

REPUBLIQUE DU BURUNDI



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

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST

**RAPPORT ANNUEL DES ACTIVITES DE LUTTE
CONTRE LE VIH/SIDA/IST DANS LE SECTEUR SANTE,
2017**

PNLS/IST, Juin 2018

PREFACE

Depuis l'apparition du Virus de l'Immunodéficience Humaine au Burundi en 1983, des efforts importants ont été déployés par le Gouvernement du Burundi et ses partenaires en vue de répondre d'une manière appropriée à l'épidémie du VIH/SIDA à travers la formulation d'une réponse nationale efficace articulée sur une approche multisectorielle et décentralisée. Il a fait de « l'accès universel », l'épine dorsale de sa politique en matière de lutte contre le VIH/Sida et a adhéré à toutes les initiatives internationales et régionales pour atteindre ses objectifs. Ainsi, la prévalence du VIH est passée de 3.6% en 2007 à 0.9% selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé de 2016-2017.

Depuis 2014, le Burundi s'est doté du Plan Stratégique Nationale de lutte contre le VIH/sida pour la période de 2014 à 2017. L'analyse de la situation effectuée dans le cadre de son élaboration a montré que même si des indications probantes renseignent que l'épidémie décroît dans la population en général, les nouvelles infections sont encore nombreuses dans certaines catégories de la population.

Ainsi donc, toutes les interventions menées en 2017 par les différents acteurs s'inscrivent dans l'esprit de soutenir de manière plus opérationnelle ce PSN 2014-2017. Elles sont compilées par le PNLS/IST dans le présent rapport qui est élaboré pour matérialiser la situation actuelle de la réponse au VIH au Burundi. Il donne l'image claire et significative de l'état des lieux de la réponse au VIH et montre l'évolution de la situation et le niveau des réalisations de 2017. Parallèlement, il va servir d'outil d'information, de plaidoyer, d'orientations sur les décisions programmatiques, de mobilisation des ressources et de suivi- d'évaluation.

En se référant aux axes stratégiques, ce rapport montre des actions appréciables qui ont été menées au niveau de la prévention, des avancées significatives dans la prise en charge globale des PVVIH et des améliorations observées tant dans le suivi évaluation que dans la coordination de la réponse médicale au VIH/sida.

Son élaboration a été caractérisée par la contribution de toutes les parties prenantes internes et externes au Programme depuis le niveau périphérique jusqu'au niveau central.

C'est une bonne opportunité pour le PNLS/IST de réitérer ses remerciements aux acteurs des secteurs tant public que privé, de la société civile, des organisations non gouvernementales et des partenaires techniques et financiers qui ont participé au processus d'élaboration de ce rapport.

Dr KWIZERA Evariste

Le Médecin Directeur du PNLS/IST



ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ANSS	Association nationale de soutien aux séropositifs
ARV	Antirétroviraux
BDS	Bureau du District Sanitaire
BPS	Bureau Provincial de Santé
BS	Banque de sang
CAMEBU	Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi.
CDS	Centre de Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPN	Consultation Périnatale
CDV	Conseil et dépistage volontaire
CVC	Compétences à la vie courante
EDS	Enquête démographique et de Santé
FHI	Family Health International
FM	Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
FOSA	Formation Sanitaire (Centre de santé, Hôpital...)
IEC/CCC	Information, Education/ Communication pour le Changement de Comportement
INSP	Institut National de Santé Publique.
IO	Infection opportuniste
IST	Infection Sexuellement Transmissibles
MSM	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
NU	Nations Unies
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation de la société civile
PCA	Paquet Complémentaire d'Activité
PMA	Paquet Minimum d'Activité
PEC	Prise en charge

PNLS/IST	Programme National de Lutte contre le Sida/Infections Sexuellement transmissible
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	Professionnel (le)s du sexe
PSI	Population Services international
PSN	Plan stratégique national de lutte contre le sida
PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PTS	Poste de transfusion sanguine
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
SEP/CNLS	Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida
SIDA	Syndrome d'immunodéficience Les forces et opportunités :
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SNU	Système des Nations Unies
SR	Santé Reproductive
TPS	Techniciens de promotion de la santé
TS	Travailleuses de sexe
UN	Nations Unies
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	L'Agence Américaine pour la Coopération au Développement
USLS	Unités Sectorielles de Lutte contre le sida
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'Immunodéficience acquise

TABLE DES MATIERES

PREFACE.....	I
ABREVIATIONS ET ACRONYMES	II
TABLE DES MATIERES.....	IV
LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES GRAPHIQUES	V
I. RESUME EXECUTIF.....	1
A. PREVENTION DE NOUVELLES INFECTIONS A VIH.....	1
B. LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH.....	2
C. LA GESTION LOGISTIQUE DES INTRANTS	2
D. RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION.....	3
E. COORDINATION DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH ET LE SIDA DANS LE RESPECT DES « TROIS PRINCIPES »	3
II. INTRODUCTION	4
II.1. CONTEXTE.....	5
II.2. ANALYSE DE LA DYNAMIQUE DE L'EPIDEMIE	6
III. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA A TRAVERS DIFFERENTES INTERVENTIONS/ACTIVITES	8
III.1. PREVENTION DE NOUVELLES INFECTIONS A VIH	8
III.1.1 <i>La prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle</i>	9
III.1.2 <i>Prévention de la transmission sanguine</i>	21
III.1.3 <i>Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant</i>	23
III.2. LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH	34
III.2.1 <i>Politique/Directives</i>	34
III.2.2 <i>Prise en charge de la coïnfection TB/VIH</i>	34
III.2.3 <i>Couverture en traitement ARV</i>	37
III.2.4 <i>Suivi biologique des PVVIH</i>	47
III.3. LA GESTION LOGISTIQUE DES INTRANTS	49
III.4. RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION	50
III.5. COORDINATION DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH ET LE SIDA DANS LE RESPECT DES « TROIS PRINCIPES »	53
IV. CONCLUSION.....	55
REFERENCES.....	56

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : SYNTHÈSE DES INDICATEURS DE LA PÉRIODE 2017	7
TABLEAU 2 : DÉPISTAGE DU VIH PARMI LA POPULATION GÉNÉRALE EN 2017	10
TABLEAU 3 : RENDEMENT DE DÉPISTAGE DU VIH PAR PROVINCE, PAR DISTRICT ET PAR TRANCHES D'ÂGE EN 2017	10
TABLEAU 4 : CAS D'IST DIAGNOSTIQUÉES ET TRAITÉES PAR PROVINCE ET DISTRICT EN 2017	17
TABLEAU 5 : PRÉVALENCE DU VIH CHEZ LES FEMMES ENCEINTES SELON LES DONNÉES DES SERVICES DE CPN.....	26
TABLEAU 6 : TRAITEMENT ARV CHEZ LA FEMME/ALLAITANTE ET PROPHYLAXIE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ	26
TABLEAU 7 : DIAGNOSTIC INFANTILE PRÉCOCÉ.....	26
TABLEAU 8 : TAUX DE SÉROPOSITIVITÉ DES FEMMES ENCEINTES VUES EN CPN1 PAR PROVINCE ET PAR DISTRICT EN 2017.....	27
TABLEAU 9 : FEMMES ENCEINTES SÉROPOSITIVES AYANT REÇU DES ANTIRETROVIRAUX DANS LE CADRE DE LA PTME PAR PROVINCE ET PAR DISTRICT EN FIN 2017	29
TABLEAU 10 : COUVERTURE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL EN 2017	39
TABLEAU 11 : PVVIH SUIVIES ET PVVIH SOUS ARV PAR DISTRICT ET PAR TRANCHE D'ÂGE EN FIN 2017	40
TABLEAU 12 : PVVIH SOUS ARV PAR PROVINCE, PAR SEXE ET PAR TRANCHES D'ÂGE.....	43

LISTE DES GRAPHIQUES

FIGURE 1 : ÉVOLUTION DU NOMBRE DES SITES DE CDV DE 2010 A 2017.....	9
FIGURE 2 : PRÉSÉRATIFS DISTRIBUÉS GRATUITEMENT	14
FIGURE 3 : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SITES PTME DE 2010 A 2017	24
FIGURE 4 : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE FEMMES SOUS PROTOCOLE PTME DE 2010 A 2017	25
FIGURE 5 : ÉVOLUTION DU TAUX (%) DE TRANSMISSION DE LA MÈRE À L'ENFANT (SPECTRUM 2018).....	31
FIGURE 6 : ÉVOLUTION DE NOUVELLES INFECTIONS (PROJECTION SPECTRUM 2018)	34
FIGURE 7 : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SITES ARV DE 2010 A 2017.....	39
FIGURE 8 : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PVVIH SOUS ARV DE 2010 A 2017	39
FIGURE 9 : SITUATION DES 90-90-90 EN FIN 2017	44
FIGURE 10 : COUVERTURE CHARGE VIRALE EN 2017	44
FIGURE 11 : CASCADE DES SOINS DES PVVIH PAR RAPPORT AUX 3 « 90 » EN FIN 2017.....	45
FIGURE 12 : CASCADE DES 3 « 90 » ET GAPS (EN NOMBRE) PAR RAPPORT AUX CIBLES EN FIN 2017	45
FIGURE 13 : CASCADE DES 3 « 90 » ET GAPS (EN %) PAR RAPPORT AUX CIBLES	46
FIGURE 14 : ÉVOLUTION DU CIRCUIT DES INFORMATIONS SUR LE VIH DE 2014 A 2017.....	51

I. RESUME EXECUTIF

A. PREVENTION DE NOUVELLES INFECTIONS A VIH

Les interventions de prévention de nouvelles infections à VIH se sont principalement focalisées sur les domaines suivants :

- La prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle,
- La prévention de la transmission par voie sanguine
- La prévention de la transmission de la mère à l'enfant

Dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle, les efforts ont été surtout concentrés sur les activités de la promotion des comportements sexuels à moindre risque, la promotion à l'utilisation du préservatif, la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), la promotion du conseil et dépistage volontaire en stratégies fixes ou en stratégies mobile intégrant l'approche de dépistage indexé avancé , l'implication des leaders communautaires et religieux, la lutte contre les VSBG, la formation des prestataires, l'approvisionnement des CDV en intrants de dépistage et la réhabilitation des CDV.

S'agissant de la prévention de la transmission par voie sanguine, les activités se sont focalisées principalement sur l'acquisition des intrants pour le test du sang aux quatre marqueurs, appui en véhicules pour la collecte du sang dans les quatre centres régionaux de transfusion sanguine, achat de l'appareil automate de sérologie.

Dans le cadre de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant , des interventions relatives aux quatre piliers de la PTME (Prévention primaire du VIH, prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, PTME proprement dit ainsi que Traitement, soins et soutien pour la femme séropositive, son enfant et la cellule familiale) ont été mises en œuvre en référence au plan national d'élimination 2012-2016 et dont l'évaluation a été faite au cours de cette année 2017.

La promotion de la prévention de la transmission du VIH a été soutenue par les plus hautes autorités du pays. Cette implication s'est manifestée à travers plusieurs activités parmi lesquelles.

- La campagne de mobilisation des leaders communautaires pour renforcer leur implication et l'appropriation des activités de lutte contre le sida.

- L'implication de SE la Première Dame à travers l'OPDAS dans la sensibilisation des femmes du corps de défense burundais (femmes officiers et femmes des officiers) pour actualiser leurs connaissances et renforcer le degré de leur implication.
- L'organisation au niveau national de la Journée Mondiale de lutte contre le sida (JMS).

Soulignons que célébration de la JMS a été accompagnée par les activités de sensibilisation pour le dépistage, le dépistage proprement-dit chez les jeunes, counseling et orientation des cas séropositifs vers le service de prise en charge, le soutien aux PVVIH par la distribution des vivres aux PVVIH les plus vulnérables, émission NINDE autour de l'offre des services de prévention, dépistage, prise en charge et suivi des malades infectés par le VIH.

B. LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH

Dans le cadre de l'accélération de la décentralisation des services de traitement ARV, les capacités des prestataires de soin ont été renforcées notamment la formation sur les directives nationales 2016 d'utilisation des ARV pour la prévention et le traitement du VIH, des supervisions cliniques formatives, les formations des laborantins sur le prélèvement et transport conditionné des échantillons de charge virale,

Une mise à jour des documents des normes a été faite notamment le guide de prise en charge syndromique des IST, le plan de mise en œuvre de directives nationales 2016 d'utilisation des ARV pour la prévention et le traitement du VIH. Une stratégie de surveillance de la résistance du VIH aux ARV a été élaborée, il reste sa validation.

Le nombre sites ARV a augmenté ; passant de 500 en 2016 à 686 en 2017 soit 186 nouveaux sites.

C. LA GESTION LOGISTIQUE DES INTRANTS

Les médicaments et autres produits couramment utilisés dans le secteur de la santé pour la lutte contre le VIH et le sida proviennent de plusieurs sources notamment : (i) Le gouvernement à travers le budget ordinaire du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, (ii) les fonds des Partenaires bilatéraux et multilatéraux (Fonds Mondial, USAID/PEPFAR, UNICEF) et (iii) les dons des ONG internationales. Concernant l'entreposage et le circuit de distribution, ces intrants sont logés à la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du BURUNDI (CAMEBU) et distribués à travers les districts sanitaires (pour les centres de santé et hôpitaux du pays) sur base de réquisitions. Pour les structures associatives et hôpitaux à grande file active des PVVIH sous ARV, la réquisition des ARV est faite par ces structures elle-même. Les améliorations de la gestion logistique sont envisageables dans le domaine du VIH en faisant la mise à jour

de la quantification, le suivi régulier de toutes les commandes des intrants, la mise à jour du plan d'approvisionnement et le suivi des consommations par le niveau opérationnel. Des réunions trimestrielles du sous-comité de quantification et de gestion des achats des intrants pour le VIH ont été tenues pour analyser le niveau des stocks d'intrants et mettre à jour la quantification et le plan d'approvisionnement.

D. RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION

Un système de suivi-évaluation fonctionnel représente une des pierres angulaires de la riposte à l'épidémie du VIH/ Sida et les IST au Burundi. Il fournit les informations stratégiques nécessaires à la prise de décisions éclairées en matière de gestion et d'amélioration des performances du Plan Stratégique National 2014-2017. Il génère également des données permettant de respecter les exigences définies en termes de responsabilité.

Pour cette année les stratégies et interventions se sont focalisées essentiellement sur l'intégration effective des données VIH/sida dans le SIS de routine (indicateur et outils), la mise à jour des outils de collecte des données (SIDA Infos ,dossier patient ,registre de suivi des patients, canevas intégré de rapports SIS et de gestion des intrants) , la surveillance sentinelle du VIH (mise à jour du protocole, identification de 12 nouveaux sites, récolte des données dans 20 sites sentinelles), les recherches et évaluations programmatique (audit de la file active des PVVIH, évaluation des sites miniers, étude sur les causes des résultats indéterminés dans le dépistage du VIH, ainsi que l'assurance qualité des données(validations et les audits des données).

E. COORDINATION DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH ET LE SIDA DANS LE RESPECT DES « TROIS PRINCIPES »

La coordination et l'orientation politiques de la réponse sont assurées par l'Assemblée Générale du CNLS, mais aussi et surtout par son Comité exécutif présidé par le Ministre ayant la Lutte contre le sida dans ses attributions. L'Assemblée Générale se réunit deux (2) fois par an au moins, tandis que le Comité Exécutif tient une (1) réunion par trimestre autant de réunions extraordinaires que de besoin.

D'autres cadres de concertation et de décision sont établis selon les mécanismes proposés par des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) notamment le CPSD (Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement) et le CCM (Mécanisme de Coordination Pays, prôné par le Fonds Mondial).

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

Des réunions de coordination des partenaires et des intervenants dans la lutte contre le VIH ont été tenues au niveau provincial et national.

II. INTRODUCTION

Le Burundi s'est doté en 2014 d'un Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA sur la période 2014-2017 (PSN2014-2017) pour faire face à la pandémie du VIH/SIDA. Ce PSN a été traduit en un Plan Opérationnel budgétisé qui indiquait les interventions clés indispensables pour atteindre les objectifs attendus en 2017. Ce plan stratégique vise à assurer un accès universel à des services de prévention, de soins et d'appui de qualité en matière de VIH/sida/IST afin d'améliorer la qualité de vie des PVVIH, réduire le nombre de nouvelles infections et les décès liés au VIH.

La stratégie multisectorielle de lutte contre le VIH/SIDA que le Gouvernement du Burundi a adopté couvre la Prévention de nouvelles infections à VIH ; la Prise en charge globale (des PVVIH, des personnes affectées, des OEV et d'autres groupes vulnérables) ; la Réduction de l'impact socio-économique du VIH et du Sida ; le Renforcement de la coordination de la réponse nationale, du suivi-évaluation et des mécanismes de financement et gestion financière dans le respect des "Trois principes" pour la formulation de l'exécution et le suivi du plan d'action.

Les appuis techniques et financiers les plus importants proviennent du gouvernement du Burundi et des partenaires notamment le Fonds Mondial, USAID/PEPFAR, les agences du système des Nations Unies et les coopérations bilatérales. Ces appuis ont permis de garantir la disponibilité des intrants nécessaire (médicaments et intrants de laboratoire) et le renforcement des capacités des acteurs dans la lutte contre le VIH/SIDA ainsi que l'accélération de la décentralisation des services VIH avec une augmentation des sites ARV, des sites CDV et des sites PTME.

Le rapport annuel de 2017 du PNLIS/IST a été élaboré selon un processus participatif et servira d'outil de sensibilisation, de Plaidoyer, d'information, d'orientations sur les décisions programmatiques, sur les efforts de mobilisation des ressources, de suivi et d'évaluation.

II.1. CONTEXTE

La population du Burundi, dont la majorité vit en milieu rural (89,9%), est caractérisée par une forte proportion de jeunes de moins de 20 ans. Estimée 10,2 millions en 2017 la population présente les caractéristiques classiques des pays en développement. Sa pyramide des âges présente une base large et un sommet rétréci. En effet, l'âge moyen est de 21,6 ans et plus de la moitié des burundais ont moins de 20 ans, alors que les femmes représentent 52,4% de l'ensemble de la population.

La pauvreté touche près de 2/3 de la population avec une forte dominance en milieu rural. Le taux de pauvreté monétaire, en 2014, s'est établi à 64,6% de la population totale du Burundi contre 67,1% en 2006. En d'autres termes, près de deux burundais sur trois ne parviennent pas à satisfaire quotidiennement leurs besoins de base (alimentaire et non-alimentaire)¹.

Dans le domaine de la santé, les mesures de gratuité des soins en faveur des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et qui accouchent, ont contribué à réduire le taux de mortalité infantile des moins de 5 ans de 176/1000 en 2005 à 81/1000 en 2012 et le taux de mortalité maternelle de 615 pour 100 000 naissances à 433 pour 100 000, sur la même période².

Concernant la protection sociale, le taux de couverture reste faible au niveau de l'assurance maladie surtout pour les personnes vulnérables. A titre illustratif, la Carte d'Assistance Maladie rénovée, en 2013, n'a permis d'atteindre qu'une couverture de l'ordre de 20% de la population³.

Depuis 2004, le financement du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme a permis de rendre gratuit les soins liés au Paludisme, à la tuberculose et au VIH (test de dépistage, traitements ARV, médicaments contre les principales IO et les examens de suivi).

¹ISTEEBU, Rapport de l'enquête modulaire sur les conditions de vie des ménages 2013/2014

²ISTEEBU, Rapport de l'enquête modulaire sur les conditions de vie des ménages 2013/2014

³ISTEEBU, Rapport de l'enquête modulaire sur les conditions de vie des ménages 2013/2014

II.2. ANALYSE DE LA DYNAMIQUE DE L'ÉPIDÉMIE

Au Burundi, l'infection à VIH se présente sous forme d'épidémie généralisée avec un taux de prévalence globale de 0.9% au sein de la population générale âgée de 15 à 49 ans (EDSB III 2016-2017) avec une séroprévalence 1.2% chez la femme contre 0.6% chez l'homme dans la même tranche d'âge. L'épidémie est plus concentrée en milieu urbain avec une prévalence de 2,5 % contre 0,7 % pour le milieu rural. (EDSB 2016-2017). Selon les mêmes résultats, cette prévalence varie selon les provinces du pays : 2,6% ; 2 %, 1,9% ; 0,2% et 0,2% respectivement à Bujumbura Mairie, Gitega, Mwaro, Ngozi et Rutana (EDSB 2016-2017).

Depuis plusieurs années, toutes les études montrent une forte féminisation constante de l'épidémie du VIH et l'EDSB 2016-2017 la situe à 1,2% chez les femmes contre 0.6% chez les hommes. Cette féminisation est constatée quel que soit l'âge.

Selon toujours la même EDSB 2016-2017, la prévalence du VIH augmente selon les groupes d'âges et les groupes les plus touchés par l'infection à VIH sont ceux de 35-39 ans avec 2,1%, les 45-49 ans avec 2,2%, les 40-44 ans avec 1,8% et les 30-34 ans avec 1,3%. La prévalence du VIH chez les groupes d'âges les plus jeunes reste faible avec des prévalences inférieures à la moyenne nationale (0,1% pour les 15-19 ans ; 0,4% pour les 20-24 ans ; 0,2% pour les 15-24 ans). Pour les enfants de 6-59 mois, on note une prévalence de 0,1% chez les enfants de 24-59 mois et une prévalence de moins de 0,1% chez les enfants de 6-23 mois. Cependant, il faut noter aussi une prévalence élevée dans la tranche la plus jeune de moins de 15 ans spécialement de 0-4 ans du fait de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Malgré que le niveau de prévalence dans la population générale soit moins élevé, des disparités énormes s'observent et le VIH touche de façon préoccupante certaines catégories notamment les populations clés avec des prévalences variant entre 4.8% chez les hommes ayant des rapports avec les hommes et 21.3% chez les professionnels de sexe (étude PLACE de 2013), 3.8% chez les clients des PS et 5.2% chez leurs partenaires. Les PS sont particulièrement plus concentrées en milieu urbain et elles constituent un des moteurs de l'épidémie au Burundi.

Pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (MSM), le taux de séroprévalence est de 4.8%. La population des MSM avec une forte concentration à Bujumbura-Mairie (74%)⁴. Les facteurs de risques tels que la stigmatisation, l'insuffisance d'informations sur le VIH et sida/IST, le faible accès aux services de prévention et de prise en charge globale constituent un handicap pour la réduction des nouvelles infections chez les Populations clés.

L'évaluation rapide faite en Mairie de Bujumbura en 2017 a montré une séroprévalence du VIH de 10.2% chez les usagers de drogues injectables.

Tableau 1 : Synthèse des indicateurs de la période 2017

Indicateur de couverture	Réalizations			Cibles (%)	Performance (%)
	N	D	%		
TCS-autre 1 : Pourcentage d'adultes bénéficiant actuellement d'un traitement antirétroviral sur l'ensemble des adultes vivant avec le VIH	56,770	68,155	83%	88.03%	94.62%
TCS-autre 2 : Pourcentage d'enfants bénéficiant actuellement d'un traitement antirétroviral sur l'ensemble des enfants vivant avec le VIH	3,345	10,811	31%	53.39%	57.95%
TCS-autre 3 : Pourcentage d'adultes et d'enfants qui sont sous traitement antirétroviral et qui ont bénéficié le dosage de la charge virale	28,945	65,772	44.01%	60.00%	73.35%
TCS-autre 4 : Pourcentage d'établissements de santé dispensant des thérapies antirétrovirales sans rupture de stock pour au moins l'un des médicaments antirétroviraux requis durant deux semaines au cours de la période de rapportage	600	686	87.46%	100.00%	87.46%
TCS-autre 5 : Pourcentage d'adultes et d'enfants enrôlés dans la file active et ayant bénéficié d'un comptage de CD4 durant la période de rapportage	19,664	74,799	26.29%	70.00%	37.56%
PTMTC-1 : Pourcentage de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique VIH	368,545	520,047	70.87%	98.00%	72.31%
PTMTC-2 : Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH mises sous traitement antirétroviral pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant	4,187	5,200	80.52%	90.00%	89.47%
PTMTC-3 : Pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH, ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 2 mois qui ont suivi leur naissance	744	5,200	14.31%	72.00%	19.87%

⁴Rapport PLACE 2013

TB/HIV-3 : Pourcentage de patients séropositifs au VIH qui ont fait l'objet d'un dépistage (screening) de la tuberculose dans des structures de soins ou de prise en charge du VIH	25,214	74,799	33.71%	95.00%	35.48%
TB/HIV-4 : Pourcentage de nouveaux patients séropositifs au VIH qui ont commencé un traitement préventif à l'isoniazide durant la période couverte par le rapport	3,013	6,166	48.86%	70.00%	69.81%
TB/HIV-1 : Pourcentage de patients tuberculeux dont un résultat de test VIH a été enregistré dans le registre de la tuberculose	3,776	4,822	78.31%	96.00%	81.57%
TB/HIV-2 : Pourcentage de patients tuberculeux séropositifs au VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale pendant le traitement antituberculeux	431	695	62.01%	93.96%	66.00%
GP-1 : Nombre de femmes et d'hommes âgés de plus de 15 ans qui ont fait un test VIH et connaissent les résultats	1,489,033	2,196,678	67.79%	100.00%	67.79%

Ce tableau montre le niveau de réalisations de certains indicateurs de couverture contenus dans le cadre de performance du Plan Stratégique National 2014-2017 par rapport aux cibles qui étaient fixées.

Des progrès dans l'atteinte des objectifs du cadre de performance ont été enregistrés.

III. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA A TRAVERS DIFFERENTES INTERVENTIONS/ACTIVITES

III.1. PREVENTION DE NOUVELLES INFECTIONS A VIH

En 2017, les interventions de prévention de nouvelles infections à VIH se sont principalement focalisées sur les domaines suivants :

- La prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle,
- La prévention de la transmission par voie sanguine
- La prévention de la transmission de la mère à l'enfant

III.1.1 La prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle

Les activités réalisées en 2017 dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle se sont orientées dans la logique de la stratégie fast-track qui doit être atteint d'ici 2020. Ainsi, les interventions suivantes ont été menées :

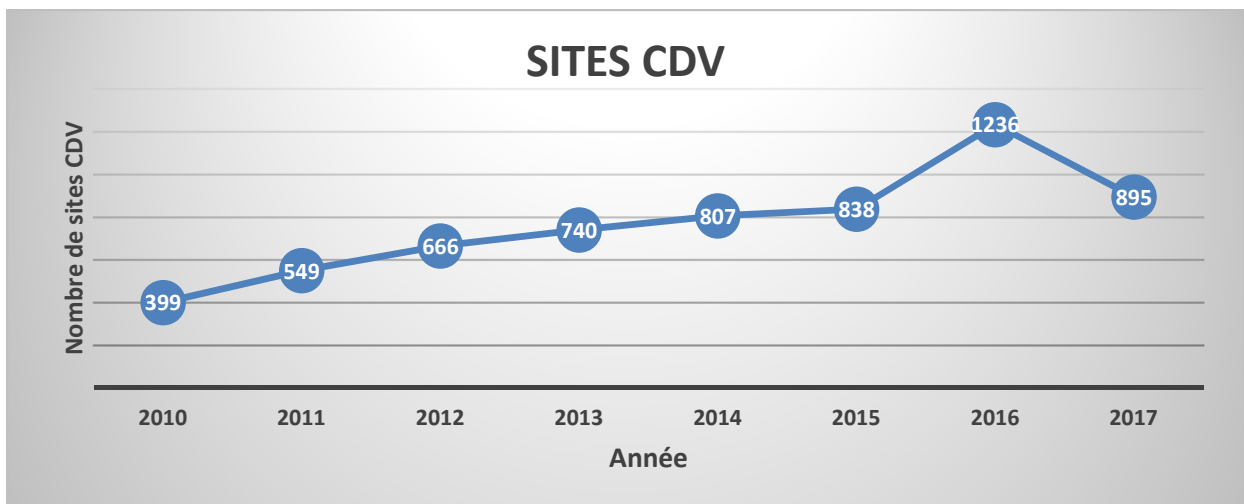
- Le renforcement du dépistage
- La promotion de l'utilisation des préservatifs
- La prévention et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)
- La lutte contre les VSBG

a. Le renforcement du dépistage volontaire

La promotion des activités visant le changement de comportement se sont matérialisées par l'accroissement du taux de dépistage volontaire. Le dépistage volontaire est une des composantes de la prévention permettant à la population de connaître leur statut sérologique afin de renforcer la prévention et/ou assurer la prise en charge précoce des cas positifs. Il permet ainsi de réduire la transmission du VIH au sein de la population. Le service de dépistage offert par les 895 FOSA suivant les stratégies fixes ou mobiles à base communautaire a permis d'atteindre 1,603,095 personnes dont 14,496 cas VIH positif.

Les figures et tableaux suivants montrent l'évolution des CDV, le dépistage du VIH parmi la population générale et le rendement de dépistage du VIH par Province et par district.

Figure 1 : Evolution du nombre des sites de CDV de 2010 à 2017



En 2017, au total **1,603,095** personnes ont été conseillées et de dépistage au VIH et **1,559,899** (soit **97.31%**) ont retiré leurs résultats après dépistage VIH. Signalons que **14,496** personnes ont été dépistées VIH+ (soit **0.90%**).

Malgré les acquis, au niveau national, le rendement de dépistage du VIH reste faible. La stratégie de dépistage ciblée n'est pas encore effective dans toutes les provinces du pays. Il existe un grand gap à combler pour atteindre l'objectif de 90 % des personnes infectées qui connaissent leur statut sérologique d'ici 2020 et les lier aux soins.

Tableau 2 : Dépistage du VIH parmi la population générale en 2017

Synthèse CDV 2017							
	0-14 ans		15-24 ans		15 ans et plus		Total
	M	F	M	F	M	F	
Total Conseillés et dépistés	31,361	39,816	175,581	455,587	492,029	1,039,889	1,603,095
Total Récupérés résultats	31,361	39,505	174,842	453,951	479,199	1,009,834	1,559,899
Total Résultats négatifs	30,510	38,708	172,798	447,764	480,845	1,019,137	1,569,200
Total résultats positifs	379	472	807	2,871	4,684	8,961	14,496
Total résultats indéterminés	1,021	457	2,476	2,474	7,058	10,436	18,972
Taux de positivité	1.21%	1.19%	0.46%	0.63%	0.95%	0.86%	0.90%

Tableau 3 : Rendement de dépistage du VIH par Province, par district et par tranches d'âge en 2017

Province/District	0-14ans			15 ans et plus			TOTAL		
	Pers testées	Pers testées VIH+	% VIH+	Pers testées	Pers testées VIH+	% VIH+	Personnes testées	Pers testées VH+	% VIH+
Bubanza	1,188	18	1.52%	60,651	450	0.74%	61,839	468	0.76%
DS Bubanza	447	7	1.57%	23,351	149	0.64%	23,798	156	0.66%
DS Mpanda	741	11	1.48%	37,300	301	0.81%	38,041	312	0.82%
Bujumbura	11,298	31	0.27%	131,586	437	0.33%	142,884	468	0.33%
DS Isale	4,613	17	0.37%	66,302	258	0.39%	70,915	275	0.39%
DS Kabezi	2,037	12	0.59%	33,162	124	0.37%	35,199	136	0.39%
DS Rwibaga	4,648	2	0.04%	32,122	55	0.17%	36,770	57	0.16%

Bujumbura Mairie	7,604	217	2.85%	157,389	4,005	2.54%	164,993	4,222	2.56%
DS Centre	2,582	75	2.90%	48,997	1,228	2.51%	51,579	1,303	2.53%
DS Nord	4,192	116	2.77%	65,224	1,963	3.01%	69,416	2,079	2.99%
DS Sud	830	26	3.13%	43,168	814	1.89%	43,998	840	1.91%
Bururi	1,911	25	1.31%	75,241	336	0.45%	77,152	361	0.47%
DS Bururi	1,574	21	1.33%	47,109	241	0.51%	48,683	262	0.54%
DS Matana	337	4	1.19%	28,132	95	0.34%	28,469	99	0.35%
Cankuzo	807	10	1.24%	55,487	217	0.39%	56,294	227	0.40%
DS Cankuzo	539	4	0.74%	27,546	110	0.40%	28,085	114	0.41%
DS Murore	268	6	2.24%	27,941	107	0.38%	28,209	113	0.40%
Cibitoke	1,482	19	1.28%	64,277	430	0.67%	65,759	449	0.68%
DS Cibitoke	683	11	1.61%	27,462	262	0.95%	28,145	273	0.97%
DS Mabayi	799	8	1.00%	36,815	168	0.46%	37,614	176	0.47%
Gitega	4,144	65	1.57%	125,052	1,127	0.90%	129,196	1,192	0.92%
DS Gitega	1,411	46	3.26%	36,811	749	2.03%	38,222	795	2.08%
DS Kibuye	1,563	8	0.51%	46,810	163	0.35%	48,373	171	0.35%
DS Mutaho	816	4	0.49%	19,796	141	0.71%	20,612	145	0.70%
DS Ryansoro	354	7	1.98%	21,635	74	0.34%	21,989	81	0.37%
Karusi	2,473	24	0.97%	63,428	329	0.52%	65,901	353	0.54%
DS Buhiga	1,649	18	1.09%	34,288	205	0.60%	35,937	223	0.62%
DS Nyabikere	824	6	0.73%	29,140	124	0.43%	29,964	130	0.43%
Kayanza	6,045	65	1.08%	140,825	934	0.66%	146,870	999	0.68%
DS Gahombo	1,501	2	0.13%	32,172	174	0.54%	33,673	176	0.52%
DS Kayanza	2,207	37	1.68%	62,521	293	0.47%	64,728	330	0.51%
DS Musema	2,337	26	1.11%	46,132	467	1.01%	48,469	493	1.02%
Kirundo	9,297	131	1.41%	113,740	1,863	1.64%	123,037	1,994	1.62%
DS Busoni	2,668	48	1.80%	17,776	356	2.00%	20,444	404	1.98%
DS Kirundo	3,504	34	0.97%	32,397	721	2.23%	35,901	755	2.10%
DS Mukenke	1,655	31	1.87%	30,253	396	1.31%	31,908	427	1.34%
DS Vumbi	1,470	18	1.22%	33,314	390	1.17%	34,784	408	1.17%
Makamba	1,138	29	2.55%	42,213	654	1.55%	43,351	683	1.58%
DS Makamba	748	16	2.14%	16,724	280	1.67%	17,472	296	1.69%
DS Nyanza-Lac	390	13	3.33%	25,489	374	1.47%	25,879	387	1.50%

Muramvya	1,185	18	1.52%	34,676	140	0.40%	35,861	158	0.44%
DS Kiganda	482	3	0.62%	15,908	68	0.43%	16,390	71	0.43%
DS Muramvya	703	15	2.13%	18,768	72	0.38%	19,471	87	0.45%
Muyinga	8,025	55	0.69%	65,858	541	0.82%	73,883	596	0.81%
DS Gashoho	6,607	28	0.42%	13,461	125	0.93%	20,068	153	0.76%
DS Giteranyi	399	13	3.26%	25,266	241	0.95%	25,665	254	0.99%
DS Muyinga	1,019	14	1.37%	27,131	175	0.65%	28,150	189	0.67%
Mwaro	1,049	10	0.95%	31,566	132	0.42%	32,615	142	0.44%
DS Fota	529	5	0.95%	16,163	35	0.22%	16,692	40	0.24%
DS Kibumbu	520	5	0.96%	15,403	97	0.63%	15,923	102	0.64%
Ngozi	9,524	73	0.77%	182,700	1,006	0.55%	192,224	1,079	0.56%
DS Buye	2,016	17	0.84%	33,385	153	0.46%	35,401	170	0.48%
DS Kiremba	2,016	22	1.09%	66,734	287	0.43%	68,750	309	0.45%
DS Ngozi	5,492	34	0.62%	82,581	566	0.69%	88,073	600	0.68%
Rumonge	1,419	34	2.40%	75,309	466	0.62%	76,728	500	0.65%
DS Bugarama	639	10	1.56%	23,725	79	0.33%	24,364	89	0.37%
DS Rumonge	780	24	3.08%	51,584	387	0.75%	52,364	411	0.78%
Rutana	1,267	16	1.26%	45,333	260	0.57%	46,600	276	0.59%
DS Gihofi	362	3	0.83%	24,850	98	0.39%	25,212	101	0.40%
DS Rutana	905	13	1.44%	20,483	162	0.79%	21,388	175	0.82%
Ruyigi	1,321	11	0.83%	66,587	318	0.48%	67,908	329	0.48%
DS Butezi	294	3	1.02%	8,424	38	0.45%	8,718	41	0.47%
DS Kinyinya	610	6	0.98%	31,285	191	0.61%	31,895	197	0.62%
DS Ruyigi	417	2	0.48%	26,878	89	0.33%	27,295	91	0.33%
Total général	71,177	851	1.20%	1,531,918	13,645	0.89%	1,603,095	14,496	0.90%

Pour pouvoir arriver à ces résultats, un certain nombre de stratégie a été mis à contribution.

Stratégies et interventions essentielles :

- Renforcement des services de conseil et de dépistage à l'initiative des prestataires,
- Renforcement des capacités des prestataires sur le l'amélioration du rendement de dépistage à l'initiative du prestataire ;
- Identification des points de concentration des catégories de population les plus exposées ;

- Renforcement de la promotion du dépistage volontaire mobile du VIH à base communautaire ;
- Rendre disponible les approvisionnements des CDV en intrants pour le dépistage du VIH

Malgré les acquis au niveau national, les défis persistent. Il s'agit entre autres de :

- La persistance du faible rendement de dépistage ;
- La non effectivité de la stratégie de dépistage ciblée dans toutes les provinces du pays ;
- L'existence des gaps à combler pour atteindre le premier 90 de l'objectif 2020 ;
- Persistance des résultats indéterminés de dépistage ;
- Faible collaboration entre les FOSA et les réseaux communautaires

Par rapport aux **forces et opportunités**, on note

- Existence de document de directive en matière du CDV ;
- Décentralisation du service de dépistage ;
- La mise en œuvre des stratégies de dépistage à base communautaire ;
- Gratuité du test
- Existence des prestataires formés sur le CDV et counseling ;
- Emergence d'autres approches de dépistage, en l'occurrence l'autotest.

Perspectives 2018

- Rendre disponible et accessible le service de dépistage de qualité dans toutes les FOSA
- Renforcer la demande de service de dépistage pour les groupes à haut risque
- Rendre disponibles et accessibles les intrants de dépistage dans toutes les FOSA
- Introduire et mettre à l'échelle l'approche de l'autotest au Burundi
- Améliorer le ciblage pour renforcer le rendement du dépistage à base communautaire

b. L'utilisation des préservatifs

Le préservatif masculin et/ou féminin reste un moyen efficace de prévention du VIH/IST et des grossesses non désirées.

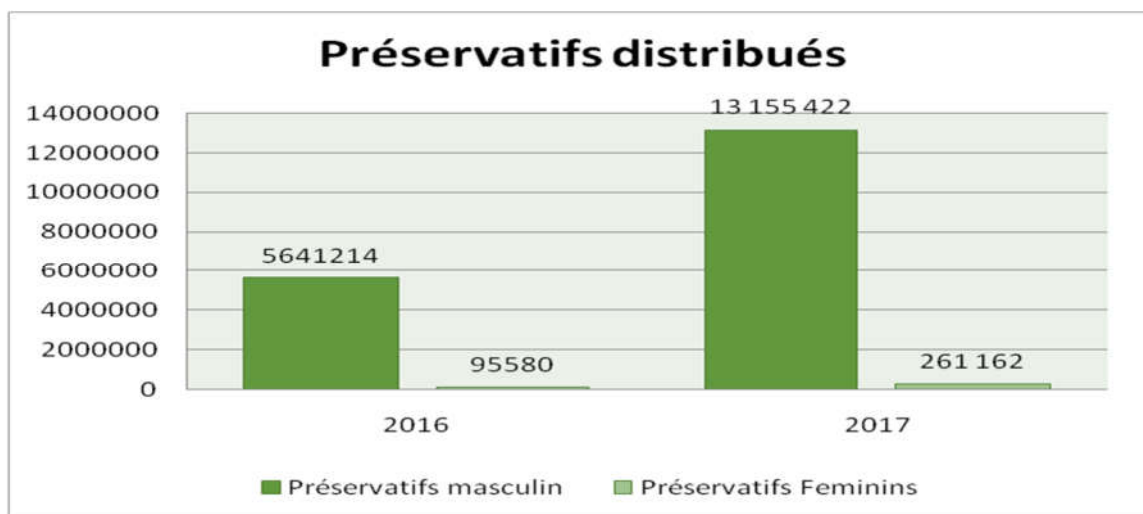
Au niveau national, les préservatifs sont acquis par la Croix rouge du Burundi sur le financement du Fonds Mondial, par le PNSR à travers le financement de l'UNFPA et par le PSI pour le marketing social avec le financement de PEPFAR/USAID.

La distribution gratuite des préservatifs s'est faite à travers le réseau communautaire de la CRB, les TPS et les Fosa. Les techniciens de promotion de la santé (TPS) distribuent les préservatifs aux animateurs communautaires, aux pairs éducateurs et aux acteurs de la société civile. Ces derniers, approvisionnent les préservatifs dans tous les lieux où le besoin se fait sentir.

Par rapport au marketing social du préservatif, il s'agit d'une approche qui a relativement réussi dans les programmes de PSI-Burundi.

Au cours de l'année 2017, la distribution du préservatif a connu des évolutions importantes. La distribution gratuite a atteint **13 155 422** préservatifs masculins et **261 162** préservatifs féminins. Les préservatifs vendus à travers le marketing social ont atteint **3 560 760** préservatifs.

Figure 2 : Préservatifs distribués gratuitement



Stratégies et interventions essentielles:

- ✓ Renforcement de la coordination des achats et de distribution des préservatifs gratuits
- ✓ Appui à la stratégie du marketing social des préservatifs
- ✓ Renforcement des capacités des réseaux communautaires dans la promotion et la distribution des préservatifs ;

Les forces et opportunités :

- Existence d'un mécanisme de quantification, d'acquisition et de suivi des préservatifs distribués
- Absence des ruptures de stocks des préservatifs au niveau national
- Existence d'un réseau de distribution et vente
- Existence des partenaires dans le circuit d'acquisition des préservatifs

Les faiblesses et obstacles :

- Faible visibilité des points de vente et de distribution
- Le contenu des messages sur l'utilisation de préservatif fait objet d'interprétations différentes
- Les données disponibles ne sont pas désagrégées et ne permettent pas une analyse plus ciblée des bénéficiaires
- L'intégration de la distribution communautaire des préservatifs dans le circuit normal des intrants non encore effective

Perspectives 2018

- Poursuivre la mobilisation des fonds pour pouvoir assurer l'accessibilité des préservatifs au niveau national
- Impliquer les niveaux intermédiaire (BDS) et opérationnel (BDS et FOSA) dans la supervision de l'accessibilité des préservatifs ;
- Améliorer le rapportage de la distribution des préservatifs et les outils de collecte d'informations

c. La prévention et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

Les IST constituent un important facteur de risque pour la transmission du VIH/sida. Selon la revue du PSN 2014-2017, le défi majeur dans la prise en charge des IST se rapporte à l'automédication et à la faible capacité des prestataires à traiter les IST selon l'approche syndromique.

C'est dans ce sens, qu'un guide de prévention des IST au niveau communautaire a été élaboré et un guide de prise en charge syndromique a été actualisé et mis à la portée des utilisateurs. Actuellement, l'approche syndromique de prise en charge des IST est mise en œuvre pour la population générale dans les structures de santé publiques, privées et agréées. Elle est intégrée dans les soins de santé primaire. Les deux supports permettront d'améliorer la qualité de la prévention et de la prise en charge des IST

Stratégies et interventions essentielles :

- ✓ Renforcement des capacités des prestataires sur le diagnostic syndromique et la prise en charge des IST ;
- ✓ Dépistage sérologique de la syphilis pour les femmes enceintes.
- ✓ Mobilisation et sensibilisation des populations pour la prévention et le recours aux structures de soins en cas d'IST ;

Réalisations en 2017 :

Au cours de l'année 2017, **62,235** cas d'IST ont été notifiés avec **45.5%** des cas représentés par l'écoulement vaginal anormal et **26.2%** par l'ulcération génitale chez la femme. La douleur abdominale basse chez la femme et les autres IST font respectivement **5.0%** et **23.3%** des cas. En dépit de ces réalisations, les informations en rapport avec les IST souffrent d'un sous rapportage.

Sur **62,235** cas d'IST diagnostiques, **61,604** ont été traités soit un taux de **98.99%**.

Le nombre de femmes enceintes qui ont bénéficié le dépistage sérologique de la syphilis en CPN1 est 71 712 femmes enceintes avec un taux de séropositivité de la syphilis de 0.8 %.

Les forces et opportunités :

- Existence du guide actualisé de prise en charge syndromique des IST
- La prise en charge des IST est intégrée dans les soins de santé primaire
- La prise en compte des données en rapport avec les types de syndrome observés par âge et sexe des clients

Tableau 4 : Cas d'IST diagnostiquées et traitées par Province et District en 2017

PROVINCE/ DISTRICT	Uretal Diag_Total	Uretal Trai_Total	Ulcera Diag_Total	Ulcera Trai_Total	Ecou Vag Dia_Total	Ecou Vag Trt_Total	Dou Abdo Dia_Total	Dou Abdo Trt_Total	Tum Scro Dia_Total	Tum Scro Trt_Total	Bubon Dia_Total	Bubon Trt_Total	Conjo NN Dia_Total	Conjo NN Trt_Total	Vegeta Dia_Total	Vegeta Trt_Total	Total Dia_Total	Total Trt_Total
BUBANZA	443	430	715	710	1381	1345	143	106	34	13	12	11	124	124	0	0	2852	2739
DS																		
BUBANZA	198	198	287	283	590	583	24	23	8	8	0	0	80	80	0	0	1187	1175
DS MPANDA	245	232	428	427	791	762	119	83	26	5	12	11	44	44	0	0	1665	1564
BUJUMBURA	580	580	1456	1502	2651	2617	161	144	32	25	17	17	119	119	0	0	5016	5004
DS ISALE	373	373	783	824	1476	1437	66	66	12	12	12	12	49	49	0	0	2771	2773
DS KABEZI	133	133	390	390	777	777	41	41	5	5	5	5	12	12	0	0	1363	1363
DS																		
RWIBAGA	74	74	283	288	398	403	54	37	15	8	0	0	58	58	0	0	882	868
BURURI	853	835	533	517	1448	1437	264	214	63	61	4	4	48	48	0	0	3213	3116
DS BURURI	585	585	366	366	1036	1036	124	124	58	58	1	1	8	8	0	0	2178	2178
DS MATANA	268	250	167	151	412	401	140	90	5	3	3	3	40	40	0	0	1035	938
CANKUZO	406	406	652	652	1081	1070	65	61	18	18	6	6	359	359	0	0	2587	2572
DS																		
CANKUZO	196	196	367	367	461	451	48	44	6	6	1	1	161	160	0	0	1240	1225
DS																		
MURORE	210	210	285	285	620	619	17	17	12	12	5	5	198	199	0	0	1347	1347
CIBITOKÉ	790	786	1154	1146	1871	1867	249	242	41	41	8	8	471	471	2	2	4586	4563
DS																		
CIBITOKÉ	305	305	619	619	683	690	117	110	8	8	1	1	104	104	2	2	1839	1839
DS MABAYI	485	481	535	527	1188	1177	132	132	33	33	7	7	367	367	0	0	2747	2724
GITEGA	727	723	1517	1529	2441	2385	193	188	31	29	2	2	142	142	22	22	5075	5020
DS GITEGA	224	224	499	494	753	747	95	95	11	9	1	1	6	6	1	1	1590	1577
DS KIBUYE	155	155	586	583	574	573	34	34	11	11	0	0	81	81	21	21	1462	1458

DS MUTAHO	190	186	288	308	615	567	58	53	9	9	0	0	4	4	0	0	1164	1127
DS RYANSORO	158	158	144	144	499	498	6	6	0	0	1	1	51	51	0	0	859	858
KARUSI	497	484	1291	1273	1518	1453	103	96	23	12	0	6	341	339	4	1	3777	3664
DS BUHIGA	228	215	693	681	851	792	90	83	22	11	0	6	295	293	4	1	2183	2082
DS NYABIKERE	269	269	598	592	667	661	13	13	1	1	0	0	46	46	0	0	1594	1582
KAYANZA	532	532	1131	1139	1556	1520	148	138	52	49	2	1	43	43	9	28	3473	3450
DS GAHOMBO	105	105	269	271	397	402	56	49	10	9	0	0	39	39	9	9	885	884
DS KAYANZA	296	296	493	496	584	574	75	74	16	14	1	0	4	4	0	19	1469	1477
DS MUSEMA	131	131	369	372	575	544	17	15	26	26	1	1	0	0	0	0	1119	1089
KIRUNDO	1296	1278	1243	1225	2617	2568	347	328	31	29	2	2	58	58	20	20	5614	5508
DS BUSONI	252	249	278	269	530	537	18	8	4	4	0	0	0	0	0	0	1082	1067
DS KIRUNDO	454	443	252	242	865	814	127	118	11	9	1	1	18	18	1	1	1729	1646
DS MUKENKE	291	287	210	211	590	585	169	169	7	7	0	0	12	12	0	0	1279	1271
DS VUMBI	299	299	503	503	632	632	33	33	9	9	1	1	28	28	19	19	1524	1524
MAIRIE	492	512	430	479	1554	1487	279	279	10	9	4	4	71	67	21	21	2861	2858
DS ZONE CENTRE	115	115	220	219	584	583	161	160	3	3	0	0	10	7	3	3	1096	1090
DS ZONE NORD	218	238	131	181	702	639	27	25	2	1	4	4	48	48	2	2	1134	1138
DS ZONE SUD	159	159	79	79	268	265	91	94	5	5	0	0	13	12	16	16	631	630
MAKAMBA	353	478	723	700	1161	1239	43	42	4	4	1	1	107	107	39	39	2431	2610

DS MAKAMBA	226	352	524	522	768	865	8	8	3	3	1	1	89	89	0	0	1619	1840
DS NYANZA_LAC	127	126	199	178	393	374	35	34	1	1	0	0	18	18	39	39	812	770
MURAMVYA	131	129	300	326	515	516	69	55	5	5	2	2	38	38	1	1	1061	1072
DS KIGANDA	37	36	136	152	248	245	46	34	3	3	0	0	33	33	0	0	503	503
DS MURAMVYA	94	93	164	174	267	271	23	21	2	2	2	2	5	5	1	1	558	569
MUYINGA	606	575	698	705	1196	1174	94	82	42	33	18	32	9	8	6	1	2669	2610
DS GASHOHO	229	217	352	349	453	431	44	38	5	5	0	0	5	5	0	0	1088	1045
DS GITERANYI	204	192	184	182	449	441	24	24	5	5	4	4	4	3	0	0	874	851
DS MUYINGA	173	166	162	174	294	302	26	20	32	23	14	28	0	0	6	1	707	714
MWARO	125	116	333	327	643	606	62	38	16	16	0	0	101	101	0	0	1280	1204
DS FOTA	41	39	126	128	245	235	23	19	8	8	0	0	39	39	0	0	482	468
DS KIBUMBU	84	77	207	199	398	371	39	19	8	8	0	0	62	62	0	0	798	736
NGOZI	799	830	1280	1289	1772	1741	241	224	35	35	1	1	145	144	32	32	4305	4296
DS BUYE	190	179	508	510	466	464	77	64	21	21	0	0	12	12	8	8	1282	1258
DS KIREMBA	273	272	298	304	550	544	46	42	5	5	1	1	39	38	1	1	1213	1207
DS NGOZI	336	379	474	475	756	733	118	118	9	9	0	0	94	94	23	23	1810	1831
RUMONGE	687	672	724	763	2134	2036	297	277	74	71	12	12	233	231	40	40	4201	4102
DS BUGARAMA	186	163	220	224	741	696	111	104	17	14	0	0	57	57	0	0	1332	1258

DS RUMONGE	501	509	504	539	1393	1340	186	173	57	57	12	12	176	174	40	40	2869	2844
RUTANA	370	370	1040	1043	1368	1365	219	219	18	18	0	0	323	325	0	0	3338	3340
DS GIHOFI	190	190	665	664	615	617	92	92	8	8	0	0	263	265	0	0	1833	1836
DS RUTANA	180	180	375	379	753	748	127	127	10	10	0	0	60	60	0	0	1505	1504
RUYIGI	387	384	1106	1107	1399	1384	117	114	22	22	22	22	775	775	68	68	3896	3876
DS BUTEZI	63	63	310	309	382	382	43	42	7	7	6	6	47	47	0	0	858	856
DS KINYINYA	180	180	511	511	577	570	28	28	7	7	15	15	560	560	68	68	1946	1939
DS RUYIGI	144	141	285	287	440	432	46	44	8	8	1	1	168	168	0	0	1092	1081
Total général	10074	10120	16326	16432	28306	27810	3094	2847	551	490	113	131	3507	3499	264	275	62235	61604

Les forces et opportunités :

- Existence du guide actualisé de prise en charge syndromique des IST
- La prise en charge des IST est intégrée dans les soins de santé primaire
- La prise en compte des données en rapport avec les types de syndrome observés, l'âge et le sexe des clients.

Les faiblesses et obstacles :

- La persistance de l'automédication qui fait baisser le nombre des cas d'IST notifié aux structures des soins
- Les informations en rapport avec les IST souffrent d'un sous rapportage.

Perspectives 2018

- Diffuser l'algorithme de Prise en charge syndromique des IST Produire 950 exemplaires du nouvel algorithme de la prise en charge des IST (1 copie plastifiée en couleur) ;
- Améliorer l'accès aux services de Prise en Charge des IST aux groupes spécifiques (jeunes et jeunes scolarisés, MSM, TS, etc.).

d. La lutte contre les VSBG

Les VSBG constituent toujours un des grands défis dans la lutte contre le VIH/sida au Burundi. Au cours de l'année 2017, les interventions du Programme se sont focalisées sur le renforcement des prestataires sur l'offre du paquet complet des services et la vulgarisation de la loi spécifique contre les VSBG parmi les acteurs communautaires.

Les forces et opportunités

- Existence des partenaires techniques et financiers intervenant dans la lutte contre les VSBG
- Existence des Centres CDFC

Les faiblesses et obstacles :

- Faiblesse de la coordination des acteurs intervenant dans la lutte contre les VSBG
- Faible rapportage des données des VSBG
- Faible interaction entre partenaires

Perspectives 2018

- Mettre en place une plateforme de coordination des interventions des VSBG
- Renforcer le système de monitoring des cas des VSBG

III.1.2. Prévention de la transmission sanguine

Au Burundi, la transfusion sanguine est assurée par le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS). Ce centre a décentralisé ses services dans les quatre Centres Régionaux de Transfusion Sanguine (CRTS) : Cibitoke, Gitega, Ngozi et Bururi. A leur tour, ces CRTS sont relayées par les Banques de Sang (BS). Actuellement, il existe 1 CNTS, 4 CRTS, 49 BS et 3 PTS (postes de transfusion sanguine).

Stratégies et interventions essentielles :

- L'organisation de la collecte, analyse sérologique et immuno-hématologique et de la distribution du sang et de ses dérivés à travers tout le pays ;
- L'application des normes de qualité en matière de transfusion sanguine ;
- L'appui technique aux services hospitaliers de transfusion sanguine ;
- La formation et le perfectionnement du personnel de centres de transfusion.

Réalisations 2017

- L'acquisition des intrants pour le test du sang aux quatre marqueurs ;
- Appui en quatre véhicules pour la collecte du sang dans les quatre centres régionaux de transfusion sanguine ;
- Achat de l'appareil automate de sérologie.

Les forces et opportunités :

- L'existence d'associations de donneurs de sang
- Existence du mécanisme de fidélisation des donneurs
- La régularité du contrôle de qualité dans les centres de transfusion
- Décentralisation de la collecte de sang
- L'apport des dons des jeunes âgés de 19 à 24 ans

Les faiblesses et obstacles :

- La longue distance à parcourir pour atteindre les structures de transfusion sanguine ;
- Un niveau faible de sensibilisation des collectivités vivant dans les environs de ces structures.
- La faible adhésion des nouveaux donneurs au don de sang bénévole et volontaire

Perspectives 2018 :

- Renforcer les CRTS en équipement automobile pour faciliter le transport de sang collecté
- Renforcement des capacités du personnel de laboratoire sur l'utilisation des appareils Chaînes ELISA et des nouveaux réactifs ;
- Renforcement des capacités des prestataires pour la prise en charge des cas d'exposition au sang,

III.1.3. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Depuis 2011, le Burundi a été classé parmi les 22 Pays prioritaires pour l'e- TME. En 2012, le pays a élaboré un plan national d'élimination de la TME s'inspirant du plan global d'é-TME. Différentes stratégies ont été adoptées pour l'atteinte des objectifs de l'é-TME (intégration des services SR/VIH/PTME, décentralisation des services et délégation des tâches, option B+ etc.).

Stratégies et interventions essentielles :

- Accélération de la mise à l'échelle rapide des services PTME dans certaines provinces en retard dans la couverture PTME ;
- Renforcement des capacités des équipes cadres dans le suivi des activités PTME ;
- Renforcement des capacités de gestion et de distribution des intrants VIH au niveau opérationnel ;
- Renforcement de l'offre des services de PTME avec un accent sur la prise en charge pédiatrique (dépistage précoce, traitement et suivi) et la technologie contraceptive chez les femmes séropositives par la formation des prestataires et la supervision formative ;
- Renforcement de la demande des services de CPN précoce/CDV, PTME et PF par une mise à contribution des acteurs communautaires et l'implication des hommes ;
- Renforcement de l'intégration des services SRMNI/PTME sous-tendue par l'approche assurance qualité des soins et des services ;
- Amélioration du dépistage et de la prise en charge de la syphilis chez la femme enceinte ;
- Renforcement du suivi du couple mère-enfant.

Réalisations de 2017 :

Avec l'appui des partenaires, les activités suivantes ont été réalisées :

- Formation de 617 prestataires sur l'intégration des services SR/VIH/PTME ;
- Organisation de 4 ateliers régionaux de coordination des intervenants en PTME ;
- Formation de 360 prestataires des soins des structures offrant la CPN/PTME sur les techniques de prélèvement sur papier buvard ;
- Evaluation du plan national d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant 2012-2016 ;
- Elaboration et validation du guide national de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant ;

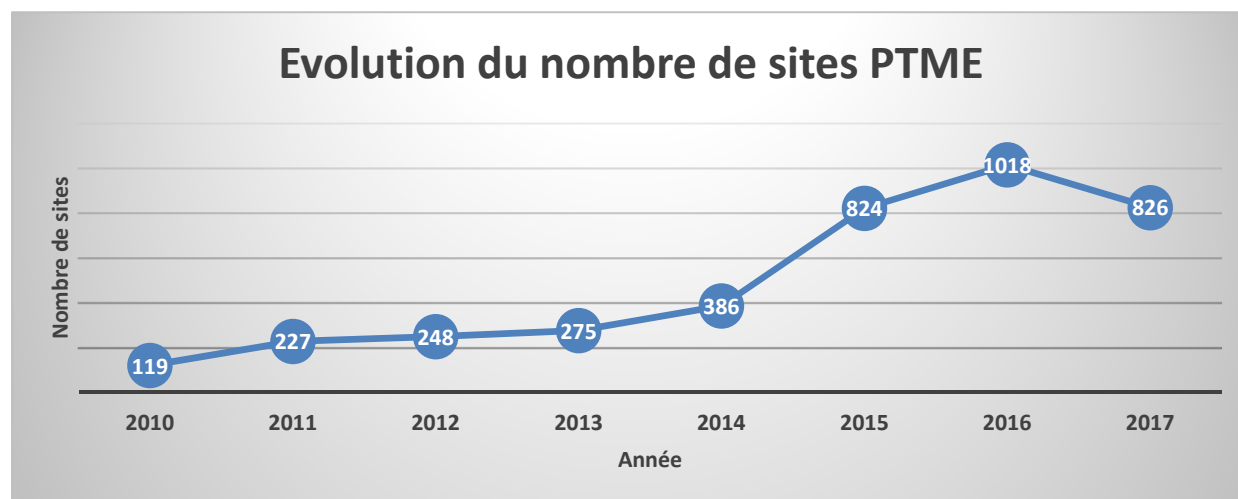
- Formation d'un pool de 58 formateurs sur la prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant ;
- Formation de 527 prestataires des sites PTME/ARV sur les technologies contraceptives.
- Acquisition des intrants de dépistage du VIH/Syphilis chez les femmes enceintes
- Acquisition des ARV pour les femmes et les enfants pour le traitement et la prophylaxie
- Organisation de 2 ateliers régionaux (Sud et centre-Est) de sensibilisation des leaders locaux, des responsables administratifs et sanitaires en faveur de l'e-TME et la Prise en charge pédiatrique par la Première Dame du Burundi dans le cadre de l'OPDAS ;
- Organisation de 18 ateliers provinciaux de coordination des intervenants dans la lutte contre le SIDA
- Formations de 276 prestataires des sites de traitement ARV et PTME sur la collecte des IAP de la résistance du VIH aux ARV.

Ainsi, dans le cadre d'accélération de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'Enfant, les districts sanitaires ont poursuivi le processus de décentralisation des services PTME et d'intégration des services SR/PTME conformément aux directives du MSPLS sur l'intégration et décentralisation des services PTME visant l'accès universel des services PTME/VIH pour la femme enceinte, son enfant et sa famille.

Résultats :

- Décentralisation des services de PTME : le nombre de sites PTME est passé de 119 en 2010 à 826 en 2017.

Figure 3 : Evolution du nombre de sites PTME de 2010 à 2017



➤ Dépistage des femmes enceintes :

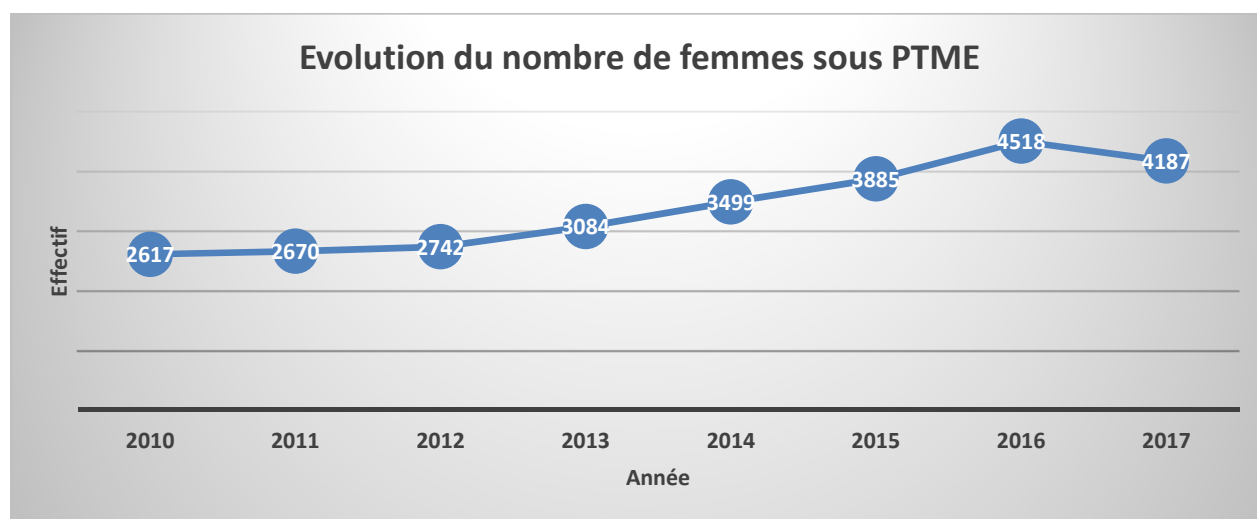
Au cours de l'année 2017, sur **445,077** femmes vues en CPN1, **374,267** ont bénéficié d'un dépistage du VIH et ont récupéré les résultats soit **84.09%** et **1,909** femmes enceintes ont été diagnostiquées séropositives au VIH, soit un taux de séropositivité de **0.51%**.

Sur **520,047** grossesses attendues en 2017, **374,267** femmes ont bénéficié d'un dépistage du VIH et ont récupéré les résultats soit **71.97%**.

➤ **Traitement ARV chez les femmes enceintes ou allaitantes VIH+**

Le nombre de femmes enceintes/allaitantes séropositives ayant reçu des antirétroviraux dans le but de réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant est de **4 187** dont **2 106** étaient sous ARV avant la grossesse. Dans l'offre de services pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la participation des partenaires est encouragée mais les résultats restent faibles.

Figure 4 : Evolution du nombre de femmes sous Protocole PTME de 2010 à 2017



Les tableaux 5 et 6 montrent les principaux indicateurs de PTME en 2017.

Tableau 5 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes selon les données des services de CPN

Prévalence (en %) du VIH chez les femmes fréquentant les services de CPN au sein de la population générale	0.51%
Nombre de femmes enceintes diagnostiquées séropositives (y compris celles ayant déjà connaissance de leur séropositivité) qui ont fréquenté les services de CPN	3,983
Nombre de femmes ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH dans les services de CPN (y compris celles ayant déjà connaissance de leur séropositivité)	374,267

Tableau 6 : Traitement ARV chez la femme/allaitante et prophylaxie chez le nouveau-né

Pourcentage (%) Pourcentage de femmes enceintes/allaitantes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	80.52%
Nombre de femmes enceintes /allaitantes et reçu des ARV au cours des 12 derniers mois dans le but de réduire le risque de transmission mère-enfant au cours de la grossesse et de l'accouchement	4,187
Nombre estimé de femmes enceintes/allaitantes séropositives attendues en 2017	5,200
Nouveau-nés des mères séropositives mis sous prophylaxie ARV	2,037

Tableau 7: Diagnostic infantile précoce

Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	14.31%
Nombre de nourrissons ayant subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie, pendant la période couverte par le rapport.	744
Résultat du test – Positif	8
Résultat du test – Négatif	736
Nombre de nouveaux nés des mères VIH+	2,231
Nombre d'enfants ayant bénéficiés d'une sérologie à 18 mois	ND
Nombre d'enfants avec une sérologie à 18 mois positive	ND
Nombre d'enfants VIH + mis sous ARV	ND

Les données non disponibles (ND) devraient être renseignées à partir du SIDA Info. Ce dernier n'a pas été mis à jour au cours de l'année 2017.

Tableau 8 : Taux de séropositivité des femmes enceintes vues en CPN1 par Province et par district en 2017

PROVINCE/DISTRICT	Femmes venues en CPN 1 et testées	Femmes venues en CPN1 et dépistées VHI+	Taux
BUBANZA	20407	101	0.49%
DS Bubanza	6923	28	0.40%
DS Mpanda	13484	73	0.54%
BUJUMBURA	22659	59	0.26%
DS Isale	11962	42	0.35%
DS Kabezi	6907	12	0.17%
DS Rwibaga	3790	5	0.13%
BURURI	10491	21	0.20%
DS Bururi	6715	11	0.16%
DS Matana	3776	10	0.26%
CANKUZO	13206	38	0.29%
DS Cankuzo	6220	19	0.31%
DS Murore	6986	19	0.27%
CIBITOKÉ	20725	40	0.19%
DS Cibitoke	9598	27	0.28%
DS Mabayi	11127	13	0.12%
GITEGA	35119	102	0.29%
DS Gitega	10183	47	0.46%
DS Kibuye	9754	19	0.19%
DS Mutaho	5777	14	0.24%
DS Ryansoro	9405	22	0.23%
KARUSI	17778	63	0.35%
DS Buhiga	9598	31	0.32%
DS Nyabikere	8180	32	0.39%
KAYANZA	21045	48	0.23%
DS Gahombo	5424	16	0.29%
DS Kayanza	8246	12	0.15%
DS Musema	7375	20	0.27%
KIRUNDO	26234	242	0.92%
DS Busoni	5502	51	0.93%
DS Kirundo	6962	86	1.24%
DS Mukenke	5576	49	0.88%

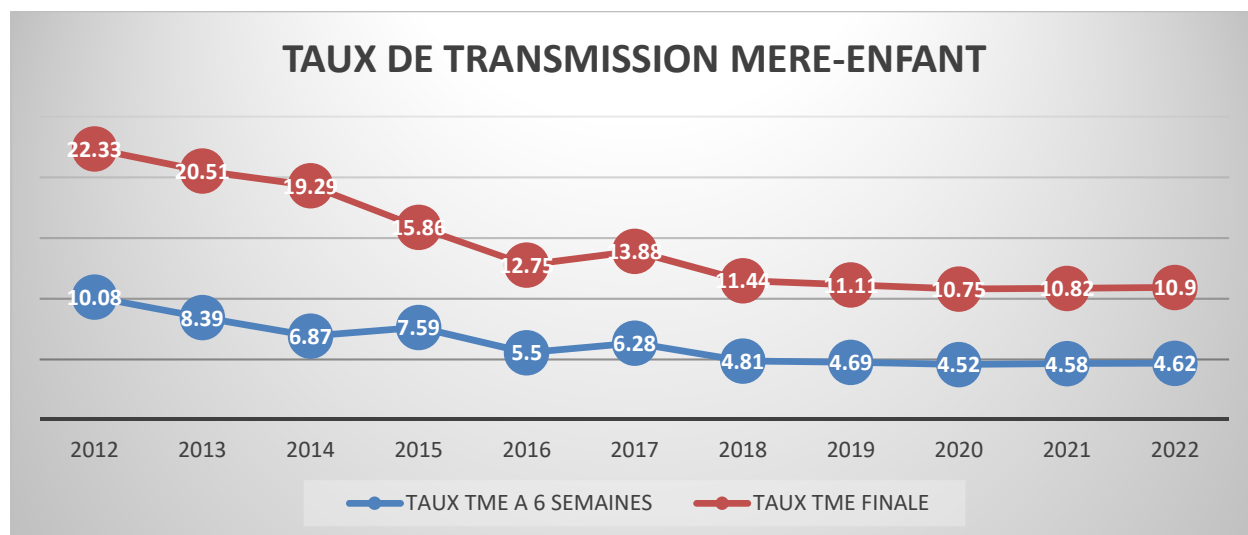
PROVINCE/DISTRICT	Femmes venues en CPN 1 et testées	Femmes venues en CPN1 et dépistées VHI+	Taux
DS Vumbi	8194	56	0.68%
MAIRIE	31573	364	1.15%
DS Bujumbura centre	7185	78	1.09%
DS Bujumbura nord	18273	237	1.30%
DS Bujumbura sud	6115	49	0.80%
MAKAMBA	27928	104	0.37%
DS Makamba	16907	54	0.32%
DS Nyanza-Lac	11021	50	0.45%
MURAMVYA	11297	41	0.36%
DS Kiganda	6059	10	0.17%
DS Muramvya	5238	31	0.59%
MUYINGA	24385	84	0.34%
DS Gashoho	6931	23	0.33%
DS Giteranyi	9162	46	0.50%
DS Muyinga	8292	15	0.18%
MWARO	9313	13	0.14%
DS Fota	3918	7	0.18%
DS Kibumbu	5395	6	0.11%
NGOZI	28260	107	0.38%
DS Buye	6244	28	0.45%
DS Kiremba	10613	42	0.40%
DS Ngozi	11403	37	0.32%
RUMONGE	20497	100	0.49%
DS Bugarama	6926	31	0.45%
DS Rumonge	13571	69	0.51%
RUTANA	15044	34	0.23%
DS Gihofi	8971	21	0.23%
DS Rutana	6073	13	0.21%
RUYIGI	18306	348	1.90%
DS Butezi	2710	7	0.26%
DS Kinyinya	9933	322	3.24%
DS Ruyigi	5663	19	0.34%
Total général	374,267	1,909	0.51%

Tableau 9 : Femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux dans le cadre de la PTME par Province et par district en fin 2017

PROVINCE/DISTRICT	Nouveaux cas mis sous ARV	Cas déjà sous TARV	Total femmes sous PTME
BUBANZA	127	56	183
DS Bubanza	47	14	61
DS Mpanda	80	42	122
BUJUMBURA	79	89	168
DS Isale	53	45	98
DS Kabezi	18	34	52
DS Rwibaga	8	10	18
BURURI	28	21	49
DS Bururi	10	10	20
DS Matana	18	11	29
CANKUZO	48	27	75
DS Cankuzo	26	17	43
DS Murore	22	10	32
CIBITOKÉ	76	38	114
DS Cibitoke	51	27	78
DS Mabayi	25	11	36
GITEGA	138	96	234
DS Gitega	69	56	125
DS Kibuye	25	22	47
DS Mutaho	24	12	36
DS Ryansoro	20	6	26
KARUSI	82	48	130
DS Buhiga	43	26	69
DS Nyabikere	39	22	61
KAYANZA	64	84	148
DS Gahombo	22	16	38
DS Kayanza	23	62	85
DS Musema	19	6	25
KIRUNDO	342	229	571
DS Busoni	58	21	79
DS Kirundo	119	78	197
DS Mukenke	99	59	158

DS Vumbi	66	71	137
MAIRIE	435	719	1154
DS Bujumbura centre	114	192	306
DS Bujumbura nord	261	450	711
DS Bujumbura sud	60	77	137
MAKAMBA	63	78	141
DS Makamba	26	14	40
DS Nyanza-Lac	37	64	101
MURAMVYA	16	17	33
DS Kiganda	5	4	9
DS Muramvya	11	13	24
MUYINGA	119	136	255
DS Gashoho	39	41	80
DS Giteranyi	59	26	85
DS Muyinga	21	69	90
MWARO	18	46	64
DS Fota	9	36	45
DS Kibumbu	9	10	19
NGOZI	200	188	388
DS Buye	36	22	58
DS Kiremba	119	42	161
DS Ngozi	45	124	169
RUMONGE	144	175	319
DS Bugarama	15	7	22
DS Rumonge	129	168	297
RUTANA	36	24	60
DS Gihofi	17	11	28
DS Rutana	19	13	32
RUYIGI	66	35	101
DS Butezi	7	5	12
DS Kinyinya	43	12	55
DS Ruyigi	16	18	34
Total général	2,081	2,106	4,187

Figure 5 : Evolution du taux (%) de transmission de la mère à l'enfant (Spectrum 2018)



Nous constatons que les activités de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant permettent de réduire progressivement le taux de transmission de la mère à l'enfant.

Les forces et opportunités :

- La gratuité des soins pour les femmes enceintes devrait augmenter la fréquentation des CPN et donc l'accès aux messages de prévention ;
- L'adoption du plan global d'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et le maintien de leurs mères en vie ;
- Disponibilité du rapport d'évaluation du plan e-TME 2012-2016 ;
- La mise en place d'un comité technique et d'un comité de Haut niveau (politique) de suivi de l'é-TME ;
- L'ordonnance ministérielle N° 630/940 du 3 Juillet 2012 portant mise échelle du traitement anti rétroviral et des services de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant ;
- L'élaboration et validation du document de directives nationales pour l'accélération de l'intégration des interventions de SR/PTME dans le contexte de l'é-TME ;
- Correspondance Ministérielle du 15 Mai 2013 autorisant toute structure qui fait la CPN de faire le dépistage du VIH et la PTME sans attendre une autre forme d'accréditation ;
- Elaboration et validation du manuel de référence pour une prise en charge intégrée en matière de VIH/SR/PTME ;

- Elaboration et validation d'une feuille de route pour l'accélération de la mise en œuvre de la délégation des tâches dans la prescription du traitement ARV et de l'intégration des interventions de SR/ PTME ;
- Existence d'un pool de formateurs nationaux sur la prise en charge pédiatrique du VIH et sur la prise en charge psychosociales des enfants et des adolescents infectés par le VIH ;
- Existence des prestataires formés sur le prélèvement sur papier buvard chez les enfants exposés
- Existence de deux appareils pour PCR (à Ngozi et INSP) ;
- Existence des laborantins formés sur la manipulation de l'appareil pour PCR

Les meilleures pratiques :

- L'intégration des services CPN/PTME dans certaines FOSA permet d'améliorer la qualité de la PTME ;
- L'implication de la Première Dame en faveur de l'e-TME renforce l'appropriation de l'e-TME ;
- La supervision post formation contribue à renforcer les acquis d'une formation ;
- La supervision formative des ECD est l'un des moyens de renforcer les capacités de celles-ci et d'améliorer le suivi des activités PTME ;
- La délégation des tâches pour la prescription des ARV en PTME ;
- Les ateliers régionaux pour améliorer la coordination des intervenants en PTME/VIH

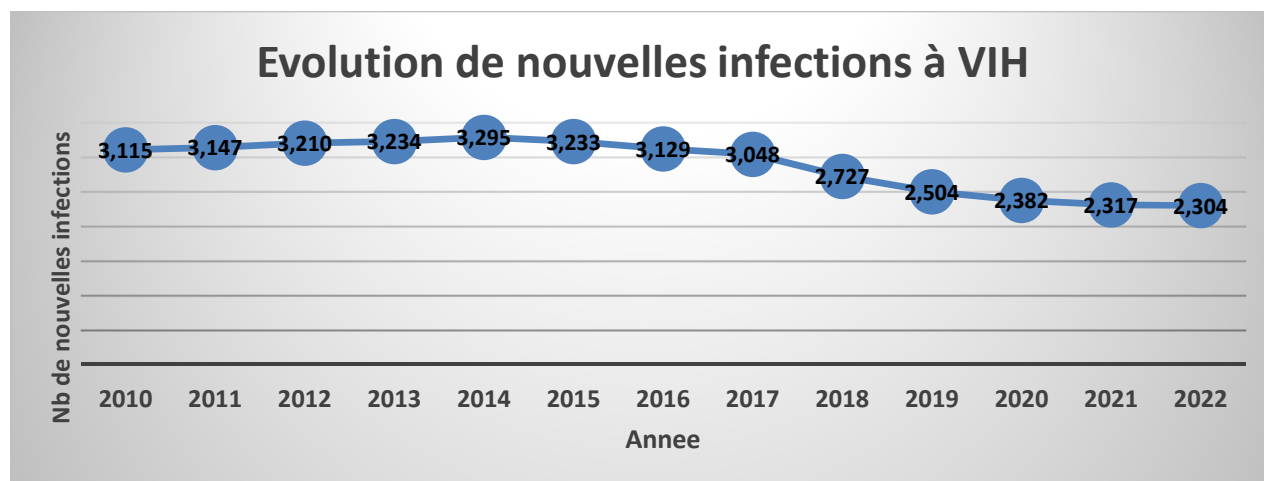
Les faiblesses et obstacles :

- Faible couverture des services de dépistage de la syphilis chez la femme enceinte ;
- Faible utilisation des services PF par les femmes séropositives ;
- Absence de la décentralisation, de la délégation et de l'intégration de la PEC du VIH pédiatrique dans les sites PTME ;
- Le manque de suivi biologique/virologique des femmes enceintes/allaitante séropositives dans la majorité des CDS ;
- Faible taux de dépistage en CPN1 ;
- Insuffisance du dépistage précoce et traitement précoce des enfants exposés ;
- Faible continuité des services VIH pour le couple mère-enfant ;
- Faible implication des hommes et des communautés en PTME/SR ;
- Faible encadrement et l'insuffisance dans le suivi des activités des ASC ;
- Faible coordination, suivi et évaluation des interventions en rapport avec l'e-TME.

Perspectives 2018 :

- ✓ Rendre disponible les intrants nécessaires pour le dépistage de la syphilis et du VIH (test de dépistage duo syphilis /VIH) ;
- ✓ Renforcer l'intégration effective des services de PF dans les services de prise en charge des PVVIH ;
- ✓ Renforcer les capacités des prestataires sur la PEC de l'infection à VH chez l'enfant à travers les formations et coaching ;
- ✓ Mettre à jour l'ordonnance ministérielle portant décentralisation des services et délégation des tâches à la prescription des ARV en prenant en compte les enfants ;
- ✓ Étendre la signature des conventions aux Sites PTME (augmenter le nombre de sites ayant des conventions avec le PNLS/IST) ;
- ✓ Initier un système de suivi des bilans virologiques chez la mère et l'enfant par SMS rapide ;
- ✓ Renforcer l'encadrement des ECD et prestataires à travers les supervisions formatives ;
- ✓ Appuyer les BDS dans le transport des échantillons PCR des BDS vers les laboratoires d'analyse ;
- ✓ Continuer le renforcement des capacités des prestataires sur le prélèvement PCR ;
- ✓ Améliorer l'utilisation des services de CPON dans toutes les FOSA ;
- ✓ Organiser les campagnes de mobilisation des leaders administratifs, religieux et sanitaires sur l'implication des hommes en PTME/SR ;
- ✓ Renforcer la capacité des ASC sur les interventions de la PTME et assurer régulièrement leur encadrement ;
- ✓ Elaborer un nouveau plan national d'e-TME et son plan opérationnel ;
- ✓ Renforcement du monitoring décentralisé afin d'accroître les performances ;
- ✓ Redynamiser la tenue des réunions du comité technique de suivi de l'e-TME ;
- ✓ Instaurer un système de parrainage des BDS afin de suivre régulièrement la mise en œuvre des activités visant l'accélération de l'é-TME.

Figure 6 : Evolution de nouvelles infections (Projection Spectrum 2018)



Avec le renforcement des interventions de prévention du VIH, l'évolution de nouvelles infections tend vers la baisse.

III.2. LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH

III.2.1 Politique/Directives

Dans sa stratégie de réduire le taux des nouvelles infections et d'augmenter le nombre de personnes infectées mises sous traitement antirétroviral, le PNLIS/IST en collaboration avec ses partenaires a adapté les directives de l'OMS 2015 en mettant un accent particulier sur l'initiation de la thérapie antirétrovirale (ARV) chez toute personne vivant avec le VIH sans tenir compte du nombre de cellules CD4.

III.2.2 Prise en charge de la coïnfection TB/VIH

Dans les pays où l'épidémie de sida est généralisée comme le Burundi, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) reste le principal facteur de risque de développement de la tuberculose (TB). La TB constitue également la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH.

La prise en charge de la coïnfection a aussi été un des objectifs majeurs.

D'après les estimations de l'OMS, le Burundi fait partie des 41 pays dans le monde à forte prévalence de la coïnfection TB/VIH. Le Rapport Global de l'OMS 2013 estime l'incidence de la TB/VIH à 19%.

Stratégies et interventions essentielles :

- La création d'un environnement favorable pour l'intensification du screening systématique de la tuberculose à toute consultation et au diagnostic précoce de la TB chez les PVVIH par l'accès aux nouveaux moyens de diagnostic et le renforcement des capacités des prestataires ;
- Introduction progressive de la chimio prophylaxie à l'INH dont l'efficacité et l'innocuité sont prouvées dans les structures de prise en charge des PVVIH pour renforcer leur protection contre la tuberculose dans les sites de la Phase pilote ;
- Intégration du diagnostic et du traitement de la TB dans les sites de PEC du VIH soit à travers une stratégie de collecte et de 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 ;
- Intégrer l'information liée à la coïnfection TB/VIH dans le DHIS-2 ;
- Intégration du traitement par ARV dans les structures de prise en charge de la TB dans l'esprit de « one stop service » ;
- Renforcement de la coordination de la réponse à la coïnfection TB/ VIH ;

Réalisations 2017 :

Avec l'appui du FM, les activités suivantes ont été réalisées :

- 165 prestataires ont été formés sur la prise en charge de la coïnfection et le screening de la TBC chez les PVVIH

En ce qui concerne la prise en charge de la coïnfection TB/VIH,

- Par rapport à la gestion de la coïnfection TB/VIH, le niveau d'intégration CDT/Sites ARV a augmenté. En effet, les CDT sont passés de 160 en 2014 à 170 en 2017 et 79 CDT étaient des sites ARV en 2014. Actuellement, sur les 170 CDT, 121 sont des sites ARV ;
- La multiplication et la diffusion des modules des directives d'utilisation des ARV pour le traitement et la prévention de l'infection VIH intégrant la coïnfection TB/VIH (documents normatifs) ont été fait ;
 - **25,214** PVVIH ont bénéficié du screening de la TB en décembre 2017 ;
 - **3,776** tuberculeux ont été testés au VIH et 431 avaient une sérologie VIH positive, soit une prévalence du VIH chez les tuberculeux de 11.4%⁵ ;
 - **431** Patients coïnfectés TB/VIH ont été mis sous ARV ;

⁵Rapport PNILT 2017

- 38 sites ARV dont 16 de Bujumbura Mairie, 15 de Kayanza et 7 de Muramvya ont commencé la prophylaxie à l'INH et 8140 nouvelles PVVIH ont bénéficié de cette prophylaxie ;
- 4 supervisions conjointes entre PNILT et PNLS/IST sur les activités de PEC de la coïnfection TB/VIH ;
- Intégration du screening de la TB dans les services de PEC
- Un atelier de coordination des interventions de lutte contre la coïnfection TB/VIH à l'intention du comité national et les comités provinciaux ;
- Intégration de la cascade des indicateurs de la coïnfection TB/VIH dans le DHIS2
- 1 atelier de coordination des interventions dans la lutte contre la coïnfection TB/VIH a eu lieu ;
- 4 Supervisions conjointes entre PNLS/IST et PNILT ont eu lieu sur la prise en charge de la coïnfection VIH/TB ;
- 3 ateliers de coordination du comité national de la coïnfection TB/VIH ont eu lieu ;
- Mise à l'échelle de la prophylaxie à l'INH pour la PEC de la coïnfection TB/VIH dans 3 Provinces.

Les forces et opportunités :

- Existence d'une Note Conceptuelle conjointe TB/VIH validée par le FM ;
- Existence d'un comité nationale de gestion de la coïnfection TB/VIH ;
- Existence des comités provinciaux de gestion de la coïnfection TB/VIH

Les meilleures pratiques :

- Supervision conjointe des Sites ARV (PNILT, PNLS/IST)
- Redynamisation des organes de coordination des activités de collaboration TB/VIH opérant à tous les niveaux
- Continuité de la mise à l'échelle de la TPI.

Les faiblesses et obstacles :

- Faible synergie entre les professionnels de soins et les intervenants associatifs constituent des obstacles pour la prise en charge des infections opportunistes.
- Faible niveau de rapportage sur le screening de la tuberculose chez les PVVIH,
- Mauvais remplissage des outils de collecte des données et rapportage vulgarisés pour le screening et le TPI de la Tuberculose.
- Faible application des mesures de contrôle de l'infection TB au niveau des structures ;
- Non disponibilité de l'INH en quantité suffisante

Les Perspectives :

- Redynamisation des organes de coordination des activités de collaboration TB/VIH opérant à tous les niveaux ;
- Continuer la sensibilisation de la communauté à la problématique de la coïnfection TB/VIH
- Amélioration de la disponibilité des médicaments et des intrants TB /VIH
- Renforcement du Suivi et évaluation conjointe des interventions de lutte contre la coïnfection TB/VIH.

III.2.3 Couverture en traitement ARV

Le programme de traitement ARV a débuté au Burundi en 1997 et ne cesse de croître chaque année grâce aux efforts du Gouvernement et l'appui des partenaires. Depuis lors, le nombre de PVVIH sous ARV n'a cessé d'augmenter passant de **22 735** en 2010 à **60 115** en 2017.

Stratégies et interventions essentielles :

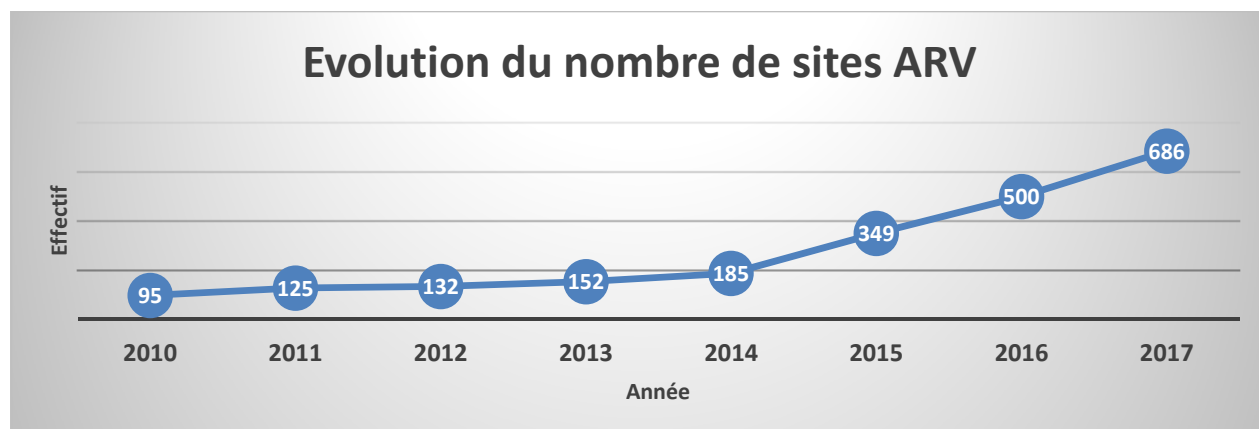
- Etablissement des liens entre les services de dépistage et les services de soins des PVVIH à travers le renforcement du circuit de référence et contre référence et l'approche d'identification unique ;
- Accompagnement des structures pour une meilleure décentralisation et délégation des tâches ;
- Accompagnement des structures pour une meilleure intégration des services ;
- Amélioration de l'accès des personnes dépistées séropositives aux services de PEC de qualité ;
- Intégration du dépistage du VIH chez l'enfant dans d'autres services notamment au niveau des services préventifs, curatifs et de réhabilitation nutritionnelle ;
- Renforcement de la formation des prestataires sur la prise en charge pédiatrique ;
- Institutionnalisation de la pratique de consultations d'observance avant et en cours de traitement à travers l'organisation et l'animation des séances de l'ETP ;
- Mise en place des cadres de partage et d'échange d'expériences en faveur des PVVIH adultes et enfants sous ARV sur la gestion individuelle des traitements ;
- Mise en place d'un dispositif communautaire de suivi et de médiation en santé et établissement d'un lien avec les structures de Prise en charge des PVVIH.

Réalisations 2017 :

- 35 personnes ont participé à la formation des formateurs sur la prise en charge psychosociale de l'enfant et de l'adolescent ;
- Mise à jour du guide de prise en charge syndromique des IST ;
- Formation de 2118 prestataires des CTARV, CDT et sites PTME sur les nouvelles directives nationales de traitement ARV (adulte et pédiatrique) et la délégation des tâches ;
- Formation de 50 médecins/prestataires sur la technique d'inspection visuelle à l'acide acétique ou Lugol et méthode de prélèvement d'un frottis cervical et des lésions précancéreuses par Cryothérapie ;
- Supervision de 30 CDV sur le contrôle de qualité de dépistage du VIH dans les CDV ;
- Supervision clinique formative de 220 FOSA sur la décentralisation progressive du traitement ARV par délégation des tâches ;
- Organisation de 5 groupes de paroles au profit de 146 participants ;
- Formation de 461 prestataires sur la prise en charge psychosociale des personnes infectées et affectées par le VIH/Sida provenant des sites ARV et PTME ;
- Distribution des kits nutritionnels pour 351 OEV, 640 PVVIH sous MAS, 2584 PVVIH sous MAM, 949 femmes sous PTME et 917 enfants sous PTME avec l'appui du PAM ;
- Multiplication et diffusion des nouvelles directives nationales sur l'utilisation des ARV pour la prévention et le traitement de l'infection VIH ;
- Elaboration du plan de mise en œuvre des directives nationales
- Elaboration et validation du guide de prise en charge pédiatrique du VIH ;
- Elaboration et validation du guide de prise en charge Psychosociale ;
- Collecte des Indicateurs d'Alerte Précoce (IAP) de la résistance du VIH aux ARV.

Nous remarquons une augmentation progressive du nombre sites de PEC qui est passé de **95** en 2010 à **686** en 2017 ; ce sont des structures de soins capables d'offrir des soins ARV aux PVVIH et d'autre part l'approvisionnement des sites en ARV.

Figure 7 : Evolution du nombre de sites ARV de 2010 à 2017



La file active des PVVIH sous ARV a fait un saut quantitatif important passant de de **22 735** en 2010 à **60 115** en 2017.

Le nombre de PVVIH suivies dans les sites de PEC est de **62 511**, dont **96.2%** (soit 60 115) sont sous ARV.

Figure 8 : Evolution du nombre de PVVIH sous ARV de 2010 à 2017

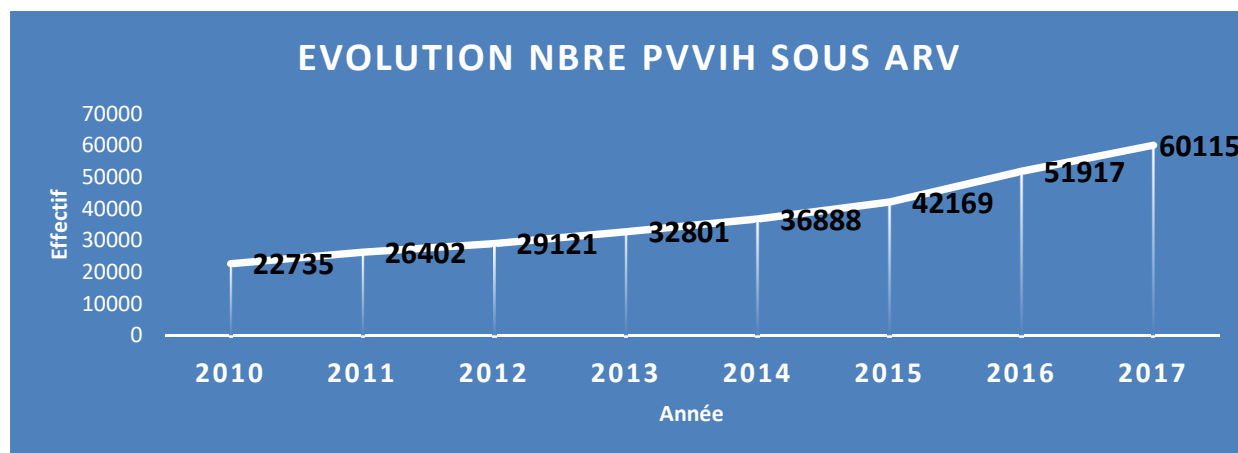


Tableau 10 : Couverture du traitement antirétroviral en 2017

	Total	<15 ans		≥15ans	
		M	F	M	F
Couverture en ARV	72.7%	42.4%	47.3%	63.3%	83.2%
PVVIH sous ARV	60,115	1,586	1,759	18,477	38,293
PVVIH estimées (SPECTRUM 2017)	82,664	3,742	3,718	29,169	46,035

Tableau 11 : PVVIH suivies et PVVIH sous ARV par District et par tranche d'âge en fin 2017

PROVINCE	PVVIH SUIVIES moins de 15ans	PVVIH Sous ARV moins de 15 ans	PVVIH SUIVIES plus de 15ans	PVVIH Sous ARV plus de 15 ans	Total PVVIH SUIVIES	Total PVVIH Sous ARV
Bubanza	60	60	1097	1093	1157	1153
DS Bubanza	13	13	342	338	355	351
DS Mpanda	47	47	755	755	802	802
Bujumbura	91	89	1455	1454	1546	1543
DS Isale	51	51	725	725	776	776
DS Kabezi	29	27	374	374	403	401
DS Rwibaga	11	11	356	355	367	366
Bujumbura Mairie	1158	1144	22199	21963	23357	23107
DS Bujumbura centre	435	430	8685	8529	9120	8959
DS Bujumbura nord	574	566	10651	10594	11225	11160
DS Bujumbura sud	149	148	2863	2840	3012	2988
Bururi	151	119	1772	1508	1923	1627
DS Bururi	101	80	1208	984	1309	1064
DS Matana	50	39	564	524	614	563
Cankuzo	60	54	835	806	895	860
DS Cankuzo	38	34	496	482	534	516
DS Murore	22	20	339	324	361	344
Cibitoke	96	65	1133	1099	1229	1164
DS Cibitoke	71	42	823	802	894	844
DS Mabayi	25	23	310	297	335	320

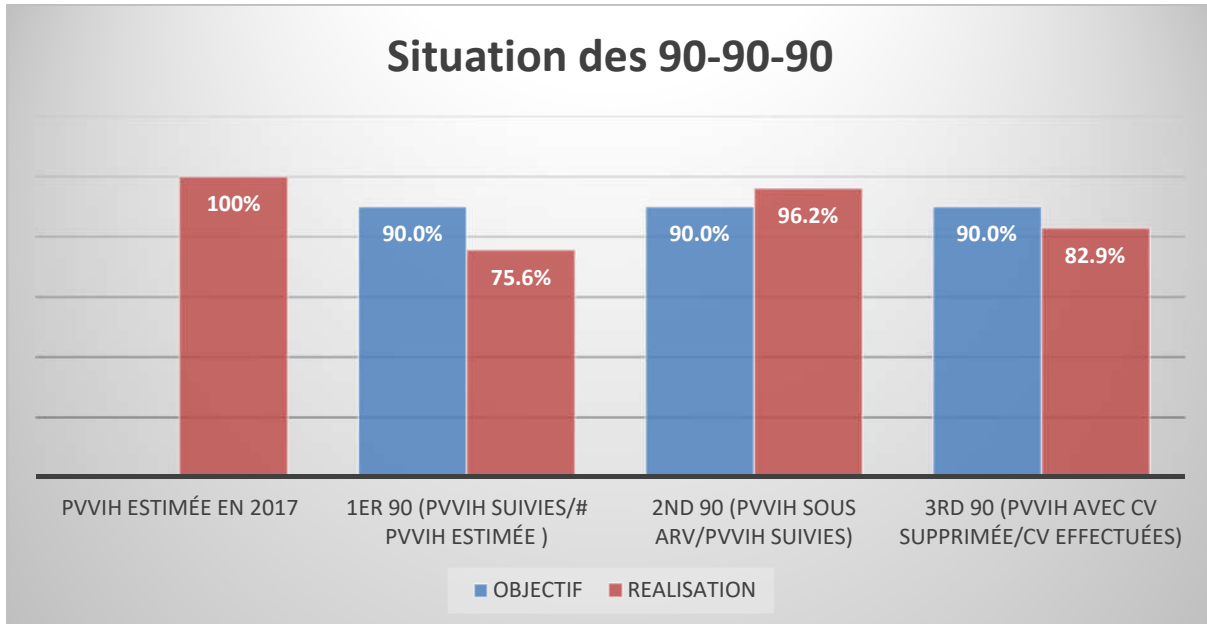
Gitega	355	331	5793	5618	6148	5949
DS Gitega	240	223	4124	4004	4364	4227
DS Kibuye	45	43	529	523	574	566
DS Mutaho	36	36	530	521	566	557
DS Ryansoro	34	29	610	570	644	599
Karusi	131	111	1344	1216	1475	1327
DS Buhiga	104	87	974	852	1078	939
DS Nyabikere	27	24	370	364	397	388
Kayanza	261	247	2993	2975	3254	3222
DS Gahombo	40	39	585	581	625	620
DS Kayanza	146	142	1649	1642	1795	1784
DS Musema	75	66	759	752	834	818
Kirundo	274	251	5175	5163	5449	5414
DS Busoni	40	33	678	669	718	702
DS Kirundo	114	105	2334	2333	2448	2438
DS Mukenke	69	62	1132	1132	1201	1194
DS Vumbi	51	51	1031	1029	1082	1080
Makamba	121	92	1819	1773	1940	1865
DS Makamba	50	49	962	958	1012	1007
DS Nyanza-Lac	71	43	857	815	928	858
Muramvya	95	75	986	951	1081	1026
DS Kiganda	22	11	254	242	276	253
DS Muramvya	73	64	732	709	805	773

Muyinga	203	178	3564	2866	3767	3044
DS Gashoho	34	25	683	454	717	479
DS Giteranyi	44	31	1010	670	1054	701
DS Muyinga	125	122	1871	1742	1996	1864
Mwaro	60	40	888	822	948	862
DS Fota	10	3	207	190	217	193
DS Kibumbu	50	37	681	632	731	669
Ngozi	244	244	3920	3916	4164	4160
DS Buye	31	31	480	480	511	511
DS Kiremba	37	37	854	854	891	891
DS Ngozi	176	176	2586	2582	2762	2758
Rumonge	102	90	1381	1336	1483	1426
DS Bugarama	13	13	172	170	185	183
DS Rumonge	89	77	1209	1166	1298	1243
Rutana	69	61	1038	1011	1107	1072
DS Gihofi	14	12	352	352	366	364
DS Rutana	55	49	686	659	741	708
Ruyigi	129	94	1459	1200	1588	1294
DS Butezi	18	17	116	114	134	131
DS Kinyinya	39	30	510	490	549	520
DS Ruyigi	72	47	833	596	905	643
Total général	3,660	3,345	58,851	56,770	62,511	60,115

Tableau 12 : PVVIH sous ARV par Province, par sexe et par tranches d'âge

PVVIH File active sous ARV																					
Province	<1ans		1-4ans		5-9ans		10-14ans		inf 15ans		15-19ans		20-24ans		25-49ans		>=50ans		15ans et plus		Global
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Bubanza	3	2	7	6	10	9	9	14	29	31	5	32	21	107	160	547	115	106	301	792	1,153
Bujumbura	0	1	5	16	14	20	15	18	34	55	22	31	21	124	278	679	146	153	467	987	1,543
Bujumbura Mairie	5	5	72	69	164	199	296	334	537	607	343	541	316	1,181	3,824	9,684	2,754	3,320	7,237	14,726	23,107
Bururi	2	3	5	6	27	28	23	25	57	62	29	26	25	57	183	626	201	361	438	1,070	1,627
Cankuzo	0	0	2	3	13	14	12	10	27	27	22	24	7	36	132	432	68	85	229	577	860
Cibitoke	5	1	7	8	8	13	16	7	36	29	5	13	12	90	234	481	104	160	355	744	1,164
Gitega	0	8	22	29	54	59	71	88	147	184	68	110	90	297	897	2,738	621	797	1,676	3,942	5,949
Karusi	3	0	6	10	14	23	30	25	53	58	20	30	16	74	231	598	123	124	390	826	1,327
Kayanza	1	5	13	9	44	51	71	53	129	118	53	57	43	169	560	1,383	359	351	1,015	1,960	3,222
Kirundo	0	1	23	21	47	44	56	59	126	125	55	156	119	412	1,154	2,285	505	477	1,833	3,330	5,414
Makamba	1	2	8	1	24	14	18	24	51	41	21	49	38	89	225	715	347	289	631	1,142	1,865
Muramvya	0	0	8	5	8	18	18	18	34	41	18	13	18	47	136	442	121	156	293	658	1,026
Muyinga	2	1	8	9	23	36	54	45	87	91	34	100	40	238	473	1,432	241	308	788	2,078	3,044
Mwaro	0	0	3	0	4	10	16	7	23	17	16	16	8	17	101	371	115	178	240	582	862
Ngozi	1	0	13	23	47	43	55	62	116	128	61	104	67	270	860	1,840	336	378	1,324	2,592	4,160
Rumonge	0	2	4	6	13	23	16	26	33	57	14	34	32	133	224	685	84	130	354	982	1,426
Rutana	4	1	8	3	9	10	11	15	32	29	16	20	16	51	208	436	155	109	395	616	1,072
Ruyigi	2	7	6	4	15	21	12	27	35	59	21	23	22	76	300	504	168	86	511	689	1,294
Total général	29	39	220	228	538	635	799	857	1,586	1,759	823	1,379	911	3,468	10,180	25,878	6,563	7,568	18,477	38,293	60,115

Figure 9 : Situation des 90-90-90 en fin 2017



Au cours de l'année 2017, le premier 90 ; qui est la porte des 2 autres 90 n'a pas été atteint. Il y a donc encore beaucoup de PVVIH qui ignorent leur statut sérologique. Concernant le troisième 90, seules 48.1% des PVVIH sous ARV ont pu faire la mesure de la charge virale (CV). Parmi celles qui ont fait la CV, 82.9% avaient une charge virale supprimée.

Figure 10 : Couverture charge virale en 2017

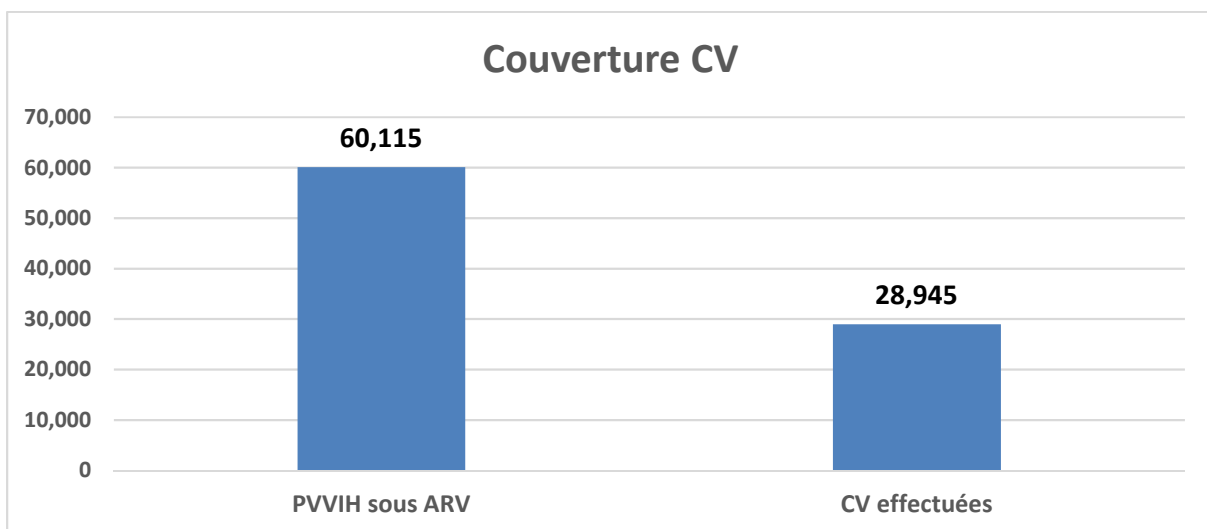
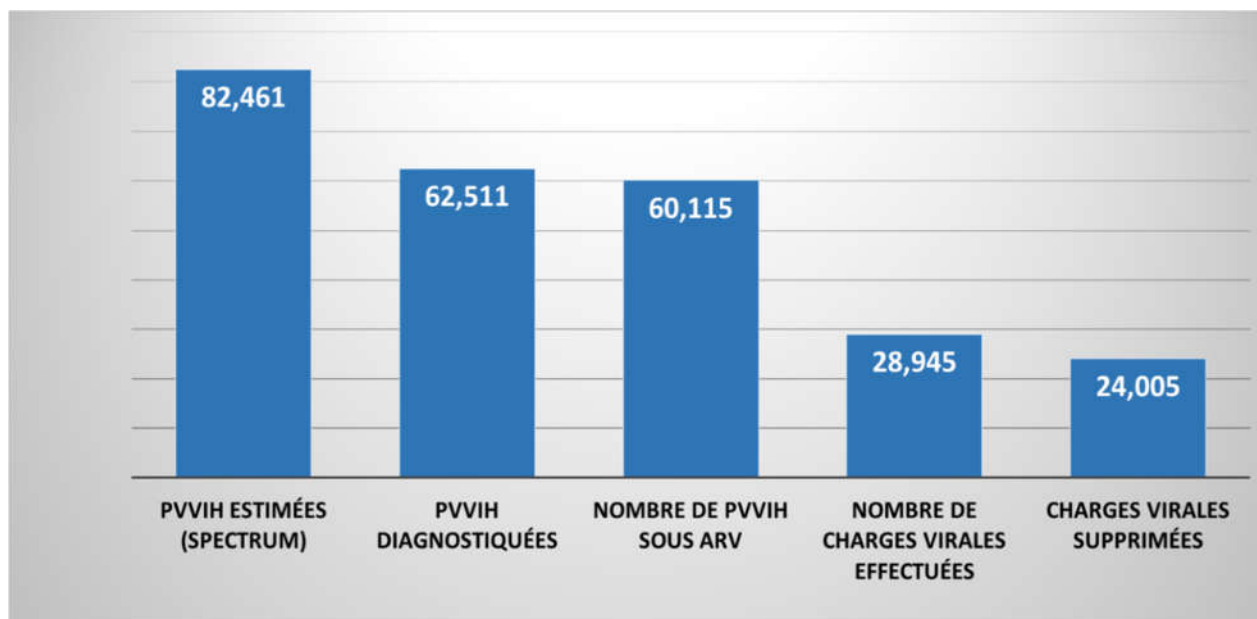


Figure 11 : Cascade des soins des PVVIH par rapport aux 3 « 90 » en fin 2017



Ces figures montrent qu'il y a des gaps à combler par rapport aux trois « 90 » d'ici 2020

Figure 12 : Cascade des 3 « 90 » et gaps (en nombre) par rapport aux cibles en fin 2017

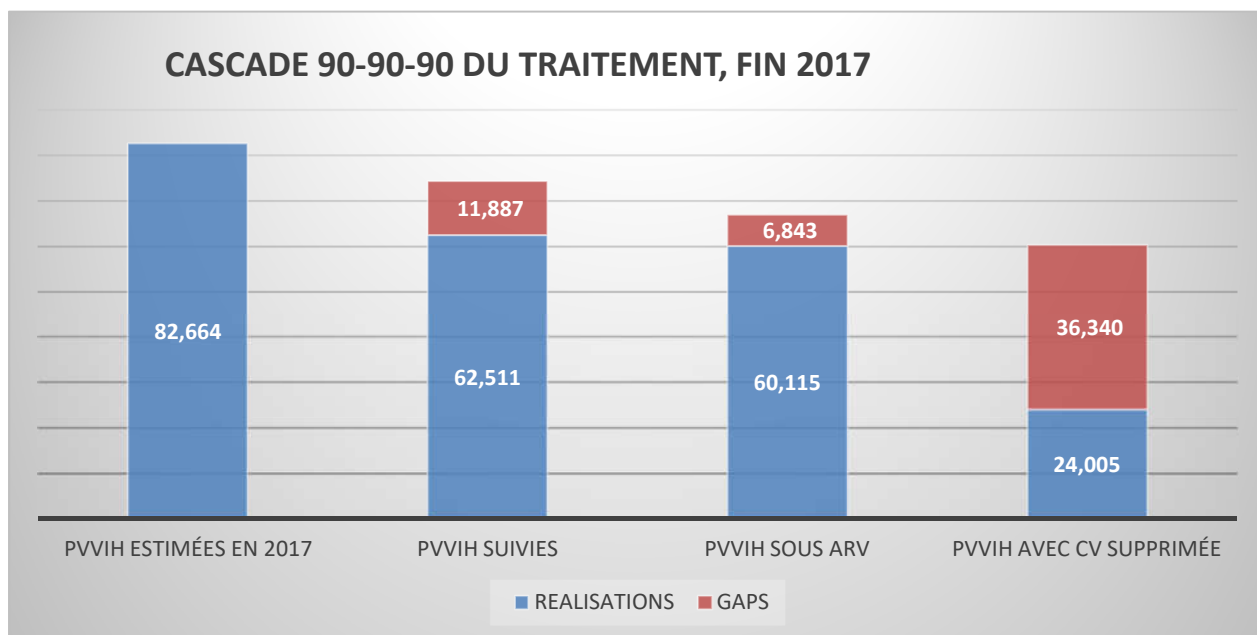
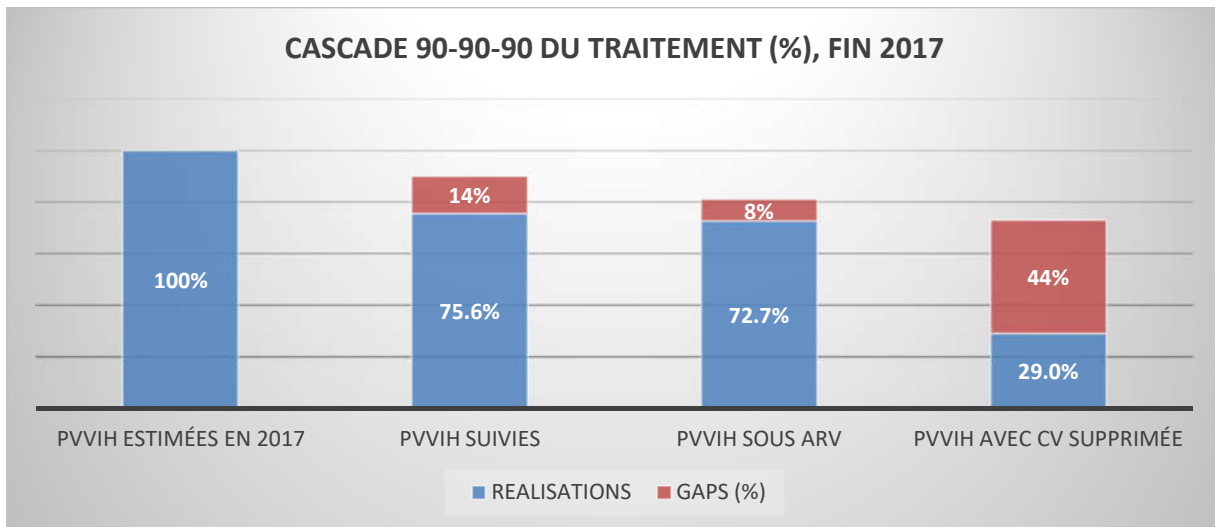


Figure 13 : Cascade des 3 « 90 » et gaps (en %) par rapport aux cibles



Les forces et opportunités :

- L'existence d'un système de suivi et évaluation ;
- L'harmonisation du schéma thérapeutique pour la prise en charge des PVVIH par les ARV ;
- La collaboration entre les membres des équipes pluridisciplinaires composées de médecins, infirmiers, biologistes, techniciens de laboratoire, psychologues, assistants sociaux, pairs éducateurs, agents de santé communautaires et médiateurs de santé ;
- La prise en compte dans les quantifications annuelles des ARV de première, deuxième et troisième ligne, des médicaments pour la prévention et le traitement des IO, des réactifs et consommables de laboratoire ;
- L'existence sur certains sites de logiciel de gestion des dossiers médicaux des PVVIH (SIDA infos)

Les faiblesses et obstacles :

- L'insuffisance d'intégration de la thérapie antirétrovirale dans les services des centres de santé, amplifiant l'inaccessibilité géographique ;
- Le manque de mécanismes bien définis établissant une liaison entre les services de dépistage et ceux de PEC des PVVIH ce qui entrave/retarde l'enrôlement des PVVIH aux ARV avec risque d'amplification des perdus de vue avant l'initiation des traitements ARV ;
- L'absence d'institutionnalisation du contrôle de qualité de la prise en charge médicale des PVVIH ;
- Le manque de pérennisation de la stratégie nationale de surveillance des résistances aux ARV ;

- L'insuffisance de supervision formative des Responsables des pharmacies des structures sanitaires à tous les niveaux et la vétusté des locaux et des équipements limitent la qualité de leurs performances ;
- La gestion et exploitation informatique des dossiers médicaux non disponibles dans la plupart des sites ;

Perspectives :

- Renforcer le circuit d'approvisionnement des intrants et médicaments ainsi que le système de référence et contre référence ;
- Acquérir de nouveaux appareils de mesure de la charge virale ;
- Renforcer le système d'institutionnalisation du contrôle de qualité du dépistage du VIH ;
- Renforcer le système d'assurance qualité des examens de laboratoire dans les hôpitaux de districts ;
- Continuer les supervisions cliniques formatives sur la décentralisation progressive du traitement ARV par la délégation de tâches.
- Rendre pérenne le système de surveillance des résistances aux ARV ;
- Poursuivre la formation des gestionnaires des pharmacies des districts sur la Gestion des Approvisionnements et Stocks ;
- Rendre disponibles les dossiers patients standardisés dans les FOSA ;
- Organiser le circuit de transport des échantillons pour les bilans de suivi des PVVIH.

III.2.4. Suivi biologique des PVVIH

Le traitement ARV a pour objectif de maintenir la charge virale VIH indétectable afin de permettre la restauration progressive de l'immunité. Au cours de la prise en charge des patients séropositifs, deux examens biologiques sont plus particulièrement utiles : (1) la valeur des CD4, qui reflète l'immunité du patient, (2) la quantification de la charge virale VIH permet de suspecter précocement une mauvaise observance, de détecter les échecs thérapeutiques.

Réalisations :

Avec l'appui du FM, USAID/PEPFAR et du projet OPP-ERA :

- Mise en marche de la machine Abbott située à l'hôpital de Ngozi à pour effectuer les analyses de la charge virale (VL) et le diagnostic précoce pour les enfants exposés ;
- Formation de 51 laborantins des hôpitaux de District sur la technique immuno- virologique

- Formation de 187 laborantins sur la maintenance préventive et curative des équipements de laboratoire
- Renforcement des capacités de 41 formations sanitaires pour faire des analyses biologiques de laboratoire ;
- Formation de trois techniciens sur la mesure de la charge virale ;
- Réalisation de **19,664 tests CD4** dans le cadre du suivi biologique des PVVIH en 2017 ;
- Analyse de **28,945** échantillons pour la charge virale dans les laboratoires de l'ANSS, INSP et de l'Hôpital Ngozi en 2017, dont **24,005** soit **82.93%** ont une Charge Virale indétectable.

Les forces et opportunités :

- L'existence de laboratoires de suivi biologique (hématologie, biochimie, comptage des CD4) des patients sous ARV dans presque tous les Hôpitaux de district ;
- L'existence de laboratoire pour le dosage de la charge virale dans 3 laboratoires d'INSP, ANSS et Hôpital de Ngozi.

Les faiblesses et obstacles :

- L'Absence d'un système de maintenance préventive et curative des équipements qui constitue une faiblesse dans le suivi biologique des PVVIH ;
- Le faible accès au suivi virologique des patients sous ARV
- Les pannes répétitives des appareils disponibles de charge virale ce qui limite la qualité de suivi des patients sous traitement ARV
- Les insuffisances dans et le transport des échantillons pour les analyses de charge virale et de diagnostic précoce des enfants exposés

Perspectives :

- Installation de nouveaux appareils de mesure de la charge virale ;
- Renforcement du système d'assurance qualité des examens de laboratoire dans les hôpitaux de districts ;
- Mise en place des stratégies pour améliorer le transport des échantillons ;
- Mise en place des stratégies pour l'amélioration de la maintenance des équipements ;
- Mise en place des stratégies pour assurer la disponibilité continue des réactifs.

III.3. LA GESTION LOGISTIQUE DES INTRANTS

Les médicaments et autres produits couramment utilisés dans le secteur de la santé pour la lutte contre le VIH et le sida proviennent de plusieurs sources notamment : (i) Le gouvernement à travers le budget ordinaire du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le sida, (ii) des fonds des Partenaires bilatéraux et multilatéraux (Fonds Mondial, USAID/PEPFAR) et (iii) les dons des ONG internationales. Concernant l'entreposage et le circuit de distribution, ces médicaments sont logés à la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du BURUNDI (CAMEBU) et distribués à tous les districts sanitaires (pour les centres de santé) et hôpitaux du pays sur base de réquisitions.

Réalisations :

- ✓ Elaboration du « guide pratique pour l'approvisionnement en équipements, réactifs et consommables ;
- ✓ Mise en place de la gestion d'approvisionnement informatisé dans les sites pilotes ;
- ✓ Mise à jour et revue des niveaux de stock pour les intrants VIH ;
- ✓ Commandes, suivi et réception des intrants de lutte contre le VIH ;
- ✓ Elaboration des différents documents pour la subvention du FM pour la période 2018_2020 pour le volet GAS ;
- ✓ Fusion des stocks PNLs et PSM pour les intrants VIH.

Les forces et opportunités :

- Existence d'un dépôt à la CAMEBU pour le stockage, l'approvisionnement ;
- Revue trimestrielle du plan d'approvisionnement ;
- Commandes en ligne sur la plateforme (WAMBO) ;
- Existence d'une unité chargée des approvisionnements et stocks ;

Les faiblesses et obstacles -Absence de logiciel ou de plateforme de suivi des stocks à niveau périphérique
Le dépôt de la CAMEBU se trouve seulement à Bujumbura. Une décentralisation s'avère nécessaire.

Perspectives :

- Etude des goulots d'étranglement dans la chaîne d'approvisionnement pour renforcer le système d'assurance qualité des intrants et médicaments et pour mettre en place des plans d'approvisionnement adaptés ;
- Renforcement du système d'information sur la gestion logistique SIGL par l'extension de la couverture par le logiciel LMIS ;
- Renforcement des capacités du personnel GAS.

III.4. RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION

Un système de S&E fonctionnel représente une des pierres angulaires de la riposte au sida et les IST au Burundi. Il fournit les informations stratégiques nécessaires à la prise de décisions éclairées en matière de gestion et d'amélioration des performances du Plan Stratégique National 2014-2017. Il génère également des données permettant de respecter les exigences définies en termes de responsabilité.

Stratégies et interventions essentielles :

- Intégration dans le SIS de routine (indicateur et outils)
- Surveillance sentinelle, Recherches et Evaluations programmatique
- Supervision
- Assurance qualité des données

Réalisations de 2017 :

Avec l'appui du FM, USAID/PEPFAR, CTB et UNICEF les activités suivantes ont été réalisées :

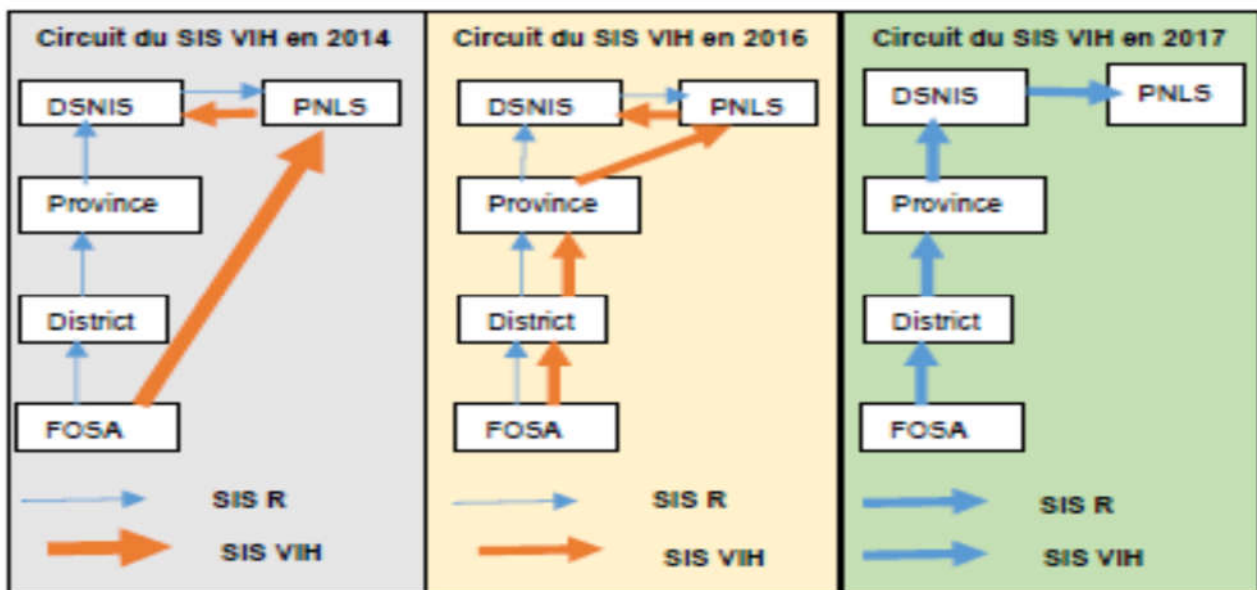
a. L'intégration des indicateurs du Programme National de Lutte contre les IST/VIH/sida dans le système de collecte des données sanitaires de routine au Burundi :

Jusqu'au 31 décembre 2016, la collecte et l'analyse des données VIH était organisées de façon verticale. Le PNLS/IST assurait la définition des registres standards, et le formulaire de rapport mensuel, ainsi que leur mise en place. Le circuit de collecte des données VIH n'impliquait pas le niveau provincial et le niveau district sanitaire.

Pour renforcer l'intégration des informations sur le VIH dans le système de routine, les actions suivantes ont été menées :

- ✓ Depuis 2015, intégration du module VIH dans la Base de données GESIS utilisée par le système d'information sanitaire de routine ;
- ✓ En mars 2016, cette intégration dans le GESIS a été rendue effective à travers les rapports mensuels des FOSA et le premier rapport national produit par le PNLS/IST ;
- ✓ Dans le cadre de la mise en œuvre du DHIS2, des outils standards du SIS de routine intégrant le VIH/IST ont été revus ;
- ✓ Les outils de gestion du programme VIH (dossiers du patient, registre de suivi des PVVIH) ont été revus ;
- ✓ Les formulaires (Hôpital et CDS) de rapport du SIS de routine intégrant le VIH/IST ont été paramétrés dans DHIS2 ;
- ✓ Les données VIH agrégées ont intégré parfaitement le DHIS2 depuis le deuxième semestre de l'année 2017.

Figure 14 : Evolution du Circuit des informations sur le VIH de 2014 à 2017



b. Surveillance sentinelle, Recherches et Evaluations programmatique

- Le protocole de surveillance sentinelle du VIH a été mis à jour
- Les outils de collecte de données et les formulaires de rapportage ont été actualisés

- La surveillance du VIH chez les femmes enceintes venues en CNP 1 a été faite dans 20 sites sentinelles qui ont été identifiés ;
- L'analyse des échantillons est en train d'être fait au niveau de l'INSP.

c. Supervision

- Un outil de supervision intégrée du niveau central vers le niveau intermédiaire et périphérique a été élaboré ;
- Des missions de supervision du SIS VIH ont été effectuées.

d. Assurance qualité des données :

- Des ateliers sur la qualité de données en faveur des prestataires des FOSA, les superviseurs BPS/BDS et les chargés de SIS ont été organisé dans toutes les provinces ;
- Des ateliers de validation et d'audits des données ont été organisés dans tous les districts.

Les forces et opportunités :

- Les Planifications stratégiques nationales quinquennales ainsi que les planifications opérationnelles annuelles sont régulières et accompagnées de plan de Suivi et d'Evaluation ;
- Utilisation des données épidémiologiques et programmatiques à des fins de planification ;
- Existence d'un logiciel de suivi des cohortes de PVVIH au niveau des sites (SIDA INFO) ;
- Existence des partenaires qui appuient le suivi Evaluation de la riposte au VIH et le SNIS ;
- Données VIH intégrées dans le DHIS2 ;
- Appropriation progressive des niveaux décentralisés des informations sur le VIH/IST.

Les meilleures pratiques :

- Coordination entre la DSNIS, le PNLIS/IST et les autres partenaires intervenant dans la lutte contre le VIH sur la disponibilité des informations nécessaires pour la prise des décisions et la gestion des activités du Programme de lutte contre les IST/VIH ;
- Tous les niveaux du système de santé du Burundi, en particulier le niveau intermédiaire et opérationnel, peuvent faire le suivi des indicateurs concernant les IST/VIH de chaque FOSA et de chaque BDS du pays.

Les faiblesses et obstacles :

- Rupture de stock en outils standards de collecte et de rapportage des données VIH/IST (dossier des PVVIH)
- Faiblesse dans les supervisions en rapport avec la qualité des données ;
- Le système de santé qui accuse une recherche opérationnelle encore timide ;

Perspectives 2018 :

- Finalisation du nouveau PSN 2018-2022 ;
- Elaborer un manuel opérationnel de suivi-évaluation ;
- Renforcer la qualité de la supervision et l'audit des données au niveau opérationnel ;
- Renforcer l'analyse et l'utilisation des données au niveau opérationnel ;
- Assurer la mise un lien entre le SIDA-INFO avec le DHIS 2 niveaux central, intermédiaire et périphérique ;
- Mener une enquête de surveillance comportementale au sein des populations clés les plus exposées au risque d'infection par le VIH ;
- Redynamiser le système de surveillance de la résistance du VIH aux ARV.

III.5. COORDINATION DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH ET LE SIDA DANS LE RESPECT DES « TROIS PRINCIPES »

La coordination et l'orientation politiques de la réponse sont assurées par l'Assemblée Générale du CNLS, mais aussi et surtout par son Comité exécutif présidé par le Ministre ayant la Lutte contre le sida dans ses attributions. L'Assemblée Générale se réunit deux (2) fois par an au moins, tandis que le Comité Exécutif tient une (1) réunion par trimestre autant de réunions extraordinaires que de besoin.

D'autres cadres de concertation et de décision sont établis selon les mécanismes proposés par des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) notamment le CPSD (Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement) et le CCM (Mécanisme de Coordination Pays, prôné par le Fonds Mondial).

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

Les forces et opportunités :

- Le leadership et l'appropriation de la Réponse par le gouvernement ;
- Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement ;

- Mécanisme de Coordination Pays, prôné par le Fonds Mondial ;
- Existence du SEP/CNLS comme coordonnateur multisectoriel du VIH/sida ;
- Existence du PNLS/IST comme coordonnateur de la réponse médicale et sanitaire du VIH/sida.

Les meilleures pratiques :

- La participation des populations clés aux différentes instances de décisions a permis une meilleure prise en compte de leurs préoccupations ;
- Organisation des réunions périodique de coordination des intervenants dans la lutte contre le SIDA ; secteur santé.

Les faiblesses et obstacles :

- Forte dépendance du programme aux ressources extérieures ;
- Insuffisances dans la coordination des différents partenaires dans la lutte contre le VIH ;
- Faible capacité de rapportage des interventions au niveau central surtout celles sur les activités communautaires.

Perspectives 2018 :

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

IV. CONCLUSION

Vu les réalisations de l'année 2017, le PNLS/IST a connu des avancées significative. Le PNLS/IST a coordonné la réponse du VIH/SIDA et a mis en œuvre la subvention du Fond Mondial comme récipiendaire principal.

Le PNLS/IST, par le biais de la coordination, le renforcement des capacités des partenaires de mise en œuvre, la supervision et suivi-évaluation a pu mettre en œuvre les activités de prévention du VIH/SIDA à tous les niveaux du système de santé, notamment les sensibilisations sur l'acceptation des différentes méthodes de prévention, les activités de prise en charge et de suivi des PVVIH à travers les structures de prise en charges dans tout le pays. La chaîne d'approvisionnement des intrants continue à travers différents canaux de distributions via la CAMEBU.

D'autres activités en rapport avec le renforcement du système de santé ont été réalisées notamment l'amélioration du système de suivi-évaluation par l'intégration des données VIH dans le SIS de routine, l'amélioration de la qualité des données à travers les BDS et les formations sanitaires à grande file active.

En tant que Principal bénéficiaire des subventions, du Fonds Mondial, le PNLS/IST a été doté d'une unité de gestion constituée par des experts au niveau central, des conseillers techniques et des comptables au niveau intermédiaires pour renforcer ses capacités managériales. Cet appui a permis au PNLS/IST de produire régulièrement les rapports d'état d'avancement de la subvention du Fond Mondial.

La gestion intégrée des interventions entre le PNLS/IST, la DSNIS, la CAMEBU, la CNTS, la DPML, le PNSR, le PNILT constitue une force pour faciliter l'atteinte des résultats.

Toutefois, des contraintes et des défis ne manquent pas, c'est pourquoi et conformément aux constats faits durant la période sous revue, le PNLS/IST avec ses partenaires devront mettre plus d'accent sur la priorisation des interventions à des groupes clés qui présentent des avantages comparatifs pour obtenir des résultats rapides pour la mise en œuvre du plan stratégique de la lutte contre le VIH/Sida. Ainsi donc, l'amélioration et l'élargissement de la prise en charge passent par le renforcement du secteur de la santé, dans ses structures publiques et privées. Il faut poursuivre la décentralisation afin d'améliorer l'accès aux services. L'intégration de la dimension genre dans la lutte contre le VIH est une stratégie à développer et à soutenir car elle motive les intervenants, multiplie les bénéficiaires et améliore la qualité des services. Les efforts devront être poursuivis pour mieux coordonner les activités de prévention, de prise en charge et de suivi et évaluation.

REFERENCES

- Plan Stratégique National 2014-2017
- ISTEEBU, Rapport de l'enquête modulaire sur les conditions de vie des ménages 2013/2014
- ISTEEBU, Projection ISTEEBU, 2010-2030
- ONUSIDA 2014, Estimation de la séroprévalence au Burundi
- Rapport Etude PLACE 2013
- Rapport PNILT 2017
- Rapport du fonctionnement du poste de santé du port de RUMONGE
- Enquête Démographique et de Sante du Burundi (EDSB) 2016-2017