexte environnemental des zones d'étude-----	28
1.2.1. La région du Centre-----	28
1.2.1.1 données physiques et administratives-----	28
1.2.2.2 Données Socio-démographiques et culturelles-----	29
1.2.2.3 Données Economiques-----	30
1.2.2.4 Données sanitaires-----	30
1.2.2 Région des Hauts-Bassins-----	30
1.2.2.1 Données physiques et administratives-----	30
1.2.2.2 Données socio-démographiques et Culturelles-----	31
1.2.2.3 Données Economiques-----	32
1.2.2.4 Données Sanitaires-----	32
1.2.3 Région du Sud-Ouest-----	33
1.2.3.1 Données Physiques et administratives-----	33
1.2.3.2 Données socio-démographiques et culturelles-----	33
1.2.3.3 Données Economiques-----	34
1.2.3.4 Données sanitaires-----	35
1.2.4. La Région Sanitaire de l'Est-----	35
1.2.4.1. Données Physiques et administratives-----	35
1.2.4.2. Données Socio-démographiques et Culturelles-----	36
1.2.4.3 Données économiques-----	36
1.2.4.4. Données Sanitaires-----	37
1.2.5. Région du Sahel-----	37
1.2.5.1. Données physiques et administratives-----	37
1.2.5.2 Données Socio-démographiques et Culturelles-----	38
1.2.5.3 Données Economiques-----	39
1.2.5.4 Données Sanitaires-----	39
1.3. Contexte institutionnel-----	40
1.3.1. Réponses de l'église dans le monde et en Afrique-----	40
1.3.2. Attentes de PACANet vis-à-vis de l'étude-----	41

II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE	42
2.1. Aspects conceptuels de l'étude	42
2.1.1. Typologie et objet	42
2.1.2. Cadre de référence	42
2.1.3. Schéma d'intervention	44
2.2. Aspects opérationnels de l'étude	44
2.2.1. Zone de l'étude	44
2.2.2. Population à l'étude	45
2.2.3. Processus d'échantillonnage	45
2.2.4. Processus de collecte de données	47
2.2.4.1. Modes et instruments de collecte de données	47
2.2.4.2. Agents de collecte de données	48
2.2.4.3. Plan de traitement et d'analyse	48
2.2.5. Processus de validation de l'étude	49
2.2.5.1. Validation des outils de collecte de données	49
2.2.5.2. Validation des produits	50
2.2.6. Calendrier d'exécution de l'étude	50
2.2.7. Limites et difficultés rencontrées	50
III. RESULTATS DE L'ETUDE	52
3.1. Couverture de l'enquête	52
3.2. Caractéristiques descriptives des répondants	53
3.2.1. Données sur le sexe et l'âge	53
3.2.2. Données sur le niveau d'instruction et la profession	54
3.2.3. Données sur le statut matrimonial	54
3.2.4. Données sur la religion	55
3.3. Evaluation de la réponse actuelle à l'épidémie du VIH	57
3.3.1. Structures de lutte contre le SIDA et leur niveau d'utilisation	57
3.3.2.2. Prestations de l'église en matière du VIH/SIDA	59
V) DE L'APPRECIATION DE L'IMPACT DES INTERVENTIONS	67
VII) DE L'APPRECIATION DE L'IMPLICATION AUX INTERVENTIONS	69
3.4. Evaluation des aspects humains du programme de lutte contre le SIDA de l'église	71
3.5. Evaluation des capacités des réponses à l'épidémie du VIH	77
3.5.1. Appréciation des politiques et procédures de la lutte contre le VIH	77
3.5.2. Appréciation des capacités managériales et techniques	80
3.5.2.1. Structures et dispositifs du gestion des programmes	80
3.5.3. Appréciation des capacités en ressources du programme	82
3.5.3.1. Capacités en ressources humaines	82
3.5.3.2. Capacités en ressources infrastructurelles, matérielles et logistiques	84
3.5.3.3. Capacités en ressources financières	85
3.5.4. Appréciation du système de partenariat et de réseautage	86
3.5.4.1. Le partenariat	86
3.5.4.2. Le réseautage	87
3.6. Leçons apprises	87
IV. RECOMMANDATIONS	90

4.1. Recommandations d'ordre général -----	90
4.1.1 Stratégies d'amélioration des acquis -----	90
4.1.2 Stratégies d'élargissement des réponses -----	91
4.1.3 Stratégies de visibilité des réponses -----	91
4.2. Recommandations spécifiques -----	92
4.2.1. A L' endroit des décideurs -----	92
4.2.2. A l'endroit des intervenants -----	93
4.2.3. A l' endroit des bénéficiaires -----	93
4.2.4. A l'endroit des partenaires techniques et financiers -----	94
REFERENCES -----	95
ANNEXES : -----	97
Annexe 1 : Termes de références de l'étude -----	98
Annexe 2 : Base de sondage de l'étude -----	103
Annexe 3 : Planification échantillonnale -----	106
Annexe 4 : Axes stratégiques et domaines d'intervention du cadre stratégique de lutte contre le SIDA 2006-2010 -----	108
Annexe 5 : Liste des structures rencontrées par les enquêteurs -----	110
Annexe 6 : Outils de collecte de données -----	112
Annexe 6.a : Cibles primaires (Décideurs et leaders religieux chrétiens) -----	113
Annexe 6.b : Cibles secondaires (Intervenants des structures chrétiennes socio-sanitaires) -----	120
Annexe 6.c : Cibles tertiaires (Bénéficiaires/usagers des interventions de la lutte contre le SIDA) -----	132
Annexe 6.d : Cibles quaternaires (Partenaires techniques et financiers) -----	141
Annexe 6.e : Check list ou liste de contrôle (Responsables des organisations/structures de lutte contre le SIDA) -----	146

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

A. Tableaux

			Page
Tableau 1.1	:	Indicateurs épidémiologiques du VIH/SIDA au Burkina Faso	26
Tableau 1.2.a.	:	Découpage administratif et sanitaire de la région du Centre	28
Tableau 1.2.b.	:	Répartition de la population de la région du Centre	29
Tableau 1.2.c	:	Répartition de la population selon le district	29
Tableau 1.2.d.	:	Indices socio-économiques	30
Tableau 1.2.e.	:	Répartition de la population par district sanitaire (2004)	34
Tableau 2.2.a.	:	Aires de l'enquête échantillonnées	44
Tableau 2.2.b.	:	Sites d'enquête	46
Tableau 3.1.	:	Taux de couverture d'enquête selon les acteurs	53
Tableau 3.2.	:	Caractéristique socio-démographique de l'échantillon	56
Tableau 3.3.a.	:	Taux d'utilisation des structures d'intervention dans le domaine du SIDA selon la localité	58
Tableau 3.3.b.	:	Tests de dépistages VIH réalisés (2003-2006)	59
Tableau 3.3.c.	:	PVVIH et OEV pris en charge (2002-2006)	60
Tableau 3.3.d.	:	Répertoire des interventions spécifiques aux PVVIH et aux OEV	63
Tableau 3.3.e.	:	Niveau de visibilité des interventions de l'église et des organisations chrétiennes	65
Tableau 3.3.f.	:	Niveau de participation des répondants aux interventions SIDA selon les acteurs	70
Tableau 3.6.	:	Répertoire des partenaires	86

B. Figures :

			Page
Figure 2.1.	:	Modèle conceptuel de l'étude	43
Figure 3.1.	:	Taux de couverture d'enquête selon la localité	53
Figure 3.2.a.	:	Répartition des répondants par niveau d'instruction	54
Figure 3.2.b.	:	Répartition de l'échantillon par situation matrimoniale	55
Figure 3.3.a.	:	Type de structure de lutte contre le SIDA de l'église	57
Figure 3.3.b.	:	Axe I : Prévention de la transmission du VIH	59

Figure 3.3.c.	:	Axe II : Prise en charge médicale et communautaire des PVVIH et personnes affectées	60
Figure 3.3.d.	:	Axe III : Protection et soutien aux PVVIH et personnes affectées	61
Figure 3.3.e.	:	Axe IV : Coordination partenariat et mobilisation des ressources	61
Figure 3.3.f.	:	Axe V : Surveillance épidémiologique, suivi-évaluation et promotion de la recherche	62
Figure 3.3.g.	:	Accessibilité aux prestations en faveur des PVVIH et aux OEV	64
Figure 3.3.h.	:	Degré de disponibilité et d'accessibilité des ARV pour les bénéficiaires	64
Figure 3.3.i.		Niveau de visibilité des interventions de l'église et des organisations chrétiennes	66
Figure 3.3.j.	:	Degré d'impact des interventions	67
Figure 3.3.k.	:	Niveau d'appréciation du taux de couverture des interventions de l'église	71
Figure 3.3.l.	:	Degré de satisfaction des bénéficiaires par rapport à la couverture des interventions de l'église	71
Figure 3.4.a.	:	Type de perception du SIDA par les répondants	72
Figure 3.4.b.		Niveau de discrimination/stigmatisation envers les PVVIH et les OEV au sein de l'église	73
Figure 3.4.c.	:	Type de discriminations existantes envers les PVVIH et les OEV au sein de l'église	74
Figure 3.4.d.	:	Appréciation du niveau de la qualité du traitement des PVVIH et des OEV	74
Figure 3.4.e.	:	Assentiment des répondants sur le droit au soutien des PVVIH	75
Figure 3.4.f.	:	Opinions relatives au silence imposé sur le statut sérologique	76
Figure 3.4.g.	:	Opinions relatives au refus de prédication	76
Figure 3.5.a.	:	Niveau de performance du personnel	82
Figure 3.5.b.	:	Proportion des répondants ayant été formés en matière de VIH/SIDA	83
Figure 3.5.c.	:	Proportion des bénéficiaires ayant reçu une séance de sensibilisation en matière de VIH/SIDA	84
Figure 3.5.d.	:	Etat des locaux	85

SIGLES ET ABREVIATIONS

AA	: Accoucheuse Auxiliaire
AIS	: Agent Itinérant de Santé
ARV	: Anti-retro-viraux
CAP	: Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CCDV	: Centre de conseil et de dépistage volontaire
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CMA	: Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
COGES	: Comité de gestion de Santé
DG-Coop	: Direction Générale de la Coopération
DGEP	: Direction Générale de l'Economie et de la planification
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DS	: District Sanitaire
ECD	: Equipe Cadre du District
EDS	: : Enquête Démographique et Sanitaire
FS	: Formation Sanitaire
GAIA	: Global Aids Interfaith alliance
IB	: Infirmier Breveté
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
IEC	: Information Education Communication
INSD	: Institut National de la Démographie
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
OEV	: Orphelin et autres Enfants Vulnérables
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
ONU SIDA	: Programme Conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
PACAnet	: Réseau chrétien Panafricain de lutte contre le SIDA
PAMAC	: Programme d'Appui au Monde Associatifs et Communautaire
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
PIB	: Produit Intérieur Brut

PMA	: Paquet Minimum d'Activité
PNB	: Produit National Brut
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PSN	: Politique Sanitaire Nationale
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
SFE/ME	: Sage Femme d'Etat/Maïeuticien d'Etat
SP/CNLS	: Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA
UNICEF	: United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
US\$: Dollar des Etats-Unis d'Amérique
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

RÉSUMÉ

Le présent document concerne l'étude de base sur la réponse à l'épidémie du VIH/SIDA de l'église et les organisations Chrétiennes du Burkina Faso. C'est une étude diagnostique et évaluative à l'épidémie du VIH de l'église d'une part et d'autre part de ses capacités à lutter contre cette épidémie. Son objet est d'investiguer auprès de plusieurs cibles (décideurs, intervenants, bénéficiaires et partenaires) afin d'appréhender les meilleures stratégies pour renforcer les acquis actuels de la lutte contre le VIH/SIDA au sein de l'Eglise, élargir les réponses et les rendre visibles.

1. Du contexte de l'étude :

Cette partie de l'étude a décrit sommairement trois types de contexte :

- le contexte environnemental du Burkina ;
- le contexte environnemental des aires de l'étude ;
- le contexte institutionnel ;

Au niveau du contexte général, la description des données environnementales du Burkina a mis en relief les profils physique, politique et administratif, sociodémographique, culturel, économique et sanitaire du pays. De l'essentiel de ce contexte, on retient entre autres : le caractère sahélien et l'absence de littoral, le faible taux de scolarisation, la précarité de l'économie, la forte proportion des populations vivant en dessous du seuil de pauvreté, le faible PNB par habitant, l'existence des endemo-épidémies, la persistance des pesanteurs socio-culturelles et la généralisation de l'infection et de ses effets pervers dans le pays.

Au niveau des aires d'étude, les données monographiques sur les cinq régions enquêtées ont mis en évidence la précarité de l'état de santé des populations en général et la situation et la généralisation de l'infection à VIH et de ses effets pervers.

Au niveau institutionnel, l'étude a mis en relief les réponses de l'église au plan mondial et africain. En effet, l'étude a permis d'appréhender le processus d'intégration de l'Eglise dans le combat contre la pandémie et les réponses qu'elle a pu enregistrées à travers le monde et en Afrique. Les évènements repères les plus cités sont entre autres :

- La rencontre des dirigeants ecclésiastiques africains sponsorisés par la COE (Nairobi 2001) ;

- L'atelier de théologiens sponsorisé par l'ONU SIDA sur le stigmatisme (Nairobi 2003) ;
- Les entrevues du Pape Jean Paul II avec les personnes vivant avec le VIH lors de ses visites dans différents pays ;
- Le rassemblement historique de hauts dirigeants ecclésiastiques organisé par la Conférence des Eglises de toute l'Afrique (CETA) en 2004 ;
- La création du réseau chrétien panafricain de lutte contre le SIDA (PACANet) ;
- La création du Global AIDS Interfaith Alliance (GAIA).

En outre, en commanditant cette étude, PACANet cherche à étendre les réponses nationales au VIH/SIDA en partageant les ressources, les idées, les aptitudes, les expériences d'une part et d'autre part en encourageant les partenariats stratégiques.

2. METHODOLOGIE

Etant une étude diagnostique et évaluative sur le VIH, sa méthodologie s'est inspirée des modèles de planification stratégique de plusieurs auteurs tels que Green Lorraine (1981), Webber J.B and Peters J.P (1983) et en particulier le Modèle de planification stratégique de la réponse nationale de lutte contre le VIH/SIDA de l'ONU SIDA (1998). L'adaptation de ces modèles théoriques a permis de réaliser l'étude à travers un cadre conceptuel disposant de cinq phases et dix étapes séquentielles dont :

- la phase de l'évaluation de la réponse à l'épidémie du VIH qui comprend 4 étapes ;
- la phase de l'évaluation des aspects humains des programmes d'intervention
- la phase de l'évaluation des capacités de réponse à l'épidémie des structures intervenantes qui comprend 4 étapes
- la phase de la capitalisation des résultats de l'étude comprend 1 étape
- la phase des recommandations avec 1 étape.

Le processus de réalisation de l'étude a obéi à un schéma d'interventions à trois principales phases dont la phase préparatoire, de réalisation et de gestion. L'approche participative a prévalu dans la mise en œuvre de ce processus.

Concernant l'échantillonnage de l'étude d'une manière générale, il convient de préciser que la population à l'étude ou base de sondage a été constituée par quatre

principales cibles : Primaires (décideurs), secondaires (intervenants), tertiaires (bénéficiaires) et quaternaires (partenaires). Le mode d'échantillonnage utilisé est celui du choix raisonné, en raison, de la nature même de l'étude. L'application de cette méthode a permis d'estimer et de tirer dans les cinq zones de l'étude au total 440 échantillons prévisionnels dont :

- 90 pour les cibles primaires (Décideurs)
- 60 pour les cibles secondaires (Intervenants)
- 255 pour les cibles tertiaires (Bénéficiaires)
- 35 pour les cibles quaternaires (Partenaires)

Les unités statistiques de l'étude ont été représentées principalement par deux types de données à rechercher : les données qualitatives et données quantitatives.

Les données qualitatives sont constituées par les opinions, les sentiments, les besoins et les attentes en matière du VIH exprimés par l'ensemble des personnes interviewées. Les données quantitatives sont constituées par des indicateurs ou des variables quantifiables et mesurables.

L'enquête a été réalisée grâce à l'utilisation d'outils de collecte de données notamment un questionnaire pré-codé et prétesté, un guide d'entrevue dirigé et une liste de contrôle. Trois superviseurs et sept enquêteurs ont conduit la réalisation de l'enquête sur une période d'environ un mois.

Les principaux sites de l'enquête sont :

- des Eglises et organisations chrétiennes
- des structures socio-sanitaires chrétiennes et des organisations à base communautaire
- des groupes de jeunes, de femmes et des groupes de leaders des communautés chrétiennes
- des structures techniques et des structures partenaires financières.

Des difficultés ont émaillé le déroulement de l'enquête. C'est notamment le refus de livrer les informations, les rendez-vous tardifs, l'indisponibilité de certaines personnes etc. Ces problèmes n'ont pas empêché le déroulement de l'enquête, mais, ont fait durer le temps imparti pour la collecte des données.

3. Les Résultats

3.1. De la couverture et des caractéristiques socio-démographiques

L'enquête a couvert au total 405 cibles sur 440 prévues soit un taux de couverture générale de réalisation de 92%. Les caractéristiques descriptives des répondants indiquent que l'enquête a concerné 255 hommes et 160 femmes soit une disproportionnalité de 20% chez les hommes. Les principales tranches d'âges concernées par l'étude sont les 25-40 ans (34%) 41-50 ans (26%) et les 51-60ans (22%).

Concernant la profession, dans le groupe des décideurs, les responsables de réseaux chrétiens viennent en tête (31%). Chez les intervenants, ce sont les infirmiers (24%), chez les bénéficiaires, ce sont les leaders hommes chrétiens (17%).

Le niveau d'instruction des répondants demeure hétérogène. Il varie de 39% (niveau secondaire) à 11% (niveau supérieur).

Les données sur le statut matrimonial, indiquent que les mariés (51%) et les célibataires (20%) constituent les populations les plus importantes chez les répondants.

En terme d'appartenance confessionnelle, on note que les protestants sont les plus nombreux (51%) suivis des catholiques (42%).

3.2 De l'évaluation de la réponse à l'épidémie du VIH

Au Burkina Faso, l'Eglise a utilisé ses structures médico –sanitaires et ses structures associatives pour les mettre au service de la lutte contre le SIDA.

C'est notamment les centres de santé, les structures d'accueil de PVVIH et des OEV, des Associations chrétiennes. Les structures les plus fréquentées par les bénéficiaires sont les dispensaires (27%).

Parmi les réponses développées par l'Eglise en matière de VIH, les plus importantes sont les suivantes :

- le soutien spirituel (73%) ;
- le conseil dépistage (69%) ;
- le traitement des maladies opportunistes (55%) ;
- les campagnes de sensibilisation (43%) ;
- la création d'un système de suivi-évaluation (43%);
- la confection de support de gestion (39%) ;

- la collaboration avec les services de santé et de l'action sociale (39%) ;
- la sensibilisation pour le dépistage ;
- l'assistance aux OEV (27%) ;
- la promotion à l'abstinence (22%).

Pour les activités de prévention, c'est le conseil dépistage qui est la plus pratiquée suivi par les campagnes de sensibilisation. Pour la prise en charge, c'est le soutien spirituel et le traitement des maladies opportunistes, pour la protection et le soutien aux PVVIH, c'est notamment le soutien spirituel et l'assistance aux OEV. Pour la coordination, le partenariat et la mobilisation des ressources, c'est la confection de supports de gestion et le plaidoyer qui sont les plus développés. Enfin, pour la surveillance épidémiologique, le suivi/évaluation et la promotion de la recherche, c'est notamment la mise en place du système de suivi/évaluation des activités qui est privilégiée.

En outre, des actions spécifiques sont développées au profit des PVVIH et des OEV telles que des visites à domicile, des projections de films, des orientations spécialisées etc.

Concernant l'accessibilité des prestations et des produits, l'enquête révèle que globalement l'accessibilité des prestations est encore moyenne. Il en est de même de la disponibilité des ARV jugée faible (38%) cependant, les ARV disponibles sont de plus en plus accessibles aux malades.

Quant à la visibilité des interventions de l'Eglise celle-ci est jugée aussi moyenne (39,18%). Les raisons qui handicapent la visibilité des réponses de l'église sont les suivantes :

- la grande discrétion entretenue par l'église ;
- la non médiatisation des réponses ;
- la faiblesse de moyens financiers, matériels et logistiques ;
- le caractère disparate des activités ;
- les insuffisances de la coordination de la lutte contre le SIDA au sein de l'église.

Concernant l'impact des réponses, 77% de 388 personnes interviewées attestent que celui-ci est positif contre, seulement, 17% qui soutiennent le contraire. Au nombre de ces impacts, on peut retenir, entre autres :

- L'élévation du niveau de conscience des bénéficiaires sur le VIH/SIDA ;

- L'amélioration du taux de fréquentation des centres de santé ;
- Le renforcement du suivi en faveur de la santé ;
- L'amélioration de la qualité de vie des bénéficiaires ;
- Le changement de comportement ;
- L'amélioration de l'image de marque de l'église ;
- Le renforcement de l'ouverture de l'esprit.

L'implication des répondants aux interventions qui a été appréciée s'est avérée moyenne selon 33% des répondants, grande par 27% et très grande par 10%. 15% des répondants, cependant, l'ont trouvée faible.

3.3. De l'évaluation des aspects humains du programme SIDA de l'Eglise

Les données sur la perception que les répondants chrétiens ont du sida ne plaident guère à la bonne cause des PVVIH et des orphelins du SIDA car 40% des répondants entretiennent encore des perceptions erronées sur cette maladie. En effet, certains lient le SIDA à une punition de Dieu (24%) et d'autres à l'adultère (24%) quelques répondants ont une perception encore positive de ce phénomène (49%). Concernant la discrimination, l'enquête révèle qu'il existe encore de véritables poches de stigmatisation envers les PVVIH et OEV au sein des églises celles-ci se manifestent entre autres par :

- le soutien inéquitable (45%) ;
- le rejet apparent (15%) ;
- la violence verbale (10%) ;
- le manque d'assistance (8%) ;
- la maltraitance (5%).

3.4. Evaluation des capacités des réponses à l'épidémie du VIH

- ***Procédures et politiques***

La lutte contre le VIH au Burkina Faso a connu trois périodes :

- la période 1987-2000 ;
- la période 2001-2005 ;
- la période 2006-2010.

La première période a permis la mise en place du premier cadre institutionnel et des structures chargées de développer et d'appliquer une politique de lutte contre le SIDA à travers trois plans d'intervention.

La deuxième période a été surtout caractérisée par l'élaboration d'un cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2005 et un plan national d'opérationnalisation. Cette période a permis, enfin, d'organiser véritablement la lutte sur le plan institutionnel, organisationnel et financier.

La troisième période a été consacrée au renforcement des acquis du cadre stratégique 2001-2005. Elle a connu l'élaboration du cadre stratégique 2006-2010 qui compte, désormais, 5 axes stratégiques au lieu de 4.

- **Capacités techniques et managériales**

Les données sur les capacités techniques et managériales attestent que la plupart des églises dispose d'un programme d'intervention Sida (63%). Elles utilisent plusieurs modes de communication dont les principales sont : les prédications, les réunions, les conférences, les circulaires et les séances de sensibilisation.

Parmi les mécanismes de gestion utilisés dans la gestion des plans d'actions, le comité de coordination contre le Sida figure en bonne place suivi du comité de gestion, les bilans et rapports d'activités.

De manière générale, le niveau de performance de l'exécution technique est jugé bon par 43% de répondants, moyen par 28% et excellent par 20%.

- **Capacités des ressources du programme**

Concernant les ressources humaines, l'église emploie plusieurs types de personnel pour son programme d'interventions. Les plus importants sont : les employés salariés (49%) les bénévoles (26%) et les missionnaires expatriés (14%). Le niveau de performance de ce personnel a été jugé bon (47%). Plus de 40,8% du personnel disent qu'ils sont beaucoup motivés de leur travail et ceci, à travers des encouragements financiers, la certification, les missions à l'extérieur, la promotion etc. 47% se disent satisfaits globalement.

Le personnel a bénéficié de plusieurs types de formations sur le VIH / SIDA au cours des trois dernières années sur des thèmes aussi variés que les connaissances générales

sur le VIH, la prise en charge des PVVIH, l'alimentation, le Sida et l'Eglise. Quant aux bénéficiaires, environ 61% disent avoir bénéficié de séances de sensibilisation sur le VIH.

Concernant les ressources infrastructurelles, matérielles et logistiques, l'enquête révèle que l'église dispose d'un minimum de ce type de ressources pour mettre en œuvre ses plans d'actions. Les locaux et le matériel roulant se sont avérés la ressource encore insuffisante dans toutes les régions enquêtées.

Concernant les ressources financières, l'enquête nous a révélé très peu d'informations en la matière compte tenu du refus et ou de la résistance de bon nombre de répondants à livrer les informations. Néanmoins, on peut dire que l'Eglise est appuyée financièrement chaque année dans sa lutte contre le VIH/SIDA par les partenaires.

- **Partenariat**

L'Eglise entretient des relations de partenariat tant au niveau national qu'international. Les noms des partenaires qui reviennent le plus fréquemment sont : le PAMAC, le SP/CNLS, le ministère de la santé et de l'action sociale. Les principales difficultés du partenariat se situent au niveau de la fourniture des pièces comptables justificatives, à l'insuffisance de la coordination et de la concertation etc.

- **Réseautage**

Il faut noter qu'au niveau de la lutte contre le SIDA, le milieu chrétien est plus organisé en structures de coordination et de suivi. Les réseaux ne sont pas nombreux et la plupart ne fonctionne pas à merveille. C'est le cas de RASONE/SIDA, une structure évangélique créée en 2002.

3.6. Leçons apprises

Des enseignements de plusieurs ordres aussi bien au niveau des décideurs, des intervenants qu'au niveau des bénéficiaires ont été tirés de l'étude. En effet, les acquis majeurs à retenir sont, entre autres :

- l'existence d'une commission de recherche
- l'existence des plans d'action au sein de l'Eglise
- l'élévation du niveau de conscience des bénéficiaires en matière de VIH
- la prise en charge des PVVIH et des OEV

Les limites majeures observées quant à elles sont entre autres :

- le manque de visibilité des réponses de l'Eglise

- l'absence de concertation entre les Eglises et les organisations chrétiennes
- l'analphabétisme de certains bénéficiaires
- les faibles revenus des bénéficiaires
- la prise en charge élevée des PVVIH et les OEV du Sida

IV Recommandations

A la lumière des résultats de l'étude, des suggestions ont été proposées en vue de renforcer les acquis et réduire les limites observées, parmi ces recommandations d'ordre général, on peut citer entre autres.

- ***Pour améliorer les acquis***

- la poursuite des formations des responsables religieux
- l'amélioration de la communication sur le Sida
- l'intégration des modules de formation sur le VIH dans l'étude biblique
- le renforcement de la sensibilisation et l'assistance des PVVIH et des OEV

- ***Pour élargir les réponses***

- la sensibilisation de la jeunesse
- l'organisation des caravanes évangéliques d'information élargies
- l'opérationnalisation des centres régionaux et locaux

- ***pour visibiliser les réponses***

- le soutien des Malades
- l'amélioration du pastorat
- la médiatisation des activités
- l'acceptation du témoignage à visage découvert

Quant aux recommandations d'ordre spécifique, on préconise :

- ***A l'endroit des décideurs :***

- de créer une structure Nationale de concertation entre les Eglises Catholique et protestante
- de créer un bulletin chrétien d'informations et de sensibilisation sur le VIH/SIDA
- d'organiser les forums d'échanges d'expériences

- d'organiser une rencontre entre les décideurs catholiques et protestants pour décanter la situation relative à la commission de recherche
- de repenser les modes de son organisation et de son fonctionnement
- de créer un cadre d'échanges d'expériences entre les pays couverts par Pacanet

- ***A l'endroit des intervenants :***

- d'accroître l'accès des PVVIH aux ARV
- d'accroître l'assistance psycho medico-sociale des PVVIH et des OEV
- de renforcer la formation des intervenants en matière de VIH

- ***A l'endroit des bénéficiaires***

- d'accroître les séances de sensibilisation
- de créer des activités génératrices de revenus (AGR)

- ***A l'endroit des partenaires :***

- de créer un cadre de concertation entre partenaires techniques et financiers
- de renforcer le financement des plans d'actions.

INTRODUCTION

Ce document est le rapport de l'étude de base sur la réponse à l'épidémie du VIH/SIDA de l'église et des organisations chrétiennes du Burkina Faso. C'est une étude de diagnostic et d'évaluation à la fois des activités de la lutte contre le SIDA dans le secteur confessionnel chrétien et des capacités de réponses de ce dernier.

Il faut souligner que durant deux décennies, le Burkina Faso fait face aux effets pervers de l'épidémie du VIH en interpellant et en impliquant tous les acteurs de la société y compris le secteur de l'église et des organisations chrétiennes. En dépit des efforts conjugués de tous ces acteurs et des partenaires au développement, le pays n'est pas encore au bout de sa peine.

En effet, les décès laissent derrière eux un cortège de veufs, veuves et d'orphelins qu'il faut prendre en charge et les malades eux-mêmes méritent d'être soignés. Depuis 2001, l'église du Burkina a marqué le pas en intégrant la lutte aux côtés des autres acteurs comme les ministères, les entreprises, les associations, les ONG de manière plus organisée comme l'a voulu le conseil national de lutte contre le SIDA. Malheureusement, les réponses de l'église ne semblent pas encore visibles. C'est pourquoi la présente étude est la bienvenue.

Commanditée par le réseau Panafricain de lutte contre le SIDA (PACAnet) et coordonnée par la commission de recherche-Burkina, l'étude a été conduite par le bureau d'études Consult Group International (COGI) entre novembre 2006 et février 2007. Elle a concerné cinq régions du pays (Centre, Hauts Bassins, Sud Ouest, Est et Sahel) et répond à une préoccupation de PACAnet de mieux appréhender la teneur des réponses à l'épidémie du VIH de l'église, mais, aussi, les capacités de contrer cette pandémie dans le pays. Elle obéit donc à une logique d'acquisition d'indicateurs clés pouvant contribuer au renforcement des acquis de la lutte dans le secteur de l'église, à l'élargissement des réponses et à l'accroissement de leur visibilité.

Faut-il rappeler que la présente étude qui se réalise au Burkina, fait suite à bien d'autres déjà réalisées dans d'autres pays africains couverts par PACAnet.

Le rapport s'est articulé sur quatre points essentiels dont : le contexte de l'étude, la méthodologie, les résultats et les recommandations.

I. CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE

1.1. Contexte environnemental du Burkina

1.1.1. Profil physique, politique et administratif

Sur le plan physique, le Burkina Faso est un pays sahélien situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Avec une superficie de 274.000 Km², il est limité au nord et à l'ouest par le Mali, à l'Est par le Niger, au sud par la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin.

De type soudano-sahélien, le climat se caractérise par une longue saison sèche s'étendant d'octobre à mai et une courte saison pluvieuse allant de juin à septembre. La nature, très hostile, compromet l'activité agricole. La dégradation des sols, la baisse de la pluviométrie, conjuguée à l'action néfaste de l'homme, fragilisent le secteur agropastoral dont 85% de la population tire l'essentiel de leur survie. Le Burkina Faso subit également le poids des contraintes liées à son enclavement. En effet, le port le plus proche, Abidjan, se situe à plus de 500 km de la frontière.

Sur le plan administratif, le Burkina Faso est divisé en 13 régions administratives, 45 provinces, 302 communes rurales, 49 communes urbaines, 8 arrondissements communaux et 8228 villages.

Sur le plan politique, le pays vit une expérience démocratique depuis l'adoption en juin 1991 de la constitution de la 4^{ème} République avec un pouvoir exécutif, un pouvoir législatif et un pouvoir judiciaire qui sont appuyés et consolidés par une presse plurielle et une société civile dynamique.

1.1.2. Profil socio-démographique et culturel

Sur le plan démographique, les statistiques disponibles indiquent qu'en 2004, le Burkina Faso comptait 12 880 980 habitants (DEP/Santé, Annuaire statistique 2005). Cette population se caractérise par sa jeunesse : les enfants de 0 à 18 ans représentent 55% de la population totale. Avec un taux d'accroissement annuel moyen de 2%, en l'an 2010 elle atteindra environ 14 718 647 habitants. La population a une densité moyenne de 38 habitants au km². Sa répartition sur le territoire national est hétérogène, elle varie de 11 à 12

habitants au km². Il s'agit d'une population essentiellement rurale (84%) répartie en une soixantaine de groupes ethnolinguistiques.

Lors du dernier recensement de la population réalisée en 1996 par l'INSD, les femmes représentaient 52% de la population totale et celles en âge de procréer (15-49 ans) : 22% de la population totale. Dans cette population, l'indice synthétique de fécondité est estimé à 6,2 enfants par femme. L'espérance de vie à la naissance est de 55% ans (données du RGPH 1996). Selon les projections, l'espérance de vie à la naissance atteindrait 60,7 ans en 2010 sans l'effet du SIDA. Partant de l'influence de cette maladie et dans la situation actuelle, elle retomberait à 35,2 ans.

Les flux migratoires vers l'extérieur se font généralement vers les pays voisins comme le Ghana et la Côte d'Ivoire. Parfois, les migrants vont plus loin comme dans les pays d'Afrique Centrale. Ce phénomène migratoire influence les comportements en matière de santé sexuelle et reproductive et constitue un facteur de propagation de certaines maladies comme les IST/VIH/SIDA.

Sur le plan socioculturel, on dénombre 67 ethnies à travers le pays pouvant être regroupées en 27 sous-ensembles ou familles, qui ont des attitudes, des pratiques et des comportements qui peuvent avoir des répercussions néfastes sur la santé de la reproduction : mariages précoces, mariages forcés, mariages consanguins, lévirat, sororat, mutilations génitales féminines (excision).

Par ailleurs, de nombreux interdits et divers tabous alimentaires compromettent la santé de la femme et de la jeune fille. Enfin, la femme et la jeune fille sont aussi victimes de multiples formes de violences : verbales (injures), physiques (viols, bastonnades et agressions diverses) et psychologiques (chantage, non assistance au plan financier).

De nos jours, on assiste à un relâchement des mœurs du fait de la mutation de la société, de l'influence des médias, de la dislocation de la structure familiale, de la perte des repères, de la tendance à l'occidentalisation, etc.

Sur le plan éducatif, au niveau de l'enseignement de base, malgré les progrès enregistrés, les taux de scolarisation et d'alphabétisation demeurent parmi les plus faibles au monde et les inégalités dans l'accès sont à la fois nombreuses et discriminatoires entre les sexes. Selon l'annuaire statistique du MEBA (2004-2005), le taux de scolarisation est de 56% soit 62% pour les garçons et 51% pour les filles.

Selon le rapport d'activités 2005 de la Direction des Etudes et de la Planification du MESSRS, le taux brut de scolarisation de l'enseignement secondaire est encore faible. En effet, ce taux est estimé à 13% pour l'année scolaire 2002-2003 soit 15% pour les garçons et 10% pour les filles.

1.1.3. Profil économique

A l'instar de nombreux pays africains, le Burkina a évolué au cours de ces dernières années dans un environnement économique difficile caractérisé par les exigences des programmes d'ajustements structurels, l'impact de la globalisation des économies et la baisse des flux de capitaux en direction des pays en développement. Avec un PNB par habitant estimé en 2004 à 300 dollars US (PNUD 2004), un des plus faibles du monde, le Burkina Faso reste confronté à un défi majeur qui est la réduction de la pauvreté.

La croissance économique du Burkina a évolué en dents de scie sur l'ensemble de la période (1994 à 2003). Les niveaux enregistrés par l'économie Burkinabé n'ont pas été suffisants pour faire reculer la pauvreté qui ne fait que s'accroître. En 2004, la croissance économique a enregistré un taux de 4% pour un objectif de 6%. Cela correspond à une hausse du PIB par tête de 2%. Cette croissance serait de 4% en 2005 et s'établirait à 5% en 2006, 6% en 2007 et 6% en 2008. Elle se réaliserait dans un contexte de maîtrise de prix. En effet, le taux d'inflation qui a été de 0,4% en 2004 devrait demeurer dans la limite de l'objectif de 3% maximum, fixé par l'Union Economique et monétaire Ouest Africaine ('UEMOA). Ainsi, il s'établirait à 3% en 2006, 2% en 2007 et 2% en 2008.

Les résultats des trois enquêtes prioritaires effectuées par le gouvernement en 1994, 1998 et 2003 décrivent une aggravation de l'incidence de la pauvreté.

En effet, 46% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté absolue estimée en 2003 à 82 672 F contre 72 690 F par adulte et par an en 1998. La population

pauvre est passée de 45% en 1998 à 46% en 2003 soit une aggravation de 1,1 point. Comparativement à 1994, elle s'est globalement accentuée de deux points. En effet, en 1994, l'indice de pauvreté était estimé à 44% pour un seuil de 41 099 FCFA par adulte et par an. Les indices relatifs à la gravité de la pauvreté (profondeur et sévérité) ont aussi légèrement augmenté, indiquant que les pauvres du Burkina se sont davantage éloignés du seuil de pauvreté.

La population jeune est confrontée au chômage et au sous-emploi. On relève qu'en milieu urbain, 65% des chômeurs ont moins de 24 ans (INSD, 1997)

1.1.4. Profil sanitaire

1.1.4.1. Situation sanitaire générale

D'une manière générale, la situation sanitaire du Burkina Faso est encore précaire malgré les multiples efforts consentis dans le secteur de la santé. Elle est caractérisée par une morbidité et une mortalité générale (15,2 pour mille) élevées.

En effet, au plan épidémiologique, la fréquence des endémies locales (paludisme, affections respiratoires, diarrhées etc.) et des épidémies meurtrières (méningite cérébro-spinale, rougeole, choléra) constituent les principaux motifs de morbidité hospitalière du pays. Les motifs de consultation dans les formations sanitaires en 2002 étaient les suivants : paludisme (37,3%), les Broncho-pneumonies (12,81%), la diarrhée (3,76%).

Les handicaps et incapacités fragilisent l'état de santé des populations et constituent une préoccupation majeure du système national de santé. En effet, ils représentent une part importante des états morbides du pays. En 1996, on a dénombré environ 168 688 personnes handicapées dont 52% de sexe masculin. Les causes sont entre autres les accidents, les traumatismes liés aux violences diverses et les séquelles de certaines maladies.

En dépit des efforts consentis par le Gouvernement et ses partenaires, la couverture en infrastructures sanitaires demeure globalement insuffisante. Le ratio personnel population est en deçà des normes de l'OMS : 6 médecins pour 100 000 habitants, 41 infirmiers pour 10 000 habitants, 13 sages-femmes pour 100 000 habitants. On relève aussi une

insuffisance en équipement, en matériel technique et en médicaments. Ce qui affecte la qualité des soins.

L'initiative de Bamako et les multiples réformes entreprises (décentralisation du système de santé, réforme hospitalière, etc.) visent à rendre les services de santé accessibles aux populations et favorise leur pleine participation.

Au Burkina Faso, les données actuelles sur la situation sanitaire des femmes montrent que celle-ci se caractérise également par une morbidité et une mortalité très élevées. En effet, on observe des taux spécifiques de mortalité élevés tels que : la mortalité infantile (83 pour mille), la mortalité juvénile (111 pour mille), la mortalité infanto-juvénile (184 pour mille), la mortalité maternelle (484 pour 100 000 naissances vivantes) selon l'EDS 2003. La mortalité maternelle est due essentiellement aux infections, aux hémorragies (72% des décès maternels), aux dystocies et aux avortements.

On constate que seulement 61% des femmes enceintes bénéficient d'une consultation prénatale et 32% des accouchements sont assistés par un personnel de santé compétent. Par ailleurs, la santé de la femme demeure encore affectée par la pauvreté, l'ignorance de même que le poids des travaux domestiques, les pratiques traditionnelles néfastes, l'insuffisance des mesures d'hygiène et d'assainissement ainsi que le faible accès à l'eau potable.

Quant à la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes, celle-ci demeure encore préoccupante. La population jeune de 14 à 24 ans représente 20% de la population. On observe selon les données de l'EDS-3 qu'un quart (1/4) des adolescentes âgées de 15 à 19 ans avait déjà un enfant ou était à leur première grossesse au moment de l'enquête et 80% était déjà mariée. On estime qu'à l'âge de 18 ans une adolescente sur deux est sexuellement active. La prévalence contraceptive est de 7% pour les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans et 2,4% pour celles de 15 à 19 ans.

1.1.4.2. Evolution et ampleur de l'épidémie du VIH/SIDA

i) Dans le monde

L'épidémie du VIH/SIDA constitue un véritable problème de développement qui n'épargne aucun pays du monde et affecte particulièrement l'Afrique Subsaharienne. En effet, selon les statistiques de l'ONUSIDA (décembre 2006), en moyenne, 39,5 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde en 2006 dont 37,2 millions d'adulte, 17,7 millions de femmes et 2,3 millions d'enfants de moins de 15 ans. Selon cette même source, les décès liés au SIDA sont estimés à 2,9 millions dont 2,6 millions d'adulte et 300 mille enfants de moins de 15 ans. Les statistiques montrent que la pandémie du SIDA frappe de plus en plus les femmes et les filles car, près de la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde sont de sexe féminin.

ii) En Afrique subsaharienne

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée, avec un nombre total de 24,7 millions de personnes vivant avec le VIH en décembre 2006. Près de deux tiers (63%) des personnes vivant avec le VIH dans le monde se trouvent en Afrique subsaharienne dont 76% de femmes.

L'Afrique Australe semble être la région la plus gravement touchée car les taux de prévalence y sont en moyenne supérieurs à 25%. Au Botswana, au Lesotho et au Swaziland, les taux de prévalence parmi les femmes enceintes dépassent 30%. Dans cette partie de l'Afrique, se produit un tiers des décès liés au SIDA dans le monde.

Cependant, l'évolution de l'épidémie en Afrique Subsaharienne tend à se stabiliser du point de vue des taux actuels, selon l'ONUSIDA. Une telle situation s'explique par le fait que le nombre de personnes qui contractent une nouvelle infection à VIH est plus ou moins égale au nombre de personnes qui en meurent.

iii) Au Burkina Faso

En 1986, le gouvernement du Burkina Faso, en prenant la résolution de faire face à cette nouvelle pandémie de VIH/SIDA, a mis en place un cadre institutionnel et des structures chargées de développer et d'appliquer une politique de lutte contre le VIH/SIDA à travers plusieurs plans d'interventions tels que le plan à Court Terme (PCT I) en 1987, le Plan Moyen Terme (PMT) de 1989 à 1992 ainsi que le deuxième Plan Moyen Terme (PMT

II), qui fut élaboré et exécuté de 1992 à 1995. Ce PMT II s'est caractérisé par une intégration plus nette du contrôle des IST et une approche multisectorielle de la lutte contre le VIH/SIDA notamment avec l'émergence de nombreuses associations pour la prévention et la prise en charge communautaire des PVVIH. L'extension du PMT II (1995-2000) a permis de jeter les bases de l'élaboration du plan à moyen terme de troisième génération ou plan national multisectoriel (PNM). Ce PNM diffère des plans précédents par le fait qu'il est précédé par une phase d'analyse de situation et de la réponse aux IST/VIH/SIDA, selon la méthodologie de planification stratégique nationale de la lutte contre le VIH/SIDA (juin 1998 à mai 2000). Ce processus a permis d'avoir un consensus sur les déterminants de la propagation des IST/VIH/SIDA, les impacts du VIH/SIDA et sur les forces et faiblesses des réponses aux IST/VIH/SIDA.

Il convient de rappeler que le cadre stratégique national élaboré en 2001 a permis de formuler le plan national multisectoriel (PNM) autour duquel des plans opérationnels des différents intervenants à tous les niveaux et dans tous les secteurs clés s'élaborent chaque année.

En fin 2005, selon le modèle EPP (ONU SIDA /OMS) la prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans est estimée à 2%. Le tableau ci-après présente quelques indicateurs épidémiologiques du VIH/SIDA au Burkina Faso rapportés par l'ONU SIDA en décembre 2006.

Tableau 1.1. : Indicateurs épidémiologiques du VIH/SIDA au Burkina Faso.

Cibles	Nombre
Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA	150 000
Adultes de 15-49 ans VVIH	140 000
Femmes VVIH	80 000
Enfants 0-14 ans VVIH	17 000
Décès adultes et enfants VVIH	12 000
Orphelins du VIH/SIDA	120 000

Sources : ONU/SIDA/ (2006)

1.1.4.2.2. Déterminants de la propagation du VIH/SIDA

Le Burkina constitue un carrefour de rencontres culturelles et devient ainsi une plaque tournante des échanges démographiques sous-régionaux et internationaux favorisant la diffusion de maladies épidémiologiques dont les IST/VIH/SIDA.

Des études ont permis d'identifier un certain nombre de comportements et de pratiques à risque vis-à-vis du VIH/SIDA au nombre desquels on retient : le multipartenariat sexuel et les rapports sexuels non protégés, la sexualité précoce des jeunes, le lévirat, la pauvreté etc. Ces phénomènes entraînent l'augmentation de la séroprévalence notamment chez les jeunes filles.

1.1.4.2.3. Implications socio-économiques du VIH/SIDA

Le Burkina Faso est très vulnérable à l'épidémie en raison de son faible niveau de développement. La précarité et la pauvreté d'un grand nombre de burkinabé accroît la problématique du VIH/SIDA dans le pays. Les analyses de situation et de réponses au VIH/SIDA montrent que les groupes prioritaires qui devront faire l'objet encore d'une attention particulière au cours des cinq prochaines années sont les jeunes scolarisés et non scolarisés, les femmes notamment les jeunes filles, les enfants, les PVVIH, les professionnels de sexe et leurs clients, les routiers, les miniers, les prisonniers, les militaires, les vendeuses ambulantes etc.

Des études ont pu mettre en relief les facteurs clés de l'impact du SIDA sur la pauvreté. En effet, le VIH/SIDA infecte autant les riches que les pauvres. Bien que l'endémie touche un nombre plus élevé de pauvres que de riches compte tenu de la structuration du niveau des revenus du Burkina Faso, et que ce phénomène à terme va s'accroître, les infections à VIH continuent de frapper les classes actives, urbanisées et à revenu intermédiaire. Malgré la solidarité communautaire agissante, les ménages, notamment pauvres, se trouvent durement affectés par les dépenses médicales et funéraires entraînant une réduction de leurs revenus. A cela, s'ajoutent bien évidemment les coûts imposés à la collectivité.

1.2. Contexte environnemental des zones d'étude

1.2.1. La région du Centre

1.2.1.1 données physiques et administratives

La Région Sanitaire du Centre est limitée par les Régions sanitaires du plateau central au Nord-Est, du Centre Ouest à l'Ouest, du Centre-Sud au Sud. Elle est essentiellement centrée sur la capitale du pays. Sa superficie est de 282 ,28 km² environ. Le réseau routier est bon et praticable dans l'ensemble toute l'année. On note essentiellement un climat de type soudano-sahélien.

La région sanitaire du Centre couvre quatre (04) districts sanitaires et correspond exactement aux limites territoriales de la Province du Kadiogo. Il s'agit de Pissy, de Kossodo, de Paul VI et du Secteur 30 (Cf. tableau ci-dessous).

Tableau 1.2.a : Découpage administratif et sanitaire de la région du Centre

Province	Districts	Départements	Arrondissements	Superficie (km ²)	
				urbaine	rurale
Kadiogo	Kossodo	Neant	Nongremasson : Secteurs 13,24 à 27 et 05 villages	137	-
	Paul VI	Pabré (11 villages)	Signoghin : secteurs 20, 21, 22 et 06 villages	160,4	385,57
	Pissy	Tanghin-Dassouri (villages) komki Ipala (villages)	Baskuy : secteurs 1 à 12	33	1074,7
			Boulmiougou : secteurs 16 à 19 et 04 villages	140	
Secteur 30	Saaba (24 villages) Koubri (24 villages) Kimsilga (35 villages)	Bogodogo : secteurs 14, 15,28,29,30 et 04 villages	105	1429	

(Sources : plan d'action 2003, carte sanitaire DEP 1997)

1.2.2.2 Données Socio-démographiques et culturelles

La population totale de la région pour l'année 2004 est estimée à 1.358 587 habitants (Rec. Population 1996).

Cette population est difficile à maîtriser en raison de sa forte mobilité et de l'extension rapide de la ville de Ouagadougou. Le tableau ci-après donne un aperçu de la répartition des différentes populations cibles par district et pour l'année 2004.

L'ethnie majoritaire dans la Région est représentée par les Mossi. L'islam, le christianisme et l'animisme y sont pratiqués.

Tableau 1.2.b: Répartition de la population de la région du Centre

DISTRICTS	Zone urbaine	Zone rurale	Population Totale
Kossodo	160 217	11 335	171 552
Paul VI	94 318	58 977	153 295
Pissy	510 748	77 409	588 157
Secteur 30	292 807	152 776	445 583
Total	1 058 090	300 497	1 358 587

(Sources : recensement général population 1996)

Tableau 1.2. c : Répartition de la population selon le district

Populations cibles	Pour Centage	Districts sanitaires				Total
		Kossodo	Paul VI	Pissy	Secteur 30	
0 – 11 MOIS	4	7 222	6 454	24 761	18 759	57 196
0 - 59 MOIS	18	32 217	28 789	110 456	83 681	251 143
0 - 59 MOIS	16	28 495	25 462	97 693	74 011	225 661
0 - 59 MOIS	15	26 728	23 883	91 635	69 422	211 668
1 - 4 ANS	14	24 995	22 335	85 694	64 921	191 945
1 - 4 ANS	26	44 998	40 209	154 274	116 876	356 357
15 ANS ET +	54	93 136	83 224	319 310	241 907	737 577
FAP	22	39 114	34 951	134 100	101 593	309 758
Grossesses attendues	5%	8 578	7 665	29 408	22 279	67 930
Achats att.	4%	7 325	6 546	25 114	19 026	58 011

(Sources : DEP Annuaire statistiques 96)

1.2.2.3 Données Economiques

L'économie du Burkina repose essentiellement sur l'agriculture et l'élevage qui occupe 88% de la population et contribuent pour 39% du PIB.

Le chef lieu de la région est en même temps la capitale du Pays, de ce fait, de nombreuses institutions internationales et nationales y siègent. Les Activités économiques sont très intenses (commerce, Industries, Hôtellerie, Tourisme, Artisanat etc.)

Il s'y déroule périodiquement des manifestations culturelles d'envergure internationale favorisant un afflux important d'étrangers.

Tableau 1.2. d : Indices socio-économiques

Taux brut de scolarisation	41%
Taux de scolarisation des filles	33%
Taux de scolarisation des garçons	47%
P N B	300 US par habitant
Population vivant en dessous du seuil absolu national de pauvreté	45%
Indice de développement humain durable	0,304

Sources : (Rapport sur le développement Humain Durable au BF, 1997-1998)

1.2.2.4 Données sanitaires

A l'instar des autres Régions du Pays, la situation sanitaire de la région du centre est caractérisée par la persistance des endémo-épidémies locales et des affections chroniques non transmissibles entraînant une morbidité et une mortalité élevée.

Les principales causes de consultation dans les services de santé sont le paludisme, les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques, la rougeole et les infections sexuellement transmissibles.

1.2.2 Région des Hauts-Bassins

1.2.2.1 Données physiques et administratives

La Région Sanitaire des Hauts Bassins se situe à l'Ouest du Burkina Faso entre 11°27 de la latitude Nord et 4°21 de la longitude Ouest, avec Chef-lieu Bobo. La région Sanitaire est située au Sud du 11^e parallèle, c'est un carrefour commercial de l'Afrique de l'Ouest. Elle bénéficie de la zone climatique du type Sud-Soudanien du Burkina. Elle couvre une superficie de 21.976,5 km² soit environ 9% du territoire National. Elle est limitée :

- Au Nord par la DRS du Mouhoun
- Au Sud par les DRS des cascades et du Sud-Ouest
- A l'Est par les DRS de la Boucle du Mouhoun et du Sud-Ouest
- A l'Ouest par la République du Mali

La végétation de la Région sanitaire de Bobo-Dioulasso est du type forêts claires avec des galeries forestières le long des cours d'eau. La région regorge 16 forêts classées réparties entre les provinces du Houet, et du Tuy sur une superficie de 211290 hectares.

Comme le reste du Pays, la Région des Hauts-Bassins connaît deux saisons de pluie. Cependant c'est l'une des Régions du Burkina Faso les plus arrosées avec une pluviométrie variant entre 1000 et 1400 mm d'eau.

Sur le plan administratif, la direction Régionale de la santé des Hauts Bassin épouse les limites de la Région administrative. Elle s'étend sur trois provinces (le Houet, le kénéDougou et le Tuy), avec 33 départements, 3 communes urbaines, 30 communes rurales et 493 villages.

1.2.2.2 Données socio-démographiques et Culturelles

Pour l'année 2006, la population totale de la Région est estimée à 1.544.786 habitants soit environ 10% de la population du Burkina Faso. Elle croît à un rythme variable de 6% en milieu urbain et de 2,95 à 3,45% en milieu rural, la Moyenne étant de 3,17%.

Le taux de natalité dans la Région était estimé à 46,86 pour mille en 1996, quant au taux de mortalité, il était de 12,72 pour mille pour la même année contre 15,2 pour mille au niveau national.

Le flux migratoire est important dans la Région. Les principales ethnies rencontrées dans la Région sont : les Bobo, les Bwaba, les Samo, les Siamou, les Sénoufo, les Toussian, les Sambla, les Mossi, les Dagara, les Dioula et les Peulh. Les Haoussa et les Ashanti constituent l'essentiel de la communauté étrangère.

Le taux de scolarisation connaît une évolution satisfaisante au cours des dernières années. La couverture scolaire était de 56,7% en 2003. Quant au taux brut d'alphabétisation, il était de 26,8% dont 29,32% pour les garçons et 24,4% pour les filles (2003). Par ailleurs, la Région connaît un développement parfois non contrôlé d'établissements Privés, laïcs et confessionnels.

Dans la Région, les Religions dominantes sont : l'Islam, le Christianisme et l'animisme. Certaines pratiques culturelles néfastes persistent à savoir l'excision, les interdits alimentaires et les tabous divers.

1.2.2.3 Données Economiques

L'Economie de la Région est essentiellement basée sur l'Agriculture et l'élevage qui font vivre environ 90% de la population. Les produits de ce secteur sont constitués pour la plupart de cultures vivrières et de rente et des produits de contre-saison (fruits et légumes).

L'Artisanat occupe 32% des entreprises contre 14% pour l'Industrie. L'industrie constitue une source importante de pollution de l'environnement (Rejet de déchets solides et gazeux, d'eaux usées riches en détergent, en soude, en matières organiques très basiques et phosphatées) à côté des effets pervers occasionnés par la profonde modification du tissu social. L'indice de pauvreté est passé de 33,1% en 1998 à 34,8% en 2003 (INSD-1998).

Les emplois informels représentent un peu plus des trois quart des emplois identifiés et sont dominés par le petit commerce. L'activité hôtelière y est très développée : on dénombre 37 Hôtels dans la ville de Bobo, 1 à Orodara et trois unités d'hébergement à Houndé dans la Province du Tuy.

1.2.2.4 Données Sanitaires

La DRS des Hauts – Bassin est la deuxième Région la plus peuplée du Burkina Faso après celle de la Boucle du Mouhoun.

A l'instar du reste du Pays, la situation sanitaire est caractérisée par des taux de mortalité et de morbidité générales élevées avec comme causes les maladies transmissibles, le faible statut nutritionnel, les complications des accouchements et la faible utilisation des services de santé.

Les principales causes de consultation dans les services de santé de base sont le paludisme, les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques, les parasitoses intestinales, les IST et le VIH/SIDA qui occupe une place de plus en plus importante.

Le VIH SIDA constitue une Préoccupation majeure de santé publique dans la région. Le taux de prévalence moyenne pondéré du VIH chez les femmes enceintes était de 5% en 2001 ; 3% en 2003 (pour le milieu urbain) et 2% (pour le milieu rural). Ce taux était de 4% en 2003 et 3% en 2004 dans les sites sentinelles de Bobo. Ces taux sont parmi les plus élevés constatés dans tous les sites sentinelles du Burkina Faso.

En effet, 8308 cas d'IST et 4 cas de SIDA ont été notifiés en 2003 par les districts. Les tentatives de réponses face au VIH/SIDA sont multiples et variées. Elles vont des activités d'IEC, de counseling, de prise en charge psycho sociale, spirituelle et économique, au développement de programme de PTME. Quant à la prise en charge par les ARV, elle reste embryonnaire. La persistance de la forte prévalence du VIH/SIDA dans la Région, est notamment due au flux migratoire important, la persistance des pesanteurs socio-culturelles et au peu d'efficacité des programmes de prévention et de prise en charge médicale y compris les ARV.

Il faut signaler que la région des Hauts-Bassins compte 5 districts sanitaires qui sont :

- Le district de Dandé
- Le district de Houndé
- Le district de Orodara
- Le district de Bobo 15
- Le district de Bobo 22

1.2.3 Région du Sud-Ouest

1.2.3.1 Données Physiques et administratives

La région sanitaire du Sud Ouest se situe au Sud-Ouest du Burkina Faso. Elle est limitée : Au Sud par la république de Côte d'Ivoire, à l'Ouest par les Régions Sanitaires des cascades et des Hauts Bassin, au Nord par la Région de la Boucle du Mouhoun à l'Est par la Région Sanitaire du Centre-Ouest et la République du Ghana. Sa superficie totale est estimée à 175544 km² et comprend quatre districts sanitaires dont les limites épousent les limites des 4 provinces de la région. Ce sont les districts de : Batié, dans la province du Nounbiel, Gaoua qui couvre la province du Poni, Diebougou dans la Bougouriba et Dano dans la province du Ioba.

La Région compte au total 69 formations sanitaires avec un CHR de référence.

Elle couvre 4 provinces et 28 départements.

1.2.3.2 Données socio-démographiques et culturelles.

La Région sanitaire du Sud-Ouest comptait en 2004 une population totale estimée à 592174 habitants, avec une densité de 34 hbts/km² répartie comme suit dans les 4 districts (Cf. tableau) :

Cette population est composée de 7 principaux groupes ethniques : les lobi Les Dagara, les Birifor, les Djan, les Mossi, les Dioula et les Fulbé (Peulhs).

Les (4) quatre langues locales les plus parlées dans la Région sont : le Lobiri, le Dagara, le Birifor et le Dioula.

Les niveaux de scolarisation et d'alphabétisation sont globalement bas au niveau de la Région du Sud-Ouest. Le taux de scolarisation était de 40% en 2003 et 44% en 2004.

Des pratiques traditionnelles néfastes existent dans la région (exposition de corps, lévirat...). On y pratique les Religions suivantes : l'Islam, le Christianisme et l'Animisme. La majorité de la population vit en campagne où l'habitat est de type généralement dispersé avec des limites de terroirs villageois tacites.

Tableau 1.2. e: Répartition de la population par district sanitaire (2004)

District sanitaire	Population totale	Superficie	Densité hbts/km2
Batié	61 692 habitants	2879	18
Gaoua	250 751 habitants	6945	36
Diébougou	92 556 habitants	3562	26
Dano	187 175 habitants	4554	41
Région sanitaire	592 174 habitants	1744	34

Sources : RGPH (1996)

1.2.3.3 Données Economiques

Sur le plan économique, les activités prépondérantes de la région sont : l'Agriculture, l'élevage et l'artisanat (traditionnel). Le commerce au sens moderne du terme reste très peu développé et peu pratiqué par les Habitants de la Région. Aussi leur pouvoir d'achat est généralement très faible et très précaire devant des conditions de vie de plus en plus exigeantes. L'indice de pauvreté est en augmentation dans la région soit : 44% en 1994, 45% en 1998 et 46% en 2003 et 56% en 2004.

1.2.3.4 Données sanitaires

La Région du Sud-Ouest est caractérisée par la présence de pathologies endémiques. Le paludisme constitue le motif de consultation le plus fréquent dans les formations sanitaires de la région (palu grave et simple), avec 42% des motifs de consultation.

En 2004, l'objectif général retenu dans le plan d'Action de la Région était de réduire la morbidité et la mortalité au sein de la population.

Les principaux partenaires intervenant dans la Région sont : la GTZ, PSS-VIH/SIDA, SIDA-DH, HKI et HI, Plan Burkina, PADS, PDRSO, PNGTII, PRSS.

Dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, on note une insuffisance de plateau technique pour les examens de laboratoire et une absence de coordination entre les niveaux de prise en charge. On y note également une insuffisance dans la mise sous traitement des malades ayant besoin d'ARV, une insuffisance dans la prise en charge des PVVIH, de même qu'une insuffisance dans l'offre PTME.

1.2.4. La Région Sanitaire de l'Est

1.2.4.1. Données Physiques et administratives

La Région sanitaire de l'Est est limitée : Au Nord par la Région sanitaire du Sahel, à l'Est par la République du Togo, du Bénin et la Région sanitaire du Centre-Est et enfin à l'Ouest par la Région sanitaire du Centre-Est. Elle couvre une superficie de 46.000 km² soit 1/6 du territoire National. Le climat est chaud et sec avec une saison pluvieuse qui s'étend de juin à Octobre et une saison sèche de novembre à Mai. L'avancée du désert est perceptible dans cette partie du Burkina Faso, notamment dans les provinces de la Gnagna, de la Komandjari et du Gourma. La végétation est de type soudano-sahélien avec des zones à végétation dense. Les sols sont fertiles dans certaines provinces (Tapoa, kompienga et Gourma). Il existe de nombreux sites aurifères dans la Région sanitaire de l'Est (Tapoa, Gnagna, Komandjari, Gourma).

La Région sanitaire de l'Est comprend 5 districts sanitaires qui sont : les districts sanitaires de Bogandé, Diapaga, Fada, Gayéri et Pama, avec pour Chef-lieu Fada. Ces districts sanitaires correspondent aux limites administratives des 5 provinces que compte la

Région de l'Est. La Région sanitaire de l'Est compte : 27 départements, 05 communes Urbaines et 1250 villages et hameaux de cultures.

1.2.4.2. Données Socio-démographiques et Culturelles

La Région Sanitaire de l'Est compte 1.150.412 habitants dont 48 432 enfants de 0-11 mois, 216 048 enfants de 0-59 mois, 262 294 femmes en âge de procréer et 57520 grossesses attendues (source INSD/RGPH 1996 réactualisée pour l'année 2004).

Au plan religieux, on distingue 3 types de religion dans la Région de l'Est : l'Animisme, le christianisme, et l'Islam. La géomancie est largement pratiquée dans la Région de même que la pharmacopée traditionnelle. Les principales ethnies sont : les gourmantchés, les Peulh et les mossi.

Les taux de scolarisation et d'alphabétisation se présentent comme suit dans les Districts sanitaires de la région sanitaire de l'Est :

District de Bogandé	: taux de scolarisation générale	21%
	Taux d'alphabétisation général	19%
District de Diapaga	: taux de scolarisation générale	18%
	Taux d'alphabétisation générale	22%
District de Fada	: taux de scolarisation générale	29%
	Taux d'alphabétisation générale	18 %
District de Pama	: taux de scolarisation générale	35%
	Taux d'alphabétisation générale	22%

1.2.4.3 Données économiques

L'agriculture et l'élevage constituent les principales activités, mais ils sont tributaires de la bonne pluviométrie. On constate par ailleurs que la Région sanitaire regorge d'énormes potentialités notamment :

- l'existence d'un barrage hydro-électrique avec le développement des activités de pisciculture et des cultures de contre-saison.
- L'existence de zones de chasse attirant de nombreux touristes, ce qui contribue à l'entrée de devises

- Le développement des zones cotonnières avec l'installation d'une usine d'égrenage à Fada créant de multiples emplois
- Le développement des marchés à bétail qui constitue d'importants lieux d'échanges commerciaux.

Selon l'INSD, la Région de l'Est fait partie des plus pauvres du Burkina. De ce fait, elle a été retenue par le système des Nations Unies comme zone de convergence avec les Régions du Centre-Est et du Sahel.

1.2.4.4. Données Sanitaires

Les principales causes de mortalité et de morbidité sont : le paludisme, les affections respiratoires, les maladies diarrhéiques, les affections de la peau, les parasitoses intestinales, les affections de l'oeil et les affections bucco-dentaires. Le premier motif de consultation est le paludisme suivi des affections respiratoires et de la diarrhée.

A l'instar des autres régions sanitaires du Burkina, l'Epidémie à VIH constitue un problème de santé Publique : Ainsi, les cas suivants ont été notifiés dans les structures d'hospitalisation en 2003 : district de Bogandé 18 cas, district de Diapaga 4 cas et district de Fada (CHR) 30 cas soit un total de 52 pour la région (cas hospitalisés).

Pour ce qui est des cas d'IST, on dénombrait dans la Région en 2003 les cas suivants : le district de Bogandé 526 cas, le district de Diapaga 617 cas, le district de Fada (CHR) 723 cas, le district de Gayeri 189 cas et le district de Pama 191 cas.

1.2.5. Région du Sahel

1.2.5.1. Données physiques et administratives

La Région Sanitaire du Sahel est située à l'extrême Nord du Pays entre les latitudes Nord 13° et 15° 10' et les longitudes Ouest 2° 05' et Est 1° 17'.

Elle s'étend sur 36166 Km², soit 13% du territoire National. La Région partage ses frontières avec :

- La Région de Gao (République du Mali) au Nord
- Les Régions sanitaires de l'Est et du Centre-Nord au Sud
- La Région de Tillabéry (République du Niger) à l'Est
- La Région Sanitaire du Nord à l'Ouest.

Dori, chef lieu de la Région est situé à 271 Km de Ouagadougou sur la Route Nationale N° 3.

Le climat est tropical de type sahélien au Nord et Soudano – sahélien au sud. Il est caractérisé par une saison pluvieuse de juin à Septembre et une saison sèche d'Octobre à Mai. La partie Sud de la Région présente un Relief peu accidenté avec un nombre important de grands bas-fonds très humides. Le phénomène géographique important dans cette partie est l'extension des grands alignements dunaires espacés de grandes étendues de sols pauvres en végétation herbacée.

La Région présente un réseau hydrographique caractérisé par les affluents du fleuve Niger et du Nakambé qui drainent essentiellement la Région.

Pendant les périodes de crues, un nombre important de localités reste inaccessible entravant ainsi l'exécution de certaines activités sanitaires.

Administrativement, la Région sanitaire du Sahel, épouse les limites territoriales de la Région du Sahel qui comprend : 4 provinces (l'Oudalan, le Séno, le Soum, et le Yagha), qui correspondent aux 4 districts sanitaires, (Djibo, Dori, Gorom-Gorom et Sebba) ; 26 départements, 4 communes urbaines, 22 communes rurales et 556 villages.

1.2.5.2 Données Socio-démographiques et Culturelles.

Selon l'annuaire statistique 1998 de la DEP, le taux d'accroissement de la Région est de 2%, avec les détails suivants : 2% à Dori, 3% à Sebba, 2% à Gorom, et 2% à Djibo. La population réactualisée de la Région sanitaire qui s'élève à environ 957456 en 2007 est Répartie comme suit :

- District sanitaire de Djibo 336775 habitants
- District sanitaire de Dori 266564 habitants
- District sanitaire de Gorom 188232 habitants
- District sanitaire de Sebba 165885 habitants

Il existe deux types de peuplement dans la Région

- les sédentaires qui sont les agro-pasteurs
- les nomades ou les transhumants. Plusieurs groupes ethniques composent la population à savoir : les Foulbés (44%) les Foulcés (10%), les Sonrhais (10%), les Gourmantchés (10%), les Touaregs (7%).

Sur le plan scolaire, la Région fait partie des zones les moins scolarisées du Pays avec un taux brut de scolarisation estimé à 39% en 2005-2006 contre 60% à l'échelle

nationale. La répartition des enfants scolarisés par sexe au cours de la même année était de 36% pour les filles et 42% pour les garçons (source : INSD 2005-2006)

Sur le plan confessionnel, la Région est à majorité musulmane, mais on y pratique aussi le christianisme et l'animisme surtout pratiqués par les communautés étrangères.

Les interdits sont surtout alimentaires et se fondent pour la plupart sur des prescriptions religieuses. L'excision y est toujours pratiquée mais d'ampleur difficilement mesurable. Une pratique traditionnelle de la circoncision est aussi courante.

1.2.5.3 Données Economiques

Les principales activités économiques de la Région sont l'agriculture et l'élevage. L'élevage comprend plusieurs espèces (bovins, ovins, caprins, camelin, équins, asins) L'artisanat assez développé est surtout l'apanage des femmes avec des produits de type objets en cuirs, poterie, étoffes, vanneries etc. Les sites aurifères connaissent chaque année une affluence exceptionnelle surtout après les récoltes, le plus souvent des jeunes. Il existe d'importants marchés dans la Région dont ceux de Markoye, Djibo et Dori qui occupent une place de choix dans le domaine de la vente du bétail.

1.2.5.4 Données Sanitaires

Les Mouvements migratoires des populations vers les sites aurifères où l'hygiène est précaire et où la prostitution connaît une recrudescence, exposent les populations aux IST/VIH, à la Toxicomanie et aux gastro-entérites. Le déficit céréalier presque toujours permanent au Sahel constitue un risque important de malnutrition. Par ailleurs, la couverture sanitaire de certaines communautés nomades est presque aléatoire, en raison de leurs perpétuels déplacements.

La pratique de l'excision, la pratique traditionnelle de la circoncision et les mariages précoces exposent également au VIH/SIDA et aux accouchements dystociques.

Outre l'Etat qui apporte un appui considérable, la Région bénéficie de l'appui de quelques partenaires dont les principaux sont : l'UNICEF, le PADS, L'OMS, Le PAM, Le Fonds Gavi, Le PNT et Le PNLFL.

Quelques structures associatives et ONG collaborent avec la direction Régionale de la santé et les Districts Sanitaires surtout dans le domaine de la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

1.3. Contexte institutionnel

1.3.1. Réponses de l'église dans le monde et en Afrique

Les réactions de l'église face au SIDA ont suivi un processus graduel reflétant les mouvements intervenus dans la pensée missiologique au cours du siècle dernier. Trois phases se sont succédées :

La première phase a commencé lorsque l'épidémie du VIH est sortie de l'ombre pour la première fois. Un grand nombre d'églises dans le monde ont répondu en faisant preuve d'une grande compassion soit en ouvrant leurs hôpitaux à des patients non admis dans d'autres hôpitaux soit en adaptant leurs programmes de soins communautaires ou en trouvant des moyens d'aider les orphelins et les associations qui s'en occupent.

La seconde phase correspond à l'invasion de l'église par le monde et à la lutte de l'église pour accepter cet état de fait. En effet, dans cette phase, les chrétiens y compris les membres du clergé ont pris conscience qu'ils n'étaient pas immunisés contre le virus et les églises ont été contraintes de reconnaître qu'elles aussi, étaient profondément affectées par le VIH et le SIDA. Le slogan qui caractérise le mieux cette étape est l'affirmation suivante :

« *Le corps du christ a le SIDA* ».

Dès lors, le paradigme de mission était : « l'église allant dans le monde pour guérir et sauver » ; l'église et le monde étaient désormais considérés, au sens large, comme des sphères d'activités contre la pandémie du SIDA.

La troisième phase correspond à l'élimination du stigmate. En effet, des déclarations comme celles de Nairobi (COE 2001) relevant que les églises ont pris conscience qu'elles ont contribué à la propagation du fait de :

- leur attitude moralisatrice qui indexe, accuse et culpabilise ;
- leur attitude inquisitrice qui fait que les églises s'érigent en juge ;
- leur approche non holistique du sexe, des relations sexuelles et de la sexualité qui fait que les églises ont occulté l'activisme et la précocité sexuels ainsi que les problèmes de sexualité des jeunes et des couples chrétiens pendant longtemps ;
- le caractère non inclusif de nombreuses communautés chrétiennes.

De ce qui précède, on peut se demander s'il existe une réelle adéquation entre ce que croient les chrétiens et ce que pensent et enseignent leurs églises. En pleine crise par l'épidémie du VIH, l'Eglise ne doit servir le monde en élucidant les questions de fond quant à

son propre enseignement missiologique, éthique ou ecclésiologique et aux fondements théologiques sous-jacents.

La phase3 correspond donc à l'appel lancé par Dieu à l'église en vue d'un processus de transformation. Quelques évènements repères, notamment en Afrique constituent des réponses de l'église à la lutte contre le VIH/SIDA. On peut retenir :

- La rencontre des dirigeants ecclésiastiques africains sponsorisés par la COE (Nairobi 2001) ;
- L'atelier de théologien sponsorisé par l'ONU SIDA sur le stigmate (Nairobi 2003) ;
- Les entrevues du Pape Jean Paul II avec les personnes vivant avec le VIH lors de ses visites dans différents pays ;
- Le rassemblement historique de hauts dirigeants ecclésiastiques organisé par la conférence des églises de toute l'Afrique (Ceta) en 2004 ;
- La création du réseau chrétien panafricain de lutte contre le SIDA (PACANet) ;
- La création du global AIDS interfaith alliance (GAIA).

1.3.2. Attentes de PACANet vis-à-vis de l'étude

Le Réseau Chrétien Panafricain de Lutte contre le SIDA (PACANet) est une réponse chrétienne coordonnée à l'épidémie du VIH/SIDA à travers le continent africain. Il existe en vue de relier les églises, les organisations et les réseaux chrétiens afin d'étendre les réponses au VIH/SIDA en partageant les ressources, les idées, les aptitudes, les expériences et en encourageant les partenariats stratégiques.

A cette fin, PACANet désire commanditer, conjointement avec la commission de recherche représentant une partie de la communauté chrétienne œuvrant dans le domaine du VIH/SIDA au Burkina Faso, une étude de base sur la réponse de l'église et des organisations confessionnelles à la pandémie au niveau national.

L'étude se penchera sur la réponse actuelle de l'église du Burkina Faso au VIH/SIDA et évaluera dans un contexte plus large la réponse des communautés religieuses au VIH/SIDA au niveau régional, panafricain et mondial.

II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Notre méthodologie est caractérisée par deux principales démarches : la conceptualisation de l'étude et son opérationnalisation. La première qui concerne les aspects conceptuels définit la nature, l'objet même de la présente étude ainsi que le cadre de référence et le schéma d'intervention et la seconde qui s'intéresse aux aspects opérationnels va surtout aborder les différentes étapes de la planification de l'enquête.

2.1. Aspects conceptuels de l'étude

2.1.1. Typologie et objet

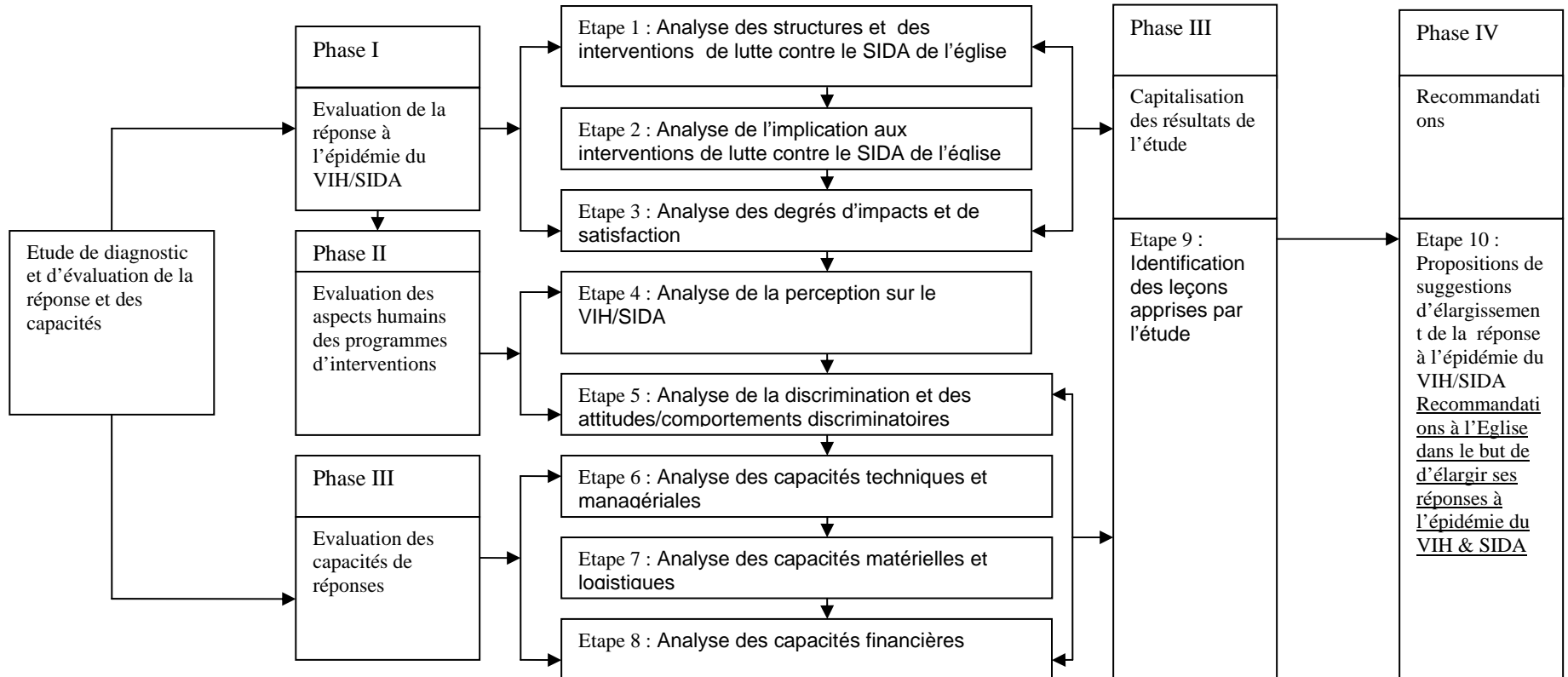
Le présent rapport est relatif à une étude évaluative sur la réponse de l'église et des organisations chrétiennes du Burkina Faso à l'épidémie du VIH. Elle a pour principal objet d'identifier les interventions de ces organisations dans le domaine du VIH d'une part et d'autre part d'évaluer les forces et les faiblesses de leurs capacités de réponse à cette épidémie.

2.1.2. Cadre de référence

L'étude s'inscrit dans le cadre général de la recherche d'une meilleure connaissance des pratiques et des capacités d'offre de services de l'église et des organisations chrétiennes du Burkina dans le domaine du VIH. C'est en réalité une étude de la situation et de référence des structures intervenantes de ce secteur en matière de VIH/SIDA. Etant une étude sur la réponse à l'épidémie du VIH, elle obéit à la démarche conventionnelle exposée par l'ONU SIDA (1998) dans le cadre de la planification stratégique de la réponse nationale de la lutte contre le VIH/SIDA. En effet, en s'inspirant et en adaptant cette démarche, l'étude s'est réalisée à travers cinq principales phases distinctes comportant au total dix (10) étapes séquentielles dont : la phase de l'évaluation de la réponse à l'épidémie du VIH (4 étapes), la phase de l'évaluation des aspects humains des programmes d'interventions (2 étapes), la phase de l'évaluation des capacités de réponse de structures intervenantes (4 étapes), la phase de la capitalisation des résultats de l'étude (1étape) et la phase des recommandations (1 étape).

La figure ci-après présente la conceptualisation de l'étude sous sa forme schématique et visualisée.

Figure 2.1. : Modèle conceptuel de l'étude



Sources : Tiré et adapté de trois modèles de planification stratégique :

1. Le modèle PRECEDE-PROCEED de green Lawrance (1981)
2. le modèle de webber J.B and Peters J.P (1983)
3. le modèle de planification stratégique de la réponse nationale de lutte contre le VIH/SIDA de l'ONU SIDA (1998)

2.1.3. Schéma d'intervention

L'étude a été réalisée dans une approche participative à travers trois phases essentielles dont : la phase préparatoire, la phase de réalisation et la phase de gestion.

La phase préparatoire a permis l'organisation de la mise en œuvre de l'étude. Cette phase a connu des activités de rencontres de travail, de diffusion de l'information, de finalisation méthodologique et de mobilisation de documentation utile à l'étude. La phase d'exécution a été celle qui a permis la collecte de données dont les résultats traités et analysés ont servi à la rédaction du présent rapport. La phase de gestion a été consacrée à la coordination et au suivi de la mise en œuvre de l'étude dans les quatre régions enquêtées.

2.2. Aspects opérationnels de l'étude

2.2.1. Zone de l'étude

L'étude a une couverture d'envergure nationale. Pour les besoins pratiques d'analyse, nous avons subdivisé et classifié le territoire en trois zones distinctes. Cette zonification a obéi à quelques critères dont le niveau de pauvreté, le taux de prévalence VIH de la région, la culture de la région, la présence de l'église et des organisations chrétiennes etc. Le tableau ci-après donne un aperçu de ladite zonification du cadre d'exécution de l'étude.

Tableau 2.2.a : Aires de l'enquête échantillonnées

Zones d'enquête	Régions échantillonnées	Localités d'enquête retenues	Totaux
<u>Zone I</u> : Régions les plus affectées par la pauvreté	Sud-Ouest	Gaoua	1
Total zone I	1	1	1
<u>Zone II</u> : Régions de moyenne pauvreté	Est	Fada	1
Total zone II	1	1	1
<u>Zone III</u> : Régions moins affectées par la pauvreté	Hauts-Bassins Centre Sahel	Bobo-Dioulasso Ouagadougou Dori	1 1 1
Total zone III	3	3	3
TOTAL GENERAL	5 régions	5 localités	5

Il convient de préciser que chaque région choisie représente une culture sociale à part entière et une église. Ainsi, les trois régions de la zone III ci-dessus indiquée non seulement sont moins affectées par la pauvreté, mais, représentent respectivement les ethnies Bobo (Hauts-Bassins), Mossi (Centre) et Peulh (Sahel). La zone I quant à elle, est représentée par les principales ethnies suivantes : Lobi, Birifor et Dagari. La zone II est constituée de Gourmantché.

2.2.2. Population à l'étude

La population cible ou base de sondage de l'étude comporte 4 principales unités de sondage dont :

- les cibles primaires qui sont les décideurs et leaders religieux ;
- les cibles secondaires qui sont les intervenants ou prestataires socio-sanitaires impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA ;
- les cibles tertiaires représentées par les bénéficiaires des interventions de lutte contre le SIDA ;
- les cibles quaternaires représentées par les partenaires techniques et financiers.

Chacune de ces unités a été stratifiée et chaque strate comprend une série de grappes (cf. annexe).

2.2.3. Processus d'échantillonnage

Au regard de la nature de l'étude (diagnostique et évaluative), le mode d'échantillonnage de type non probabiliste a paru bien indiqué pour l'enquête. Aussi, la méthode du choix raisonné a été privilégiée. Ce type d'échantillonnage est encore appelé sondage par convenance/quota. Dans ce type de procédé, l'intérêt est centré, surtout, sur le statut ou la qualité de la personne enquêtée et sa capacité à fournir des informations fiables pour la collecte de données.

i) Les sites d'enquête

Les sites d'enquête peuvent être définis comme des structures auprès desquelles se mèneront l'enquête proprement dite. Dans le cas de la présente étude, c'est en l'occurrence les églises et les organisations chrétiennes toutes confondues (protestantes et catholiques). Aussi, en procédant sur la base de la méthode par choix raisonnée, il a été retenu les églises et organisations chrétiennes suivantes (Cf. tableau ci dessous).

Tableau 2.2.b: Sites d'enquête

Type de structures	Structures
I. Structures de décision et d'orientation et ou de tutelle 1.1. Les églises	<ul style="list-style-type: none"> • Eglises protestantes <ul style="list-style-type: none"> - Assemblée de Dieu - Alliance chrétienne - Eglise de pentecôte - Eglise évangélique - Eglise apostolique - Centre internationale d'évangélisation - Mission apostolique - Melonit Christian - Communauté (MCC) - Vie profonde • Eglises catholiques • Autres églises
1.2. Les réseaux chrétiens et instances nationales	<ul style="list-style-type: none"> - Michée - Rason - Commission Episcopale pour l'Education Catholique (CEEC) - Conseil National de l'Enseignement Catholique (CNEC) - Secrétariat Nationale des Etablissement Catholique du secondaire (SNEC) - Union Nationale des Etablissements Catholique du secondaire (UNEC) - Coordination des Maisons de Formation (CMF) - Association des Centre Para-scolaires Catholiques (ACPSC) - Association Nationale des Parents d'Elèves des Etablissements Catholique (ANPEEC) - Association Nationale des Enseignants des Etablissements Catholique (ANEEC) - Conseil National des Laïcs (CNL) - Association Diocésaine des Parents d'Elèves des Etablissements Catholique (ADPEEC) - Association Diocésaine des Enseignants des Etablissements Catholique (ADEEC) - Conseil Diocésain des Laïcs (CDL)
II. Structures de promotion des programmes de lutte contre le VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Centre de santé (CM, dispensaire des églises, CSPS etc.) - Structures d'accueil et de prise en charge des PVVIH - Associations/structures chrétiennes de développement - ONG de lutte contre le VIH/SIDA
III. Structures de bénéficiaires des programmes de lutte contre le VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Jeunesse chrétienne et non chrétienne utilisatrices des prestataires de services de santé - Femmes chrétiennes et non chrétiennes utilisatrices des prestataires de services de santé - Leaders des communautés chrétiennes utilisatrices des prestataires de services de santé
IV. Structures partenariales nationales et internationales	<ul style="list-style-type: none"> - Structures techniques publiques et privées de collaborations - Structures des partenaires techniques et financiers

ii) Les cibles d'enquête

Il faut rappeler que les quatre (4) principales unités de sondage ou cibles qui constituent la base de sondage de l'enquête sont les suivantes :

- pour les cibles primaires : des décideurs et leaders religieux chrétiens ;
- pour les cibles secondaires : des intervenants VIH/SIDA ;
- pour les cibles tertiaires : des bénéficiaires/usagers;
- pour les cibles quaternaires : les partenaires techniques et financiers.

En s'appuyant sur la base de sondage de chacune de ces unités et en considérant d'autres facteurs (importance de la localité, importance du site d'enquête etc.), il a été retenu au total 440 cibles à enquêter réparties comme il est indiqué dans l'annexe.

iii) Les unités statistiques

Les unités statistiques de l'étude ont été représentées principalement par deux types de données à rechercher : les données qualitatives et données quantitatives.

Les données qualitatives sont constituées par les opinions, les sentiments, les besoins et les attentes en matière du VIH exprimés par l'ensemble des personnes interviewées. Les données quantitatives sont constituées par des indicateurs ou des variables quantifiables et mesurables.

2.2.4. Processus de collecte de données

2.2.4.1. Modes et instruments de collecte de données

Deux modes de collecte de données ont permis de disposer d'informations utiles à l'étude. Il s'agit d'une revue documentaire et d'une enquête qualitative et quantitative.

La revue documentaire a été réalisée grâce à l'utilisation d'une grille de lecture qui a permis d'appréhender le contenu substantiel recherché dans chaque document exploité. Parmi les documents utilisés à cette fin, un bon nombre provient des articles, de rapports, de plans d'actions et de revues relatifs à la réponse de l'église et des organisations chrétiennes dans le domaine du VIH.

L'enquête dite « qualitative » est celle qui est adressée aux cibles tertiaires (bénéficiaires). Celle-ci s'est réalisée à l'aide d'un guide d'entrevue dirigée individuelle. Cet

outil de collecte de données qui est structuré en six (06) sections distinctes aborde les principaux aspects suivants :

- l'identification du répondant ;
- les caractéristiques socio-démographiques ;
- l'évaluation de la réponse à l'épidémie du VIH ;
- l'évaluation des aspects humains du programme ;
- l'évaluation des capacités de réponses des structures intervenantes;
- l'évaluation des relations partenariales
- l'évaluation des leçons apprises ;
- suggestions/recommandations.

L'enquête dite « quantitative » concerne quant à elle les cibles primaires (décideurs), secondaires (intervenants) et quaternaires (partenaires). Les données recueillies grâce à cette deuxième variante de l'enquête permettront non seulement de compléter les opinions des bénéficiaires mais également, de pouvoir les relativiser. La réalisation de ce type d'enquête a été possible grâce à l'utilisation d'un questionnaire, structuré également en six (06) sections et d'un check list ou liste de contrôle.

2.2.4.2. Agents de collecte de données

La mise en œuvre du processus de collecte de données dans son ensemble (collecte, traitement, analyse des données) a été possible grâce à la conjugaison des efforts d'une équipe pluridisciplinaire. Cette équipe est constituée d'un personnel qualifié représenté par un consultant chef de mission, un spécialiste de santé publique/santé communautaire et un statisticien. A cette catégorie de personnel s'est adjoint un personnel d'enquête composé de : 3 superviseurs d'enquête, 7 enquêteurs et 3 opérateurs de saisie.

Après les avoir recrutés sur la base de leur profil académique et leurs expériences dans la collecte de données, chaque superviseur et enquêteur a été briefé, formé et conseillé sur l'essentiel de l'enquête avant sa descente sur le terrain. Toutes les cinq zones et les sites d'enquête sélectionnés ont été encore couverts par l'équipe d'enquête conformément aux prévisions établies dans la planification opérationnelle de l'enquête.

2.2.4.3. Plan de traitement et d'analyse

Le traitement et l'analyse ont fait l'objet d'une planification. Ce processus comprenait cinq principales étapes :

1. La séance de mise à niveau a permis à trois opérateurs de saisie de se mettre au diapason avec le système de codification et autres spécificités de la saisie des fiches d'enquête ;
2. Le dépouillement de 405 fiches d'enquête correspondant à 405 personnes réellement interviewées sur 440 qui étaient attendues ;
3. La conception d'une base de données pour la saisie avec le logiciel ACCESS. A ce niveau, une opération de vérification est réalisée à la fin de l'étape afin de déceler d'éventuelles erreurs de saisie ;
4. L'analyse des résultats sur le logiciel SPSS ;
5. L'étape de sortie des résultats qui s'opère par la présentation des données qualitatives et quantitatives traitées sous formes diverses (fréquences, tableaux cumulés et graphiques). Ces illustrations sont suivies d'interprétations et de commentaires.

2.2.5. Processus de validation de l'étude

2.2.5.1. Validation des outils de collecte de données

Les instruments de la collecte de données ont été soumis à des tests de validation : la méthode de juges et le pré-test.

La méthode de juges a permis d'apprécier la validité du contenu des supports par l'examen de la précision et de l'exactitude des concepts des items d'une part et d'autre part d'apprécier la qualité de la formulation de ces items. Le but recherché, par cette technique est la levée de toute équivoque dans la compréhension des interviewés lors des séances d'enquête.

Le pré-test a permis d'assurer et de vérifier la validité du contenu et la fiabilité des instruments utilisés. Réalisée par deux enquêteurs, cette technique a permis également de corriger les insuffisances des instruments et d'orienter le plan de formation des enquêteurs avant la mise en œuvre de l'enquête.

2.2.5.2. Validation des produits

Le produit final résultant de l'étude est le rapport final. Son obtention est passée par un processus à trois étapes :

La première étape est la rédaction du rapport provisoire ou du 1^{er} Draft. La réalisation de cette étape s'est faite grâce aux données de la revue documentaire et celles de l'enquête. **La deuxième étape** est la validation du document provisoire, qui sera réalisé à travers la restitution dudit document. **La troisième étape** est la rédaction du rapport final, cette étape sera consacrée à l'intégration des amendements issus de l'atelier de restitution.

2.2.6. Calendrier d'exécution de l'étude

L'étude a démarré officiellement le 2 novembre 2006. Quarante cinq jours calendaires ont été prévus pour sa réalisation et dont la période d'exécution couvrant environ trois mois soit jusqu'au 2 février 2006.

2.2.7. Limites et difficultés rencontrées

La mise en œuvre de la collecte de données a connu quelques limites parmi les quelles on peut retenir :

- 1- La lourdeur administrative liée au respect de la hiérarchie encore vivace dans le monde religieux chrétien qui a occasionné de multiples rendez-vous manqués. On prétexte, toujours, l'absence d'un tel pasteur principal, l'absence d'un tel autre leader religieux dans les milieux catholiques etc.
- 2- Le remplissage très tardif des questionnaires par certains répondants avec un temps d'attente pouvant atteindre parfois un mois.
- 3- La période d'enquête (le mois de décembre) qui coïncide avec d'intenses activités au niveau des structures de lutte contre le sida notamment le dépistage VIH.
- 4- La timide collaboration de certaines structures catholiques notamment les instances catholiques suivantes : la CEEC, l'ENEC, le SNEC et l'UNESC.
- 5- Le refus et la réticence de répondre aux questions liées au financement de la part de certains acteurs au niveau du check-list, pour des raisons qui demeurent encore non élucidées ;

Toutes ces difficultés ont eu pour conséquence de retarder la sortie du 1^{er} draft de l'étude, mais n'a pas paralysé la réalisation même de la mission.

III. RESULTATS DE L'ETUDE

Cette partie du rapport présente les résultats obtenus de nos investigations. Elle est structurée en plusieurs points dont :

- La couverture de l'enquête ;
- Les caractéristiques descriptives;
- L'évaluation de la réponse actuelle à l'épidémie du VIH;
- L'évaluation des aspects humains du programme ;
- L'évaluation des capacités de réponse à l'épidémie du VIH ;
- L'évaluation des relations de partenariat ;
- Les leçons apprises.

3.1. Couverture de l'enquête

L'enquête est d'une envergure nationale. Sur la base d'un certain nombre de critères déjà mentionnés plus haut, les aires d'enquête ont été scindées en cinq zones distinctes dont :

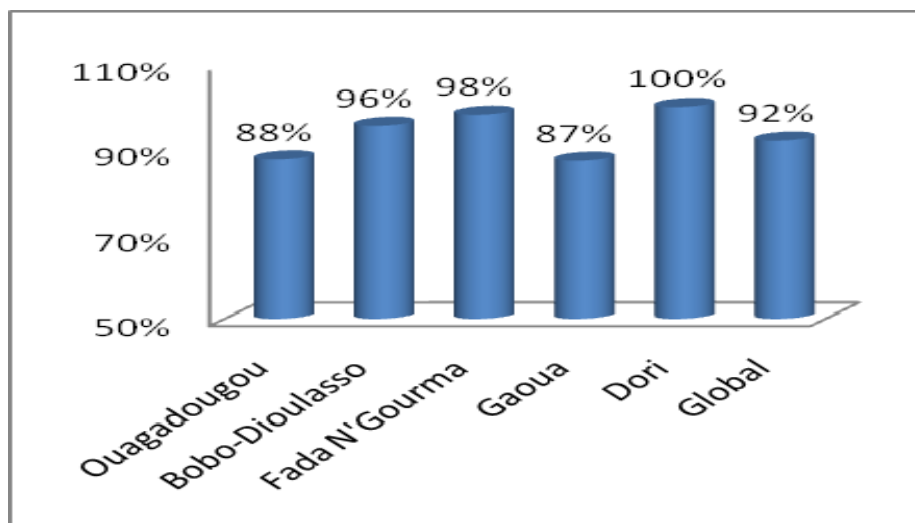
- La zone I : le Centre ;
- La zone II : la région des Hauts-Bassin ;
- La zone III : la région de l'Est ;
- La zone IV : la région du Sud-Ouest ;
- La zone V : la région du Sahel.

Les principales localités enquêtées dans les cinq zones sont respectivement : Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Fada N'Gourma, Gaoua et Dori. Les églises toutes dénominations confondues, les organisations chrétiennes, les structures socio-sanitaires chrétiennes ont été les principaux sites d'enquête auprès desquels l'enquête a pu être réalisée. Au total, sur un échantillon prévisionnel de 440 personnes, 405 personnes ont pu être rejointes soit un taux de couverture générale de 92%. Le tableau 3.1 et la figure 3.1, donne un aperçu sur cette couverture de l'enquête.

Tableau 3.1. : Taux de couverture d'enquête selon les acteurs

Localités d'enquête	Décideurs		Intervenants		Bénéficiaires		Partenaires		Total	
	Prévue	Réel	Prévue	Réel	Prévue	Réel	Prévue	Réel	Prévue	Réel
Ouagadougou	40	40	20	19	100	95	25	8	185	162
Bobo-Dioulasso	20	18	10	10	50	49	10	9	90	86
Fada N'Gourma	10	10	10	9	35	35	0	0	55	54
Gaoua	10	10	10	6	35	32	0	0	55	48
Dori	10	5	10	5	35	45	0	0	55	55
Total	90	83	60	49	255	256	35	17	440	405

Sources : Nos enquêtes

Figure 3.1. : Taux de couverture d'enquête selon la localité

Sources : Nos enquêtes

3.2. Caractéristiques descriptives des répondants

3.2.1. Données sur le sexe et l'âge

Concernant la variable « sexe », l'enquête révèle que sur un échantillon de 405 personnes enquêtées, 245 sont des hommes contre 160 femmes soit plus de 20% de sexe masculin.

Quant à l'âge des personnes interviewées, on observe que la tranche d'âge de 25-40 représente 34% de l'effectif enquêté. Cette tranche d'âge est suivie de celle de 41-50 ans (26%) et de 51-60 ans 22%. Les proportions des tranches d'âge de jeunes de 15-24 ans et de 61 ans et plus sont les plus faibles avec respectivement 9% et 8%.

Concernant la profession dans le groupe des décideurs, les responsables des réseaux chrétiens sont les plus nombreux (31%) suivis des membres d'instances

catholiques (19%), des responsables diocésains (14%), des pasteurs (13%) et des sœurs religieuses (11%). Chez les intervenants, les infirmiers viennent en tête (24%) suivis des responsables d'associations, des médecins (16%) et d'éducateurs sociaux.

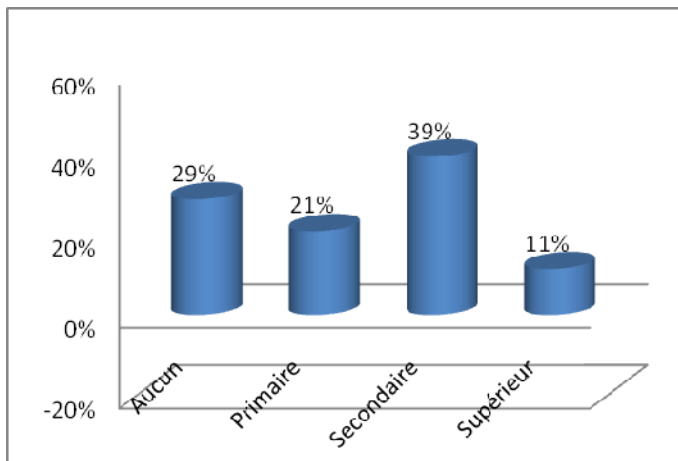
Dans le groupe des bénéficiaires, les leaders hommes chrétiens sont les plus nombreux (17%) suivis des jeunes scolarisés (15%) et des lycéens/collégiens (13%).

Concernant le groupe des partenaires techniques et financiers, dix sept (17) ont pu être interrogés lors de l'enquête dans les deux (2) principales localités dont Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Neuf (9) partenaires sont techniques, six (6) financiers et deux (2) représentent d'autres formes de partenariat.

3.2.2. Données sur le niveau d'instruction et la profession

Le niveau d'instruction des répondants s'est avéré assez hétérogène. On note en effet, que 39% ont un niveau secondaire suivis de 29% de répondants qui sont d'aucun niveau 21% de répondants ont un niveau primaire. Les répondants ayant fait un cycle supérieur représentent 11% de l'échantillon enquêté.

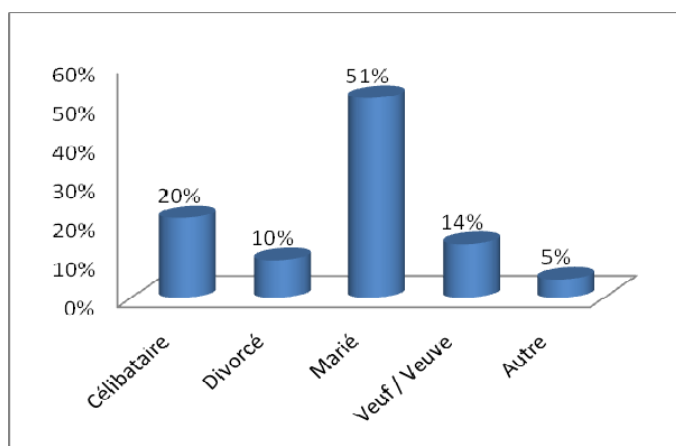
Figure 3.2.a : Répartition des répondants par niveau d'instruction



Sources : Nos enquêtes

3.2.3. Données sur le statut matrimonial

La situation matrimoniale est globalement caractérisée par une présence remarquable de 208 mariés soit 51% suivis de célibataires 20%. Les veufs et veuves ainsi que les divorcés représentant les proportions les plus faibles soit respectivement 14% et 10%.

Figure 3.2.b : Répartition de l'échantillon par situation matrimoniale

Sources : Nos enquêtes

3.2.4. Données sur la religion

L'enquête s'est réalisée dans un cadre chrétien. Elle a donc permis d'approcher des groupes de la famille chrétienne dont 51% de protestants et 42% de Catholiques. Les autres confessions représentaient 7% de l'échantillon réel. Les partenaires ont constitué le groupe cible enquêté le plus dominant en nombre.

Tableau 3.2 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Variable / Modalités	Q	%
Sexe		
Masculin	245	60
Féminin	160	40
Total	405	
Tranche d'âge		
15 - 24 ans	38	9
25 - 40 ans	138	34
41 - 50 ans	107	26
51 - 60 ans	89	22
Plus de 61 ans	33	8
Total	405	
Niveau d'instruction		
Aucun	116	29
Primaire	84	21
Secondaire	159	39
Supérieur	46	11
Total	405	
Situation matrimoniale		
Célibataire	83	20
Divorcé	39	10
Marié	208	51
Veuf / Veuve	56	14
Autre	19	5
Total	405	
Religion		
Catholique	169	42
Protestant	207	51
Autres	29	7
Total	405	

Sources : Nos enquêtes

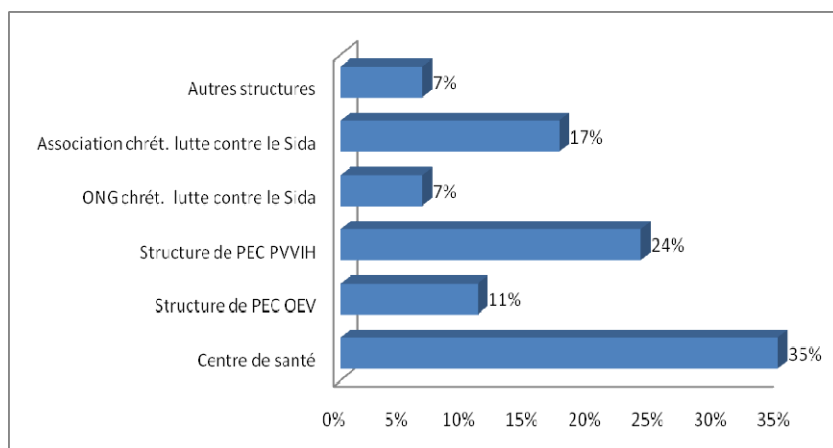
3.3. Evaluation de la réponse actuelle à l'épidémie du VIH

3.3.1. Structures de lutte contre le SIDA et leur niveau d'utilisation

L'église, au Burkina Faso dispose de plusieurs types d'infrastructures socio-sanitaires pour la mise en œuvre de ses activités de lutte contre le VIH/SIDA. L'enquête réalisée dans cinq (5) régions du pays a permis d'identifier diverses structures de lutte contre le VIH/SIDA dont : les structures sanitaires, les structures socio-sanitaires et les structures associatives.

Sur 49 intervenants interrogés au sujet des structures, 35% ont cité en premier les centres de santé, suivis des structures de prise en charge des PVVIH (17%), celles des OEV (11%) et des ONG chrétiennes de lutte contre le SIDA (7%).

Figure 3.3.a : Type de structures de lutte contre le sida de l'Eglise



Sources : Nos enquêtes

Concernant la fréquentation des structures, les données de l'enquête montrent que les centres de santé sont les plus utilisés par les bénéficiaires en matière du VIH. Ces structures sanitaires sont surtout représentées par les dispensaires (27%), les infirmeries (17%) et les maternités (8%). Les structures de soutien Psycho-médico-sociale telles que les structures de prise en charge des PVVIH (9%) et celles des OEV (7%) sont également fréquentées par ces derniers.

Tableau 3.3.a : Taux d'utilisation des structures d'intervention dans le domaine du Sida selon la localité

Modalités	Ouaga		Bobo		Fada		Gaoua		Dori		Global	
	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%
Centre médical	11	11%	7	11%	3	8%	2	8%	1	4%	24	9%
CSPS	1	1%	1	2%	4	10%	3	12%	2	7%	11	4%
Dispensaire	23	22%	14	23%	18	46%	6	23%	8	30%	69	27%
Infirmierie	16	16%	10	16%	4	10%	3	12%	6	22%	39	15%
Maternité	7	7%	3	5%	3	8%	4	15%	3	11%	20	8%
Structure de PEC OEV	6	6%	4	7%	2	5%	3	12%	2	7%	17	7%
Structure de PEC PVVIH	14	14%	3	5%	2	5%	2	8%	2	7%	23	9%
Autres	3	3%	4	7%	0	0%	0	0%	0	0%	7	3%
ND	22	21%	15	25%	3	8%	3	12%	3	11%	46	18%
Total	103	100%	61	100%	39	100%	26	100%	27	100%	256	100%

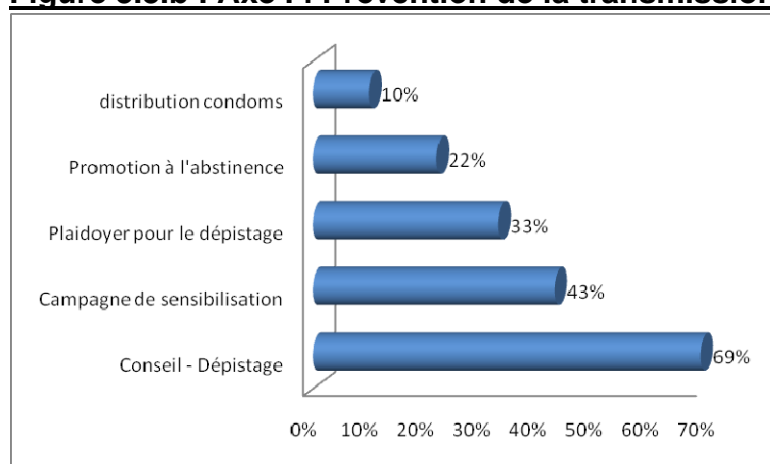
Sources : Nos enquêtes

3.3.2.2. Prestations de l'église en matière du VIH/SIDA

i) De l'appréciation des axes stratégiques et principaux domaines d'interventions

Pour l'axe de la prévention, le conseil dépistage, la sensibilisation et le plaidoyer figurent en bonne place dans l'ensemble des activités développées. Les données complémentaires de l'enquête rapportées par le check list montrent qu'entre 2003 et 2006, 2120 tests VIH ont été réalisés dans les cinq régions enquêtées. Le tableau 3.3b ci-après montre que les femmes sont les plus nombreuses à être dépistées.

Figure 3.3.b : Axe I : Prévention de la transmission du VIH



Sources : Nos enquêtes

Tableau 3.3.b: Tests de dépistage VIH réalisés (2003-2006)

Périodes	Test négatif		Test positif		Test indéterminés	Total
	Homme	Femme	Homme	Femme		
2003	25	60	3	8	0	96
2004	16	60	8	112	0	196
2005	527	923	61	53	16	1580
2006	108	222	6	2	6	344
Total	651	1205	75	167	22	2120

Sources : Nos enquêtes

Pour l'axe de la prise en charge, c'est notamment le soutien spirituel, les traitements des maladies opportunistes et la collaboration avec les services techniques (santé et action sociale) qui sont les plus développés par l'Eglise.

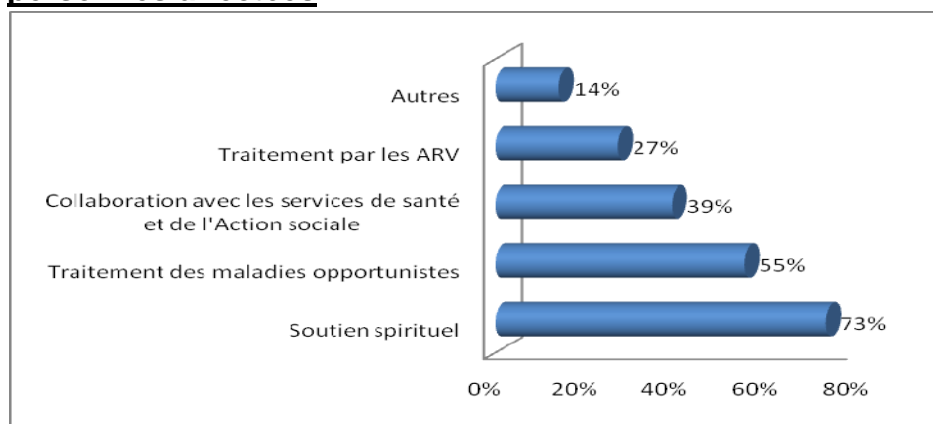
Les données du check list rapportent qu'entre 2002-2006, 1769 PVVIH et OEV ont été pris en charge dans les cinq régions enquêtées soit 686 PVVIH et 1083 OEV. Parmi les PVVIH on note que c'est seulement 60 qui sont sous traitement ARV.

Il faut noter que durant les cinq dernières années l'accès aux ARV par les malades du SIDA au Burkina Faso n'était pas encore facile au regard des raisons suivantes :

- la disponibilité limitée de ces derniers ;
- le faible nombre des structures de distribution des ARV ;
- le faible nombre des prescripteurs agréés des ARV ;
- le coût non accessible à la majorité des malades.

Ceci explique pourquoi de nos jours, même dans le milieu chrétien que le nombre de PVVIH sous traitement demeure encore faible.

Figure 3.3.c : Axe II : Prise en charge médicale et communautaire des PVVIH et personnes affectées



Sources : Nos enquêtes

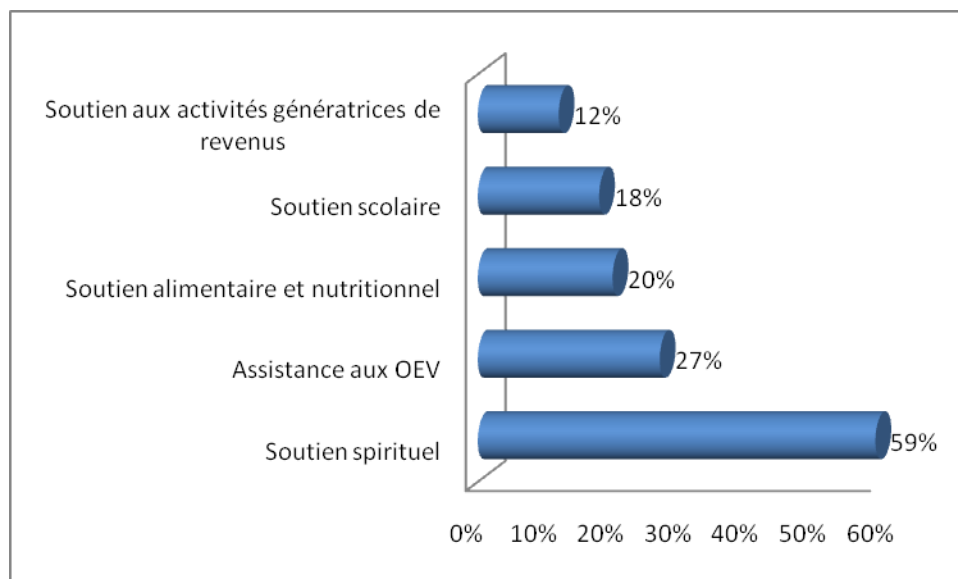
Tableau 3.3.c : PVVIH et OEV pris en charge (2002-2006)

Périodes	PVVIH	OEV	Total
2002	16	34	50
2003	48	72	120
2004	57	90	147
2005	207	412	619
2006	358	475	833
Total	686	1083	1769

Sources : Nos enquêtes

Pour l'axe de la protection et du soutien aux PVVIH, le soutien spirituel, l'assistance aux OEV ainsi que le soutien alimentaire et nutritionnel ont été les domaines d'interventions les plus privilégiés.

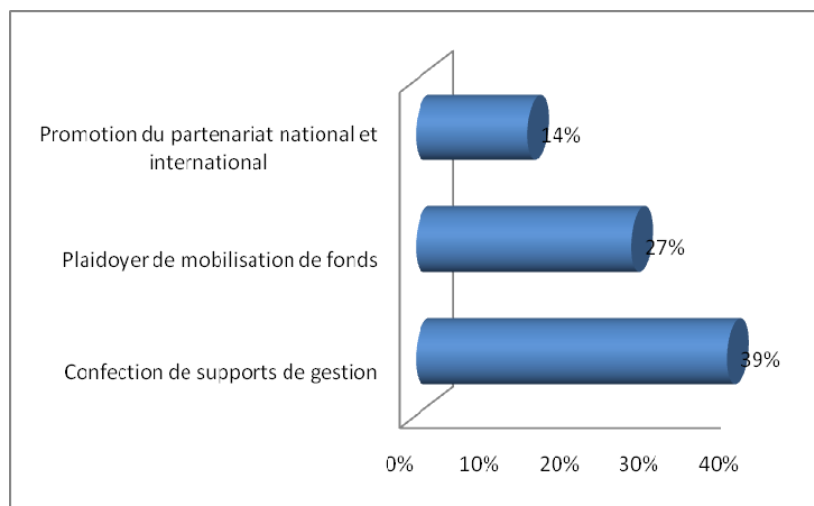
Figure 3.3.d : Axe III : Protection et soutien aux PVVIH et personnes affectées



Sources : Nos enquêtes

Pour l'axe de la coordination/partenariat et mobilisation de ressources, c'est notamment la confection des supports de gestion et le plaidoyer de mobilisation des ressources qui sont les domaines les plus développés.

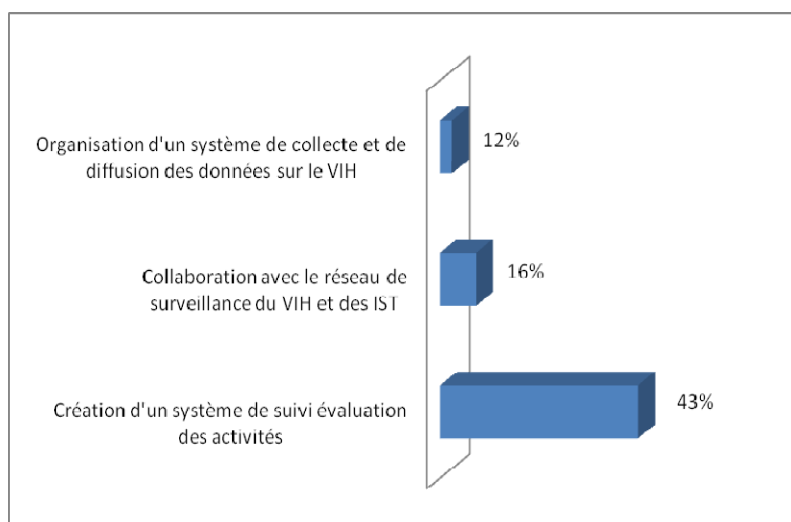
Figure 3.3.e : Axe IV : Coordination/partenariat et mobilisation des ressources



Sources : Nos enquêtes

Pour l'axe de la surveillance épidémiologique, du suivi-évaluation et de la promotion de la recherche, l'église a surtout privilégié la mise en place d'un système de suivi-évaluation pour ses activités.

Figure 3.3.f : Axe V : Surveillance épidémiologique, suivi-évaluation et promotion de la recherche



Sources : Nos enquêtes

De ce qui précède, on peut conclure que principalement une dizaine d'interventions ont été développées par l'église et les organisations chrétiennes dans le cadre de la lutte contre le SIDA. Il s'agit donc :

- du soutien spirituel (73%) ;
- du conseil dépistage (69%) ;
- du traitement des maladies opportunistes (55%) ;
- des campagnes de sensibilisation (43%) ;
- de la création d'un système de suivi-évaluation (43%);
- de la confection de support de gestion (39%) ;
- de la collaboration avec les services de santé et de l'action sociale (39%) ;
- de la sensibilisation pour le dépistage ;
- de l'assistance aux OEV (27%) ;
- de la promotion à l'abstinence (22%).

ii) De l'appréciation des interventions ciblées aux groupes spécifiques

Face à la problématique du VIH liée notamment à la présence des personnes vivant avec le VIH et les OEV, l'église a mis en œuvre des interventions de prise en charge en faveur de ces groupes spécifiques. Ces principales interventions sont rapportées par le tableau ci-après.

Tableau 3.3.d : Répertoire des interventions spécifiques aux PVVIH et aux OEV

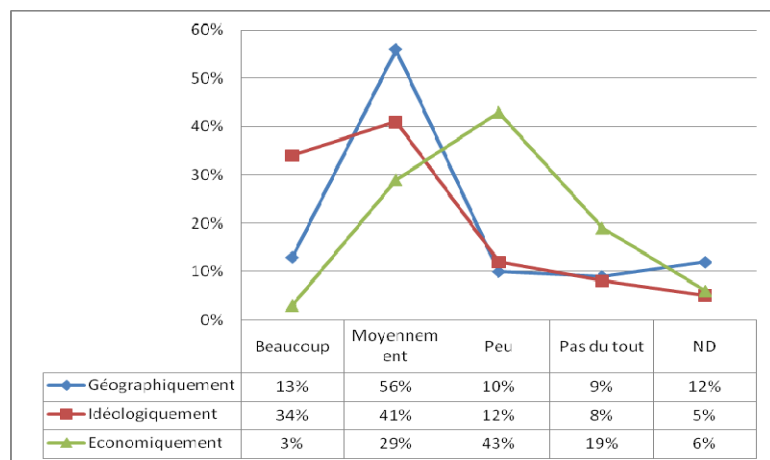
PVVIH	OEV
1. Assistance psychosociale	1. Prise en charge psychosociale et spirituelle
2. Prise en charge soins médicaux simples	2. Prise en charge frais scolaires
3. Orientation aux structures spécialisées	3. Aide à l'apprentissage
4. Surveillance épidémiologique	4. Visite à domicile
5. Sensibilisation	5. Soins médicaux
6. Projections de films 7. Visite à domicile	6. Mise en place de comité de prise en charge des OEV au sein des églises

Sources : Nos enquêtes

iii) Accessibilité aux prestations et aux ARV

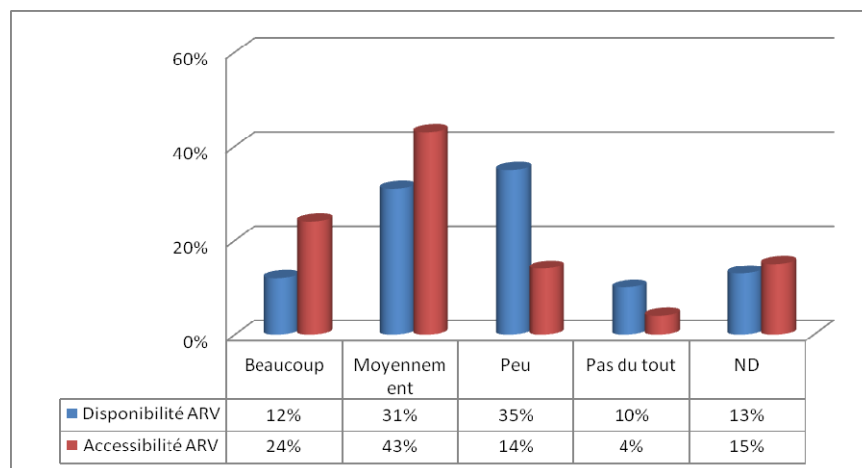
L'enquête a permis d'apprécier le niveau d'accessibilité des interventions développées par l'église. A ce sujet, les données de l'enquête montrent que :

- l'accessibilité géographique des interventions était encore moyenne (56%) ;
- l'accessibilité idéologique des interventions s'est avérée moyenne (41%) ;
- l'accessibilité économique des interventions était faible (42%).

Figure 3.3.g : Accessibilité aux prestations en faveur des PVVIH et aux OEV

Sources : Nos enquêtes

Par ailleurs, l'enquête a permis de mettre en évidence le degré de disponibilité et d'accessibilité des ARV aux bénéficiaires. En effet, sur l'ensemble des cibles primaires interviewées (256), 31% ont estimé que la disponibilité a été moyenne et 34% ont soutenu qu'elle a été faible. Des 199 répondants qui ont confirmé et apprécié la disponibilité des ARV (24%) attestent que les ARV sont beaucoup accessibles. Moins de la moitié (43%) ont surtout soutenu qu'ils étaient moyennement accessibles et peu accessibles pour (13%). Seulement 4% disent que les ARV ne sont pas du tout accessibles.

Figure 3.3.h : Degré de disponibilité et d'accessibilité des ARV pour les bénéficiaires

Sources : Nos enquêtes

iv) De l'appréciation de la visibilité des interventions

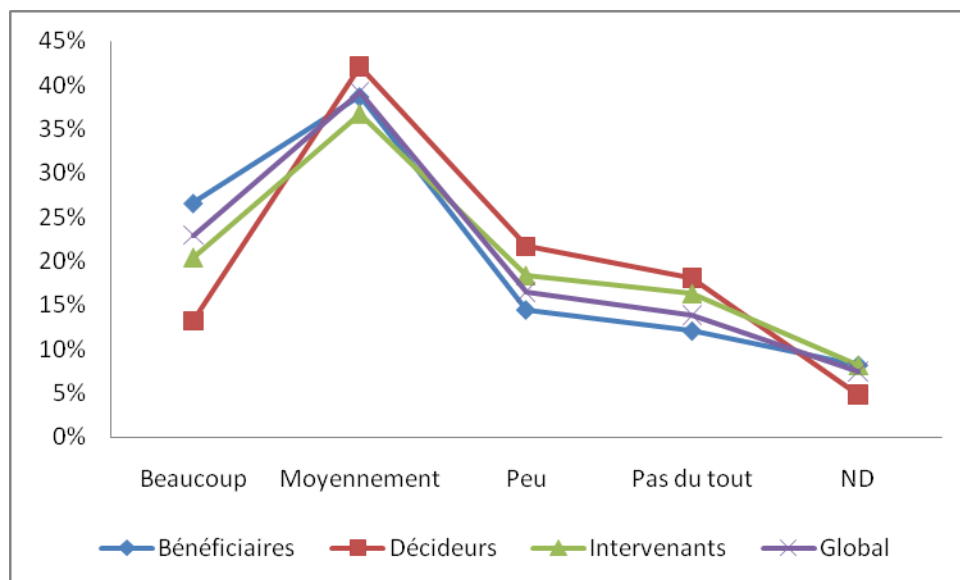
La problématique de la visibilité des réponses de l'église et des organisations chrétiennes constitue une préoccupation pour de nombreux décideurs et leaders, aussi, 388 répondants de toutes les cibles confondues ont pu se prononcer à ce sujet. Il ressort, de nombreux répondants que les réponses de l'Eglise en matière du VIH sont moyennement visibles (39%). Parmi ceux qui ont cette opinion, les décideurs eux-mêmes sont en tête (42%) suivis des bénéficiaires (38%). Quelques-uns ont, par contre, estimé que les réponses étaient beaucoup visibles (23%). Dans ce cas de figure, les décideurs sont les répondants les moins nombreux (13%) à soutenir cette assertion. Enfin, très peu de répondants (14%) disent que les réponses de l'église et des organisations chrétiennes ne sont pas du tout visibles. Les proportions de répondants pour cette opinion sont demeurées sensiblement homogènes au sein de chaque cible enquêtée soit 12% chez les bénéficiaires, (18%) chez les décideurs et 16% chez les intervenants.

Tableau 3.3.e : Niveau de visibilité des interventions de l'église et des organisations chrétiennes

Modalités	Bénéficiaires		Décideurs		Intervenants		Global	
	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%
Beaucoup	68	27%	11	13%	10	20%	89	23%
Moyennement	99	39%	35	42%	18	37%	152	39%
Peu	37	14%	18	22%	9	18%	64	16%
Pas du tout	31	12%	15	18%	8	16%	54	14%
ND	21	8%	4	5%	4	8%	29	7%
Total	256	100%	83	100%	49	100%	388	100%

Sources : Nos enquêtes

Figure 3.3. i : Niveau de visibilité des interventions de l'église et des organisations chrétiennes



Sources : Nos enquêtes

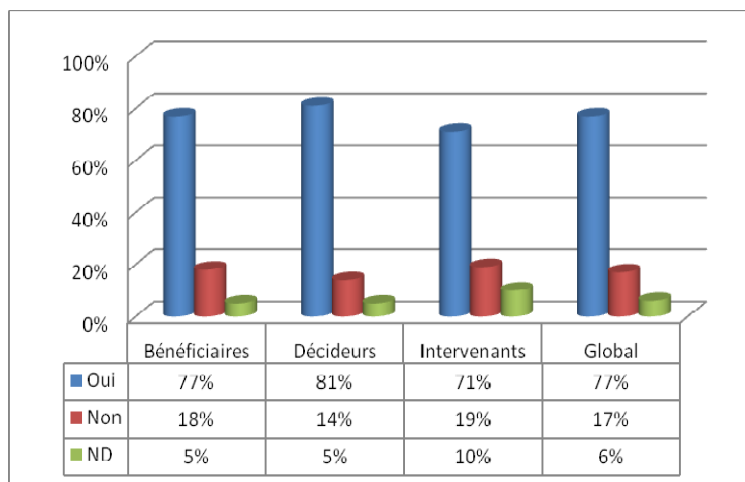
Plusieurs motifs de la visibilité faible actuelle des interventions de lutte contre le SIDA au sein de l'église et des organisations chrétiennes ont été évoqués par les répondants. Parmi ces motifs, on retient principalement :

- la grande discrétion de l'église ;
- la non médiatisation des activités développées par l'église ;
- la faiblesse des moyens financiers, matériels et logistiques.

V) De l'appréciation de l'impact des interventions

Concernant l'impact des actions développées de l'église et des organisations chrétiennes en matière de lutte contre le SIDA, 77% de 388 personnes interrogées ont attesté que leur impact est positif contre 17% qui affirment le contraire.

Figure 3.3.j : Degré d'impact des interventions



Sources : Nos enquêtes

Les impacts des réponses sur les bénéficiaires ont été répertoriés. Parmi ceux-ci, on peut retenir entre autres :

- L'élévation du niveau de conscience des bénéficiaires sur le VIH/SIDA ;
- L'amélioration du taux de fréquentation des centres de santé ;
- Le renforcement du suivi en faveur de la santé ;
- L'amélioration de la qualité de vie des bénéficiaires ;
- Le changement de comportement à risque du VIH/SIDA
- L'amélioration de l'image de marque de l'église ;
- Le renforcement de l'ouverture de l'esprit.

VI) De l'appréciation des contributions des medias chrétiens à la lutte contre le SIDA

Il semble extrêmement difficile de mesurer l'impact des médias dans la lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso car leurs interventions touchent surtout un large public et l'évaluation des changements intervenus sur le cognitif, les attitudes, les comportements de ce dernier n'est pas toujours évidente. C'est pourquoi il paraît plus indiqué de parler de leurs contributions.

En effet, sur ce plan, les médias les plus connus dans le monde chrétien (radios Maria, Nostalgie, télé-vie-déo etc.) produisent et ou diffusent des émissions dont les thèmes portent sur le VIH/SIDA.

Le cas de télé-vie-déo mérite d'être cité. Etant une ONG de communication reconnue en février 2001 au Burkina Faso, cette structure médiatique produit et distribue des programmes télé et audio dans la sous région. Dans le domaine de la lutte contre le SIDA, Télé-Vie-Déo a réalisé les productions suivantes :

- 6 programmes télé pour jeunes dont le titre est " BON T (H) E"
- 13 programmes télé pour adultes " ça c'est la VIE"
- 1 documentaire télé " Brave Denise Si Fragile"
- 1 documentaire télé " Franceline"
- 1 documentaire Audio " la musique malgré tout"

Toutes ces productions télé ont été diffusées par la chaîne nationale et les chaînes privées Canal3 et CVK. Les productions audio passent sur les antennes nationales et privées du pays. Les thèmes les plus fréquents développés dans les différentes productions de TELE-VIE-DEO sont :

- La connaissance du corps et des organes génitaux
- La sexualité basée sur les valeurs morales et culturelles stables.
- La prévention du VIH/SIDA/IST
- Comment vivre positivement avec le VIH/SIDA
- La prise en charge des PVVIH et des OEV ainsi que des personnes affectées
- L'importance des tests de dépistage volontaire
- La lutte contre les stigmatisations et discriminations des personnes infectées et ou affectées par le VIH.
- Le témoignage à cœur ouvert de personnes séropositives.

Dans l'ensemble les réactions des bénéficiaires ont toujours été très positives ; les associations et ONG communautaires en ville comme en campagne manifestent un intérêt accru pour la rediffusion des productions de Télé-Vie-Déo dans les chaînes nationales et privées. Plus d'un millier de cassettes ont été vendues et servent de supports pour les séances de sensibilisation. A cet effet, les statistiques récentes montrent que plus de 28 000 spectateurs ont assisté aux différentes productions.

VII) De l'appréciation de l'implication aux interventions

La participation est définie par GODBOUT (1994) comme étant un partage de pouvoir, de connaissances, d'expériences et une implication de l'individu à des actions ou à une organisation. Elle revêt plusieurs caractéristiques et finalités selon qu'on se trouve dans un contexte de développement communautaire, politico-administratif, religieux ou coutumier. Quelque soit le contexte et l'objectif poursuivi, l'implication physique et visible de la personne est toujours un des indicateurs clé de sa participation. La participation est donc un indicateur mesurable de l'intéressement, de l'engagement et du niveau d'appropriation d'une activité. Ainsi, l'enquête a permis de mettre en évidence le degré de participation de chaque acteur de l'église dans la lutte contre le SIDA (décideurs, intervenants, bénéficiaires).

- *Au niveau des 83 décideurs enquêtés*, 38% ont affirmé que leur niveau de participation était moyen, 27% l'ont qualifié de grand, pour 8% des leaders leur niveau de participation aux activités a été très grand.

- *Au niveau des 49 intervenants enquêtés*, 30% de répondants ont estimé le niveau de leur participation aux activités moyen et 26% de grand. 6% ont affirmé qu'il était très grand.

- *Au niveau des 256 bénéficiaires enquêtés*, le niveau de leur participation a été jugé moyen (32%) et grand (28%). Seulement 11% des répondants l'ont estimé très grand.

Tableau 3.3.f : Niveau de participation des répondants aux interventions SIDA selon les acteurs

Modalités	Bénéficiaires		Décideurs		Intervenants		Global	
	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%
Très grande	29	11%	7	8%	3	6%	39	10%
Grande	72	28%	23	28%	13	27%	108	28%
Moyenne	83	32%	32	39%	15	31%	130	34%
Faible	42	16%	13	16%	6	12%	61	16%
Nulle	13	5%	7	8%	8	16%	28	7%
ND	17	7%	1	1%	4	8%	22	6%
Total	256		83		49		388	

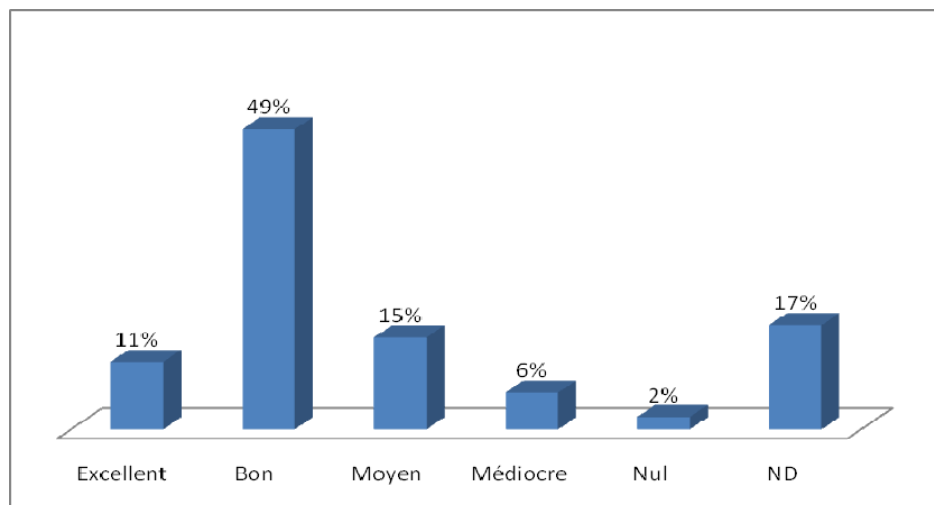
Sources : Nos enquêtes

L'appréciation du niveau de participation des répondants aux activités de lutte contre le SIDA par localité montre que dans la localité de Ouagadougou, les répondants ont eu un niveau de participation très grand (21%) par rapport aux autres localités. Toutefois, on observe que dans les cinq localités enquêtées, les proportions des répondants qui affirment avoir participé grandement aux interventions SIDA sont sensiblement homogènes soit respectivement 25% pour Ouagadougou, 30% pour Bobo-Dioulasso, 23% pour Gaoua et 26% pour Dori.

La localité de Fada a eu la plus forte proportion des répondants ayant avoué avoir participé moyennement aux activités de lutte contre le VIH/SIDA (45%) suivi de ceux de Bobo-Dioulasso (34%) et de Gaoua (34%). Les répondants de la localité de Gaoua constituent la proportion la plus élevée qui affirme avoir participé faiblement aux activités (25%). Ce faible niveau de participation a été constaté aussi de manière homogène dans les autres localités de Ouagadougou (13%) de Bobo-Dioulasso (16%) de Fada (14%) et de Dori (17%).

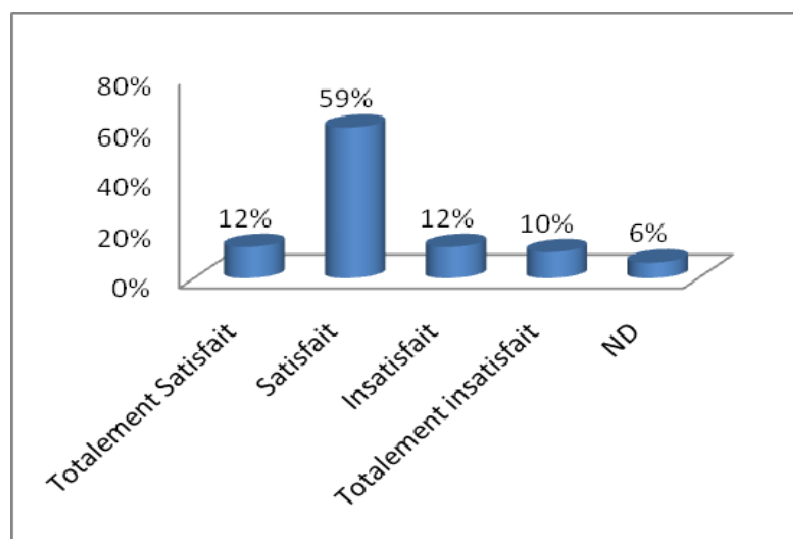
Le taux de couverture en prestation de services offerts par l'Eglise a été jugé de bon par 49% des intervenants et d'excellent par 11%. Quant à la satisfaction des bénéficiaires par rapport au taux de couverture générale des activités, l'enquête révèle que les intervenants se disent satisfaits (59%) contre 12% d'insatisfaits (Cf. figure ci-après)

Figure 3.3.k : Niveau d'appréciation du taux de couverture des interventions de l'église



Sources : Nos enquêtes

Figure 3.3.l : Degré de satisfaction des bénéficiaires par rapport à la couverture des interventions de l'église



Sources : Nos enquêtes

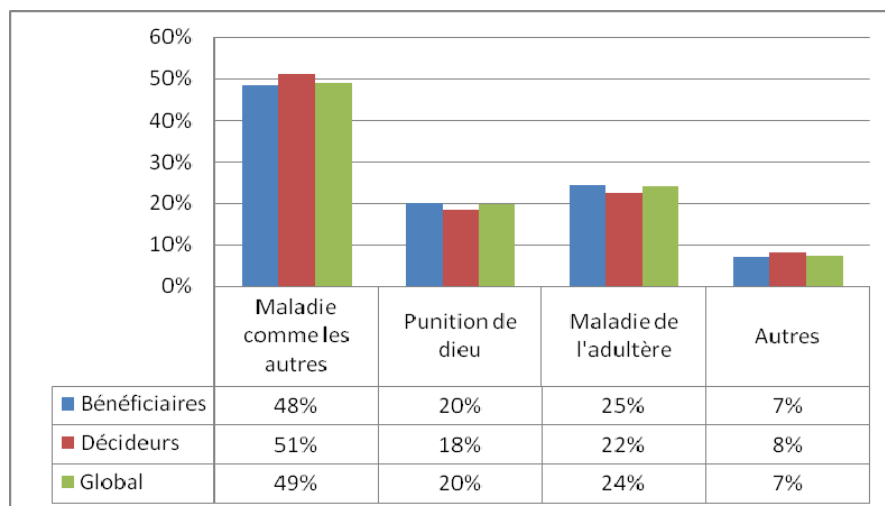
3.4. Evaluation des aspects humains du programme de lutte contre le SIDA de l'église

i) Perception du SIDA par les répondants

Selon les données de l'enquête réalisées auprès de 256 bénéficiaires et de 49 décideurs, moins de la moitié des répondants, soit 49% perçoivent le SIDA comme étant une

maladie comme les autres. 20% des répondants le perçoivent comme étant une punition de Dieu et 24% comme la maladie de l'adultère. De ce qui précède, on peut dire que 40% des répondants ont encore une perception erronée du SIDA. Ceci peut expliquer la stigmatisation et les diverses formes de discrimination secrétées au sein de l'église à l'égard des PVVIH et des OEV.

Figure 3.4.a : Type de perception du SIDA par les répondants



Sources : Nos enquêtes

ii) Niveau et typologie de la discrimination/stigmatisation envers les PVVIH et les OEV

Il convient de noter que la stigmatisation des PVVIH est liée à la connexion erronée que la pensée chrétienne a souvent faite entre sexualité et péché. Dans les milieux religieux, notamment chrétiens, le sexe appartient à la partie sombre et secrète de la nature humaine, entravée par la culpabilité, la honte et le tabou, par contre dans les médias, le sexe est omniprésent où il paraît être si librement disponible et discuté ouvertement. Ces deux positions impliquent le déni. Il apparaît donc urgent comme le pense le théologien Zambien Japhet NDHLOVO de mettre en évidence la nécessité pour la théologie chrétienne d'aborder ouvertement le problème de l'alliance néfaste entre culture et enseignement chrétien en relation notamment avec la sexualité et les questions de genre.

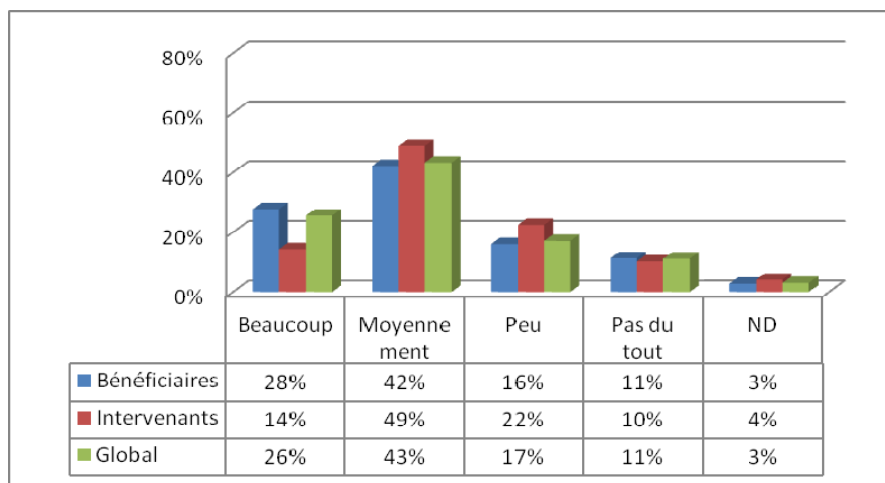
Comme les lépreux de l'époque de Jésus Christ, mais, certainement moins qu'eux, les PVVIH font et continuent de faire l'objet de toutes formes de discrimination et de stigmatisation au sein de leur milieu de vie sociale, spirituelle et professionnelle. Or, la foi chrétienne nous pousse irrésistiblement à accepter que toutes les personnes y compris celles qui vivent avec le VIH/SIDA ont été créées à l'image de Dieu et sont enfants de Dieu.

Ceci devrait reconverter notre pensée, nos attitudes et nos comportements vis-à-vis de ces personnes infectées par le virus, aussi bien dans nos églises que dans notre environnement communautaire et professionnel.

La discrimination/stigmatisation à l'égard des PVVIH ou des OEV du SIDA se manifeste par des attitudes et des comportements. Ces manifestations peuvent être voilées, déguisées ou apparentes. Elles vont de la simple attitude de méfiance ou de dédain à la violence verbale ou au licenciement abusif. Les données de l'enquête réalisée auprès de 256 bénéficiaires et de 49 décideurs ont permis d'appréhender le niveau et le type de discrimination exercée à l'égard des groupes spécifiques précités.

En effet, moins de la moitié (43%) des répondants soutiennent qu'il existe moyennement une discrimination ou stigmatisation envers les PVVIH et ou les OEV du SIDA dans l'église et dans les organisations chrétiennes.

Figure 3.4.b : Niveau de discrimination/stigmatisation envers les PPVIH et les OEV au sein de l'Eglise

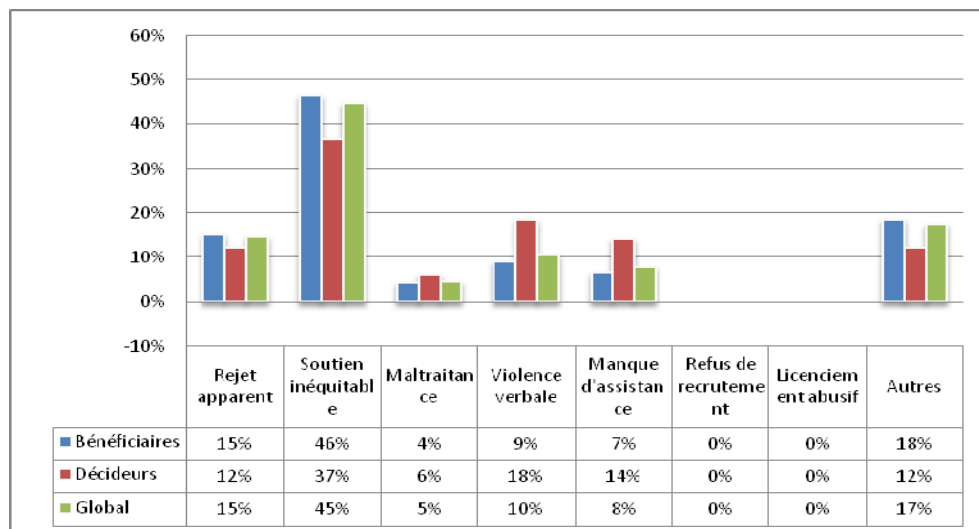


Sources : Nos enquêtes

Parmi les diverses manifestations de discrimination possibles, les plus fréquentes dans le milieu de l'église sont les suivantes :

- le soutien inéquitable (45%) ;
- le rejet excommunié (15%) ;
- la violence verbale (10%) ;
- le manque d'assistance (8%) ;
- la maltraitance (5%).

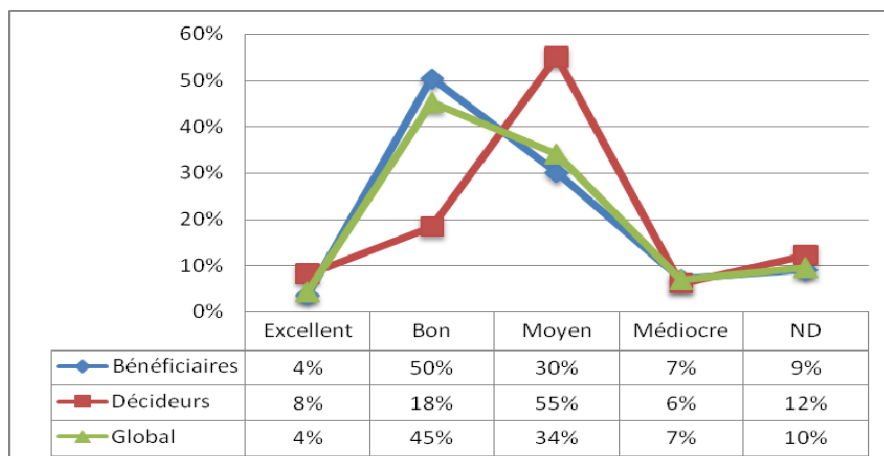
Figure 3.4.c : Type de discriminations existantes envers les PVVIH et les OEV au sein de l'église



Sources : Nos enquêtes

Le soutien inéquitable est retenu par les répondants comme la première discrimination/stigmatisation au sein de l'église, aussi bien par les bénéficiaires que par les décideurs. En dépit de cette disproportion dans le soutien des PVVIH et des OEV, l'enquête révèle, toutefois que le niveau de la qualité du traitement de ce groupe spécifique demeure encore excellent (4%) des répondants, bon pour 45%, moyen pour 34% et médiocre pour 7%.

Figure 3.4.d : Appréciation du niveau de la qualité du traitement des PVVIH et des OEV

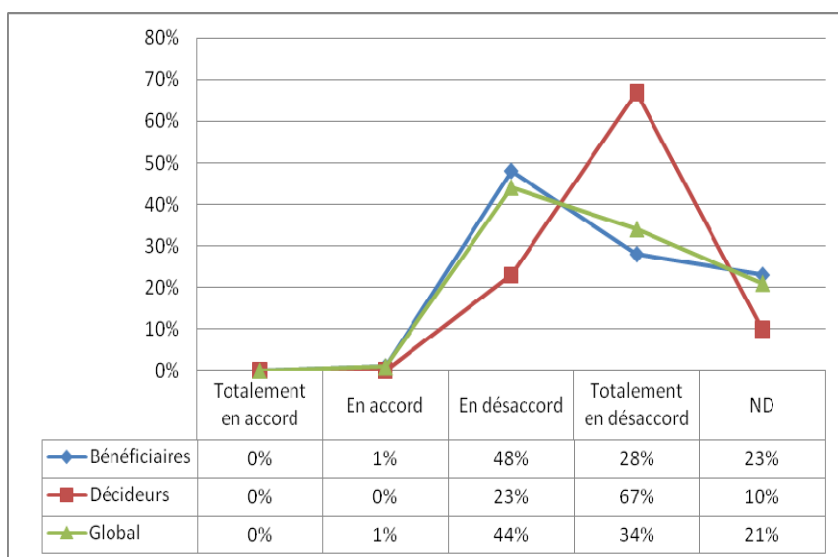


Sources : Nos enquêtes

iii) Attitudes et comportements discriminatoires dans l'église

Nos attitudes et nos comportements sont le reflet de nos perceptions, de nos valeurs, de nos attentes, mais très souvent de nos ignorances. Aussi, l'idée dans les milieux religieux notamment chrétiens selon laquelle le PVVIH n'a pas droit au soutien a été sondée auprès de 305 répondants. Il en est ressorti que seulement 3 personnes soit 1% des répondants est encore accroché à cette assertion. Par contre 44% des répondants se prononcent en désaccord avec cette idée et 34% le sont en total désaccord.

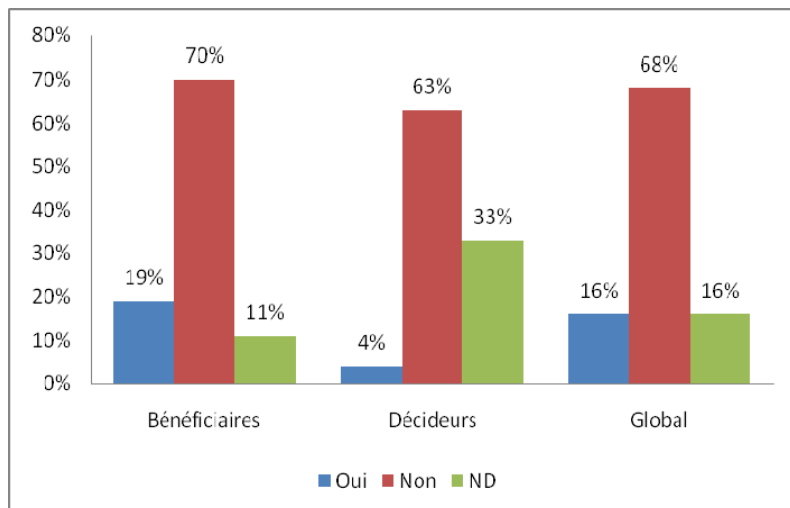
Figure 3.4.e : Assentiment des répondants sur le droit au soutien des PVVIH



Sources : Nos enquêtes

Concernant le statut sérologique, l'enquête révèle que bon nombre d'églises ou de structures chrétiennes imposent encore un silence sur le statut sérologique à leurs membres infectés du VIH. 16% de 305 répondants l'ont affirmé contre, 68% des répondants qui soutiennent que leur église ou structure chrétienne n'adhère pas à cette pratique.

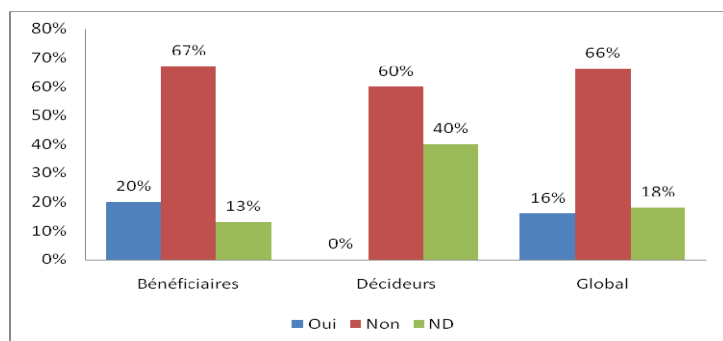
Figure 3.4.f : Opinions relatives au silence imposé sur le statut sérologique



Sources : Nos enquêtes

Quant aux prédicateurs atteints du VIH, l'enquête révèle que 16% de répondants soutiennent que leur église ne permet guère à leurs prédicateurs de continuer leur mission de prédication lorsque ceux-ci sont infectés par le VIH. Ceci ne représente-t-il pas un bel exemple de discrimination professionnelle qu'il convient de résoudre. Pour la même préoccupation, 65% de répondants affirment que leur église ne refuse pas à un prédicateur atteint du VIH de continuer sa mission.

Figure 3.4.g : Opinions relatives au refus de prédication



Sources : Nos enquêtes

3.5. Evaluation des capacités des réponses à l'épidémie du VIH

L'évaluation des capacités de réponses à l'épidémie du VIH a permis de répondre à plusieurs préoccupations des termes de référence notamment celles liées aux objectifs spécifiques 6 et 7 de l'étude. Cette évaluation s'est faite à travers plusieurs niveaux dont :

- les politiques et procédures ;
- les capacités managériales et techniques ;
- les capacités en ressources ;
- le système de partenariat et de réseautage.

3.5.1. Appréciation des politiques et procédures de la lutte contre le VIH

La lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso a connu trois périodes aussi déterminantes les unes que les autres : la période 1987-2000, la période 2001-2005 et la période 2006-2010.

Chacune de ces périodes de la lutte contre la pandémie a des caractéristiques plus ou moins variées.

□ Pour la période 1987-2000

Cette période a connu la mise en place d'un cadre institutionnel et des structures chargées de développer et d'appliquer une politique de lutte contre le VIH/SIDA à travers plusieurs plans d'interventions :

- Le plan à court terme (PCT1) en 1987 ;
- Le plan à moyen terme (PMT) de 1989 à 1992 ;
- Le plan à moyen terme II (PMTII) de 1992 à 1995 ;
- Le plan à moyen terme II (extension) de 1995 à 2000.

Cette première période a permis de développer plusieurs actions en vue de combattre le fléau. Parmi les principales actions entreprises on peut retenir :

- L'IEC ;
- Le développement de capacités nationales et constitutionnelles ;
- Les enquêtes épidémiologiques ;
- Le lancement du projet de marketing social des condoms (PROMACO) ;
- Le démarrage de la surveillance de l'infection à VIH sur des groupes cibles (femme enceintes, porteurs d'IST, tuberculeux etc.) ;

- La formation des agents de santé et des relais communautaires ;
- L'amélioration de la sécurité transfusionnelle ;
- La prise en charge psycho-sociale, scolaire, alimentaire, juridique, économique et médicale des personnes infectées par le VIH.

A cette période les procédures d'allocation des ressources financières à la lutte par les partenaires financiers n'étaient pas aussi organisées comme de nos jours.

□ Pour la période 2001-2005

La lutte contre le VIH/SIDA a été érigée au rang des priorités des actions de développement économique. Elle fait désormais, partie intégrante de la politique nationale de lutte contre la pauvreté dont le document stratégique est élaboré en 2002 et révisé en 2003. Elle s'inscrit également en droite ligne des objectifs de la Politique Sanitaire Nationale.

Cette période a surtout été caractérisée par :

- Une profonde réforme de la structure centrale de coordination de la lutte,
- l'adoption d'une approche multisectorielle de la lutte ;
- Le renforcement de la décentralisation des activités ;
- Le financement organisé de la lutte ;
- L'élaboration d'un document de cadre stratégique définissant désormais quatre axes stratégiques d'intervention pour l'ensemble des acteurs.

Cette période a connu la participation effective du monde communautaire à la lutte contre le VIH/SIDA de manière organisée y compris le monde religieux.

L'ancrage institutionnel de la lutte a été placé au plus haut niveau politique (Présidence du Faso). En effet, le conseil national de lutte contre le SIDA et les IST a été rattaché directement à la Présidence du Faso dans le souci de donner de l'importance à cette lutte. Cette réorganisation de la lutte à cette période a permis désormais d'enranger environ 17 milliards en F CFA par an pour développer les activités.

□ Pour la période 2006-2010

Cette période est placée sous le signe du renforcement des acquis de CSLS 2001-2005. En effet, les efforts qui ont été déployés à sa mise en oeuvre ont permis de constater des résultats relativement positifs autour des interventions de prévention, de surveillance de l'épidémie, de prise en charge des PVVIH et de coordination des actions.

Le cadre stratégique 2006-2010 a été élaboré avec l'implication des différents acteurs de la réponse nationale. Il a pris en compte plusieurs éléments importants tels que :

- Le bilan de mise en œuvre du CSLS 2001-2005 ;
- Les stratégies novatrices ;
- Les objectifs du millénaire pour le développement.

Contrairement au CSLS 2001-2005, cinq principaux axes stratégiques ont été définis pour le CSLS 2006-2010. Ceci constitue les lignes directrices de la réponse nationale en matière de VIH/SIDA au Burkina Faso. Il s'agit des axes suivants :

Axe 1 : Le renforcement des mesures de prévention de la transmissions du VIH/SIDA et des IST et la promotion du conseil-dépistage volontaire.

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

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

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

Axe 5 : Le renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi/évaluation et de la promotion de la recherche, politique et procédure de mise en œuvre de la lutte contre le VIH/SIDA.

Il faut noter qu'après 2000, la mise en œuvre des activités de la lutte contre le VIH/SIDA a été organisée et s'est appuyée sur des plans nationaux et multisectoriels (2001-2005 et 2006-2010) suivant l'approche de la multisectorialité. Ces plans sont exécutés par cinq secteurs d'interventions qui sont :

- Le secteur ministériel (Ministère de la Santé et autres ministères) ;
- Le secteur communautaire (Associations, ONG et communautés coutumières et religieuses) ;
- Le secteur privé (Entreprises et sociétés) ;
- Le secteur décentralisé (provinces) ;
- Le secteur de la coordination nationale.

Les acteurs de chaque secteur élaborent et soumettent leurs plans d'action sectoriels au SP/CNLS à travers leur comité de lutte contre le SIDA. L'examen favorable de ces plans leur permet d'être éligibles au financement. Une fois financés, les plans sont mis en œuvre

conformément aux attributions et missions des acteurs d'une part et d'autre part aux orientations définies par le CSLS.

Pour la période 2001-2005, les activités des acteurs communautaires dont l'église et les organisations chrétiennes ont porté sur les axes 1, 3 et 4.

Pour la période 2006-2010, c'est notamment les axes 1, 2, 3, 4. L'axe 5 est pris en compte dans une moindre mesure, principalement par sa dimension suivi/évaluation.

3.5.2. Appréciation des capacités managériales et techniques

3.5.2.1. Structures et dispositifs de gestion des programmes

i) Structures de coordination

Les données de l'enquête montrent que bon nombre d'églises et d'organisations chrétiennes disposent actuellement d'un programme d'intervention en matière de VIH/SIDA. 63% de 49 intervenants ont affirmé que leur programme dispose d'un organigramme fonctionnel contre 20% qui disent le contraire.

Il faut noter que la lutte contre l'épidémie du VIH au sein de l'église du Burkina Faso est coordonnée par deux principales structures :

- Le conseil national des évangéliques pour la lutte contre le SIDA (CNLS).
- Le conseil national des catholiques pour la lutte contre le SIDA (CNLS).

Ces structures sont chargées d'orienter et de coordonner le programme national de lutte contre le SIDA au sein de l'église. Elles adoptent les rapports annuels et les pleins d'action, élisent les membres du Bureau exécutif, délibèrent sur tous les sujets soumis à leur appréciation.

ii) Canaux de communication

La mise en œuvre des activités de lutte contre le SIDA au sein de l'église requiert l'utilisation d'un certain nombre de canaux de communication pour le changement de comportement, parmi ceux-ci, on peut citer :

Pour les bénéficiaires

- Les prédications ;
- Les séances de sensibilisation ;
- Les rencontres ;
- Les projections vidéo.

Pour les intervenants

- Les réunions
- Les discussions
- Les prédications
- Les circulaires
- Les conférences

Pour les décideurs

- Les séances de sensibilisation
- Les conférences/débats
- Les animations
- Les projections de films
- Les réunions
- Les discussions
- Les courriers

iii) Mécanismes de gestion

Les mécanismes de gestion de la mise en œuvre des activités de lutte contre le SIDA utilisés dans l'église sont les suivants :

- le comité de coordination contre le SIDA ;
- la vérification des comptes ;
- le comité de gestion ;
- le comité des comptes ;
- la réunion trimestrielle pour l'approbation des engagements ;
- les bilans financiers ;
- les rapports d'activités.

Concernant le suivi/évaluation des activités des programmes, 67% des répondants affirment qu'il existe un système de suivi/évaluation pour leur programme d'interventions. L'enquête a également permis d'appréhender la méthode d'élaboration des programmes qui se fait selon les intervenants de manière, encore, rigoureuse (40%), planifiée (26%), occasionnelle (18%) et sans planification (4%).

D'une manière générale, le niveau de performance technique de l'exécution des activités est jugé bon par 42% de répondants, moyen par 28% et excellent par 20%.

3.5.3. Appréciation des capacités en ressources du programme

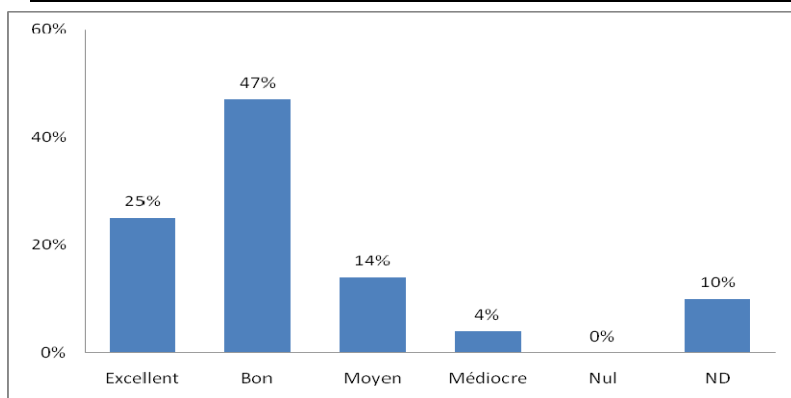
3.5.3.1. Capacités en ressources humaines

i) Catégorie de personnel des programmes d'intervention

Les structures disposent de plusieurs types de ressources humaines pour la mise en œuvre de leurs interventions, au nombre de ces ressources humaines, on distingue : les bénévoles, les employés salariés, les missionnaires expatriés et les autres. Selon les données de l'enquête, les ressources humaines les plus utilisées dans les programmes du secteur de l'église sont les employés salariés (49%) suivis des bénévoles (26%), des missionnaires expatriés (14%) et des fonctionnaires détachés (6%). Il est ressorti que la plupart des programmes d'interventions emploient en moyenne environ 4 personnels médicaux, 2 personnels paramédicaux, 5 personnels administratifs, 3 personnels de soutien et 2 personnels d'autres catégories.

Le niveau de performance de ce personnel est jugé dans l'ensemble bon par 46% des répondants, excellent par 24%, moyen par 14% et médiocre par 4%.

Figure 3.5.a : Niveau de performance du personnel



Sources : Nos enquêtes

ii) Motivation et satisfaction du personnel des programmes d'interventions

Concernant la motivation du personnel, 40% des intervenants estiment que celui-ci est beaucoup motivé, 26% disent qu'il est moyennement motivé, 18% soutiennent qu'il ne l'est pas du tout.

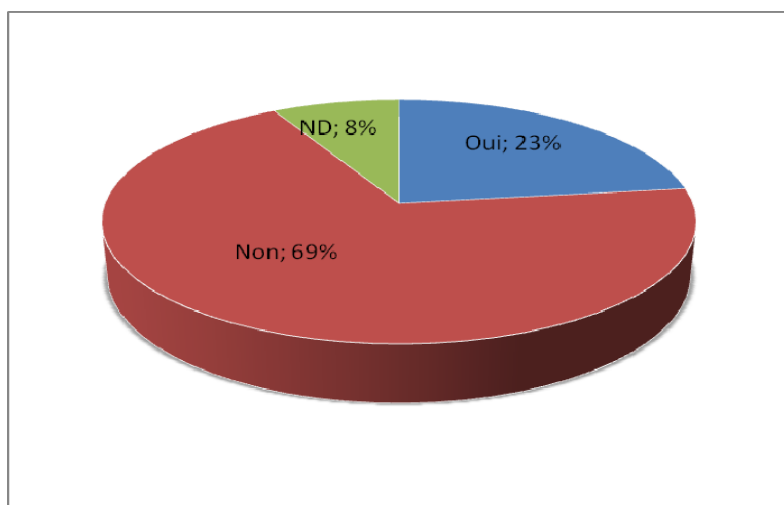
Le type de motivation dont jouit le personnel des projets/programmes d'intervention sont les suivants : l'encouragement financier, la certification, la nourriture, les missions à l'extérieur, les cadeaux de Noël/Paques et la promotion. Les motivations les plus fréquentes et importantes selon les répondants sont : l'encouragement financier, la certification, la nourriture et les missions à l'extérieur.

Quant au niveau de satisfaction du personnel, 46% des intervenants interrogés se disent satisfaits de leur travail, 30% affirment être totalement satisfaits. Seulement 6% affirment être insatisfaits.

iii) Formation et sensibilisation

Pour ce qui concerne les formations, peu de répondants (22%) affirment avoir bénéficié de plusieurs sessions de formations durant les trois dernières années dans le domaine du VIH/SIDA. 69% affirment n'avoir pas été du tout formés au cours de cette période.

Figure 3.5.b : Proportion des répondants ayant été formés en matière de VIH/SIDA



Sources : Nos enquêtes

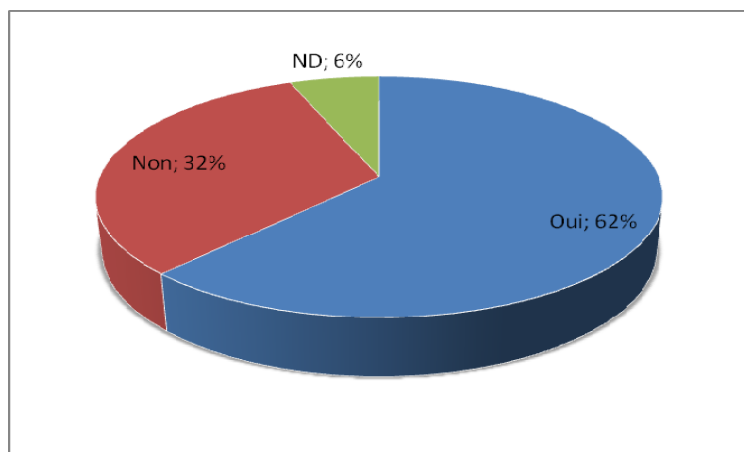
Quant aux formations dispensées en matière de VIH/SIDA les données du cheik list mentionnent qu'environ 121 sessions de formations ont été réalisées dans ce domaine en direction, surtout, des intervenants, soit, environ, 24 sessions en moyenne par an. Les principaux thèmes abordés lors de ces formations sont les suivants :

- les connaissances générales sur le VIH/SIDA ;
- la prise en charge des PVVIH ;

- les maladies infectieuses et le SIDA ;
- l'hygiène dans les IST ;
- l'alimentation et le SIDA ;
- les stratégies pour surmonter le stress ;
- le monde d'aujourd'hui et le SIDA ;
- l'abstinence et la fidélité ;
- le SIDA et l'église ;
- la prévention de la transmission mère-enfants ;
- les stratégies de lutte contre le SIDA ;
- la prévention du SIDA dans le couple.

Quant à la sensibilisation réalisée dans le domaine du VIH/SIDA, 61% des bénéficiaires attestent avoir participé au moins à une séance de sensibilisation au cours de ces trois dernières années contre 32% qui soutiennent le contraire.

Figure 3.5.c : Proportion des bénéficiaires ayant reçu une séance de sensibilisation en matière de VIH/SIDA



Sources : Nos enquêtes

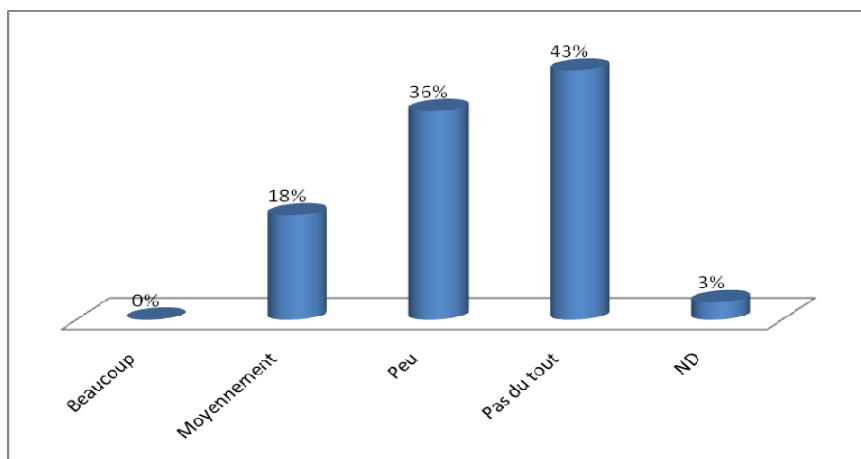
3.5.3.2. Capacités en ressources infrastructurelles, matérielles et logistiques

La mise en œuvre des plans d'action de lutte contre le SIDA requiert l'acquisition d'un certain nombre d'infrastructures et de matériels. L'enquête révèle que l'église et les organisations chrétiennes en disposent pour l'exécution de leurs activités. Le mobilier semble être la ressource matérielle dont elles disposent le plus pour leur fonctionnement. Le matériel roulant et les locaux se sont avérés insuffisants selon les répondants.

Selon l'opinion de 45% des répondants, les ressources matérielles utilisées aux fins des programmes d'interventions ne sont pas du tout appropriées. 32% soutiennent qu'elles sont peu appropriées et 12% disent qu'elles le sont moyennement.

Quant à l'état actuel des locaux qui abritent les programmes d'intervention, il est apparu que leur état n'est pas du tout satisfaisant (43%), peu satisfaisant pour certains (36%) et moyennement satisfaisant pour d'autres (18%).

Figure 3.5.d : Etat des locaux



Sources : Nos enquêtes

3.5.3.3. Capacités en ressources financières

La collecte de données sur le financement des interventions de lutte contre le SIDA n'a pas satisfait nos attentes. D'une manière générale les données ne reflètent guère la réalité de l'existant.

En effet, les données de Check list rapportent environ 17 364 390 F le montant prévisionnel annuel de financement des plans d'actions de lutte contre le VIH/SIDA de l'église dans les cinq régions enquêtées. Le montant acquis est de 14 881 300 F CFA pour la période de 2006 soit environ 27 057 \$ US. 1 dollar US équivalent à 550 F CFA.

3.5.4. Appréciation du système de partenariat et de réseautage

3.5.4.1. Le partenariat

L'église a recours à des appuis techniques et financiers de la part des partenaires au développement pour lutter contre le VIH/SIDA. Ceux qui appuient l'église dans son combat contre la pandémie sont à la fois techniques et financiers. Ce partenariat est national et international.

Les personnes interrogées au cours de l'enquête confirment que les organisations chrétiennes ont bénéficié d'un appui des partenaires techniques (53%) financiers (35%) et d'autres types de partenariat (alimentaire, matériel, etc.) soit environ (12%).

Les partenaires techniques et financiers qui s'investissent pour l'église dans le cadre de la lutte contre le SIDA sont rapportés dans le tableau ci-après :

Tableau 3.6. : Répertoire des partenaires

Localités d'enquête	Partenariat technique		Partenariat financier	
	National	International	National	International
1. Ouagadougou	-PAMAC -CIC/DOC -CTA -SP/CNLS -CMA Pissy -AAS -Ministère de la santé -Ministère de l'action sociale	-CRS/BF -PACANet -Tear fund/UK	-PAMAC -SP/CNLS	-PAM -CRS/BF -ONUSIDA -OMS -Ambassade USA -action
2. Bobo Dioulasso	-GIP ESTHER -Ministère de l'action sociale -Ministère de la santé - RALIS	-	-PAMAC -SP/CNLS	-ESTHER -chrétien et Sida - Belgique -France
3. Fada	-Ministère de la santé -Ministère de l'action sociale	World relief	-PAMAC -SP/CNLS - Wols relief	-SIM International
4. Gaoua	-Ministère de la santé -Ministère de l'action sociale	-	- PAMAC - SP/CNLS - GTZ	-ONUSIDA -OMS - Tear Found -Self France -action
5. Dori	-Ministère de la santé -Ministère de l'action sociale	-	SP/CNLS	PAM

Sources : Nos enquêtes

Quelques difficultés sont rencontrées dans le partenariat avec les organisations, structures chrétiennes de lutte contre le SIDA. Au nombre de ces difficultés, on peut retenir :

- La difficulté dans la fourniture des pièces justificatives (sous prétexte que c'est des structures religieuses)
- La faiblesse dans la gestion des projets ;
- La faiblesse dans la gestion des ressources humaines (retraités recrutés par les structures chrétiennes) ;
- Le manque de moyens pour financer les activités ;
- L'insuffisance de la concertation ;
- L'insuffisance de la coordination.

3.5.4.2. Le réseautage

Il existe un réseautage en matière du VIH/SIDA en milieu chrétien au Burkina. Dans le milieu évangélique, on peut retenir le Rasone/SIDA, structure évangélique créée en 2002 ;

Dans le milieu catholique, le conseil national des catholiques de lutte contre le SIDA s'appuie sur les instances nationales, provinciales, diocésaines pour la mise en œuvre de ses plans d'action SIDA.

3.6. Leçons apprises

Plusieurs enseignements liés aussi bien aux acquis qu'aux limites de la lutte contre le VIH/SIDA au sein de l'église et des organisations chrétiennes ont été tirés. Il s'agit de :

☐ Au niveau des enseignements sur les acquis :

• pour les décideurs :

- l'existence d'un comité de lutte contre le sida
- l'existence d'une commission de recherche
- La participation de l'église à la prise en charge
- L'acquisition de la confiance des partenaires
- L'élévation du niveau d'engagement de l'église
- La formation des responsables et du personnel
- La conviction des décideurs dans le combat
- Le renforcement des relations fraternelles

- **pour les intervenants :**

- la pertinence des réponses développées
- la mobilisation des églises locales à la lutte contre le sida
- l'ouverture de CCDV
- la construction des locaux pour la coordination
- le soutien aux PVVIH et OEV
- le développement des campagnes de dépistage VIH
- le changement des comportements à risque du VIH/SIDA
- l'impact bénéfique des réponses sur la santé des bénéficiaires

- **pour les bénéficiaires :**

- l'acceptation du sida comme toute autre maladie
- l'existence des structures religieuses de lutte contre le sida
- le suivi des OEV
- le soutien aux PVVIH
- l'élévation du niveau de conscience des communautés chrétiennes sur le VIH/SIDA
- la réduction du niveau de stigmatisation envers les PV VIH et les OEV
- la prise en charge spirituelle des PV VIH

Au niveau des enseignements sur les préoccupations/limites :

- **pour les décideurs :**

- le caractère éthique du port de condom
- l'insuffisance de la sensibilisation
- le non contrôle des mass média
- l'inefficacité relative de la méthode de prévention du VIH par l'abstinence
- le manque de visibilité des actions développées par l'église
- l'absence de témoignage à visage découvert
- l'absence travail en réseau_entre les églises et les organisations chrétiennes
- le refus d'implication des leaders catholiques dans la commission de recherche

- **pour les intervenants :**

- l'insuffisance des locaux
- l'accès limité aux ARV
- l'insuffisance des prescripteurs agréés
- l'insuffisance des moyens financiers pour les plans d'actions
- l'organisation encore imparfaite de la lutte contre le VIH/SIDA
- l'ignorance de certains bénéficiaires
- l'analphabétisme de certains usagers
- le faible suivi des OEV et des mères PVVIH

- **pour les bénéficiaires :**

- le faible revenu des bénéficiaires
- l'insuffisance des moyens matériels
- l'insuffisance des médicaments
- la prise en charge élevée
- l'insuffisance des campagnes de sensibilisation
- l'insuffisance de l'organisation de la lutte
- l'insuffisance de concertation entre les organisations chrétiennes
- la présence encore des stigmatisations envers les PVVIH et les orphelins du Sida

IV. RECOMMANDATIONS

L'étude a permis de répondre aux principales préoccupations de l'Eglise et des organisations chrétiennes en matière de VIH/SIDA telles qu'elles ont été définies dans les termes de référence de la présente étude. Aussi, à la lumière des résultats de celle-ci, on peut dire qu'en dépit de la faible visibilité des actions de l'église en matière de VIH/SIDA, elle a pu enregistrer des acquis indéniables qui profitent à la communauté chrétienne toute entière. Toute fois, dans le souci de renforcer lesdits acquis d'une part et d'autre part d'améliorer le taux et la visibilité des réponses, un certain nombre de suggestions ont été faites.

Ces recommandations ont été scindées en deux groupes distincts. Les recommandations d'ordre général et les recommandations spécifiques.

4.1. Recommandations d'ordre général

Les recommandations d'ordre général concernent les réponses de l'église et les capacités de réponse des structures intervenantes de celle-ci dans le domaine du VIH.

4.1.1 Stratégies d'amélioration des acquis

Des suggestions ont été proposées à plusieurs niveaux d'acteurs.

- **pour les décideurs**, il s'agira de :
 - Poursuivre la formation des responsables religieux
 - Améliorer la communication sur le sida
 - Développer la prise en charge des PVVIH et OEV
 - Intégrer des modules de formation sur le VIH dans les écoles bibliques

- **pour les intervenants**, il s'agira de :
 - Accentuer la formation des intervenants
 - Créer des mutuelles pour les veuves
 - Créer un centre professionnel pour OEV
 - Accentuer l'information sur le VIH/SIDA
 - Capitaliser les expériences des différentes structures

- **pour les bénéficiaires**, il s'agira de :

- Renforcer la sensibilisation
- Renforcer l'assistance des PVVIH et OEV
- Eduquer tout le monde sur le sida
- Utiliser le théâtre forum et les projections de films
- Renforcer la prévention par l'abstinence

4.1.2 Stratégies d'élargissement des réponses

- **pour les décideurs**, il s'agira de :
 - Sensibiliser la jeunesse
 - Etendre les informations dans les provinces
 - Redoubler d'effort dans la sensibilisation
 - Organiser des caravanes évangéliques d'informations élargies

- **pour les intervenants**, il s'agira de :
 - Rendre les comités régionaux et locaux opérationnels
 - Apporter plus de soins appropriés aux malades
 - Impliquer tout le monde dans la lutte

- **pour les bénéficiaires**, il s'agira de :
 - Encourager les gens à faire le dépistage VIH
 - Doter l'église de plus de moyens pour lutter contre le SIDA
 - Créer des centres spécialisés de prise en charge des PVVIH
 - Enseigner la sexualité selon la parole de Dieu

4.1.3 Stratégies de visibilité des réponses

- **pour les décideurs**, il s'agira de :
 - Soutenir les malades
 - Améliorer le pastoralat
 - Asseoir des structures de lutte contre le sida dans les provinces
 - Créer un fond documentaire pour consigner et préserver les résultats des interventions

- **pour les intervenants**, il s'agira de :
 - Publier les rapports d'activités
 - Médiatiser les activités de lutte contre le Sida

- **pour les bénéficiaires**, il s'agira de :
 - Accepter faire des témoignages à visage découvert

4.2. Recommandations spécifiques

Ce type de recommandations s'adresse aux décideurs, aux intervenants, aux bénéficiaires et aux partenaires. Elles contribuent à résoudre les problèmes identifiés à plusieurs niveaux précis de la lutte contre le VIH/SIDA.

4.2.1. A L' endroit des décideurs

i) au niveau des Eglises (catholiques et protestantes)

A ce niveau, les préoccupations ou limites majeures identifiées sont principalement les suivantes :

- l'absence de coordination/concertation entre les églises catholique et protestante de même qu'entre les dénominations d'Eglise.
- la faible visibilité des réponses de l'Eglise.

Pour résoudre cette problématique, il a été suggéré ce qui suit :

- Créer une structure nationale de coordination et de concertation des églises en matière de VIH/SIDA
- Organiser des rencontres périodiques d'échanges sur les réponses réalisées par chacune des églises
- Créer un bulletin chrétien (catholique et protestant) d'informations et de sensibilisation sur le VIH/SIDA

ii) Au niveau des organisations chrétiennes (catholique et protestante)

A ce niveau, il a été observé également une absence de coordination/concertation entre les différentes organisations impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Aussi, il a été suggéré de :

- Créer un réseau national de toutes les organisations chrétiennes impliquées dans la lutte contre le SIDA
- Organiser des forums chrétiens d'informations et de sensibilisation sur le VIH
- Créer un bulletin chrétien (catholique et protestant) d'informations et de sensibilisation

iii) Au niveau de la commission de recherche

A ce niveau, on a pu observer le retrait des membres de l'Eglise catholique de cette commission, afin d'apporter une solution à ce problème et permettre à la commission de remplir efficacement sa mission, des suggestions ont été proposées. Il s'agit de :

- Organiser une rencontre entre les décideurs catholiques et protestants afin de créer une synergie des actions entreprises communément
- Repenser globalement les modes d'organisation et de fonctionnement de ladite commission
- Médiatiser les interventions de l'église afin qu'elles soient connues de tous
- Amener les décideurs à s'impliquer aux conférences, colloques nationaux, internationaux sur le VIH/SIDA
- Créer un cadre d'échanges d'expériences entre les pays couverts par PACAnet

4.2.2. A l'endroit des intervenants

A ce niveau, les limites majeures retenues sont : l'insuffisance des infrastructures, la faible prise en charge des PVVIH et des OEV et l'insuffisance de la formation des intervenants. Face à ces limites, des suggestions ont été proposées. il s'agit de :

- Accroître l'accès des PVVIH aux ARV
- Accroître l'assistance psycho médico sociale des PVVIH et des OEV
- Renforcer la formation des intervenants en matière de VIH

4.2.3. A l'endroit des bénéficiaires

Les principales préoccupations retenues sont les suivantes :

- l'insuffisance des campagnes de sensibilisation sur le VIH
- La prise en charge élevée pour les PVVIH et les OEV

- l'existence encore au sein de l'Eglise de la stigmatisation envers les PVVIH et les OEV

Il a été suggéré de :

- Accroître les séances de sensibilisation VIH
- Créer des activités génératrices de revenus pour les groupes de bénéficiaires
- Renforcer la sensibilisation de la communauté chrétienne
- Renforcer la circulation /diffusion des informations anti-discriminatoires au sein des églises et la communauté chrétienne.

4.2.4. A l'endroit des partenaires techniques et financiers

La principale limite observée au niveau du partenariat est l'absence de concertation entre les différents partenaires de l'Eglise. Aussi trois recommandations ont été préconisées à l'endroit desdits partenaires. Il s'agit de:

- Créer un cadre de concertation entre tous les PTF (partenaires techniques et financiers) impliqués dans la lutte contre le sida dans le secteur des églises
- Faciliter l'accès aux informations liées au financement des plans d'actions
- Renforcer le financement des plans d'actions de lutte contre le Sida.

REFERENCES

1. bureau de recherche (septembre 2006)	:	Termes de référence de l'étude de base sur la réponse à l'épidémie du VIH SIDA de l'église et des organisations chrétiennes au Burkina Faso.
2. Présidence du Faso Conseil National de lutte contre le SIDA et les IST (2001)		Cadre stratégique de lutte contre le SIDA (2001-2005)
3. Ministère de l'Action Sociale (2004)		Cadre stratégique de prise en charge des OEV (2005-2014)
4. Secrétariat permanent/conseil national de lutte contre le SIDA et les IST (2000)		Politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA et les IST
5. Ministère de l'économie et des finances (2001)		Analyse de la situation et de la réponse aux IST/VIH/SIDA dans le secteur de la jeunesse et des sports
6. Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST. IRSS/CNRT (1999)		Analyse de la situation de l'épidémie du VIH/SIDA et des MST au Burkina Faso
7. Plan International Burkina Faso IRSS/CNRT (mai 2002)		Etude de base sur les connaissances, attitudes et pratiques des communautés à l'égard du VIH/SIDA, des orphelins et enfants vulnérables dans le PV3 de Gaoua
8. Creen L.W et Al (1980)		Health Education planing. A diagnostic approach. May field publishurs (CO, Palo Alto California)
9. ONUSIDA (1998)		Etude pour le processus de planification stratégique de la réponse nationale contre le VIH/SIDA
10. Organisation Mondiale de la santé (1998)		Guide pour la mise en place d'un programme national de lutte contre le SIDA
11. Donabedian A. (1969)		Evaluating the quality of Medical Care – Milbank Memorial Fund Quaterly – Vol 44
12. Champagne F, Contandrio Poulos AP, Pineault R. (1983)		Cadre conceptuel à l'évaluation des programmes de santé Rev ; Epide et santé Pub. Vol 33
13. Programme des Nations Unies pour le Développement (2001)		Rapport sur le développement humain – la lutte contre le sida

14. Centre Canadien d'études et de coopération internationale du projet « OEV » (février 2005)	Etat des lieux sur les OEV et les structures de prise en charge dans les zones de convergence du projet « OEV »
15. Présidence du Faso Conseil National de lutte contre le SIDA et les IST Secrétariat Permanent (janvier 2004)	Plan d'action de lutte contre le VIH/SIDA et les IST du secrétariat permanent du CNLS-IST année (2004).
16. Présidence du Faso Conseil National de lutte contre le SIDA et les IST (décembre 2004)	Bilan général de la mise en œuvre du Plan National Multi sectoriel de lutte contre le SIDA et les IST de l'année 2004.
17. Burkina Faso (mars 2004)	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP)
18. Région sanitaire du Centre-Sud District sanitaire de Pô (2005)	Plan d'actions du district sanitaire (2005)
19. Région sanitaire du Centre-Est District sanitaire de Tenkodogo (2005)	Plan d'actions du district sanitaire (2005)
20. Ministère de l'Agriculture de l'Hydraulique et des Ressources Halieutiques Projet de développement rural dans le Boulgou (décembre 2002)	Etude complémentaire sur les associations de lutte contre le VIH/SIDA dans la province du Boulgou
21. Ministère de l'Administration Territoriale et de la décentralisation Projet de développement régional du Boulgou (septembre 2003)	Etude socio-comportementale sur le VIH/SIDA et les jeunes dans la province du Boulgou
22. Programme d'appui au mouvement associatif et communautaire (novembre 2003)	Typologie des structures associatives de lutte contre le SIDA du Burkina Faso
23. Alliance œcuménique « Agir ensemble » (2005)	Le stigmate en relation avec le sida, pensé en dehors du cadre pré établi : le défi théologique
24. Dossier Mondiaux (Décembre 2001)	Le dispositif de lutte contre le VIH/SIDA et autres maladies
25. Revue du ministère de l'Administration territoriale et de la Décentralisation	Régionalisation du Burkina Treize gouverneurs pour un développement à la base
26. Direction régionale de la santé du centre (2005)	Plan d'actions de développement socio-sanitaire
27. Direction régionale de la santé des Hauts-bassin (005)	Plan d'actions de développement socio-sanitaire
28. Direction régionale de la santé du Sud Ouest (005)	Plan d'actions de développement socio-sanitaire
29. Direction régionale de la santé de l'Est (2005)	Plan d'actions de développement socio-sanitaire
30. Direction régionale de la santé du sahel (2005)	Plan d'actions de développement socio-sanitaire

ANNEXES :

A1 : Termes de référence de l'étude

A2 : Base de sondage de l'étude

A3 : Planification échantillonnale

A4 : Axes stratégiques et domaines d'interventions du cadre stratégique de lutte contre le SIDA 2006-2010

A5 : Liste des structures rencontrées par les enquêteurs

A6: Outils de collecte de données :

- Annexe 6.a : Cibles primaires (Décideurs et leaders religieux chrétiens)
- Annexe 6.b : Cibles secondaires (Intervenants des structures chrétiennes socio-sanitaires)
- Annexe 6.c : Cibles tertiaires (Bénéficiaires/usagers des interventions de la lutte contre le SIDA)
- Annexe 6.d : Cibles quaternaires (Partenaires techniques et financiers)
- Annexe 6.e : Check list ou liste de contrôle (Responsables des organisations/structures de lutte contre le SIDA)

Annexe 1 : Termes de références de l'étude

TERMES DE REFERENCE **Bureau de recherche**

Date de démarrage : 1^{er} octobre 2006

Durée du contrat : trois (3) mois à compter du 1^{er} octobre 2006

Introduction :

Le Réseau Chrétien Panafricain de Lutte contre le SIDA (PACANet) est une réponse chrétienne coordonnée à l'épidémie du VIH/SIDA à travers le continent africain. Il existe en vue de relier les églises, les organisations et les réseaux chrétiens afin d'étendre les réponses au VIH/SIDA en partageant les ressources, les idées, les aptitudes, les expériences et en encourageant les partenariats stratégiques.

A cette fin, PACANet désire commander, conjointement avec la commission de recherche représentant une partie de la communauté chrétienne œuvrant dans le domaine du VIH/SIDA au Burkina Faso, une étude de base sur la réponse de l'église et des organisations confessionnelles à la pandémie au niveau national.

L'étude se penchera sur la réponse actuelle de l'église du Burkina Faso au VIH/SIDA et évaluera dans un contexte plus large la réponse des communautés religieuses au VIH/SIDA au niveau régional, panafricain et mondial.

Les résultats de l'étude seront utilisés pour mieux informer, identifier et élaborer des stratégies en vue de renforcer le travail chrétien en matière de VIH/SIDA au Burkina Faso.

Objectifs de l'étude :

Les principaux objectifs de l'étude de base sont :

1. Identifier les interventions de l'église et des organisations chrétiennes en matière de VIH/SIDA.

Classifier les interventions par thème, niveau et type.

Identifier et décrire les bonnes/meilleures pratiques dans les domaines thématiques conformément aux standards couramment acceptés.

2. Identifier et décrire les ressources existantes disponibles et accessibles dans l'église et dans les organisations chrétiennes.

Faire connaître les opportunités de financement disponible pour la communauté chrétienne et leurs limitations.

Identifier les outils de communication pour un changement de comportement, présentement utilisés et les lacunes qui existent afin de répondre de façon appropriée à la pandémie.

Vérifier/déterminer les ressources humaines présentement impliquées dans la réponse.

3. Evaluer la capacité de l'église et des organisations chrétiennes sur la base de leurs réponses.

Evaluer les domaines programmes suivants :

- Gouvernement et leadership
- Infrastructure et support logistique
- Aptitudes et formation
- Partenariat et réseautage
- Approches (modèles utilisés)
- Politiques et procédures

4. Recommander des mécanismes sur la manière d'élargir la réponse de l'église et de la communauté chrétienne au VIH/SIDA.

Le champ et l'échantillonnage de l'étude :

La recherche sera mise en œuvre à travers le Burkina Faso et prendra en compte une large représentation de la réponse de l'église et des organisations chrétiennes au VIH/SIDA à travers le pays.

Le chercheur devra consulter la commission de recherche afin de déterminer le nombre de personnes à interroger et les zones géographiques à couvrir. Cela devra être un échantillon raisonnablement acceptable. En outre, les catégories suivantes devraient être représentées et prises en compte dans l'étude :

- Eglises
- Structures de tutelle
- Réseaux chrétiens

- Dénominations
- Organisations para-ecclésiastiques
- Partenaires/informateurs clés.

Méthodologie :

L'étude devra être menée en quatre phases :

1. Adoption du cadre fournit par PACANet.
2. Collecte des données :

Revue documentaire : revue des analyses nationales, panafricaines et mondiales des organisations confessionnelles et des réponses chrétiennes dans leurs contextes en incluant la documentation remise par PACANet.

Recherche terrain.

3. Analyse des données/informations.
4. Production des deux rapports spécifiés (rapport provisoire plus un rapport final pour PACANet et la commission nationale).

Taches spécifiques :

Afin d'atteindre les résultats mentionnés plus haut, les tâches spécifiques prévues sont :

1. Consulter les acteurs clés afin d'assurer une variété dans les informations, les connaissances et les opinions introduites dans le rapport.
2. Adapter le cadre de l'étude.
3. Recherche/revue documentaire.
4. Collecte de données : travail de terrain dans la zone géographique spécifiée.
5. Analyse de données/informations collectées.
6. Elaboration et présentation du rapport final.

Conditions de reportage :

Le consultant sera responsable devant PACANet représenté au Burkina Faso par la commission de recherche.

Productions :

- Rapport provisoire et rapport final pour PACANet.

- Rapport provisoire et rapport final pour la commission nationale de recherche et PACANet.

Conditions à remplir :

Le consultant devra avoir au préalable :

- Une capacité avérée à conduire une étude au plan national.
- Une expérience et la connaissance sur le travail dans le domaine du VIH/SIDA.

Procédures :

Les candidats devront envoyer une copie de leur CV ou résumé par email (avec leur adresse complète et numéro de téléphone ainsi que le contact détaillé de deux références professionnelles) et une lettre de motivation attachée en pièce jointe sous forme de fichier Microsoft Word au :

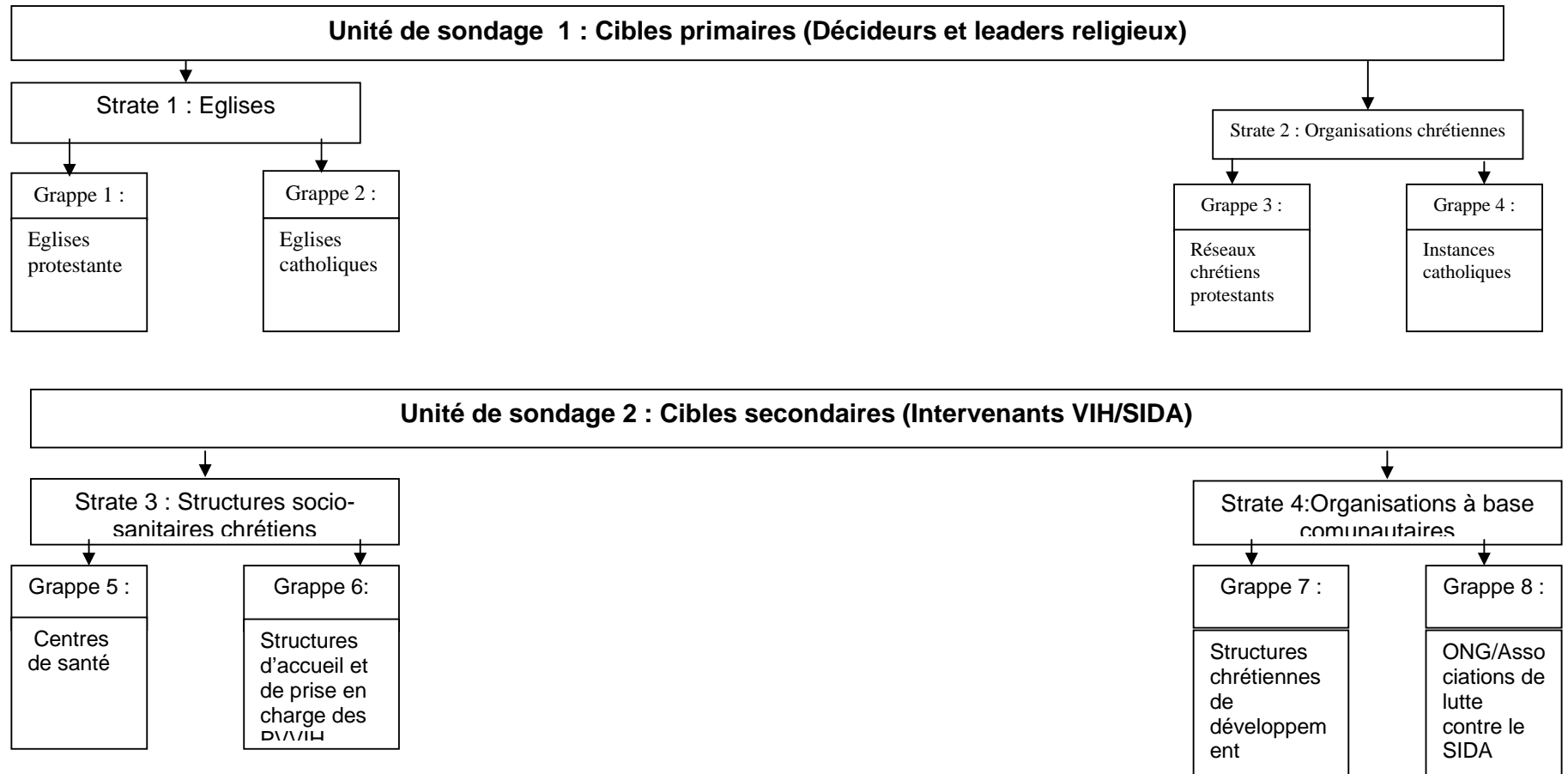
Président de la commission de recherche : Kouliga Michel NIKIEMA, Vigilance
04 B.P. 8276 Ouagadougou 04, Tel : +226 50 34 23 25, +226 76 63 53 51

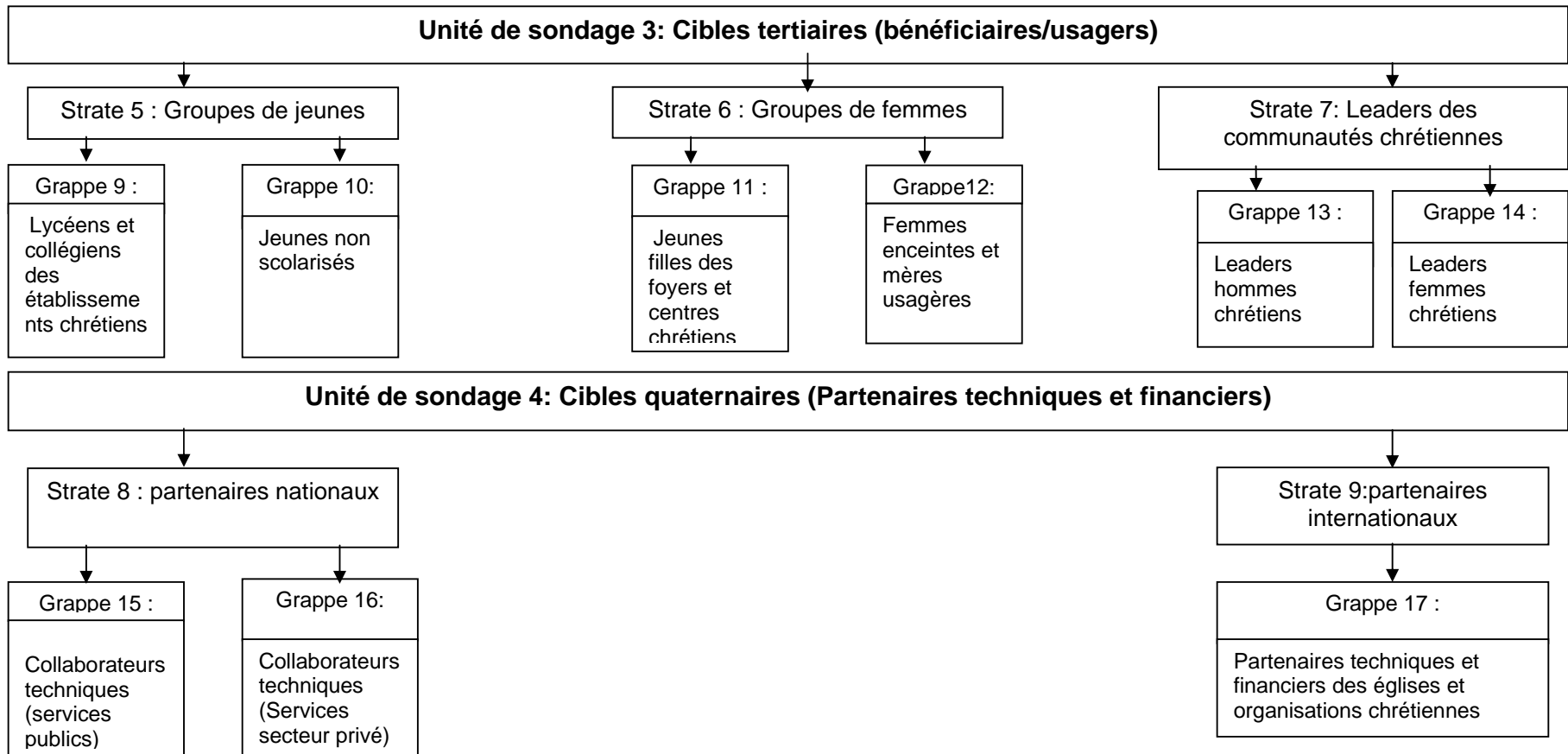
Email : vigi@fasonet.bf

La date limite pour le dépôt des candidatures est fixée au 22 septembre 2006.

Annexe 2 : Base de sondage de l'étude

Annexe 2 : Base de sondage de l'étude





Annexe 3 : Planification échantillonnale

Annexe 3 : Planification échantillonnale

Zones d'enquêtes classifiées	Régions d'enquête retenues	Localités d'enquête retenues	Echantillons d'enquête						Totaux
			Répondants des structures de décision d'orientation et ou de tutelle			Répondants des structures chrétiennes d'interventions Socio-sanitaires	Répondants des structures des bénéficiaires	Répondants des structures partenariales	
			<i>Eglises (protestantes et catholiques)</i>	<i>Organisations chrétiennes (Réseaux et instances nationales)</i>	<i>Total</i>				
<u>Zone I</u>	1. Centre	Ouagadougou	20	20	40	20	100	25	170
<u>Zone II</u>	2. Hauts-Bassins	Bobo-Dioulasso	10	10	20	10	50	10	90
<u>Zone III</u>	3. Sud-Ouest	Gaoua	05	05	10	10	35	00	60
<u>Zone IV</u>	4. Est	Fada	05	05	10	10	35	00	60
<u>Zone V</u>	5. Sahel	Dori	05	05	10	10	35	00	60
TOTAL GENERAL	5 régions	5 localités	45 églises	45 organisations chrétiennes	90 structures de décision	60 structures d'interventions	255 bénéficiaires	35 partenaires	440 répondants

**Annexe 4 : Axes stratégiques et domaines d'intervention du cadre stratégique
de lutte contre le SIDA 2006-2010**

Annexe 4 : Axes stratégiques et domaines d'interventions du cadre stratégique de lutte contre le SIDA 2006-2010

Axes stratégiques	Domaines d'actions prioritaires
<p>Axe1 : Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST et promotion du conseil dépistage volontaire</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prévention des comportements à risque et promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC ; 2. Promotion de la sécurité transfusionnelle dans les structures sanitaires et communautaires ; 3. Promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les milieux de travail ; 4. Prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques ; 5. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; 6. Promotion des préservatifs masculins et féminins ; 7. Promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques ; 8. Promotion de la santé de la reproduction/santé sexuelle ; 9. Renforcement de l'enseignement de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST dans le secteur de l'éducation et dans les écoles de formation professionnelle ; 10. Renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST ; 11. Renforcement du conseil dépistage volontaire au niveau des structures sanitaires et communautaires.
<p>Axe2 : Renforcement de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développement des services sanitaires de base au niveau communautaire ; 2. Renforcement de l'implication du monde associatif et communautaire dans le continuum de soins aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA ; 3. Renforcement des compétences pour la prise en charge médicale et la prise en charge intégrée de la maladie dans le contexte VIH/SIDA. 4. Renforcement de la prophylaxie et du traitement des infections opportunistes (IO) ; 5. Développement des services de traitement ambulatoire et des soins à domicile ; 6. Développement de la prise en charge nutritionnelle ; 7. Renforcement des services biologiques, médico-techniques et cliniques ; 8. Renforcement de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées ; 9. Renforcement du système d'approvisionnement en médicament y compris les ARV, réactifs, consommables et équipements ; 10. Organisation de l'aide à l'observance au traitement.
<p>Axe3 : Renforcement de la protection et du soutien aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/SIDA et autres groupes spécifiques</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcement de la PEC psychosociale, économique et spirituelle des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées dans les formations sanitaires et au niveau des organisations à base communautaire ; 2. Renforcement du soutien psychologique, spirituel, social et économique aux groupes vulnérables et spécifiques ; 3. Promotion des activités génératrices de revenus ; 4. Renforcement de la lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées ;
<p>Axe4 : Renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plaidoyer pour une plus grande implication des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux ; 2. Renforcement de la capacité organisationnelle et Institutionnelle des structures impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ; 3. Renforcement de la coordination multisectorielle des acteurs et des partenaires de lutte contre le VIH/SIDA et les IST ; 4. Renforcement de la coopération régionale et internationale ; 5. Renforcement et capitalisation du partenariat national ; 6. Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.
<p>Axe5 : Renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi-évaluation et promotion de la recherche</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amélioration du système de collecte et de gestion des données par la notification systématique des cas d'infection à VIH/SIDA et d'IST ; 2. Renforcement de la séro-surveillance au niveau des sites sentinelles et sur les groupes spécifiques ; 3. Organisation de la surveillance des IST ; 4. Organisation du système national de suivi-évaluation des interventions de lutte contre le VIH/SIDA et les IST ; 5. Documentation et diffusion des meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST ; 6. Réalisation d'études épidémiologiques, comportementales, sectorielles et d'impacts ; 7. Développement d'un système de promotion de la recherche en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Annexe 5 : Liste des structures rencontrées par les enquêteurs

Annexe 5 : Liste des structures rencontrées par les enquêteurs :

OUAGADOUGOU	BOBO-DIOULASSO	DORI
Assemblée Évangélique de Pentecôte	SERAC	Comité Paroissial de lutte contre le Sida
Home Kisito	JAD	Association Maison Dorcas
Comité Diocésain de Lutte Contre le SIDA	Comité Paroissial de lutte contre le Sida	OCADES
CDCLS Kologh-Naba	ACCEDES	Paroisse Ste Anne
Orphelinat Centre Protestant de Tanghin	Alliance Chrétienne Sarfalao	Eglise Evangélique Internationale
CM Compassion secteur 23	Comité Diocésain de lutte contre le Sida	Fédération des Eglises Evangéliques
Chrétien pour le Sahel	Assemblée de Dieu Lafiabougou	Centre Social
Centre de Développement pour Enfants	District Sanitaire	District Sanitaire
Association Vie Solidaire	Assemblée de Dieu Kolsama	GOUA
CMA Paul VI	Eglise Evangélique de Cilma	Comité Paroissial de lutte contre le Sida
Comité Paroissial de lutte contre le Sida Kologh Naba	FADA-N'GOURMA	Union Chrétienne Médicale et Paramédicale
Comité Paroissial de lutte contre le Sida Dapoya	Comité diocésain de lutte contre le SIDA	Paroisse Sacré Cœur
Comité Paroissial de lutte contre le Sida Kiliwin	EE/SIM Burkina	Radio Evangélique Sud-Ouest
Comité Paroissial de lutte contre le Sida Silmi-Yiri	Programme Evangélique pour le Développement et la Solidarité (PEDRS)	
Comité Paroissial de lutte contre le Sida Bissighin	Comité Régional Evangélique de Lutte contre le SIDA	
Eglise Evangélique Pentecôte Secteur 30	District Sanitaire	
Eglise Evangélique Pentecôte Wayalghin		
Assemblée de Dieu secteur 22		
Eglise Evangélique Borgho		
Temple Emmanuel		
Collège Wend- Dabo		
Association Solidarité et Partage		
Sœur de l'Immaculée Conception de Silmi Yiri		
Eglise Baptiste Œuvre et Mission		
Scolasticat St Camille		
Ministères de la Montagne de Feu et des Miracles		
CM Eglise Protestante secteur 23		
CATHWEL		
Association GSR		
Lycée Technique Apostolique		
Collège Protestant		

Annexe 6 : Outils de collecte de données

Annexe 6.a : Cibles primaires (Décideurs et leaders religieux chrétiens)

Questionnaire d'enquête
(Destiné aux cibles primaires (Décideurs et leaders religieux chrétiens))

N°	Items	Réponses/Codes
100	Numéro du questionnaire	/ _____ /
101	Date de l'interview Jour/Mois	/ ___ / ___ / 2006
102	Nom/Prénoms : * Enquêteur * Superviseur	_____ _____
103	Dénomination de l'église	
104	Aires d'enquête : • Zone d'enquête • Région d'enquête • Localité d'enquête	/ _____ / _____ _____ _____
105	Sites d'enquête (structure concernée) : - église catholique - autre dénomination d'église - réseaux chrétiens - instances catholiques	_____ _____ _____ _____

SECTION II : Caractéristiques socio-démographiques

N°	Items	Réponses	Codes (encercler votre réponse)
200	Sexe du répondant	Féminin Masculin	1 2
201	Age du répondant	/ _____ / ans	
202	Ethnie du répondant	Mossi Peulh Boaba Bissa Gourounsi Dioula	1 2 3 4 5 6

		Autres : _____	7
203	Religion du répondant	Chrétienne catholique Chrétienne protestante Autre : _____	1 2 3
204	Niveau d'instruction du répondant	Aucun Primaire Secondaire Supérieur	1 2 3 4
205	Statut matrimonial du répondant	Marié monogame (vivant ensemble) Séparé Divorcé Veuf € Célibataire Autre statuts : _____	1 2 3 4 5 6
206	Profession/occupation du répondant	-Evêque - Pasteur -Abbe -Père religieux -Frère religieux -Sœur religieuse -Responsable diocésain -Responsable de réseaux chrétien -Membres d'instances catholiques -Autres	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SECTION III : Evaluation de la réponse actuelle à l'épidémie du VIH

N°	Items	Réponses	Codes
Sous section 3.1. Réponses développées			
300	L'épidémie du VIH constitue-t-elle une préoccupation actuelle pour le secteur de l'église et des organisations chrétiennes ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
301	Quelles sont les principales réponses à l'épidémie du VIH que vous développez depuis les 10 dernières années en faveur de la communauté chrétienne ?		
302	Vos réponses à l'épidémie du VIH font-elles l'objet d'un plan d'actions périodique ?	Annuel Biannuel Triannuel Quinquennal Autres	/___/ 1 /___/ 2 /___/ 3 /___/ 4 /___/ 5
303	Pensez-vous que les réponses de l'église et des organisations chrétiennes du Burkina Faso sont visibles ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
303.1	Si pas du tout à peu, dites pourquoi ?		
304	Le développement de vos réponses à l'épidémie du VIH a-t-il rencontré des difficultés ?	Oui Non ND	1 2 3
304.1	Si oui, citer les types de difficultés rencontrées ?		
305	Quel a été le niveau de vos solutions à ces difficultés ?	Aucun Peu Moyen	1 2 3

		Beaucoup ND	4 5
Sous-section 3.2 Impact-implication et satisfaction			
306	Les réponses de votre église et de vos organisations chrétiennes ont –elles eu un impact positifs pour la communauté chrétienne ?	Oui Non ND	1 2 3
307	Quel a été le niveau d'impact des réponses pour la communauté chrétienne ?	Nul Faible Moyen Grand Très grand ND	1 2 3 4 5 6
308	Comment participez-vous concrètement à la lutte contre le VIH/SIDA dans votre secteur ?		
309	Comment jugez-vous votre niveau de participation à cette lutte ?	Nul Faible Moyen Grand Très grand ND	1 2 3 4 5 6
310	Comment appréciez-vous le niveau de participation de l'ensemble de vos acteurs ?	Nul Faible Moyen Grand Très grand ND	1 2 3 4 5 6
311	Comment appréciez-vous le niveau de participation de vos partenaires locaux (structures nationales de collaboration – santé, communication, éducation etc.) ?	Nul Faible Moyen Grand Très grand ND	1 2 3 4 5 6
312	Comment appréciez-vous le niveau de participation de vos partenaires techniques et financiers (bailleurs de fonds) à la lutte contre le VIH/SIDA ?	Nul Faible Moyen Grand Très grand ND	1 2 3 4 5 6
313	Etes-vous satisfaits des réponses à l'épidémie du VIH de l'église et des organisations chrétiennes du Burkina Faso ?	Totalement insatisfait Insatisfait Satisfait Totalement satisfait ND	1 2 3 4 5

SECTION IV : Evaluation des capacités de réponse à l'épidémie du VIH

N°	Items	Réponses	Codes
400	La politique nationale de lutte contre le SIDA est-elle appropriée pour le secteur de l'église ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
400.1	Si pas du tout à peu, pourquoi ?		
401	Quels sont les aspects de la politique national que vous avez adaptés pour l'église ?		

402	Les approches et stratégies utilisées par l'église sont-elles :		
	* appropriées ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
	* efficaces ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
	* acceptées par la communauté chrétienne ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
403	Etes-vous satisfait du taux de couverture générale des activités de lutte contre le SIDA menées dans le secteur ?	Totalement insatisfait Insatisfait Satisfait Totalement satisfait ND	1 2 3 4 5
404	Comment appréciez-vous les prestations offertes à la communauté chrétienne ?	Nul Médiocre Moyen Bon Excellent ND	1 2 3 4 5 6
405	Les activités développées vous paraissent-elles accessibles à la communauté chrétienne ?		
	* géographiquement ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
	* idéologiquement (conformité avec leur foi chrétienne) ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
	* économiquement (pouvoir d'achat)	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
406	Quels sont les principaux canaux de communication pour le changement de comportement utilisés par vos structures intervenantes?		
406.1	Ces canaux vous paraissent		
	* appropriés pour la communauté chrétienne ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
	* efficaces dans la lutte contre le VIH/SIDA ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
407	Avez-vous d'autres canaux que vous souhaitez proposer ?	Oui Non ND	1 2 3
407.1	Si oui, lesquels ?		

408	Réalisez-vous des formations en faveur :		
	*des intervenants	Oui Non ND	1 2 3
	*de la communauté chrétienne	Oui Non ND	1 2 3
409	Quels sont les thèmes des modules de ces formations ?		
410	Etes-vous satisfaits globalement de la performance de vos intervenants socio-sanitaires ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
410.1	Si pas du tout à peu, pourquoi ?		
411	Les ressources dont vous disposez pour mettre en œuvre les activités de lutte contre le SIDA vous paraissent-elles ?	Totalement insuffisantes Insuffisantes Moyennement insuffisantes Totalement suffisantes ND	1 2 3 4 5 6
412	Comment appréciez-vous le niveau quantitatif de vos réponses à l'épidémie du VIH ?	Faible Insuffisant Suffisant ND	1 2 3 4
413	Quelles sont les principales sources de financement de vos activités de lutte contre le SIDA ?		
414	Comment appréciez-vous le niveau de financement de vos plans d'actions de lutte contre le SIDA ?	Faible Moyen Bon Excellent ND	1 2 3 4 5

SECTION V : Leçons apprises de lutte contre le SIDA

N°	Items	Réponses	Codes
500	Quelles sont les acquis que l'église et les organisations chrétiennes ont-ils enregistrés dans leur lutte contre le SIDA au cours des 10 dernières années ?		
501	Quelles sont les limites actuelles de la lutte contre le SIDA de l'église et des organisations chrétiennes ?		

SECTION VI : Suggestions/Recommandations

N°	Items	Réponses	Codes
600	Quelles sont les meilleures stratégies que vous préconisez pour améliorer les acquis de l'église et		

	des organisations chrétiennes au Burkina Faso?		
601	Quelles sont les meilleures stratégies que vous préconisez pour élargir le taux de réponses à l'épidémie du VIH de l'église et des organisations chrétiennes au Burkina Faso?		
602	Quelles sont les meilleurs stratégies que vous préconisez pour rendre plus visibles à l'avenir les réponses des églises et des organisations chrétiennes au Burkina Faso ?		
603	Quelles autres situations avez-vous à émettre ?		

Merci de votre collaboration!

Annexe 6.b : Cibles secondaires (Intervenants des structures chrétiennes socio-sanitaires)

Questionnaire
(Destiné aux cibles secondaires (Intervenants des structures chrétiennes socio-sanitaires))

SECTION I : IDENTIFICATION

N°	Items	Réponses/Codes
100	Numéro du questionnaire	/_____/
101	Date de l'interview Jour/Mois	/___/___/ 2006
102	Nom/Prénoms : * Enquêteur * Superviseur	_____ _____
103	Dénomination de l'église concernée par l'enquête :	_____
104	Aires d'enquête : • Zone d'enquête • Région d'enquête • Localité d'enquête	_____ _____ _____
105	Site d'enquête (structure concernée) : - Centre de santé - Structures de prise en charge des PVVIH - Structures de prise en charge des OEV - ONG chrétienne de lutte contre le SIDA - Association chrétienne de lutte contre le SIDA - Autre structure : _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____

SECTION II : Caractéristiques socio-démographiques

N°	Items	Réponses	Codes (encercler votre réponse)
200	Sexe du répondant	Féminin Masculin	1 2
201	Age du répondant	/ _____ / ans	
202	Ethnie du répondant	Mossi Peulh Boaba Bissa Gourounsi Dioula Autres : _____	1 2 3 4 5 6 7
203	Religion du répondant	Chrétienne (Catholique) Chrétienne (Protestante) Autre : _____	1 2 3
204	Niveau d'instruction du répondant	Aucun Alphabétisé Primaire Secondaire Supérieur	1 2 3 4 5
205	Statut matrimonial du répondant	Marié monogame (vivant ensemble) Séparé Divorcé Veuf € Autres : _____	1 2 3 4 5
206	Profession/occupation du répondant	Médecin Infirmier Sages/femme Accoucheuse auxiliaire Educateur social Responsable d'ONG Responsable d'association Responsable de structures de prise en charge des PVVIH Autres statuts : _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SECTION III : Evaluation de la réponse actuelle à l'épidémie du VIH

N°	Items	Réponses	Codes
Sous secteur 3.1. Réponses développées dans le secteur de l'église			
300	Votre église ou organisation chrétienne dispose t-elle d'une structure d'intervention dans le domaine du SIDA ?	Oui Non ND	1 2 3
301	Si oui, désignez votre structure d'intervention parmi celles énoncées ci-contre ?	- Centre de santé - Structure de prise en charge des PVVIH - Structure de prise en charge des OEV - ONG chrétienne de lutte contre le SIDA - Association chrétienne de lutte contre le SIDA - Autre structure	1 2 3 4 5 6
302	Votre structure a-t-elle actuellement d'un projet/programme d'actions de lutte contre le VIH/SIDA ?	Oui Non ND	1 2 3
302.1	Si oui, indiquer sur le tableau ci-après les réponses développées par votre structure selon les 5 axes du cadre stratégique de lutte contre le SIDA du Burkina Faso (2002-2006)		
Axes stratégique s		Principales activités	codes
Axe I : Prévention de la transmission du VIH		- Campagnes de sensibilisation	1

		- Approvisionnement /distribution des condoms	2
		- Formation à la prévention dans les écoles	3
		- Plaidoyer pour le dépistage VIH	4
		- Conseil/dépistage	5
		- PTME	6
		- Promotion à l'abstinence	7
		- Autres : _____	8
		- Soutien spirituel au PVVIH	9
		- Collaboration avec les services de santé et de l'action sociale	10
		- Soins à domicile	11
		- Visite à l'hôpital	12
		- Traitements des maladies opportunes	13
		- Traitement par les ARV	14
		- Autres : _____	15
		- Soutien spirituel	16
		- Soutien alimentaire et nutritionnel	17
		- Soutien maternel	18
		- Soutien scolaire	19
		- Soutien aux activités génératrices de revenus	20
		- Campagnes de lutte contre la stigmatisation	21
		- Assistance aux OEV (matériel, scolarité etc.)	22
		- Autres : _____	23
		- Mise en place des structures et cadres de concertation	24
		- Opérationnalisation des mécanismes de coordination des activités	25
		- Confection des supports de gestion	26
		- Promotion du partenariat national et international	27
		- Plaidoyer de mobilisation de fonds	28
		- Mise en place d'un mécanisme de mobilisation des fonds	29
		- Renforcement des capacités de la structure d'intervention	30
		- Autres : _____	31
		- Organisation du système de collecte et de diffusion des données sur le VIH	32
		- Collaboration avec le réseau de surveillances du VIH et des IST	33
		- Création d'un système de suivi/évaluation des activités	34
		- Réalisation des études (épidémiologique socio-comportementale, impacts)	35
		- Promotion de la recherche dans le domaine du SIDA	36
		- Autres : _____	37
303	Depuis quand votre structure développe-t-elle les activités de lutte contre le Sida pour le compte de l'Eglise ?	/ _____ /	
304	Quelles stratégies spécifiques votre église/structure utilise t-elle pour les PVVIH ?		
305	Quelles stratégies spécifique votre église/structure utilise t-elle pour les OEV ?		

306	Vos réponses VIH/SIDA et OEV actuelles vous ont t-elles parues pertinentes ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
306.1	Si pas du tout à peu, dites pourquoi ?		
307	Vos réponses VIH/SIDA et OEV actuelles vous ont-elles parues efficaces ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
307.1	Si pas du tout à peu, dites pourquoi ?		
308	Les réponses développées par votre église/structure sont-elles réellement visibles pour votre entourage immédiat ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
309	Les réponses développées par votre église/structure sont-elles réellement visibles pour votre communauté chrétienne en général ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
310	Quelles sont les raisons de la faible visibilité actuelle de vos réponses ?		
311	Quelles meilleures stratégies de visibilité de vos réponses (actions) préconisez-vous pour le futur ?		
312	Résumez les principales actions développées en faveur de vos PVVIH et les personnes affectées par le VIH en général ?		
313	Résumez les principales actions développées en faveur de vos OEV		
314	Quelles sont les principales forces observées dans le développement de vos réponses ?		
315	Quels sont les difficultés majeures que vous avez rencontrées dans le développement de vos réponses ?		
316	Avez-vous pu résoudre les difficultés rencontrées ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5

317	Quelles sont les difficultés que vous n'avez pas encore surmontées ?		
Sous-section 3.2 Impacts-implication et satisfaction			
318	Les résultats de vos programmes ont-ils entraîné des impacts positifs pour votre communauté chrétienne en général ?	Oui Non ND	1 2 3
318.1	Si oui, lesquels ?		
319	Quel niveau jugez-vous votre participation dans les activités de lutte contre le SIDA ?	Nul Faible Moyen Grand Très grand ND	1 2 3 4 5 6
320	Etes-vous actuellement satisfait de vos réponses à l'infection du VIH ?	Totalement insatisfait Insatisfait Satisfait Totalement satisfait ND	1 2 3 4 5

SECTION IV : Evaluation des capacités de réponse à l'épidémie du VIH

N°	Items	Réponses	Codes
Sous-section 4.1 : Evaluation des capacités managériales et techniques			
400	Votre programme d'action dispose t-elle d'un organigramme fonctionnel ?	Oui Non ND	1 2 3
401	Votre structure dispose t-elle des mécanismes de gestion/coordination des activités ?	Oui Non ND	1 2 3
401.1	Si oui, lesquels ?		
402	Votre programme d'action dispose t-il d'un dispositif de suivi/évaluation ?	Oui Non ND	1 2 3
403	Quels sont les modes de communication les plus fréquemment utilisés dans votre structure pour la lutte contre le SIDA ?	- réunions - circulaires - discussions interpersonnelles - prédication - conférences - autres : _____	1 2 3 4 5 6
404	Comment jugez-vous le niveau de vos performances techniques ?	Nul Médiocre Moyen Bon Excellent ND	1 2 3 4 5 6
405	De quelle manière élaborez-vous vos plans d'actions de lutte contre le SIDA ?	- Sans planification - Occasionnellement - Avec planification rigoureuse - Autres : _____	1 2 3 4
406	Disposez-vous d'un système de documentation des activités SIDA développées ?	-Aucun système -Rapport d'activités -Rapport d'audit -Rapport d'évaluation -Publication -Fichiers électroniques -Notes conservées -Autres : _____	1 2 3 4 5 6 7 8
Sous-section 4.2 : Evaluation des capacités humaines			

407	Quel type de ressources humaines disposez-vous pour mettre en œuvre votre programme d'intervention ?	-Bénévole -Employé salarié -missionnaire expatrié -Fonctionnaire détaché -Autres : _____	1 2 3 4 5
408	Etes-vous motivé dans votre travail ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
409	Comment êtes-vous motivé ?	-Encouragement financier -Cadeaux de Noël/pâques -Nourriture -Matériels divers -Certification -Voyage d'études -Mission à l'étranger -Bourses d'étude -Promotion -Autres : _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
410	Combien d'intervenants par catégorie de personnel employez-vous dans votre programme de lutte contre le SIDA ?	Personnel médical Personnel paramédical Personnel administratif Personnel de soutien Autres : _____	1 / _____/ 2 / _____/ 3 / _____/ 4 / _____/ 5 / _____/
411	Quel type de formation le personnel a-t-il déjà bénéficié ?	-IEC/VIH -CCC/VIH -Information de base sur le VIH/SIDA -Prévention VIH -Soins à domicile -Soutien psychosocial -Counseling et dépistage -Gestion financière -PTME -Plaidoyer -Traitement des IST -Traitement antiviraux -Autres : _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
412	Comment jugez-vous le niveau de performance du personnel de votre structure d'intervention ?	Nul Médiocre Moyen Bon Excellent ND	1 2 3 4 5 6
413	Etes-vous satisfait du personnel qui travaille dans votre programme SIDA ?	Totalement insatisfait Insatisfait Satisfait Totalement satisfait ND	1 2 3 4 5
Sous-section 4.2. Evaluation des capacités infrastructurelles, matérielles et logistiques			
414	Disposez-vous des ressources ci-contre en quantité et en qualité nécessaires pour l'exécution de vos activités de lutte contre le SIDA ?	-Locaux -Mobilier -Equipement bureautique -Fournitures de bureau -Matériel roulant -Autres : _____	1 2 3 4 5 6
415	Les ressources utilisées actuellement vous semblent-elles appropriées ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
416	L'état actuel des locaux vous semble-t-il satisfaisant ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
417	L'état actuel des ressources matérielles et logistiques vous semble-t-il satisfaisant ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5

418	Votre structure dispose t-elle des supports de communication pour le changement de comportement ci-contre pour la lutte contre le SIDA ?	- Affiches - Dépliants - Vidéo-projecteur - Manuels - Autres : _____	1 2 3 3 5
Sous-section 4.3 : Evaluation des capacités financières			
419	Bénéficiez-vous de financement pour vos activités ?	Oui Non ND	1 2 3
419.1	Si oui, à quelle hauteur ?	/ _____ /	
419.2	Si oui, par quelles sources de financement ?		
420	Quelles sont les modalités d'allocation des fonds alloués aux structures intervenantes ?	Ponctuellement Périodiquement Annuellement Autres : _____	1 2 3 4
421	A quels délais se fait le décaissement des fonds pour vos activités ?	- toujours en retard - quelques fois en retard - souvent en retard - à temps -ND	1 2 3 4 5
422	Votre église/structure dispose t-elle d'autres supports de gestion du programme de lutte contre le SIDA ?	Plan d'action Protocole de suivi Protocole d'évaluation Tableau de bord Fiches de sortie Manuel de procédure Autres : _____	1 2 3 4 5 6 7
423	Votre église/structure dispose t-elle d'un compte bancaire pour les fonds du programme ?	Oui Non ND	1 2 3
424	Les procédures de vérification comptable des fonds ci-contre existe t-il pour votre programme ?	Audit Inspection Rapport Bilan financier Autres : _____	1 2 3 4 5
425	Disposez-vous suffisamment de ressources financières pour vos activités ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
426	Avez-vous d'autres opportunités de financement ?	Oui Non ND	1 2 3
426.1	Si oui, lesquelles ?		

SECTION V : Evaluation des relations partenariales

N°	Items	Réponses	Codes
500	Votre église/structure développe t-elle un partenariat technique national et ou international ?	Oui Non ND	1 2 3
501	Désignez ci-contre les structures techniques nationales avec lesquelles vous collaborez dans le cadre de la lutte contre le SIDA?	-Les districts sanitaires -Les formations sanitaires -Les CCDV -Les centres d'accueils pour les OEV -Les écoles -La croix rouge -Le SP/CNLS -Le CONAPO -Autres : _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9
502	Désignez ci-contre les structures de financement avec lesquelles vous collaborez ?	-PAMAC -ONU-SIDA -OMS -UNICEF -UNPH -CATWEL -Autres : _____	1 2 3 4 5 6 7
503	Appréciez-vous le niveau de partenariat que vous entretenez ?	Nul Médiocre Moyen Bon Excellent ND	1 2 3 4 5 6
504	Quelles sont les principales difficultés rencontrées avec vos partenaires techniques ?		
505	Quelles sont les principales difficultés rencontrées avec vos partenaires financiers ?		
506	Quelles sont les structures nationales que vous avez appuyé techniquement en vue de promouvoir et de développer vos réponses durant les 3 dernières années ?		
507	Quelles sont les structures nationales que vous avez appuyées financièrement dans le cadre de vos activités durant les 3 dernières années ?		
508	Comment procédez-vous à ces appuis ?		

**SECTION VI : Evaluation des aspects humains du programme
(Discrimination et genre/SIDA)**

N°	Items	Réponses		Codes
Sous-section 6.1 : Evaluation de la discrimination/stigmatisation				
600	Pensez-vous qu'il existe une discrimination/stigmatisation envers des PVVIH ou des enfants orphelins du SIDA au sein de votre église/structure ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND		1 2 3 4 5
601	Comment exprime t-on la discrimination/stigmatisation au sein de votre église/structure ?	-Rejet apparent -Soutien inéquitable -Maltraitance -Violence verbale -Manque d'assistance -Refus de recrutement -Licenciement abusif -Autres : _____		1 2 3 4 5 6 7 8
602	Quel est le niveau de la qualité des traitements de vos orphelins	Nul Médiocre Moyen Bon Excellent ND		1 2 3 4 5 6
603	Quelle perception votre église/structure fait-elle du SIDA ?	-Maladie comme les autres -Punition de Dieu -Maladie de l'adultère -Autres : _____		1 2 3 4
604	Etes-vous d'accord avec l'affirmation selon laquelle une personne infectée du VIH n'a pas droit au soutien ?	Totalelement en désaccord En désaccord En accord Totalelement en accord ND		1 2 3 4 5
605	Votre église/structure impose t-elle un silence sur le statut sérologique de ses membres infectés du VIH ?	Oui Non ND		1 2 3
606	Votre église/structure peut-elle refuser à un prédicateur atteint du SIDA de continuer de sa mission ?	Oui Non ND		1 2 3
607	Votre église/structure est-elle prête à soutenir un des membres atteint du SIDA ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND		1 2 3 4 5
Sous-section 6.2 : Evaluation du genre/SIDA				
608	Disposez-vous de femmes dans votre programme ?	Oui Non ND		1 2 3
609	Quel est le nombre des femmes par rapport aux hommes ?	<u>Hommes</u> / _____ /	<u>Femmes</u> / _____ /	
610	Quel est le niveau de participation de ces femmes à vos activités ?	Participation nulle Participation faible Participation moyenne Participation grande Participation très grande ND		1 2 3 4 5 6
611	Les femmes bénéficiaires du programme participent-elles aux activités ?	Jamais Quelquefois Souvent ND		1 2 3 4
612	Les hommes bénéficiaires du programme participent-ils aux activités ?	Jamais Quelquefois Souvent ND		1 2 3 4
613	Désignez les activités ci-contre dans lesquelles les femmes ont pu participer à votre programme ?	-Soins des OEV -Soins des PVVIH -Soins des familles affectées -Visites à domiciles -Groupe de parole - Soutien spirituel		1 2 3 4 5 6

		-Autres : _____	7
614	Désignez les activités ci-contre dans lesquelles les hommes ont pu participer à votre programme ?	-Soins des OEV -Soins des PVVIH -Soins des familles affectées -Visites à domiciles -Groupe de parole - Soutien spirituel -Autres : _____	1 2 3 4 5 6 7
615	Les femmes membres de votre église atteintes du SIDA sont-elles dépossédées de leur maison et autres biens ?	Jamais Quelquefois Souvent ND	1 2 3 4
616	Votre église/structure développe t-elle des activités spécifiques aux femmes ou filles infectées par le VIH ?	Oui Non ND	1 2 3
606.1	Si oui, lesquelles ?		
606.2	Si non, pourquoi ?		
607	Pensez-vous que le genre est suffisamment pris en compte dans votre programme ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
608	Si pas du tout ou peu, que faire ?		

SECTION VII : Evaluation des leçons apprises

N°	Items	Réponses	Codes
700	Quelles sont les acquis que vous avez enregistrés dans leur lutte contre le SIDA au cours des 10 dernières années ?		
701	Quelles sont les limites actuelles de la lutte contre le SIDA de dans votre structure d'intervention ?		

SECTION VIII : Suggestions/Recommandations

N°	Items	Réponses	Codes
800	Quelles sont les meilleures stratégies que vous préconisez pour améliorer les acquis de la lutte contre le VIH/SIDA dans votre secteur d'intervention?		
801	Quelles sont les meilleures stratégies que vous préconisez pour élargir le taux de réponses à l'épidémie du VIH dans votre secteur d'intervention ?		
802	Quelles sont les meilleurs stratégies que vous préconisez pour rendre plus visibles à l'avenir les réponses que vous développez dans votre secteur d'intervention ?		
803	Quels autres avis avez-vous à émettre ?		

Merci de votre collaboration!

Annexe 6.c : Cibles tertiaires (Bénéficiaires/usagers des interventions de la lutte contre le SIDA)

Questionnaire d'enquête
(Destiné aux cibles tertiaires (Bénéficiaires/usagers des interventions de la lutte contre le SIDA))

SECTION I : IDENTIFICATION

N°	Items	Réponses/Codes
100	Numéro du questionnaire	/_____/
101	Date de l'interview Jour/Mois	/___/___/ 2006
102	Nom/Prénoms : * Enquêteur * Superviseur	_____ _____
103	Dénomination de l'église concernée par l'enquête	_____
104	Aires et sites d'enquête : • Zone d'enquête • Région d'enquête • Localité d'enquête	/_____/_____ _____ _____
105	Sites d'enquête (groupes concernés) : - Jeunesse chrétienne utilisateur de services - Jeunesse non chrétienne utilisateur de services - Femme chrétienne utilisateur de services - Femme non chrétienne utilisateur de services - Leader chrétien homme utilisateur de services - Leader chrétien femme utilisateur de services	/_____/_____ _____ _____ _____ _____ _____

SECTION II : Caractéristiques socio-démographiques

N°	Items	Réponses	Codes (encercler votre réponse)
200	Sexe du répondant	Féminin Masculin	1 2
201	Age du répondant	/_____/ ans	
202	Ethnie du répondant	Mossi Peulh Boaba Bissa Gourounsi Dioula Autres : _____	1 2 3 4 5 6 7
203	Religion du répondant	Chrétienne catholique Chrétienne protestante Autre : _____	1 2 3
204	Niveau d'instruction du répondant	Aucun Primaire Secondaire Supérieur	1 2 3 4
205	Statut matrimonial du répondant	Marié monogame (vivant ensemble) Séparé Divorcé Veuf € Célibataire Autre statuts : _____	1 2 3 4 5 6
206	Profession/occupation du répondant	-Lycéens/collégiens - Etudiant -Jeune non scolarisé -Travailleur du public -Travailleur du privé -Fille dans les foyers chrétiens -Femmes enceintes -Mères allaitantes -Leader homme chrétien -Leader femme chrétienne -Autres : _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

SECTION III : Evaluation de la réponse actuelle à l'épidémie du VIH

N°	Items	Réponses	Codes
Sous section 3.1. Réponses développées			
300	Etes-vous un utilisateur d'une des structures chrétiennes socio-sanitaires ci-contre de l'église ?	- Centre médical - CSPS - Dispensaire - Infirmerie - Maternité - Structure de prise en charge des OEV - Structures de prise en charge des PVIH - Autres : _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
301	Pensez-vous que l'église et les organisations chrétiennes sont-elles impliquées à la lutte contre le SIDA ?	Oui Non ND	1 2 3
302	Les interventions SIDA de ce secteur vous paraissent actuellement visibles ?	Pas du tout Peu	1 2

		Moyennement Beaucoup ND	3 4 5
302.1	Si pas du tout à peut, dites pourquoi ?		
303	Avez-vous déjà bénéficié des prestations ci-contre des structures chrétiennes socio-sanitaires impliquées dans la lutte contre le SIDA ?	-Référence vers une autre structure -Conseil/VIH -Dépistage VIH -Soins médicaux -Soins ARV -Prise en charge sociale -Prise en charge matérielle -Prise en charge spirituelle -Prise en charge scolaire -Plaidoyer IST/VIH/SIDA -Sensibilisation IST/VIH/SIDA -Formation IST/VIH/SIDA -Education sexuelle -Autres : _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
304	Les structures socio-sanitaires de l'église dispose t-elle de médicament essentiels génériques pour les malades du SIDA ?	Oui Non ND	1 2 3
305	Les médicaments disponibles sont-ils accessibles aux malades du SIDA ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
306	Les ARV sont-ils disponibles dans les structures socio-sanitaires de l'église ?	Oui Non ND	1 2 3
307	Les ARV disponibles sont-ils accessibles aux malades du SIDA ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
Sous-sections 3.2. Impact-implication et satisfaction			
308	Les activités de lutte contre le SIDA développés par les structures de l'église et des organisations chrétienne ont-ils eu un impact pour vous ?	Oui Non ND	1 2 3
308.1	Si oui, en quoi ?		
309	Comment appréciez-vous votre niveau de participation dans ces activités ?	Nul Faible Moyen Grand Très grand ND	1 2 3 4 5 6
310	Etes-vous satisfait des prestations qui vous ont été offerte dans le domaine de la lutte contre le SIDA ?	Totalement insatisfait Insatisfait Satisfait Totalement satisfait ND	1 2 3 4 5
310.1	Si insatisfait, pourquoi ?		

SECTION IV : Evaluation des capacités de réponse à l'épidémie du VIH

N°	Items	Réponses	Codes
400	Les approches et les stratégies d'intervention utilisées dans la lutte contre le SIDA par l'église et les organisations chrétiennes vous sont-elles convenables?	Totalement insatisfait Insatisfait Satisfait Totalement satisfait ND	1 2 3 4 5
400.1	Si peu, pourquoi ?		
401	Le taux de couverture des prestations offertes vous paraît-il satisfaisant ?	Nul Médiocre Moyen Bon Excellent ND	1 2 3 4 5 6
402	Les prestations offertes vous ont-elles été accessibles ?		
	*géographiquement ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
	*idéologiquement (conformité avec leur foi chrétienne) ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
	*économiquement (pouvoir d'achat)	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
403	Quels sont les modes de communication utilisés par les structures intervenantes pour s'adresser à vous?		
404	Quelle appréciation faites-vous du niveau de performance des intervenants des structures de l'église impliquées dans la lutte contre le SIDA ?	Nul Médiocre Moyen Bon Excellent ND	1 2 3 4 5 6
405	Avez-vous bénéficié des séances de sensibilisation dans le domaine du SIDA au cours des 3 dernières années par les structures de l'église?	Oui Non ND	1 2 3
405.1	Si oui, citez les thèmes développés ?		

406	Avez-vous bénéficié des sessions de formation dans le domaine du SIDA au cours des 3 dernières années par les structures de l'église?	Oui Non ND	1 2 3
406.1	Si oui, citez les thèmes développés ?		
407	Identifier les difficultés de l'église dans la mise en œuvre de son plan d'actions de lutte contre le VIH/SIDA ?		

**SECTION V : Evaluation des aspects humains du programme
(Discrimination et genre/SIDA)**

N°	Items	Réponses	Codes
Sous-section 6.1 : Evaluation de la discrimination/stigmatisation			
500	Pensez-vous qu'il existe une discrimination/stigmatisation envers des PVVIH ou des enfants orphelins du SIDA au sein de votre église/structure ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
501	Comment exprime t-on la discrimination/stigmatisation au sein de votre église/structure ?	-Rejet apparent -Soutien inéquitable -Maltraitance -Violence verbale -Manque d'assistance -Refus de recrutement -Licenciement abusif -Autres : _____	1 2 3 4 5 6 7 8
502	Quel est le niveau de la qualité des traitements de vos orphelins	Nul Médiocre Moyen Bon Excellent ND	1 2 3 4 5 6
503	Quelle perception votre église/structure fait-elle du SIDA ?	-Maladie comme les autres -Punition de Dieu -Maladie de l'adultère -Autres : _____	1 2 3 4
504	Etes-vous d'accord avec l'affirmation selon laquelle une personne infectée du VIH n'a pas droit au soutien ?	Totalement en désaccord En désaccord En accord Totalement en accord ND	1 2 3 4 5
505	Votre église/structure impose t-elle un silence sur le statut sérologique de ses membres infectés du VIH ?	Oui Non ND	1 2 3

506	Votre église/structure peut-elle refuser à un prédicateur atteint du SIDA de continuer de sa mission ?	Oui Non ND	1 2 3
507	Votre église/structure est-elle prête à soutenir un des membres atteint du SIDA ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
Sous-section 6.2 : Evaluation du genre/SIDA			
508	Quel est le niveau de participation des femmes à vos activités ?	Participation nulle Participation faible Participation moyenne Participation grande Participation très grande ND	1 2 3 4 5 6
509	Les femmes bénéficiaires du programme participent-elles aux activités ?	Jamais Quelquefois Souvent ND	1 2 3 4
510	Les hommes bénéficiaires du programme participent-ils aux activités ?	Jamais Quelquefois Souvent ND	1 2 3 4
511	Désignez les activités ci-contre dans lesquelles les femmes ont pu participer au programme SIDA ?	-Soins des OEV -Soins des PVVIH -Soins des familles affectées -Visites à domiciles -Groupe de parole - Soutien spirituel -Autres : _____	1 2 3 4 5 6 7
512	Désignez les activités ci-contre dans lesquelles les hommes ont pu participer au programme SIDA ?	-Soins des OEV -Soins des PVVIH -Soins des familles affectées -Visites à domiciles -Groupe de parole - Soutien spirituel -Autres : _____	1 2 3 4 5 6 7
513	Les femmes membres de votre église atteintes du SIDA sont-elles dépossédées de leur maison et autres biens ?	Jamais Quelquefois Souvent ND	1 2 3 4
514	Votre église/structure développe t-elle des activités spécifiques aux femmes ou filles infectées par le VIH ?	Oui Non ND	1 2 3
514.1	Si oui, lesquelles ?		
514.2	Si non, pourquoi ?		
515	Pensez-vous que le genre est suffisamment pris en compte dans votre programme ?	Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup ND	1 2 3 4 5
516	Si pas du tout ou peu, que faire ?		

SECTION VI : Leçons apprises de lutte contre le SIDA

N°	Items	Réponses	Codes
600	Quelles sont les acquis que l'église et les organisations chrétiennes du Burkina Faso ont-ils enregistrés dans leur lutte contre le SIDA au cours des 10 dernières années ?		
601	Quelles sont les limites actuelles de la lutte contre le SIDA de l'église et des organisations chrétiennes du Burkina Faso?		

SECTION VII : Suggestions/Recommandations

N°	Items	Réponses	Codes
700	Quelles sont les meilleures stratégies que vous préconisez pour améliorer les acquis de l'église et des organisations chrétiennes au Burkina Faso?		
701	Quelles sont les meilleures stratégies que vous préconisez pour élargir le taux de réponses à l'épidémie du VIH de l'église et des organisations chrétiennes au Burkina Faso?		
702	Quelles sont les meilleurs stratégies que vous préconisez pour rendre plus visibles à l'avenir les réponses des églises et des organisations chrétiennes au Burkina Faso ?		
703	Quelles autres situations avez-vous à émettre ?		

Merci de votre collaboration!

Annexe 6.d : Cibles quaternaires (Partenaires techniques et financiers)

Questionnaire
(Destiné aux cibles quaternaires (partenaires techniques et financiers))

SECTION I : IDENTIFICATION

N°	Items	Réponses/Codes
100	Numéro du questionnaire	/ _____ /
101	Date de l'interview Jour/Mois	/ ___ / ___ / 2006
102	Nom/Prénoms : * Enquêteur * Superviseur	_____ _____
103	Dénomination de l'église concernée par l'enquête :	_____
104	Aires d'enquête : • Zone d'enquête • Région d'enquête • Localité d'enquête	_____ _____ _____
105	Type de partenariat national : -Structure technique d'appui : -Structure financière d'appui :	_____ _____ _____
106	Type de partenariat international : -Structure technique d'appui : -Structure financière d'appui :	_____ _____ _____

SECTION II : Caractéristiques socio-démographiques

N°	Items	Réponses	Codes (encercler votre réponse)
200	Sexe du répondant	Féminin Masculin	1 2
201	Age du répondant	/ _____ / ans	
202	Ethnie du répondant	Mossi Peulh Boaba Bissa Gourounsi Dioula Autres : _____	1 2 3 4 5 6 7
203	Religion du répondant	Chrétienne (Catholique) Chrétienne (Protestante) Autre : _____	1 2 3
204	Niveau d'instruction du répondant	Aucun Alphabétisé Primaire Secondaire Supérieur	1 2 3 4 5
205	Statut matrimonial du répondant	Marié monogame (vivant ensemble) Séparé Divorcé Veuf € Autres : _____	1 2 3 4 5
206	Type de répondant :	Représentant Chargé de programme Chargé des finances Autres statuts : _____	1 2 3 4

SECTION III : Evaluation des relations partenariales

N°	Items	Réponses	Codes
300	Développez-vous un partenariat avec les organisations/structures de lutte contre le SIDA de l'église?	Oui Non ND	1 2 3
301	Le partenariat développé est-il ?		
	a) national ?	Oui Non ND	1 2 3
	b) international ?	Oui Non ND	1 2 3
302	Votre appui est-il :	Technique Financier Autres : _____	1 2 3
303	Comment appréciez-vous le niveau de votre partenariat ?	Nul Médiocre Moyen Bon Excellent ND	1 2 3 4 5 6
304	Quelles sont les principales difficultés rencontrées avec votre partenariat avec les organisations/structures chrétiennes de lutte contre le SIDA?		

305	Quelles sont les structures nationales que vous avez appuyées techniquement durant les 10 dernières années ?		
306	Quelles sont les structures nationales que vous avez appuyées financièrement durant les 10 dernières années ?		
307	Comment procédez-vous à ces appuis ?		

SECTION IV: Evaluation des leçons apprises

N°	Items	Réponses	Codes
400	Quelles sont les acquis des organisations ou structures chrétiennes de lutte contre le SIDA que vous avez appuyées au cours des 10 dernières années?		
401	Quelles sont les limites actuelles de la lutte contre le SIDA des organisations/structures chrétiennes que vous avez appuyées ?		

SECTION V : Suggestions/Recommandations

N°	Items	Réponses	Codes
500	Quelles sont les meilleures stratégies que vous préconisez pour améliorer les acquis de la lutte contre le VIH/SIDA des organisations/structures chrétiennes que vous appuyez ?		
501	Quelles sont les meilleures stratégies que vous préconisez pour élargir le taux de réponses à l'épidémie du VIH des organisations/structures chrétiennes que vous appuyez ?		
502	Quelles sont les meilleurs stratégies que vous préconisez pour rendre plus visibles à l'avenir les réponses des organisations/structures chrétiennes que vous appuyez ?		
503	Quels autres avis avez-vous à émettre ?		

Merci de votre collaboration!

Annexe 6.e : Check list ou liste de contrôle (Responsables des organisations/structures de lutte contre le SIDA)

Check list ou liste de contrôle

(A remplir seulement par les responsables des organisations/structures chrétiennes de lutte contre de SIDA : ONG, associations, projets, centre de santé, centre d'accueil OEV, structure de prise en charge des PVVIH, etc.)

Section I : Identification

Zone d'enquête n° : _____ Région : _____ Province : _____

Localité d'enquête : _____ Site d'enquête : _____

Type de dénomination de l'église concernée : _____

Organisations/structures chrétiennes de lutte contre le SIDA concernée : _____

Titre du programme : _____ Durée du programme: _____

Date de démarrage du programme : _____

Section II : Données complémentaires sur les réponses à l'infection du VIH

1. Nombre de sessions et formations développées au cours des cinq dernières années : 2000 / ____ / 2001 / ____ / 2002 / ____ / 2003 / ____ / 2004 / ____ /

2. Principaux thèmes développés :

-
-
-
-
-

3. Résultats des tests de dépistage VIH réalisés

Nom de la structure prestataire : _____

Résultats Tests	Tests négatifs		Tests positifs		Tests indéterminés	Période
	Hommes	Femmes	Masculins	Féminins		
						2000
						2001
						2002
						2003
						2004
TOTAL						

4. Nombre des PVVIH pris en charge au cours des 5 dernières années :

2000 / ____ / 2001 / ____ / 2002 / ____ / 2003 / ____ / 2004 / ____ /

5. Nombre d'OEVI pris en charge au cours des 5 dernières années

2000 / ____ / 2001 / ____ / 2002 / ____ / 2003 / ____ / 2004 / ____ /

6. Nombre total de PVVIH traités sous ARV par la structure (depuis la création de la structure) : Homme / ____ / Femme / ____ /

7. Nombre total de PVVIH suivis sans traitement ARV :

Homme / ____ / Femme / ____ /

8. Médicaments Essentiels Génériques (MEG) disponible pour le traitement des maladies opportunistes :

Oui / ____ / Non / ____ /

9. Médicaments Essentiels Génériques (MEG) accessible financièrement :

Oui / ____ / Non / ____ /

10. Médicaments Essentiels Génériques (MEG) accessible géographiquement :

Oui / ____ / Non / ____ /

11. ARV disponibles pour les malades :

Oui / ____ / Non / ____ /

12. ARV accessibles financièrement pour les malades :

Oui / ____ / Non / ____ /

13. ARV accessibles géographiquement pour les malades :

Oui / ____ / Non / ____ /

14. Distributions agréées des ARV dans le secteur de votre église : _____

15. Suivi des activités du programme :

Existant 1 / ____ / ; Inexistant 2 / ____ / ; Régulier 3 / ____ / ; Irrégulier 4 / ____ /

Section III : Capacités d'organisation/structure chrétienne

A. Moyens humains

16. Combien de personnel votre programme SIDA dispose t-il?

Homme /_____/ Femme/_____/

17. Type et nombre du personnel employé?

- Médical : Homme /_____/ Femme/_____/
- Paramédical : Homme /_____/ Femme/_____/
- Administratif : Homme /_____/ Femme/_____/
- Education social : Homme /_____/ Femme/_____/
- Personnel de soutien : Homme /_____/ Femme/_____/
- Autres : _____ Homme /_____/ Femme/_____/

18. Nombre et niveau moyen du personnel du programme SIDA :

Sans niveau 1/____/ ; Primaire 2 /____/ ; Secondaire 3 /____/ ; Supérieur 4/____/

B. Moyens infrastructurels, matériels et logistiques

- **Infrastructures**

19. Locaux existants : Oui /____/ Non /____/

20. Nombre de locaux disponibles : _____

21. Etat actuel des locaux :

Bon 1/____/ ; Passable 2 /____/ ; Mauvais 3 /____/ ; Amorti 4 /____/

22. Type de matériels utilisé pour les activités SIDA :

Désignation	Type et nombre du matériel		
	Sensibilisation/animation	Formation	Autres matériels
I. Matériels de sensibilisation/animation			
II. Matériels de formation			
III Autres matériels			

23. Etat du matériel :

Bon 1/___/ ; Passable 2 /___/ ; Mauvais 3 /___/ ; Amorti 4 /___/

24. Suivi du matériel :

Existant 1/___/ ; Inexistant 2 /___/ ; Régulier 3 /___/ ; Irrégulier 4 /___/

C. Moyens financiers

25. noms des principaux partenaires du programme SIDA de votre structure/organisation.

Partenaires techniques et financiers (PTF)	Noms des partenaires techniques	Noms des partenaires financiers	TOTAL
Structures partenaires (national)			
Structures partenaires (international)			

26. Montant annuel du financement du programme SIDA :

Prévus 1 / _____ / ; Acquis 2 / _____ /

27. Délai de décaissement du financement:

Décaissé à temps 1 / ___ / ; Décaissé avec retard 2 / ___ / ; Non décaissé 3 / ___ /

28. Salaires du personnel :

Médiocre 1 / ___ / ; Faible 2 / ___ / ; Acceptable 3 / ___ / ; Judicieux 4 / ___ / ; ND 5 / ___ /

29. Autres opportunités de financement :

1. Extérieur :

.....

2. National :

.....

Merci de votre collaboration!