

# REPUBLIQUE DU BURUNDI



**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**

*SECRETARIAT EXECUTIF PERMANENT du CNLS.*

## **PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2014-2017**

**Juillet 2014**

## SOMMAIRE

Sigles et acronymes .....	4
PREFACE.....	6
AVANT PROPOS.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
REMERCIEMENTS .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
LE RESUME EXECUTIF .....	9
I. METHODOLOGIE ET PROCESSUS D'ELABORATION DU PSN .....	15
1. L'étape de la revue du PSN 2012-2016.....	15
2. L'étape de mobilisation des acteurs .....	15
3. L'étape de la priorisation des interventions .....	16
4. L'atelier de Recyclage et de restitution des certains fora importants.....	16
5. L'étape de planification.....	16
6. L'étape de rédaction. ....	16
7. Le processus de validation.....	16
8. Analyse du plan stratégique sur base de l'outil JANS.....	17
II. CONTEXTE GENERAL ACTUEL DU BURUNDI. ....	20
1. Contexte géographique.....	20
2. Contexte administratif et politique.....	20
3. Contexte démographique.....	20
4. Contexte socio économique .....	20
5. Education.....	21
III. LE SYSTEME SANITAIRE DU BURUNDI ET L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION.....	22
1. Le système de santé.....	22
2. L'état de santé de la population .....	23
IV. CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE ET SOCIAL DE L'EVOLUTION DU VIH ET SIDA.....	25
1. Contexte épidémiologique .....	25
2. Les déterminants légaux, sociaux et culturels de l'épidémie de VIH et sida au Burundi. ....	28
V. ANALYSE DE LA REPONSE.....	31
1. La prévention des nouvelles infections.....	32
2. La prise en charge globale des PVVIH .....	35
3. La réduction de l'impact.....	37
4. La coordination, le suivi évaluation, les mécanismes de financement et la gestion financière..	39
5. Principaux défis de la réponse nationale à l'épidémie du VIH et sida au Burundi, fin 2013 ...	39
VI. LE PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH ET SIDA 2014-2017.....	41
1. LA VISION .....	41
2. LES PRINCIPES DIRECTEURS .....	41
3. LES INTERVENTIONS DU PSN 2014-2017 .....	43
3.1 Le résumé des priorités du PSN 2014-2017.....	44
3.2 Les interventions .....	45
3.3 La chaîne des résultats. ....	47
4. LE BUDGET DU PLAN STRATEGIQUE ET MECANISME DE MOBILISATION DES RESSOURCES .....	67
4.1. Le budget du PSN 2014-2017 .....	67
4.2. Mécanisme de mobilisation des ressources.....	70
4.3. Mécanisme de gestion financière .....	71
5. MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE. ....	71
5.1. Le cadre institutionnel.....	71
5.2. Processus de mise en œuvre.....	73
5.3. Plan de mise en œuvre .....	73

6.	LE CADRE DE SUIVI ET DE L'ÉVALUATION .....	73
6.1.	Le plan de suivi et évaluation.....	74
6.2.	Le cadre de performance du PSN.....	74

## Sigles et acronymes

<b>AC</b>	Animateur Communautaire
<b>AGR</b>	Activités Génératrices de Revenus
<b>ARV</b>	Antirétroviraux
<b>BPS</b>	Bureau Provincial de Santé
<b>CAMEBU</b>	Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels du Burundi
<b>CAM</b>	Carte d'assistance médicale
<b>CCC</b>	Communication pour le Changement de Comportement
<b>CDV</b>	Centre de Dépistage du VIH ou conseil et dépistage du VIH
<b>CEEAC</b>	Communauté Economique des Etats d'Afrique Centrale.
<b>CMLS</b>	Comité Municipal de lutte contre le SIDA
<b>CLS</b>	Comités Locaux de lutte contre le SIDA
<b>CNLS</b>	Conseil National de Lutte contre le SIDA
<b>CNTS</b>	Centre National de Transfusion Sanguine
<b>CPLS</b>	Comité Provincial de lutte contre le SIDA
<b>CPN</b>	Consultations prénatales
<b>CPSD</b>	Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement
<b>CRTS</b>	Centre Régional de Transfusion Sanguine
<b>CSLP</b>	Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté
<b>DPSHA</b>	Département de la Promotion de la santé, de l'Hygiène et de l'Assainissement.
<b>EDS</b>	Enquête démographique et de santé
<b>éTME</b>	Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
<b>ECD</b>	Equipe Cadre du District.
<b>FM</b>	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
<b>HSH</b>	Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
<b>IEC</b>	Information-Education-Communication
<b>INSP</b>	Institut National de Santé Publique
<b>IO</b>	Infection Opportuniste
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>JANS.</b>	Joint Assessment of National Strategies.
<b>MOT</b>	Modes Of Transmissions
<b>MSPLS</b>	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
<b>OEV</b>	Orphelins et autres Enfants Vulnérables
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
<b>OSC</b>	Organisations de la Société Civile
<b>PE</b>	Pairs éducateurs
<b>PEC</b>	Prise en charge
<b>PEPFAR</b>	Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida
<b>PLACE</b>	Prioritizing Local Aids Control Efforts
<b>PNSR</b>	Programme National de Santé de la Reproduction
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PPE</b>	Prophylaxie post-exposition
<b>PS</b>	Professionnelles du sexe.
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le VIH

<b>SEP/CNLS</b>	Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de lutte contre le Sida
<b>Sida</b>	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>SR</b>	Santé reproductive
<b>TPS</b>	Technicien de Promotion de la Santé
<b>SNU</b>	Système des Nations Unies
<b>SSR</b>	Santé sexuelle et reproductive
<b>USLS</b>	Unité Sectorielle de lutte contre le SIDA
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations unies pour l'enfance
<b>V(S)BG</b>	Violences (Sexuelles) Basées sur le Genre
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>ZIP</b>	Zones d'Interventions Prioritaires

## **PREFACE**

Le Burundi se dote d'un nouveau Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA. Il couvre la période 2014-2017, et constitue pour Notre chère nation une feuille de route pour marquer un pas significatif dans la riposte contre le fléau du VIH et du Sida.

Après avoir constaté que le VIH et le sida ont atteint la phase d'épidémie généralisée, Nous avons adopté la stratégie de le considérer comme un problème national que Nous devons aborder de front, cela dans le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) et de reconstruction nationale après plusieurs années de conflit fratricide. Le cas particulier du VIH et du sida a retenu Notre haute attention du fait qu'il s'inscrit dans un cycle vicieux avec la pauvreté au niveau de l'individu, la famille et toute la communauté. Lutter contre le VIH le sida c'est lutter contre la pauvreté, et lutter contre la pauvreté c'est lutter contre le SIDA.

Ce dernier constat Nous a conduit à diligenter la préparation de plans stratégiques quinquennaux avec des interventions visant l'atteinte des objectifs dans les secteurs de la prévention, de la prise en charge et de la réduction de l'impact. Les plans stratégiques 2002-2006, 2007-2011, 2012-2016 ont toujours suivi ce mot d'ordre, et Nous sommes particulièrement fiers des résultats enregistrés à ce jour, bien que cette fierté n'autorise aucun répit dans la bataille.

La revue à mi-parcours du Plan Stratégique National 2012-2016 qui vient d'avoir lieu a commandé la reconsidération de certains aspects du combat, dont une plus grande attention dans l'identification des cibles et des objectifs spécifiques à chacune d'elles. La nécessité d'une planification qui nous aide à atteindre d'importants résultats en une période assez courte Nous a conduit à adopter une planification en harmonie avec les cycles de financement de certains de nos partenaires.

Dans tous les cas de figure, Notre détermination reste la même : libérer Notre pays des affres du VIH et du SIDA à travers un partenariat permanent et fort entre les différents acteurs.

La sortie du présent Plan Stratégique National 2014-2017 Nous donne l'occasion d'exprimer Notre haute appréciation sur le merveilleux partenariat actuellement à l'œuvre pour appuyer Notre offensive contre le fléau du Sida. Que l'OMS, l'ONUSIDA et tout le système des Nations Unies, le Fonds Mondial pour la Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, le PEPFAR et tous nos partenaires bilatéraux trouvent Nos sincères remerciements pour l'appui remarquable qu'ils accordent à Notre pays dans ce domaine.

Nous leur demandons de poursuivre et de renforcer leurs interventions, car la victoire contre le VIH et le sida sera un exploit commun.

Nous exprimons Notre haute appréciation aux divers acteurs du secteur public, de la société civile et des ONG étrangères œuvrant au Burundi pour leur contribution irremplaçable dans la riposte contre le SIDA. Nous apprécions leur implication dans l'élaboration de ce Plan Stratégique et les invitons à garder le même engagement dans sa mise en œuvre. Le Gouvernement du Burundi est hautement attentif et engagé à l'atteinte des objectifs exprimés à travers ce nouveau plan stratégique. Il ne ménagera aucun effort pour jouer pleinement son rôle de coordonnateur de cette riposte.

Notre souhait le plus vif est de voir les objectifs du présent plan stratégique être atteints dans leur intégralité.

Bon succès.

**Honorable Pierre NKURUNZIZA.**

**Président de la République du BURUNDI et  
Président du Conseil National de Lutte contre le sida.**

## AVANT PROPOS

Le présent Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA est un outil de haute importance pour renverser de manière significative la tendance du VIH et du sida au Burundi. Il exprime les ambitions qui sont les nôtres de donner à toute la population l'accès aux services de prévention, de prise en charge et de réduction de l'impact du VIH et du sida

Ce document prend racine dans la revue à mi parcours du plan stratégique national 2012-2016. Au cours de cet exercice, nous avons analysé de manière minutieuse les forces, les faiblesses, les opportunités que nous avons rencontrées au cours des 2 dernières années de mise en œuvre de ce plan. Les résultats de cette revue sont devenus les matériaux de construction du présent document.

La richesse de ce nouveau PSN réside également dans la participation la plus largement inclusive qui a caractérisé le processus de son élaboration. Ce PSN est le résultat d'un partenariat qui a rassemblé les acteurs de la riposte au VIH et le sida depuis le niveau le plus périphérique jusqu'au niveau international. Les acteurs de terrain que nous rencontrons dans les structures de soins au niveau communal, provincial et national, de même que les acteurs de la société civile recensés dans tous les axes interventions ont donné les éléments qui ont servi à la confection du présent travail.

Ce nouveau PSN a vu le jour grâce à une implication hautement efficace de nos partenaires techniques et financiers. L'ONUSIDA et le Groupe Thématique ONUSIDA, le PEPFAR et les autres partenaires bilatéraux et multilatéraux ont donné le meilleur d'eux-mêmes, aux côtés de nos équipes du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA.

Cet outil vient donc renforcer le dispositif déjà en place dans le Plan National de Développement Sanitaire. Il vient particulièrement appuyer de manière significative la mise en œuvre de notre politique de mise à l'échelle du traitement ARV et le plan global d'élimination du VIH de la mère à l'enfant.

Avec cet outil de travail qu'est le PSN 2014-2017, nous avons tous, acteurs de la riposte au VIH et au SIDA, un cadre précis d'action. Nous pouvons marcher sans crainte de se perdre. Il s'agira surtout de maintenir et renforcer le partenariat qui a été tissé au cours de son élaboration afin de remporter la victoire ensemble.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA reste à la disposition de tous ses partenaires pour apporter tout l'appui nécessaire aux intervenants afin que rien n'arrête ni ne retarde la mise en œuvre des interventions qui ont été identifiées dans le présent PSN.

Je souhaite plein succès à tous les acteurs de la mise en œuvre du Plan Stratégique National 2014-2017.

Honorable Dr Sabine NTAKARUTIMANA  
Ministre de la Santé Publique et de la Lutte  
contre le sida et Présidente du Comité Exécutif  
du CNLS

## REMERCIEMENTS

La sortie du Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA 2014-2017 me donne l'opportunité de présenter mes sincères remerciements à toutes les personnes et institutions dont l'implication a rendu possible le début et l'aboutissement de ce travail.

Mes remerciements vont en premier lieu aux Plus Hautes autorités de la République du Burundi, particulièrement Son Excellence Monsieur le Président de la République et Président du Conseil National de Lutte contre le SIDA, pour Leur attention permanente sur la problématique du VIH et du SIDA. J'en profite pour présenter mes remerciements à l'endroit du Gouvernement pour l'appui qu'il accorde à la lutte contre le SIDA en dotant chaque année des moyens de travail pour faire avancer cette lutte.

Au nom de l'équipe de préparation de ce PSN, je dis merci à Madame la Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, Présidente du Comité Exécutif du CNLS pour sa disponibilité permanente pour traiter toutes les questions relatives au VIH et le sida malgré ses nombreuses sollicitations. Elle a été la grande animatrice du processus qui a abouti au présent document. Ses orientations et conseils nous ont aidés à travailler dans la ligne des priorités nationales et aux objectifs tracés au niveau international.

Je voudrais présenter mes vifs remerciements à l'endroit de nos partenaires techniques et financiers qui ont été à nos côtés au cours de tout le processus qui est parti de la revue du PSN 2012-2016 pour aboutir au présent PSN. Leur participation assidue aux travaux, leur appui financier et leurs conseils nous ont été d'une haute utilité pour arriver là où nous sommes, c'est-à-dire le PSN 2014-2017 entre nos mains.

Mes remerciements vont aux acteurs de mise en œuvre de la riposte au VIH et sida qui ont participé aux deux exercices de revue du PSN 2012-2016 et de l'élaboration du PSN 2014-2017. L'expérience qu'ils ont acquise sur terrain et la maîtrise des besoins rencontrés auprès des populations de tous genres ont été d'une grande importance pour identifier correctement les cibles et de ne laisser personne en dehors du champ de nos interventions.

Je remercie de manière spéciale l'équipe des consultants qui a fait un travail remarquable, ainsi que les équipes thématiques qui ont travaillé avec les consultants pour accomplir un travail hautement satisfaisant.

En présentant mes remerciements à toutes les personnes et institutions qui ont pris une part active dans l'élaboration de ce document de travail, c'est aussi pour moi l'occasion de les exhorter à rester engagés au même niveau au cours de la prochaine période, celle de sa mise en œuvre. Ils constituaient une équipe soudée, qui doit absolument le rester pour le succès de la mise en œuvre.

A tous je dis merci pour l'engagement. Ainsi, le succès sera de notre côté.

Ensemble nous vaincrons le VIH et le SIDA.

Le Secrétaire Exécutif Permanent du CNLS

Dr Jean RIRANGIRA -





## LE RESUME EXECUTIF

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida (PSN 2014-2017 fait suite à la revue du PSN 2012-2016. Il vise à doter le pays d'un outil de gestion de la réponse nationale mais aussi de mobilisation des ressources pour la financer. Il présente la situation de départ fondée sur l'analyse épidémiologique et sociale de l'épidémie ainsi que les résultats de la riposte antérieure.

L'analyse épidémiologique a été alimentée par les résultats des études de prévalence du VIH et d'études des comportements et a dégagé les faits saillants suivants :

L'Enquête Démographique et de Santé en 2010 avait montré une épidémie de type généralisé à prévalence faible de 1.4% dans la population générale âgée de 15 à 49 ans avec un ratio homme/femme de 1.7 et une prévalence du VIH plus de 4 fois plus élevée en milieux urbains qu'en milieu rural, pendant que ce dernier héberge 90% de la population.

Selon la même Enquête, 45% des femmes et 47% des hommes ont une connaissance approfondie des moyens de prévention du VIH, 37,4% des femmes et 30% des hommes ont déjà effectué un test de dépistage du VIH et en connaissent le résultat.

Les études de prévalence et de comportements en 2011 et 2013 montrent en plus une très forte prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe (21,3%), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (4.8%), les détenus (3%) et les pêcheurs (3%)

La taille de ces populations clé est estimée à 51 482 professionnelles du sexe et 9346 hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes ; la population carcérale est estimée en 2013 à 7854 dont 382 femmes.

Selon l'étude PLACE 2013 et les projections SPECTRUM de 2014, la contribution aux nouvelles infections s'établit comme suit : 43% pour les couples hétérosexuels stables ; 5% pour les PS, 24% pour leurs clients et 6% pour les partenaires de ces clients, 17 % relations hétérosexuelles occasionnelles, 3% pour les HSH.

50% de toutes les nouvelles infections apparaissent chez les moins de 25 ans dont 25% concernent la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

L'épidémie de VIH et sida au Burundi évolue dans un contexte défavorable pour les femmes et minorités sexuelles, ce dernier se traduit d'une part par l'accès inéquitable en défaveur des femmes aux moyens de prévention de l'infection à VIH ainsi qu'à la stigmatisation et la discrimination des populations clé.

L'analyse de la réponse à travers la revue à mi parcours du PSN2012-2016 fait ressortir les performances du programme et les principaux défis comme suit :

Dans le domaine de la prévention de nouvelles infections à VIH

- Connaissance insuffisante au sein des populations cibles (adultes, jeunes, population clés) sur le VIH et sida.
- Faible utilisation systématique du préservatif chez les adultes, jeunes et populations clés
- Faible couverture pour le dépistage du VIH dans la population générale
- Faible couverture pour le dépistage chez les populations notamment les HSH=39%
- Faible couverture en services pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) : 58% en 2013
- Faible couverture de la circoncision masculine : 33% des hommes circoncis
- une faible implication des jeunes et des populations clé dans la réponse

Dans le domaine de la prise en charge globale des personnes infectées par le VIH

- Couverture insuffisante du traitement par antirétroviraux chez les adultes = 61% des besoins couverts (par rapport aux éligibles)

- Très faible couverture du traitement par antirétroviraux chez les enfants = 17.5% des enfants séropositifs (par rapport aux éligibles)
- Faible couverture de la PEC de la Coïnfection TB/VIH : faible taux de screening de la TB , 64% de tuberculeux coïnfectés sous ARV
- Appuis psycho sociaux et nutritionnels des PVVIH réduits.

#### Dans le domaine de la réduction d'impact et des déterminants de la vulnérabilité

- Faible mobilisation et interventions communautaires.
- Vulnérabilité particulière de certaines populations clé dont les pratiques sexuelles ne sont pas tolérées par la société burundaise.
- Stigmatisation persistante envers les PVVIH et les minorités sexuelles
- Faiblesse des interventions liées à la réduction de la pauvreté chez les PVVIH
- Faible couverture de la protection sociale des OEV
- Recrudescence des violences sexuelles basées sur le genre.

#### Dans le domaine de la gestion et de la coordination de la réponse nationale

- Forte dépendance des programmes aux ressources extérieures
- Faible performance du système d'information stratégique
- Insuffisances dans la coordination des différentes entités qui interviennent dans la lutte

A la lumière de ces résultats de l'analyse de la situation et de la réponse, des priorités ont été définies, discutées et adoptées.

#### 1. La prévention de nouvelles infections à VIH par voie sexuelle.

Les cibles de cette prévention ont été identifiées. Il s'agit :

- des couples stables dans la population générale,
- des jeunes de moins de 25 ans,
- des professionnelles de sexe et de leurs clients,
- des HSH
- des détenus,
- des consommateurs de drogues injectables,
- des pêcheurs.

Les services clés à offrir seront :

- la communication multiforme pour le changement de comportement,
- la mise à disposition et la promotion de l'usage correcte des préservatifs masculins et féminins,
- l'offre des services de conseil et de dépistage du VIH,
- Le diagnostic, la prévention et le traitement des Infections sexuellement transmissibles.
- La promotion de la circoncision masculine

#### 2. La prévention de la transmission par voie sanguine

#### 3. La prévention et la prise en charge des violences sexuelles basées sur le genre

#### 4. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : agir sur les 4 piliers :

- la prévention de la transmission du VIH chez les femmes en âge de procréer,
- la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives,
- la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant,
- les Soins et le soutien à la mère infectée par le VIH, son enfant et la famille.

#### 5. La prise en charge globale des PVVIH, axée sur

- le traitement antirétroviral à toutes les personnes adultes, adolescents et enfants en indication de traitement selon les directives de l'OMS de 2013,
- le diagnostic et la prise en charge correcte des infections opportunistes,
- le diagnostic et le traitement prophylactique de la tuberculose chez les PVVIH.

- Le suivi biologique immunologique et virologique des PVVIH,
  - le soutien psychologique et social des PVVIH,
  - l'appui nutritionnel aux PVVIH malnutries les plus démunies,
6. L'appui socio économique, l'assistance médicale, le soutien scolaire aux PVVIH et autres personnes vulnérables y compris les OEV.
7. La mise en place d'un environnement favorable à la mise en œuvre par :
- le renforcement de la prise en compte du genre et de l'égalité des sexes.
  - l'amélioration du cadre légal et institutionnel.
8. Le renforcement de la coordination de la réponse, à travers
- le renforcement du système national de suivi évaluation de la réponse,
  - le renforcement de la coordination des activités de collaboration tuberculose VIH.
  - la bonne gouvernance et la redevabilité,
  - la Mobilisation et la gestion des ressources,
  - la coordination multisectorielle et décentralisée

Pour mettre en œuvre ces priorités un plan traduit par une matrice des résultats a été élaboré qui décline 4 résultats d'impacts, des effets par impact et des produits par effet

**L'impact 1 : Les nouvelles infections à VIH sont réduites de 20% de 2014 à 2017 .**

**Effet 1 : Le taux de transmission sexuelle du VIH est réduit dans la population générale et chez les jeunes de 15 à 24 ans**

- 90% des jeunes ont des connaissances approfondies sur le VIH, sida
- 80% des jeunes ont un accès facile aux préservatifs
- 30% des jeunes connaissent leur statut sérologique
- 10 % des jeunes hommes circoncis en milieu de soins
- 90% des adultes ont des connaissances approfondies sur le VIH, le sida et les IST
- 80% des adultes ont une bonne connaissance sur l'utilité et l'utilisation du préservatif et ont un accès facile
- 50% de la population générale connaissent leur statut sérologique du VIH
- 95% des cas de violence sexuelle sont prises en charge
- Augmentation de 10% des cas d'IST parmi la population générale qui sont dépistés et traités selon les normes

**Effet 2: La transmission du VIH par voie sanguine est réduite :**

- 100% des poches de sang collectées sont testés aux 4 marqueurs (VIH, Syphilis, Hep B et C)
- 90% des cas d'Accident d'Exposition au Sang sont PEC selon le protocole national

**Effet 3 : 90% des populations clés (PS, HSH, détenus) ont des connaissances approfondies sur le VIH et utilisent le préservatif systématiquement lors des rapports sexuels avec leurs clients et/ou partenaires occasionnels**

- 90% des populations clés (TS, HSH, détenus) ont des connaissances approfondies sur le VIH, sida, les IST et la TB
- 85% des TS connaissent leur statut sérologique
- 85% des HSH connaissent leur statut sérologique
- 40% des détenus connaissent leur statut sérologique
- 90% des PS ont un accès facile aux préservatifs
- 60% des détenus ont un accès facile aux préservatifs

- 75% des HSH ont un accès facile aux préservatifs et au gel lubrifiant
- Les cas d'IST sont réduits de 30% chez les TS
- Les cas d'IST sont réduits de 20% chez les HSH
- Les cas d'IST sont réduits de 15% chez les détenus
- 60 % des populations clés (HSH et PS) VIH+ sont mis sous traitement ARV selon les directives nationales.

**Effet 4 : le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à 5%**

- 80% des femmes en âge de procréer connaissent leur statut sérologique face au VIH/Sida
- 30% des femmes enceintes testées pour le VIH en CPN dont les partenaires ont été testés pour le VIH
- 50% des femmes séropositives utilisent les méthodes contraceptives modernes
- 90% des femmes VIH+enceintes /allaitantes bénéficient des ARV dans le cadre de la PTME selon le Protocole national (option B+ OMS)
- 95% des enfants des mères VIH+ bénéficient d'un suivi approprié

**IMPACT PRISE EN CHARGE GLOBALE : LA MORTALITE LIEE AU VIH et SIDA EST REDUITE DE 50 % D'ICI 2017**

**Effet 1 La couverture des soins ARV de qualité est augmentée de 17.5 % à 54% chez les enfants de moins de 15 ans et de 62 à 96% chez l'adulte (Par rapport aux besoins)**

- 96% des PVVIH adultes éligibles sont enrôlés aux ARV conformément aux directives nationales
- 54% des enfants éligibles sont enrôlés aux ARV conformément aux directives nationales
- 95% des PVVIH sous ARV (adultes et enfants) bénéficient d'un suivi clinique et biologique de qualité
- Au moins 90% des PVVIH (adultes et enfants) sous ARV sont observant et maintenues dans la chaîne de soins au bout d'année de traitement

**Effet 2 : 95% des PVVIH présentant les IO et autres Co-morbidités bénéficient d'une PEC selon les directives nationales**

- 95% des patients suivis ayant une coïnfection Hépatites/VIH sont traités selon les directives nationales ;
- 95% des patients séropositifs suivis souffrant des IO sont traités selon les directives nationales

**Effet 3: 100% des patients suivis ayant une coïnfection TB/VIH sont traités correctement**

95% des PVVIH suivies bénéficient du screening et 100% du diagnostic précoce de la TB ;

- 70 % des PVVIH éligibles bénéficient de la prévention de la TB selon les directives nationales ;
- 100 % des PVVIH suivies dépistées TB+ bénéficient du traitement anti TB et TAR

**Effet 4: 90% des PVVIH en besoin bénéficient de soutien psychosocial nutritionnel approprié**

- 90% des PVVIH en besoin bénéficient d'un appui nutritionnel rationnel et adéquat
- 80% des PVVIH en besoin bénéficient de soutien psychologique, mental et social

**Effet 5 : 80 % des structures de soins ont les capacités requises et offrent aux PVVIH des prestations de qualité (Ios, ARV, suivi biologique, etc. )**

- 100% des sites de PEC quantifient leurs besoins en réactifs, médicaments contre les IO et ARV sur base des consommations réelles

- 100% des stocks des sites de PEC et de la CAMEBU bénéficient d'un approvisionnement et d'un suivi réguliers.

**Impact Réduction d'impact: 70% des personnes infectées et affectées par le VIH et sida, démunies améliorent leurs conditions de vie.**

**Effet 1 : Au moins 90% des Personnes affectées ou infectées ont leurs droits humains respectés**

- 60% des personnes infectées ou affectées bénéficient d'une protection juridique
- 90% des personnes âgées de 15-49 ans expriment des attitudes de tolérance à l'égard des personnes infectées ou affectées
- 70% des PVVIH sous ARV démunies disposent d'une autonomie financière
- 70% des PVVIH sous ARV démunies et 70% d'OEV ont un revenu leur permettant de se prendre en charge

**Effet 2 : 50% des OEV ont une situation de vulnérabilité sociale atténuée**

- 50 % d'OEV en situation de précarité bénéficient de services sociaux de base

**Effet 3 : La mise en œuvre des interventions de réduction d'impacts par les acteurs communautaires est efficace**

- 90% des acteurs intervenants dans la réduction d'impact transmettent des rapports de qualité (permettant de capter des indicateurs du PSN)
- 80 % des bénéficiaires expriment leur satisfaction par rapport aux interventions de réduction d'impact

**Effet 4 : La vulnérabilité des femmes face au VIH et sida est réduite dans tout le pays.**

- Les capacités psychologiques et sociales des femmes sont renforcées
- La vulnérabilité et la dépendance économique des femmes sont réduites
- Le taux de rétention des filles à l'école est augmentée

**Effet 5 : La stigmatisation et la discrimination des PVVIH et autres personnes vulnérables sont réduites**

- Les populations et les PVVIH ont une meilleure connaissance des droits des PVVIH
- Les hommes en uniformes et les agents de l'appareil judiciaire ont une meilleure connaissance du VIH et sida, la discrimination et la stigmatisation

**Impact du programme : La gestion de la réponse nationale au VIH et au sida est efficace, performante, dans le respect des « Three ones »**

**Effet 1 : Les mécanismes de coordination multisectorielle, décentralisée et thématique sont opérationnels**

- Le SEP/CNLS est une structure pérenne de l'Etat, doté d'une autonomie de gestion
- Le CNLS et ses structures décentralisées assurent une coordination des plans d'action des partenaires et secteurs clés
- La coordination de la réponse communautaire est définie et mise en place
- La lutte contre le sida intégrée dans les plans d'action des secteurs clés gouvernementaux (main streaming)
- La coordination thématique est assurée
- Le PNL/IST est renforcé dans ses capacités de coordination et de mise en œuvre de la réponse du secteur de la santé.

**Effet 2 : Les capacités des intervenants sont renforcées pour la collecte des données et informations**

- Les capacités des acteurs au niveau opérationnel sont renforcées pour la collecte des données et informations

- Les systèmes parallèles de collecte des informations sont réduits avec un respect du circuit de l'information stratégique.
- Les données transmises au niveau central sont de qualité et respectent toutes les normes

**Effet 3 : Le système de suivi évaluation au niveau communautaire est renforcée et fonctionnel**

- Les structures communautaires disposent de système standard de collecte
- Les structures communautaires disposent d'outils et de guide pour la collecte des données

**Effet 4 : Le système de surveillance sentinelle est renforcé et opérationnel**

- Le système de surveillance sentinelle dispose de ressources humaines (RH) et matérielles pour son fonctionnement
- Le système d'extraction des IAP est disponible et opérationnel

**Effet 5 : Un plan de recherche et les ressources financières pour les études et recherches sont disponibles**

- 100% des ressources financières allouées au SE sont mobilisées
- La part des ressources nationales dans le SE est augmentée pour la pérennisation des interventions

**Effet 6 : Les résultats et les interventions du programme sont connus par les populations**

- Les capacités du programme en communication sont renforcées.

Ce plan stratégique sera exécuté avec un budget de 250 127 490 \$US ventilé à travers son plan opérationnel comme suit :

Axe d'intervention	Année 2014	Année 2015	Année 2016	Année 2017	TOTAL	%
La prévention de nouvelles infections à VIH	16 075 852	16 771 701	15 561 931	14 870 267	63 279 751	25
La prise en charge globale des PVIH	28 490 121	33 502 987	34 606 460	35 115 060	131 714 629	53
La réduction d'impact et des facteurs de vulnérabilité	3 089 602	4 637 461	4 530 498	4 901 576	17 159 137	7
La gestion du programme, la coordination et le suivi évaluation	7 431 514	10 002 338	9 344 327	10 920 466	37 698 645	15
Total	55 137 664	65 001 876	64 093 492	65 894 459	250 127 490	100

Il est accompagné d'un plan de suivi évaluation.

Des mécanismes de mise en œuvre décrivent les différents acteurs et leurs rôles.

## I. METHODOLOGIE ET PROCESSUS D'ELABORATION DU PSN

L'élaboration du Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida (PSN) 2014-2017 du Burundi a été conduite dans un cadre largement participatif qui a regroupé tous les acteurs et parties prenantes de la riposte au VIH et sida au Burundi et surtout des bénéficiaires et des populations clé. Ce processus a démarré par l'adoption de ses termes de référence par le Cadre de Concertation des Partenaires pour la santé et le Développement(CPSD) ; il s'est fait à travers les grandes étapes suivantes :

### 1. L'étape de la revue du PSN 2012-2016

Dans le cadre de l'alignement du financement du PSN 2012-2016 avec les différents processus et modèles de financements internationaux et après deux années de mise en œuvre, une revue a été initiée en vue de déterminer les progrès réalisés et d'identifier les goulots d'étranglements afin de réorienter les interventions pour des résultats efficaces et efficients. Cette revue a vu la participation de tous les acteurs du secteur public, privé, de la société civile et des bénéficiaires aux niveaux central et décentralisé. Le rapport de la revue a ensuite été validé avec tous les acteurs et populations bénéficiaires au cours d'un atelier.

### 2. L'étape de mobilisation des acteurs

Cette étape a été facilitée par une série de visites, rencontres et entretiens notamment avec les représentants des populations bénéficiaires et des populations-clés; occasion privilégiée pour échanger sur les problèmes spécifiques à ces groupes au travers de l'évaluation des barrières (juridique, administrative, etc.) à leur accès aux soins et services afin d'élaborer des programmes qui contribuent à répondre et lever ces barrières. Ces visites ont permis de solliciter leur adhésion et leur participation active au processus d'élaboration du présent PSN 2014-2017.

### 3. L'étape de la priorisation des interventions

La priorisation des interventions pour le PSN 2014-2017 a été une étape capitale du processus car elle a permis l'identification des domaines dans lesquels le pays doit investir à travers des activités et des stratégies à haut impact. Elle a été faite dans un cadre très participatif au cours d'un atelier qui a regroupé tous les secteurs, tous les acteurs, les populations bénéficiaires et les populations clés. Les domaines et interventions identifiés ont été validés par les participants et consignés dans un procès-verbal. Au cours de cet atelier une nouvelle architecture du plan stratégique a été proposée, discutée et validée ; elle est principalement basée sur le format d'un plan stratégique de 3<sup>ème</sup> génération, une planification basée sur les résultats qui s'inspire du contenu du cadre d'investissement de l'ONUSIDA.

### 4. L'atelier de reciblage et de restitution de certains fora importants.

Cette étape a permis au cours d'un atelier avec les différents acteurs et parties prenantes de faire le point sur les nouvelles cibles de l'ONUSIDA à l'horizon 2030 et les nouvelles directives de l'OMS 2013. Plusieurs autres thèmes importants ont été développés :

- La restitution des ateliers de Dakar de fin mars début avril 2014 sur le Nouveau modèle de financement du Fonds Mondial, le Cadre d'investissement de l'ONUSIDA,
- La restitution de l'atelier de l'équipe conjointe sur le VIH des Nations Unies au Burundi sur leur contribution à la riposte nationale
- Les priorités retenues lors de l'atelier de priorisation cité plus haut

Les résultats de cet atelier ont servi de bases pour le processus de planification. Les cibles de la planification 2014-2017 seront issues essentiellement des projections Spectrum 2014 ainsi que des directives nationales de prise en charge médicale qui viennent d'être adaptées aux recommandations de l'OMS de 2013.

### 5. L'étape de planification

Elle a été réalisée sur la base des domaines et interventions prioritaires identifiées lors de l'étape de la priorisation. Un atelier très participatif qui a regroupé tous les acteurs des différents secteurs du niveau central et décentralisé, les populations bénéficiaires et les populations clés a permis de déterminer les effets, produits et les différentes stratégies et activités pour chaque effet et produits mais aussi les cibles des activités identifiées et leur quantification.

### 6. L'étape de rédaction.

Sur base des résultats de l'étape précédente, il s'en est suivi une étape de rédaction par l'équipe des consultants qui a permis de produire un plan stratégique 2014-2017 préliminaire budgétisé, un plan de travail budgétisé et un cadre de performance, suivi de la revue de ce travail par la partie nationale (le SEP/CNLS, le PNLS/IST et leurs différents partenaires).

### 7. Le processus de validation

Une relecture de relecture par un comité constitué de la partie nationale et des PTF a permis de s'assurer de la prise en compte des différentes contributions des partenaires nationaux et internationaux ainsi que de l'alignement du PSN sur les grandes orientations stratégiques internationales et nationales.

La validation officielle a été organisée le 30 juillet 2014 au cours d'un atelier très large présidée par Mme La Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le sida.



## 8. Analyse du plan stratégique sur base de l’outil JANS.

A la fin du processus de planification stratégique, une analyse par l’outil JANS a été réalisée et les lignes qui suivent en constituent une synthèse :

### **Méthodologie et processus d’élaboration du PSN 2014-2017 : Analyse JANS**

#### **1.1. Analyse de la situation et programmation**

- Le processus d’élaboration du Plan stratégique 2014-2017 s’est appuyé sur une solide analyse de la situation et de la réponse articulée autour d’une revue participative approfondie des tendances et des déterminants sociaux du contexte épidémiologique du VIH, mais aussi du contexte politique, socio-économique et organisationnel, juridique et institutionnel y compris les questions de gouvernance de la lutte contre le VIH et le sida.
- L’analyse a notamment utilisé des données désagrégées en rapport avec (i) la couverture universelle pour améliorer l’équité en matière de lutte contre le VIH et le sida; (ii) les services qui placent la personne au centre du dispositif de lutte contre le VIH et le sida; (iii) les politiques publiques visant à promouvoir et protéger les communautés et (iv) un leadership pour améliorer la compétence et la redevabilité des autorités en charge de la réponse.
- Une analyse des réponses passées et présentes de la lutte et des dispositions en matière de financement permettent d’identifier les problèmes prioritaires et les domaines à améliorer. La planification de la réponse a pris en compte les principales dimensions de la lutte contre le VIH et le sida y compris les ressources du secteur, son financement, l’environnement de gouvernance et de leadership. Les initiatives et évolutions récentes telles que le Nouveau modèle de financement du Fonds mondial, la multisectorialité, la décentralisation et le renforcement du système de santé ont aussi été prises en compte. En outre, le présent PSN analyse la disponibilité, l’accès et l’utilisation des soins et services de lutte contre le VIH et le sida avec un focus particulier sur les populations-clés ainsi que leur accès à la cascade partant du dépistage et soutien jusqu’au traitement ARV y compris la rétention des PVVIH sous ARV.

#### **1.2. Processus**

- Dans l’ensemble, l’élaboration du PSN 2014-2017 a fait l’objet d’un processus très participatif et inclusif, avec l’implication de toutes les parties prenantes dans le secteur de la lutte contre le VIH et le sida (le niveau central, les gestionnaires des programmes, le niveau intermédiaire et opérationnel/périphérique, y compris les gestionnaires des structures de soins à tous les niveaux). Les différents PTF tant multilatéraux que bilatéraux, les représentants de la société civile y compris les associations et collectifs de populations-clés, les organisations confessionnelles, les représentants des ministères partenaires (éducation, finances et planification, transports, justice, défense et sécurité, action sociale, etc.) et le secteur privé ont tous été impliqués au travers de commissions thématiques pour développer une compréhension commune de l’épidémie.
- L’étape de planification proprement dite a été précédée par une série de visites, rencontres et entretiens notamment avec les représentants des populations bénéficiaires et des populations-clés; occasion privilégiée pour échanger sur les problèmes spécifiques à ces groupes au travers de l’évaluation des barrières (juridique, administrative, etc.) à leur accès aux soins et services afin d’élaborer des programmes qui contribuent à répondre et lever ces barrières. Ces visites ont permis de solliciter leur adhésion et leur participation active au processus d’élaboration du présent PSN 2014-2017.

- Un Atelier conjointement animé par le Représentant du Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le sida et le Directeur pays de l'ONUSIDA regroupant les acteurs et secteurs-clés de la lutte ainsi que les partenaires techniques et Financiers a permis de redéfinir de nouvelles cibles de l'ONUSIDA calculées sur la base des directives 2013 de l'OMS et du cadre d'investissement de l'ONUSIDA. Les résultats ainsi obtenus ont servi de base au processus de planification.
- La détermination et la priorisation des interventions pour le PSN 2014-2017 ont constitué une phase cruciale du processus et ont permis d'identifier, sur une base consensuelle au cours d'un Atelier regroupant les acteurs et secteurs-clés, les domaines prioritaires dans lesquels le pays doit investir pour avoir un haut impact. Au cours de cette phase, les objectifs du PSN 2014-2017 ont été clairement définis, y compris dans le temps, mesurables et réalistes prenant en compte les aspects d'accès, d'équité et de qualité pour les différentes catégories de la population, en particulier les groupes vulnérables. Les domaines et interventions identifiés ont été validés par les participants et consignés dans un procès-verbal. Les approches, domaines et interventions planifiées s'appuient sur une analyse d'efficacité et d'efficience, et correspondent aux besoins prioritaires identifiés.
- Un Atelier de planification regroupant tous les acteurs des différents secteurs du niveau central et décentralisé, les populations bénéficiaires et les populations-clés s'est articulé autour des domaines et interventions prioritaires identifiées lors de l'étape de la priorisation. Il a notamment permis (i) de définir les effets et produits, (ii) d'identifier les différentes stratégies et activités pour chacun de ces effets et produits, (iii) de déterminer les cibles et (iv) de quantifier et de budgétiser les activités. Les problèmes prioritaires, les pistes de solutions, les stratégies et les activités des thématiques liées aux populations clés ont également été définies par les bénéficiaires.
- L'articulation des interventions autour des dimensions classiques de la lutte contre le VIH et le sida traduit une volonté d'action conjointe visant à améliorer l'équité, l'efficacité et l'efficience des interventions tout en réservant une place centrale aux populations-clés. Un souci d'amélioration de la qualité des services transparait à travers les stratégies proposées telles que le renforcement des capacités du personnel, le développement des infrastructures et équipements, amélioration des mécanismes d'approvisionnement et de gestion des intrants, la rationalisation des modèles thérapeutiques inspirés des directives 2013 de l'OMS, à travers la prise en compte de diverses autres initiatives internationales telles que le cadre d'investissement de l'ONUSIDA, la Stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA « Objectif : zéro », etc. . Un souci d'efficience est clairement exprimé dans les démarches d'harmonisation et d'utilisation des données collectées dans le cadre du Système national d'information sanitaire, de rationalisation des procédures, d'efforts pour l'alignement et l'harmonisation des partenaires, etc.
- En faveur de la Lutte contre le sida l'engagement politique se traduit par le leadership des plus hautes autorités du pays dans les organes de gouvernance et leur contribution dans la mobilisation politique et communautaires (Président de la République, Première Dame, Vice Présidents, Membres du Gouvernement et de l'Assemblée).
- L'élaboration du PSN 2014-2017 a été conduite par une équipe technique permanente, sous la supervision d'un Comité de Pilotage et a porté sur les différentes composantes que sont la planification, la budgétisation, ainsi que le suivi-évaluation.
- Un mécanisme transparent garantissant le rôle directeur du Gouvernement et la participation de toutes les parties prenantes [notamment les institutions gouvernementales, les représentants du secteur public, la société civile y compris les représentants des populations-clés afin qu'elles puissent faire entendre leurs préoccupations sur les droits de l'homme, les PTF et le secteur privé] a été mis en place et a permis de s'assurer de la pleine contribution de celles-ci. Le PSN 2014-2017 prévoit les moyens de surmonter les problèmes d'exécution et notamment un plaidoyer fort visant à assouplir les législations qui comportent des obstacles potentiels au succès de sa mise en œuvre. La validation du PSN 2014-2017 a été réalisée à travers un forum multidisciplinaire et multisectoriel avec la participation des PTF sous le patronage de la Ministre de la santé Publique et de la lutte contre le sida.

### **1.3. Coût et cadre budgétaire du PSN 2014-2017**

- Le PSN 2014-2017 comprend un Cadre budgétaire robuste qui prévoit une clé de répartition claire par axe stratégique et par thématique. Les estimations de coûts sont clairement justifiées et se basent sur des méthodes solides et des hypothèses budgétaires réalistes. Le budget du PSN 2014-2017 est bien documenté au travers d'hypothèses de calcul et différents scénarios de financement détaillés. Une cartographie des financements disponibles a été réalisée. Les projections de financement incluent toutes les sources de financement, précisent les engagements financiers venant des principales sources dont le Budget national, indiquent la complémentarité entre les bailleurs et le financement national dans le budget global de la lutte et prennent en compte les incertitudes et les risques. Les projections de financement sont réalistes et prennent en compte les contraintes de l'espace budgétaire.

### **1.4. Mise en œuvre et gestion**

- Le PSN 2014-2017 précise clairement les organes en charge de la coordination et de la gouvernance ainsi que leurs rôles et responsabilités; l'analyse des risques porte aussi sur les obstacles potentiels à une mise en œuvre réussie. Les stratégies visant à réduire les risques identifient les moyens de faire face à ces risques.
- Des dispositions de gouvernance interne et externe impliquant de multiples parties prenantes sont en place et spécifient les mécanismes de gestion, de surveillance, de coordination et d'élaboration des rapports dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale. Les stratégies en matière de gouvernance, de redevabilité, de surveillance, de mise en application et de compte-rendu sont décrites et indiquent la manière dont les problèmes de redevabilité et de gouvernance rencontrés par le passé seront résolus, afin de se conformer pleinement aux bonnes pratiques internationales.

### **1.5. Suivi, évaluation et révision**

- Une revue du Système National de Suivi Evaluation a été faite sur base de l'analyse des douze composantes. Ainsi, fort des résultats de ce forum, un cadre solide de suivi-évaluation comportant un ensemble de cibles et indicateurs-clés essentiels pour évaluer les progrès, l'équité et les résultats obtenus a été élaboré et constitue une partie intégrante du présent PSN; il précise les sources d'information, les méthodes et les responsabilités pour la collecte et les flux d'information, la gestion, l'analyse et l'assurance de la qualité des données. Ce cadre décrit les rôles et les responsabilités pour le suivi-évaluation des données, précise le mécanisme de coordination et prévoit un mécanisme de renforcement des capacités. Par ailleurs, un mécanisme multipartite de revue ainsi que des évaluations périodiques des progrès et des résultats sont prévus et serviront de base au dialogue politique et à la revue des performances et à la mise en œuvre de mesures correctives, le cas échéant.

## **II. CONTEXTE GENERAL ACTUEL DU BURUNDI.**

### **1. Contexte géographique**

Avec une superficie de 27 834 km<sup>2</sup> dont 25 134 km<sup>2</sup> de terre et 2 700 km<sup>2</sup> de lac, le Burundi est situé dans la région des Grands Lacs Africains. Il est entouré au nord par le Rwanda, au sud et à l'est par la Tanzanie et à l'ouest par la République Démocratique du Congo. Il possède un climat tropical tempéré par l'altitude avec des hauts plateaux et des plaines au nord à l'ouest et à l'est.

### **2. Contexte administratif et politique**

Après une longue période de crise, le Burundi connaît est aujourd'hui dirigé par des institutions démocratiquement élues à tous les niveaux.

Le Gouvernement a élaboré et mis en œuvre un Cadre Stratégique de croissance et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) et un Cadre Stratégique de Consolidation de la Paix (CSCP). Ces documents stratégiques constituent des dispositifs de stabilisation créant des conditions politiques et socio économiques pour l'atteinte des OMD.

Sur le plan administratif, le Burundi est organisé en 3 niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire représenté par 17 provinces et le niveau périphérique par 129 communes. Dans le cadre de la réforme administrative, le gouvernement a adopté en 2008 un document cadre de politique nationale de décentralisation et un plan triennal pour sa mise en œuvre. Cette décentralisation vise l'autonomisation des communes et des collectivités locales et les institue comme base du développement. Actuellement, toutes les communes sont dotées des plans communaux de développement communautaire qui sont régulièrement actualisés et qui intègrent des activités de promotion de la santé en général et de la lutte contre le sida en particulier.

### **3. Contexte démographique**

La population du Burundi a été estimée en 2008 à 8053574 habitants avec 49,2% d'hommes et 50,8% de femmes et un taux d'accroissement annuel de 2,4%. Le Burundi a une population jeune essentiellement rurale. Environ 10% de la population du Burundi vit en zone urbaine dont près des 2/3 à Bujumbura la capitale contre 90% en milieu rural en habitat dispersé. La densité globale de la population par rapport aux superficies des terres émergées est de 310 habitants/km<sup>2</sup> et fait du Burundi un des pays les plus densément peuplé d'Afrique. La population du Burundi est très jeune avec 65% de la population ayant moins de 25 ans et 51,5% moins de 18 ans. Le taux de fécondité est l'un des plus élevé au monde avec 6,4 enfants par femme.

### **4. Contexte socio économique**

Le classement mondial, selon l'indice de développement humain classe le Burundi à la 178<sup>ème</sup> position sur 186 pays en 2013. Le Burundi a une économie rurale essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage avec des moyens de production peu modernisés. La population dépend à plus de 90 % de cette agriculture, qui représente plus de 50 % du PIB. Le pays bénéficie d'un allègement de la dette extérieure dans le cadre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés. La population vivant en dessous du seuil de pauvreté est estimé à 67%.

Cette situation se caractérise par un très faible pouvoir économique de la femme lié à un accès limité au revenu et à la propriété ainsi que par des contraintes culturelles limitant le pouvoir de décision des femmes et des filles au niveau familial, et communautaire. La société burundaise est dotée d'une mentalité très nataliste avec un nombre moyen d'enfants par femme de 6.4.

## **5. Education**

Au niveau scolaire, les indicateurs sont encourageants avec un taux net de scolarisation primaire en 2010/2011 de 96,11%<sup>1</sup>. Par contre le taux d'achèvement du primaire reste préoccupant car seulement 51,3% des élèves achèvent le cycle primaire. Le taux de transition du primaire au secondaire est très faible et se situe à 40% et le taux brut de scolarisation au secondaire chute à 26,7%.

Le taux l'alphabétisation des adultes est estimé à 55,3% pour l'ensemble de la population dont 42,8% pour les hommes et 65,1% pour les femmes. L'indice de parité en matière d'alphabétisation était de 0,84 en 2009.

---

<sup>1</sup> UNDAF 2012-2016

### **III. LE SYSTEME SANITAIRE DU BURUNDI ET L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION.**

#### **1. Le système de santé**

Le système de santé est articulé autour de trois niveaux : niveau central, niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

**Le niveau central** ou niveau stratégique est composé du Cabinet du Ministre et l'ensemble des directions centrales y compris les programmes, les instituts et les structures de soins et de diagnostics de référence nationale.

Le niveau central a la mission de définir et de conduire la politique de santé, de mener le suivi et l'évaluation et de piloter la recherche et formation et la régulation .Il coordonne les appuis des partenaires techniques et financiers.

**Le niveau intermédiaire** set un niveau d'appui technique .Il est essentiellement composé de dix sept directions provinciales de santé et de lutte contre le sida. Il joue le rôle d'appui aux districts sanitaires .Il veille à la mise en œuvre des décisions du niveau central et assure la supervision de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) par les districts sanitaires. Il joue également le rôle de conseiller technique en santé à l'administration provinciale. Chaque province est subdivisée en districts sanitaires.

**Le niveau périphérique :** Le district sanitaire est le premier niveau de la pyramide sanitaire. Il est composé des centres de santé, des hôpitaux de district et de la participation communautaire.

Chaque district est composé d'un hôpital de district pour la première référence et 10 à 15 centres de santé, il dessert une population d'environ 150.000 habitants,

Il comprend également les centres et les acteurs communautaires de la société civile qui peuvent être mobilisés dans la prévention et la promotion de la santé.

#### **Le secteur privé sans but lucratif**

Le secteur privé sans but lucratif (agrée, confessionnel) est constitué essentiellement de centres de santé sans but lucratif qui compte 99 CDS représentant 15% de l'ensemble des centres de santé du secteur. Les 10 hôpitaux qui sont sous cette tutelle ce statut représentent 11%. Ces structures sont habituellement gérées par les confessions religieuses et/ou les associations participent activement dans l'amélioration de la santé de la population. Ces structures collaborent activement avec le MSPLS et suivent les directives de ce dernier.

#### **Le secteur privé lucratif**

Le secteur privé lucratif (non confessionnel) médico-pharmaceutique joue également un rôle important dans le système de santé. Selon l'annuaire 2013, le secteur privé représente 141 CDS soit 16% et 10 hôpitaux soit 14% des structures hospitalières (1/69). Le secteur privé à but lucratif ne collabore pas avec le MSPLS malgré la participation dans le système de soins du Burundi. Il n'y a pas de convention directe avec le système de santé formel mais il y a un accord d'agrément délivré par le MSPLS. Un effort devra être déployé pour que cette collaboration soit effective et que ce secteur soit intégré dans le système de soins.

## L'échelle communautaire

Le MSPLS est en pleine réorganisation du niveau de santé communautaire qui va être essentiellement orienté vers les prestations de soins préventifs et promotionnels. Il est composé d'acteurs communautaires diversifiés comme les agents de santé communautaires (ASC), les comités de santé (CoSa), les associations locales (ASLO), les réseaux communautaires, les collectifs de groupements, etc.

Les acteurs communautaires sont coordonnés par un technicien de promotion de la santé basé au centre de santé pour renforcer continuellement leurs capacités et maintenir des liens étroits entre les animateurs et le centre de santé. Un plan stratégique du domaine communautaire a été élaboré par la DPSHA et sert de référence et de cadre de coordination de la contribution du secteur communautaire au système national de santé.

## 2. L'état de santé de la population

L'espérance de vie à la naissance du Burundi est estimée à 49 ans dont 51,8 ans pour les femmes et 46 ans pour les hommes<sup>2</sup>. Le taux brut de mortalité est estimé à 16,5 pour 1000 avec un ratio de mortalité maternelle de 500 pour 100 000 naissances vivantes<sup>3</sup>, le taux de mortalité infantile de 59 pour 1000 et celui de mortalité infanto-juvénile de 96 pour 1000 naissances vivantes<sup>4</sup>.

Le paludisme demeure la première cause de mortalité et de morbidité au Burundi. Il est responsable de 48% des cas de décès chez les enfants de moins de 5 ans et de plus de 50% des motifs de consultation dans les hôpitaux et centres de santé. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans se situe à 96 pour 100 000 naissances vivantes (EDS 2010).

Selon l'annuaire statistique 2013, les infections respiratoires aiguës sont la 2<sup>ème</sup> cause de morbidité et de mortalité des enfants.

Le taux d'utilisation des services de consultations prénatales (CPN) est de 99% (au moins une visite). Cependant 63,7% des femmes enceintes ont fait au moins 3 visites avec un taux d'accouchement assisté par un personnel formé de 72,9%.

Selon EDS 2010, le taux de fécondité chez les adolescentes de 15-19 ans était de 11% ; en 2012, l'UNFPA et le Ministère de l'éducation ont enregistré entre 2009 et 2012 un effectif de 4760 cas de grossesses en milieu scolaire soit une augmentation annuelle de 50%.

Le tableau ci-dessous montre la situation de certains indicateurs.

**Tableau 1 : Quelques indicateurs de santé au Burundi.**

Indicateur	Situation actuelle	Source
Espérance de vie à la naissance	49 ans	RGPH 2008.
Taux de couverture sanitaire	92%	Revue du PNDS 2014
Taux d'utilisation des services curatifs	22%	Enquête PMS 2012
Taux de couverture vaccinale (enfants complètement vaccinés)	70,3%.	Enquête ménage de 2012

<sup>2</sup> Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2008

<sup>3</sup> Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2008

<sup>4</sup> EDSB, 2010

Taux de couverture vaccinale BCG (12-23 mois)	94,6%	Enquête ménage de 2012
Couverture en Moustiquaire imprégnée d'insecticide chez les enfants de moins de 5 ans	54%	MIS EIPB 2012
Taux de couverture contraceptive	30%	Enquête PMS 2012
Taux de couverture en accouchements assistés	72,9%	Rapport PNSR ,2013
Taux de couverture en PTME	58%	Rapport SEP-CNLS 2013
Taux de couverture en ARV adulte	62%	Rapport SEP-CNLS 2013
Taux de couverture en ARV moins de 15 ans.	17,5%	Rapport SEP-CNLS 2013
Taux de couverture en ARV chez les patients tuberculeux.	64%	Rapport PNLT 2013
Prévalence du VIH chez patients coïnfectés	26%	Enquête de séroprévalence 2007
Taux de malnutrition globale	59,00%	EDSB 2010
Taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans	58%	EDS 2010
Taux de couverture en CPN (au moins une visite)	99,00%	EDSB 2010
Taux de couverture en CPN (au moins une visite)	99,00%	EDSB 2010
Indice synthétique de fécondité (ISF)	6,4	RGPH 2008
Taux de séroprévalence VIH (15-49 ans)	1,4%	EDS 2010
Taux de ménages possédant au moins une MIILDA (%)	63%	Malaria Indicator Survey 2012
Taux de prévalence du paludisme	17 %	MIS 2012
Couverture en Moustiquaire imprégnée d'insecticide chez les enfants de moins de 5 ans	54%	MIS EIPB 2012
Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB	8,7 %	Observatoire de la Santé Mondiale 2011



#### IV. CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE ET SOCIAL DE L'EVOLUTION DU VIH ET SIDA

##### 1. Contexte épidémiologique

###### 1.1 La prévalence du VIH dans la population générale

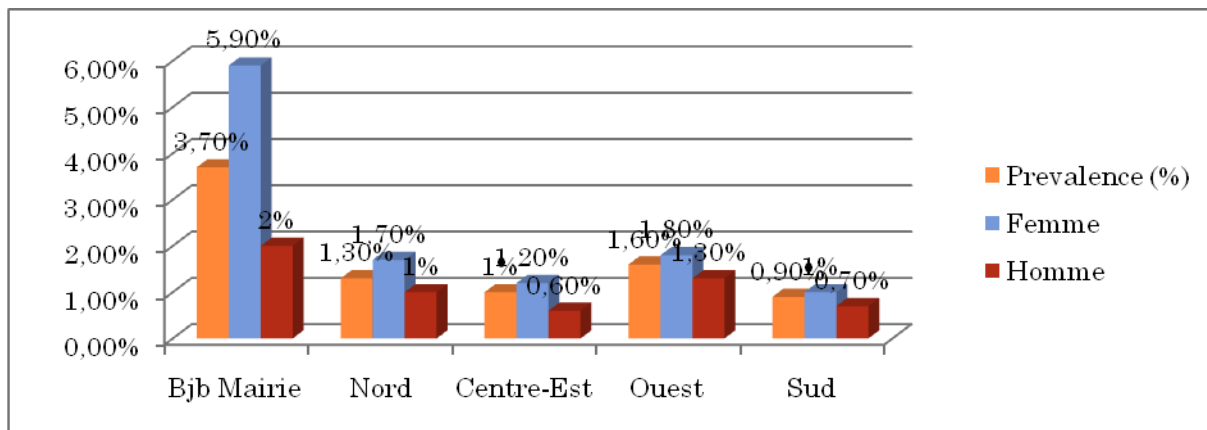
Avec une prévalence de 1,4%, le Burundi a une faible épidémie généralisée. L'épidémie est plus concentrée en milieu urbain et semi urbain avec une prévalence de 4,1% contre 1% pour le milieu rural. La prévalence est inégalement répartie au niveau national avec une forte concentration dans la province de Bujumbura-Marie qui concentre à elle seule 3,7% de la prévalence du pays soit 2,5 fois la moyenne nationale suivie de la région ouest avec 1,8% et la région nord avec 1,7%. Une récente étude menée (Etude PLACE 2014) dans 66 communes appelées Zones d'Interventions Prioritaires (ZIP), montre que la prévalence dans ces zones est largement au-dessus de la moyenne nationale et se situe à 6,4% dont 6,8% dans les ZIP de Bujumbura-Mairie, 7,4% dans les ZIP des chefs-lieux de provinces et 3,6% dans les ZIP des zones rurales.

Depuis plusieurs années toutes les études montrent une forte féminisation constante de l'épidémie du VIH et les estimations de l'EDS 2010 la situent à 1,7% contre 1% chez les hommes. Cette féminisation est constatée quel que soit l'âge et est plus prononcée dans la province de Bujumbura-Mairie avec une prévalence de 5,9% soit 4 fois la moyenne nationale come l'indique le graphique 1.

La prévalence augmente selon les groupes d'âges et les groupes les plus touchés par l'infection à VIH sont ceux des 35-39 ans avec 3,7%, les 40-44 ans avec 3,3%, les 30-34 ans avec 2,6% et les 45-49 ans avec 2,4%. La prévalence chez les groupes d'âges les plus jeunes reste faibles avec des prévalences inférieures à la moyenne nationale. Cependant il faut noter aussi une prévalence élevée dans la tranche la plus jeune des moins de 15 ans spécialement de 0-4 ans du fait de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Selon EDS 2010,45% des femmes et 47% des hommes ont une connaissance approfondie des moyens de prévention du VIH,37,4% des femmes et 30% des hommes ont déjà effectué un test de dépistage du VIH et retiré le résultat.

**Graphique 1 : Répartition de la prévalence du VIH par région et par sexe**



## **1.2 La prévalence au sein des populations clés et autres groupes vulnérables**

- **Les populations clés**

Selon les études déjà réalisées au Burundi, les populations suivantes ont démontré une prévalence plus élevée que celles enregistrée dans la population générale comme illustré dans le schéma suivant : Professionnelles du sexe, les Hommes ayant des rapports sexuels avec les autres hommes et les détenus.

L'étude BSS 2011 a permis d'identifier les niveaux de connaissances et des comportements par rapport à l'épidémie et la prévalence du VIH dans les populations énumérées. L'étude PLACE 2013 réalisée dans 66 communes appelées Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP) a permis d'estimer les tailles et les prévalences des populations clés.

Selon ces études les prévalences de ces populations sont largement supérieures à la moyenne de la population générale.

L'étude PLACE a estimé à environ 51 482 le nombre de PS répartis sur tout le territoire national dont 13385 dans la zone de Bujumbura-Mairie (26%), 12356 dans les autres zones urbaines (24%) et 12741 dans les zones rurales (50%). La prévalence de ces PS est estimée selon l'étude à 21,3% soit 15 fois la moyenne nationale.

Les MSM avec une taille estimée à 9346 sont majoritairement concentrés au niveau de Bujumbura-Mairie avec une population de 6916 soit 74% de la taille, dans les autres zones urbaines 1215 soit 13% et dans les zones rurales 1215 soit 13%. Leur prévalence au VIH est de 4.8% soit plus de 3 fois la moyenne nationale.

En ce qui concerne la consommation de drogues au Burundi, l'étude PLACE 2013 estime à 10,2% le taux des consommateurs de drogues dans les ZIP de Bujumbura-Mairie, 2,7% dans celles des ZIP des autres zones urbaine et 1,7% dans celles des zones rurales ; environ 1,2% de ces populations utilisent la drogue injectable. La prévalence du VIH n'a pas été estimée.

Le Burundi compte 11 maisons de détention (dont une réservée aux femmes) réparties sur le territoire national et la taille des détenus adultes au 31 mars 2014 était de à 7854 dont 382 femmes. Il n'existe pas d'étude récente sur la prévalence des détenus mais en 2010, celle-ci était de 3% selon l'enquête BSS 2011. Cette prévalence est plus élevée chez les femmes (5%) que chez les hommes (2,3%).

Cette étude BSS estime à 3% la prévalence du VIH chez les pêcheurs.

- **Les autres groupes vulnérables**

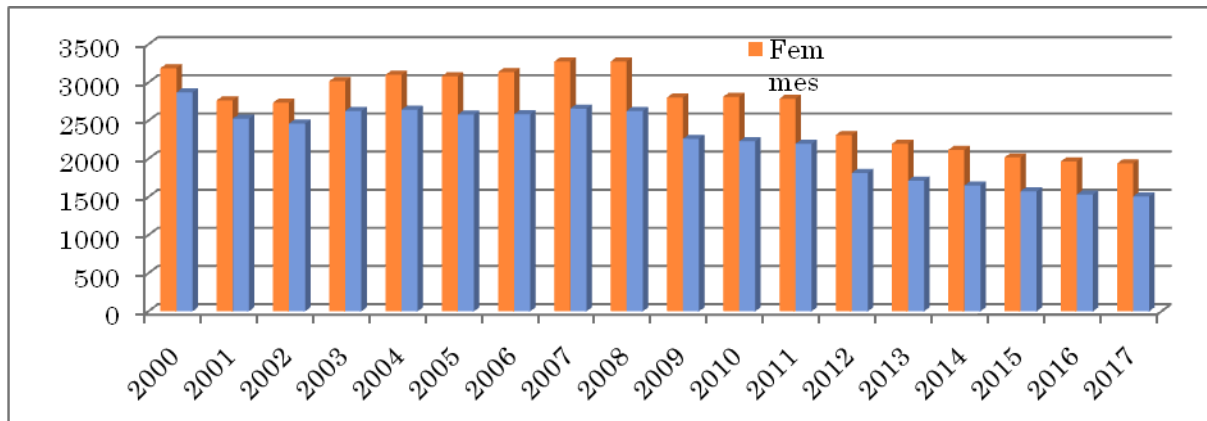
La coexistence d'une épidémie généralisée elle-même stratifiée par rapport aux milieux rural et urbain d'une part avec une forte prévalence dans certaines populations clé d'autre part crée des groupes vulnérables permettant une intercommunication entre ces types de populations. L'analyse de la situation épidémiologique du VIH au Burundi, montre qu'en dehors des populations clés, il existe d'autres groupes de population vulnérables au VIH notamment les jeunes entre 0 et 24 ans qui contribuent à 50% pour les nouvelles infections, les femmes dont les veuves et les pêcheurs qui ont une prévalence supérieure à la moyenne (3% pour les pêcheurs selon l'enquête BSS 2011)

Selon les données de l’OMS, la prévalence du VIH chez les tuberculeux a été estimée à 19% en 2012 classant le Burundi parmi les 41 pays où le fardeau de la coïnfection est le plus lourd.

### 1.3 Les nouvelles infections

Selon les estimations Spectrum ONUSIDA, les nouvelles infections au Burundi sont à la baisse mais restent importantes et ne connaîtront une stagnation que si les mesures de prévention sont efficaces avec des meilleures stratégies. De plus on note toujours une féminisation de l’épidémie comme l’indique le graphique ci-dessous.

**Graphique 2 : Evolution des nouvelles infections par sexe**

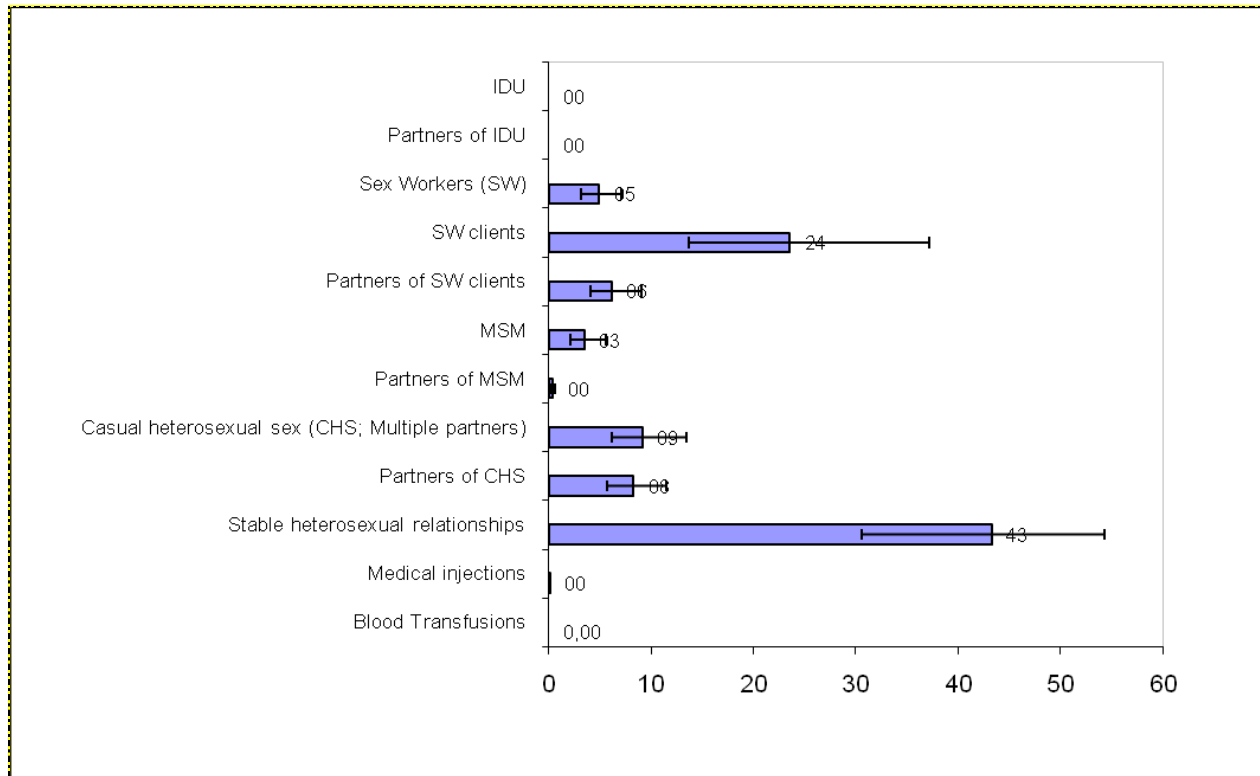


Selon les estimations, en 2014, les nouvelles infections au Burundi seront de 3765 dont 2116 femmes et 1649 hommes. Les groupes d’âges les plus touchés sont ceux de 0-14 ans principalement 0-4 ans avec 944 cas, les 20-24 ans avec 660 cas, les 25-29 ans avec 668 cas, les 30-34 ans avec 485 cas. Au total, respectivement, 25% des nouvelles infections apparaîtront en 2014 chez les 0-4 ans correspondant principalement à la Transmission Mère-Enfant, 25% chez les 15-24 ans, 31% chez les 25-34 ans. Le Burundi est un pays avec une population jeune dont les groupes d’âges de 0-25 ans représentent 65% de la population. On constate que 50% des nouvelles infections apparaîtront en 2014 dans cette tranche d’âge.

Classes d’âge	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
	<b>Nombre de nouvelles infections chez les femmes</b>	467	193	418	393	263	150	85
<b>Nombre de nouvelles infections chez les hommes</b>	477	80	242	275	222	142	77	51
<b>Total</b>	944	273	660	668	485	292	162	111
<b>Pourcentage</b>	25%	7%	18%	18%	13%	8%	4%	3%

Dans les groupes d'âges de 15-19, 20-24 et 25-29 ans, les nouvelles infections sont plus importantes chez les filles que chez les garçons avec respectivement des ratios d'infections de 2,4, 1,72, 1,42 ce qui montre la vulnérabilité des filles et femmes dans ces classes d'âges.

Selon l'étude PLACE 2013 et les projections SPECTRUM de 2014, la contribution aux nouvelles infections s'établit comme suit : 43 % pour les couples hétérosexuels stables ; 5% pour les PS , 24% pour leurs clients et 6% pour les partenaires de ces clients , 17 % pour les relations hétérosexuelles occasionnelles, et leurs partenaires et 3% pour les HSH comme le montre le graphique plus bas.



## 2. Les déterminants légaux, sociaux et culturels de l'épidémie de VIH et sida au Burundi.

Le contexte socioculturel influence les résultats des efforts menés au Burundi dans la lutte contre le VIH et le sida et doit donc continuer à être pris en compte dans la riposte.

Aussi, par son adhésion à la Communauté Est Africaine depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009, le Burundi a fait siennes toutes les dispositions juridiques de la Communauté régissant la lutte contre le VIH et le SIDA.

Le projet de loi sous régional garantit la protection des droits des personnes vivantes ou affectées par le VIH de façon très étendue.

Au niveau national, le Burundi s'est doté d'instruments juridiques qui protègent les personnes vivant avec le VIH dans leurs droits. Il s'agit de la loi N° 1/08 du 12 mai 2005 portant protection juridique des personnes infectées par le VIH et le SIDA.

La constitution du Burundi et le code du travail condamnent toute exclusion liée à la séropositivité au VIH

Cependant, l'accès aux services de prévention et de prise en charge du VIH reste limité par certaines dispositions du code pénal qui répriment la pratiques des relations sexuelles entre personnes de même

sexe et le travail du sexe pendant que c'est une catégorie de population potentiellement pourvoyeuse de nouvelles infections à VIH.

Au niveau socioculturel, le statut de la femme est caractérisé par une faible valorisation de sa contribution dans la vie nationale comparativement à l'homme, surtout dans la prise des décisions et dans la gestion de l'économie familiale et nationale. Cette situation est aggravée par son statut défavorable dans le domaine de la succession ce qui diminue davantage son pouvoir économique et la situe par conséquent à un niveau de vulnérabilité plus grande face au VIH et sida..

Les ménages dirigés par des femmes sont extrêmement vulnérables et plus sévèrement touchés par la pauvreté que les ménages dirigés par les hommes (76 % contre 64 % pour les hommes) en raison de l'accès limité à la terre, au capital et au crédit.

Le Burundi est classé 89<sup>ème</sup>/145 en ce qui concerne les disparités entre les sexes avec un pouvoir fort pour les hommes.

La faible participation de l'homme aux programmes PTME et SR , les faibles moyens économiques de la femme qui limitent son accès aux services de santé, les violences conjugales, la persistance des violences basées sur le genre ( environ 13,9% des clients des sites de ZIP ont déjà eu des relations sexuelles forcées), l'amplification du phénomène des grossesses non désirées dans les écoles responsable des abandons scolaires des filles, l'analphabétisme des femmes (trois femmes sur cinq sont illettrées (61,7%), sont autant de facteurs qui expliquent la féminisation de l'épidémie du SIDA au Burundi. Selon l'EDS II, la prévalence du VIH chez les veuves est de 8,3% soit 6 fois la moyenne nationale et 5 fois celle des femmes. Les orphelins représentent 10% de la population et sont parmi les cibles privilégiées des violences et abus de toute sorte au rang desquelles la spoliation de leurs biens.

L'évolution du VIH et sida se fait aussi dans un contexte de stigmatisation et de discrimination persistante envers les PVVIH. Seulement 44,4% des femmes et 62,1% des hommes de 15-49 ans déclarent avoir des attitudes positives vis-à-vis des PVVIH.

## Synthèse de l'analyse épidémiologique

En résumé, l'analyse épidémiologique du VIH au Burundi relève les points saillants suivants :

- ✚ Une épidémie de type généralisé à prévalence faible : 1.4% selon l'EDS 2010
- ✚ Une féminisation persistante avec un ratio femme-homme de 1,7.
- ✚ Une très forte prévalence chez les Professionnelles du sexe (PS), (21,3%), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (4.8%), les détenus et les pêcheurs (3%)
- ✚ La taille de ces populations clé est estimée à 51.482 PS et 9346 HSH.
- ✚ La contribution aux nouvelles infections s'établit comme suit : 43 % pour les couples hétérosexuels stables ; 5% pour les PS, 24% pour leurs clients et 6% pour les partenaires de ces clients, 17 % relations hétérosexuelles occasionnelles, 3% pour les HSH
- ✚ 50% des nouvelles infections apparaissent chez les moins de 25 ans dont 25% concernent la TME
- ✚ L'existence de population passerelles du fait de la coexistence de populations variées.
- ✚ L'apparition d'une population nouvelle : les consommateurs de drogues injectables.
- ✚ Evolution de l'épidémie dans un contexte défavorable pour les femmes et minorités sexuelles.

43 % pour les couples hétérosexuels stables ; 5% pour les PS , 24% pour leurs clients et 6% pour les partenaires de ces clients , 17 % pour les relations hétérosexuelles occasionnelles, et leurs partenaires et 3 % pour les HSH.

## V. ANALYSE DE LA REPONSE

Face à l'épidémie et ses conséquences, l'Etat Burundais assisté par les partenaires techniques et financiers a mis en place des stratégies pour la riposte à travers des Plans Stratégiques de Lutte contre le VIH et le sida dont le dernier couvre la période de 2012 à 2016.

Cette réponse à caractère multisectoriel fait intervenir différents Ministères et départements du pays.

La riposte de plus en plus croissante du secteur de la santé face au VIH est coordonnée par le Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement transmissibles mis en place par en 2012 en remplacement de l'Unité Sectorielle.

Le programme définit des orientations et directives, assure les missions de planification et de suivi évaluations des interventions relatives à la réponse du secteur de la santé.

Au niveau opérationnel, les activités de prévention et de prise en charge du VIH sont progressivement intégrées dans le PMA ; PCA des structures de soins à tous les niveaux. De plus, des approches d'intégration entre les services et la délégation des tâches en matière de prévention et de traitement du VIH se mettent en place petit à petit.

Il assure aussi la collaboration avec les autres structures du ministère impliquées dans différents domaines spécifiques qui contribuent à renforcer cette réponse.

Malgré ces quelques avancées et l'engagement du gouvernement pour le passage à échelle des interventions de lutte contre le VIHSIDA, le système de santé devra relever les défis majeurs suivants :

- ✓ L'insuffisance de ressources humaines qualifiées.
- ✓ L'insuffisance de capacités techniques et matérielles qui ne permettent pas l'offre de prestation de qualités
- ✓ L'inadéquation du plateau technique au niveau des structures de soins et des laboratoires
- ✓ Faiblesse de la coordination, la supervision la décentralisation et l'assurance qualité des services de laboratoire.
- ✓ De faibles capacités de maintenance des équipements.
- ✓ Une faible performance du système, d'achats, de stockage et de distribution et de gestion des intrants VIH de qualité à tous les niveaux du système.
- ✓ La faiblesse du système de suivi et évaluation et de la recherche
- ✓ Faible collaboration et l'intégration insuffisante des services

La revue de ce plan a montré que des progrès remarquables ont été réalisés dans tous les domaines même si les résultats escomptés n'ont pas été encore atteints.

Le PSN 2012-2016 prévoyait 4 axes stratégiques :

- (i) la prévention des nouvelles infections,
- (ii) la prise en charge globale,
- (iii) la réduction de l'impact,
- (iv) la coordination, le suivi évaluation, les mécanismes de financement et la gestion financière.

## 1. La prévention des nouvelles infections.

### 1.1 La prévention de la transmission par voie sexuelle

La mise en œuvre des programmes de prévention a permis de réaliser un certain nombre de résultats. Les activités de communication pour le changement de comportement (CCC) ont été menées de façon multiforme et sur des thèmes variés.

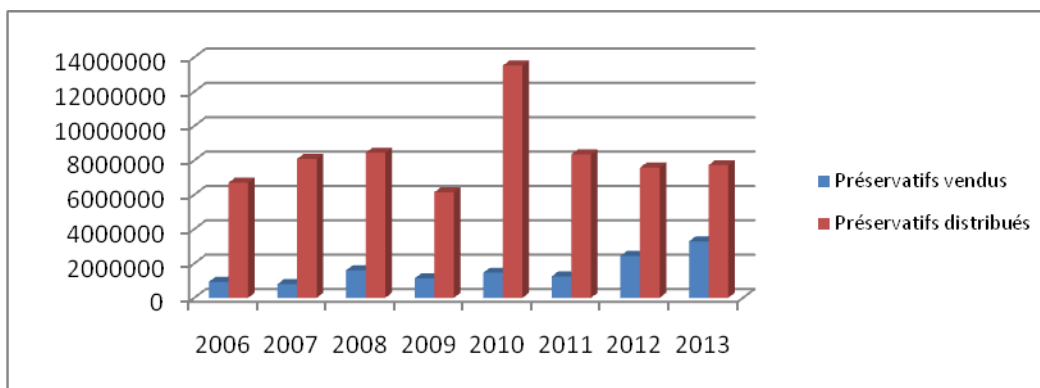
Selon l'EDS 2010, *la connaissance du VIH/sida est généralisée* en ce qui concerne les principaux modes de prévention tandis que pour « une connaissance approfondie » les taux sont de 47% pour les femmes et 45% pour les hommes. Ces taux varient selon le milieu et le niveau d'instruction. Selon la BSS 2011, ces taux sont de 31.1% pour les PS et de 24.2% pour les HSH

On note une augmentation du nombre de préservatifs masculins distribués avec un taux de performance de 89% en 2013. Cette forte performance est liée à l'existence d'une politique du préservatif au niveau du pays et à l'organisation du circuit communautaire de distribution qui a permis une meilleure pénétration du préservatif dans la communauté et a facilité sa disponibilité et son accès pour la population.

Bien plus le marketing social du préservatif masculin est une voie complémentaire de distribution en constant accroissement. Des ruptures de stocks restent cependant fréquentes au niveau des points de vente surtout les points chauds, réduisant ainsi l'accessibilité pour les populations clés.

Le graphique suivant illustre la complémentarité de la distribution communautaire du préservatif et du marketing social du préservatif :

**Graphique 3 : Distribution et vente de préservatifs de 2006 à 2013**



*Les activités de promotion du condom masculin* et de son utilisation restent très faibles. Seulement 12,4% des ZIP de Bujumbura, 14% des ZIP des autres milieux urbains et 9% des ZIP des milieux ruraux ont connu la promotion du préservatif. La promotion et la communication autour du préservatif féminin restent encore insuffisantes pour briser les barrières socio-culturelles.



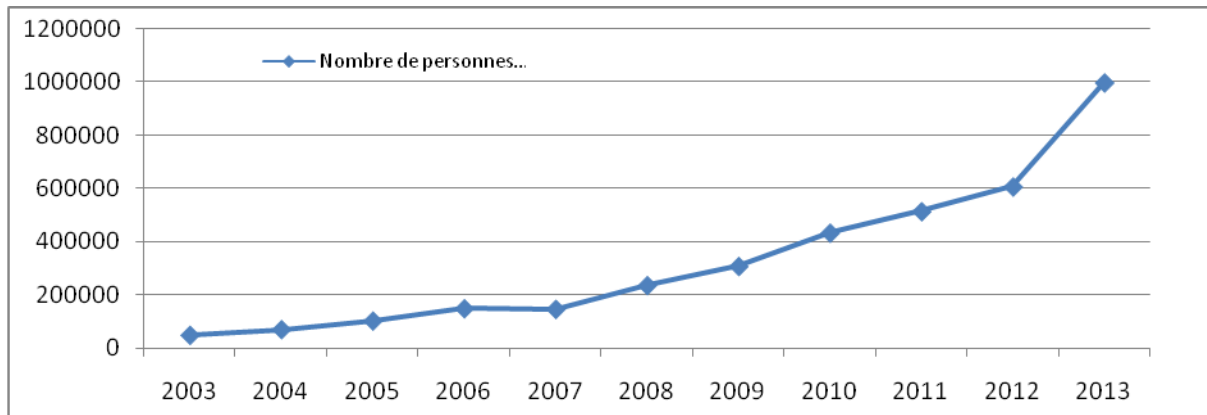
Aussi l'utilisation du préservatif en général n'est pas systématique car les proportions de ceux qui déclarent avoir utilisé un préservatif à chaque rapport les six derniers mois sont faibles (37,0<sup>5</sup>% pour les hommes et 26,2% pour les femmes à Bujumbura, 18,4% pour les hommes et 16,5% pour les femmes des autres milieux urbains et seulement 7,0% des hommes et 6,5% des femmes des milieux ruraux.

**Le conseil et le dépistage du VIH** a connu des progrès remarquables en 2013 avec 997 954 personnes sur les 870 476 prévus pour cette année soit 114,64% et 15 617 cas parmi eux sont positifs soit un taux de 1,56%. Le nombre de dépistés ayant récupéré les résultats est de 997 954 personnes soit 99,74%. Cette activité a été réalisée dans 740 centres de dépistage sur plus de 766 accrédités en 2013. Des réactifs pour le dépistage du VIH y compris dans le cadre de la PTME ont été acquis avec l'appui combiné du Fonds Mondial et de PEPFAR. Malgré les bons résultats obtenus en 2013, le dépistage a rencontré d'énormes problèmes liés essentiellement aux ruptures de stocks en réactifs et intrants dans les sites et à l'insuffisance de personnels qualifiés. En outre, on constate une inégale répartition des sites de dépistage au profit des zones urbaines alors que 90% de la population vit en milieu rural.

La qualité des services de dépistage du VIH a souffert par la découverte des résultats indéterminés du fait de la faible qualité de prestation et de la faible maîtrise de l'utilisation des tests de confirmation.

La dynamique du CDV est illustrée sur le diagramme suivant :

**Graphique 4 : Evolution du nombre de dépistage de 2003 à 2013**



Il est important de rappeler que selon l'EDS 2010, 41% des femmes et 33% des hommes connaissent leur statut sérologique au VIH et que selon l'étude PLACE 2013, ils sont à 76.9 % pour les PS, et à 39 % pour les HSH à avoir subi un test VIH et à avoir récupéré le résultat les 12 derniers mois.

**Concernant la circoncision masculine**, selon l'EDS 2010, sa prévalence au Burundi est de 33% au sein des hommes âgés de 15-49 ans avec des variations allant de 65% en milieu urbain à 27% en milieu rural. La prévalence du VIH chez les hommes circoncis (1.3%) est plus élevée comparée à celle de la population non circoncise (0.8%) et cet écart se creuse davantage à partir de 40 ans.

## 1.2 La PTME

Les interventions de la PTME ont été réalisées à travers la mise en œuvre de plusieurs stratégies au niveau central et décentralisé, ce qui a permis au pays l'amélioration des connaissances des femmes sur le VIH et

<sup>5</sup> Etude PLACE 2014

la PTME. Le Burundi est parmi les 22 pays prioritaires pour l'élimination de la TME. Dans cette ligne, des mesures politiques et stratégiques ont été prises. Il s'agit de :

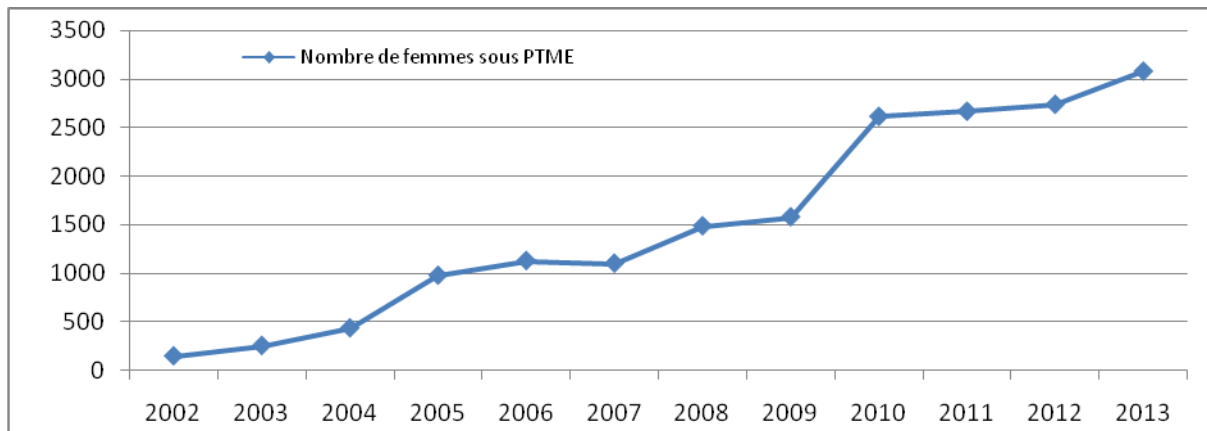
- l'adoption du plan global d'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et le maintien de leurs mères en vie
- l'élaboration du plan national d'eTME
- la mise en place d'un comité technique et d'un comité de Haut niveau (politique) de suivi de l'éTME
- l'ordonnance ministérielle N° 630/940 du 3 Juillet 2012 portant mise à l'échelle du traitement anti rétroviral et des services de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
- l'élaboration et validation du document de directives nationales pour l'accélération de l'intégration des interventions de SR/PTME dans le contexte de l'éTME
- Correspondance Ministérielle du 15 Mai 2013 autorisant toute structure qui fait la CPN de faire le dépistage du VIH et la PTME sans attendre une autre forme d'accréditation.
- Elaboration et validation du manuel de référence pour une prise en charge intégrée en matière de VIH/SR/PTME
- Elaboration et validation d'une feuille pour l'accélération de la mise en œuvre de la délégation des tâches dans la prescription du traitement ARV et de l'intégration des interventions de SR/ PTME

Le pays a poursuivi ses efforts pour améliorer sa couverture en sites de PTME grâce à la mesure de décentralisation et de délégation des tâches et leur intégration dans le PMA des CPN. De 2010 à 2013, les sites de PTME sont passés de 119 à 275 avec 25% des sites en milieu urbain. Malgré ces efforts, les résultats obtenus au niveau de la PTME restent insuffisantes. Seulement 41% des structures sanitaires disposent de sites PTME et 74% des femmes enceintes connaissent leur statut sérologique avec 58% des couples mère-enfants qui bénéficient des services de PTME selon le protocole national.

Cette situation est liée à d'une part à l'insuffisance de ressources humaines qualifiées et d'équipements pour le dépistage précoce et d'autre part aux ruptures de stock d'intrants pour le dépistage et d'ARV pour la PEC dans les sites. Aussi, vu le contexte social et culturel du Burundi, la faible implication des hommes en PTME constitue un handicap majeur pour l'accès aux femmes enceintes à ces services. Aussi l'insuffisance de la mise en œuvre des stratégies d'intégration entre les services SR et PTME et de délégation des tâches limite la performance de ce programme.

La figure ci-dessus illustre l'évolution de la couverture en PTME ces dernières années.

**Graphique 5 : évolution des femmes sous PTME de 2002 à 2013**



### 1.3 La prévention de la transmission du VIH par voie sanguine

Pour la prévention par voie sanguine, les poches de sang collectées ont été testées aux quatre marqueurs (HIV, Hep C, Hep B, Syphilis) grâce à la décentralisation des interventions avec la création de 4 centres régionaux et des postes de transfusion sanguine mais la formation du personnel et les ruptures de stocks en intrants au niveau du CNTS et CRTS ont émaillés la mise en œuvre des interventions. Les résultats de la Prophylaxie Post Exposition (PEP) ont été très limités car le renforcement des capacités des prestataires et l'approvisionnement des structures de références ont connu une performance faible.

## 2. La prise en charge globale des PVVIH

### Le traitement par ARV et la prise en charge des infections opportunistes.

Des résultats remarquables ont déjà été atteints dans ce domaine. La file active des PVVIH adultes sous ARV a fait un saut quantitatif important passant de 20.909 patients en 2010 à 30.612 en 2013, soit une performance estimée à 84% au regard de la cible prévue pour l'exercice 2013. Rapportés aux nouvelles directives 2013 de l'OMS prescrivant l'initiation du traitement ARV (TARV) à partir d'un taux de  $CD4 \leq 500/mm^3$ , on note que seuls 62% des besoins (PVVIH adultes éligibles au TARV) sont couverts.

Cette évolution satisfaisante du nombre de PVVIH sous ARV est liée d'une part à l'augmentation progressive du nombre sites de PEC qui est passé de 95 en 2010 à 152 en 2013 ce qui porte à environ 20% le taux des structures et FOSA capables d'offrir des soins ARV aux PVVIH et d'autre part à l'approvisionnement des sites en ARV.

Le pays appuyé par les partenaires a fait un effort pour la provision des ARV au niveau des sites même si des cas de ruptures de stocks en ARV ont été parfois observés dans certains sites. La mesure prise de décentralisation et de délégation des tâches représente une réelle opportunité pour augmenter davantage le nombre de sites ARV ainsi que les compétences des prescripteurs.

La décentralisation de la PEC a été réalisée à travers l'équipement des hôpitaux de district en appareils pour la mesure des CD4 pour le suivi immunologique. Le pays dispose à ce jour de 58 appareils CD4 répartis sur tout le territoire national contre 19 en 2010. Cependant un seul appareil pour la mesure de

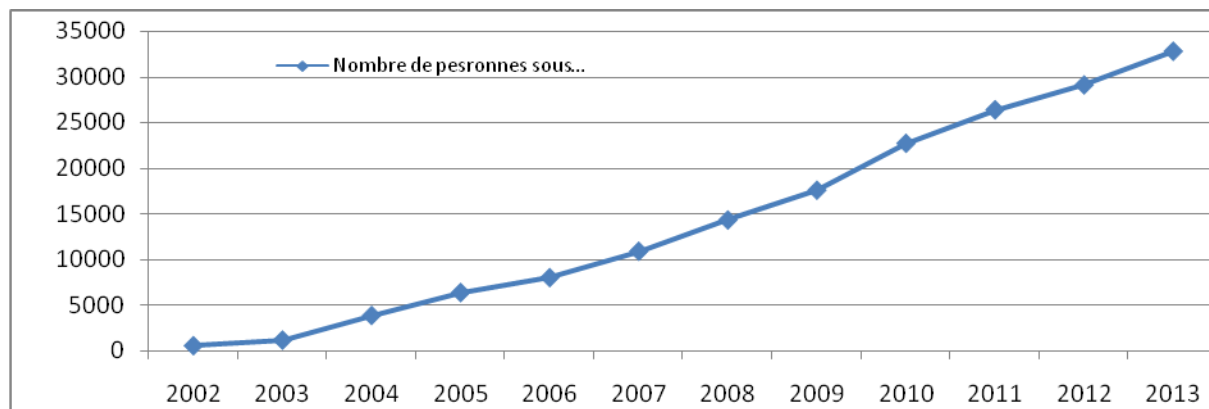
charge virale est fonctionnel pour tout le pays avec des problèmes de maintenance et de ruptures régulières de stocks en réactifs pouvant même être liés à ces pannes.

Par ailleurs, les mesures d'accompagnement et de soutien des PVVIH n'ont pas été à la hauteur des attentes, l'affectation et la formation des ressources humaines n'ayant pas suivi le rythme de croissance du nombre de sites au niveau du pays du fait de l'insuffisance de personnel qualifié et formé à la PEC des PVVIH sous TARV. Il a été observé aussi des ruptures de stocks en ARV dans certains sites.

Au niveau de la rétention, les résultats sont très encourageants ce qui dénote de la qualité de la prise en charge à court terme. Le taux de rétention des PVVIH sous ARV est de 90,8% après 12 mois, de 86,4% après 24 mois et de 81 % après 60 mois.

Le graphique suivant montre l'évolution de l'offre de traitement par ARV depuis une dizaine d'années

**Graphique 6 : Evolution du nombre de PVVIH sous traitement ARV**



*Le nombre d'enfant sous ARV* a connu une augmentation depuis 2010 mais demeure largement insuffisant par rapport aux besoins. Les performances par rapport à la cible évoluent en dent de scie et en 2012 et 2013 elles représentaient respectivement 56% et 45%. Cependant, Le taux de couverture pour les moins de 15 ans reste très faible et se situe à 17,5%, soit 2189 sur 12473 en indication de traitement.

La très faible couverture des enfants en ARV est un défi face auquel des stratégies efficaces doivent être identifiées pour changer la situation. Cette faible performance est la conséquence des difficultés rencontrées au niveau du dépistage précoce des enfants et de leur PEC au niveau des sites d'une part et d'autre part aux ruptures de stocks des ARV dans les sites et à l'insuffisance de personnels qualifiés pour la PEC.

Selon les projections Spectrum, le nombre de décès lié au sida est passé de 11 844 cas en 2000 à 4669 en 2013 toutes tranches d'âge confondues.

Afin d'améliorer la PEC pédiatrique du VIH, un outil d'éducation thérapeutique de soutien à l'observance au traitement des enfants VIH adapté au Burundi a été produit et est en cours de diffusion dans les structures de prise en charge.

La mise en œuvre de la stratégie nationale de surveillance des résistances du VIH aux ARV s'est poursuivie mais elle a été fort ralentie par la disponibilité des ressources.

**Le nombre de cas d'Infections Opportunistes (IO)** pris en charge a sensiblement augmenté passant de 24 898 PVVIH en 2010 à 34 534 et 83 496 PVVIH pour les exercices 2012 et 2013. La prévention des IO par le cotrimoxazole (CTX) est de 35597 et 49 574 PVVIH respectivement pour les années 2012 et 2013

**Concernant la coïnfection tuberculose et VIH, selon** le rapport final de la mise en œuvre du plan conjoint VIH/TB 2010-2013 et le rapport de revue du PNILT, le dépistage du VIH chez les tuberculeux ne cesse de s'améliorer (89% en 2013), la couverture en ARV chez les patients TB/VIH est de 64% en 2013 et 96% des patients coïnfectés TB/VIH sont sous cotrimoxazole.

Les défis dans ce domaine sont représentés principalement par le faible taux de screening de la tuberculose chez les PVVIH au niveau des sites TARV et le traitement prophylactique de la tuberculose chez les PVVIH, la faible couverture en traitement ARV des tuberculeux coïnfectés, au VIH ainsi que la faiblesse des mécanismes de coordination des 2 programmes. .

### **Le soutien aux PVVIH**

Le soutien aux PVVIH à travers la prise en charge nutritionnelle et le soutien psychologique et social a une place prépondérante dans la réussite de la PEC globale des PVVIH. Cependant, ces deux composantes ont connu des difficultés dans la mise en œuvre des interventions qui était essentiellement lié à l'insuffisance de ressources financières. Au cours du PSN précédent, les activités réalisées se sont limitées d'une part à l'élaboration de documents de politiques et guides et d'autre part au renforcement des capacités de quelques prestataires et des appuis ponctuels de certains intervenants.

Le soutien psychologique et social a été rendu possible grâce à la stratégie de médiation de santé qui recourt aux médiateurs affectés dans les structures de prise en charge qui mènent également des visites à domicile.

**La prévalence de la malnutrition** est estimée à 24% chez les PVVIH sous ARV bien plus élevée que celle de la population générale. La PEC n'est pas suffisamment intégrée dans les services des hôpitaux et des centres de santé et est quasi inexistante. Les données des interventions réalisées n'ont pu être comptabilisées à cause des insuffisances du système d'information stratégique.

Il est donc important qu'au cours de ce nouveau PSN, on se concentre sur ces 2 thématiques pour qu'en 2017, les PVVIH bénéficient d'un soutien nutritionnel et psychosocial adéquats pour une meilleure observance au traitement ARV.

### **3. La réduction de l'impact.**

La réduction de l'impact socio-économique a été mise en œuvre à travers le soutien économique des PVVIH c'est-à-dire les Activités Génératrices de Revenus (AGR), la lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les personnes infectées et ou affectées y compris les orphelins et autres enfants vulnérables (OEV), la promotion et la protection des droits des PVVIH et des autres groupes vulnérables et la prise en charge des OEV.

### **Le soutien économique des PVVIH**

Les interventions ont permis à 2050 PVVIH de bénéficier des AGR sur une cible de 8205 soit une performance de 25%. Au niveau des OEV, seulement 127 OEV chef de ménage sur 4649 ont reçu un appui pour des activités d'AGR. Tout comme les AGR, la formation professionnelle et l'apprentissage des métiers en faveur des PVVIH et des OEV n'ont pas été réalisés de manière satisfaisante par faute de ressources financières pendant ces 2 dernières années.

## **La lutte contre la stigmatisation et la discrimination**

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les personnes infectées et ou affectées à connu d'énormes difficultés. Les stratégies définies dans les PSN n'ont pas été suffisamment mises en œuvre par insuffisance des ressources financières pour le transport et la motivation des intervenants d'une part et d'autre part par manque d'outils.

## **La protection des droits des PVVIH et autres personnes vulnérables**

Pour la protection des droits des PVVIH et autres groupes vulnérables, un guide sur les droits sociaux des PVVIH et sur les droits de l'enfant sur la dimension VIH a été élaboré en janvier 2012 mais n'a pas été suffisamment diffusé et vulgarisé. Il existe aussi une Politique Nationale de protection de l'Enfant et des minimas des standards pour les enfants vivant dans les institutions. Par contre, le renforcement des capacités des acteurs en matière de protection des droits des PVVIH et OEV n'a pas été réalisé. A ce jour 450 acteurs et 2607 leaders communautaires sont impliqués dans la protection des droits des PVVIH et OEV affectés ou infectés par le VIH. La protection juridique a été assurée pour 11 % des PVVIH et OEV.

## **La prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables**

Les résultats pour la Prise en charge médicale des OEV sont parcellaires. En 2013, seulement 7% des OEV ont bénéficié de soins médicaux. Sur 14.818 orphelins prévus pour accéder à un appui alimentaire, 2.275 OEV ont été pris en charge. Pour les kits scolaires, on note un faible taux de réalisation avec seulement 17% de la cible qui a été atteinte. Ces faibles performances sont liées à l'insuffisance de ressources financières mise à disposition des intervenants pour la mise en œuvre des interventions. La suspension du volet communautaire de la subvention du fonds mondial a été la principale cause.

## **La prise en compte du genre et des droits humains.**

Selon l'« *Evaluation de l'Intégration du Genre et des Droits Humains dans la Riposte Nationale à VIH/SIDA au Burundi* » de mars 2014, le Burundi a atteint la parité des sexes dans l'enseignement primaire et de ce fait il est susceptible d'atteindre l'OMD 3 sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. Toutefois, l'inégalité persiste dans certaines régions et le taux d'abandon scolaire des filles est supérieur à celui des garçons ; au niveau de l'enseignement secondaire, la scolarisation des filles, qui en moyenne quittent l'école plus tôt, n'est que de 70 % par rapport à celle des garçons.

La pauvreté frappe plus les ménages dirigés par les femmes que ceux dirigés par les hommes. En termes d'opportunités économiques, les ménages dirigés par des femmes sont extrêmement vulnérables et plus sévèrement touchés par la pauvreté que les ménages dirigés par les hommes (76 % contre 64 % pour les hommes) en raison de l'accès limité à la terre, au capital et au crédit.

En ce qui concerne le pouvoir politique et la prise de décision, la représentation des femmes dans le Gouvernement s'est considérablement améliorée depuis l'élection de 2010. En effet, 45 % des membres du Gouvernement sont des femmes et ce taux est de 30% au moins pour les postes électifs aussi bien législatifs que locaux. Au Parlement, 32 % des sièges sont actuellement occupés par des femmes.

Parmi les recommandations de l'évaluation citée plus haut, les facteurs de risque et de vulnérabilité basés sur les considérations socio culturelles doivent être traités dans leur contexte pour un changement de comportement conséquent. La révision du cadre juridique pour améliorer les droits humains en faveur des femmes, des filles et des populations clés s'avère être une nécessité. Il est souhaitable de renforcer la lutte

globale contre le VIH pour un accès effectif aux différents services par tous les groupes de population. La participation effective de toutes les parties prenantes à la planification, à la programmation et au suivi-évaluation tout assurant une budgétisation et un suivi des dépenses sous une perspective sexospécifique.

#### **4. La coordination, le suivi évaluation, les mécanismes de financement et la gestion financière.**

Toutes les stratégies prévues pour le renforcement de la coordination de la réponse nationale ont été mises en œuvre de façon partielle. Les réunions de coordination au niveau central et décentralisées n'ont pas été régulièrement organisées par faute de ressources financières. Une seule réunion de coordination a été organisée au niveau central et celles du niveau du niveau décentralisé ont été thématiques. On note aussi une faible capacité de rapportage des interventions au niveau central surtout celles sur les activités communautaires.

L'alignement de tous les intervenants dans le système d'information sanitaire et non sanitaire a constitué un défi majeur dans le renforcement du système d'information stratégique. Par ailleurs le renforcement des capacités des organisations et des acteurs a été réalisé en partie grâce au financement du FM et de l'USAID. Le système de surveillance sentinelle et la recherche sur la résistance du VIH face à certaines molécules d'ARV a besoin d'être renforcé

En matière de santé de la mère et de l'enfant, plusieurs programmes s'occupent essentiellement des services spécifiques comme la maternité à moindres risques, la planification familiale, la santé des adolescents, la PTME, la vaccination, la PCIME, la nutrition, la vaccination, la tuberculose, le paludisme, la transfusion etc. La coordination mérite d'être renforcée notamment par les supervisions formatives et intégrées.

Au total, des efforts importants ont été menés par le pays et ses différents partenaires pour apporter une réponse efficace à la lutte contre le VIH et sida et les IST au Burundi. Des stratégies pertinentes ont été développées pour prendre en compte les différents problèmes identifiés lors de l'analyse de la situation.

Le plan national de suivi évaluation a été revu dans ses 12 composantes et un plan spécifique de renforcement a été élaboré, qui a été ensuite intégré dans le plan de suivi évaluation du plan stratégique national de lutte contre le sida 2014-2017.

Cependant les obstacles suivants ont été identifiés. Il s'agit entre autre : (i) de l'insuffisance de ressources financières pour certains domaines tel que le soutien alors que d'autres avaient plus de ressources que prévues, (ii) de la faible absorption des ressources mobilisées pour certains programme, (iii) de la faible prise en compte des facteurs déterminants tel que les interventions communautaires au niveau des programmes de base, (iv) l'insuffisance de synergie d'action entre les différentes entités concernées par la lutte contre le VIH et sida et les IST.

#### **5. Principaux défis de la réponse nationale à l'épidémie du VIH et sida au Burundi, fin 2013**

##### ***✚ Dans le domaine de la prévention de nouvelles infections à VIH***

- Connaissance insuffisante de l'épidémie de VIH au sein des populations cibles (adultes, jeunes, population clés) sur le VIH et sida.
- Faible utilisation systématique du préservatif chez les adultes, jeunes et populations clés
- Faible couverture pour le dépistage du VIH dans la population générale : 37,4% des femmes et 30% des hommes.
- Faible qualité des prestations dans l'offre de services de dépistage du VIH.

- Faible couverture pour le dépistage chez les populations notamment les HSH=39%
- Moyenne couverture des femmes en PTME = 58% en 2013
- Faible couverture de la circoncision : 33% des hommes circoncis
- Recrudescence des violences sexuelles basées sur le genre.
- une faible implication des jeunes et des populations clé dans la réponse

**Dans le domaine de la prise en charge globale des personnes infectées par le VIH**

- Couverture insuffisante du traitement par ARV chez les adultes = 62% des besoins couverts (par rapport aux besoins selon les directives OMS 2013)
- Très faible couverture du TAR chez les enfants = 17,5% des besoins couverts (par rapport aux besoins selon les directives OMS 2013)
- Faible couverture de la PEC de la Coïnfection TB/VIH : faible taux de screening de la TB ,64% de tuberculeux coïnfectés sous ARV.
- Insuffisance de l'offre de services de suivi biologique, immunologique et virologique.
- Appuis psycho sociaux et nutritionnels des PVVIH réduits.

**Dans le domaine de la réduction d'impact et des déterminants de la vulnérabilité**

- Faible mobilisation et interventions communautaires
- Stigmatisation persistante envers les PVVIH et les minorités sexuelles contre le VIH/sida.
- Faiblesse des interventions liées à la réduction de la pauvreté chez les PVVIH
- Vulnérabilité particulière de certaines populations clés dont les pratiques sexuelles ne sont pas tolérées par la société burundaise.
- Faible couverture de la protection sociale des OEV

**Dans le domaine de la gestion et de la coordination de la réponse nationale**

- Forte dépendance des programmes aux ressources extérieures
- Faible performance du système d'information stratégique
- Insuffisances dans la coordination des différentes entités qui interviennent dans la lutte



## VI. LE PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH ET SIDA 2014-2017.

### 1. LA VISION

*Le Burundi, pour la période de 2014 à 2017, vise à accélérer ses efforts vers l'Accès Universel à la prévention, aux soins, soutien et traitement du VIH ,à travers la réduction significative de nouvelles infections dans la population générale et dans les populations clés , la réduction drastique de la morbidité et de la mortalité liée au VIH , la réduction de la vulnérabilité ,de la discrimination et de la stigmatisation induites par l'épidémie du VIH à travers une réponse nationale concertée et alignée sur les principaux repères nationaux et mondiaux de planification stratégique (CSLP,PNDS,OMD et agenda post 2015. )*

### 2. LES PRINCIPES DIRECTEURS

Depuis 1998, année de formulation du premier Plan Stratégique National, les principes directeurs ont évolué et se sont enrichis au rythme des initiatives internationales, régionales et sous-régionales ainsi que des changements de la situation nationale induits par les résultats de la mise en œuvre différents PSN. Les principes directeurs suivants constituent un guide de conduite consensuel entre toutes les parties prenantes pour la conception, la mise en œuvre, la coordination et le suivi & évaluation du présent Plan Stratégique. Ils s'inspirent également des leçons apprises par la passé et la mise en œuvre de bonnes pratiques.

a) **Un Engagement politique fort et une appropriation de la réponse au VIH et sida :**

La stabilisation du cadre institutionnel de la lutte contre le sida au Burundi conditionne la mise en œuvre du Plan Stratégique quinquennal. L'engagement et l'appropriation se traduiront notamment par (i) la mobilisation interne et externe des partenaires engagés dans la réponse au VIH et au sida, (ii) le maintien et l'augmentation des ressources financières internes et externes pour contribuer à la mise en œuvre des interventions prévues dans le plan quinquennal, (iii) la promotion de la visibilité de la réponse par une communication stratégique pour le changement de comportements tant dans les forums internationaux, nationaux et communautaires, (iv) le respects des Accords et des Engagements Internationaux et Régionaux.

b) **L'articulation effective du PSN 2014-2017 avec les autres cadres et instruments de planification nationale** :

La Vision du Burundi 2025 reste l'horizon de référence pour toute planification stratégique sectorielle ; il en sera de même pour ce plan de lutte contre le sida. Certains de ses objectifs concourent à la mise en œuvre de ceux du Plan national de développement sanitaire 2011-2015 dont ils s'inspirent. La planification stratégique de lutte contre le VIH et le sida est partie intégrante du CSLPII auquel il contribuera également. Les cibles annuelles des actions du PSN visent aussi ceux des OMD 4, 5 et 6 et resteront cohérents avec les objectifs et les cibles de l'*agenda post 2015* .Ce plan stratégique intègre aussi les objectifs du Plan National de passage à l'échelle de PTME qui est lui-même une stratégie nationale de mise en œuvre du *Plan global vers l'élimination de nouvelles infections parmi les enfants et garder les mères en vie en 2015*.

Par ailleurs le Burundi participe activement à la planification et à la mise en œuvre des réponses régionales et sous régionales tels EAC, la CEEAC et la GLIA

c) **Un bon cadre de coordination technique multisectorielle et de S&E:**

Conformément au mandat du Secrétariat Exécutif Permanent tel que lui assigné par le CNLS et bien décrit dans le décret n°100/254 du 04 octobre 2011 portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le sida et en s'appuyant sur les leçons du passé, cet organe technique de coordination

multisectorielle devra être appuyé en amont et en aval pour bien conduire sa mission. Les rôles et les responsabilités des acteurs de gestion technique sectorielle de la réponse ainsi que ceux des instances de coordination et de mobilisation des ressources doivent être clairement définies de manière à garantir sa neutralité, objectivité et son caractère ouvert à tous les secteurs et partenaires. Le SEP/CNLS doit être dotée de ressources suffisantes humaines et matérielles lui permettant d'assurer sa fonction.

d) **Le respect des engagements nationaux, régionaux et internationaux :**

Le Burundi est perçu comme un des pays à bonnes/meilleures pratiques en matière de lutte contre le sida. Il a souscrit au respect des "Trois principes" proposés par ONUSIDA « un seul cadre stratégique, un seul cadre de coordination, un seul cadre de suivi & évaluation ». Leur mise en application renforce le cadre institutionnel et garantit la bonne gouvernance. Autant ce respect des engagements se fera au niveau des politiques novatrices de prévention, de prise en charge médicale et psychosociale, des droits humains, du genre et équité, l'acquisition et l'adaptation contextuelle des nouvelles stratégies qui contribuent à l'appropriation de la réponse au VIH.

Quant à l'accès universel aux soins de la mère et de l'enfant, le Burundi a adopté la politique de gratuité des soins aux femmes enceintes ou qui accouchent et aux enfants de moins de cinq ans depuis 2006 avec un accès gratuit aux ARV, aux antipaludéens de première ligne et autres produits de la prévention.

e) **La disponibilité des ressources financières à la mise en œuvre du PSN 2014-2017 et l'obligation de rendre compte :**

La mise en œuvre de ce plan stratégique exigera que des ressources adéquates soient disponibles, pérennes et suffisantes. Le principe de base de gestion reste le même : la transparence dans la gestion, le respect strict des procédures nationales et celles des partenaires, l'esprit toujours gardé sur l'orientation des ressources vers la production des résultats et vers les bénéficiaires avec une obligation permanente de rendre compte.

f) **L'engagement du secteur de la société civile et du secteur privé:** Aux côtés du secteur sanitaire qui contribue à la mise en œuvre des plans stratégiques à hauteur élevée, il faut également capitaliser la contribution pertinente des autres secteurs. La revue du PSN 2012-2016 montre qu'actuellement une des clés du succès de la lutte contre le sida au Burundi repose sur l'implication réelle des acteurs de la société civile, et communautaire dans la mise en œuvre de la plupart des composantes des programmes et produisent les meilleurs résultats. La contribution du secteur privé reste à galvaniser tant dans le financement de la réponse que dans la mise en œuvre.

g) **Une réponse nationale bien ancrée dans une approche des droits humains et du genre, en faveur des PVVIH, des OEV, des populations clés et autres populations vulnérables :**

Le droit à la santé est au centre de la riposte. Il s'agit ici du droit de ne pas être infecté par le VIH et de vivre pleinement si on est déjà infecté.

L'orientation de la réponse nationale est guidée par les droits de la population dans sa diversité à une prévention efficace et accessible à tous, à une offre de services de soutien des vulnérables ainsi qu'à un continuum de prise en charge complète de qualité, des services dénués de toute discrimination ou stigmatisation de quelque genre que ce soit notamment celle liée au sexe, à l'orientation sexuelle, au statut sérologique pour le VIH, à la situation géographique, etc.

La riposte sera orientée prioritairement aux plus vulnérables et aux plus exposés et le suivi évaluation renseignera sur la désagrégation des bénéficiaires des services offerts permettant de rendre compte sur la prise en compte équitable du sexe, de l'âge, de la résidence, ainsi que de certaines situations particulières d'exposition au risque et à la vulnérabilité.

La participation des organisations des bénéficiaires notamment les organisations de PVVIH, de femmes, de jeunes et de populations cibles, dans la formulation de la réponse ainsi que dans la mise en œuvre et l'évaluation est un élément essentiel permettant l'appropriation mais aussi la qualité de la réponse offerte. Ce PSN en tient compte depuis le début du processus d'élaboration.

Les contraintes sociales, culturelles et économiques pouvant générer la violation des droits spécifiques doivent être la cible d'actions efficaces pour y faire face.

- h) **Système de gestion et d'approvisionnement des médicaments et autres intrants de lutte contre le VIH et sida:** Les médicaments et autres produits couramment utilisés dans le secteur de la santé pour la lutte contre le VIH et le sida proviennent de plusieurs sources notamment : (i) Le gouvernement à travers le budget ordinaire du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le sida, (ii) des fonds des Partenaires bilatéraux et multilatéraux (Fonds Mondial, SNU, etc.) et (iii) les dons des ONG internationales. Concernant l'entreposage et le circuit de distribution, ces médicaments sont logés à la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du BURUNDI (CAMEBU) et distribués à toutes les provinces (pour les centres de santé) et hôpitaux du pays sur base de réquisitions. Pour les structures associatives, la réquisition des produits est confiée à la coordination centrale de l'association concernée.

Ce système connaît des problèmes récurrents liés à la lourdeur des procédures de commande et d'acquisition des produits à partir des fournisseurs et à la faiblesse des mécanismes de suivi de la distribution entre le niveau central et les niveaux de dispensation.

Toutes ces faiblesses seront systématiquement analysées et des solutions adéquates appliquées afin d'améliorer la disponibilité et l'accès facile des populations aux intrants utilisés dans le diagnostic et le traitement du VIH et du sida.

- i) **Dupliquer les Meilleures pratiques :**

Le renforcement du système de santé dans les domaines clé, le dispositif des médiateurs de santé, l'implication de la société civile, le rôle des Personnes Vivant avec le VIH dans la prévention positive et la prise en charge, la délégation des tâches et la décentralisation, la mise à jour régulière des directives sont autant de bonnes pratiques sur lesquels il faudrait bâtir pour réussir le pari de la lutte contre le sida.

### **3. LES INTERVENTIONS DU PSN 2014-2017**

Les interventions du PSN 2014-2017 seront articulées autour des 3 axes du cadre d'investissement, qui sont les programmes de base, les facteurs critiques ou déterminants et les facteurs en synergie avec les autres secteurs de développement. L'approche du cadre d'investissement fait une différence entre les activités programmatiques de base qui ont un effet direct sur le risque du VIH, la transmission, la morbidité et la mortalité et les facteurs déterminants qui sont essentiels à la réussite des programmes liés au VIH et les synergies avec les secteurs du développement. Les différents programmes définis ont été identifiés par les différents acteurs comme interventions prioritaires sur lesquelles le pays devrait investir pour réduire effacement les nouvelles infections, la morbidité et la mortalité liée au VIH/sida.

L'élaboration du portefeuille d'investissements promue par l'ONUSIDA, s'est fondée sur une approche centrée sur les personnes. Cette orientation se décline par la mise en œuvre d'un paquet d'interventions cohérentes et durables pour améliorer la santé et les conditions de vie des populations les plus exposées au risque et des PVVIH ainsi que leurs ayants droit.

### 3.1 Le résumé des priorités du PSN 2014-2017

Tirées de l'analyse de la situation et de celle de la riposte, les priorités suivantes ont été retenues comme principales interventions:

#### **✚ La prévention de nouvelles infections à VIH par voie sexuelle.**

Les cibles de cette prévention ont été identifiées. Il s'agit :

- des couples stables dans la population générale,
- des jeunes de moins de 25 ans,
- des professionnelles de sexe et de leurs clients,
- des HSH
- des détenus,
- des consommateurs de drogues injectables,
- des pêcheurs.

Les services clés à offrir seront :

- la communication multiforme pour le changement de comportement,
- la mise à disposition et la promotion de l'usage correct des préservatifs masculins et féminins,
- L'intensification de l'offre des services de conseil et de dépistage du VIH,
- Le diagnostic, la prévention et le traitement des Infections sexuellement transmissibles.
- La promotion de la circoncision masculine

#### **✚ La prévention de la transmission par voie sanguine**

#### **✚ La prévention et la prise en charge des violences sexuelles basées sur le genre**

#### **✚ La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : à travers l'intégration dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile, agir sur les 4 piliers :**

- la prévention de la transmission du VIH chez les femmes en âge de procréer,
- la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives,
- la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant,
- les Soins et le soutien à la mère infectée par le VIH, son enfant et la famille.

#### **✚ La prise en charge globale des PVVIH, axée sur**

- le traitement antirétroviral à toutes les personnes adultes, adolescents et enfants en indication de traitement selon les directives de l'OMS ,
- le diagnostic et la prise en charge correcte des infections opportunistes,
- le diagnostic et le traitement prophylactique de la tuberculose chez les PVVIH.
- Le suivi biologique immunologique et virologique des PVVIH,
- le soutien psychologique et social des PVVIH,
- l'appui nutritionnel aux PVVIH malnutries les plus démunies,

#### **✚ L'appui socio économique aux PVVIH et la prise en charge globale des OEV par l'assistance médicale, le soutien scolaire aux PVVIH et autres personnes vulnérables y compris les OEV.**

- L'appui économique des PVVIH et des orphelins chefs de ménages
- La promotion et la protection des droits humains en faveur des PVVIH, des OEV et d'autres groupes vulnérables notamment à travers la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.
- L'appui scolaire et l'assistance médicale pour les OEV.

- ✚ **La mise en place d'un environnement favorable à la mise en œuvre par :**
  - le renforcement du Genre, l'équité,
  - l'amélioration du cadre légal et institutionnel.
  
- ✚ **Le renforcement de la coordination de la réponse, à travers**
  - le renforcement du système national de suivi évaluation de la réponse,
  - le renforcement de la coordination des activités de collaboration tuberculose VIH.
  - la bonne gouvernance et la redevabilité,
  - la Mobilisation et la gestion des ressources,
  - la coordination multisectorielle et décentralisée

### 3.2 Les interventions

Les interventions du PSN 2014-2017 visent à couvrir les priorités identifiées qui seront articulées autour des axes de prévention, de prise en charge et de réduction d'impact qui seront abordées chacun sous l'angle des programmes de base, les facteurs critiques ou déterminants et les facteurs en synergie avec les autres secteurs de développement en conformité avec le cadre d'investissement de l'ONUSIDA.

- **Les programmes de base**

Les 5 programmes de base retenus en fonction des priorités listées plus haut. Ce sont des programmes dans lesquels un investissement coordonné et substantiel peut donner un haut impact. Il s'agit de programmes suivants :

1. La prévention de la transmission du VIH au sein des populations clés et de la population générale et spécialement des jeunes et jeunes adultes.
2. La communication pour le changement de comportement
3. La promotion de l'utilisation correcte des préservatifs
4. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
5. Le traitement antirétroviral et la prise en charge des PVVIH.

Le Burundi ayant une épidémie faible avec une prévalence de 1,4%, la circoncision masculine n'a pas été retenue comme un programme prioritaire.

Les programmes de base sont constitués de domaines autour desquels toutes les interventions seront menées. Ainsi donc l'architecture de planification est la suivante. Elle comprend le programme de prévention et le programme de traitement. Le programme de prévention est composé de : (i) du paquet d'intervention de prévention chez les jeunes, (ii) du paquet d'intervention de prévention chez les adultes, (iii) du paquet d'intervention de prévention chez les populations clés, (iv) la PTME. Celui du traitement comprend le traitement ARV, les soins et soutien qui sont composé du soutien psychosocial et le soutien nutritionnel. Pour une synergie d'action, chaque paquet d'intervention de prévention est composé de 4 sous domaines qui sont : *la Communication pour le Changement de Comportement, le dépistage, le préservatif, les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)*.

- **Les facteurs déterminant ou facteurs critiques**

Les facteurs déterminants ou facteurs critiques sont des domaines indispensables et primordiaux à la réalisation des stratégies des domaines de bases et à l'atteinte des résultats. Ce sont des catalyseurs qui vont « booster » la mise en œuvre des différents programmes de bases. La non prise en compte ou l'insuffisance de mise en œuvre de ces facteurs constitue un obstacle majeur pour les résultats escomptés. Pour le PSN 2014-2017 du Burundi, 7 facteurs critiques ont été déterminés. Il s'agit : (i) des Interventions

institutionnelles (lois, politiques et pratiques juridiques), (ii) des Interventions communautaires, (iii) du Genre, droit humains et réduction de la stigmatisation et de la discrimination (iv) la Gestion des Achats des Stocks, (v) de la coordination, (vi) le suivi évaluation et la recherche, (vii) la Communication relative au programme.

- **Les facteurs en synergie avec les autres secteurs de développement**

La lutte contre le VIH et sida est multisectorielle avec la prise en compte de tous les aspects afin de minimiser les différents impacts surtout ceux liés au développement. La réussite de la mise en œuvre et l'atteinte des résultats de certains domaines nécessitent l'implication effective et la responsabilité des différents secteurs publics, privés et associatifs. Ainsi, pour le PSN 2014-2017 du Burundi, 4 facteurs qui ont des synergies avec les autres secteurs de développement ont été identifiés. Il s'agit : (i) la protection sociale des OEV et autres personnes vulnérables avec le Ministère en charge de la solidarité nationale, (ii) la scolarisation des OEV avec le Ministère de l'Education Nationale, (iii) la lutte contre la pauvreté chez les personnes infectées affectées par le VIH et sida avec les Ministères de l'Economie et des Finances et celui de la Solidarité Nationale, (iv) la sécurité transfusionnelle, la PEC médicale des cas de VBG avec le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le VIH et sida, (v) la PEC juridique des personnes infectées et affectées par le VIH et sida, des cas de VBG avec le Ministère de la Justice.

### **3.3 La chaîne des résultats.**

#### **3.3.1 Le programme de prévention**

##### **L'impact du programme de prévention :**

**Les nouvelles infections à VIH sont réduites de 20% de 2014 à 2017 passant de 3595 à 2876 au Burundi.**

Les cibles de la prévention identifiées sont : (i) des couples stables dans la population générale, (ii) des jeunes de moins de 25 ans, (iii) des professionnelles de sexe et de leurs clients, (iv) des HSH et (v) des détenus.

Les services clés à offrir s'inspirent du cadre d'investissement prôné par l'ONUSIDA et comprennent les programmes de bases et les facteurs en synergie à savoir : (i) un programme de base centré sur les populations clés: les Professionnelles de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les détenus. (ii) Un programme de communication pour le changement de comportement centré sur les jeunes de 15-24 ans et la population générale adulte. (iii) Un programme en rapport avec la disponibilité, la promotion de l'usage correcte et la distribution des préservatifs. (iv) Un programme de l'élimination de nouvelles infections à VIH chez les enfants.

Quant aux facteurs en synergie, il est prévu des actions sur la prévention des IST et la prévention de la transmission du VIH par voie sanguine ainsi que la réduction et la prise en charge des violences basées sur le genre.

Au total, 4 effets et leurs produits sont définis pour cet axe avec des stratégies identifiées pour l'atteinte des résultats.

Des stratégies variées seront mises en place pour réduire les nouvelles infections par voies sexuelle et sanguine. Les principaux acteurs proviendront des secteurs public, privé et de la société civile avec une implication effective de la communauté.

En matière de CCC, les intervenants adapteront les canaux et les outils de communication par groupe cible et renforceront les capacités des acteurs tant ruraux qu'urbains

La mise en place des mécanismes de disponibilité et de promotion de l'usage correcte des préservatifs ainsi que le marketing social permettront d'améliorer le taux d'utilisation des préservatifs.

Le renforcement des capacités des prestataires, des centres de santé amis des jeunes et des centres pour jeunes ; la mise en place du dépistage à base communautaire et du dépistage à l'initiative du prestataire et la promotion de la circoncision masculine permettront d'augmenter le taux de dépistage du VIH.

**EFFET 1.1: Le taux de transmission sexuelle du VIH est réduit dans la population générale adulte et chez les jeunes de 15 à 24 ans**

**Produit 1.1.1: 90% des jeunes et des adultes ont des connaissances approfondies sur le VIH et le sida**

##### **Stratégies :**

- Adaptation des canaux et outils de communication à toutes les catégories des Jeunes (scolarisés ou non, ruraux et urbains);
- Renforcement des capacités des pairs éducateurs et des agents de santé communautaire sur la prévention du VIH, du sida et des IST;
- Promotion de la circoncision masculine

- Utilisation de nouvelles technologies d'information et de communication pour la diffusion des messages de prévention du VIH chez les jeunes;
- Promotion des services de santé adaptés aux adolescents/jeunes
- Création d'un partenariat avec les médias pour l'élaboration et la diffusion des messages clés sur le VIH, le sida et les IST destinés à la population générale et aux jeunes ;
- Renforcement de l'implication des jeunes et des population clé dans l'offre des services de prévention du VIH.
- Renforcement des capacités des Unités Sectorielles de Lutte contre le sida (USLS) des Ministères et des entreprises du secteur Public et privé;
- Elaboration des outils de communication adaptés à la population générale et aux groupes de populations particuliers comme les personnes en situation d'handicap, les couples stables, les pêcheurs, les Batwa et les usagers de drogues ;
- Renforcement des Lignes téléphoniques d'écoute et d'orientation existantes ;
- Renforcement du mécanisme de suivi et d'évaluation ainsi que la coordination des actions des différents intervenants dans la prévention du VIH.

**Produit 1.1.2: 80% des jeunes et des adultes ont une bonne connaissance sur l'utilité et l'utilisation du préservatif et y ont un accès facile.**

**Stratégies :**

- Acquisition des préservatifs masculins et féminins ;
- Renforcement des capacités des intervenants dans la promotion et la distribution des préservatifs ;
- Amélioration des connaissances des femmes/filles sur les préservatifs, le VIH et la SR.
- Renforcement de la coordination et de la gestion des préservatifs (de distribution et du marketing social du préservatif);

**Produit 1.1.3: 45% des jeunes et 20 % de la population générale connaissent leur statut sérologique.**

- Renforcement des capacités des prestataires du public, communautaire et du privé sur le dépistage volontaire et le dépistage à l'initiative du prestataire ;
- Renforcements des Centres de Santé amis des jeunes et des centres pour jeunes ;
- Mise en place du dépistage à base communautaire ;
- Promotion du dépistage volontaire du VIH ;
- Approvisionnement des CDV en intrants pour le dépistage du VIH ;
- Réhabilitation des CDV ;



- Mise en place d'un cadre de coordination pour améliorer le dépistage du VIH.

**Produit 1.1.4: 95% des cas de violence sexuelle sont pris en charge**

- Intégration de la prise en charge des VBG dans le paquet minimum offert dans les structures de soins ;
- Rendre disponible les services d'écoute et conseil dans les structures communautaires ;
- Accompagnement juridique et judiciaire des victimes des VBG ;
- Implication des leaders religieux et communautaires dans la prévention et la prise en charge des VBG ;
- Appui aux structures associatives intégrant la prise en charge des VBG.

**Produit 1.1.5 : Augmentation de 10% des cas d'IST parmi la population générale qui sont dépistés et traités selon l'approche syndromique.**

- Mobilisation et sensibilisation des populations pour la prévention et le recours aux structures de soins en cas d'IST ;
- Renforcement des capacités des prestataires sur le diagnostic et la prise en charge des IST ;

**Effet 1.2: La transmission du VIH par voie sanguine et par les accidents d'exposition au sang sont réduits.**

**Produit 1.2.1: 100% des poches de sang collectées sont testées aux 4 marqueurs (VIH, Syphilis, Hep B et C)**

- Equipement et fourniture des produits des laboratoires du CNTS pour assurer la sécurité transfusionnelle ;
- Renforcement des capacités du personnel de laboratoire sur l'utilisation des appareils Chaînes ELISA et des nouveaux réactifs ;
- Renforcement des capacités des CRTS de Ngozi et Gitega pour offrir des prestations de qualité.

**Produit 1.2..2 : 90% des cas d'Accident d'Exposition au Sang sont pris en charge selon le protocole national**

- Renforcement des capacités des prestataires pour la pris en charge des cas d'exposition au sang,
- Approvisionnement régulier des centres de prise en charge en kits post exposition au VIH pour la prise en charge des cas;
- Approvisionnement des structures en outils pour la collecte des données et informations sur les cas d'exposition au sang ;

**Effet 1.3 : 90% des populations clés (Professionnelles de sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les détenus) ont des connaissances approfondies sur le VIH et utilisent le préservatif systématiquement lors des rapports sexuels avec leurs clients et/ou partenaires occasionnels**

**Produit 1.3.1 : 90% des populations clés (Professionnelles de sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les détenus) ont des connaissances approfondies sur le VIH, sida et les IST ainsi que la coinfection TB-VIH.**

- Renforcement des connaissances des professionnelles de sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, des détenus sur le VIH et sida et les IST et la coinfection TB-VIH ;
- Mise en place d'un programme de communication pour le changement de comportement adapté à chaque groupe de population clé (PS, HSH et les détenus) ;
- Renforcement des capacités en paire éducation des PS, HSH et détenus ;
- Création des espaces d'échange et de convivialité pour les PS et les HSH ;
- Renforcement de la protection des droits des PS et des HSH.

**Produit 1.3.2 : 90% des Professionnelles de sexe, 60% des détenus et 75% des HSH ont une bonne connaissance sur l'utilité et l'utilisation du préservatif et ont un accès facile.**

- Renforcement des capacités des pairs éducateurs de chaque groupe de population clé sur le préservatif ;
- Rendre accessible le préservatif au niveau des points chauds ;
- Distribution du gel lubrifiant par les pairs éducateurs des HSH ;
- Renforcement de la coordination du circuit de distribution et du marketing social du préservatif dans les groupes de population clés.

**Produit 1.3.3: 85% des Professionnelles de sexe, 85% des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et 40% des détenus connaissent leur statut sérologique.**

- Renforcement des capacités des prestataires de soins du secteur public, communautaire et du privé pour le Conseil et le dépistage du VIH chez les PS, les HSH et les détenus ;
- Promotion du dépistage volontaire chez les PS, les HSH et les détenus ;
- Mise en place du dépistage à base communautaire pour les populations clés ;
- Renforcement du dépistage à l'initiative du prestataire pour les populations clés.

**Produit 1.3.4: Les cas d'IST sont réduits de 40% chez les PS, de 40% chez les HSH et de 20% chez les détenus**

- Renforcement des capacités des prestataires sur le diagnostic et la prise en charge des IST chez les HSH ;
- Acquisition des intrants pour la prise en charge des IST.

**Produit 1.3.5 : 60 % des populations clés (HSH et PS) VIH+ sont mises sous traitement ARV selon les normes de l'OMS**

- Renforcement des capacités de PEC des structures sanitaires, publiques, communautaires et du privé pour la prévention du VIH par le traitement des HSH et des TS ;

#### **Effet 4 : le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à 5%**

Malgré les progrès réalisés ces dernières années dans le cadre de l'ÉTME, le Burundi connaît encore des difficultés et des insuffisances. Ces difficultés sont liées principalement à :

- L'insuffisance d'information sur la PTME
- La faible implication des hommes dans les services SR/CPN et surtout en PTME
- La faible adhérence à la CPN précoce

Mais, avec les nouvelles stratégies, et surtout l'option B+, l'élimination du VIH chez l'enfant et la naissance d'une génération sans SIDA sont actuellement possibles au Burundi mais cela exige un démarrage rapide des activités clés au niveau national.

Face à ce défi, le Burundi a élaboré un plan d'élimination de la transmission mère-enfant qui couvre la période 2012-2017.

Le dit plan vise à réduire les nouvelles infections pédiatriques de 95% d'ici 2017

Ce plan repose sur les quatre piliers de l'ÉTME notamment :

- La prévention de l'infection au VIH chez les femmes en âge de procréation
- La prévention des grossesses non-désirées chez les femmes VIH positives
- La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- Le traitement, soins et soutien à la femme, à l'enfant et à la famille

Pour viser l'impact défini ; les effets et produits suivants sont proposés.

**Produit 1:** 80% des femmes en âge de procréer connaissent leur statut sérologique face au VIH/Sida

**Produit 2:** 30% des femmes enceintes testées pour le VIH en CPN dont les partenaires ont été testés pour le VIH

**Produit 3:** 50% des femmes séropositives utilisent les méthodes contraceptives modernes

**Produit 4:** 90% des femmes VIH+enceintes /allaitantes bénéficient des ARV dans le cadre de la PTME selon le Protocole national (option B+ OMS)

**Produit 5:** 90% des enfants des mères VIH+ bénéficient d'un suivi approprié

Pour arriver à l'élimination des nouvelles infections, les stratégies suivantes seront appliquées.

- Améliorer la sensibilisation de la population sur le VIH et la PF et surtout les femmes en âge de procréer.
- Renforcer la planification familiale permettant de répondre aux besoins contraceptifs des femmes infectées et à la Santé sexuelle des adolescents
- Augmenter la participation des hommes dans la SR et la PTME incluant le dépistage du VIH au sein des couples
- Assurer l'intégration des services VIH et ceux de la santé de la reproduction
- Renforcer les capacités des prestataires des soins et les systèmes de santé pour offrir le paquet complet de services SR/VIH/PTME partout dans le pays.
- Accouchement propre, sécurisé et prise en charge pendant l'accouchement
- Renforcement de la consultation post natale
- Renforcement des capacités des formations sanitaires sur la PEC du couple mère enfant dans le cadre de la PTME.
- Dépistage systématique du VIH et de la syphilis chez les femmes venues en CPN.
- Promotion et offre de services PTME dans les populations clé.

### **3.3.2 La prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH et le sida.**

La revue des progrès réalisés dans ce domaine a permis d'identifier les défis majeurs à relever :

- La faible couverture du traitement ARV chez l'enfant
- La faible couverture du traitement ARV chez les patients coïnfectés TB/VIH
- Le faible accès des patients sous ARV au dosage de la virémie plasmatique et au test de génotypage
- La connaissance insuffisante du niveau d'adhérence au traitement ARV chez certains groupes spécifiques comme les enfants et les femmes sous PTME
- Le faible taux de screening de la tuberculose chez les PVVIH
- La maintenance préventive et curative des appareils et équipements de laboratoire
- Insuffisance de lien étroit entre les services de dépistage du VIH et les services de prise en charge globale des PVVIH
- Insuffisance des capacités des laboratoires des structures de prise en charge à offrir un diagnostic positif de certaines Infections opportunistes et les autres Co-morbidités.
- La faible performance du système d'approvisionnement en intrants destinés au diagnostic et aux soins des PVVIH
- Insuffisance de l'offre de soutien psychosocial et de l'appui nutritionnel à toutes les PVVIH éligibles.

#### **Les priorités identifiées sont les suivantes :**

Le programme de traitement soins et soutien comprend le traitement ARV chez l'adulte, le traitement ARV chez l'enfant, la prévention et la prise en charge des infections opportunistes, la prise en charge des coïnfections en mettant un accent particulier à la prévention et au traitement de la Coïnfection TB/VIH ainsi que le traitement de la coïnfection VIH/HVB, le soutien psychosocial et l'appui nutritionnel.

Les stratégies novatrices de ce programme s'appuient sur les nouvelles directives nationales récemment actualisées selon les directives de l'OMS de 2013.

- Toutes les PVVIH ayant un taux de CD4 inférieur ou égal à 500/mm<sup>3</sup> seront enrôlées au traitement ARV quel que soit le stade clinique.
- Tous les enfants de moins de 5 ans infectés par le VIH seront enrôlés au traitement ARV à vie quelque soit le stade clinique et le taux de CD4.
- Tous les patients coïnfectés TB/VIH et VIH/HVB sont éligibles au traitement ARV à vie quel que soit le stade clinique et le taux de CD4.
- Toutes les femmes enceintes infectées par le VIH seront mises sous traitement ARV à vie quelque soit le stade clinique et le taux de CD4

- Dans un couple séro-discordant, le/la partenaire infecté(e) par le VIH sera mis (e) sous traitement ARV à vie quel que soit le stade clinique et le taux de CD4
- Toutes les PVVIH Professionnels de sexe et HSH sont éligibles au traitement ARV à vie quel que soit le stade clinique et le taux de CD4.
- Renforcement de la stratégie « délégation des tâches » pour rendre plus opérationnel la décentralisation des services ARV

**IMPACT DE CE PROGRAMME : LA MORTALITE LIEE AU VIH et SIDA EST REDUITE DE 50 % D'ICI 2017**

Ce résultat d'impact vise la qualité de vie des PVVIH sur les plans physique, psychologique et mental. Ceci sera le résultat d'un bon accès au traitement et aux soins, mais également de l'adhérence au traitement et à la qualité des soins.

Ce résultat global d'impact sera réalisé à travers quatre résultats intermédiaires ou effets, liés à la fois aux types spécifiques de services exigés pour arriver à réduire la morbi-mortalité liée au VIH/SIDA et au système dans lequel les soins sont dispensés :

*Effet 1: La couverture des soins ARV de qualité est augmentée de 17,5 % à 54% chez les enfants de moins de 15 ans et de 62 à 96% chez l'adulte.*

*Effet 2 : 95% des PVVIH présentant les IO et autres Co-morbidités bénéficient d'une PEC selon les directives nationales*

*Effet 3: 100% des patients suivis ayant une coïnfection TB/VIH sont traités correctement.*

*Effet 4 : 90% des PVVIH en besoin bénéficient de soutien psychosocial, mental et nutritionnel*

*Effet 5: 80 % des structures de soins ont les capacités requises et offrent aux PVVIH des prestations de qualité (Ios, ARV, suivi biologique, etc. )*

***Effet 1: La couverture des soins ARV de qualité est augmentée de 17,5 % à 54% chez les enfants de moins de 15 ans et de 62 à 96% chez l'adulte*** (Ramenés à l'ensemble des personnes séropositives , ces niveaux correspondent à 12 à 39% chez les enfants et de 48 à 91% chez les adultes).

Cet effet sera réalisé à travers les 4 produits suivants :

**Produit 1:** *96% des PVVIH adultes éligibles sont enrôlées aux ARV conformément aux directives nationales*

**Produit 2:** *54% des enfants éligibles sont enrôlées aux ARV conformément aux directives nationales*

**Produit 3:** *95% des PVVIH sous ARV (adultes et enfants) bénéficient d'un suivi clinique et biologique de qualité*

**Produit 4:** *Au moins 95% des PVVIH (adultes et enfants) sous ARV sont observant et maintenues dans la chaîne de soins au bout d'année de traitement*

**Produit 1:** *96% des PVVIH adultes éligibles sont enrôlées aux ARV conformément aux directives nationales*

L'objectif du programme est d'enrôler et de mettre sous traitement les PVVIH qui sont dans le besoin pour atteindre 89% en 2017 et 100% au delà. Pour y arriver, les stratégies suivantes seront adoptées :

- Etablissement des liens entre les services de dépistage et les services de soins des PVVIH à travers le renforcement du circuit de référence et contre référence;
- Mise en place d'un dispositif permettant l'accompagnement des structures pour une meilleure décentralisation et délégation des tâches ;
- Mise en place d'un dispositif permettant l'accompagnement des structures pour une meilleure intégration des services.
- Amélioration de l'accès des personnes dépistées séropositives aux services de PEC pré- thérapeutique de qualité

### **Produit 2: 54% des enfants éligibles sont enrôlés aux ARV conformément aux directives nationales**

Les besoins couverts dans le domaine du traitement pédiatrique ne représentent que 17.5% à la fin 2013. Le programme de traitement ARV chez les enfants a pour objectif d'atteindre la cible de 54% en 2017.

Les stratégies suivantes seront développées pour atteindre ces résultats :

- Mise en place des mécanismes de diagnostic actif du VIH chez les enfants à tous les points de contact notamment au niveau des services préventifs et curatifs et surtout les services de réhabilitation nutritionnelle
- Mise en place des mécanismes de recherche active des enfants de tout adulte dépisté VIH positif soit en HTC, CPN, hospitalisation ou au niveau communautaire
- Renforcement de la capacité laboratoire pour assurer la disponibilité du dépistage virologique pour les nourrissons et les enfants de moins de 18 mois.
- Mise en place d'un dispositif permettant l'accompagnement des structures pour une meilleure décentralisation et délégation des tâches en faveur des enfants
- Renforcement de la formation des prestataires sur la prise en charge pédiatrique et surtout la mise en œuvre des nouvelles directives qui exige le TARV sans délai pour chaque enfant VIH+ moins de 5 ans
- Intégration de la prise en charge du VIH dans les services préventifs et curatifs des enfants.
- Intégration du dépistage du VIH chez l'enfant dans les campagnes nationales dédiées à la santé de la mère et de l'enfant

### **Produit 3: 95% des PVVIH sous ARV (adultes et enfants) bénéficient d'un suivi clinique et biologique de qualité**

Les PVVIH enrôlés au traitement ARV doivent être suivies selon un calendrier bien codifié dans les directives nationales relatives à la PEC des PVVIH. Un suivi clinique et biologique de qualité est un impératif pour arriver au succès thérapeutique. Le suivi clinique permettra la surveillance de la survenue des effets

secondaires liés au traitement ARV ainsi que les manifestations cliniques associées à l'échec du traitement. La charge virale est le paramètre de choix pour le suivi biologique de l'efficacité des traitements ARV. L'objectif poursuivi est d'offrir 95% des PVVIH sous ARV (adultes et enfants) un suivi clinique et biologique de qualité d'ici 2017.

Pour y arriver, les stratégies suivantes seront développées :

- Standardisation du suivi clinique & biologique et institutionnalisation de la pratique de rendez-vous dans toutes les structures de PEC
- Mise en place des mécanismes de transport des échantillons et des résultats entre les sites de PEC et des laboratoires équipés en appareil de CV et CD4
- Initier des approches d'assurance de la qualité des prestations
- Renforcement des capacités des structures de PEC pour permettre et garantir l'offre aux PVVIH des prestations clinique & biologique de qualité à travers la formation des prestataires, dotation des équipements et appareils de laboratoire répondant aux normes ainsi que l'amélioration des infrastructures.

**Produit 4: Au moins 95% des PVVIH (adultes et enfants) sous ARV maintenues dans la chaîne de soins au bout des 12 premiers mois de traitement.**

Le traitement ARV est un traitement à vie ; de ce fait le maintien de l'observance est l'un des éléments importants qui permet de garantir les succès thérapeutiques. Le taux actuel de la rétention sous traitement ARV est de 90,8% après 12 mois, de 86,4% après 24 mois et de 81 % après 60 mois. Ces résultats sont très encourageants et devront être capitalisés. Dans ce plan stratégique 2014-2017, l'objectif est d'atteindre au moins 93% des PVVIH (adultes et enfants) sous ARV qui sont maintenues dans la chaîne de soins au bout de la première année de traitement.

Pour y arriver les stratégies suivantes seront développées :

- Institutionnalisation de la pratique de consultations d'observance avant et en cours de traitement à travers l'organisation et l'animation des séances de l'ETP
- Mise en place des cadres de partage et d'échange d'expériences en faveur des PVVIH adultes et enfants sous ARV sur la gestion individuelle des traitements
- Mise en place d'un dispositif communautaire de suivi et de médiation en santé et en établir un lien solide avec les structures de Prise en charge des PVVIH

**EFFET 2: 95% des PVVIH présentant les IO et autres Co-morbidités bénéficient d'une PEC selon les directives nationales**

Le programme de prévention et de prise en charge des Infections opportunistes comprend 2 produits à savoir :

*Produit 1 : 95% des patients suivis ayant une coinfection Hépatites/VIH sont traités selon les directives nationales ;*

*Produit 2 : 95% des patients séropositifs suivis souffrant des IO sont traités selon les directives nationales*

**Produit 1 : 95% des patients suivis ayant une coinfection Hépatites/VIH sont traités selon les directives nationales**

Malgré l'absence de données de couverture nationale, des études parcellaires ont montré que la coinfection HIV et les hépatites Virales B et C est un problème majeur au Burundi et que les malades coinfectés ne bénéficient pas d'une prise en charge adéquate.

Le plan stratégique va s'atteler à l'institutionnalisation du dépistage systématique des HVB et HVC chez les PVVIH et la mise sous traitement ARV chez les PVVIH coinfectés HVB/HIV quel que soit le stade clinique et le taux de CD4. Comme toutes les structures ne disposent pas de capacités techniques, il faudra mettre en place des mécanismes permettant de faire des bilans chez les personnes dépistées séropositives dans les centres non équipés en appareil d'hématologie et biochimie pour améliorer le suivi des patients.

**Produit 2 : 95% des patients séropositifs suivis souffrant des IO sont traités selon les directives nationales**

La prise en charge des IO comporte deux volets importants :

*Prévention primaire et secondaire des IO*

Concernant la prévention primaire et secondaire, les directives de prise en charge des PVVIH mis à jour selon les recommandations de l'OMS préconise la mise en route du traitement préventif au Cotrimoxazole si CD4 inférieur à 500 ou quel que soit le stade clinique de l'OMS si CD4 non disponible. En plus du cotrimoxazole, les protocoles nationaux prévoient la prévention secondaire de la méningite à cryptocoque en utilisant le fluconazole par voie orale mais également l'usage de l'Isoniazide comme traitement préventif de la tuberculose chez les PVVIH

*Diagnostic et traitement curatif des IO :*

Le plateau technique actuellement disponible au niveau de certaines structures de prise en charge au niveau décentralisée ne permet pas de faire des bilans de suivi pour les PVVIH. A défaut de pouvoir rendre disponible les équipements adéquats pour ce fait, il y aura des mécanismes de référence / transport des échantillons et des résultats mais aussi des mécanismes de remboursement de ces examens entre structures. L'objectif du plan stratégique 2014-2017 est d'arriver à offrir 95% des patients séropositifs suivis souffrant des IO un traitement adéquat selon les directives nationales en vigueur.

Pour y arriver, les stratégies clés sont les suivantes :

- Le renforcement de la prévention primaire et secondaire des infections opportunistes ;
- La mise en place des mécanismes de faire des bilans chez les personnes dépistées séropositives dans les centres non équipés en appareil d'hématologie et biochimie
- La mise en place des mécanismes pour assurer l'accès aux soins contre les infections opportunistes
- La Prise en charge des infections opportunistes chez l'enfant à travers les approches et stratégies recommandées.
- Pour assurer l'accessibilité des PVVIH aux soins contre les infections opportunistes, le nouveau plan stratégique prévoit la mise en place des mécanismes pour subventionner l'accessibilité financière des PVVIH par l'achat de cartes CAM, utilisation de la MFP, la promotion des mutuelles communautaires, contractualisation des structures de santé



***Effet 3: 100% des patients suivis ayant une coinfection TB/VIH sont traités correctement***

La tuberculose est la principale infection opportuniste chez les PVVIH. En effet le taux de coinfection TB VIH est estimé à 26% selon une étude de séroprévalence chez les patients tuberculeux faite en 2007. La gestion de la coinfection Tuberculose VIH est un domaine d'intervention prioritaire pour réduire la morbidité et la mortalité chez les PVVIH.

Les défis identifiés sont essentiellement (1) l'absence de screening systématique de la tuberculose chez les PVVIH, (2) faiblesses des mécanismes de collaboration entre les deux programmes (TB et VIH) mais aussi (3) la faible couverture du traitement ARV chez les patients coïnfectés TB VIH.

Pour faire face à ces défis et atteindre les résultats escomptés, trois produits ont été identifiés :

*Produit 1 : 95% des PVVIH suivies bénéficient du screening et du diagnostic précoce de la TB ;*

*Produit 2 : 70 % des PVVIH éligibles bénéficient de la prévention de la TB selon les directives nationales ;*

*Produit 3: 100 % des PVVIH suivies dépistées TB+ bénéficient du traitement anti TB et TAR*

Pour arriver à ces objectifs, les stratégies nouvelles qui seront développées dans ce plan sont :

- La création d'un environnement favorable pour l'intensification du screening systématique de la tuberculose à toute consultation et au diagnostic précoce de la TB chez les PVVIH par l'accès aux nouveaux moyens de diagnostic et le renforcement des capacités des prestataires
- La chimio prophylaxie à l'INH dont efficacité et l'innocuité sont prouvées, sera progressivement introduite dans les structures de prise en charge des PVVIH pour renforcer leur protection contre la tuberculose. De même, l'intensification des mesures de prévention administrative, environnementale et de protection individuelle dans ces structures sera une intervention clé pour réduire la charge de la tuberculose chez les PVVIH

Le plan devra également maintenir les stratégies qui ont déjà fait leur preuve d'efficacité dans ce domaine notamment :

- l'intégration du diagnostic et du traitement de la TB dans les sites de PEC du VIH soit à travers la collecte et le transport des crachats et ou l'accréditation de certaines structures de prise en charge des PVVIH comme CDT dans le respect des normes d'accréditation des CDT,
- l'intégration du traitement par ARV dans structures de prise en charge de la TB dans l'esprit de « one stop service »
- La promotion de la vaccination de routine par l'administration du BCG à la naissance
- le Renforcement de la coordination de la réponse à la coinfection TB/ VIH ;

#### **EFFET 4 : 90% des PVVIH en besoin bénéficiant de soutien psychosocial nutritionnel approprié**

Le soutien aux PVVIH à travers la prise en charge nutritionnelle et le soutien psychologique et social est un facteur déterminant dans la réussite du programme de PEC des PVVIH particulièrement l'adhérence au traitement ARV.

La mise en œuvre des interventions dans ce domaine s'est heurtée régulièrement à l'insuffisance de ressources financières et s'est essentiellement limitée d'une part à l'élaboration de documents d'orientation (politiques et guides) et au renforcement des capacités de quelques prestataires et des appuis matériels ponctuels à certains intervenants.

Cet effet comprend deux produits à savoir :

##### **Produit 1: 90% des PVVIH en besoin bénéficiant d'un appui nutritionnel rationnel et adéquat**

La prévalence de la malnutrition est estimée à 25,9% chez les PVVIH sous ARV bien plus élevée que celle de la population générale. Au niveau de la PEC nutritionnelle, l'intégration des interventions dans les STA et SSN des hôpitaux et des centres de santé est quasi inexistante.

Cependant, ce plan stratégique permettra de mettre en place des mécanismes pour offrir à 90% des PVVIH en besoin un appui nutritionnel rationnel et adéquat.

Les stratégies qui seront développées pour y arriver sont :

- L'intégration de la surveillance de l'état nutritionnel et de la prise en charge de la malnutrition dans les structures de prise en charge des PVVIH,
- L'appui nutritionnel aux PVVIH en besoin et la formation des prestataires de soins,
- L'éducation des PVVIH et de la communauté sur les bonnes pratiques de nutrition et d'alimentation,
- L'assistance technique, matérielle et financière aux groupements des PVVIH pour la production alimentaire

##### **Produit 2: 80% des PVVIH en besoin bénéficiant de soutien psychologique, mental et social**

Le soutien psychologique et social a été rendu possible grâce à la stratégie de médiation de santé qui recourt aux médiateurs affectés dans les structures de prise en charge qui mènent également des visites à domicile à côté des autres équipes de prise en charge. D'ici 2017, au moins 80% des PVVIH en besoin bénéficieront de soutien psychologique, mental et social.

Pour atteindre cet objectif les stratégies suivantes seront développées :

- Institutionnalisation de l'offre de diagnostic et de soutien psychosocial dans toutes les structures de soins et de son intégration dans le PMA, qui permettra entre autre d'évaluer régulièrement les besoins des patients de nature psychologique, mentale et sociale.
- L'Intégration des soins de santé mentale dans la PEC du VIH et vice versa pour l'amélioration du diagnostic du VIH chez les patients souffrant de troubles mentaux et la prise en charge des patients souffrant à la fois du VIH et des troubles mentaux ;
- Mise en place d'un dispositif communautaire de suivi et de médiation en santé et en établir un lien solide avec les structures de PEC, la communauté ayant déjà démontré son rôle clé dans la prise en charge et surtout le suivi des PVVIH dans le cadre du continuum des soins ;

- Le renforcement des capacités y relatives de toutes les structures des soins publiques et associatives

**Effet 5: 80 % des structures de soins ont les capacités requises et offrent aux PVVIH des prestations de qualité (Ios, ARV, suivi biologique, etc. )**

Pour atteindre les résultats escomptés au niveau des programmes de prise en charge , soins et soutien aux PVVIH, il est essentiel que des stratégies soient définies pour améliorer le système de gestion et approvisionnement en médicaments, réactifs et autres consommables pour le VIH qui constitue un déterminant incontournable de même que la dotation des structures en équipement et leur maintenance.

**Produit 1 :** 100% des sites de PEC quantifient leurs besoins en réactifs, médicaments contre les IO et ARV sur base des consommations réelles

**Produit 2:** 100% des stocks des sites de PEC et de la CAMEBU bénéficient d'un Approvisionnement et d'un suivi réguliers

#### Stratégies

- Renforcement du système de rapportage des données de consommation des médicaments, réactifs et ARV au niveau des sites de PEC en vue de la quantification réelle des besoins sur base des consommations réelles
- Renforcement des capacités des prestataires sur la prescription rationnelle du médicament et le remplissage des outils de collecte des données (registre, dossiers, fiches, SIDA INFO.....)
- Renforcement des capacités institutionnelles pour le suivi et la gestion des stocks au niveau central et au niveau des sites de PEC
- Mise en place d'un mécanisme de suivi et évaluation du système de gestion des achats et des stocks

### **3.3.3 Réduction d'impact, genre, droits humains et lutte contre la stigmatisation et discrimination.**

La lutte contre le VIH et le sida est multisectorielle avec la prise en compte de tous les aspects afin de minimiser les différents impacts surtout ceux liés au développement. La réussite de la mise en œuvre et l'atteinte des résultats de tous les domaines nécessitent l'implication effective et la responsabilité des différents secteurs publics, privés et associatifs dans le respect des droits humains et du genre et afin d'être en phase avec le contexte général de recherche d'un développement durable et équitable préconisé par le CSLP II. L'intégration du genre dans le PSN 2014-2017 sera transversale et tiendra compte : des considérations socioculturelles afin d'induire un changement de comportement au profit de la prévention, du faible pouvoir économique des femmes qui limite leur accès aux services de prise en charge et du contexte juridique défavorable aux droits humains des femmes. La mise en œuvre devra répondre équitablement aux besoins spécifiques des femmes et des hommes et le traduire à travers une désagrégation des données par sexe.

Ainsi, pour le PSN 2014-2017 du Burundi, 5 facteurs qui ont des synergies avec les autres secteurs de développement ont été identifiés. Il s'agit de :

#### **Priorités :**

##### **La lutte contre la pauvreté chez les personnes infectées et/ou affectées par le VIH et sida,**

Pour y faire face, on compte renforcer les compétences des bénéficiaires à savoir les PVVIH démunies et les orphelins chefs de ménage à initier et gérer des groupements de solidarité visant l'auto-prise en charge d'une part et d'autre part les renforcer dans l'apprentissage des métiers.

##### **Les services sociaux de base pour la protection des OEV**

La protection sociale des OEV va passer par l'encouragement à la scolarisation en leur dotant de kits scolaires afin d'éviter les abandons scolaires et l'amélioration de leur accès aux services de santé en leur dotant de cartes d'assistance médicale, en contractualisant avec les structures de soins pour leur prise en charge et en les encourageant à faire le dépistage du VIH.

##### **Lois, politiques, pratiques juridiques, droits humains et réduction de la stigmatisation et de la discrimination**

Il s'agira d'assurer que la loi protégeant les PVVIH soit accompagnée de textes d'application et que les PVVIH et les personnes affectées dont les droits sont violés soient assistées pour être rétablies dans leurs droits.

##### **La mise en œuvre des interventions de réduction d'impacts par les acteurs communautaires**

Pour que la mise en œuvre des interventions produisent des impacts, les acteurs seront bien coordonnés, leurs capacités seront renforcées, des informations stratégiques seront mises à leur disposition pour que des rapports de qualité soient disponibles et traduisent la satisfaction des bénéficiaires.

##### **La promotion de l'égalité des genres et la réduction de la vulnérabilité particulière de la femme et de la jeune fille au VIH et à son impact social et économique.**

Elle passera par l'amélioration des connaissances de la population sur la relation la problématique du genre et l'épidémie de VIH et sida, par la réduction de la vulnérabilité et de la dépendance économique des femmes les plus à risque dont les femmes chefs de ménage et les filles.

## **Chaîne de résultats :**

**Impact : 70% des personnes infectées et affectées par le VIH et sida, démunies améliorent leurs conditions de vie.**

a. Facteurs déterminants

**Effet 1 : Au moins 90% des Personnes affectées ou infectées ont leurs droits humains respectés**

**PRODUIT 1 :** 60% des personnes infectées ou affectées bénéficient d'une protection juridique

Stratégies

- Montage de partenariat avec les réseaux impliqués dans la protection des droits des personnes infectées ou affectées
- Renforcement de l'assistance juridique
- Promotion de la médiation communautaire

**PRODUIT 2 :** 90% des personnes âgées de 15-49 ans expriment des attitudes de tolérance à l'égard des personnes infectées ou affectées

Stratégies :

- Mobilisation de la communauté sur la lutte contre la stigmatisation/discrimination

b. Facteurs en synergie

**Effet 1 : 70% des PVVIH sous ARV démunies disposent d'une autonomie financière**

**PRODUIT 1 :** 70% des PVVIH sous ARV démunies et 70% d'OEV ont un revenu leur permettant de se prendre en charge

Stratégies :

- Renforcement des capacités des bénéficiaires dans la gestion des groupements d'auto-prise en charge
- Renforcement des capacités des bénéficiaires dans l'apprentissage des métiers
- Promotion de meilleures pratiques

**Effet 2 : 50% des OEV ont une situation de vulnérabilité sociale atténuée**

**PRODUIT 1 :** 50 % d'OEV en situation de précarité bénéficient de services sociaux de base

Stratégies :

- Mise en place d'un partenariat entre les acteurs de la mise en œuvre et les structures de prise en charge
- Prévention des abandons scolaires et encouragement de la scolarisation des OEV
- Implication des communautés dans la mise en œuvre des interventions

**Effet 3 : La mise en œuvre des interventions de réduction d'impacts par les acteurs communautaires est efficace**

**PRODUIT 1** : 90% des acteurs intervenants dans la réduction d'impact transmettent des rapports de qualité (permettant de capter des indicateurs du PSN).

Stratégies :

- Opérationnalisation des mécanismes de coordination et de suivi
- Disponibilité des informations stratégiques permettant d'améliorer les interventions de réduction d'impact
- Renforcement des capacités de planification et de rapportage des acteurs

**PRODUIT 2**: 80 % des bénéficiaires expriment leur satisfaction par rapport aux interventions de réduction d'impact

Stratégie : Amélioration de la couverture et de la qualité des services

#### **Effet 4 : La vulnérabilité des femmes face au VIH et sida est réduite**

**PRODUIT 1** : Les connaissances de la population sur la relation genre et VIH sont améliorées

- Sensibilisation des femmes et des hommes sur la vulnérabilité de la femme face au VIH
- Promotion de l'éducation sexuelle dès le bas âge
- Renforcement des capacités des hommes et des femmes sur la notion de genre

**PRODUIT 2** : La vulnérabilité et la dépendance économique des femmes sont réduites

- Appui économique des femmes chefs de ménages en situation de précarité
- Implication des religieux et les administratifs dans la prévention des mariages précoces
- Plaidoyer auprès des autorités scolaires et administratives pour la rétention des enfants à l'école sans discrimination de sexe
- Sensibilisation des parents sur l'importance de la scolarisation des enfants sans discrimination de sexe

**PRODUIT 3** : Le genre est pris en compte dans tous les axes d'intervention du PSN

- Elaboration d'un plan de suivi évaluation de la prise en compte du genre dans tous les axes du PSN
- Les données de différents rapports sont désagrégées par sexe

#### **3.3.4 La coordination de la réponse nationale, suivi évaluation, mobilisation et gestion financière et gouvernance**

Suite à l'analyse de la situation et de la réponse , il est apparu certaines faiblesses en matière de suivi-évaluation notamment : (i) insuffisance de l'utilisation des données pour la prise de décision, (ii) faible couverture des sites sentinelles au niveau géographique et absence de surveillance sentinelle chez les autres groupes (TS, Tuberculeux), (iii) faiblesse des systèmes existants de collecte de données (existence

des systèmes parallèles de collecte de données, faiblesse du suivi évaluation de la réponse communautaire).

Le nouveau PSN mettra donc un focus sur le Renforcement du système de suivi évaluation, surveillance et la recherche.

Aussi, la gestion de la réponse nationale au VIH et au sida devra être efficace, performante, dans le respect des « Three ones » notamment en renforçant le cadre institutionnel et les organes en place chargés de la coordination et de la gestion de la réponse garantissant les principes de la multisectorialité et de décentralisation, en renforçant la coordination de la réponse communautaire, en contribuant au mécanisme de financement du renforcement du système de santé (PBF).

Enfin, les objectifs de ce Plan Stratégique ne pourront être atteints que si le pays met en œuvre une stratégie de mobilisation des ressources et de gestion financière efficace et pérenne notamment par l'accroissement progressif des ressources nationales allouées au secteur de la santé et de la lutte contre le sida .

En plus la communication au sein et en dehors du programme sera renforcée.

**Impact du programme :** La gestion de la réponse nationale au VIH et au sida est efficace, performante, dans le respect des « Three one »

Cet impact sera visé à travers six effets

***Effet 1 : Les mécanismes de coordination multisectorielle, décentralisée et thématique sont opérationnels***

***Effet 2 : Les capacités des intervenants sont renforcées pour la collecte des données et informations***

***Effet 3 : Le système de suivi évaluation au niveau communautaire est renforcé et fonctionnel***

***Effet 4 : Le système de surveillance sentinelle est renforcé et opérationnel***

***Effet 5 : Un plan de recherche et les ressources financières pour les études et la recherche sont disponibles***

***Effet 6 : Les résultats et les interventions du programme sont connus par les populations***

**Effet 1 : Les mécanismes de coordination multisectorielle, décentralisée et thématique sont opérationnels**

Produit 1 : Le SEP/CNLS est une structure pérenne de l'Etat, doté d'une autonomie de gestion

Produit 2 : Le CNLS et ses structures décentralisées assurent une coordination des plans d'action des partenaires et secteurs clés

Produit 3 : La coordination de la réponse communautaire est définie et mise en place

Produit 4 : La lutte contre le sida est intégrée dans les plans d'action des secteurs clés gouvernementaux (main streaming)

Produit 5 : La coordination thématique est assurée

Produit 6 : Le PNLS/IST est renforcé dans ses capacités de coordination et de mise en œuvre de la réponse du secteur de la santé.

Stratégies :

- Dotation du SEP/CNLS des moyens humains compétents et des ressources financières garantissant la réussite de sa mission
- Renforcement des capacités humaines et matérielles du SEP/CNLS et des structures décentralisées
- Intégration de la Réponse nationale au VIH dans les cadres régionaux dont le Burundi est membre

- Organisation des réunions de coordination régulières à tous les niveaux
- Renforcement de la coordination des interventions communautaires
- Intégration de la lutte contre le sida dans les plans sectoriels des secteurs clés et implication de la société civile dans leur élaboration et leur mise en œuvre
- Renforcement des comités thématiques existants et mise en place de nouveaux
- Dotation du PNLS/IST de ressources humaines et matérielles lui garantissant la réussite de sa mission.

**Effet 2 : Les capacités des intervenants sont renforcées pour la collecte des données et informations**

**Produit 1 :** Les capacités des acteurs au niveau opérationnel sont renforcées pour la collecte des données et informations

**Stratégies :**

- Renforcement des capacités du personnel impliqué dans la gestion de l'information stratégique à tous les niveaux de la réponse nationale
- Accroissement des ressources financières allouées au domaine pour renforcer la mise en œuvre des activités de collecte et gestion des données et informations des différents intervenants
- Mise en place d'une motivation du personnel du SE
- Renforcement des capacités techniques des structures de SE
- Rendre disponible un plan de formation en SE
- Organisation des supervisions formatives
- Amélioration de la collecte de données sur la coïnfection TB/VIH

**Produit 2 :** Les systèmes parallèles de collecte des informations sont réduites avec un respect du circuit de l'information stratégique.

**Stratégies :**

- Elaboration d'un manuel de gestion des données qui précisera la démarche à suivre pour la collecte, l'analyse, la gestion des données et le contrôle de la qualité des données
- Harmonisation des outils de collecte des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Organisation des réunions de restitution (dissémination des données de rapports de routine et des études)
- Mise à jour régulière et alimentation du site web du CNLS
- Mise en place des dispositions afin d'abolir le système parallèle de collecte et de transmission des données et informations
- Renforcement et alignement de tous les intervenants dans le système d'information sanitaire et non sanitaire (mécanisme de collecte harmonisé, outils, appui à la collecte, supervision, etc.)

**Produit 3 :** 100% des données transmises au niveau central sont de qualité et respectent toutes les normes

**Stratégies :**

- Instauration d'un système d'audit des données à tous les niveaux
- Elaboration d'un Manuel/Dépliant de référence des indicateurs à l'intention des acteurs au niveau déconcentré qui leur permettra de mieux comprendre les différents indicateurs et leur mode de calcul
- Renforcement et amélioration de la qualité des données à tous les niveaux par la formation du personnel, la supervision et le respect du calendrier de contrôle qualité
- Renforcement du système de rapportage des données et informations afin de rendre disponible les données à tous les niveaux
- Modernisation du Système National de suivi et évaluation



**Effet 3 : Le système de suivi évaluation au niveau communautaire est renforcé et fonctionnel**

**Produit 1 :** Les structures communautaires disposent de système standard de collecte d'informations.

**Stratégies :**

- Renforcement des capacités des acteurs surtout ceux du niveau communautaire pour améliorer la collecte et la qualité des données
- Rendre disponible la base de données a tous les niveaux y compris le niveau communautaire

**Produit 2 :** 100% des structures communautaires disposent d'outils et de guide pour la collecte des données

**Stratégies :**

- Renforcement des ressources humaines communautaires en nombre et en qualité
- Renforcement des capacités organisationnelles et du leadership des acteurs du système communautaire.

**Effet 4 : Le système de surveillance sentinelle est renforcé et opérationnel**

**Produit 1 :** Le système de surveillance sentinelle dispose de Ressources Humaines (RH) et matérielle pour son fonctionnement

**Stratégies :**

- Extension des sites sentinelles et couverture des autres groupes cibles.
- Rendre opérationnelle l'unité de surveillance sentinelle de PNLS/IST pour qu'elle puisse suivre la tendance et l'évolution de l'épidémie IST /VIH/ sida
- Renforcement des capacités humaines et matérielles dans la gestion du système sentinelle

**Produit 2 :** Le système d'extraction des IAP est disponible et opérationnel

**Stratégies :**

- Mise en place d'un système d'extraction des Indicateurs d'Alerte Précoce (IAP) de la prévention des résistances du VIH aux antirétroviraux fonctionnel
- Conduite régulière des études et extension à d'autres groupes cibles et à d'autres domaines non couverts.

**Effet 5 : Un plan de recherche et les ressources financières pour les études et recherches sont disponibles**

**Produit 1 :** 100% des ressources financières allouées au SE sont mobilisées

**Stratégie :** Dotation du Centre National de recherche (CNR) des moyens humains compétents et des ressources financières garantissant la réussite de sa mission

**Produit 2 :** La part des ressources nationales dans le SE est augmentée pour la pérennisation des interventions

**Stratégie :** Mettre à disposition les ressources financières et matérielles au niveau des intervenants à tous les niveaux pour améliorer les interventions

**Effet 6 : Les résultats et les interventions du programme sont connus par les populations**

**Produit 1 :** Les capacités du programme en communication sont renforcées.

**Stratégies :**

- Organisation d'atelier medias pour informer le public sur les principaux résultats du programme.
- Promotion du bulletin trimestriel "Agir contre le SIDA"
- Renforcement du fonctionnement du Centre de Documentation et d'Information du SEP/CNLS "Agir contre le SIDA"
- Renforcement des capacités techniques en équipement pour assurer la collecte, le traitement et la diffusion des informations

- Assurer le reportage des événements du CNLS, lors de la Journée Nationale de Lutte contre le SIDA, la Journée Mondiale de lutte contre le SIDA, les réunions de l'Assemblée Générale du CNLS ainsi que les activités thématiques du SEP/CNLS
- Renforcement des capacités en communication institutionnelle

#### 4. LE BUDGET DU PLAN STRATEGIQUE ET MECANISME DE MOBILISATION DES RESSOURCES

##### 4.1. Le budget du PSN 2014-2017

IMPACT/EFFET/PRODUIT	Année 2014	Année 2015	Année 2016	Année 2017	TOTAL	%
IMPACT 1 : Le nombre de nouvelles infections à VIH est réduit dans les populations les plus exposées au risque VIH et dans la population générale d'ici 2017	16 075 852	16 771 701	15 561 931	14 870 267	63 279 751	25
EFFET 1.1: Le taux de transmission sexuelle du VIH est réduit dans la population générale adulte et chez les jeunes de 15 à 24 ans	8 368 955	8 088 249	7 992 298	7 578 588	32 028 090	13
Produit 1.1.1: 90% des jeunes et des adultes ont des connaissances approfondies sur le VIH et le sida	3 847 119	2 072 215	1 899 902	1 396 841	9 216 077	4
Produit 1.1.2: 80% des jeunes et des adultes ont une bonne connaissance sur l'utilité et l'utilisation du préservatif et y ont un accès facile.	1 071 652	1 161 218	1 133 836	1 199 061	4 565 767	2
Produit 1.1.3: 45% des jeunes et 20 % de la population générale connaissent leur statut sérologique.	2 345 679	3 465 528	3 628 542	3 899 217	13 338 966	5
Produit 1.1.4: 10 % des jeunes hommes sont circoncis en milieu de soins	138 565	138 565	138 565	138 565	554 261	0
Produit 1.1.5: 95% des cas de violence sexuelle sont pris en charge	456 270	679 665	630 517	395 477	2 161 928	1
Produit 1.1.6 : Augmentation de 10% des cas d'IST parmi la population générale qui sont dépistés et traités selon l'approche syndromique.	509 670	571 058	560 936	549 427	2 191 092	1
Effet 1.2: La transmission du VIH par voie sanguine et par les accidents d'exposition au sang sont réduits	152 863	193 375	198 418	133 988	678 643	0
Produit 1.2.1: 100% des poches de sang collectées sont testées aux 4 marqueurs (VIH, Syphilis, Hep B et C)	146 597	173 596	185 886	107 943	614 022	0
Produit 1.2.2 : 100% des cas d'Accident d'Exposition au Sang sont PEC selon le protocole national	6 266	19 779	12 532	26 045	64 621	0
Effet 1.3 : 90% des populations clés (Professionnelles de sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les détenus) ont des connaissances approfondies sur le VIH et utilisent le préservatif systématiquement lors des rapports sexuels avec leurs clients et/ou partenaires occasionnels	1 768 937	2 468 171	2 006 622	2 109 021	8 352 752	3

Produit 1.3.1 : 90% des populations clés (Professionnelles de sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les détenus) ont des connaissances approfondies sur le VIH, sida et les IST ainsi que la coinfection TB-VIH.	555 858	683 714	652 491	606 904	2 498 967	1
Produit 1.3.2 : 90% des Professionnelles de sexe, 60% des détenus et 75% des HSH ont une bonne connaissance sur l'utilité et l'utilisation du préservatif et ont un accès facile.	502 363	623 489	601 322	617 489	2 344 663	1
Produit 1.3.3: 85% des Professionnelles de sexe, 85% des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et 40% des détenus connaissent leur statut sérologique.	205 456	251 498	222 859	270 633	950 445	0
Produit 1.3.4: Les cas d'IST sont réduits de 30% chez les PS, de 20% chez les HSH et de 15% chez les détenus	346 784	715 855	417 516	416 710	1 896 866	1
Produit 1.3.5 : 60 % des populations clés (HSH et PS) VIH+ sont mises sous traitement ARV selon les normes de l'OMS	158 477	193 615	112 434	197 286	661 811	0
<b>EFFET 1.4:</b> le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à 5%	5 785 096	6 021 907	5 364 593	5 048 670	22 220 266	9
PRODUIT 1.4.1: 80% des femmes en âge de procréer connaissent leur statut sérologique face au VIH/Sida	1 565 872	1 629 307	1 831 584	1 647 502	6 674 264	3
PRODUIT 1.4.2: 30% des femmes enceintes testées pour le VIH en CPN dont les partenaires ont été testés pour le VIH	303 965	318 993	312 993	312 993	1 248 945	0
PRODUIT 1.4.3: 50% des femmes séropositives utilisent les méthodes contraceptives modernes	6 626	22 963	22 963	22 963	75 514	0
PRODUIT 1.4.4: 90% des femmes VIH+ enceintes allaitantes bénéficient du paquet complet de services de la PTME selon le Protocole national	3 402 729	2 985 225	2 668 073	2 524 696	11 580 723	5
PRODUIT 1.4.5: 95% des enfants des mères VIH+ bénéficient d'un suivi approprié	505 906	1 065 418	528 980	540 516	2 640 820	1
<b>IMPACT 2:</b> La mortalité liée au VIH/SIDA est réduite de 50% d'ici 2017 au Burundi	28 490 121	33 502 987	34 606 460	35 115 060	131 714 629	53
<b>EFFET 2.1:</b> La couverture des soins ARV de qualité est augmentée de 17,5 % à 60% chez les enfants de moins de 15 ans et de 62 à 90% chez les adultes	15 153 951	19 602 248	20 488 910	22 745 748	77 990 858	31
PRODUIT 2.1.1: 96% des PVVIH adultes éligibles sont enrôlés aux ARVs conformément aux directives nationales	6 370 033	8 203 586	9 055 172	10 052 884	33 681 675	13
PRODUIT 2.1.2: 54% des enfants éligibles sont enrôlés aux ARVs conformément aux directives nationales	498 168	708 932	850 706	1 105 924	3 163 730	1
PRODUIT 2.1.3: 95% des PVVIH (adultes et enfants) bénéficient d'un suivi clinique et biologique de qualité	8 228 419	10 586 531	10 502 572	11 553 246	40 870 768	16
PRODUIT 2.1.4: Au moins 90% des PVVIH (adultes et enfants) sous ARVs sont observantes et maintenues dans la chaîne de soins au bout d'une année de traitement	57 331	103 199	80 460	33 695	274 685	0
<b>Effet 2.2 :</b> 95% des PVVIH suivies bénéficient d'une PEC des IOs et autres comorbidités selon les directives nationales	996 743	1 080 135	1 145 897	1 178 641	4 401 415	2

Produit 2.2.1 : 95% des patients suivis ayant une co infection Hépatites/VIH sont traités selon les directives nationales	544 903	568 452	588 774	584 839	2 286 968	1
Produit 2.2.2 : 95% des patients séropositifs suivis souffrant des IO sont traités selon les directives nationales	451 840	506 321	550 842	587 522	2 096 526	1
Produit 2.2.3 : 95% des patientes suivies dépistées pour le cancer du col selon les directives nationales	-	5 362	6 280	6 280	17 922	0
Effet 2.3: 100% des patients suivis ayant une co infection TB/VIH sont traités correctement	152 410	165 351	147 377	147 377	612 515	0
Produit 2.3.1: 95% des PVVIH suivies bénéficient du screening et du diagnostic précoce de la TB	13 960	21 226	9 955	9 955	55 095	0
Produit 2.3.2 : 95 % des PVVIH éligibles bénéficient de la prévention de la TB selon les directives nationales	6 702	12 376	9 117	9 117	37 313	0
Produit 2.3.3 : 95 % des PVVIH suivies dépistées TB+ bénéficient du traitement anti TB et TAR	131 748	131 748	128 305	128 305	520 107	0
EFFET 2.4: 90% des PVVIH en besoin bénéficient de soutien psychosocial et nutritionnel approprié	3 032 779	3 124 845	3 375 375	3 524 668	13 057 667	5
PRODUIT 2.4.1: 90% des PVVIH en besoin bénéficient d'un appui nutritionnel rationnel et adéquat	866 916	899 572	1 012 916	1 074 701	3 854 105	2
PRODUIT 2.4.2: 80% des PVVIH en besoin bénéficient de soutien psychologique, mental et social	2 165 863	2 225 273	2 362 459	2 449 967	9 203 562	4
EFFET 2.5: 80 % des structures de soins ont les capacités requises et offrent aux PVVIH des prestations de qualité	9 154 237	9 530 409	9 448 901	7 518 626	35 652 174	14
PRODUIT 2.5.1: 100% des structures de PEC disposent des ressources humaines compétentes appropriées par niveau pour offrir des soins cliniques et psychosociaux de qualité.	717 065	720 139	703 716	675 792	2 816 711	1
PRODUIT 2.5.2: 100% des BDS disposent des superviseurs compétents et des moyens logistiques pour offrir la supervision, le coaching et l'encadrement des structures de PEC des PVVIH	7 158 058	7 295 430	7 295 430	5 413 079	27 161 998	11
PRODUIT 2.5.3: 70% des structures ont un système d'approvisionnement et de gestion de qualité	185 975	239 510	174 425	154 425	754 335	0
PRODUIT 2.5.4: 100 % des BDS et des structures de prise en charge disposent des infrastructures pour le stockage des médicaments et autres intrants selon les normes	1 093 140	1 275 330	1 275 330	1 275 330	4 919 130	2
IMPACT 3: Au moins 90% des Personnes affectées ou infectées ont leurs droits humains respectés	3 089 602	4 637 461	4 530 498	4 901 576	17 159 137	7
3.1: Au moins 90% des Personnes affectées ou infectées ont leurs droits humains respectés	199 349	395 430	438 267	518 275	1 551 322	1

PRODUIT 3.1.1: 60% des personnes infectées ou affectées bénéficient d'une protection juridique	193 217	371 073	414 707	494 715	1 473 711	1
PRODUIT 3.1.2: 90% des personnes âgées de 15-49 ans expriment des attitudes de tolérance à l'égard des personnes infectées ou affectées	6 133	24 357	23 560	23 560	77 610	0
Effet 3.2: 70% des PVVIH sous ARV démunies disposent d'une autonomie financière	481 205	415 399	350 250	350 250	1 597 104	1
PRODUIT 3.2.1: 70% des PVVIH sous ARV démunies et 70% d'OEVs ont un revenu leur permettant de se prendre en charge	481 205	415 399	350 250	350 250	1 597 104	1
EFFET 3.3: 50 % d' OEV en situation de précarité bénéficient de services sociaux de base	2 224 213	3 227 859	3 266 557	3 524 143	12 242 772	5
PRODUIT 3.3.1: 50 % d' OEV en situation de précarité bénéficient de services sociaux de base	2 224 213	3 227 859	3 266 557	3 524 143	12 242 772	5
EFFET 3.4: La mise en œuvre des interventions de réduction d'impacts par les acteurs communautaires est efficace	184 835	598 773	475 424	508 908	1 767 939	1
PRODUIT 3.4.1: 90% des acteurs intervenants dans la réduction d'impact transmettent des rapports de qualité (permettant de capter des indicateurs du PSN)	184 835	598 773	475 424	475 424	1 734 455	1
PRODUIT 3.4.2: 80 % des bénéficiaires expriment leur satisfaction par rapport aux interventions de réduction d'impact	-	-	-	33 484	33 484	0
EFFET 3.5: La vulnérabilité des femmes face au VIH et sida est réduite	50 574	87 388	50 276	87 090	275 328	0
PRODUIT 3.5.1: Les connaissances de la population sur la relation genre et VIH sont améliorées	17 488	54 303	17 250	54 064	143 105	0
PRODUIT 3.5.2: La vulnérabilité et la dépendance économique des femmes sont réduites	33 085	33 085	33 026	33 026	132 223	0
IMPACT 4 : La coordination, suivi-évaluation, mobilisation des ressources, gestion financière et gouvernance	7 431 514	10 002 338	9 344 327	10 920 466	37 698 645	15
Suivi évaluation	694 853	3 127 039	2 318 877	4 195 016	10 335 785	4
Coordination	6 736 662	6 875 299	7 025 449	6 725 449	27 362 860	11
TOTAL	55 137 664	65 001 876	64 093 492	65 894 459	250 127 490	100

#### 4.2.Mécanisme de mobilisation des ressources

Selon les rapports REDES d'estimation des flux des ressources financières allouées au VIH et sida, pour les dernières années, le budget de la lutte contre le sida dépend beaucoup de l'extérieur avec une part de 94% dont celle du fonds mondial représente 30%et 60% des appuis bilatéraux .La part de la partie nationale est donc de 6%.

Un effort particulier de plaidoyer, de suivi et de monitoring sera fait pour maintenir et accroître progressivement sensiblement les ressources nationales allouées à la lutte contre le sida

La mobilisation des ressources devra se faire dans un cadre coordonné avec tous les acteurs et parties prenantes de la lutte contre le VIH et sida au Burundi y compris le secteur privé. Cette mobilisation coordonnée permettra de mobiliser les ressources en fonctions des besoins globaux et par domaine thématiques afin d'éviter un déséquilibre de financement des différentes thématiques. Cette mobilisation des ressources se fera au plan interne et externe. Au plan interne, elle concernera le secteur public, le secteur privé et les autres secteurs de développement.

Au niveau externe, la mobilisation sera orientée vers les partenaires multilatéraux, bilatéraux, les agences techniques et autres structures intervenant dans la lutte contre le VIH et sida au Burundi.

Pour une efficacité des actions, un plan de mobilisation des ressources sera élaboré et permettra d'une part d'identifier au niveau interne les nouvelles sources de financement et d'autre part de coordonner les interventions de mobilisation des ressources.

#### **4.3. Mécanisme de gestion financière**

La gestion financière pour le PSN 2014-2017 sera orientée vers une utilisation efficace et efficiente des ressources selon les procédures modernes et consensuelles garantissant que les fonds alloués produiront les résultats convenus. En collaboration avec les partenaires, les procédures de gestion et les outils modernes seront mis en place pour assurer la gestion rationnelle des fonds. Les plans d'achat et de décaissement précéderont les contrôles à priori et à posteriori qui seront assurés dans la gestion financière des fonds. En outre, le rapportage sera systématique pour permettre le rapprochement des fonds engagés et les résultats atteints.

### **5. MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATÉGIQUE.**

#### **5.1. Le cadre institutionnel**

La mise en œuvre du plan stratégique 2014-2017 se fera à travers un cadre institutionnel et organisationnel au niveau central et décentralisé mis en place qui s'est développé progressivement

- **Au niveau central**

- Le SEP/CNLS

Ce cadre est assuré par l'organe de coordination nationale qui est le CNLS dont la structure technique est le Secrétariat Exécutif Permanent (SEP). Le CNLS donnera les orientations nécessaires dans le cadre de la lutte contre les VIH et sida et les IST et le SEP assurera la coordination et le suivi des interventions sous l'Autorité du Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, conformément au décret n°100/254 du 4/10/2011 portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida. Il rend compte aux 2 autres organes du CNLS que sont le comité exécutif du CNLS et l'Assemblée générale, dont la présidence est respectivement assuré par le Ministre ayant la Lutte contre le Sida dans ses attributions et le Président de la République.

- Le PNLS/IST

Le Programme national de Lutte contre le sida et les IST a été mis en place pour coordonner la réponse médicale dans son ensemble y compris les aspects de prévention. Il interagit avec le niveau opérationnel par le biais des BPS, des BDS et des formations sanitaires.

- Les autres programmes et structures du MSPLS

Le SEP/CNLS et PNL/IST collaboreront étroitement avec les autres programmes et structures du MSPLS dans le cadre de l'intégration de la réponse et du développement des synergies et de la complémentarité d'actions. Il s'agit notamment du PNSR dans le cadre de l'eTME et de l'intégration avec la santé de la Reproduction, le PNILT dans le cadre de la gestion de la coïnfection TB/VIH , le PRONIANUT dans le cadre de l'appui nutritionnel aux PVVIH et le DSNIS dans la gestion de l'information sanitaire relative au VIH, l'INSP dans les activités de laboratoire et de recherche, le CNTS dans le cadre de la sécurité transfusionnelle face au VIH , de la Centrale d'achat des médicaments essentiels du Burundi CAMEBU) pour la gestion et la distribution des intrants ainsi que de la cellule du PBF qui achète certains indicateurs VIH.

- Les Unités sectorielles de lutte contre le sida.

Les différents secteurs du gouvernement mettront en œuvre la réponse sectorielle destinée à la lutte contre le sida au sein du personnel du secteur et envers la population cible de ce secteur

Chaque ministère ainsi que les grandes institutions publiques comme le parlement, l'université et les entreprises para étatiques ont mis en place des unités sectorielles et développé des plans qui seront l'émanation du plan stratégique national et dont les résultats alimenteront la réponse globale du pays

- Les réseaux de la société civile

Souvent formées sur base de leur communauté d'intérêt ( les PVVIH, les femmes ,les jeunes, les populations clé ,les confessionnels, les acteurs communautaires , les prestataires dans la prise en charge globale, les acteurs communautaires , les organisation de protection des vulnérables comme les OEV , handicapés, populations clé...), les organisations de la société civile sont regroupées en plusieurs réseaux actifs dans le plaidoyer en faveur de la lutte contre le VIH et sida ainsi que dans l'offre de services divers de prévention , de prise en charge et de soutien en appui au système public.

- Les partenaires

Plusieurs partenaires techniques et financiers bilatéraux et multilatéraux contribuent dans la mise en œuvre de la riposte. Ils sont regroupés dans le groupe thématique ONUSIDA ; ils agissent également dans le cadre de l'appui technique et financier direct aux programmes et aux organisations prestataires de service dans le cadre du CPSD qui constitue un cadre formel de validation des stratégies.

- L'Instance Nationale de Coordination des ressources du Fond Mondial.

Le Fonds mondial de Lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est un important bailleur de la lutte contre le sida au Burundi. L'ICN est un organe de suivi stratégique de la riposte en même temps que les 2 autres pathologies concernées, la tuberculose et le paludisme.

- **Au niveau décentralisé**

Au niveau décentralisé, la coordination et le suivi des interventions de lutte contre le VIH et sida sont assurée par les Comités Provinciaux de Lutte contre le VIH et sida. Ces entités multisectorielles sont présidées par le gouverneur de province et comprennent les principaux secteurs publics clé, les organisations de la société civile et les confessions religieuses, les représentants des bénéficiaires ainsi les principaux partenaires techniques et financiers.



Une équipe d'appui technique est mise à leur disposition par le SEP/CNLS comprenant au moins un conseiller technique, un chargé de suivi évaluation et un comptable. Ces comités gèrent les ressources allouées aux structures décentralisées de leur ressort.

## **5.2. Processus de mise en œuvre**

La mise en œuvre du PSN 2014-2017 sera assurée par le secteur public, le secteur associatif et le secteur privé. Au niveau du secteur public, les différentes entités du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le VIH et sida assureront la coordination des interventions. Il s'agit du Programme National de Lutte contre le sida et les IST qui assurera la coordination et la mise en œuvre des interventions dans le domaine de la santé, le programme National de Nutrition qui cordonnera le volet nutrition, le programme de santé de la reproduction qui assurera la coordination du volet santé reproductive.

Le secteur associatif prendra en charge le volet non santé et les interventions se feront à travers les associations communautaires.

## **5.3. Plan de mise en œuvre**

La mise en œuvre du plan se fera à travers le plan opérationnel, les plans provinciaux, les plans sectoriels et les plans d'action annuels.

- **Le plan opérationnel**

Le plan opérationnel est la déclinaison des stratégies en activités budgétisées. Il permet d'apprécier les différentes interventions, le chronogramme de mise en œuvre, le budget annuel et le budget sur les 4 ans.

- **Les plans provinciaux**

Les plans provinciaux qui seront élaborés à partir du PSN 2014-2017 et du plan opérationnel regrouperont toutes les interventions de lutte contre le VIH et sida de chaque province. Ces plans seront élaborés avec le coordonnateur provincial de lutte contre le VIH et sida et son équipe en prenant en compte les spécificités de chaque province. Les indicateurs des plans provinciaux de lutte contre le VIH et sida et les IST seront élaborés à partir des données démographiques, épidémiologiques des provinces. Au total, le pays devrait disposer de 17 plans provinciaux qui pourront servir d'outil de mobilisation des ressources pour des financements additionnels au niveau local.

- **Les plans sectoriels**

A partir des plans stratégiques et opérationnels, chaque secteur identifiera les interventions qui sont liées à son domaine pour élaborer son plan d'action sectoriel. Ces plans sectoriels seront budgétisés et permettront aux différents secteurs de définir le budget. Ce document pourra servir d'outil de mobilisation de ressources sectorielles qui pourrait être soumis aux partenaires pour des financements additionnels.

- **Les plans d'actions annuels**

En début de chaque année, les différentes structures de mise en œuvre du PSN 2014-2017, élaboreront des plans d'actions annuels budgétisés avec les différents indicateurs.

## **6. LE CADRE DE SUIVI ET DE L'ÉVALUATION**

Le suivi évaluation du PSN 2014-2017 se fera à travers un cadre de référence basé sur les 12 composantes d'un système de suivi et évaluation fonctionnel recommandées au niveau international. L'objectif de ce

cadre est de permettre au système de suivi évaluation du pays de générer à tout moment les informations sur la mise en œuvre des interventions pour orienter les prises de décisions. Le cadre de suivi évaluation des interventions sera guidé par un cadre de performance et un plan de suivi évaluation.

### **6.1. Le plan de suivi et évaluation**

Ce plan décrira le mécanisme de collecte des données et information, le circuit d'acheminement des informations du niveau périphérique au niveau central, le processus de compilation et d'analyse des données et information transmises, le plan de diffusion des données et informations analysées et le dispositif de rétro information.

### **6.2. Le cadre de performance du PSN**

Le cadre de performance résume les différents indicateurs thématiques, la définition de ces indicateurs et les cibles annuels (annexe 1).

Annexe 1.

**TABLEAU 1 : MATRICE DES INDICATEURS DE PREVENTION**

IMPACT 1: les nouvelles infections sont réduites de 60% d'ici 2017 chez les jeunes, la population générale adulte et les populations clés								
Programme de base								
Programme visant un changement de comportement chez les jeunes et la population générale								
EFFET 1.1: Le taux de transmission sexuelle du VIH est réduit dans la population générale et chez les jeunes de 15 à 24 ans								
RESULTATS	INDICATEUR	VALEUR DE BASE	ANNEE DE BASE	SOURCE	CIBLE 2014	CIBLE 2015	CIBLE 2016	CIBLE 2017
<b>Produit 1.1.1:</b> 90% des jeunes et des adultes ont des connaissances approfondies sur le VIH, le sida et les IST	% des jeunes qui répondent correctement aux 5 questions en rapport avec les connaissances sur le VIH	H=46.5% F=44.4%	2010	EDSII	60%			90%
	% des adultes qui répondent correctement aux 5 questions en rapport avec les connaissances sur le VIH	45.5%	2010	EDS II	60%			90%
<b>Produit 1.1.2:</b> 80% des jeunes et des adultes ont une bonne connaissance sur l'utilité et l'utilisation des préservatifs et y ont accès facile.	% des jeunes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel occasionnel	H=46% F=27%	2010	EDS	H=60% F=40%			H=80% F= 60%
	Nombre de préservatifs (gratuits et ceux du marketing social) distribués dans la population générale et chez les populations clés	11012371	2013	Rapport CNLS	12500000	13859859	15385488	17016115
	% des adultes de 25-49 ans qui ont utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel occasionnel							

<b>Produit 1.1.3:</b> 45% des jeunes et 20 % parmi la population générale connaissent leur statut sérologique.	Pourcentage de jeunes conseillés, dépistés et ayant retiré les résultats	27,3		EDS	30%	35%	40%	45%
	Nombre de jeunes conseillés, dépistés et ayant retiré les résultats	DND			615581	740288	865017	1007711
	Nbre de personnes parmi la population adulte conseillées, dépistées et ayant retiré les résultats	997954	2013	Rapport CNLS	1 238 956	2 012 617	2 124 046	2 288 206
<b>Programme en synergie</b>								
<b>Produit 1.1.5:</b> 95% des cas de violence sexuelle sont prises en charge	% de cas de violence sexuelle prises en charge	DND			80%	85%	90%	95%
<b>Produit 1.1.6 :</b> Augmentation de 10% des cas d'IST parmi la population générale qui sont dépistés et traités selon l'approche syndromique.	Nombre de cas d'IST traités dans la population générale selon les normes	112009	2013	Rapport CNLS	114 809	117 679	120 621	123 637
<b>Effet 1.2: La transmission du VIH par voie sanguine et par les accidents d'exposition au sang sont réduits.</b>								
<b>Produit 1.2.1:</b> 100% des poches de sang collectées sont testées aux 4 marqueurs (VIH, Syphilis, Hep B et C)	Pourcentage et nombre de poches de sang testés aux 4 marqueurs (VIH, Syphilis, Hep B et C)	(100%) 55666	2013	Rapport CNLS	60000(100%)	65000(100%)	70000(100%)	75000(100%)
<b>Produit 1.2.2 :</b> 100% des cas d'accident d'exposition au sang sont pris en charge selon le protocole national	Nombre et pourcentage de cas d'accident d'exposition au sang pris en charge	573	2013	Base de données Sida Info	100%	100%	100%	100%

**Programme de prévention chez les populations clés**

**Effet 1.3 : 90% des populations clés (Professionnelles de sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les détenus) ont des connaissances approfondies sur le VIH et utilisent le préservatif systématiquement lors des rapports sexuels avec leurs clients et/ou partenaires occasionnels**

<p><b>Produit 1.3.1</b> : 90% des populations clés (Professionnelles de sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les détenus) ont des connaissances approfondies sur le VIH, sida et les IST ainsi que la coinfection TB-VIH.</p>	<p>% des Professionnels de sexe qui répondent correctement aux questions relatives aux modes de transmission du VIH et aux moyens de prévention</p>	<p>31,10%</p>	<p>2011</p>	<p>BSS</p>	<p>50%</p>			<p>90%</p>
	<p>% des HSH qui répondent correctement aux questions relatives aux modes de transmission du VIH et aux moyens de prévention</p>	<p>21,4</p>	<p>2011</p>	<p>BSS</p>	<p>40%</p>			<p>90%</p>
	<p>% des détenus qui répondent correctement aux questions relatives aux modes de transmission du VIH et aux moyens de prévention</p>	<p>28,5</p>	<p>2011</p>	<p>BSS</p>	<p>50%</p>			<p>90%</p>
<p><b>Produit 1.3.2</b> : 90% des Professionnelles de sexe, 60% des détenus et 75% des HSH ont une bonne connaissance sur l'utilité et l'utilisation du préservatif et ont un accès facile.</p>	<p>Pourcentage de TS qui indique avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client</p>	<p>48.2%</p>	<p>2013</p>	<p>PLACE</p>	<p>60%</p>			<p>90%</p>
	<p>% des HSH ayant utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un homme</p>	<p>66.5%</p>	<p>2013</p>	<p>PLACE</p>	<p>70%</p>			<p>75%</p>

	% des détenus ayant utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel occasionnel	10%	2011	BSS	30%			60%
	Nbre de dosettes de gel lubrifiant distribuées chez les HSH	391000	2013	CAMEBU	379980	389100	398438	408000
<b>Produit 1.3.3:</b> 85% des Professionnelles de sexe, 85% des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et 40% des détenus connaissent leur statut sérologique.	% de professionnels de sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats	76.9	2013	PLACE	80%			85%
	% de HSH qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats	65,80%	2011	BSS	70%			85%
	% de détenus conseillés, dépistés et ayant retiré les résultats	2.4%	2011	BSS	20%			40%
<b>Produit 1.3.4:</b> Les cas d'IST sont réduits de 30% chez les PS, de 20% chez les HSH et de 15% chez les détenus	% des PS qui ont eu au moins un signe d'IST au cours des 12 derniers mois diagnostiqué et traités	17,10%	2011	BSS	10%			4%
	% des HSH qui ont eu au moins un signe d'IST au cours des 12 derniers mois diagnostiqué et traités	58,50%	2011	BSS	35%			15%
	% des détenus qui ont eu au moins un signe d'IST au cours des 12 derniers mois diagnostiqué et traités	10%	2011	BSS	6%			2%

<b>Produit 1.3.5:</b> 60 % des populations clés (HSH et TS) VIH+ sont mis sous traitement ARV selon les normes de l'OMS	% de TS mises sous traitement ARV dans le cadre de prévention par le traitement	DND			50%	65%	70%	80%
	Nbre de TS VIH+ mises sous traitement ARV dans le cadre de prévention par le traitement	DND			1206	1605	1770	2072
	% des HSH VIH+ mis sous traitement ARV	DND			20%	30%	40%	50%
	Nbre de HSH VIH+ mis sous traitement ARV dans le cadre de prévention par le traitement	DND			30	45	62	79

**Programme de prévention chez les enfants nés de mères séropositives**

**PROGRAMME DE BASE**

	Taux de réduction des nouvelles infections VIH pédiatriques	31%	2012	Rapport ONUSIDA	75%	82%	84%	95%
--	---	-----	------	-----------------	-----	-----	-----	-----

**EFFET 1.4: le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à 5%**

	Taux de TME dans la population générale	19,3%	2013	Rapport SEP/CNLS	14,5%	11,4%	7,9%	5%
--	---	-------	------	------------------	-------	-------	------	----

<b>PRODUIT 1.4.1: 80% des femmes en âge de procréer connaissent leur statut sérologique face au VIH/Sida</b>	% de femmes de 15-49 ans ayant effectuées un test de VIH et récupérés les résultats	28%	2013	Rapport SEP/CNLS	35%	40%	45%	50%
--	---	-----	------	------------------	-----	-----	-----	-----

	% des femmes enceintes venues en CPN qui sont testées au VIH et ayant retiré les résultats	74%	2013	Rapport SEP/CNLS	80%	85%	90%	98%
--	--	-----	------	------------------	-----	-----	-----	-----

	Nombre de femmes enceintes venues en CPN qui sont testées au VIH et ayant retiré les résultats	334930	2013	Rapport SEP/CNLS	381217	417512	455153	509 646
--	--	--------	------	------------------	--------	--------	--------	---------

	% des femmes enceintes venues en CPN qui bénéficient d'un test de syphilis	DND			90%	100%	100%	100%
--	--	-----	--	--	-----	------	------	------

	Nombre de femmes enceintes venues en CPN qui bénéficient d'un test de syphilis	DND			428869	491191	505725	520046
--	--	-----	--	--	--------	--------	--------	--------

<b>PRODUIT 1.4.2: 30% des femmes enceintes testées pour le VIH en CPN dont les partenaires ont été testés pour le VIH</b>	% des femmes enceintes venues en CPN dont les partenaires sont testés pour le VIH	0,7%	Oct 2013 -March 2014	FHI360 PMTCTAP, SAPR	5%	10%	20%	30%
---	---	------	----------------------	----------------------	----	-----	-----	-----



<b>PRODUIT 1.4.3:</b> 50% des femmes séropositives utilisent les méthodes contraceptives modernes	% de femmes enceintes séropositives ayant utilisé les méthodes contraceptives modernes	5,8%	Oct 2013 -March 2014	FHI360 PMTCTAP, SAPR	10%	15%	20%	25%
<b>PRODUIT 1.4.4:</b> 90% des femmes VIH+enceintes /allaitantes bénéficient du paquet complet de services dans le cadre de la PTME selon le Protocole national	% des femmes enceintes et allaitantes séropositives au VIH qui sont mises sous ARV	58%	2013	Rapport SEP/CNLS	70%	75%	80%	90%
	Nombre de femmes enceintes et allaitantes séropositives au VIH qui sont mises sous ARV	3084	2014	Rapport SEP/CNLS	4337	4421	4450	4680
<b>PRODUIT 1.4.5:</b> 95% des enfants des mères VIH+ bénéficient d'un suivi approprié	% d'enfants nés des mères VIH+ ayant reçu de la prophylaxie aux ARV	36,5%	2013	GARPR 2013	50%	75%	80%	90%
	% d'enfants nés des mères VIH+ ayant reçu de la prophylaxie au cotrimoxazole	52.8%	Oct 2013 -March 2014	FHI360 PMTCTAP, SAPR	60%	65%	70%	75%
	% d'enfants nés des mères VIH+ testés au VIH dans les 2 mois	17.6%	Oct 2013 -March 2014	FHI360 PMTCTAP, SAPR	25%	35%	45%	55%
	% d'enfants nés des mères VIH+ testés au VIH à 18 mois	DND			60%	65%	70%	75%

TABLEAU N°2: MATRICE DES INDICATEURS (IMPACT, EFFET, PRODUIT) SUR LES CINQ ANS (CIBLES ANNUELS POUR LES PRODUITS)

IMPACT: La mortalité liée au Vih et sida est réduite de 50% et la morbidité réduite d'ici 2017 au Burundi								
PROGRAMME DE BASE								
EFFET 2.1: La couverture des soins ARV de qualité est augmentée de 17,5 % à 54% chez les enfants de moins de 15 ans et de 62 à 96% chez l'adulte								
RESULTATS	INDICATEUR	VALEUR DE BASE	ANNEE DE BASE	SOURCE	CIBLE 2014	CIBLE 2015	CIBLE 2016	CIBLE 2017
<b>PRODUIT 2.1.1:</b> 90% des PVVIH adultes éligibles sont enrôlés aux ARVs conformément aux directives nationales	% d'adultes éligibles mises sous ARVs	62%	2013	RAPPORT SEP/CNLS	60%	78%	86%	96%
	Nombre d'adultes éligibles mises sous ARVs	30612	2014	RAPPORT SEP/CNLS	33 189	42 633	46 958	52 173
<b>PRODUIT 2.1.2:</b> : 54% des enfants éligibles sont enrôlés aux ARVs conformément aux directives nationales	% d'enfants éligibles mises sous ARVs	17.5%	2013	RAPPORT SEP/CNLS	28%	34%	42%	54%
	Nombre d'enfants éligibles mises sous ARVs	2189	2014	RAPPORT SEP/CNLS	3278	3700	4440	5772
<b>PRODUIT 2.1.3:</b> 95% des PVVIH sous ARV (adultes et enfants) bénéficient d'un suivi clinique et biologique de qualité	% de PVVIH ayant bénéficié du dosage des CD4 au moins une fois l'année	DND			65%	75%	85%	95%
	Nombre de PVVIH ayant bénéficié du dosage des CD4 au moins une fois l'année	DND			43986	47802	54530	62592
	% de PVVIH sous ARV ayant bénéficié du dosage de CV au moins à 12 mois de traitement	DND	2013	RAPPORT SEP/CNLS/INSP	5%	30%	60%	95%
	Nombre de PVVIH sous ARV ayant bénéficié du dosage de CV au moins à 12 mois de traitement	DND			1823	13 900	30 839	55 048

<b>PRODUIT 2.1.4:</b> Au moins 93% des PVVIH (adultes et enfants) sous ARVs sont observant et maintenues dans la chaîne de soins au bout d'une année de traitement	% des PVVIH sous ARVs observant et maintenues dans la chaîne de soins	DND				90%	90%	90%	93%
<b>Effet 2.2 : 95% des PVVIH suivies bénéficient d'une PEC des IOs et autres comorbidités selon les directives nationales.</b>									
<b>PRODUIT 2.2.1 :</b> 95% des patients suivis ayant une co infection Hépatites/VIH sont traités selon les directives nationales	Nombre de patients suivis coinfectés Hépatites /VIH traités selon le protocole national	DND				3733	3893	4032	4005
<b>PRODUIT 2.2.2 :</b> 95% des patients séropositifs suivis souffrant des IO sont traités selon les directives nationales	Nombre de patients suivis éligible bénéficiant de la chimio prophylaxie au cotrimoxazole	49574				49768	51910	53764	53404
	Nombre de patients séropositifs qui consultent pour une IO ayant bénéficié d'un traitement conformément au protocole national	DND				11127	11280	10752	9102
<b>PRODUIT2.2.4 :</b> 95% des patientes suivies dépistées pour le cancer du col selon les directives nationales	Nombre de patientes suivies bénéficiant d'un dépistage du col	DND				1965	4098	10611	21081
<b>Effet 2.3: 100% des patients suivis ayant une co infection TB/VIH sont traités correctement</b>									
<b>PRODUIT 2.3.1 :</b> 95% des PVVIH suivies bénéficient du screening et du diagnostic précoce de la TB	Nombre de PVVIH suivies qui bénéficient d'un screening de la TB	Nombre	2013	Rapport PNILT		13097	35 914	45 019	58 243
	% de PVVIH suivies qui bénéficient d'un screening de la TB	5,68%				20%	60%	75%	95%
	Nombre de PVVIH suivies qui bénéficient d'un diagnostic précoce de la TB	DND				6548	13610	21223	28057
	% de PVVIH suivies qui bénéficient d'un diagnostic précoce de la TB	DND				10%	20%	30%	40%

<b>PRODUIT 2.3.2</b> : 70 % des PVVIH éligibles bénéficient de la prévention de la TB selon les directives nationales	% de patients suivis éligibles qui bénéficient de la chimio prophylaxie à l'Isoniazide	0			5%	30%	50%	70%
	Nombre de patients suivis éligibles qui bénéficient de la chimio prophylaxie à l'Isoniazide					10 570	22 082	39 996
<b>PRODUIT 2.3.3</b> : 95 % des PVVIH suivies dépistées TB+ bénéficient du traitement anti TB et TAR	Nombre de PVVIH suivies dépistées TB+ qui bénéficient d'un traitement anti TB	DND			644	1137	1140	1165
	% de PVVIH suivies dépistées TB+ qui bénéficient d'un traitement anti TB	DND			100%	100%	100%	100%
	Nombre total des coinfectées TB/VIH qui bénéficient du TAR	626/977	2013	Rapport PNILT	412	841	958	1095
	% de des coinfectées TB/VIH (porte d'entrée VIH) qui bénéficient du TAR	64% (626/977)	2013	Rapport PNILT	64%	74%	84%	94%
<b>EFFET 2.4 : 90% des PVVIH en besoin bénéficient de soutien psychosocial et nutritionnel approprié</b>								
<b>PRODUIT 2.4.1</b> : 90% des PVVIH en besoin bénéficient d'un appui nutritionnel rationnel et adéquat	% de PVVIH en besoin qui ont accès à l'appui nutritionnel	71%	2013	Rapport SEP/CNLS	75%	80%	85%	90%
	Nombre de PVVIH en besoin qui ont accès à l'appui nutritionnel				5063	4463	5587	6249
<b>PRODUIT 2.4.2</b> : 80% des PVVIH en besoin bénéficient de soutien psychologique, mental et social	% de PVVIH qui bénéficient de soutien psychosocial	DND			40%	50%	65%	80%
	Nombre de PVVIH qui bénéficient de soutien psychosocial	DND			26194	34150	45983	56215
<b>EFFET 2.5: 80 % des structures de soins ont les capacités requises et offrent aux PVVIH des prestations de qualité (Ies, ARV, suivi biologique,etc)</b>								

<b>PRODUIT 2.5.1:</b> 80 % des structures de soins disposent des infrastructures et d'un plateau technique de laboratoire approprié par niveau et bénéficient d'une assistance technique pour la maintenance préventive et curative des équipements.	% des structures de soins qui disposent des équipements appropriés	DND			60%	65%	70%	80%
<b>PRODUIT 2.5.2 :</b> 95% des structures de PEC ne connaissent pas de ruptures de stock en ARV, cotrimoxazole, réactifs, autres produits de la SR pendant plus d'une semaine	% des structures qui ne connaissent pas de ruptures de stock de plus d'une semaine	DND			85%	90%	94%	95%
<b>PRODUIT 2.5.3:</b> 100% des structures de PEC disposent des ressources humaines compétentes appropriées par niveau pour offrir des soins cliniques et psychosociaux de qualité.	% des structures de PEC disposent des ressources humaines compétentes.	DND			70%	80%	90%	100%
<b>PRODUIT 2.5.4:</b> 100% des BDS disposent des Superviseurs compétents pour offrir la supervision, le coaching et l'encadrement des structures de PEC des PVVIH.	% des BDS disposent des superviseurs compétents.	DND			90%	92%	96%	100%
<b>PRODUIT 2.5.5:</b> 100 % des BDS et des structures de prise en charge disposent des infrastructures pour le stockage des médicaments et autres intrants selon les normes.	% des BDS et des structures qui disposent des infrastructures pour le stockage	DND			80%	85%	90%	100%

**TABLEAU N°2 : MATRICE DES INDICATEURS (IMPACT, EFFET, PRODUIT) SUR LES CINQ ANS (CIBLES ANNUELLES POUR LES PRODUITS)**

<b>IMPACT: 70% des personnes infectées et affectées par le VIH/Sida, démunies améliorent leurs conditions de vie.</b>								
<b>Les facteurs en synergie avec les autres secteurs de développement</b>								
<b>EFFET 3.1: 70% des PVVIH sous ARV démunies et 70% d'OEV disposent d'une autonomie financière</b>								
<b>RESULTATS</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>VALEUR DE BASE</b>	<b>ANNEE DE BASE</b>	<b>SOURCE</b>	<b>CIBLE 2014</b>	<b>CIBLE 2015</b>	<b>CIBLE 2016</b>	<b>CIBLE 2017</b>
<b>PRODUIT 3.1.1:</b> 70% des PVVIH sous ARV démunies et 70% d'OEV ont un revenu leur permettant de se prendre en charge	% de PVVIH sous ARV démunies qui ont un revenu leur permettant de se prendre en charge	10%	2013	Rapport SEP/CNLS	30%	45%	60%	70%
	Nombre de PVVIH sous ARV démunies qui ont un revenu leur permettant de se prendre en charge				11157	16529	21885	25497
	% d'OEV qui ont un revenu leur permettant de se prendre en charge	DND			30%	45%	60%	70%
	Nombre d'OEV qui ont un revenu leur permettant de se prendre en charge				21422	30958	39135	42617
<b>EFFET 3.2: 50% des OEV ont une situation de vulnérabilité sociale atténuée</b>								
<b>PRODUIT 3.2.1:</b> 50 % des OEV en situation de précarité bénéficiant de services sociaux de base	% des OEV en situation de précarité bénéficiant de soutien aux soins de santé	7%	2013	Rapport revue PSN 2012-2016	23%	30%	40%	50%
	Nombre d'OEV en situation de précarité bénéficiant de soutien aux soins de santé				16424	21564	28564	35705
	% des OEV en situation de précarité bénéficiant de soutien à l'éducation	17%	2013	Rapport revue PSN 2012-2016	23%	30%	40%	50%
	Nombre d'OEV en situation de précarité bénéficiant de soutien à l'éducation				178890	237959	328541	424983
<b>EFFET 3.3: Au moins 80% des PVVIH ont leurs droits humains respectés</b>								
<b>Les facteurs déterminants</b>								
<b>PRODUIT 3.3.1:</b> 60% des personnes infectées ou affectées victimes de violation de leurs droits bénéficient d'une protection juridique	% des personnes infectées ou affectées victimes de violation de leurs droits bénéficiant d'une protection juridique	11%	2013	Rapport revue PSN 2012-2016	25%	35%	45%	60%

	Nombre de personnes infectées ou affectées victimes de violation de leurs droits bénéficiant d'une protection juridique					686	961	1235	1647
<b>PRODUIT 3.3.2:</b> 90% des personnes âgées de 15-49 ans expriment des attitudes de tolérance à l'égard des personnes infectées ou affectées	% des personnes âgées de 15-49 ans exprimant des attitudes de tolérance à l'égard des PVVIH	62% pour les hommes et 44% pour femmes	2010	EDS	65%				90%
<b>EFFET 3.4: La mise en œuvre des interventions de réduction d'impacts par les acteurs communautaires est efficace</b>									
<b>PRODUIT 3.4.1:</b> 90% des acteurs intervenants dans la réduction d'impact transmettent des rapports de qualité (permettant de capter des indicateurs du PSN)	% des acteurs qui transmettent des rapports de qualité	DND				50%	70%	80%	90%
<b>PRODUIT 3.4.2:</b> 80 % des bénéficiaires expriment leur satisfaction par rapport aux interventions de réduction d'impact	% des bénéficiaires qui expriment leur satisfaction par rapport aux interventions de réduction d'impact	DND						80%	
<b>EFFET 3.5: La vulnérabilité des femmes face au VIH et sida est réduite dans tout le pays.</b>									
<b>PRODUIT 3.5.1 :</b> Les connaissances de la population sur le genre et VIH sont améliorées	Nombre de personnes sensibilisées sur le genre et le VIH	DND				16000	18000	20000	22000
<b>PRODUIT 3.5.2 :</b> La vulnérabilité et la dépendance économique des femmes sont réduites	Nombre de femmes chef de ménages en situation de précarité bénéficiant d'un appui économique	DND				8000	9000	10000	11000
	Le taux de rétention des filles à l'école augmente					0,9			0,95

**TABLEAU 4 : MATRICE DES INDICATEURS IMPACT : La gestion de la réponse nationale au VIH et au sida est efficace, performante, dans le respect du « Three ones »**

<b>EFFETS</b>	<b>Niveau et source</b>	<b>Cible en 2016</b>	<b>Cible en 2017</b>
<b>Effet 1 : D'ici 2017 l'information stratégique est disponible et utilisée pour la prise de décision à tous les niveaux de la réponse nationale,</b>	80% de l'information stratégique est disponible et utilisé pour la prise de décision à tous les niveaux	85% de l'information stratégique est disponible et utilisé pour la prise de décision à tous les niveaux	90% de l'information stratégique est disponible et utilisé pour la prise de décision à tous les niveaux
<b>Effet 2 : Les mécanismes de coordination multisectorielle, décentralisée et thématique sont opérationnels d'ici cinq ans.</b>	Insuffisance et absence de liens dans les mécanismes de coordination au niveau multisectoriel décentralisé au niveau de la réponse communautaire,	Les mécanismes de Coordination au niveau national, décentralisé, de la réponse communautaire fonctionnelle	Les mécanismes de Coordination au niveau national, décentralisé, de la réponse communautaire fonctionnelle
<b>Effet 3 : Au moins 80% des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du PSN sont mobilisées et utilisées d'une façon optimale et transparente.</b>	<b>30%</b> des ressources financières sont déjà mobilisés et utilisées d'une façon optimale et transparente.	80% des ressources financières sont mobilisées et utilisées d'une façon optimale et transparente.	100% des ressources financières mobilisées et utilisées d'une façon optimale et transparente.



**Tableau n°4 : Effet 1 : D'ici 2017, l'information stratégique est disponible et utilisée pour la prise de décision à tous les niveaux de la réponse nationale**

<b>PRODUIT</b>	<b>Niveau et source</b>	<b>Cible en 2016</b>	<b>Cible en 2017</b>
Le système de collecte et d'audit des données opérationnel	Moins de 50%, sont transmis à temps et audités au préalable.	70%, des rapports sont transmis à temps et audités au préalable	90%, des rapports sont transmis à temps et audités au préalable
	Irrégularité des mécanismes de partage à tous les niveaux	Le SEP/CNLS organise des réunions semestrielles de partage et de diffusion de l'information et le niveau provincial tous les trois mois.	Le SEP/CNLS organise des réunions semestrielles de partage et de diffusion de l'information et le niveau provincial tous les trois mois.
Planification commune axée sur les résultats alignée au PSN est adoptée par les intervenants au niveau décentralisé.	Multitude de processus de planification par différents intervenants	70% des plans opérationnels sectoriels, provinciaux sont élaborés et gérés selon la planification axée sur les résultats	100% des plans opérationnels sectoriels, provinciaux sont élaborés et gérés selon la planification axée sur les résultats
La gestion de la réponse est évaluée régulièrement	Irrégularité de l'évaluation de la réponse à mi parcours et des évaluations conjointes	évaluation à mi parcours et les évaluations conjointes sont réalisées.	La revue et les évaluations conjointes sont réalisées.
Un système de suivi de la réponse communautaire est mise en place et opérationnel	Insuffisance des mécanismes de suivi de la réponse communautaire	Le système de suivi de la réponse communautaire mise en place, environ 70% adhèrent au système mise en place	Le système de suivi de la réponse communautaire mise en place, environ 90% adhèrent au système mise en place
La surveillance sentinelle redynamisée et étendue	Existence de 8 sites sentinelles partiellement fonctionnels s'occupent seulement des femmes enceintes	20 sites sentinelles fonctionnels et mise en place de 3 sites sentinelles pour les professionnels de sexe et patients tuberculeux.	40 sites sentinelles fonctionnels et mise en place de 6 sites sentinelles pour les professionnels de sexe et patients tuberculeux.
Cartographie des groupes à haut risque et estimation de leur taille disponible et mise à jour	Absence de cartographie des groupes à haut risque et estimation de leur taille	Cartographie des groupes à risque effectué et une cartographie disponible	Cartographie des groupes à risque mise à jour
Les résultats des études et recherches sont disponibles, et utilisé	Insuffisance et non exploitation des études et recherche	80% des résultats des études utilisés pour la prise de décision	90% des résultats des études utilisés pour la prise de décision