



**REPUBLIQUE DU BURUNDI  
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA  
LUTTE CONTRE LE SIDA**



**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE  
CONTRE LE SIDA ET LES INFECTIONS  
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**



**PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES NOUVELLES DIRECTIVES NATIONALES  
D'UTILISATION DES ARV DANS LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT  
DE L'INFECTION A VIH**

**FEVRIER 2017**

## REMERCIEMENTS

Le Ministère de Santé Publique et de la lutte contre le SIDA adresse ses sincères remerciements aux partenaires techniques et financiers et à tous les partenaires de mise en œuvre de la réponse contre le VIH pour leur soutien indéfectible au Programme de lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles.

Nos remerciements s'adressent spécialement à l'USAID/PEPFAR à travers son projet Sud-Africain « EQUIP » qui a énormément contribué à l'élaboration de ce document. Nous citerons parmi tant d'autres l'ONUSIDA, l'OMS ainsi que l'UNICEF.

Nous souhaitons vivement qu'ils puissent continuer leur appui dans la lutte contre le VIH/SIDA et les Infections sexuellement transmissibles.

## PREFACE

Le Gouvernement du Burundi se réjouit de disposer de nouveaux outils qui permettront aux prestataires de services de traiter avec les médicaments antirétroviraux toute personne dont le test VIH se révèle positif, grâce à ces nouveaux protocoles adaptés au contexte du Burundi. En Octobre 2016, le Burundi a adopté les Nouvelles Directives d'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. Ce document s'est inspiré des lignes directrices de l'OMS de 2015 qui donnent des orientations sur le diagnostic de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH), sur les soins des personnes vivant avec le VIH et sur l'utilisation des antirétroviraux (ARV) pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH et ses comorbidités.

En adoptant ces nouveaux protocoles pour la prévention et le traitement de l'infection à VIH et des comorbidités associées au VIH, et en les mettant à la disposition des dispensateurs de soins, le Gouvernement montre une fois de plus par des mesures concrètes, sa volonté de mettre en pratique la vision pour le Burundi, partagée par l'ensemble des acteurs et partenaires, celle d'un pays où le bien-être et la qualité de vie des PVVS soient garantis au sein de la communauté.

A travers ces protocoles, des recommandations supplémentaires ont été introduites notamment l'autotest, la prophylaxie pré-exposition (PrEP), l'initiation au traitement antirétroviral sans considération du taux de CD4 et du stade clinique selon la classification standard de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), l'introduction de l'approche de soins différenciés ainsi que la place de choix réservée au dosage de la charge virale plutôt qu'au dosage des CD4 dans le suivi des personnes vivant avec le VIH(PVVIH) sous ARV. Il importe alors de mettre en place une approche stratégique et opérationnelle pour accompagner la mise en œuvre de ces nouveautés.

C'est dans ce cadre qu'un plan de mise en œuvre de ces protocoles vient d'être élaboré et validé en concertation large avec toutes les institutions, structures et personnes impliquées dans la lutte contre le VIH/sida au Burundi. L'objectif de ce document est de proposer une approche stratégique et opérationnelle pour accompagner la mise en œuvre de nouvelles recommandations cliniques et programmatiques. Bien plus, la mise œuvre de ces protocoles sera une responsabilité partagée, elle nécessitera un accroissement des investissements nationaux et en provenance des partenaires techniques et financiers de la santé.

Grâce à la mise en œuvre de ces nouvelles directives, le Burundi contribuera à atteindre les objectifs 90-90-90 (D'ici 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH connaîtront leur statut VIH, 90% des personnes qui connaissent leur statut VIH recevront leur traitement antirétroviral et 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral auront une charge virale indétectable) ; qui visent à mettre fin à l'épidémie du SIDA en tant que menace pour la santé publique en 2030.

Je saisi cette opportunité pour remercier tous les partenaires qui ont contribué à l'élaboration de ces nouveaux protocoles et en particulier l'Organisation Mondiale de la Santé qui a été la première source d'inspiration pour confectionner ce document de référence en matière de prévention et de traitement des infections à VIH par les antirétroviraux.

Fait à Bujumbura le ...../02/2017

Le Ministre de la Santé publique et de la Lutte contre le Sida

Dr Josiane NIJIMBERE



## ABREVIATIONS

<b>ARV</b>	Antirétroviral
<b>ASC</b>	Agent de santé communautaire
<b>ANSS</b>	Association Nationale de Soutient aux Séropositifs et malades de SIDA
<b>BDS</b>	Bureau du District Sanitaire
<b>BPS</b>	Bureau Provincial de Sante
<b>CDS</b>	Centre de santé
<b>CDV</b>	Conseil et dépistage volontaire
<b>CPN</b>	Consultation prénatale
<b>CPON</b>	Consultation postnatale
<b>CV</b>	Charge Virale
<b>FOSA</b>	Formation sanitaire
<b>IST</b>	Infections sexuellement transmissibles
<b>INSP</b>	Institut National de Sante Publique
<b>MSM</b>	Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
<b>MSPLS</b>	Ministère de Sante Publique et de la lutte contre le SIDA
<b>PCR</b>	Polymerase Chain Reaction (Amplification génétique par réaction de polymérisation en chaîne
<b>PEC</b>	Prise en Charge
<b>PPE</b>	Prophylaxie post-exposition
<b>PF</b>	Planification familiale
<b>PrEP</b>	Prophylaxie pré-exposition
<b>PNLS/IST</b>	Programme National de Lutte contre le Sida et les IST
<b>PO</b>	Plan opérationnel
<b>PS</b>	Professionnels du sexe
<b>PSN</b>	Plan stratégique national
<b>PTF</b>	Partenaire Technique et Financier
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère a l'Enfant
<b>PVVIH</b>	Personnes vivant avec le VIH
<b>RSS</b>	Renforcement du Système de Sante
<b>SIDA</b>	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>SSR</b>	Sante Sexuelle et Reproductive

<b>S&amp; E</b>	Suivi et Evaluation
<b>TDF</b>	Tenofovir disoproxil fumarate
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>UDI</b>	Consommateurs de drogues injectables
<b>ZIP</b>	Zone d'intervention prioritaire

## TABLE DES MATIERES

<b>ABREVIATIONS .....</b>	<b>5</b>
<b>TABLEAUX .....</b>	<b>9</b>
<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>11</b>
<b>II. DEPISTAGE DU VIH.....</b>	<b>13</b>
2.1. Groupes prioritaires pour le dépistage.....	13
2.2. Stratégies de mise en œuvre .....	14
2.2.1. Conseil et dépistage du VIH dans les établissements de santé.....	16
2.2.2. Conseil et dépistage à base communautaire : .....	17
2.2.3. Promotion du dépistage familial (Index trailing).....	18
2.2.4. Autotest du VIH.....	20
2.3. Contrôle de la qualité et des services .....	22
2.3.1. Définition de la qualité des services.....	22
2.3.2. Assurance de la qualité des services .....	22
2.3.3. Les mesures de sécurité .....	23
2.3.4. Élimination des déchets des trousse d'autotest VIH .....	23
<b>III. PREVENTION DU VIH.....</b>	<b>25</b>
3.1. La Prophylaxie Pré-exposition (PrEP).....	25
Prescription de la PrEP.....	26
3.1.1. Prescription de la PrEP .....	26
3.1.2. Préalables .....	26
3.1.3. Algorithme de PrEP .....	27
3.2. La Prophylaxie post-exposition (PPE ou PEP).....	27
<b>IV. TRAITEMENT DE TOUS .....</b>	<b>29</b>
4.1. Liens entre le dépistage du VIH et les soins.....	29
4.1.1. Tester et Traiter .....	31
4.1.2. Organisation de l'offre des soins en fonction des catégories de patients (soins différenciés)..	31
4.2. Promotion des groupes communautaires et soutien psychosocial des PVVIH.....	37
4.2.1. Soutien communautaire pour l'adhérence et la rétention aux soins .....	37
4.2.2. Éligibilité dans un groupe communautaire .....	38
4.2.3. Renforcement de l'éducation thérapeutique des patients avant et au cours du traitement ARV	38
4.2.4. Avantages d'appartenance à un groupe communautaire.....	39
4.2.5. Fonctionnement d'un groupe de parole .....	39
4.3. Renforcement de la médiation en santé pour limiter les perdus de vue .....	39
4.4. Transfert de compétences et délégation des tâches .....	39
4.5. Décentralisation du traitement ARV.....	41
4.6. Intégration des services VIH avec d'autres services de santé.....	43
4.6.1. Intégration VIH/SMNI .....	43
4.6.2. Intégration TB/VIH.....	44
4.6.3. Intégration VIH/PF .....	44

4.6.4.	Intégration VIH/IST .....	45
4.7.	Prestation de services VIH pour les adolescents (jeunes et adolescents) .....	45
4.8.	Amélioration de la qualité des services de soins VIH.....	46
4.8.1.	Renforcement du continuum des soins .....	46
4.8.2.	Rationalisation des prescriptions .....	46
4.8.3.	Rétention sous ARV .....	46
4.8.4.	Soutien nutritionnel .....	46
4.10	Suivi de l'efficacité du traitement.....	47
4.10.1	Mesure de la charge virale .....	47
4.10.2.	Surveillance des résistances aux ARV .....	47
4.10.3.	Surveillance de la toxicité du VIH aux médicaments ARV .....	48
4.10.4	Offres d'interventions VIH par niveau de soins.....	48
<b>V :</b>	<b>GESTION DES APPROVISIONNEMENTS, STOCKS ET LABORATOIRES.....</b>	<b>51</b>
5.1	Laboratoires .....	51
5.1.1	Contexte et justification .....	51
5.1.2.	Analyse de la situation.....	52
5.2.	Gestion des approvisionnements et stocks .....	53
5.3.	Gestion de la pharmacie d'une structure .....	55
5.3.1.	Cycle de gestion des médicaments <sup>1</sup> .....	55
5.3.2.	Gouvernance .....	55
5.3.4	La commande des médicaments .....	58
5.3.5	Le suivi de l'utilisation des médicaments à partir du stock .....	59
5.3.6	Pharmacovigilance au niveau du site de dépistage et/ ou de prise en charge des PVVIH .....	60
<b>VI.</b>	<b>SUIVI, EVALUATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE.....</b>	<b>63</b>
6.1	Renforcement des informations stratégies .....	65
6.2	Enregistrement /collecte des données.....	65
6.3	Production de rapports et fréquence de transmission.....	66
•	Utilisation des données.....	68
<b>VII :</b>	<b>COORDINATION .....</b>	<b>70</b>
7.1	Evaluation des performances des FOSA .....	70
7.1.1	Au niveau du District de santé.....	70
7.1.2	Au niveau provincial .....	70
7.1.3	Au niveau national.....	70
7.2	Suivi évaluation.....	70
7.3	Réunion de coordination .....	70
<b>ANNEXE 1 :</b>	<b>ALGORITHME DE LA PrEP .....</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXE 2 :</b>	<b>FLUX DES DONNEES DANS LE SYSTEME DE SANTE .....</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXE 3:</b>	<b>L'ALGORITHME D'AUTOTEST .....</b>	<b>74</b>
<b>ANNEXE 4 :</b>	<b>ALGORITHME 4 DE PRESCRIPTION MULTI MENSUELLE ET APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS.....</b>	<b>75</b>
<b>ANNEXE 5.</b>	<b>ALGORITHME DE SUIVI CLINIQUE DES PATIENTS VIH.....</b>	<b>76</b>



<b>Annexe 6 : Algorithme de gestion d'échec thérapeutique et de changement de ligne de traitement ARV ....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXE 7 : SOMMAIRE DES ACTIVITES DE S &amp; E A DIFFERENTS NIVEAUX ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES .....</b>	<b>78</b>
<b>ANNEXE 8 : ALGORITHME DE SUSPICION D'EFFET INDESIRABLE D'UN MEDICAMENT DANS UN SITE DE DEPISTAGE ET OU DE PRISE EN CHARGE .....</b>	<b>79</b>
<b>ANNEXE 11. FICHE DE NOTIFICATION DES EFFETS INDESIRABLES DES MEDICAMENTS, VACCINS ET AUTRES PRODUITS DE SANTE .....</b>	<b>84</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>87</b>
<b>NOTES .....</b>	<b>88</b>

## TABLEAUX

<b>TABLEAU 1. CIBLES NATIONALES POUR LE CONSEIL ET LE DEPISTAGE VOLONTAIRE .....</b>	<b>15</b>
<b>TABLEAU 2. STRATEGIES NOVATRICES POUR LE CDV A BASE COMMUNAUTAIRE.....</b>	<b>18</b>
<b>TABLEAU 3 : LISTE DES INTERVENTIONS ET METHODES DE PREVENTION DU VIH/ SIDA.....</b>	<b>25</b>
<b>TABLEAU 4 : CIBLES POUR LA PTME, PCR, ARV, CD4 ET CV .....</b>	<b>32</b>
<b>TABLEAU 5. CATEGORISATION DES PATIENTS SOUS ARV ET MODALITES DE PRISE EN CHARGE.....</b>	<b>35</b>
<b>TABLEAU 6. DELEGATION DES TACHES PAR LES PRESTATAIRES SELON LE NIVEAU DE PRESTATION.....</b>	<b>40</b>
<b>TABLEAU 7. PREVISION DES FORMATIONS SUR LA DELEGATION DES TACHES.....</b>	<b>40</b>
<b>TABLEAU 8. PREVISION ET RYTHME DES SUPERVISIONS DES FOSA .....</b>	<b>41</b>
<b>TABLEAU 9 : PROGRESSION DU NOMBRE DE SITES DE TARV ET DE SITES PTME .....</b>	<b>43</b>
<b>TABLEAU 10. CADRE DE GOUVERNANCE : STRATEGIES POUR SOUTENIR LES PRINCIPES DE BONNE GOUVERNANCE DANS LES SYSTEMES PHARMACEUTIQUES .....</b>	<b>56</b>

## **CHAPITRE I : INTRODUCTION**

## I. INTRODUCTION

Dans son engagement à poursuivre la vision mondiale de mettre fin au VIH à l'orée 2030 et à atteindre des cibles ambitieuses d'ici 2020, défi lancé à travers les objectifs de la stratégie 90, 90, 90, le Burundi a adapté les directives de 2015 de l'OMS sur l'utilisation des antirétroviraux pour la prévention et le traitement du VIH en octobre 2016. Ces nouvelles directives apportent des nouveautés en termes d'approches de dépistage, de prévention et de traitement du VIH. C'est à travers ces dernières que nous assistons à l'introduction de l'autotest, de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), de l'initiation au traitement antirétroviral sans considération du taux de CD4 et du stade clinique selon la classification standard de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ainsi qu'à l'introduction de l'approche de soins différenciés.

*Il importe alors de mettre en place une approche stratégique et opérationnelle pour accompagner la mise en œuvre de ces nouvelles directives par les acteurs et intervenants à tous les niveaux ainsi que par un vivier de partenaires. C'est dans cette optique que ce plan de mise en œuvre fournit des orientations opérationnelles visant non seulement à augmenter le nombre de personnes dépistées, à accroître la couverture des Antirétroviraux (ARV) chez les adultes, les enfants et les adolescents mais également à renforcer l'adhérence et le continuum de soins en vue de maximiser l'efficacité du traitement ARV et par ce biais, d'améliorer la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et réduire la mortalité au sein de ce groupe.*

## **CHAPITRE II : DEPISTAGE DU VIH**

## II. DEPISTAGE DU VIH

Le dépistage est une étape cruciale pour les PVVIH. C'est le seuil que les patients vivant avec le VIH doivent franchir pour avoir accès à la prévention, aux soins, traitements et autres services de soutien. Selon le rapport d'activités du PNLIS/IST 2015, les chiffres liés au dépistage indiquent que seuls 18.5% de la population générale se sont fait dépister. Il faudrait déployer des efforts considérables pour accélérer la riposte contre le VIH en vue d'atteindre le 1er objectif de la cible 90-90-90 de la stratégie de riposte, qui veut que 90% des personnes séropositives connaissent leur statut sérologique d'ici 2020.

Les cibles annuelles pour ce dépistage sont mentionnées dans le Tableau 1 ci-dessous. Ces cibles sont assez ambitieuses, aussi, pour arriver à un dépistage ciblé, des stratégies novatrices et des groupes prioritaires devront être définis.

### *2.1. Groupes prioritaires pour le dépistage*

Dans la riposte contre l'épidémie de VIH/ SIDA, il est important d'identifier les populations marginalisées ou négligées qui sont exposées au plus grand risque de contamination de l'infection à VIH par vertu de leur style de vie ou d'accès limité aux services cliniques et communautaires. Ces groupes sont dits prioritaires. Au Burundi, les professionnel(le)s du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues injectables, les nourrissons et enfants, les membres de familles des PVVIH, les adolescents, les jeunes femmes et les prisonniers sont considérés comme groupes prioritaires et par conséquent, ils demandent une attention particulière dans toute stratégie de riposte contre le VIH/ SIDA.

#### *Groupes prioritaires pour le dépistage :*

- ✓ *Enfant né de mère séropositive ;*
- ✓ *Nourrissons et enfants admis en hospitalisation ou qui fréquentent les services de prise en charge de malnutrition ou qui se font consulter ;*
- ✓ *Les membres de la famille d'une personne séropositive (nourrissons, enfants, adolescents et adultes frères, sœurs ou parents de la personne séropositive identifiée).*

## **2.2. Stratégies de mise en œuvre**

Pour parvenir à la mise en œuvre de ladite stratégie, des actions novatrices devront être menées. Parmi ces dernières figurent la promotion du dépistage. Cette action peut se réaliser dans les conditions ci-après :

### **Stratégies de mise en œuvre**

- *Conseil et dépistage du VIH dans les établissements de santé ;*
- *Conseil et dépistage du VIH à l'échelle communautaire ;*
- *Promotion du dépistage familial ;*
- *Conseil et dépistage du VIH dans auprès de populations spécifiques (à savoir, les couples, les femmes enceintes et femmes allaitantes, les nourrissons et enfants, les adolescents et jeunes ainsi que les populations clés et autres populations à risque) ;*
- *L'autotest.*

**TABLEAU 1. CIBLES NATIONALES POUR LE CONSEIL ET LE DEPISTAGE VOLONTAIRE**

ANNEE	VALEUR DE BASE 2016						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
POPULATION TOTALE	10,114,505	10,400,938	10,692,164	10,991,545	11,299,308	11,615,689	11,940,928
TAUX DE COUVERTURE POP GENERALE	20%	22%	24%	26%	28%	30%	32%
CIBLES NATIONALES POP GENERALE	2,022,901	2,288,206	2,566,119	2,857,802	3,163,806	3,484,707	3,821,097
CIBLES ADULTE A DEPISTER (Y COMPRIS FEMMES ENCEINTEES, HSH ET PS)	1,881,298	2,128,032	2,386,491	2,657,756	2,942,340	3,240,777	3,553,620
CIBLES ENFANTS A DEPISTER	141,603	160,174	179,628	200,046	221,466	243,929	267,477
CIBLES ADULTES A DEPISTER (EXCLUS LES HSH, PS ET FEMMES ENCEINTEES)	694,189	1,629,443	1,846,599	2,096,212	2,357,973	2,633,323	2,922,792
FEMMES ENCEINTEES	505,725	520,047	534,608	549,577	564,965	580,784	597,046
POURCENTAGE DE FEMMES ENCEINTEES A DEPISTER	68%	90%	95%	96%	97%	98%	99%
FEMMES ENCEINTEES A DEPISTER	170,961	468,042	507,878	527,594	548,016	569,169	591,076
EFFECTIF DES PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE (PLACE 2013)	51,482	51,482	51,482	51,482	51,482	51,482	51,482
PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE (PS)	24,874	25,874	26,874	27,874	28,874	29,874	30,874
POURCENTAGE DE PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE (PS) DEPISTES	48%	53%	60%	70%	80%	90%	95%
EFFECTIF D'HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES (HSH) PLACE 2013	9,346	9,346	9,346	9,346	9,346	9,346	9,346
HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES (HSH)	4,014	4,673	5,140	6,075	7,477	8,411	8,879
POURCENTAGE DES HSH DEPISTES	43%	50%	55%	65%	80%	90%	95%

### 2.2.1. Conseil et dépistage du VIH dans les établissements de santé

Le conseil et le dépistage du VIH dans les établissements de santé est un modèle de dépistage proposé au Burundi depuis 2011. Il a permis aux prestataires de capter les PVVIH parmi les patients qui consultaient les structures de soins pour différents problèmes de santé. Dans les nouvelles directives nationales, ce modèle de dépistage sera toujours mis au profit des bénéficiaires. Pour optimiser son apport, des stratégies novatrices axées sur l'approche de dépistage ciblé ont été élaborées comme suit :

- *Intégration de services de dépistage du VIH avec d'autres services de santé :*

Cette approche a pour but d'accroître le nombre de dépistage du VIH en rendant les services de dépistage du VIH plus accessibles aux personnes qui viennent se faire traiter dans des établissements de santé.

- *Renforcement des capacités des prestataires :*

Cette approche vise à améliorer la qualité du dépistage en milieu de soins. Il faudra d'une part, consolider les capacités des prestataires à travers l'actualisation, la multiplication et la diffusion de modules de formation pour le dépistage à l'initiative des prestataires et les districts sanitaires devront d'autre part, assurer l'encadrement des prestataires à travers les supervisions formatives trimestrielles (les prestataires seront formés aux sessions de FOSA).

- *Délégation des tâches :*

Pour faire face à l'insuffisance du personnel de santé qualifié, les capacités des personnes non-médicales formées sur le tas seront renforcées. Elles seront appelées à contribuer à l'offre de services de dépistage. Pour s'assurer de la qualité de la pratique, un encadrement de proximité sera régulièrement assuré par les prestataires qualifiés.

- *IEC/CCC/CVC :*

Plusieurs approches visant le changement de comportement (IEC, CCC) sont mises à contribution dans la prévention du VIH. Ces approches se focalisent principalement sur la transmission de l'information (connaissances) alors qu'il est déjà démontré qu'un niveau élevé de connaissances n'influe pas assez pour changer le comportement. L'approche de compétences de la vie courante (CVC) permettra, en plus des connaissances fournies, de prendre en compte des attitudes et des croyances sur base desquelles, les compétences de base seront développées pour parvenir au changement positif souhaité en matière de VIH.

**SERVICES A INTEGRER AU CDV**

- TB
- CPN
- CPON, PF, SP
- Nourrissons et enfants hospitalisés, malnutris (PCR à 0, 6, 9 mois)
- Populations clés (FPS, MSM, UDI, TS...)
- Femmes enceintes et allaitantes
- Adolescents et enfants avec signes d'une IO (IST, TB...)



Chaque mois, les chefs de CDS devront s'assurer qu'au moins un thème portant sur le dépistage sera dispensé. Les supports IEC/CCC seront produits et mis à la disposition des FOSA.

- *Focus sur les jeunes et adolescents :*

Les FOSA seront amenées à appliquer des stratégies pour impliquer davantage les jeunes aux services de prévention en général et de dépistage du VIH en particulier.

- *Promotion des CDS amis des jeunes :*

Actuellement, le Burundi compte 35 CDS amis des jeunes. En vue de capitaliser sur les acquis de ces CDS, des espaces et horaires conviviaux seront aménagés et équipés. Chaque district aura au moins un CDS aménagé avec pour objectif de favoriser le dépistage chez les adolescents et des jeunes.

### **2.2.2. Conseil et dépistage à base communautaire :**

Le conseil et le dépistage du VIH à base communautaire est une approche de dépistage qui s'applique au Burundi depuis l'adoption des directives nationales de 2013 pour la prévention et le traitement du VIH. Cette approche utilise une stratégie avancée pour susciter une demande au sein de la communauté. Dans le cadre des directives nationales 2016, cette stratégie sera toujours mise à contribution pour atteindre au plus vite la première cible de la stratégie de riposte contre le VIH (90% des PVVIH connaissent leur statut sérologique). Ainsi, pour améliorer le conseil et le dépistage du VIH à base communautaire, les stratégies novatrices suivantes ciblant les Zones d'intervention prioritaires (ZIP) sont envisagées comme repris ci-après.

**TABLEAU 2. STRATEGIES NOVATRICES POUR LE CDV A BASE COMMUNAUTAIRE**

STRATEGIES	ELEMENTS CLES DE LA STRATEGIE	RESPONSABILITE
<b>Actualisation de la cartographie des zones chaudes.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Référence aux zones chaudes de l'étude PLACE,</li> <li>○ Définition des critères/objectifs permettant de qualifier une zone de « zone chaude ».</li> <li>○ Diffusion des critères dans tous les districts qui, à leur tour vont actualiser la carte des zones chaudes.</li> <li>○ Dépistage de la population de ces points par les CDS sous la coordination des districts.</li> </ul>	PNLS/IST
<b>Renforcement des capacités des ASC en matière de sensibilisation sur le VIH/SIDA et le dépistage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sensibilisation et mobilisation de la population autour du dépistage par les ASC</li> <li>○ Harmonisation des messages, standardisation et distribution des outils à utiliser dans la campagne</li> <li>○ Formation des ASC sur la mise œuvre de la présente approche par les CDS.</li> </ul>	BDS, Croix Rouge
<b>Animation des séances d'IEC/CCC sur le VIH au niveau de la communauté .</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ces séances seront animées par les ASC sous l'encadrement des TPS pour susciter la demande des services de dépistage.</li> <li>○ Un thème sur le dépistage du VIH sera intégré à chaque descente.</li> </ul>	BDS, Croix Rouge
<b>Organisation du dépistage dans la communauté.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suite à la sensibilisation faite par les ASC, le personnel soignant des CDS sous la coordination du District fera le dépistage.</li> <li>○ Chaque district va organiser ses FOSA de sorte que chaque point chaud bénéficie d'un dépistage en stratégie avancée au moins une fois par trimestre.</li> </ul>	BDS, Croix Rouge
<b>Elaboration des supports IEC (dépliants, affiches et équipements en matériel audio-visuel).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Distribution des IEC/ CCC pour contribuer à la mobilisation de la population en général et des groupes cibles comme les jeunes et adolescents, les femmes enceintes, allaitantes et leurs partenaires, les TS, MSM,</li> </ul>	PNLS/IST, Croix Rouge
<b>Renforcement des capacités des administratifs locaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mobilisation de la communauté pour la mise en pratique des mesures de prévention du VIH/SIDA</li> <li>○ Faciliter la tenue des séances d'IEC/CCC, groupe de parole, ...</li> </ul>	BDS, Croix Rouge

**2.2.3. Promotion du dépistage familial (Index trailing)**

L'accent mis sur l'approche de la promotion du dépistage familial est parmi les nouveautés des directives nationales de 2016 sur l'utilisation des ARV pour la prévention et le traitement du VIH et du présent plan. Elle consiste à dépister tous les membres de la cellule familiale d'un/e PVVIH.

Les stratégies suivantes seront appliquées pour parvenir à sa promotion :

**Organisation de visites de dépistage à domicile :**

*Les FOSA seront appelées à s'impliquer dans les visites à domicile afin de procéder au dépistage volontaire de tous les membres de la cellule familiale d'une personne dépistée séropositive.*

**Renforcement du counseling sur la prévention positive des PVVIH :**

*En vue d'appuyer les mesures de prévention chez les PVVIH, les prestataires de soins devront sensibiliser les PVVIH sur l'importance du dépistage des membres de leur famille restreinte et élargie ; de la prévention chez les personnes séronégatives et du traitement chez les personnes dépistées séropositives.*

**Implication des associations de PVVIH :**

Dans la pratique courante, les PVVIH sont encouragés à adhérer à des associations. Cette stratégie implique la collaboration des FOSA avec les associations de PVVIH qui dépendent d'elle afin de pouvoir identifier les personnes qui, pour des raisons diverses, ne veulent pas se montrer. Une fois identifiée, la FOSA va, avec le consentement de cette personne, dépister les membres de sa famille.

## 2.2.4. Autotest du VIH

- *Contexte*

Pour étendre davantage la couverture du dépistage, toucher les populations les moins accessibles aux méthodes précédentes de dépistage et accroître le niveau de personnes dépistées, outre les différentes approches de dépistage mentionnées ci-dessus, il est recommandé d'introduire l'autotest VIH. Cette offre de dépistage a déjà fait ses preuves auprès de groupes de populations qui ne fréquentent pas souvent les services de santé ou qui, pour des raisons de stigmatisation ou autres, ne veulent pas se faire tester au niveau de ces structures. Dans ces groupes, l'autotest doit s'accompagner d'une sensibilisation sur le VIH, d'un apport d'information sur les services offerts et sur la nécessité de recourir aux services de santé pour bénéficier d'une prise en charge en cas de séropositivité. Actuellement, l'existence de tests validés avec une bonne sensibilité et spécificité encourage à développer ce type d'approche qui vient compléter la palette d'offres de dépistage existante.

Une phase de démonstration est prévue, au cours de laquelle des idées, des connaissances et des recommandations seront apportées pour décider de la mise à l'échelle de l'approche.

- *Aperçu des activités proposées pour la phase de démonstration du dépistage du VIH*

Les activités suivantes donnent un aperçu du processus de planification, de mise en œuvre et de suivi de cette phase de démonstration de l'autotest :

- Identification de la population cible et de la zone pilote :

L'accent sera mis sur les populations clés, plus particulièrement sur les professionnels du sexe et les HSH. Etant donné la nécessité d'avoir les populations clés, la phase de démonstration se fera dans les provinces, notamment de : Bujumbura Mairie, Bujumbura, Ngozi, Kanyanza et Kirundo

- Algorithme d'Autotest (voir annexe 3)

- Modèle d'Approche d'Autotest :

L'autotest est une offre de dépistage rapide du VIH réalisé directement par la personne, qui ne nécessite aucune intervention d'un tiers pour interpréter les résultats. Cependant, compte-tenu du fait que cette offre de dépistage soit relativement nouvelle et en raison du contexte burundais, dans ce cadre précis, l'autotest sera supervisé. Ceci implique la présence physique d'un pair éducateur auprès de l'individu qui s'autoteste du VIH. Le superviseur donne quelques préalables à l'individu en pré test et laisse l'individu faire son autotest puis interviendra en post test pour l'interprétation du résultat. Une référence vers les FOSA sera réservée à ceux dont le résultat de l'autotest se révélerait positif.

- Pairs éducateurs

Un pair éducateur (PE) est une personne formée pour aider les membres de sa communauté à adopter un comportement sain et responsable en matière de santé. Il appartient à la même génération, a les mêmes préoccupations et les mêmes standards. L'importance des pairs éducateurs dans la démonstration de l'Autotest a été reconnue et par conséquent, ces derniers en font partie intégrante.

Les rôles des pairs éducateurs :

- Etablir un lien entre la population clé et la FOSA.
- Aider à identifier les clients de la population clé et leur assurer un suivi.
- Fournir aux populations clés des informations sur le VIH et l'Autotest. Leur apporter un soutien et une supervision en pré et post test et les aider à interpréter les résultats
- Encourager les populations clés séronégatives à rester négatives.
- Identifier parmi les populations clés, les personnes qui affichent des comportements à haut risque et les référer à la FOSA pour la PrEP.
- Collecter les données et informations des patients
- Faire une élaboration de rapports

Quatre éléments essentiels :

- Le PE fournit le matériel d'autotest au bénéficiaire après information sur le VIH et consentement
- Le bénéficiaire fait l'autotest pas nécessairement en présence physique du PE
- Le bénéficiaire révèle ses résultats au PE pour que ce dernier l'aide à les interpréter
- En cas de résultat positif, le PE oriente le bénéficiaire vers des structures de soins pour que ce dernier bénéficie de la prise en charge

NB : Les personnes dépistées VIH positives devront être orientées systématiquement vers des structures de prise en charge pour bénéficier des soins préventifs pour les IO et d'une préparation de mise sous traitement ARV le plus tôt possible

- Fournir un soutien au niveau communautaire et au niveau de la FOSA :

Le soutien et le renforcement des capacités seront offerts au niveau de la collectivité et des FOSA. Une formation initiale sera dispensée aux pairs éducateurs et aux prestataires de soins et comprendra les thèmes suivants :

- ✓ Informations de base sur le VIH
- ✓ Informations sur l'utilisation de l'Autotest VIH et l'interprétation des résultats.

Une formation à un intervalle de six mois sera également dispensée avec l'objectif de se recycler et d'identifier les défis possibles et les bonnes pratiques.

## 2.3. Contrôle de la qualité et des services

### 2.3.1. Définition de la qualité des services

La qualité des services revêt un caractère multidimensionnel, varie selon les individus et évolue dans le temps. Il existe plusieurs dimensions ou éléments liés à la qualité, notamment :

- l'accessibilité aux services de soins.
- la sécurité des patients tout au long du circuit de l'offre de services y compris l'innocuité dans les mots/paroles, les actes et les méthodes.
- la compétence et la performance des prestataires de l'offre de soins
- l'efficacité et l'efficience des prestations
- le niveau de relation interpersonnelle entre soignants et entre soignants et patients.
- la continuité et l'acceptabilité des services de soins.

#### *Définition de la qualité des services*

- ✓ *En d'autres termes, la qualité des services c'est l'exécution correcte (conformes aux normes) d'interventions que l'on sait sûres et abordables pour la société et capables d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, l'invalidité selon les besoins du client.*
- ✓ *L'appréciation de la qualité des services dépend donc du respect des normes et protocoles en vigueur au niveau national.*

Le PNLS/IST veillera donc à rendre disponible les documents normatifs (Directives nationales, affiches des protocoles de traitement ARV, algorithme de dépistage du VIH, ordigramme de prise en charge des infections opportunistes) au niveau de toutes les formations sanitaires qui offrent des services relatifs au VIH.

### 2.3.2. Assurance de la qualité des services

L'assurance de la qualité (AQ) au service de dépistage du VIH se définit comme un ensemble d'activités planifiées et systématiques offrant la garantie suffisante que les normes de qualité seront satisfaites.

#### *Assurance de la qualité des services*

- ✓ *En général, ce sont les activités qui reviennent périodiquement ou continuellement les conditions dans lesquelles les soins sont eux-mêmes fournis en suivant les effets de ces soins.*
- ✓ *L'Assurance de la qualité permet de repérer les déficiences, de trouver et de corriger leurs causes et fort de ce constat, d'améliorer la santé et le bien-être. Dans cette optique, l'assurance de qualité est un processus cyclique.*

### **2.3.3. Les mesures de sécurité**

Chaque laboratoire ou centre de dépistage doit appliquer des mesures de sécurité standard universelles destinées à éviter la transmission du VIH, de l'Hépatite B (HBV) et d'autres agents pathogènes diffusés par voie sanguine. L'application de ces normes de précautions universelles implique que pour tous les patients, le sang et certains liquides organiques sont considérés comme potentiellement infectieux pour le VIH, HBV et d'autres agents pathogènes diffusés par voie sanguine. Pour ce faire, les normes de précautions universelles doivent être appliquées à tous niveaux de services de soins et les prestataires doivent être à sensibilisés par rapport au respect de ces mesures.

### **2.3.4. Élimination des déchets des trousses d'autotest VIH**

La gestion des déchets est une considération cruciale et des instructions claires seront fournies par rapport à l'élimination de la trousse utilisée pour l'autotest du VIH. Ceci est particulièrement important si le kit de test est utilisé au niveau de la communauté. Pour disposer du kit d'autotest, le contenu du test et de la boîte doit être placé dans le sac fourni aux fins d'élimination. Le sac peut ensuite être scellé et jeté avec les ordures ménagères. Des informations et des instructions claires sur l'élimination des kits de test sont incluses dans tous les prospectus de la trousse de test.

Dans les approches d'autotest de dépistage, le fournisseur formé apporterait également un petit conteneur de bio-risque. Un superviseur formé serait en mesure de comprendre également les informations sur l'élimination appropriée du kit d'autotest dans les séances de contact d'information et de support afin d'assurer l'élimination correcte des kits de test utilisés.

## **CHAPITRE III : PREVENTION DU VIH**



### III. PREVENTION DU VIH

La prévention combinée est la combinaison des méthodes biomédicales, comportementales et structurelles dans le but de réduire les nouvelles infections à VIH. Les interventions varient en fonction des méthodes à choisir comme l'indique le tableau ci-dessous.

**TABLEAU 3 : LISTE DES INTERVENTIONS ET METHODES DE PREVENTION DU VIH/ SIDA<sup>1</sup>**

<b>BIOMEDICALES</b> (portent sur les outils de prévention)	<b>COMPORTEMENTALES</b> (visent à changer les comportements individuels et collectifs à risque de transmission du virus au profit de l'adoption de comportements plus sûrs)	<b>STRUCTURELLES</b> (visent à agir de façon plus holistique sur les facteurs sociaux, économiques, juridiques, culturels et éducatifs)
<b>Préservatifs masculins et féminins</b>	Conseil pour la réduction des risques	Changement social/mobilisation de la communauté
<b>Lubrifiants</b>	Communication pour le changement social de comportement	Réduction de la stigmatisation et discrimination (communautaire/prestataires)
<b>TAR pour la prévention</b>	Rétention en traitement et en soins	Equité des genres
<b>Dépistage et traitement des IST</b>	Informations du partenaire	Plaidoyer (réformes et politiques)
<b>Dépistage du VIH</b>		Formation
<b>Circoncision masculine médicalisée</b>		Plaidoyer pour l'application des lois

Le prestataire devra selon la disponibilité des ressources toujours combiner plusieurs méthodes en même temps. Au niveau de chaque aire de responsabilité de chaque FOSA, l'équipe multidisciplinaire de santé doit veiller sur la mise en œuvre effective de la prévention combinée au niveau de toutes les aires de santé. Elle ajoute une option de prévention supplémentaire du VIH à l'utilisation d'autres outils de prévention (préservatifs et de lubrifiant, au conseil comportemental, à la prophylaxie post-exposition, etc.).

#### 3.1. La Prophylaxie Pré-exposition (PrEP)

La Prophylaxie Pré-exposition (PrEP) est l'utilisation des traitements antirétroviraux (TDF/3TC) dans le but d'empêcher la contamination du VIH auprès des personnes séronégatives à haut risque de contracter le VIH. Il s'agit notamment des couples sérodiscordants et des populations clés. La PrEP doit être fournie à des personnes ayant un

<sup>1</sup> OMS, Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH, 2016-2021.

risque substantiel d'infection à VIH et celles qui ont des risques continus d'exposition au VIH.

Pour la personne séronégative au sein d'un couple sérodiscordant, l'approche sera mise en œuvre au niveau national. Cependant, il faut noter que, comme il s'agit d'une nouvelle approche, le pays devra recourir à l'appui technique des partenaires dotés de l'expérience en matière de quantification, réquisition, stockage et distribution des molécules.



Les structures vont produire mensuellement un rapport d'activités et documenter les défis et les bonnes pratiques. De même, une réunion trimestrielle de suivi sera organisée au niveau provincial. Le PNLS va assurer la coordination des structures mettant en œuvre cette approche et un état d'avancement sera présenté lors des réunions semestrielles de suivi et coordination des interventions VIH. Une évaluation sera faite à la fin de 2017 avant de s'étendre à d'autres zones en 2018.

### 3.1.1. Prescription de la PrEP

La prescription de la PrEP consiste en une prise quotidienne et unique du TDF/3TC de façon continue jusqu'à la cessation du risque majeur d'exposition. Chez les couples discordants, le partenaire séronégatif doit bénéficier d'une prophylaxie pré-exposition pour une période d'au moins 6 mois durant laquelle le partenaire séropositif pour le VIH devra être mis sous traitement antirétroviral et aura une charge virale indétectable<sup>2</sup>.

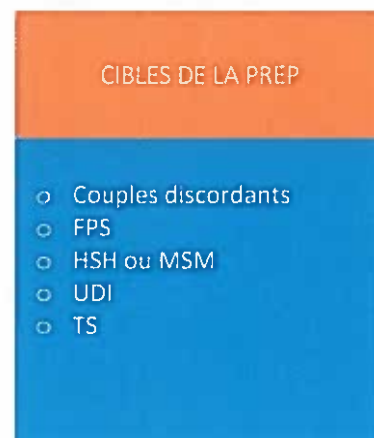
La protection de la PrEP ne devient effective qu'après 5 à 7 jours de prise continue chez l'homme et environ 3 semaines chez la femme.

Lorsque la PrEP est arrêtée, la protection pourrait encore persister durant 7 jours, mais elle peut alors retomber de façon radicale.<sup>3</sup>

### 3.1.2. Préalables

La PrEP peut seulement être commencée dès qu'une personne obtient

un résultat négatif au test de VIH. Par ailleurs, le bénéficiaire de la PrEP devra être prêt à avoir un suivi continu avec des tests de dépistage du VIH tous les 3 mois. La PrEP continue d'être



<sup>2</sup>Bekker, L.B., Rebe, k., Venter, F., Maartens, G., Moorhouse, M., Conradie, F., Wallis, C., Black, V., Harley, B., Eakles, R.. (2016). Southern African guidelines on the safe use of pre-exposure prophylaxis in persons at risk of acquiring HIV-1 infection Southern African Journal of HIV Medicine

<sup>3</sup>Bekker, L.B., Rebe, k., Venter, F., Maartens, G., Moorhouse, M., Conradie, F., Wallis, C., Black, V., Harley, B., Eakles, R.. (2016). Southern African guidelines on the safe use of pre-exposure prophylaxis in persons at risk of acquiring HIV-1 infection Southern African Journal of HIV Medicine, p.5.

administrée aussi longtemps que l'exposition existe. Les modalités de prescription sont comme suit :

- Confirmation du statut séronégatif
- Le client ou la cliente devant commencer une PrEP devra bénéficier d'un diagnostic du VIH selon l'algorithme de dépistage en vigueur au Burundi.
- Il ou elle fera également l'objet d'un examen clinique minutieux pour rechercher les symptômes évocateurs d'une infection à VIH dans le but d'exclure celle-ci lorsque le patient est encore séronégatif.

L'évaluation clinique est centrale dans le processus d'administration de la PrEP. Il s'agit d'une étape capitale pour minimiser la survenue de résistance aux molécules utilisées dans le cadre de la PrEP :

- nécessité de combiner la PrEP avec d'autres interventions de prévention tels que l'utilisation continue et constante de préservatifs ainsi que le traitement des IST qui augmente de façon significative l'efficacité de la PrEP.
- évaluation des contre-indications et des effets secondaires de la PrEP
- avant l'initiation de la PrEP, le client ou la cliente devra être examiné pour rechercher les contre-indications telles que des pathologies rénales préexistantes ;
- préparation et soutien à l'adhérence. L'efficacité de la PrEP est fortement associée à l'adhérence quotidienne au traitement. La PrEP doit être fournie dans des conditions favorables à un bon niveau d'adhérence au traitement, de même l'évaluation et le soutien de l'adhérence à la PrEP doivent se faire à chaque contact avec le client ;
- lien vers les services de prise en charge du VIH en cas de résultat positif -VIH
- en raison du faible niveau de développement de résistances aux molécules utilisées dans la PrEP, les clients VIH+ qui ont précédemment bénéficié d'une PrEP devront être mis sous ARV selon les schémas de première ligne en vigueur après l'arrêt de la PrEP ;
- les clients qui décident d'arrêter la PrEP (disparition des facteurs majeurs d'exposition au VIH) ou qui doivent l'arrêter en raison de la survenue d'effets secondaires devront continuer à bénéficier de services de prévention du VIH et autres IST.

### **3.1.3. Algorithme de PrEP**

Voir annexe 1

### **3.2. La Prophylaxie post-exposition (PPE ou PEP)**

Pour ce qui concerne la PEP, se référer aux directives nationales et algorithmes de 2013 ou 2016.

## **CHAPITRE IV : TRAITEMENT DE TOUS**

## IV. TRAITEMENT DE TOUS

### 4.1. Liens entre le dépistage du VIH et les soins

Le retard aux soins peut également mener à l'initiation du TAR (traitement antirétroviral) à un stade avancé de la maladie, ce qui compromet les résultats optimaux de traitement. Aussi, faut-il noter l'inaccessibilité géographique des sites de traitement du fait de la non intégration du traitement ARV dans tous les centres de santé.

A côté des occasions manquées qui font qu'une grande partie des enfants exposés ne soit pas diagnostiquée au VIH en temps opportun, les faiblesses dans le continuum des soins font qu'une partie non négligeable des enfants diagnostiqués VIH + n'est pas enrôlée dans les structures de prise en charge ou le sont très tardivement. Cela se produit également chez les adultes où il arrive que des personnes dépistées VIH+ soient perdues de vue avant même d'être enrôlées au traitement ARV. En vue de faire face à cette situation, diverses interventions sont proposées comme suit :

- Standardiser, multiplier et diffuser une carte/fiche de liaison entre les services de dépistage et PEC (document de référence et de contre référence) : le patient sera enregistré sous le même code qu'il a eu lors du service de dépistage du VIH. Elle sera donnée à toute personne dépistée séropositive dans le CDV et précisera le site de PEC le plus proche ou préféré par le patient. Dans un souci de minimiser les perdus de vue, il est conseillé que le patient dépisté VIH+ soit suivi sur le même site. S'il arrive que le patient souhaite être référé pour une prise en charge sur un autre site, un document de référence doit être fait. Pour les références internes, il est conseillé que les patients soient accompagnés du CDV vers le service de prise en charge par un médiateur de santé, aide-soignant ou autres.
- Procéder à l'ouverture du dossier et à une évaluation clinique de toute personne dépistée VIH+ le même jour et prescrire les soins appropriés (Cotrimoxazole pour la prophylaxie des IO, ARV si la préparation à l'adhérence est terminée) en fonction des capacités de la FOSA.
- Faire un calendrier de suivi en commun accord avec le patient, pour minimiser les risques de découragement et d'abandon, en conformité avec les directives nationales.

### PRINCIPAUX DEFIS DES LIENS ENTRE LE DEPISTAGE ET LES SOINS

- Retard important pour relier les personnes aux services de soins après le diagnostic du VIH
- Pertes potentielles de patients entre le dépistage et l'initiation au TAR
- Dysfonctionnement du système de référence /contre référence entre les services de dépistage et les services de prise en charge ou entre les structures de prise en charge des sites différents.
- Problème de counseling pré et post test
- Problème d'intégration et de décentralisation du TARV ou certains sites avec CDV ne sont pas des sites avec ARV

### PRINCIPALES INTERVENTIONS DES LIENS ENTRE LE DEPISTAGE ET LES SOINS

- Pour améliorer l'accessibilité au traitement ARV, les ECD seront appelés à faire le suivi de la mise en œuvre de cette recommandation et les prestataires de ces sites devront assurer la prise en charge d'un membre de la famille (partenaire et/ou de l'enfant) d'une femme sous PTME et des autres personnes dépistées VIH positives dans les mêmes sites ou dans d'autres sites après transfert.
- Les prestataires devront exploiter les informations relatives au VIH, contenues dans le carnet de santé mère enfant et référer l'enfant au service de PEC/PTME pour une prise en charge appropriée. L'implication du réseau des personnes vivant avec le VIH, des pairs éducateurs, mères mentors, hommes champions, agents de santé communautaires ainsi que des ASC sera renforcée pour pallier aux abandons, ainsi que pour rechercher et récupérer les personnes perdues de vue.

Standardiser, multiplier et diffuser le document de référence et de contre référence pour la liaison entre les services de dépistage et PEC ; accompagner les patients pour l'orientation et la référence interne

- Ouverture du dossier, évaluation clinique de toute personne dépistée VIH+ le même jour, prescrire les soins appropriés (Cotrimoxazole et INH pour la prophylaxie des IO, ARV si la préparation à l'adhérence est terminée).
- Faire un calendrier de suivi en commun accord avec le patient pour minimiser les risques de découragement et d'abandon, en conformité avec les directives nationales

## **Traiter tout le monde et apporter des soins différenciés**

### **4.1.1. Tester et Traiter**

La mise en œuvre de l'approche « Tester Tout Le Monde » qui vise à enrôler tous les patients testés VIH+ au traitement antirétroviral a déjà présenté ses avantages en termes de prévention de la transmission du VIH et de baisse de la morbidité et mortalité liée au VIH. Comme l'application du traitement pour toutes les PVVIH (Treat all) a été adoptée au mois d'octobre 2016, sa mise en œuvre est recommandée sur tout le territoire national une fois que les prestataires ont reçu une formation sur les nouvelles directives et dès que les molécules sont mises à disposition.

Chaque structure est conseillée d'identifier rapidement les patients en attente de TARV (non encore éligible selon les anciens protocoles) et de les enrôler au TARV jusqu'à la fin du mois de mars 2017.

Quant aux patients nouvellement testés VIH+, ils devraient également être mis sous traitement antirétroviral après avoir été conseillés et après avoir manifesté leur compréhension du traitement.

#### *Tester et traiter*

*Notons qu'avec le lancement de l'approche 'Traiter Tout Le Monde', il y aura une nette augmentation du nombre de malades au niveau des structures sanitaires qui ont déjà une capacité médicale réduite. En vue de décongestionner ces structures, le pays va devoir mettre en place d'autres mécanismes d'offre de soins ainsi que de dispensation des ARV dans les structures communautaires, en plus du réseau des FOSA.*

### **4.1.2. Organisation de l'offre des soins en fonction des catégories de patients (soins différenciés)**

Le traitement ARV devra être offert à tous patients dépistés VIH+ quel que soit le stade clinique ou le taux de CD4. Toutefois, les patients devront être préparés pour avoir une bonne compréhension de l'adhérence à vie. Les interventions de soins (traitement ARV et autres services de soins) devraient être différenciées en fonction des catégories de patients, nouveaux patients, patients stables et patients non stables ; l'offre de soins apportée devra également être différente.

**TABEAU 4 : CIBLES POUR LA PTME, PCR, ARV, CD4 ET CV**

INDICATEUR	VALEUR DE BASE		2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Période	2016						
NOMBRE D'ADULTES (15 ANS ET PLUS) BENEFICIAINT ACTUELLEMENT D'UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL	Sept	45,024	55,678	57,715	61,110	64,505	65,184	66,542
TAUX DE COUVERTURE	Sept	66%	82%	85%	90%	95%	96%	98%
NOMBRE D'ADULTES (15 ANS ET PLUS) PVVH SUIVIS (ARV + COTRI SEULEMENT)	Sept	52,990	55,678	57,715	61,110	64,505	65,184	66,542
NOMBRE D'ENFANTS (0-14 ANS) BENEFICIAINT ACTUELLEMENT D'UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL	Sept	2,954	4,550	5,460	6,370	7,280	7,735	8,190
TAUX DE COUVERTURE	Sept	32%	50%	60%	70%	80%	85%	90%
NOMBRE D'ENFANTS (0-14 ANS) PVVH SUIVIS (ARV + COTRI SEULEMENT)	Sept	4,275	4550	5460	6370	7280	7735	8190
NOMBRE TOTAL DE PVVH SOUS ARV	Sept	47,978	60,228	63,175	67,480	71,785	72,919	74,732
NOMBRE D'ADULTES ET D'ENFANTS QUI SONT SOUS TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL ET QUI ONT BENEFICIE DU DOSAGE DE LA CHARGE VIRALE	Juin	4050	36137	44223	53984	64607	69273	73237
TAUX DE COUVERTURE EN TEST DE LA CHARGE VIRALE		8%	60%	70%	80%	90%	95%	98%
NOMBRE D'ADULTES ET D'ENFANTS ENROLES DANS LA FILE ACTIVE ET AYANT BENEFICIE D'UN COMPTAGE DE CD4 DURANT LA PERIODE D'ELABORATION DE RAPPORT	Juin	18,308	42,160	47,381	53,984	64,607	69,273	73,237
POURCENTAGE D'ADULTES ET D'ENFANTS ENROLES DANS LA FILE ACTIVE ET AYANT BENEFICIE D'UN COMPTAGE DE CD4 DURANT LA PERIODE D'ELABORATION DE RAPPORT	Juin	32%	70%	75%	80%	90%	95%	98%
FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES	Juin	6,069	6,241	5,881	5,771	5,650	5,517	5,373
NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES MISES SOUS TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL POUR REDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION DE LA MERE A L'ENFANT	Juin	2,559	5,617	5,587	5,540	5,481	5,407	5,319
TAUX DE COUVERTURE		84%	90%	95%	96%	97%	98%	99%
NOMBRE DE NOURRISSONS, NES DE FEMMES SEROPOSITIVES, AYANT BENEFICIE D'UN DEPISTAGE DU VIH DANS LES 2 MOIS QUI ONT SUIVI LEUR NAISSANCE	Juin	284	5,617	5,411	5,482	5,424	5,351	5,266



## A. **Catégories des patients :**

### ❖ **Nouveaux patients VIH +**

Ils sont catégorisés en 2 groupes : patients en bonne santé et patients à un stade avancé de la maladie :

✓ **Patients en bonne santé :** ce sont des patients asymptomatiques ou au stade I / II de l'OMS. Il est recommandé de donner un conseil d'adhérence et de prescrire le traitement ARV le plus tôt possible. Les visites de suivi clinique et approvisionnement en ARV sont recommandées au M1-M2-M3-M4-M5-M6 puis tous les 2 mois jusqu'à M12, si le patient est bien observant

✓ **Patients à un stade avancé :** Patients symptomatiques (avec IO) ou au stade III / IV de l'OMS. Il est recommandé de :

- Faire un screening systématique, une prévention /un traitement des IO (Tuberculose, cryptococcose, ...)
- Suivre un counseling et une initiation au traitement ARV le plus rapidement possible
- Faire un suivi intensif et régulier

Les visites de suivi clinique et approvisionnement en ARV sont recommandées au J15-M1-M2-M3-M4-M5-M6 puis tous les 2 mois jusqu'au M12, si le patient est bien observant : *patients sous ARV*. Ces patients sont catégorisés en 2 groupes : patients stables et patients non stables

**NB :** Les enfants en croissance et les adolescents, même s'ils remplissent les critères de patients stables, doivent être surveillés plus fréquemment pour le dosage du traitement/changements de poids et pour le soutien d'adhérence. C'est pour cela qu'ils sont considérés dans le groupe non stable et leur suivi clinique et approvisionnement est recommandé

Pour les patients stables : la prescription multi-mensuelle du traitement antirétroviral a été adoptée. Elle vise à diminuer les visites à la clinique et présente divers avantages, entre autres, l'augmentation de l'adhérence au traitement, la réduction du coût du traitement par patient et la charge de travail des formations sanitaires.

Il est recommandé de réduire les visites à la FOSA pour les patients de ce groupe. C'est ainsi que les visites de suivi clinique (évaluation clinique et prescription ARV) sont recommandées tous les 6 mois et l'approvisionnement en médicaments tous les 3 mois.

### ❖ **Les patients stables :**

- **TAR pendant au moins un an**
- **Pas de réactions indésirables aux médicaments nécessitant une surveillance régulière,**
- **N'ayant pas de maladie ou de grossesse ou n'allaitant pas au moment concerné**

*Pour les patients non stables : Les visites de suivi clinique et approvisionnement en ARV sont recommandées à M1-M2-M3-M4-M5-M6 puis tous les 2 mois jusqu'au M12, si le patient est bien observant.*

❖ **Les patients non stables :**

- Signes d'IO
- Gain de poids pas satisfaisant (adultes et enfants)
- Femmes enceintes
- Enfants de moins de 14 ans
- Adolescents (10-19 ans)
- Adhérence inconsistante

**B. Gestion d'un échec thérapeutique et de changement de ligne de traitement**

L'échec clinique est suspecté par l'apparition de nouvelles infections classées au stade 4 ou 3 de l'OMS après plus de 6 mois de traitement par ARV.

L'échec virologique est suspecté par une CV >1000 copies, 6 mois après un traitement bien conduit ou une CV indétectable redevenant détectable en cours du traitement. Dans ce cas il faut renforcer l'adhérence et demander une autre CV après 3 mois. Si cette dernière redevient indétectable, continuer de renforcer l'adhérence et de maintenir le même traitement. Mais si elle redevient détectable alors que le patient est observant, il est en échec de traitement. Dans ce cas, changer la ligne de traitement et continuer de renforcer l'observance. (Voir algorithme sur l'échec thérapeutique)

*NB : Une charge virale est considérée comme un échec de traitement si CV>1000 copies à 2 mesures consécutives et réalisées à 3 mois d'intervalle.*

**TABLEAU 5. CATEGORISATION DES PATIENTS SOUS ARV ET MODALITES DE PRISE EN CHARGE**

CRITERES DE CLASSIFICATION	CATEGORIE A : PATIENT STABLE	CATEGORIE B : PATIENT NON STABLE
PARAMETRES CLINIQUES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TAR pendant au moins un an</li> <li>- Pas de réactions indésirables aux médicaments nécessitant une surveillance régulière,</li> <li>- N'ayant pas de maladie ou de grossesse ou n'allaitant pas au moment concerné</li> <li>- Adhérant bien au TAR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nouveau cas sous ARV</li> <li>- Signes de IO</li> <li>- Gain de poids pas satisfaisant (adultes et enfants)</li> <li>- Femmes enceintes</li> <li>- Enfants de moins de 14 ans</li> <li>- Adolescents</li> <li>- Mauvaise adhérence</li> <li>- Population clé (PS, MSM, Usagers de drogues injectables)</li> </ul>
PARAMETRES PARACLINIQUES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preuve de la réussite du traitement (2 mesures consécutives de la charge virale indétectable).</li> <li>- Profil hématologique et biochimique normaux (Hb, ASAT, ALAT, Créatinine)</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Catégorie B1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CV : &lt;1000 copies (indétectable)</li> <li>- Profil hématologique et biochimique normaux ou acceptables</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Catégorie B2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CV : ≥1000 (détectable)</li> <li>- Profil hématologique et biochimique normaux ou anormaux</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Catégorie B3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CV indétectable</li> <li>- Profil hématologique et biochimique normaux ou acceptables</li> </ul>
PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adultes</li> <li>- Résidence localisable</li> <li>- Rattaché ou pas à un groupe de parole ou de soutien, club communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adultes</li> <li>- Résidence non localisable</li> <li>- Sans groupe de parole ou de soutien, club communautaire</li> </ul>
NIVEAU DE PRISE EN CHARGE ET FREQUENCE DE VISITE MEDICALE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Structures communautaires pour soutien dans les groupes de parole pour approvisionnement en médicaments</li> <li>- 1 visite pour évaluation clinique,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Structures communautaires pour soutien dans les groupes de parole</li> <li>- 1 visite pour évaluation clinique, bilan et prescription chaque mois jusqu'à</li> </ul>

	bilan et prescription tous les 6 mois (Infirmier ou Médecin)	tous les 2 mois (Infirmier ou médecin)	l'indélectabilité de la CV (Infirmier ou médecin)  NB : Le calendrier de suivi pourra changer en fonction des résultats de la CV (détectable ou indétectable)	
<b>PRESCRIPTIONS MUTLI-MENSUELLES ET DISPENSATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescription : 6 mois</li> <li>- Dispensation : 3 mois</li> <li>- Considérer la distribution d'ARV au niveau communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescription : 2 mois</li> <li>- Dispensation : 2 mois</li> <li>- Considérer la distribution ARV au niveau de la structure sanitaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescription : 1 mois</li> <li>- Dispensation : 1 mois</li> <li>- Considérer la distribution d'ARV au niveau de la structure sanitaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescription : 1 mois</li> <li>- Dispensation : 1 mois</li> <li>- Considérer la distribution d'ARV au niveau de la structure sanitaire</li> </ul>

Les PVVH sont encouragées à aller immédiatement se faire consulter en cas de maladies sans attendre la période susmentionnée.

#### **4.2. Promotion des groupes communautaires et soutien psychosocial des PVVIH**

Le lancement de la nouvelle stratégie de 'Tester et Traiter' va inévitablement augmenter le nombre de malade des structures sanitaires où les ressources, surtout humaines, sont limitées. De ce fait, il est impératif de décongestionner ces structures en référant les malades stables de la catégorie A (voir Tableau 3) au niveau des groupes communautaires.

Le groupe communautaire est un ensemble de personnes vivant avec le VIH, partageant la même FOSA et habitant à proximité les unes des autres, qui se retrouvent et s'organisent pour évoquer les préoccupations liées à leur état de santé afin de participer à la promotion de la qualité de leur santé. Ces groupes communautaires sont des structures formelles dont les objectifs sont :

##### **Promotion des groupes communautaires et soutien psychosocial des PVVIH**

- Etablir des points alternatifs de distribution des ARV dans la communauté pour assurer aux malades stables un accès plus rapproché aux ARV.
- Réduire la charge des services cliniques tout en préservant la qualité des soins aux malades.
- Maintenir une adhérence et une rétention des malades
- Servir de cadre de soutien psychosocial des PVVIH

Le rôle des PVVIH sera mis en exergue dans la rétention au traitement. Au niveau de la FOSA, les PVVIH seront encouragées à former et à intégrer des groupes communautaires où elles vont se soutenir mutuellement et résoudre certaines de leurs préoccupations liées à leur état de santé. En outre, elles choisiront les facilitateurs qui vont organiser les groupes en collaboration avec le médiateur de santé de la FOSA à laquelle le groupe est affilié.

La mise en œuvre des directives nationales sur la référence et la contre-référence des PVVIH, élaborés en 2011, doit être renforcée pour garantir le continuum des soins.

##### **4.2.1. Soutien communautaire pour l'adhérence et la rétention aux soins**

Les principaux défis de la rétention aux soins observés sont liés aux cas de perdus de vue et d'abandons qui sont dus à l'irrégularité dans les approvisionnements, la mort non signalée, le transfert non communiqué, etc. Pour faire face à ces défis, un modèle différencié de prise en charge dans les groupes communautaires est proposé en visant les objectifs cités ci-dessus.

#### **4.2.2. Eligibilité dans un groupe communautaire**

La prise en charge communautaire au Burundi se fera de manière progressive commençant par une phase pilote dans les structures à grande file active. A partir des évidences, l'approche sera implémentée au niveau national. Pour être pris en charge dans la communauté, le malade doit répondre aux critères suivants :

- Eligibilité dans un groupe communautaire
- Etre sous TAR et adhérent pendant au moins 12 mois (Patients stables)
  - Etre âgé de 18 ans et plus
  - Avoir une charge virale indétectable à 6 mois
  - Ne pas être actuellement sous traitement de la tuberculose
  - Ne pas être enceinte ou en train d'allaiter
  - Ne pas être atteint d'une maladie nécessitant de fréquentes consultations médicales.
  - Etre confirmé par un clinicien de son éligibilité
  - Participer à la prise en charge communautaire de manière volontaire

#### **4.2.3. Renforcement de l'éducation thérapeutique des patients avant et au cours du traitement ARV**

Malgré la simplification des régimes thérapeutiques qui améliorent sensiblement la complaisance des médicaments ARV, la prise quotidienne et à vie de médicaments, conformément aux prescriptions médicales reste une contrainte pour les patients sous ARV.

Ce problème est minimisé par les séances de conseils pré-thérapeutiques sur l'observance mais aussi des conseils de suivi survenant quand le patient vient s'approvisionner en médicaments. Ces conseils vont être renforcés par la diffusion de l'outil d'éducation thérapeutique et l'assistance des facilitateurs au sein d'un groupe communautaire créant ainsi une entraide mutuelle.

En outre, les prestataires de soins vont être formés sur l'outil. Le PNLS/IST va s'assurer de l'harmonisation des pratiques de prescription pour réduire le nombre possible de schémas thérapeutiques plus contraignants.

Renforcement de l'éducation thérapeutique des clients

En plus de la prescription privilégiée des doses fixes et schémas de prise unique quotidienne (ATRIPLA), les prestataires devaient être formés sur l'éducation thérapeutique avec un accent particulier sur l'adhérence au TARV.

Ces formations seront organisées en salles comme sur sites. Elles seront organisées au niveau des régions en cascade à l'endroit des prestataires. (2 participants par structure).

#### **4.2.4. Avantages d'appartenance à un groupe communautaire**

Pour une PVVIH, l'appartenance à un groupe communautaire procure les avantages suivants :

- Accessibilité facile et rapide aux médicaments ARV
- Renforcement de l'adhérence et la rétention au TAR pour la suppression de la charge virale
- Opportunité de soutien psychosocial et échange d'expériences entre pairs
- Renforcement des compétences de la vie courante des malades
- Etablissement d'un réseau de traçage des PVVIH pour réduire les perdus de vue

#### **4.2.5. Fonctionnement d'un groupe de parole**

Au niveau d'un groupe communautaire, il est important d'établir une organisation des activités pour atteindre les objectifs visés ci-dessus. Les règles de fonctionnement sont reprises dans le protocole de prise en charge communautaire en annexe.

#### **4.3. Renforcement de la médiation en santé pour limiter les perdus de vue**

Pour minimiser, voire éliminer les perdus de vue, il est nécessaire d'avoir une liaison entre les PVVIH et le système de soins. L'approche de médiation en santé a commencé avec le recrutement et l'affectation de médiateurs de santé dans les sites de traitement ARV. Celle-ci assure l'interface entre les services de soins et la communauté des PVVIH.

Cette approche va être renforcée et élargie aux agents qui travaillent au niveau communautaire. Le médiateur de santé ou le prestataire de soins va collaborer avec le groupement des ASC pour la réalisation des visites à domicile, pour la récupération des absents aux rendez-vous et la relance des abandons. Parallèlement, elle va enquêter sur les causes des absences aux rendez-vous, des abandons et des auto transferts qu'elle va exposer au service de prise en charge pour chercher des solutions.

Pour le cas des malades stables, le médiateur de santé encouragera la création de groupes communautaires rassemblant des PVVIH partageant la même FOSA et habitant à proximité les uns des autres, pour renforcer le soutien, l'adhérence, l'observance et la rétention au traitement tel que le protocole de prise en charge communautaire le préconise.

#### **4.4. Transfert de compétences et délégation des tâches**

La décision ministérielle de délégation de tâches en matière de TARV et de services PTME autorisant les infirmiers à initier le TARV de première ligne et à référer en cas de

nécessité, constitue un atout majeur pour le Burundi. En effet, la délégation et la redistribution des tâches permet de pallier dans une certaine mesure à la situation d'insuffisance de médecins qui prévaut dans le pays.

Toutefois, cette ordonnance ministérielle n'autorise pas aux infirmiers la prescription des ARV pédiatriques de première ligne et des ARV de PPE et PrEP. Pour améliorer l'accessibilité et l'équité au TAR, il est proposé de réviser l'ordonnance pour permettre aux infirmiers de prescrire des ARV pédiatriques de première ligne, des ARV pour la PPE et PrEP.

Face à la carence de médecins pédiatres, les prestataires (infirmiers et médecins généralistes) de prise en charge du VIH pédiatrique devront se relayer pour relever le faible taux de couverture du TAR chez les enfants.

**TABLEAU 6. DELEGATION DES TACHES PAR LES PRESTATAIRES SELON LE NIVEAU DE PRESTATION**

TACHES DELEGUABLES	DELEGATAIRE	DELEGUE
INITIATION DU TRAITEMENT	Médecin	Infirmier
SUIVI CLINIQUE ET BIOLOGIQUE	Médecin	Infirmier
DISPENSATION DES ARV	Pharmacien	Infirmier, Assistant social, Médiateurs de santé
DIAGNOSTIC ET SUIVI BIOLOGIQUE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES SIMPLES (PRÉLÈVEMENT DE SANG)	Technicien de labo	Infirmier
REALISATION DES TESTS RAPIDES	Technicien de labo	Infirmier, Médiateurs de sante, Assistant social, Aide-soignant
PRÉLÈVEMENT DE DBS (PAPIERS BUVARDS) POUR DIAGNOSTIC PRÉCOCE ET CV	Technicien de labo	Infirmier

Ces formations seront organisées en salles et sont envisagées dès le mois de mars 2017 pour se poursuivre durant les deux 1<sup>ers</sup> trimestres de l'année. Elles seront organisées au niveau des provinces en cascade à l'endroit des prestataires (2 participants par site ARV).

**TABLEAU 7. PREVISION DES FORMATIONS SUR LA DELEGATION DES TACHES**

ANNEE	CIBLE	SESSIONS DE PARTICIPANTS	35 JOURS	PARTICIPANTS/STRUCTURE
2017	698 personnes	20	5/session	2 par site ARV

Dans un élan vers une prise en charge pédiatrique des infirmiers et un traitement pédiatrique dans les structures de santé périphériques, le PNLIS /IST va élaborer et diffuser



le guide et l’algorithme de PEC pédiatrique et organiser des sessions de formation des formateurs et des prestataires des soins sur le guide de PEC pédiatrique. Des guides et algorithmes pour le traitement ARV chez l’enfant seront également multipliés et distribués dans tous les sites identifiés. Pour finir, des séances de coaching par BDS, visant à encadrer les prestataires formés, seront effectuées dans les premiers six mois suivant la formation à raison d’une visite par mois les 3 premiers mois et une visite tous les 2 mois (4 visites par site).

Initier au niveau des BPS des ateliers trimestriels d’échange d’expérience entre praticiens de la prise en charge pédiatrique. Ces ateliers permettront aux praticiens d’échanger sur les difficultés rencontrées et les bonnes pratiques et constituent des opportunités de formation par les pairs.

Dans le cadre de la délégation des tâches, les Districts Sanitaires et les Hôpitaux de District assureront un encadrement régulier de ces infirmiers à qui la tâche de prescription des ARV a été déléguée. Ceci se fera au cours de supervisions formatives pour le suivi post formation et permettra de vérifier si les acquis sont mis en application. En cas de besoin, une formation sur site sera effectuée pour faire une mise au point. Les supervisions seront alors effectuées comme indiqué dans le Tableau 11.

**TABLEAU 8. PREVISION ET RYTHME DES SUPERVISIONS DES FOSA**

ANNEE	CIBLE	NOMBRE DE SUPERVISEURS	JOURS
2017	ECP, ECD, 3 sites par province sanitaire	Quatre (4) : 1 cadre du PNLS/IST, 1 Laborantin du LNR, 1 Superviseur du district, 1 Superviseur du BPS	5 jours/Province sanitaire/trimestre

#### **4.5. Décentralisation du traitement ARV**

L’ordonnance ministérielle du 3/7/2012 portant passage à échelle du TARV et des services PTME, les directives nationales pour l’accélération de l’intégration des interventions de SR et PTME dans le contexte de l’élimination de la transmission du VIH de la mère à l’enfant à l’horizon 2015, constitue une opportunité pour décentraliser le traitement antirétroviral dans les structures sanitaires périphériques et communautaires. Cette décision administrative a été opérationnalisée par l’élaboration d’une feuille de route pour la mise à échelle du TARV de la PTME. La feuille de route a déjà été mise en œuvre au niveau des districts sanitaires et la couverture PTME se fait par l’intégration des services PTME dans les structures qui font la CPN, selon l’approche « one stop service ».

Du fait de l’adoption de l’option B+ dans la PTME recommandant l’initiation du TAR à vie chez la femme enceinte séropositive, il est fortement recommandé que toutes les formations sanitaires qui offrent les services de PTME deviennent des sites de traitement

antirétroviral pour améliorer l'accessibilité du TAR. Ainsi, le nombre de sites ARV passera de 435 en 2016 à 824 en 2020.

La décentralisation du TAR a comme avantage l'amélioration de l'accès aux services en assurant le continuum des soins chez les personnes infectées par le VIH. Elle permet aussi de désengorger les anciens sites surtout les hôpitaux qui enregistrent actuellement des nombres élevés de patients, ce qui influe sur la qualité des services. Le processus de décentralisation se fera comme suit :

**Décentralisation du traitement ARV**

- o Identification des patients selon leur origine
- o Affectation volontaire du patient dans le site le plus proche de chez lui
- o Transfert de dossiers dans le nouveau site
- o Approvisionnement du site en ARV et autres intrants

Le processus de décentralisation sera fortement appuyé par l'équipe cadre du district qui doit assurer l'approvisionnement des formations sanitaires en ARV et autres intrants VIH et l'appui du système de collecte de données VIH. Pour faciliter ce processus de décentralisation et d'intégration des services, il sera indispensable de consolider les capacités des prestataires à travers l'organisation des formations évoquées plus haut.

En outre, l'équipe cadre du district devra encadrer les prestataires infirmiers pour une rapide acquisition de compétences dans la prescription et le suivi du traitement ARV. Cet encadrement se fera sous forme de séances de mentoring des prestataires de soins des centres de santé.

Le district sanitaire devra mettre en place un système de suivi biologique des patients sous ARV dans les CDS où il y a carence d'équipement adéquat en assurant la référence des échantillons plutôt que de référer le patient.

L'implication des PVVIH et surtout la communauté est par conséquent essentielle pour accroître la demande de services de santé et réduire la discrimination et la stigmatisation. Grâce à l'utilisation privilégiée de régimes thérapeutiques à doses fixes, aux schémas de prise unique et au processus de décentralisation en cours, les sites PTME avec des patients suivis devraient devenir des sites de TARV afin de garantir un continuum des soins auprès des femmes en PTME et de leurs familles.

**TABLEAU 9 : PROGRESSION DU NOMBRE DE SITES DE TARV ET DE SITES PTME**

TYPE DE SITE	DONNEES DE BASE (2016)	CIBLE 2017	CIBLE 2018	CIBLE 2019	CIBLE 2020	CIBLE 2021	CIBLE 2022
CDV	1236	1273	1311	1351	1391	1433	1476
PTME	1018	1044	1075	1108	1141	1175	1210
ARV	472	1018	1044	1075	1108	1141	1175
<b>NOMBRE TOTAL DE STRUCTURES</b>	<b>1147</b>	<b>1227</b>	<b>1313</b>	<b>1405</b>	<b>1503</b>	<b>1609</b>	<b>1721</b>

#### 4.6. Intégration des services VIH avec d'autres services de santé

En dépit d'une faible intégration de la dimension VIH dans les services offerts par les FOSA et du nombre important d'occasions manquées qui découle de cette situation et qui limite l'accès aux services VIH, le Burundi dispose d'un atout majeur, à savoir que les soins de santé primaire (SR, PF, Vaccinations, IST, TB, soins curatifs, promotion de la santé, consultations curatives) sont dispensés sur le même site de prestation de services et par les mêmes prestataires. Ceci permet une mise en place facile d'une approche intégrée et holistique de la prise en charge du VIH/SIDA dans les structures de santé. La promotion de cette intégration se fera à travers :

##### Intégration des services VIH avec d'autres services de santé

- l'intensification du dépistage du VIH dans les services TB,
- les services de récupération nutritionnel,
- les services d'hospitalisation, (iv)
- l'intégration du traitement ARV dans les CDT et FOSA prioritaires identifiés par chaque BDS ainsi que,
- la consolidation des capacités des prestataires sur l'intégration des services

#### 4.6.1. Intégration VIH/SMNI

Depuis juillet 2013, le gouvernement du Burundi dispose d'un document de directives nationales d'intégration du VIH/SMNI qui vise à appuyer l'accélération de l'intégration de la santé, de la reproduction et de la PTME dans le contexte de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et qui vise à garder les mères en vie (planifications communes, intégration et harmonisation des soins essentiels SSR/PTME, renforcement conjoint des

capacités des prestataires, intégration des outils de suivi et évaluation, renforcement du processus de planification, de coordination et du suivi-évaluation conjoints des interventions SSR/PTME).

Ainsi, 100% des centres de santé avec CPN offrent le dépistage du VIH pour les femmes enceintes. Plus de 95% des femmes enceintes testées séropositives intègrent le programme PTME. L'objectif visé est que toutes les FOSA offrant les services PTME puissent élargir leur palette d'offre à la prise en charge globale du VIH et ainsi devenir des sites de traitement ARV.

#### **4.6.2. Intégration TB/VIH**

Le taux de co-infection TB/VIH est estimé à 13% selon le rapport PNILT 2015. La gestion de la co-infection TB/VIH est un domaine d'intervention prioritaire pour la réduction de la morbidité et de la mortalité chez les PVVIH. La problématique de la co-infection TB/VIH a été prise en compte dans le plan stratégique national VIH/SIDA et les interventions suivantes y ont été proposées :

##### **Intégration TB/VIH**

- Intégration du diagnostic et 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 ; renforcement du contrôle de l'infection dans les FOSA ;
- Intégration du traitement ARV dans des structures de prise en charge de la TB dans l'esprit de « one stop service » ;
- Prévention de la tuberculose par l'isoniazide et le commencement rapide du traitement antirétroviral si une tuberculose évolutive est exclue ;
- Renforcement de la coordination de la réponse à la co-infection TB/VIH. Le traitement de la TB devra être initié en premier, suivi au plus vite par le TAR et cela dans les 2 à 8 premières semaines de

#### **4.6.3. Intégration VIH/PF**

Le Burundi accuse encore un faible taux de contraception chez les femmes VIH+. A cet effet, il est recommandé de rechercher les besoins en PF de chaque PVVIH suivie dans le service VIH et de proposer une méthode contraceptive à celles qui en ont besoin. Ceci en vue d'augmenter le nombre de femmes VIH+ en âge de procréer bénéficiant de contraception moderne. Inversement, il faudra systématiquement proposer aux femmes, qui consultent le service PF, de faire un test VIH. Des outils pour l'enregistrement de ces données seront adaptés ;

#### 4.6.4. Intégration VIH/IST

La recherche d'éventuelles IST devra être systématiquement faite auprès de toutes les PVVIH en consultation à travers la palette d'offre minimum de prévention positive offerte aux PVVIH. Les cas de personnes séropositives seront pris en charge. Inversement il faudra systématiquement proposer aux personnes dépistées pour des IST, de faire un test VIH.

#### 4.7. Prestation de services VIH pour les adolescents (jeunes et adolescents)

Le Burundi a déjà mis en place une politique nationale sur les centres de santé amis des jeunes, lancée en 2014, qui doit être renforcée et décentralisée pour garantir l'utilisation des services VIH par les adolescents. La promotion des CDS amis des jeunes et l'aménagement d'espaces conviviaux sont essentiels pour la prévention et le traitement du VIH chez les jeunes/adolescents. Un constat a été fait, à savoir que le niveau d'accès aux services médicaux, au CDV et au traitement pour le VIH chez les adolescents et les jeunes est faible. Pour les jeunes et les adolescents qui sont sous ARV, le niveau d'observance reste faible. C'est pour cette raison que le pays a adopté des stratégies novatrices pour accroître l'accès et l'adhérence aux services médicaux et psychosociaux.

Les approches de Services de Santé adaptés aux adolescents devraient être mises en œuvre dans le cadre des services VIH afin d'assurer un engagement et une meilleure rétention sous ARV chez les jeunes. Il faudra élaborer un guide de prise en charge psychosocial adapté aux jeunes et aux adolescents vivant avec le VIH. Aussi, faudra-t-il former les prestataires des CDS « amis des jeunes » sur la prise en charge des jeunes et adolescents vivant avec le VIH. Dans certaines structures, il sera possible d'aménager des espaces ou des horaires réservés aux jeunes et adolescents (par exemple : les après-midis, les heures après le service, le weekend). A ce niveau, des médecins infirmiers, ou tout autre personnel de santé formé pour la prise en charge des adolescents devront être disponibles pour les recevoir.

##### Prestations de services VIH pour les adolescents

La palette de services à offrir doit être complète :

- ✓ Conseil et dépistage du VIH,
- ✓ Screening et traitement des IST,
- ✓ Éducation et dispensation des services pour la SSR (PF, screening pour le cancer du col et cancer du sein...),
- ✓ Conseil adhérence au traitement ARV,
- ✓ Création de groupes de paroles ou clubs d'adhérence pour les jeunes et adolescents,
- ✓ Organisation de sorties récréatives et éducationnelles (sport, pique-nique, visites de sites, utilisations d'ordinateurs et autres TIC...),
- ✓ Conseil et prise en charge nutritionnelle thérapeutique si indiqué,

#### **4.8. Amélioration de la qualité des services de soins VIH**

##### **4.8.1. Renforcement du continuum des soins**

Dans le processus de décentralisation du traitement antirétroviral, certains services sont difficiles à mettre à disposition partout car les formations sanitaires ne disposent pas toutes des mêmes capacités. A cet effet, un système de référence et de contre référence sera établi, ainsi qu'un réseau des structures de prise en charge entre elles d'une part et un réseau des structures de prise en charge et de la communauté d'autre part.

Pour le suivi biologique des patients en l'occurrence la PCR et la mesure de la charge virale (CV), au lieu d'envoyer le patient vers des laboratoires équipés, un système de transport des échantillons sera instauré. Les équipes cadres de districts sanitaires s'assureront que les échantillons sont collectés et transportés dans des conditions optimales et qu'il en sera de même pour la récupération des résultats.

##### **4.8.2. Rationalisation des prescriptions**

Le PNLS/IST, en collaboration avec les districts sanitaires, veillera à l'harmonisation des prescriptions pour mettre le plus possible de patients sous le schéma de première intention. De même, des guides et protocoles seront multipliés et distribués dans tous les sites de prise en charge et des missions de supervision et de coordination seront réalisées pour vérifier le respect des directives nationales.

##### **4.8.3. Rétention sous ARV**

Pour maintenir élevée la qualité de vie des PVVIH, qui doivent rester sous traitement à vie avec une charge virale indétectable, des stratégies d'amélioration de l'observance, telles que les conseils d'éducation thérapeutique et les séances de groupes de parole, doivent être systématisées pour obtenir un taux de rétention plus élevé.

##### **4.8.4. Soutien nutritionnel**

Au Burundi, la malnutrition se pose comme un problème de santé publique au regard des résultats des différentes enquêtes déjà menées dans le pays. Il est reconnu que la malnutrition entraîne une déficience du système immunitaire. Cette déficience peut être accentuée par l'infection à VIH. De plus, les infections opportunistes entraînent une perturbation du métabolisme occasionnant une diminution de l'absorption des nutriments. Un soutien nutritionnel s'avère donc nécessaire. Les éléments de base, à savoir l'éducation nutritionnelle, l'éducation thérapeutique et la prise en charge nutritionnelle intégrée à la prise en charge psychosociale et médicale constituent la réponse à ce problème. Cet appui nutritionnel contribue à l'amélioration de la qualité de vie grâce à l'évolution de l'état nutritionnel, sanitaire et l'observance aux traitements.

#### **4.10 Suivi de l'efficacité du traitement**

##### **4.10.1 Mesure de la charge virale**

Chez les patients qui viennent d'être mis sous ARV, le dosage de la charge virale est fait à 6 mois et à 12 mois à partir du début de la mise sous traitement ARV puis une fois l'année. Elle doit être normalement indétectable après 6 mois de traitement. Si elle est supérieure ou égale à 1000 copies par ml, elle est détectable ; le prestataire de soins est alors invité à renforcer l'observance et à demander une 2<sup>ème</sup> charge virale après 3 mois.

###### Mesure de la charge virale

S'il y a une bonne observance et que deux mesures successives de charge virale sont détectables, il peut s'agir d'un échec thérapeutique et un changement de ligne est envisageable. Il est préférable que la décision de passer à la deuxième ligne soit du ressort du médecin (si possible en concertation avec les autres médecins) et que celle de passer de la deuxième ligne à la troisième soit référée à un comité national d'experts.

##### **4.10.2. Surveillance des résistances aux ARV**

La surveillance de la résistance aux ARV n'est plus faite au Burundi depuis 2010. Comme indiqué dans le rapport mondial de l'OMS sur la résistance du VIH aux ARV de 2012, les niveaux de résistance aux ARV ont peu augmenté. Même si la résistance n'a pas encore atteint un niveau pouvant représenter une menace pour l'efficacité des programmes de TAR, elle reste préoccupante dans le contexte de décentralisation à grande échelle du TAR.

La mise en place de mesures visant à ralentir l'émergence de résistances du VIH aux ARV est donc une priorité. Ainsi pour prévenir les résistances aux ARV et mettre en œuvre une stratégie nationale sur la surveillance des résistances du VIH aux ARV, le Burundi devra :

###### Surveillance des résistances aux ARV

- Élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de surveillance des résistances aux médicaments ;
- Mettre en place un mécanisme de concertation au niveau des hôpitaux de district et dans les structures spécialisées dans la prise en charge VIH pour statuer sur l'initiation des deuxièmes lignes de TAR ;
- Mettre en place un comité national thérapeutique pour statuer sur l'initiation des troisièmes lignes de TAR (comité d'experts nationaux) ; la mise sous 3<sup>ème</sup> ligne sera appliquée aux patients en échec à la 2<sup>ème</sup> ligne ;
- Limiter le nombre de schémas alternatifs pour toutes les 3 lignes en vue de diminuer les risques d'interruption de traitement suite aux ruptures de stock que cela pourrait occasionner ;
- Faire respecter les protocoles standards de traitement par les prescripteurs et privilégier l'utilisation des formulations à dose fixe (FDC) en collaboration avec les comités thérapeutiques qui seront créés au niveau national et au niveau des districts sanitaires (ex. Fiches de requisition fermées aux schémas privilégiés des directives nationales 2016).
- Organiser des études de surveillance de la résistance aux ARV (Collecte des indicateurs d'alerte précoces et études sur la résistance prétraitement, la résistance acquise et la résistance chez les

#### **4.10.3. Surveillance de la toxicité du VIH aux médicaments ARV**

Avec l'extension du TAR et l'exposition plus précoce et plus longue aux ARV chez l'adulte, l'adolescent et l'enfant ainsi que la femme enceinte ou allaitant au sein, la surveillance de la toxicité est devenue une composante essentielle des programmes de traitement et de prévention. Les inquiétudes face aux toxicités des ARV sont parmi les raisons les plus fréquemment données pour le non-respect de l'observance du TAR, l'arrêt du TAR ou la substitution d'ARV. Il est recommandé d'utiliser une approche normalisée pour intégrer la surveillance de la toxicité dans le système de suivi et d'évaluation. En complément du suivi systématique et pour répondre à des préoccupations particulières, il est recommandé de faire une surveillance active de la toxicité à l'aide d'études et d'enquêtes spécifiques dans des sites sentinelles en fonction des besoins. Diverses interventions seront menées comme suit :

##### Surveillance de la toxicité du VIH aux médicaments ARV

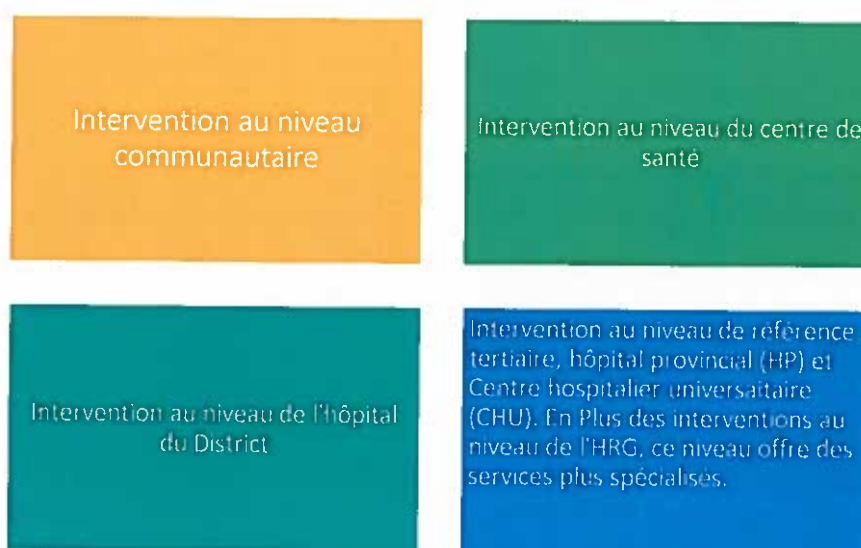
- Intégrer les informations en rapport avec la toxicité aux ARV dans les dossiers des patients.
- Remplir une fiche de notification des effets secondaires des médicaments et rapporter régulièrement les effets secondaires encourus.
- Faire une surveillance active imbriquée (collecte des IAP) : il faudra initier un système de surveillance active de la toxicité aux médicaments ARV (Cohortes adultes, pédiatriques ou adolescents ; TAR, PTME, PrEP) à travers les sites sentinelles.
- Rendre disponible des fiches avec couvertures plastiques de ces toxicités et leur gestion.

#### **4.10.4 Offres d'interventions VIH par niveau de soins**

Les interventions de Lutte Contre le Sida sont regroupées en offre complète de prévention, soins et traitement. L'offre de prévention, soins et traitement est intégrée au niveau communautaire, dans le Centre de Santé, dans l'Hôpital Général de référence, au niveau tertiaire et dans les centres d'excellence dans une optique de décentralisation et délégation des tâches. La pyramide sanitaire comprend ce qui suit :



### Offre d'intervention VIH par niveau de soins



Par ailleurs, l'offre des services tient également compte des besoins réels de chaque patient. Il s'agit d'une prise en charge différenciée. L'offre au patient tiendra compte des types de service, des sites où ces services sont rendus, du fournisseur et de la fréquence des services. Cette approche est décrite plus en détail dans les offres d'intervention par niveau des soins (Annexe 9).

**CHAPITRE V : GESTION DES  
APPROVISIONNEMENTS, STOCKS ET  
LABORATOIRES**

## V : GESTION DES APPROVISIONNEMENTS, STOCKS ET LABORATOIRES

### 5.1 Laboratoires

#### 5.1.1 Contexte et justification

Des services de laboratoires fiables constituent une composante incontournable pour l'efficacité et l'efficacité des services de santé. Les laboratoires sont le support pour le diagnostic et orientent le traitement, ils constituent en outre une base pour la surveillance, la prévention et le contrôle des maladies de même qu'une base pour la recherche et l'apprentissage. La performance du réseau national des laboratoires est un indicateur important le système national de santé.

Dans le domaine du VIH, le MSPLS bénéficie des appuis des PTF pour la PEC des PVVIH, ainsi deux principaux PTF, (le Fonds Mondial et USAID/PEPFAR) interviennent dans le cadre du renforcement du système de laboratoire pour permettre un bon suivi biologique des PVVIH.

Leurs interventions sont orientées vers les achats et la mise à disposition auprès du pays, les équipements de laboratoire, les réactifs et consommables ainsi que la consolidation des capacités du personnel de laboratoire. Ainsi divers équipements de laboratoire pour la numération des CD4, l'hématologie, la biochimie, la charge virale et le diagnostic précoce du VIH chez enfants nés des mères séropositives ont été octroyés au MSPLS.

#### Laboratoires

En dépit de la disponibilité de ces équipements, quelques défis subsistent, à savoir :

- l'absence d'une stratégie de maintenance des équipements de laboratoire ;
- la diversité des équipements avec absence d'un plan d'harmonisation et de standardisation des services de laboratoire dans le pays ;
- la ruptures de stocks des intrants de laboratoire et la difficulté de les maintenir dans la chaine du froid ;
- l'insuffisance en personnel qualifié ;
- l'insuffisance en formations pour le renforcement des capacités du personnel de laboratoire ;
- l'absence de contrôle de la qualité externe ;
- l'absence d'un système de référence et de contre référence des échantillons et de résultats des tests.

## 5.1.2. Analyse de la situation

### 5.1.2.1 Situation des laboratoires en matière d'équipements

- *Equipements de charge virale et de diagnostic précoce du VIH chez les nouveau-nés*

Au Burundi, il existe pour le moment trois appareils pour la charge virale (INSP, ANSS Kigobe et Hôpital Autonome NGOZI). Actuellement, tous les trois sont opérationnels à temps plein. A noter également, en dehors de la mesure de la charge virale, l'appareil de l'INSP et celui de NGOZI servent aussi pour le diagnostic précoce du VIH chez les nouveau-nés des mères séropositives. Le PNLIS/ IST a déjà établi et signé un contrat de maintenance pour les deux appareils ABBOTT. Le fournisseur des appareils ABBOTT assurera la maintenance de ces derniers pendant douze mois. Le projet OPPERA planifie de mettre à disposition 3 autres appareils dans les sites de CHUK, INSP, et l'hôpital Muyinga. Ces quatre appareils LIGHT CYCLER 96 seront tous maintenus par le même projet et les intrants nécessaires seront également pourvus par le même projet OPPERA.

#### Situation des laboratoires en matière d'équipement

Les interventions ci-après devront être menées pour répondre à ces besoins :

- ✓ Signature des contrats de maintenance pour les Chaines ELISA.
- ✓ Mise en place d'un plan opérationnel de laboratoire permettant de répondre aux questions liées au transport des échantillons PCR et de Charge Virale, à la répartition des appareils de Charge virale et PCR, à l'harmonisation/ à la standardisation des plateformes nationales disponibles.
- ✓ Choix d'achat d'appareils charge virale portatifs par le Programme pour faciliter l'accès étant donné que le dosage des CD4 n'est pas privilégié dans le suivi des PVVIH et que la place de choix a été réservée au dosage de la charge virale.
- ✓ Prélèvement des échantillons Charge virale sur papier Buvard pour faciliter le transport des échantillons PCR et Charge Virale.

- *Equipements d'hématologie et équipements de biochimie*

Un total de 107 compteurs d'hématologie a été réparti à travers tout le pays. Ces derniers correspondent à 7 types différents et utilisent aussi des réactifs différents. La couverture s'étend au niveau national et toutes les FOSA ayant des files actives considérables en ont au moins un. Il n'existe pas un contrat de maintenance subventionné par un partenaire. 136 spectrophotomètres sont disponibles à travers l'ensemble du territoire national. Ces derniers correspondent à 5 types différents. Comme pour les appareils d'hématologie, les spectrophotomètres ne sont pas couverts par un contrat de maintenance global ni par le MSPLS, ni par des partenaires. Certaines FOSA ont établi des contrats de maintenance à titre

individuel. La situation des tests de biochimie est la même que celle de l'hématologie. Certains sites ont essayé de signer un contrat de maintenance avec des maisons privées avec leur propre financement. Et cela reste le modèle prôné par le PNLS/IST car ces bilans ont été fortement réduits pour les bilans initiaux et de suivi compte-tenu des molécules et combinaisons actuellement tolérables.

- **Assurance et contrôle de la qualité des examens de laboratoire :** Il n'existe pas un système d'assurance et de contrôle de la qualité des examens de laboratoire à tous les niveaux. Un document d'assurance qualité et de contrôle de la qualité sera élaboré dans le cadre du nouveau mécanisme de financement du Fonds Mondial à travers le RSS (renforcement du système de santé) et constituera une référence nationale et transversale en matière d'assurance de la qualité et contrôle de la qualité pour les analyses de laboratoire.

## **5.2. Gestion des approvisionnements et stocks**

### **5.2.1 Actions prioritaires recommandées pour une mise en œuvre effective des nouvelles directives de l'OMS 2015**

Voir Annexe 10 ( Actions prioritaires pour la mise en œuvre).

### **5.2.2 Recommandations spécifiques à chaque étape du cycle de gestion pharmaceutique**

- **Sélection:** Les produits à commander doivent figurer sur la LNME. Toutefois, il est nécessaire de revoir la LNME en 2017 pour intégrer les combinaisons doses fixes (CDF) qui sont privilégiées dans les nouvelles directives nationales de prévention et traitement du VIH/SIDA.
- **Quantification**

- ❖ Actualiser les données de quantification basée sur les nouvelles directives nationales et la cible 90-90-90.
- ❖ Refaire la quantification des besoins 2017-2020 et le plan d'achats en tenant compte des nouvelles cibles générées par l'application des directives nationales.
- ❖ Planifier cette revue de la quantification avant le début de l'année 2017.

- **Approvisionnement** : Le plan d'approvisionnement 2016-2017, tenant compte des nouvelles directives, sera revu par le sous-comité de quantification et GAS/VIH, lors de l'exercice de revue de la quantification.
- **Entreposage par CAMEBU, Districts et FOSA**

- ❖ Collaborer avec le FM/UNOPS pour apporter un appui à la CAMEBU en équipements de stockage et manutention (Congélateurs, chambres froides, Frigo, élévateurs, étagères, etc...) dans ses nouveaux entrepôts à Bujumbura et à Ngozi, dans les BDS et les FOSA.
- ❖ Renforcement des capacités des RH par des formations et recrutements de nouveau personnel.
- ❖ Renforcer la supervision des gestionnaires au niveau des BDS et FOSA.
- ❖ Centraliser tous les stocks des programmes à la CAMEBU, pour une meilleure intégration de la gestion coordonnée des intrants (unicité des stocks).

- **Distribution des intrants**

- ❖ Augmenter les moyens de transport des intrants, en mettant un accent particulier sur des véhicules frigorifiques pour le transport des réactifs.
- ❖ Adapter le calendrier de distribution au nouveau modèle de dispensation multi-mensuelle.
- ❖ Renforcer l'équipe en charge de la distribution à la CAMEBU par un suivi régulier des programmes.
- ❖ Adapter les outils de distribution des intrants.

- **Utilisation**

- ❖ Adhérer aux protocoles nationaux.
- ❖ Respecter les procédures de dispensation multi-mensuelle telle que recommandé par les nouvelles directives.
- ❖ Renforcer le conseil et suivi des patients mis sous TAR pour une meilleure observance.
- ❖ Renforcer l'ÉTP par des outils appropriés pour une meilleure observance au TAR.
- ❖ Accompagner les nouvelles PVVIH par leurs pairs dans la communauté.
- ❖ Mettre en place un système de communication électronique par SMS pour le suivi des rendez-vous.

### 5.3. Gestion de la pharmacie d'une structure<sup>4</sup>

#### 5.3.1. Cycle de gestion des médicaments<sup>1</sup>

La gestion est l'organisation de l'acquisition, du stockage, de la distribution et de la dispensation (aux malades) des médicaments. C'est le « cycle de gestion » des médicaments.

La gestion des médicaments et autres intrants en rapport avec le VIH suivra ce même principe afin d'éviter les ruptures de stock, le surstockage et de limiter les pertes (vols, casses, péremption et détérioration).

#### 5.3.2. Gouvernance

La bonne gouvernance en pharmacie est nécessaire pour :

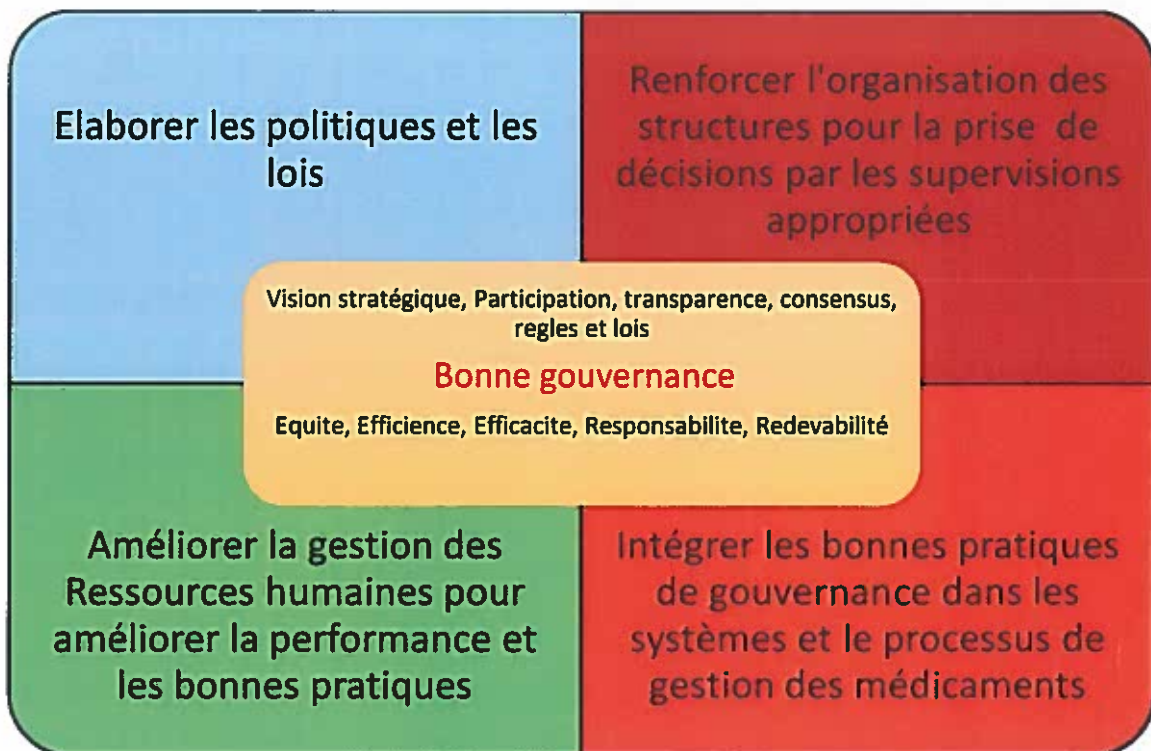
- Sensibiliser le personnel sur l'impact de la corruption dans le secteur pharmaceutique en référence à la Politique Nationale de santé.
- Accroître la transparence et la recevabilité en matière de gestion des produits pharmaceutiques.
- Promouvoir les bonnes pratiques individuelles et la structure dans la gestion des produits pharmaceutiques.
- Assurer la bonne gouvernance dans la gestion des produits pharmaceutiques en renforçant les capacités et le leadership du personnel.

L'objectif principal de la gestion est d'avoir les médicaments toujours disponibles, en évitant les ruptures de stock et les surstocks.

La gouvernance renvoie au « [...] processus de prise de décision et le processus par lequel les décisions sont mises en œuvre (ou non mises en œuvre) » (UNESCAP 2009). La bonne gouvernance est un processus d'équipe. Le rôle et la responsabilité de chaque personnel doivent être définis, clarifiés et compris pour que les décisions prises en équipe soient efficaces. Les individus doivent être personnellement responsables de leur propre travail, de leur comportement et de leurs résultats. Les pharmacies des sites de dépistage et/ou de prise en charge doivent être renforcées pour respecter les politiques et procédures en matière de gestion des produits pharmaceutiques.

<sup>4</sup> Gestion de district sanitaire, Gestion des médicaments, modules de base, destinés à la formation des responsables de gestion des pharmacies, des centres de santé, des hôpitaux et des districts (Page 7)

**TABLEAU 10. CADRE DE GOUVERNANCE : STRATEGIES POUR SOUTENIR LES PRINCIPES DE BONNE GOUVERNANCE DANS LES SYSTEMES PHARMACEUTIQUES**



Source : UNESCAP 2009 (adapté)

### 5.3.3 Le stockage des médicaments

Les médicaments et autres intrants liés au VIH, comme pour les autres produits pharmaceutiques, sont des produits fragiles et qui se périment. Cela impose un stockage correct pour assurer le maintien de la qualité jusqu'à la dispensation au patient.

- *Local de stockage*

Le local de stockage doit permettre de protéger les médicaments de la chaleur, de l'exposition directe au soleil, de l'eau (humidité, pluie), de la poussière, des parasites, des insectes, des chauves-souris et des rongeurs. Il doit permettre une bonne circulation des produits et du personnel, pour organiser le travail de façon logique et éviter les confusions pouvant engendrer des erreurs (lors de la préparation des commandes par exemple). Pour cela, il faut prévoir :

Local de stockage

- ❖ Une zone de stockage avec des étagères,
- ❖ Un emplacement pour l'administration : bureau et rangement des documents,
- ❖ Un lieu sûr et protégé contre les vols.



- **Mesures concrètes**

- ❖ Ventilation du local.
- ❖ Double plafond si possible.
- ❖ Toit étanche et protection des fenêtres par un auvent si nécessaire
- ❖ Nettoyage deux fois par semaine
- ❖ Interdiction de fumer
- ❖ Cadenas, verrous, grillages.

- **Rangement du stock**

Il faut utiliser intelligemment l'espace disponible. Souvent, le volume des locaux est limité et installer des étagères n'importe comment pourrait entraîner une perte d'espace utile<sup>1</sup> (Voir les règles du BURUNDI : P 9-10)

### Importance d'un rangement impeccable dans la pharmacie :

Le rangement impeccable de la pharmacie est très important. Une pharmacie très bien rangée permet de :

- faciliter les inventaires mensuels
- faciliter la circulation entre les rayons
- éviter des erreurs de gestion
- réduire les péremptions, les détériorations et les casses
- minimiser les risques de vol.

- **Reconditionnement des médicaments**

Au Burundi, les médicaments ARV se présentent sous une *forme pharmaceutique solide orale* (comprimés, comprimés dispersibles, gélules) ou de sirop pour une prescription mensuelle. Ils n'ont pas besoin de conditionnement pour les dispenser aux malades. Pour le Cotrimoxazole, comme pour les autres médicaments contre les infections opportunistes nécessitant un conditionnement, pour les dispenser aux malades, il faut *reconditionner* ces médicaments, c'est-à-dire leur donner un emballage approprié dans de petits sachets avant de les remettre aux malades en fonction de chaque prescription.

### En pratique :

Il faut reconditionner des boîtes entières, cela évite des erreurs de comptage et facilite la gestion du stock et les inventaires.

Le stock de pharmacie d'un centre de santé est une pharmacie « de gros », ce n'est pas un local de dispensation « au détail ». Il ne faut donc pas l'encombrer avec des boîtes à demi ou aux trois quarts utilisés. C'est au local de dispensation de gérer la dispensation des médicaments au détail.

- ❖ Toujours **nettoyer** au préalable la table servant au reconditionnement.
- ❖ Toujours se laver les mains au préalable et porter des **gants** en latex non stériles.
- ❖ Toujours se servir d'un **compteur de comprimés** (plateau de comptage) qui a un réceptacle pour les médicaments déjà comptés et une sortie pour remettre les comprimés en trop dans leur emballage.
- ❖ Le compteur de comprimés doit être lavé systématiquement après chaque usage.
- ❖ Il faut faire le reconditionnement d'une **boîte entière** pour un seul médicament à la fois.

- ❖ Si un comprimé est tombé par terre, il ne faut pas l'inclure dans le sachet reconditionné, il faut le comptabiliser comme perte.
- ❖ L'emballage du produit reconditionné doit porter le nom générique du produit, son dosage, sa posologie et sa date d'expiration.
- ❖ L'étiquetage doit être réalisé par une écriture appliquée et sans rature.
- ❖ Ne jamais interrompre un reconditionnement en cours pour effectuer quelconque autre travail.

Il ne faut en aucun cas commander de médicaments qui ne figurent pas sur la liste nationale restreinte de médicaments essentiels.

### 5.3.4 La commande des médicaments

- *La liste restreinte des médicaments essentiels*

Les annexes 1 et 2 de la 8<sup>e</sup> édition de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (2015) donne la liste des produits qui peuvent se trouver dans une pharmacie de CDS ou une pharmacie d'hôpital : médicaments, consommables, petit matériel, produits de laboratoire, produits de radiologie.

Aussi est-il nécessaire de réviser la LNME en 2017, pour intégrer les combinaisons doses fixes (CDF) qui sont privilégiées dans les nouvelles directives nationales de prévention et traitement du VIH/SIDA.

- *La commande des produits*
- *Cas général*

La quantification pour les traitements antirétroviraux (enfants et adultes), le traitement préventif intermittent à l'INH, le traitement préventif au Cotrimoxazole, la Prophylaxie pré et post exposition par les ARV au niveau de l'établissement dans le cadre de prescriptions multi-mensuelles aux PVVIH éligibles, doit être adaptée.

Généralement au Burundi, l'estimation des besoins se fait à partir de la CMM calculée sur une période de six mois à partir de la formule suivante :

$$CMM = \frac{\text{Somme des sorties} - \text{Fausses sorties}}{\text{Nombre de jours} - \text{Jours de rupture de stock}} \times 30$$

$$\text{Quantité à commander} = (CMM \times 2) - SR(\text{le Stock Restant})$$

- *Cas de ARV / Cotrimoxazole/ INH (PNLS/IST)*

$Quantité \ à \ commander \ de \ Cotrimoxazole = (AC + NC) \times$

$Quantité \ à \ commander \ d'INH = (AC + NC) \times 2$

$Quantité \ à \ commander \ d'ARV = (AC + NC) \times 2$

AC = Anciens cas sous ARV / Cotrimoxazole / INH

NC = Nouveaux cas enrôlés par mois.

- Cas de prescription multi-mensuelle de trois mois :

Ceci s'applique uniquement aux médicaments qui seront sujets aux patients concernés par la prescription multi-mensuelle (c'est-à-dire Emtracitabine / Tenofovir / Efavirenz, Cotrimoxazole, INH).

- ✓ Identifier les patients éligibles à la prescription multi-mensuelle (stables)
- ✓ Identifier les molécules/combinaisons à commander pour la prescription multi-mensuelle
- ✓ Calculer les quantités de molécules/combinaisons pour la prescription multi-mensuelle

$Quantité \ à \ commander = ARV \ quantité \ à \ commander + (patients \ éligibles) \times 2$

$Quantité \ à \ commander = CTX \ quantité \ à \ commander + (patients \ éligibles) \times 2$

$Quantité \ à \ commander = INH \ quantité \ à \ commander + (patients \ éligibles) \times 2$

NB : Les bons de réquisition de ces produits demandent d'être revus pour intégrer les nouveautés en lien avec la prescription multi-mensuelle.

Ce calcul n'est nécessaire que pour les premiers mois. Ensuite, la commande revient aux quantités normales de commande en ARV/CTX/INH.

Des inventaires mensuels doivent être effectués pour s'assurer qu'il n'y ait pas de surstockage de médicaments.

### 5.3.5 Le suivi de l'utilisation des médicaments à partir du stock<sup>5</sup>

Le suivi de l'utilisation des médicaments à partir du stock se fait par la fiche de stock (FS).

❖ La fiche de stock (FS) est le principal outil de gestion d'une pharmacie de centre de santé ou d'hôpital. Si les fiches de stock sont mal tenues, la bonne gestion est impossible.

❖ Le responsable de la pharmacie de stock est responsable de la tenue des fiches de stock.

*Comment remplir une fiche de stock ?*

Module de base, destiné à la formation des responsables de la gestion des stocks, P 9-10

Le suivi d'utilisation des médicaments et autres intrants en rapport avec le VIH tient compte de la même fiche de stock que celle des autres produits pharmaceutiques<sup>1</sup> (Voir comment remplir une fiche de stock : pages 17- 18). Les fiches de stock doivent être mises à jour à chaque entrée et sortie de médicament.

### **5.3.6 Pharmacovigilance au niveau du site de dépistage et/ ou de prise en charge des PVVIH<sup>6</sup>**

Avec l'utilisation accrue des médicaments pour traiter et contrôler les maladies, il a été démontré un besoin croissant de surveiller les effets indésirables des médicaments (pharmacovigilance).

- *Qu'est-ce que la pharmacovigilance ?*

L'OMS définit la pharmacovigilance comme une science ou un ensemble d'activités relatives à la détection, à l'évaluation, à la compréhension et à la prévention des risques d'effets indésirables (ou de tout autre problème) résultant de l'utilisation de médicaments mis sur le marché à titre onéreux ou gratuit (intolérance aux médicaments, mésusage ou usage abusif, erreur thérapeutique, pharmacodépendance, antibiorésistance, effets sur la femme enceinte ou sur l'enfant, échec thérapeutique). Sa méthodologie se base sur des données épidémiologiques, cliniques et expérimentales.

Les objectifs ultimes de la pharmacovigilance sont les suivants :

- L'utilisation rationnelle et sûre des médicaments ;
- La détection précoce de nouveaux effets indésirables médicamenteux (EIM) ;
- La détection des augmentations de fréquence des EIM connus ;
- L'identification des facteurs de risque et des mécanismes pouvant expliquer ces effets ;
- L'évaluation et la communication des risques et les avantages des médicaments sur le marché ;
- La sensibilisation des patients et l'apport d'information sur la sûreté des médicaments.

- *Qui doit signaler les effets indésirables ?*

<sup>6</sup> Directives pour le système national de pharmacovigilance au Burundi, décembre 2015

Au niveau d'un site de dépistage et ou de prise en charge, tous les professionnels de santé, y compris les médecins, les pharmaciens, les infirmiers, les sages-femmes et le grand public sont invités à signaler les EIM.

- *Que faut-il déclarer ?*

Signaler tous les effets indésirables présumés des médicaments, y compris les dispositifs médicaux.

- *Quel est l'algorithme en cas de suspicion des EIM ?*

Algorithme de suspicion d'effet indésirable d'un médicament dans un site de dépistage et ou de prise en charge. La fiche de notification est reprise plus loin ( voir en annexe 8).

Sous ce chapitre, deux interventions majeures seront réalisées :

- ✓ Renforcer les capacités des sites de prise en charge des PVVIH à grande file active en matière de surveillance des effets indésirables des ARV, INH et contrimoxazole, en plus de 8 structures sentinelles sur la pharmacovigilance,
- ✓ Superviser les sites de prise en charge des PVVIH sur la surveillance des effets indésirables.

**CHAPITRE VI : SUIVI, EVALUATION ET  
RECHERCHE OPERATIONNELLE**

## VI. SUIVI, EVALUATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE

Pour parvenir à une meilleure gestion du programme VIH/SIDA, des orientations opérationnelles sont formulées en rapport avec le renforcement des informations stratégiques à travers le processus de gestion et l'utilisation des données de routine.

Un système national de S & E fournit un aperçu national afin de permettre la prise de décisions et de suivre la progression des interventions.

Ce plan de mise en œuvre, en mettant l'accent sur les nouvelles directives nationales pour l'utilisation des antirétroviraux dans la prévention et le traitement de l'infection à VIH, devrait être inclus dans le cadre national de S & E des performances par programme.

L'annexe du Plan National de S & E des activités de contrôle du VIH/SIDA / RSS au Burundi 2014-2017 fournit un cadre pour veiller à la mise en place d'un bon système S & E et pour assurer la collecte de données de bonne qualité afin d'établir des rapports sur le rendement consolidé par rapport aux niveaux communautaires, opérationnels, intermédiaires jusqu'au niveau central.

### Suivi, évaluation et recherche opérationnelle

Il est important d'évaluer les données actuelles des systèmes de gestion pour renforcer la collecte des données allant dans le sens des nouvelles stratégies telles que Tester et Traiter, Prescriptions Multi-Mensuelles, Autotest, Suivi des groupes de parole. Ces nouvelles stratégies sont des réponses rapides destinées à intensifier et décentraliser la prévention et le traitement du VIH. Pour ce faire, il est nécessaire d'établir un cadre des résultats basés sur les performances de la cascade de services de la communauté aux FOSA.

C'est le cheminement idéal dès le moment où il permettra aux intervenants clés de recueillir des données sur les indicateurs clés à différents niveaux des résultats. Les données ainsi recueillies devraient permettre aux gestionnaires de produire une information stratégique obtenue par les processus S & E.

Une approche systématique de suivi du programme permettra aux intervenants à tous les niveaux de répondre aux questions importantes, telles que : « *Que-faut-il améliorer ?* », « *Quelle méthode de prestation de service fonctionne le mieux et dans quel contexte ?* » « *Comment se font les interventions/programmes ?* ». Ainsi, par le biais de cette approche, il sera possible de déterminer quels sont les modèles de prestation de service avec les meilleurs résultats sur le plan clinique et sur le plan économique. Il sera également possible de répondre aux questions se rapportant à l'évaluation telles que mentionnées plus haut, pour assurer une meilleure rétention et une amélioration des résultats de santé. L'objectif général est d'a

### Suivi, évaluation et recherche opérationnelle

- Le suivi de l'information pour la responsabilisation et le rendement
- Preuve de mise en œuvre des programmes
- Réaction rapide et correction de trajectoire de mise en œuvre.

Pour une intensification du traitement du VIH et une surveillance de la suppression virale, il importe que le système national de S&E soit capable de mesurer les résultats des nouvelles initiatives et par conséquent, que les indicateurs soient clairement définis. Grâce à ce système, les données seront données en temps réel et les informations en temps opportun.

Ces données de S&E sont vitales plus précisément pour :

- orienter la planification, la coordination et la mise en œuvre de la riposte au VIH ;
- évaluer l'efficacité des programmes liés au VIH et identifier les domaines d'amélioration des programmes ;
- veiller à ce que la responsabilité envers les personnes infectées ou affectées par le VIH / SIDA soit effective.

Le cadre structurel d'un système national fonctionnel de S&E du VIH/SIDA devrait inclure les 12 principaux composants d'un système de S & E multisectoriel VIH. Il peut être utilisé comme liste de contrôle.<sup>7</sup> Il définit également un objectif de performance pour chaque composant et les résultats attendus si le composant ne fonctionne pas bien.

**FIGURE 1. CADRE STRUCTUREL POUR UN SYSTEME NATIONAL FONCTIONNEL DE SUIVI ET EVALUATION DU VIH – 12 COMPOSANTES<sup>8</sup>.**



La bague extérieure dans la Figure 1 représente les ressources humaines, les partenariats et la planification nécessaires pour appuyer la collecte de données et les données à utiliser. Elle comprend des individus, organisations, fonctions/actions et la culture organisationnelle

<sup>7</sup> ONUSIDA, 2008. Cadre structurel pour un système national fonctionnel de suivi et évaluation du VIH, Avril, 08.

<sup>8</sup> ONUSIDA, 2008: 5. Cadre structurel pour un système national fonctionnel de suivi et évaluation du VIH, Avril, 08.



qui sont fondamentaux pour l'amélioration et le maintien de performances du système S & E.

L'**anneau intermédiaire** porte sur les mécanismes par lesquels les données sont recueillies, vérifiées et analysées.

Le **Centre** du diagramme représente le but principal du système S & E : en utilisant les données pour la prise des décisions.

Ainsi, un système de S&E du niveau des programmes recueillera des données sur les indicateurs en plus de ce qui est requis par le système national de S& E - mais comme prérequis, il devra recueillir toutes les informations nécessaires pour mesurer les indicateurs nationaux.

### **6.1 Renforcement des informations stratégiques**

Les interventions de prévention, soins et traitement du VIH produisent des informations stratégiques nécessaires pour prendre des décisions et rendre compte à la population, au pouvoir public et aux bailleurs de fonds.

Pour y parvenir un système d'information est mis en place pour décrire le mécanisme de collecte des données, le circuit d'acheminement des données du niveau périphérique au niveau central, le processus de compilation et d'analyse des données transmises, la validation des données, le plan de diffusion des données analysées et le dispositif de rétro-information.

### **6.2 Enregistrement /collecte des données**

Pour offrir une intervention de prévention ou de prise en charge de patient, le prestataire doit tenir à jour les registres et autres documents sources d'information à son niveau. (Voir Tableau 15 ci-dessous). Ces documents devront être remplis directement par le prestataire offrant les services VIH ou par son assistant, selon l'organisation du service et ne pas remettre cela à plus tard.

Les formations sanitaires (FOSA) ayant une file active de plus de 50 PVVIH sous ARV devront tenir un registre électronique (SIDA Info) après formation et mettre un kit informatique à la disposition de ce FOSA. Ce logiciel SIDA Info permet l'enregistrement d'une gamme d'informations liées au statut VIH du patient.

A chaque niveau du système de santé, un certain nombre de données seront ainsi collectées dans ces outils, compilées et traitées pour produire des rapports en vue d'aboutir à des décisions qui contribueraient à l'amélioration de tout le système de santé (voir Annexe 3).

### 6.3 Production de rapports et fréquence de transmission

A partir des outils de collecte régulière d'informations au niveau des FOSA (registres, fiches et dossiers médicaux), les informations sur les clients seront consignées et synthétisées mensuellement à chaque niveau sur des canevas de rapport mensuel élaboré à cet effet. La fréquence de transmission des rapports se fait de la manière suivante :

Production de rapports et fréquence de transmission

- Mensuellement de la communauté vers le centre de santé dont il dépend ;
- Mensuellement du CDS ou Hôpital vers le BDS
- Mensuellement du BDS vers le BPS ;
- Mensuellement du BPS vers le niveau central (PNLS/IST) ;

Le circuit des données est plus détaillé en annexe (Annexe 2).

### 6.4 Stratégies de contrôle et assurance qualité

La qualité des données est un critère important dans l'appréciation des performances d'un programme. L'assurance qualité de données passe par plusieurs étapes : vérifications des données, validation des données, contrôles périodiques de la qualité des données, supervision et contrôle des données.

- *Vérification des données*

C'est une vérification systématique des données tant au niveau de l'expéditeur que du destinataire avant leur compilation et synthèse. Cette vérification de l'ensemble des données se fait au niveau des différents sites et structures par les gestionnaires des données lors des supervisions mensuelles.

❖ Remplissage des outils de collecte des données : afin de corriger les données au niveau de l'enregistrement et détecter ainsi les erreurs lors de l'enregistrement des données sur les outils de collecte dans les différentes structures sanitaires.

❖ Rapports synthétiques : afin de détecter les erreurs au niveau des données compilées, synthétisées.

La vérification vise en général à obtenir des données fiables par la détection des différentes erreurs en vue de leur correction. Cette vérification se fait principalement à 2 niveaux :

- ❖ Remplissage des outils de collecte des données
- ❖ Rapports synthétiques

- **Validation des données**

La validation des données permet aux acteurs de confronter les données disponibles à différents niveaux de la pyramide du système de santé afin de produire des informations fiables pour la prise de décision. Les données collectées, compilées, vérifiées sont validées successivement au niveau du district sanitaire de santé par des réunions de suivi mensuel des activités. Cette validation devrait se faire à tous les niveaux de la pyramide à travers les organes et équipes appropriés.

- ❖ *Contrôle périodique de la qualité des données*

Le contrôle qualité des données se fait à travers des visites techniques afin de s'assurer que les données sont exhaustives, fiables, complètes et qu'elles reflètent réellement le contenu des registres des CDS/Hôpitaux, des BDS, BPS, central.

Cette vérification se fait à travers des missions trimestrielles de vérification de la qualité des données programmatiques ; un plan d'action est élaboré sur la base des faiblesses relevées afin de renforcer la gestion des données et le système de transmission et améliorer la qualité des données.

- ❖ *La supervision et le contrôle des données*

La supervision est une activité d'accompagnement de la mise en œuvre qui consiste entre autres, à l'appui des acteurs intervenant dans la réalisation des activités qui se traduisent par des visites périodiques sur le terrain des cadres d'un niveau supérieur techniquement compétents vers les niveaux inférieurs dans le but de s'assurer que les interventions sont menées conformément aux procédures mises en place et d'améliorer la qualité de l'offre de services et des activités de lutte contre le VIH/SIDA/IST.

Les rapports de supervision sont élaborés et transmis au niveau hiérarchique direct et aux personnes supervisées. Des guides de supervision et fiches de rapports développés sont utilisés suivant les besoins identifiés.

Les supervisions du niveau central sont effectuées de façon conjointe avec le niveau périphérique, ce qui permet aux superviseurs du niveau périphérique de faire un suivi de la mise en œuvre des recommandations émises lors de ces supervisions.

- *Utilisation des données*

Avant la transmission du rapport au Bureau Provincial de Santé, un nombre limité d'indicateurs pertinents devront être calculés et le tableau de bord mis à jour. Ils pourront être présentés sous forme de tableau ou de graphique devant être renouvelé chaque année. Une analyse de ces indicateurs par rapport aux objectifs fixés par le BDS devra permettre de relever les domaines de faible performance et d'y remédier pour redresser la courbe.

## **CHAPITRE VII : COORDINATION**

## VII : COORDINATION

### 7.1 *Evaluation des performances des FOSA*

#### 7.1.1 *Au niveau du District de santé*

- Appui du Paquet complémentaire d'activités (PCA) :
- Assurer l'évaluation trimestrielle des performances des CDS et des communautés dans la réalisation du TARV et des services intégrés SR/ PTME.

#### 7.1.2 *Au niveau provincial*

- Organiser au niveau provincial deux réunions annuelles d'évaluation des performances des FOSA et des communautés.

#### 7.1.3 *Au niveau national*

- Organiser une réunion annuelle de suivi & évaluation des performances des BPS, BDS, FOSA et des communautés.

### 7.2 *Suivi évaluation*

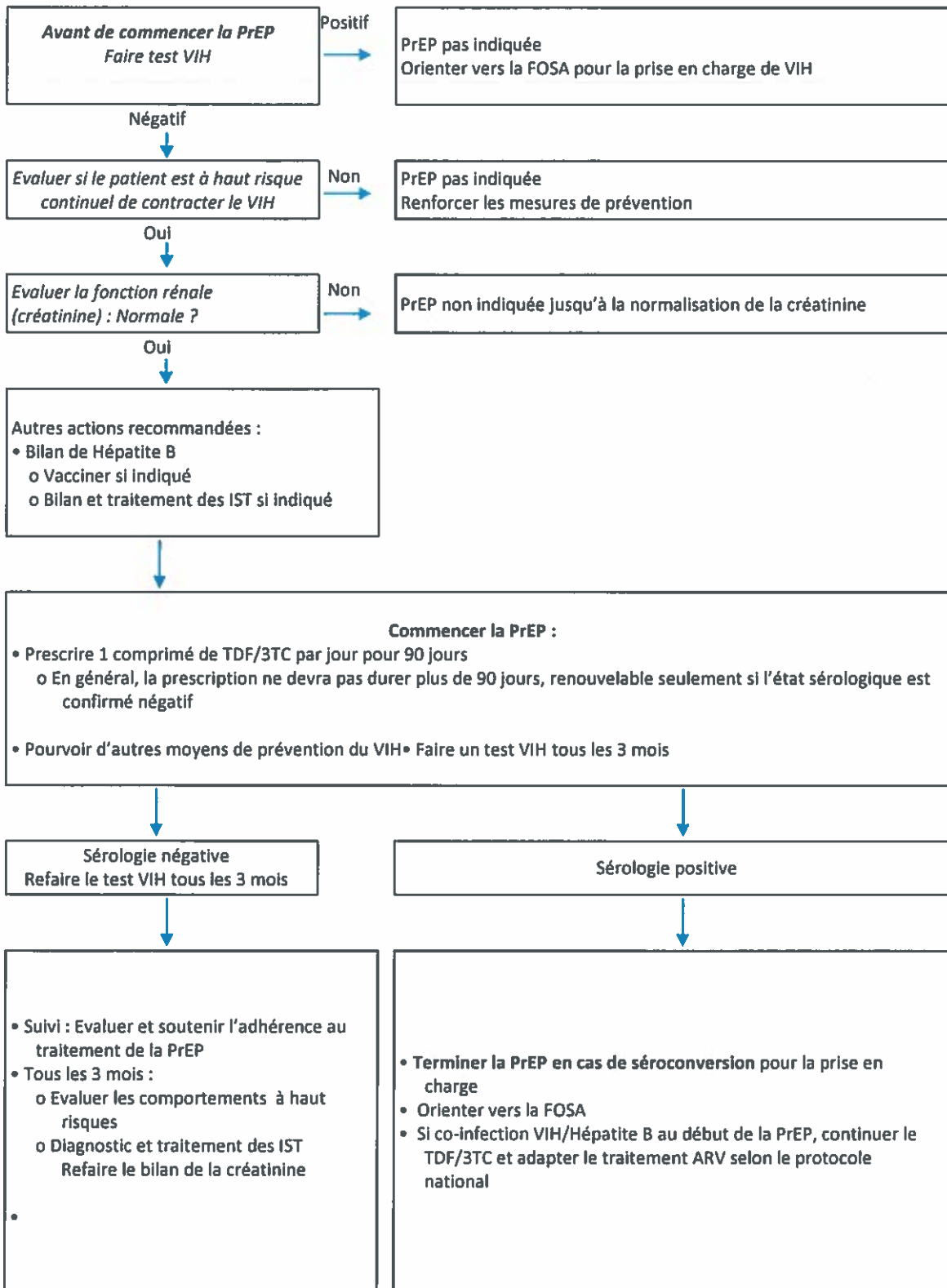
- Organiser une réunion mensuelle d'analyse des données intégrées du VIH au niveau des CDS et hôpitaux ;
- Intégrer dans les réunions trimestrielles du DS, la validation des données du VIH avec l'implication des BPS et des partenaires (niveau DS) ;
- Organiser au niveau des BPS des réunions semestrielles de validation des données du VIH avec l'implication des BDS, du programme et des partenaires (niveau provincial) ;
- Organiser les supervisions des activités intégrées de VIH dans les Formations sanitaires et les DS (supervision mensuelle des communautés par le CDS ; supervision bimestrielle des CDS par le DS ; supervision trimestrielle des BDS/ BPS par le PNL/ IST).

### 7.3 *Réunion de coordination*

- Organiser des réunions trimestrielles de coordination des partenaires au niveau provincial et du District de santé
- Organiser des réunions semestrielles de coordination des partenaires au niveau régional

## ANNEXES

## ANNEXE 1 : ALGORITHME DE LA PrEP

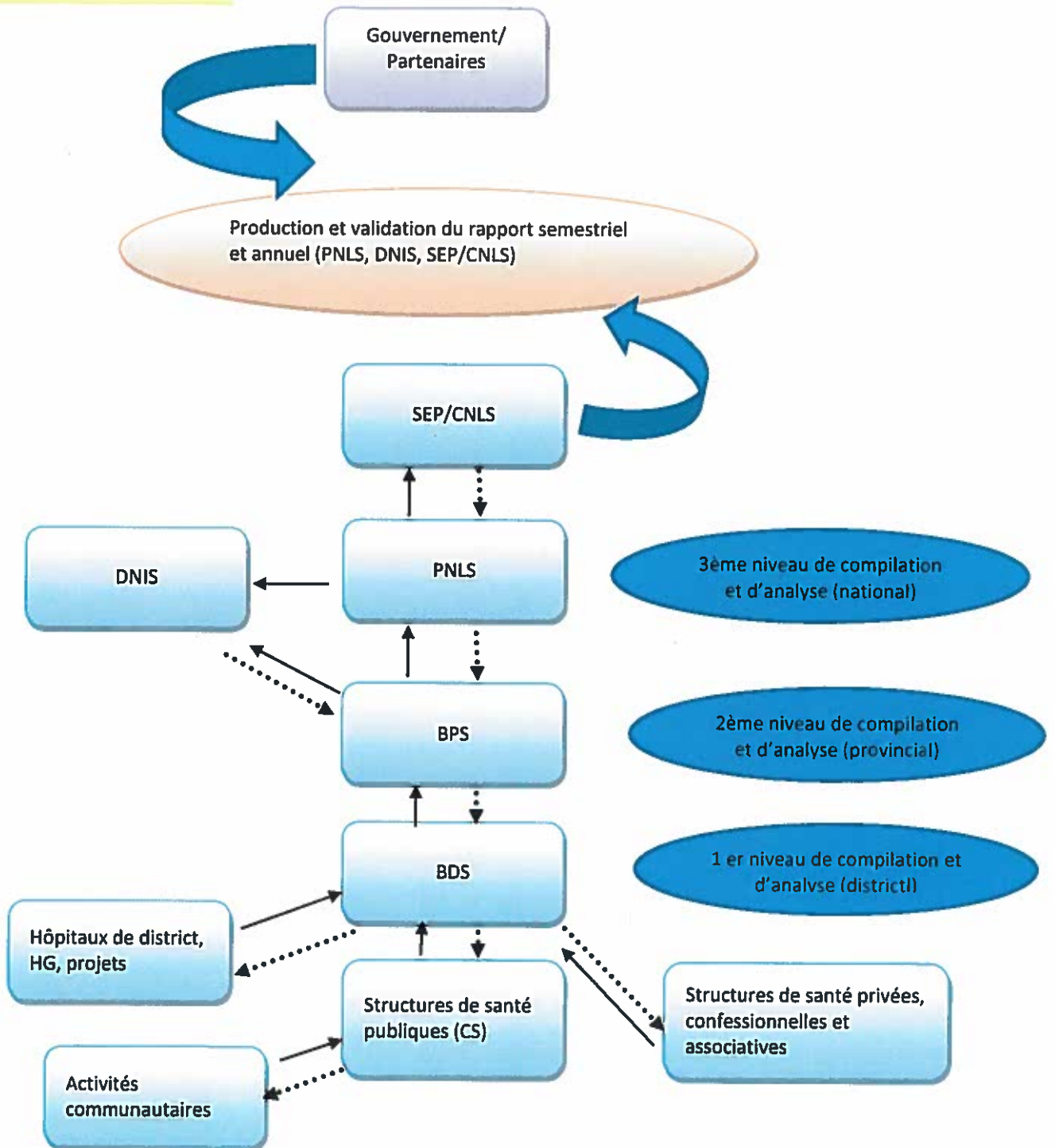


Source: Centre for Disease Control and Prevention (2016). Pre-exposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in the United States: A Clinical Practice Guideline, May 05, 2016 (Adaptée).



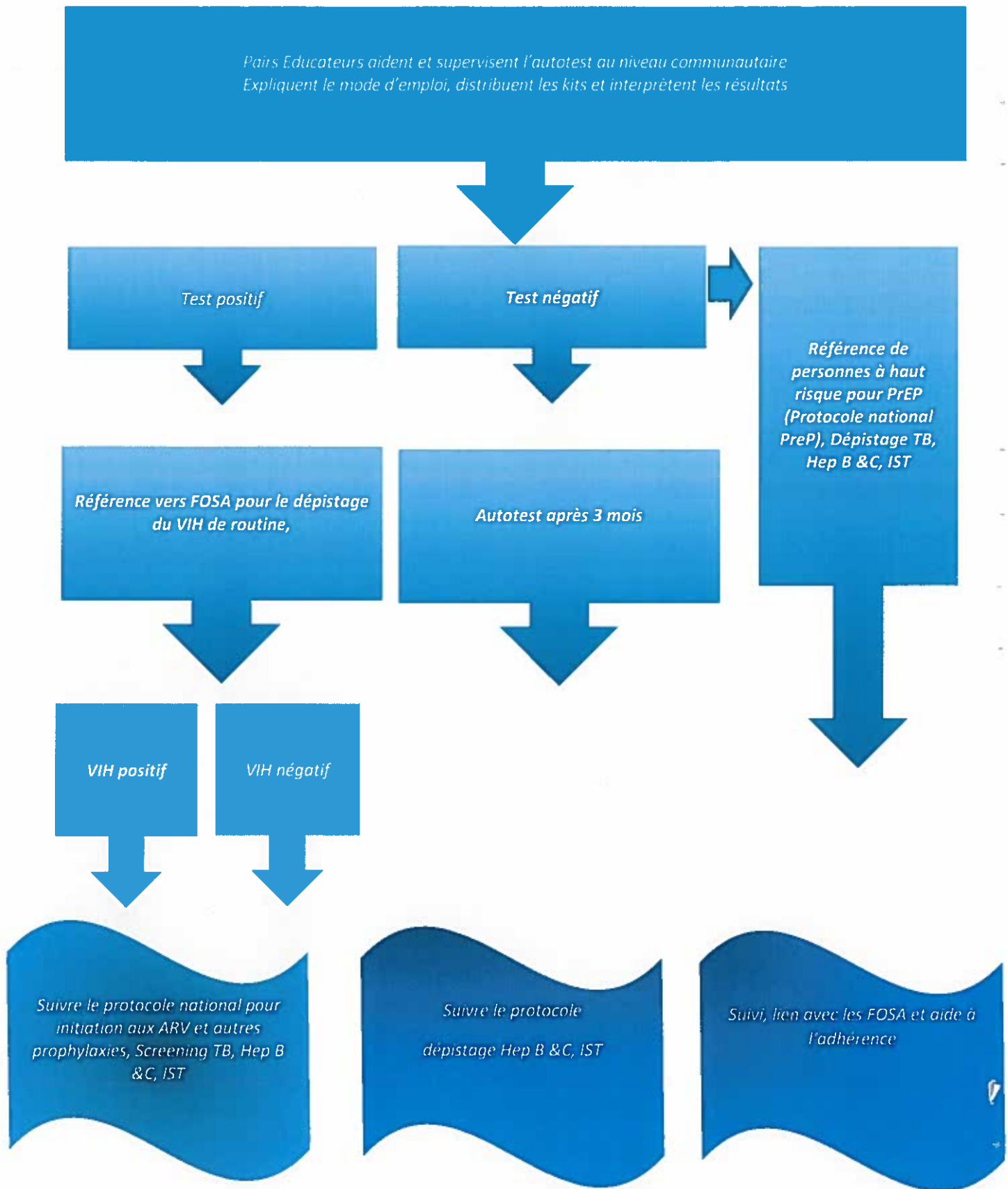
## ANNEXE 2 : FLUX DES DONNÉES DANS LE SYSTEME DE SANTE

### Circuit de l'information



—————> : Transmission des données et informations au niveau supérieur  
 .....> : Retro information au niveau inférieur

### ANNEXE 3: L'ALGORITHME D'AUTOTEST



## ANNEXE 4 : ALGORITHME 4 DE PRESCRIPTION MULTI MENSUELLE ET APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS

Patient stable :

- TAR pendant au moins un an
- Pas de réactions indésirables aux médicaments nécessitant une surveillance régulière,
- Pas de maladie ou de grossesse ou d'allaitement au moment concerné
- Adhérent bien au TAR
- Preuve de la réussite du traitement (2 mesures consécutives de la charge virale indétectable).
- Profil hématologique et biochimique normaux (Hb, ASAT, ALAT, Créatinine)
- Adultes



Médecin ou infirmier  
Faire une évaluation clinique et bilans chaque 6 mois et prescription pour 6 mois



Structure de sanitaire

Structure communautaire



**Groupe de parole** (médiateur de santé,  
Patient leader, personnel de santé)

Dispensation ARV et autres  
médicaments Prophylactiques pour trois  
mois

Education/adhérence au traitement

**Pharmacie/point de dispensation**  
(Personnel de santé)

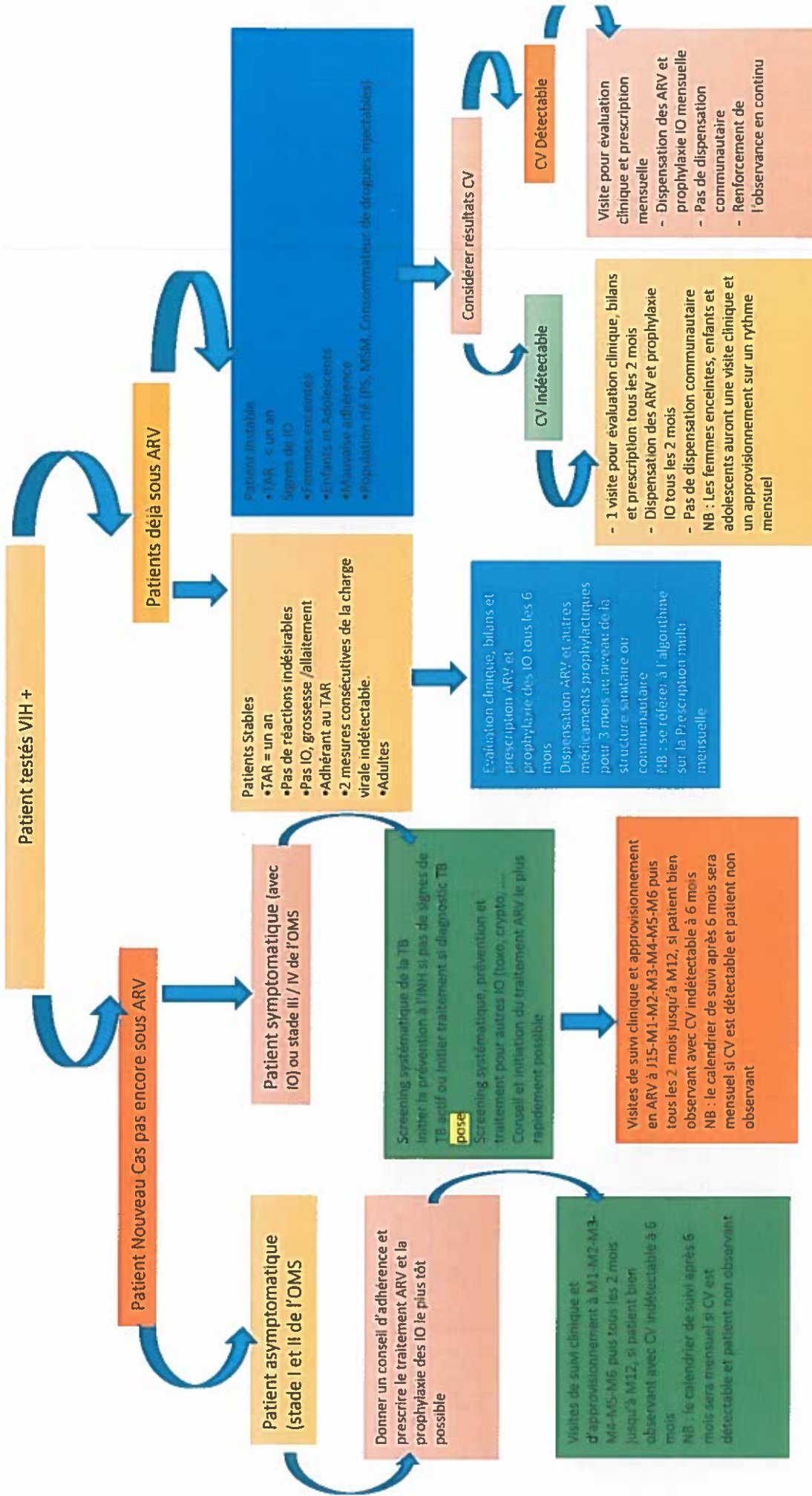
Dispensation ARV et autres  
médicaments Prophylactiques pour  
trois mois

Education/adhérence au traitement

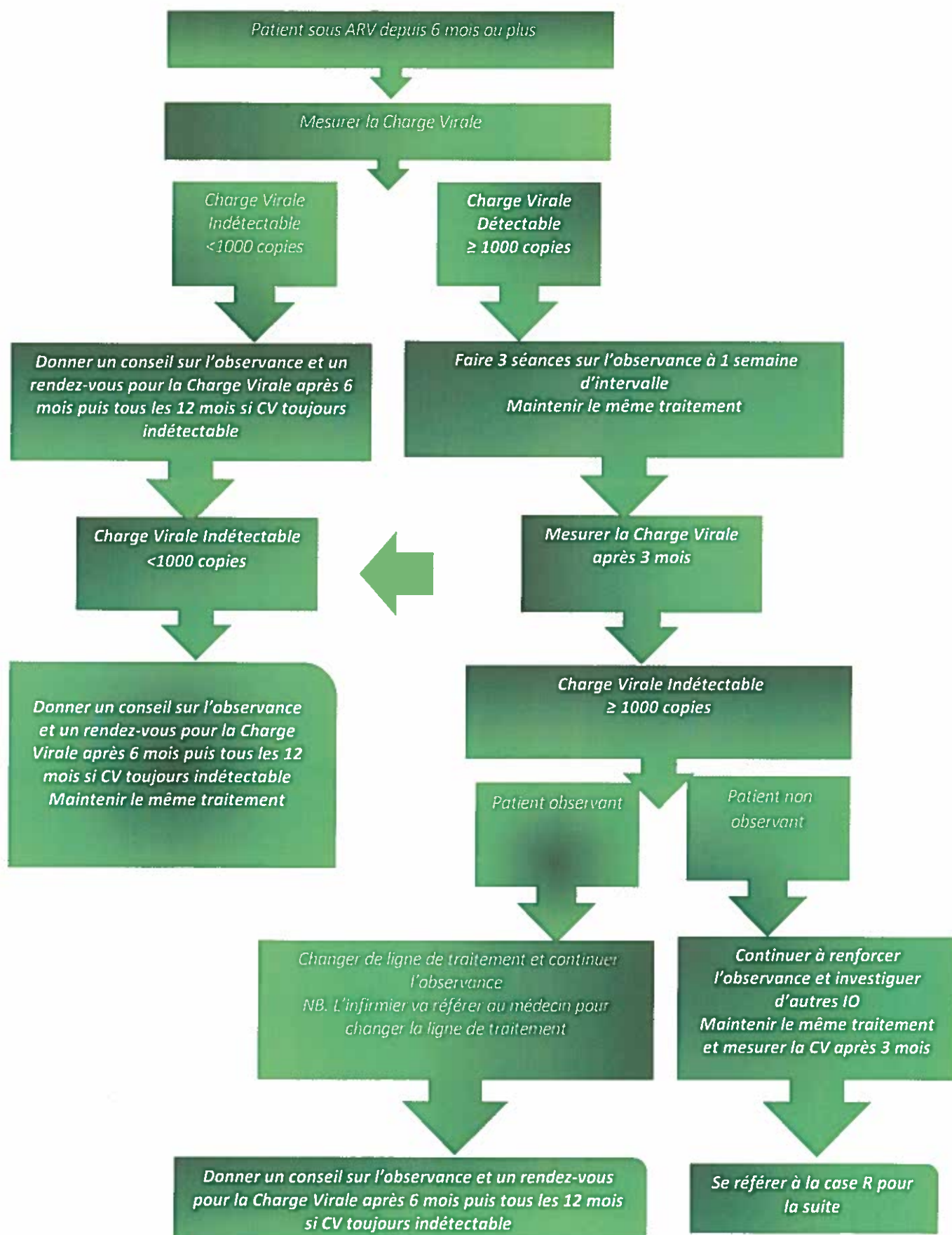
**Groupe de parole** (médiateur de  
santé ou Patient leader)  
Dispensation ARV et autres  
médicaments prophylactiques pour  
trois mois

Education/adhérence au traitement

## ANNEXE 5. ALGORITHME DE SUIVI CLINIQUE DES PATIENTS VIH +



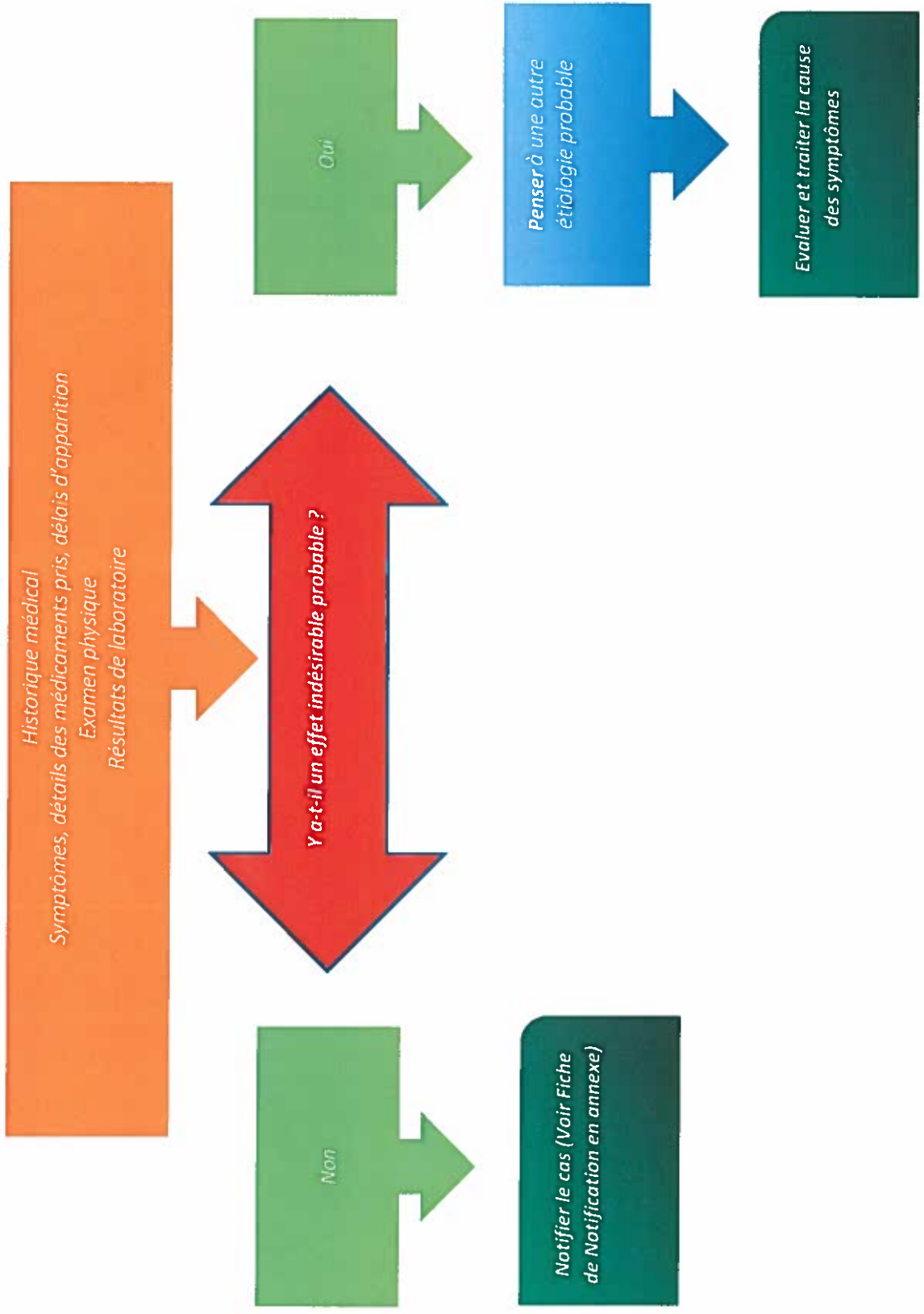
## Annexe 6 : Algorithme de gestion d'échec thérapeutique et de changement de ligne de traitement ARV



## ANNEXE 7 : SOMMAIRE DES ACTIVITES DE S & E A DIFFERENTS NIVEAUX ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

	Niveau communautaire	Niveau Soins de Santé Primaire	Niveau des Hôpitaux	Niveau du district	Niveau de la province	Niveau national
Activités de Suivi/ Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registres de programme</li> <li>Formulaire de collecte de données</li> <li>Opérateurs de santé, fournisseurs de services</li> <li>Systèmes de vérification de données</li> <li>etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opérateurs de santé, capacité à collecter des données</li> <li>Enregistrement et déclaration des systèmes (Plateforme électronique) ex. SIDA info</li> <li>Registres de la FOSA</li> <li>Capacité de capture de données</li> <li>Processus de Validation des données</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agent d'information : capacité de recueillir, d'assembler et rapporter les données de santé du district</li> <li>Systèmes de données agrégées (DHIS)</li> <li>Systèmes de données agrégées des FOSA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Données agrégées (DHIS)</li> <li>Systèmes de traitement de l'information</li> <li>Tableaux de bord du District</li> <li>Examen du rendement</li> <li>Plans de renforcement des capacités</li> <li>Ressources / mobilisations-à partir de données des partenaires</li> <li>etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluation du rendement des programmes à partir des données</li> <li>Planification, exécution et examen-à l'aide des informations</li> <li>Planification provinciale</li> <li>Participation sectorielle au S&amp;E</li> <li>Plans de coordination</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planification stratégique</li> </ul>
Outils de collecte des données/ élaboration de rapports		<ul style="list-style-type: none"> <li>Registres CDV, PTME, PEC, Gestion des ARV</li> <li>Rapport CDV, PTME, PEC, Gestion des ARV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registres CDV, PTME, PEC, Gestion des ARV</li> <li>Rapport CDV, PTME, PEC, Gestion ARV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GESIS/DHIS2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GESIS/DHIS2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GESIS/DHI S2</li> </ul>

**ANNEXE 8 : ALGORITHME DE SUSPICION D'EFFET INDESIRABLE D'UN MEDICAMENT DANS UN SITE DE DEPISTAGE ET OU DE PRISE EN CHARGE**



**ANNEXE 9 : OFFRES D'INTERVENTIONS PAR NIVEAU DE SOINS**

CENTRAL		INTERMÉDIAIRE			OPÉRATIONNEL			NIVEAU COMMUNAUTAIRE
PNLS/ST	LABORATOIRE DE RÉFÉRENCE	E			BDS	CDS	HÔPITAL	
Consolidation des capacités prestataires au niveau communautaire, CDS, HD, BDS et BPS	Garantie de maintenance préventive des appareils CV/PCR	Supervision du personnel des CDS, HD et BDS sur les activités VIH			Approvisionnement des formations sanitaires du niveau opérationnel en intrants VIH	Prélèvement sur papier buvard pour des enfants nés de mères séropositives	Soins et traitement des comorbidités et co-infections du niveau C ou D selon le plateau technique	Contribution dans le continuum des soins au profit des PVVH,
Formation du personnel des BDS, HD et BPS en tutorat et supervision formative	Garantie d'assurance qualité du dépistage	Coordination des activités de lutte contre le SIDA dans les Districts sous leur responsabilité			Formation du personnel des CDS et HD sur les directives de prévention et de traitement du VIH par les ARV	Taux d'hémoglobine ou d'hématocrite,	Initiation à la prophylaxie au CTX, INH, l'amphotéricine et Fluconazole	Amélioration de l'observance au traitement des patients ;
Elaboration et production de matériel éducatif (affiches, dépliants, boîtes à images) sur le TARV et la SR/PTME	Analyse des échantillons PCR, CV et CD4 et transmission des résultats	Coordination de la diffusion des meilleures pratiques			Formation du personnel des CDS et HD sur la gestion des intrants, la collecte des données et la rédaction de rapport	Prélèvement et transport des échantillons pour le bilan de suivi ;	Diagnostic et traitement étiologique des IST	Promotion de l'utilisation des préservatifs
	Elaboration d'un rapport mensuel	Organisation de supervisions techniques (tutorat des prestataires) par les tuteurs identifiés dans les HD dans tous les Centres de santé			Initiation au Traitement ARV	Gestion de cas compliqués référés par le CDS (VIH/Cancers, effets secondaires des ARV et autres médicaments de la prise en charge du VIH, échec thérapeutique...)	Promotion de l'utilisation des préservatifs	Animation de séances de sensibilisation à travers le théâtre, les chansons, les films et des causeries éducatives
	Approvisionnement en intrants				Soins et traitement aux ARV des malades stables	Initiation au Traitement ARV	Laboratoire : Biochimie, test diagnostique des IO, contrôle qualité des laboratoires de CS,	Prise en charge nutritionnelle et conseil en termes d'alimentation saine de la PVVH



		l'approche syndromique	mesure de la charge virale	Prise en charge psychosociale de qualité
<b>Mise à disposition les intrants VIH</b>	cibiés pour la délégation des tâches	PTME à travers les quatre piliers	Prescription des ARV de deuxième ligne	Promotion des droits des PVVIH par des conseils juridiques afin de lutter contre la discrimination et la stigmatisation
<b>Garantie de maintenance des équipements</b>	Organisation de supervisions formatives des HD et FOSA	PEP	Référence des PVVIH avec échec en deuxième ligne	Communication dans les milieux à Vulnérabilité élevée (prisons, sites commerciaux, sites miniers...)
<b>Mise en place de mécanismes d'élaboration de rapport</b>	Organisation du transport des échantillons et du rendu des résultats	Suivi de la PrEP	Contre référence vers les CDS des PVVIH stable	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
<b>Subvention des bilans faits par les hôpitaux pour les PVVIH suivis dans les structures non équipées en appareil</b>	Documentation des bonnes pratiques	CDV du VIH en stratégie fixe et avancée, privilégiant l'approche DCIP et confirmation du diagnostic des sujets bénéficiant de l'autotest	Organisation de l'archivage et évaluation régulière des données cliniques, biologiques et thérapeutiques	Garantie d'une plus grande adhésion des jeunes, des femmes et de leurs conjoints au programme VIH
	Validation et transmission des rapports aux niveaux hiérarchiques	Re-testing pour les patients en attente de traitement qui sont suivies dans la structure	Appui dans l'encadrement des prestataires des FOSA à la prescription des ARV surtout pédiatrique	Promotion des services de dépistage volontaire
		Prise en charge psycho sociale	Documentation des bonnes pratiques	Elaboration de rapport au niveau de la FOSA
		Initiation à la prophylaxie au CTX, INH et aux ARV		
		Coordination des activités communautaires dans leur aire de responsabilité		
		Gestion des intrants		
		Collecte, analyse et transmission des données.		

## ANNEXE 10 : ACTIONS PRIORITAIRES RECOMMANDÉES POUR LA MISE EN ŒUVRE

SITUATION ACTUELLE-NOVEMBRE 2016	ACTIONS RECOMMANDÉES
<p>Intégration de la GAS : Le système de la GAS, pour les produits visant à prévenir/traiter le VIH, Hépatites, TB et Paludisme (médicaments et réactifs), devrait être intégré pour un meilleur rapport coût-efficacité</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer les stocks de produits contre le VIH /SIDA</li> <li>• Renforcer les capacités du Comité de coordination des approvisionnements et de la sécurisation des produits pharmaceutiques, afin de lui permettre de faire une bonne prévision des besoins annuels et une mise à jour trimestrielle du plan d'approvisionnement, permettant d'assurer une disponibilité ininterrompue des produits contre le VIH/Sida.</li> <li>• Etendre le LMIS à 34 DS en 2017, 46 DS en 2018 et constituer une LMU (tous les programmes) pour une meilleure coordination de la collecte et remontée des données de gestion des stocks chaque mois. Les analyser et les faire valider sous le leadership du DPML et DSNIS.</li> </ul>
<p>La quantification, les prévisions et la planification des approvisionnements doivent se faire de la périphérie au niveau central pour tenir compte des besoins réelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etendre le LMIS à 34 DS en 2017, 46 en 2018 et constituer une LMU (incluant tous les programmes) pour une meilleure coordination de la collecte et remontée mensuelle des données de gestion des stocks, du niveau périphérique au centre. Avec le GHIS-2, faire une compilation mensuelle des rapports par LMU, les analyser et les faire valider trimestriellement, sous le leadership du DPML et DSNIS.</li> <li>• Faire la quantification annuelle des intrants contre le VIH/SIDA, avant juin 2017, pour tenir compte des nouvelles directives de l'OMS 2015.</li> </ul>
<p>L'efficience est cruciale avec des ressources limitées et un programme de passage qui doit passer à l'échelle nationale : ex. Approvisionnements groupés, réduction du nombre de schémas, achat des FDC, négociations et compétition.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les achats des programmes sont généralement faits à travers un système d'achats groupés par des mécanismes globaux spécialisés (PPM, PFSCM, RMI, ...)</li> <li>• Les CDF sont privilégiés dans le choix des protocoles de traitement.</li> </ul>
<p>Gestion des stocks, stockage et une distribution efficiente : comment gérer les grandes quantités de médicaments dans un lieu de stockage limité : dispensation multi-mensuelle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En 2017 : renforcer les capacités (Former/recycler) des gestionnaires de stocks (CAMEBU, districts et FOSA) sur les bonnes pratiques de stockage et de distribution.</li> <li>• Renforcer la capacité de stockage au niveau de la CAMEBU, des districts et FOSA à grande file active</li> <li>• Adapter les outils de gestion des stocks aux nouvelles directives suite à l'introduction du</li> </ul>

	<p>modèle de dispensation trimestrielle pour patients stables.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dès janvier 2017, appliquer les paramètres de stocks (min et max) à tous les niveaux tel que préconisé dans les outils LMIS.</li> </ul>
<p><b>Le système d'information et de gestion logistique doit être plus efficace : il faut maîtriser la situation de stock et des consommations à tous les niveaux du circuit de distribution pour éviter la rupture de stock/sur stockage</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LMIS déjà mis en œuvre dans 12 districts pilotes, il doit être étendu progressivement sur l'ensemble du territoire national (34 DS en 2017, 46 en 2018).</li> <li>• Outils LMIS intégrés.</li> <li>• Supervision des districts pour une meilleure utilisation des outils de gestion.</li> <li>• Uniformiser le circuit de distribution des intrants pour une meilleure efficacité.</li> </ul>
<p><b>L'approvisionnement en réactifs et autres produits de labo est plus complexe que celui des médicaments</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place un système LMIS labo (2018)</li> <li>• Harmoniser les équipements et réactifs de labo pour permettre une meilleure quantification et gestion des intrants ainsi que la maintenance des équipements de labo</li> </ul>
<p><b>Mobilisation des ressources : Sur la base du plan de passage à l'échelle de la PEC et traitement, faire la quantification et les prévisions sur 3-5 ans et faire une mobilisation de ressources.</b> Toujours inclure les activités de la GAS : Supervision, LMIS, formation, fiches de gestion, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une demande de financement complémentaire sera adressée aux bailleurs en tenant compte des écarts générés par la mise en œuvre des nouvelles directives nationales.</li> </ul>



**ANNEXE 11. FICHE DE NOTIFICATION DES EFFETS INDESIRABLES DES  
MÉDICAMENTS, VACCINS ET AUTRES PRODUITS DE SANTÉ**

**PATIENT TRAITÉ**

Nom et prénom	Age	Sexe	Poids (kg)	Taille (cm)
		€M €F		

Si sexe féminin, grossesse en cours ? : €Oui      €Non      Date des dernières règles :  
.....

€Tabac      €Alcool      €Remède traditionnel      €Traitement chronique  
(préciser).....

Antécédents médicaux pertinents, réaction antérieure au médicament, examens de  
laboratoire, commentaires (*ajouter une feuille supplémentaire si  
nécessaire*).....  
.....  
.....  
.....

Adresse : Colline.....  
Commune:.....Province..... Tel :.....

**MÉDICAMENT(S) ET/OU PRODUIT(S) PRIS DANS LA PÉRIODE**

Nom commercial du produit et présentation	Posologie	Voie d'administration	Date de prise		Numéro de lot	Date de péremption	Motif du traitement
			Début	Fin			

Cochez en cas de :    €Automédication    €Pharmacodépendance    €Erreur  
thérapeutique    €Surdosage

Si Vaccin : lequel ?..... n° de lot : vaccin  
..... solvant .....

Lieu de vaccination : .....      € public      €  
privé      €Campagne de vaccination

## EFFET(S) INDESIRABLE(S)

Description de l'effet indésirable :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Date d'apparition : ...../...../.....  
 ...../...../.....

Date de disparition (si disparu) :

Délai d'apparition : / /  minutes / heures / jours / mois (entourer la mention applicable)

### Conduite adoptée

### Evolution (au moment de la déclaration)

<input type="checkbox"/> Arrêt du médicament <input type="checkbox"/> Réduction de la dose <input type="checkbox"/> Hospitalisation	<input type="checkbox"/> Prolongation d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Traitement correcteur Préciser : .....
---	---

<input type="checkbox"/> Guéri <input type="checkbox"/> Guérissant <input type="checkbox"/> Guéri avec séquelles	<input type="checkbox"/> Non guéri <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Inconnu
--	--

Arrêt du médicament :  Oui  Non      Diminution de la dose du médicament :  Oui  Non

Si arrêt ou diminution de dose, l'effet indésirable a-t-il :  Disparu  Diminué  Non applicable

Au cas où vous auriez réintroduit le médicament, l'effet indésirable est-il réapparu ? :  Oui  Non

### NOTIFIANT

Nom et prénom

Téléphone

Email

Date de notification

--	--	--	--

Profession :  Médecin     Pharmacien     Dentiste     Sage-femme     Infirmier     Autres

Province

District

Formation sanitaire

Service  
Signature

**Merci de votre notification et de votre contribution visant à promouvoir la sécurité du patient !**

## NOTE D'INFORMATION

### **Confidentialité**

L'identité du notifiant et celle du patient demeurent strictement confidentielles

### **Les obligations de signalement.**

Tout médecin, pharmacien, dentiste, infirmier ou sage-femme ayant constaté un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament ou produit de santé, qu'il/elle l'ait ou non prescrit, doit en faire la déclaration immédiate au centre de pharmacovigilance dans un délai n'excédant pas plus de 15 jours

### **Les médicaments dérivés du sang.**

Tous les professionnels de santé ayant constaté un effet indésirable susceptible d'être dû à un médicament dérivé du sang doivent en faire la déclaration immédiate au centre de pharmacovigilance

### **Le rôle des professionnels de santé en matière de pharmacovigilance**

1. Notifier le centre de pharmacovigilance, le plus rapidement possible :
  - a. toute présomption d'effets indésirables graves ou inattendus, en rapport avec l'utilisation d'un ou plusieurs médicaments,
  - b. toute observation d'effet indésirable lié à un mésusage,
  - c. tout autre effet qu'il/elle juge pertinent de déclarer.
2. Répondre aux demandes du destinataire de la notification en confirmant et complétant celle-ci par écrit, notamment si elle a été transmise oralement ou par téléphone, afin de documenter l'observation initiale.
3. Informer les patients des déclarations les concernant adressées au centre de pharmacovigilance Conserver les documents concernant l'effet indésirable présumé afin de permettre, en cas de besoin, de compléter les informations précédemment transmises.
4. Coopérer avec les structures de pharmacovigilance, notamment dans le cadre d'enquêtes particulières.
5. Se tenir informé et tenir compte dans sa pratique professionnelle des données de tolérance des médicaments prescrits, dispensés ou administrés.

Le centre de Pharmacovigilance de la DPML est à votre disposition pour recevoir toutes vos demandes de renseignement concernant des problèmes liés à l'utilisation des médicaments et autres produits de santé : effets indésirables, échecs thérapeutiques, interactions médicamenteuses, utilisation chez la femme enceinte ou qui allaite, problèmes de qualité d'un médicament, défaut d'emballage ou d'étiquetage  
Contacts du centre national de pharmacovigilance à la DPML

**CNPV/Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires**

**Email : [cnpv.dpml@gmail.com](mailto:cnpv.dpml@gmail.com)**

**BP : 1820 BUJUMBURA**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Bekker, L.B., Rebe, k., Venter, F., Maartens, G., Moorhouse, M., Conradie, F., Wallis, C., Black, V., Harley, B., Eakles, R.. (2016). Southern African guidelines on the safe use of pre-exposure prophylaxis in persons at risk of acquiring HIV-1 infection, Southern African Journal of HIV Medicine ISSN: (Online) 2078-6751, (Print) 1608-9693
2. Centre for Disease Control and Prevention (2016). Pre-exposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in the United States: A Clinical Practice Guideline, May 05, 2016, <http://www.infectiousdiseaseadvisor.com/hiv/aids/hiv-pre-exposure-prophylaxis-algorithm-men-who-have-sex-with-men/article/419045/>
3. Centre for Disease Control and Prevention (2016). Updated Guidelines for Antiretroviral Post-Exposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Non-Occupational Exposure to HIV— United States, 2016, <http://www.cdc.gov/hiv/pdf/programresources/cdc-hiv-npep-guidelines.pdf>
4. Ministère de Sante et de lutte contre le Sida, République du Burundi, Directives pour le système national de pharmacovigilance au Burundi, Décembre 2015
5. Ministère de Sante et de lutte contre le Sida, République du Burundi, GESTION DU DISTRICT SANITAIRE, Gestion des médicaments, MODULE DE BASE, destiné à la formation des responsables de la gestion des pharmacies des centres de santé, des hôpitaux et des districts, Pages 9-10
6. Organisation Mondiale de la Sante. (2016). Stratégie Mondiale du secteur de la Sante contre le VIH, 2016-2021, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250576/1/WHO-HIV-2016.05-fre.pdf?ua=1>
7. Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2014). Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle, Manuel clinique. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204236/1/WHO\\_RHR\\_14.26\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204236/1/WHO_RHR_14.26_fre.pdf?ua=1)
8. ONUSIDA, 2008. Cadre structurel pour un système national fonctionnel de suivi et évaluation du VIH, Avril, 08, [http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/20080430\\_JC1769\\_Organizing\\_Framework\\_Functional\\_v2\\_fr.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/20080430_JC1769_Organizing_Framework_Functional_v2_fr.pdf)
9. UNESCAP, 2009. Le processus de prise de décision et le processus par lequel les décisions sont mises en œuvre (ou non mises en œuvre)".
10. République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida (2016). Politique Nationally de Santé 2016-2025, Janvier 2016.







