

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, 2019**

PNLS/IST, Mai 2020

## 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 2018, le Burundi s'est doté d'un nouveau Plan Stratégique Nationale de lutte contre le VIH/sida pour la période de 2018 à 2022. 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 depuis 2018 par les différents acteurs s'inscrivent dans l'esprit de soutenir de manière plus opérationnelle ce PSN 2018-2022. 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 2019. 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 Aimé NDAYIZEYE**

**Le Médecin Directeur du PNLS/IST**



# TABLE DES MATIÈRES

PREFACE.....	i
ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	iii
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 .....	4
II.2. ANALYSE DE LA DYNAMIQUE DE L'EPIDEMIE.....	6
III. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA A TRAVERS DIFFERENTES INTERVENTIONS/ACTIVITES.....	9
III.1. PREVENTION DE NOUVELLES INFECTIONS A VIH .....	9
III.1.1. Prévention de la transmission sanguine.....	24
III. 1.2. Prévention de la transmission du VIH de la mère a l'enfant .....	27
III. 2. LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH .....	41
III.2.1 Politique/ Directives .....	41
III.2.2. Couverture en traitement ARV.....	41
III.2.3. Prise en charge des coïnfections et comorbidités .....	52
a.Prise en charge de la coïnfection TB/VIH.....	52
III.2.5. situation des 90-90-90.....	62
III.2.5. Suivi biologique des PVVIH.....	65
III. 3. LA GESTION LOGISTIQUE DES INTRANTS.....	67
III. 4. RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION.....	68
III. 5. COORDINATION DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH ET LE SIDA DANS LE RESPECT DES « TROIS PRINCIPES ».....	71
IV. CONCLUSION.....	73
REFERENCES .....	74

## 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...) Information, Education/ Communication pour le Changement de
IEC/CCC	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

## **I. RESUME EXECUTIF**

### **A. PREVENTION DE NOUVELLES INFECTIONS A VIH**

La prévention des nouvelles infections est le premier axe stratégique de la riposte au VIH au Burundi. Les Interventions y relatives réalisées englobent celles faites par le Programme national de lutte contre le sida et tous ses partenaires. Elle se focalisées sur les domaines de :

#### **i. La prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle**

Dans l'objectif d'augmenter le nombre de personnes connaissant leur statut sérologique, les interventions ci-après ont été priorisées :

- (i) Le renforcement de la connaissance sur le VIH et sida ;
- (ii) La disponibilité et l'accessibilité du préservatif masculin et féminin pour son utilisation correcte et systématique chez les adultes, jeunes et populations à plus haut risqué infection ;
- (iii) Le renforcement du dépistage volontaire visant à améliorer le rendement par intégration des nouvelles approches ;
- (iv) La prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles et ;
- (v) La lutte contre les violences basées sur le genre.

#### **ii. La prévention de la transmission par voie sanguine**

A ce niveau, un accent particulier est apporté sur l'acquisition des intrants pour le test du sang aux quatre marqueurs, l'application des normes de qualité en matière de transfusion sanguine, 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 et la formation et le perfectionnement du personnel de centres de transfusion.

#### **iii. La prévention de la transmission de la mère à l'enfant**

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 et un plan national d'élimination 2019-2022 a été élaboré en Avril 2019.

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 leaders administratifs.
- L'organisation au niveau national de la Journée Mondiale de lutte contre le sida (JMS).

Soulignons que la célébration de la JMS a été accompagnée par les activités de sensibilisation pour le dépistage, le dépistage proprement-dit chez la population cible, 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 en matière de l'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,

En Mai 2019, des addendum aux directives de 2016 ont été élaborés, avec des nouvelles stratégies de dépistage comme le dépistage indexé avec notification des partenaires, dépistage ciblé et l'utilisation de l'autotest ainsi les nouvelles stratégies de traitement ARV comme l'introduction d'une nouvelle molécule à base de Dolutégravir et le retrait progressif des molécules à base de Névirapine et des formations en rapport avec ces nouvelles stratégies ont été faites à l'endroit des prestataires de tous les sites de dépistage et prise en charge du VIH

La mise en œuvre de la politique de délégation des tâches sur la prise en charge du VIH a été lancée

Le nombre sites ARV a augmenté ; passant de 686 en 2017 à 883 sites au 31 Décembre 2019.

## **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 2018-2022. 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 la décentralisation de la saisie et la gestion des données (la saisie et la gestion de données se font au niveau des sites), 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, les recherches et évaluations programmatique (audit de la file active des PVVIH et l'assurance qualité des données)

#### **E. COORDINATION DE LA REPOSE 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) et l'ICN



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 2018 d'un Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA sur la période 2018-2022 (PSN2018-2022) 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 mondiaux (90-90-90). 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 nécessaires (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 de dépistage et prise en charge.

Le rapport annuel de 2019 du PNLS/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**

Le Burundi est un pays membre de l'East African Community (EAC). Il est situé à cheval entre l'Afrique de l'Est et l'Afrique Centrale. Il est frontalier au nord avec le Rwanda, au Sud et à l'Est avec la Tanzanie et à l'Ouest avec la RD Congo. Peuplé d'une population estimée à 12 044 164

avec 5949575 de sexe masculin et 6094589 habitants de sexe féminin (projections de la population de l'ISTEEBU 2016-2050), elle pourrait atteindre 14,9 millions d'habitants en 2030 (PND 2018-2027) avec un taux d'accroissement naturel de 2,4% par an, une taille moyenne de 4,8 personnes par ménage et un indice synthétique de fécondité de près de 5,9 enfants par femme (RGPH 2008, EDS III 2016-2017). Le Burundi s'étend sur une superficie de 27.834 km<sup>2</sup>.

La démographie sans cesse croissante est un défi pour la santé et le bien-être de la population burundaise. Les données démographiques montrent que la population burundaise est relativement jeune avec 65% de personnes de moins de 25 ans, tandis que les personnes âgées de 60 ans et plus ne représentent que 5,4% (EDS III 2016-2017). La densité moyenne de cette population est l'une des plus forte d'Afrique, est estimée à environ 413 hab. /km<sup>2</sup> en 2017. Cette forte croissance démographique a pour conséquence, une pression de plus en plus forte sur les ressources naturelles et sur les services de base avec plus de 90% de la population qui vit en zone rurale.

Le Burundi a initié depuis 2011 des réformes structurelles et financières afin de consolider les bases productives, d'améliorer le climat des affaires et de relance l'activité économique.

L'économie burundaise a enregistré un taux de croissance économique de 3,0% en moyenne sur la période de 2012-2016. Cette croissance est tirée principalement par le secteur tertiaire (5,7%) alors que le primaire et le secondaire enregistraient de faibles croissances (respectivement de 1,8% et 2,5%). En effet, le secteur primaire constitue le pilier de l'économie burundaise, il a connu une croissance moyenne de 4,7% sur la période 2012-2014. La valeur ajoutée du secteur primaire devrait nettement progresser. Elle devrait enregistrer un taux de croissance moyen de 8,3% contre 0,6% sur la période 2008-2017. Le taux de croissance du PIB s'est amélioré passant de 242 dollars en 2010 à 274 dollars en 2017 (PND 2018-2027, projections ISTEEBU).

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, bien que les agendas des OMD soient restés à l'état inachevé. En effet, le ratio de mortalité maternelle est passé de 500 à 334 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2010 et 2016 alors que la cible des ODD est fixée à moins de 70 décès d'ici 2030. Le taux de mortalité néo-natale est passé de 31 à 23 décès pour 1000 naissances vivantes de 2010 à 2016 alors que la cible des ODD est fixée à 12 d'ici 2030.

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).

## **II.2. ANALYSE DE LA DYNAMIQUE DE L'EPIDEMIE**

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 concentrés en milieux 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%)<sup>1</sup>. 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.

Par ailleurs, le nombre de PVVIH est estimé à environ 85963 cas dont 69973 sont déjà sous traitement ARV (Estimation Spectrum ONUSIDA 2020) soit une couverture de 81.36%. La lutte contre le VIH/Sida figure parmi les principales priorités de la politique nationale de santé 2016-2025 qui préconise l'accélération de la prise en charge du VIH vers la couverture sanitaire universelle. Les autres infections sexuellement transmissibles (IST), bien qu'insuffisamment documentées, restent un problème de santé publique au Burundi. Néanmoins, des défis persistent dans le domaine de lutte contre le VIH et portent principalement sur (i) l'atteinte des cibles 90-90-90, (ii) l'application du «Test and Treat», l'accroissement des couvertures sous ARV chez les enfants par la décentralisation et la délégation des tâches, (iii) le dépistage précoce du VIH chez les nouveaux nés, (iv) le maintien des femmes sous ARV, (v) le suivi médical et biologique des patients sous ARV, (vi) la prévention du VIH chez les adolescents et les jeunes et les populations clés, (vii) la surveillance des résistances aux ARV, (viii) la mise en œuvre des nouvelles directives de prise en charge des IST, (ix) l'intégration de la prévention et de la prise en charge des IST dans le plan stratégique de lutte contre le VIH.

Dans le domaine des hépatites, la situation épidémiologique est peu connue. Néanmoins, quelques études parcellaires réalisées au cours des 2 dernières décennies montrent que la prévalence de l'hépatite B oscillerait entre 5% et 10% et celle de l'hépatite C est plus importante, proche des 10% et augmente avec l'âge.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie globale pour la lutte contre les hépatites, le Burundi vient de se doter d'un plan stratégique nationale 2018-2022 de lutte contre les hépatites mais sa mise en œuvre n'est pas encore effective. Les principaux défis sont particulièrement constitués par : (i) l'absence de documents d'orientations (directives, normes, protocoles, etc.), (ii) l'insuffisance des équipements et matériels pour le diagnostic et le traitement et (iii) l'insuffisance des données nationales pour orienter les stratégies et les moyens de mise en œuvre de ces stratégies

---

<sup>1</sup>Rapport PLACE 2013

**Tableau 1 : Synthèse des indicateurs de la période 2019**

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	66619	76389	87%	87%	100%
TCS-autre 2 : Pourcentage d'enfants bénéficiant actuellement d'un traitement antirétroviral sur l'ensemble des enfants vivant avec le VIH	3318	9574	35%	70%	50%
TCS-autre 3 : Pourcentage d'adultes et d'enfants qui sont sous traitement antirétroviral et qui ont bénéficié le dosage de la charge virale	31307	66344	47%	75%	63%
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	883	678	130%	95,00%	137%
PTMTC-1 : Pourcentage de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique VIH	425196	549577	77%	84%	92%
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	3721	5316	70%	89%	79%
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	1439	5316	27%	75%	36%
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	63738	69937	91%	95,00%	96%

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	4362	1846	236%	75%	315%
GP-1 : Nombre de femmes et d'hommes âgés de plus de 15 ans qui ont fait un test VIH et connaissent les résultats	971585	1097728	89%	100,00%	89%

Ce tableau montre le niveau de réalisations de certains indicateurs de couverture contenus dans le cadre de performance du Plan Stratégique National 2018-2022 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 2019, les interventions des différents acteurs ont concouru pour renforcer la prévention de nouvelles infections à VIH. Focalisées sur les priorités du PSN 2018-2022, les interventions ont principalement ciblé les axes suivants :

##### **A. La prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle.**

Au niveau de cette axe, un focus particulier a été porté sur :

- (vi) Le renforcement de la connaissance sur le VIH et sida ;
- (vii) La disponibilité et l'accessibilité du préservatif masculin et féminin pour son utilisation correcte et systématique chez les adultes, jeunes et populations à plus haut risqué infection ;
- (viii) Le renforcement du dépistage volontaire visant à améliorer le rendement par intégration des nouvelles approches ;
- (ix) La prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles et ;
- (x) La lutte contre les violences basées sur le genre.

##### **a. Le renforcement de la connaissance sur le VIH et sida**

En vue de renforcer les connaissances sur le VIH, les différents canaux et approches ont été utilisés :

- a) Le renforcement de l'IEC/CCC par l'implication des paires éducateurs et autres acteurs communautaires. Les séances de sensibilisation tenues par le PNLS/IST où plus 1000 élèves des écoles secondaires ont été touchés, 3269 séances de sensibilisation ont été tenues par la SWAA-Burundi à l'endroit des travailleuses de sexe. 20 séances de sensibilisation ciblant les PVVIH, leurs enfants et leurs partenaires, les femmes en âge de procréer et femmes enceintes, les jeunes et adolescents, les Travailleuses de sexe, les victimes des VBG ont été organisées par le RBP+. En plus de ces interventions 5290 personnes ont été touchées à travers la ligne d'écoute SOS. Plus de 434296 jeunes de 15-24 ans ont bénéficié, de la part de la CRB, un programme de sensibilisation visant le changement de comportement.
- b) L'utilisation des médias et autres supports de communication : des spots radiophoniques ont été produits trimestriellement et des émissions radios ont été organisées. Les T-shirts avec des messages destinés à la population générale ont été produits et distribués à l'occasion de la JMS grâce à l'appui du FNUAP et de l'UNICEF
- c) Les nouvelles technologies d'information et de communication ont été utilisées pour atteindre les jeunes spécialement. C'est ainsi que le PSI Burundi a diffusé plus de 64186 messages sur le whatsapp et 11 469 sur Movercado, atteint 46 066 personnes à travers le Facebook, animé 52 émissions *Tube class* couplées aux appels téléphoniques des auditeurs (134 appels, au total).

Avec toutes ces interventions, on note le renforcement progressif de la réponse communautaire au VIH. Les principales stratégies mises en place sont :

- L'IEC/CCC
- La paire-éducation et la contribution des autres acteurs communautaires,
- Implication des PTF et acteurs de la société civile
- L'utilisation de la ligne verte ;
- Utilisation de la nouvelle technologie d'information

Cependant, on note les défis suivants :

- Les messages de sensibilisation ne sont pas adaptés aux différents groupes ciblés. Les messages existants sont généraux et ne ciblent pas particulièrement certaines catégories de population.
- L'utilisation des TIC. Ce secteur a besoin des interventions innovatrices pour propulser l'échange d'information sur le VIH, surtout dans le milieu des jeunes.

- Le rapportage des interventions des paires éducateurs et acteurs communautaires est à améliorer. Certains acteurs communautaires ne donnent des rapports qu'à leurs bailleurs d'autres transmettent leurs rapports avec réticence ou retards
- La coordination et le suivi des interventions communautaires sont à renforcer.

#### **b. Utilisation du préservatif**

Le préservatif masculin et/ou féminin est utilisé pour assurer la double protection du VIH, des IST et des grossesses non désirées. Il est distribué à travers trois circuits : la distribution gratuite par le truchement des réseaux communautaires, la distribution dans le cadre du planning familial par le biais du PNSR et la distribution par le marketing social.

Au niveau de la distribution gratuite, les préservatifs fournis par le FM ont été distribué par la CRB de la manière suivante :

**Tableau 2 : Distribution des préservatifs au courant de l'année 2019 2**

Indicateur	HSH	PS	UDI	Jeunes 15-24 ans	Prisonnier	Réfugié	Population générale	Total
Quantité de préservatif masculin distribuée	180092	3340818	8727	1923643	37 853	209 919	4 471 847	10172899
Quantité de préservatif féminin distribuée	304	89 006	8	34 726	30	20708	66292	211074
Quantité de gel distribuée	72 084	557743	5300	196623	20100	56202	391498	1299550

S'agissant de la stratégie de Ventes et Marketing social, 3 742 920 préservatifs masculins ont été vendus à travers les points de vente ouverts par tout au niveau national. Le nombre des préservatifs vendus est en descend des préservatifs vendus en 2018, suite à la sous-estimation des commandes qui a occasionné une rupture des stocks au niveau national.

Cependant, même si les avancées ont été enregistrées, **les défis n'ont pas manqué**. Il s'agit entre autres :

---

<sup>2</sup> Rapport CRB 2019



- Le non effectivité de l'intégration de la distribution communautaire des préservatifs dans le circuit normal des intrants ;
- L'existence des ruptures de stock sur terrain sur aux retard de l'introduction des commandes
- Le rapportage qui ne s'appuie pas sur les données d'utilisation mais plutôt sur les données de distribution ;
- La faible évaluation des performances des réseaux de distribution et relais communautaire ;
- Faible communication sur l'utilisation des préservatifs
- Faible visibilité des points de vente et de distribution
- La faible appréciation de la quantité de gel lubrifiant

Pour faire face à ces défis, des stratégies et interventions essentielles ont été initiées. Il s'agit de :

- Organisation des séances de travail pour la coordination des achats et de la distribution des préservatifs;
- Renforcement des capacités des réseaux communautaires dans la promotion et la distribution des préservatifs ;
- Renforcement du comité de quantification, d'acquisition et de suivi des intrants VIH ;

***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

***Perspectives 2020 :***

- Accompagner le décaissement prévu dans le cadre de la subvention du FM pour l'achat des préservatifs
- 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

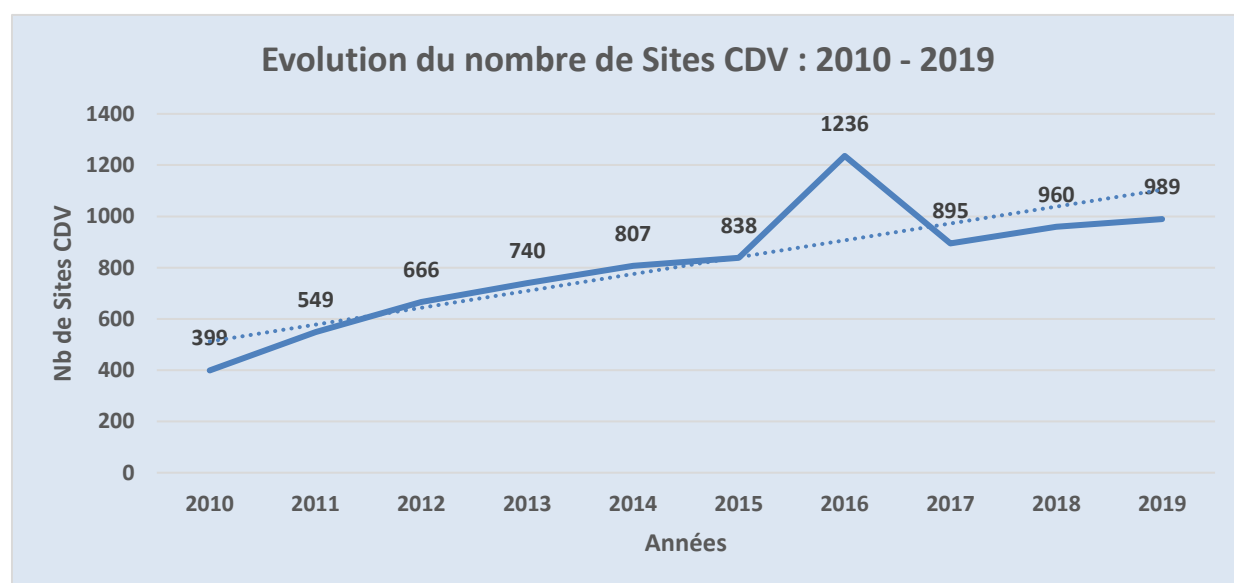
**c. Le renforcement du dépistage volontaire**

Des efforts considérables ont été fournis pour renforcer le rendement du dépistage et faciliter l'accès des personnes ayant un accès limité aux services de santé à ce service. Avec l'extension des nouvelles approches, le nombre des personnes testées positives au VIH mise sous TARV a augmenté.

S'agissant des nouvelles approches, le dépistage indexé, le dépistage ciblé et l'autotest ont étendues au niveau national.

En plus de l'introduction de ces nouvelles approches de dépistage, la politique de décentralisation des services VIH s'est poursuivie et le nombre de CDV a augmenté. La figure suivante montre l'évolution des CDV.

**Figure 1 : Evolution du nombre des sites de CDV de 2010 à 2019**



S'agissant **des défis**, on note :

- (i) Les directives de dépistage non encore révisées à part l'addendum ;
- (ii) Le nombre restreint des prestataires formés pour la mise en œuvre effective de ces nouvelles approches ;
- (iii) des persistance des ruptures des stocks en intrants de dépistage au niveau de certaines FOSA ;
- (iv) Faible collaboration entre les FOSA et les réseaux communautaires.

Les tableaux ci-après montrent la situation des dépistages du VIH effectués parmi la population générale et le rendement de dépistage par province et par district.

**Tableau 3 : Dépistage du VIH parmi la population générale en 2019**

	0-14 ans		15-24ans		25ans et plus		TOTAL
	M	F	M	F	M	F	
Conseillés et dépistés VIH	28 846	35 610	72 725	264 066	187 107	447 687	1 036 041
Résultats VIH récupérés	27 660	33 997	68 786	251 749	178 565	427 121	987 878
Resultat VIH Positif	352	382	731	3 052	4 482	7 071	16 070
Resultat VIH Negatif	28 265	34 921	71 112	258 435	179 585	435 923	1 008 241
Resultat VIH Indetermine	229	307	882	2 579	3 040	4 693	11 730
Taux de positivité	1,2	1,1	1,0	1,2	2,4	1,6	1,6

**Tableau 4: Rendement de dépistage du VIH par province, par district et par tranches d'âge en 2019**

PROVINCE	DISTRICT	0-14ans			15-24ans			25ans et plus			Total conseillés et dépistés	Total Résultat positif	Taux de Positivité
		Conseillés et dépistés	Résultat VIH positif	% VIH+	Conseillés et dépistés	Résultat VIH positif	% VIH+	Conseillés et dépistés	Résultat VIH positif	% VIH+			
Bubanza	DS Bubanza	704	3	0,4	3466	21	0,6	6909	78	1,1	11079	102	0,9
	DS Mpanda	787	11	1,4	10193	44	0,4	19785	156	0,8	30765	211	0,7
Total Bubanza		1491	14	0,9	13659	65	0,5	26694	234	0,9	41844	313	0,7
Bujumbura	DS Isale	1104	28	2,5	8076	151	1,9	16459	442	2,7	25639	621	2,4
	DS Kabezi	1075	8	0,7	5440	76	1,4	11205	206	1,8	17720	290	1,6
	DS Rwibaga	355	3	0,8	3034	2	0,1	7786	20	0,3	11175	25	0,2
Total Bujumbura		2534	39	1,5	16550	229	1,4	35450	668	1,9	54534	936	1,7
Bujumbura Mairie	DS Bujumbura centre	1280	32	2,5	7154	197	2,8	21483	796	3,7	29917	1025	3,4
	DS Bujumbura nord	2218	77	3,5	9394	289	3,1	21172	1003	4,7	32784	1369	4,2
	DS Bujumbura sud	762	35	4,6	4881	282	5,8	13281	751	5,7	18924	1068	5,6
Total Bujumbura Mairie		4260	144	3,4	21429	768	3,6	55936	2550	4,6	81625	3462	4,2
Bururi	DS Bururi	2011	14	0,7	11366	35	0,3	24015	139	0,6	37392	188	0,5
	DS Matana	1480	1	0,1	8171	12	0,1	14700	45	0,3	24351	58	0,2
Total Bururi		3491	15	0,4	19537	47	0,2	38715	184	0,5	61743	246	0,4
Cankuzo	DS Cankuzo	2225	4	0,2	8986	23	0,3	14069	53	0,4	25280	80	0,3
	DS Murore	2383	6	0,3	7956	25	0,3	12746	69	0,5	23085	100	0,4
Total Cankuzo		4608	10	0,2	16942	48	0,3	26815	122	0,5	48365	180	0,4
Cibitoke	DS Bukinyana	554	0	0,0	4254	3	0,1	7148	14	0,2	11956	17	0,1
	DS Cibitoke	350	22	6,3	4342	53	1,2	8060	160	2,0	12752	235	1,8
	DS Mabayi	593	5	0,8	7499	26	0,3	12299	89	0,7	20391	120	0,6

Total Cibitoke		1497	27	1,8	16095	82	0,5	27507	263	1,0	45099	372	0,8
Gitega	DS Gitega	1183	20	1,7	7829	159	2,0	18395	673	3,7	27407	852	3,1
	DS Kibuye	2482	13	0,5	8785	20	0,2	15626	104	0,7	26893	137	0,5
	DS Mutaho	669	12	1,8	4145	34	0,8	9398	213	2,3	14212	259	1,8
	DS Ryansoro	432	4	0,9	2675	19	0,7	5117	74	1,4	8224	97	1,2
Total Gitega		4766	49	1,0	23434	232	1,0	48536	1064	2,2	76736	1345	1,8
Karusi	DS Buhiga	2343	19	0,8	9511	36	0,4	14768	88	0,6	26622	143	0,5
	DS Nyabikere	1628	1	0,1	10517	16	0,2	14477	62	0,4	26622	79	0,3
Total Karusi		3971	20	0,5	20028	52	0,3	29245	150	0,5	53244	222	0,4
Kayanza	DS Gahombo	651	8	1,2	4409	40	0,9	8168	173	2,1	13228	221	1,7
	DS Kayanza	1128	22	2,0	7293	51	0,7	13885	130	0,9	22306	203	0,9
	DS Musema	836	3	0,4	4742	17	0,4	10508	107	1,0	16086	127	0,8
Total Kayanza		2615	33	1,3	16444	108	0,7	32561	410	1,3	51620	551	1,1
Kirundo	DS Busoni	1206	8	0,7	5554	103	1,9	9738	319	3,3	16498	430	2,6
	DS Kirundo	1526	60	3,9	7462	313	4,2	15975	903	5,7	24963	1276	5,1
	DS Mukenke	2150	18	0,8	6729	91	1,4	12268	348	2,8	21147	457	2,2
	DS Vumbi	1949	48	2,5	7294	267	3,7	15397	697	4,5	24640	1012	4,1
Total Kirundo		6831	134	2,0	27039	774	2,9	53378	2267	4,2	87248	3175	3,6
Makamba	DS Makamba	778	14	1,8	5342	57	1,1	8660	228	2,6	14780	299	2,0
	DS Nyanza-Lac	1325	35	2,6	8036	131	1,6	14594	415	2,8	23955	581	2,4
Total Makamba		2103	49	2,3	13378	188	1,4	23254	643	2,8	38735	880	2,3
Muramvya	DS Kiganda	450	5	1,1	3451	10	0,3	8183	56	0,7	12084	71	0,6
	DS Muramvya	562	6	1,1	4132	13	0,3	8710	66	0,8	13404	85	0,6
Total Muramvya		1012	11	1,1	7583	23	0,3	16893	122	0,7	25488	156	0,6
Muyinga	DS Gashoho	1296	16	1,2	7486	33	0,4	13506	130	1,0	22288	179	0,8
	DS Giteranyi	1378	20	1,5	12271	127	1,0	20806	231	1,1	34455	378	1,1
	DS Muyinga	2520	25	1,0	16705	247	1,5	25583	329	1,3	44808	601	1,3
Total Muyinga		5194	61	1,2	36462	407	1,1	59895	690	1,2	101551	1158	1,1
Mwaro	DS Fota	461	0	0,0	2662	98	3,7	6176	250	4,0	9299	348	3,7
	DS Kibumbu	1166	9	0,8	4865	40	0,8	8663	101	1,2	14694	150	1,0

Total Mwaro		1627	9	0,6	7527	138	1,8	14839	351	2,4	23993	498	2,1
Ngozi	DS Buye	1248	10	0,8	5565	48	0,9	8818	130	1,5	15631	188	1,2
	DS Kiremba	1857	8	0,4	8528	38	0,4	14479	188	1,3	24864	234	0,9
	DS Ngozi	2770	29	1,0	14819	151	1,0	28979	449	1,5	46568	629	1,4
Total Ngozi		5875	47	0,8	28912	237	0,8	52276	767	1,5	87063	1051	1,2
Rumonge	DS Bugarama	743	7	0,9	4997	24	0,5	11245	76	0,7	16985	107	0,6
	DS Rumonge	1885	20	1,1	14504	122	0,8	32416	402	1,2	48805	544	1,1
Total Rumonge		2628	27	1,0	19501	146	0,7	43661	478	1,1	65790	651	1,0
Rutana	DS Gihofi	2958	7	0,2	8659	37	0,4	12552	142	1,1	24169	186	0,8
	DS Rutana	2389	4	0,2	7513	46	0,6	12356	126	1,0	22258	176	0,8
Total Rutana		5347	11	0,2	16172	83	0,5	24908	268	1,1	46427	362	0,8
Ruyigi	DS Butezi	872	2	0,2	2935	9	0,3	4129	30	0,7	7936	41	0,5
	DS Kinyinya	1695	5	0,3	7590	69	0,9	10164	132	1,3	19449	206	1,1
	DS Ruyigi	2039	27	1,3	5574	78	1,4	9938	160	1,6	17551	265	1,5
Total Ruyigi		4606	34	0,7	16099	156	1,0	24231	322	1,3	44936	512	1,1
Total général		64456	734	1,1	336791	3783	1,1	634794	11553	1,8	1036041	16070	1,6

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

***Stratégies et interventions essentielles :***

- (i) Renforcement de la collaboration avec les structures communautaires ;
- (ii) Accent mis sur les catégories des populations à très haut risque de contamination ;
- (iii) Mise à l'échelle des nouvelles approches de dépistage ;
- (iv) Renforcement des services de conseil et de dépistage à l'initiative des prestataires ;
- (v) Organisation des supervisions formatives pour renforcer les capacités des prestataires sur le l'amélioration du rendement de dépistage ;
- (vi) Assurer l'approvisionnement des intrants de dépistage du VIH

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

- Faible appropriation des nouvelles approches de dépistage par les fosa
- Persistance des résultats indéterminés de dépistage ;
- Persistance du faible rendement de dépistage ;
- L'existence des gaps à combler pour atteindre le premier 90 de l'objectif 2020 ;
- Faible collaboration entre les FOSA et les réseaux communautaires

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

- Introduction et extension des nouvelles approches de dépistage : La promotion du dépistage indexé, le dépistage ciblé et l'autotest
- Existence de document de directive en matière de dépistage : addendum ;
- Décentralisation du service de dépistage ;
- La mise en œuvre des stratégies de dépistage à base communautaire ;
- Gratuité du test de dépistage ;
- Existence des prestataires formés sur le CDV et counseling ;
- La mise à l'échelle des approches communautaires

***Perspectives 2020***

- Actualiser les directives nationales de dépistage
- Rendre disponible et accessible le service de dépistage de qualité dans toutes les FOSA
- Renforcer la demande et l'offre de service de dépistage pour les groupes à haut risque
- Améliorer le ciblage pour renforcer le rendement du dépistage à base communautaire

- Rendre disponibles et accessibles les intrants de dépistage dans toutes les FOSA
- Accélérer la mise à l'échelle des nouvelles approches de dépistage : autotest, le dépistage ciblé et indexé

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

Pour renforcer la prévention et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles, le guide de prévention des IST au niveau communautaire diffusé 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 utilisée dans les structures de santé publiques, privées et agréées. Elle est intégrée dans les soins de santé primaire.

En effet, les IST constituent un important facteur de risque pour la transmission du VIH/sida. Selon le PSN 2018-2022, 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.

***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 2019 :***

Au cours de l'année 2019, 171 391 cas d'IST ont été notifiés avec 7963 cas de la conjonctivite du nouveau-né, 46412 cas d'ulcération génitale, 35009 cas d'écoulement urétral et 86007 cas d'écoulement vaginal. En dépit de ces réalisations, les informations en rapport avec les IST souffrent d'un sous rapportage.



Tableau 5: cas d'ist diagnostiquées et traitées par province et district en 2019

PROVINCE	DISTRICT	Conjonctivite du nouveau-né diagnostiquée	Ulcération génitale diagnostiquée	Ecoulement urétral diagnostiqué	Ecoulement vaginal diagnostiqué	Autres IST que VIH/SIDA
Bubanza	DS Bubanza	198	881	674	1925	0
	DS Mpanda	65	1023	671	2162	0
TOTAL BUBANZA		263	1904	1345	4087	0
Bujumbura	DS Isale	259	1556	1097	3969	0
	DS Kabezi	109	989	311	1751	0
	DS Rwibaga	67	466	179	871	0
TOTAL BUJUMBURA		435	3011	1587	6591	0
Bujumbura Mairie	DS Bujumbura centre	50	617	1256	1613	0
	DS Bujumbura nord	113	1000	1590	3160	0
	DS Bujumbura sud	101	696	787	1212	0
Total Bujumbura Mairie		264	2313	3633	5985	0
Bururi	DS Bururi	75	1300	1061	2516	0
	DS Matana	75	731	842	1529	0
Total Bururi		150	2031	1903	4045	0
Cankuzo	DS Cankuzo	130	980	515	1318	0
	DS Murore	29	547	546	1403	0
Total Cankuzo		159	1527	1061	2721	0
Cibitoke	DS Bukinanyana	280	334	662	1708	0
	DS Cibitoke	98	1674	1026	2621	0
	DS Mabayi	102	918	826	1966	0
Total Cibitoke		480	2926	2514	6295	0
Gitega	DS Gitega	104	1582	796	1804	0
	DS Kibuye	293	1394	364	1523	0
	DS Mutaho	22	1415	514	1550	0

	DS Ryansoro	153	620	487	1736	0
Total Gitega		572	5011	2161	6613	0
Karusi	DS Buhiga	614	1519	944	1980	0
	DS Nyabikere	207	1468	367	888	0
Total Karusi		821	2987	1311	2868	0
Kayanza	DS Gahombo	85	719	383	1079	0
	DS Kayanza	98	1070	888	1840	0
	DS Musema	111	1375	643	1467	0
Total Kayanza		294	3164	1914	4386	0
Kirundo	DS Busoni	39	608	859	1928	0
	DS Kirundo	34	730	1217	2094	0
	DS Mukenke	111	1082	692	1439	0
	DS Vumbi	29	1600	960	2161	0
Total Kirundo		213	4020	3728	7622	0
Makamba	DS Makamba	338	1520	781	2535	0
	DS Nyanza-Lac	548	879	1108	3389	0
Total makamba		886	2399	1889	5924	0
Muramvya	DS Kiganda	101	398	272	1026	0
	DS Muramvya	67	476	486	1254	0
Total Muramvya		168	874	758	2280	0
Muyinga	DS Gashoho	241	1022	1019	1692	0
	DS Giteranyi	138	863	979	1925	0
	DS Muyinga	24	1181	1363	2511	0
Total Muyinga		403	3066	3361	6128	0
Mwaro	DS Fota	174	347	184	530	0
	DS Kibumbu	484	659	481	1504	0
Total mwaro		658	1006	665	2034	0
Ngozi	DS Buye	74	664	655	1249	0
	DS Kiremba	96	1084	1147	2028	0
	DS Ngozi	230	1232	979	2231	0
Total Ngozi		400	2980	2781	5508	0
Rumonge	DS Bugarama	335	705	709	1992	0
	DS Rumonge	413	1900	1982	4756	0

Total Rumonge		748	2605	2691	6748	0
Rutana	DS Gihofi	268	1987	654	1556	0
	DS Rutana	85	763	450	2228	0
Total Rutana		353	2750	1104	3784	0
Ruyigi	DS Butezi	298	581	104	584	0
	DS Kinyinya	251	825	306	1009	0
	DS Ruyigi	147	432	193	795	0
Total Ruyigi		696	1838	603	2388	0
TOTAL GENERAL		7963	46412	35009	86007	0

### ***Les forces et opportunités :***

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

### ***Les faiblesses et obstacles :***

- La persistance de l'automédication
- Faible notification des cas des d'IST notifié dans les structures des soins
- Les informations en rapport avec les IST souffrent d'un sous rapportage.

### ***Perspectives 2020 :***

- Diffuser l'algorithme de Prise en charge syndromique des IST
- Améliorer l'accès aux services de prise en charge des IST aux groupes spécifiques (jeunes et jeunes scolarisés, MSM, TS, etc.).
- Intégrer la prévention et la prise en charge des hépatites virale dans les interventions du PNLS/IST
- Former les prestataires de soins sur le diagnostic et la prise en charge syndromique des IST
- Renforcer l'intégration des thématiques sur les IST dans les EPS développées dans les Fosa

### ***e. La lutte contre les VSBG***

Des activités visant à améliorer la prévention des VSBG ont été exécutées en collaboration avec les organisations communautaires comme la SWAA-Burundi et la CRB. Quelques activités réalisées sont :

- Formation sur prévention et la lutte contre les VSBG et la prise en charge communautaire des survivants des VSBG
- Formateurs sont formés sur le module de réinsertion socio- familiale et communautaire des survivants des VSBG
- Sensibilisation sur la prévention et la lutte contre les VSBG dans les provinces cibles par les acteurs communautaires
- Sensibilisation des Chefs de collines sur la prévention et la lutte contre les VSBG

- Formation du personnel du centre d'excellence et cadres du CDFC sur le module complémentaire de réinsertion socio-familiale des survivants des VSBG
- Sensibilisation sur la prise en charge communautaire des VSBG

### ***Les forces et opportunités***

- Existence des partenaires techniques et financiers intervenant dans la lutte contre les VSBG
- Existence de la loi portant prévention des VSBG et protection des victimes
- Implication des leaders communautaires dans la lutte contre les VSBG
- Existence des Centres CDFC fonctionnels
- Existence de la loi spécifique contre les VSBG

### ***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
- Insuffisance des interventions sur terrain en matière de prévention des VSBG

### ***Perspectives 2020:***

- Poursuivre la formation des prestataires et des leaders communautaires sur la prévention
- Renforcer la plateforme de coordination des interventions des VSBG
- Renforcer le système de monitoring des cas des VSBG et la prise en charge des VSBG

### **III.1.1. Prévention de la transmission sanguine**

La transfusion sanguine faite dans tous les hôpitaux au niveau national. Le contrôle des poches de sang est assuré par le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS). Ce centre a décentralisé ses services dans quatre régions du pays : au nord, le Centres Régionaux de Transfusion Sanguine (CRTS) se trouve à Ngozi ; au sud le CRTS se trouve à Bururi, au centre-est le CRTS se trouve à Gitega et à l'ouest, le CRTS se trouve à Cibitoke. Le tableau suivant montre les résultats d'analyse des dons de sang en fonction de la présence ou pas du VIH, VHB, VHC et de la Syphilis d'une part et du statut des donneurs d'autre part.

**Tableau 6 : statut vih, vhb, vhc et syphilis chez les donneurs de sang (anciens et nouveaux) dans toutes les structures transfusionnelles (n=79904)<sup>3</sup>**

Donneurs	Anciens donneurs	Nouveaux donneurs	Total
VIH+	485	331	816
VIH-	58313	20775	79088
Total	58798	21106	79904
VHB+	1315	766	2081
VHB-	57489	20334	77823
Total	58804	21100	79904
VHC+	2248	1307	3555
VHC-	56529	19820	76349
Total	58777	21127	79904
RPR+	258	139	397
RPR-	58546	20961	79507
Total	58804	21100	79904

Selon le rapport du CNTS, le sang test a été donné aux patients de la manière suivante :

**Tableau 7 : Répartition des dons de sang en fonction de leur utilisation par les services des structures demandeuses (n= 24810)**

SERVICE	Poches de sang
Médecine interne	4122
Chirurgie	1611
Gynécologie	4613
Pédiatrie	3804
Réanimation	453
Urgence	8975

<sup>3</sup> Rapport annuel d'activités réalisées par le Centre National de Transfusion Sanguine, 2018-2019

Bloc Opératoire	910
Néonatalogie	179
Hémodialyse	41
Autres	102
Total	24810

**Tableau 8 : Répartition des patients transfusés par âge et par sexe dans les structures de prise en charge (n= 21652)**

Patients	Inf à 5ans	5-9ans	9-14ans	14-19ans	19-24ans	24-29ans	29-34ans	34-39ans	39-44ans	44-49ans	49-54ans	54-59ans	59ans et plus	TOTAL
Masculin	2486	1314	752	500	427	380	394	516	249	380	342	303	946	8989
Féminin	2345	1362	826	967	1177	1226	1403	973	579	378	418	331	678	12663
TOTAL	4831	2676	1578	1467	1604	1606	1797	1489	828	758	760	634	1624	21652

***Stratégies et interventions essentielles :***

- Les séances de recyclage et le perfectionnement du personnel de centres de transfusion national et régionaux.
- L'application des normes de qualité en matière de transfusion sanguine ;
- 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'appui technique aux services hospitaliers de transfusion sanguine ;
- La stratégie mobile de collecte de sang

***Réalisations 2019***

- Le renforcement des supervisions au niveau des FOSA pour le service de dépistage de qualité
- Appui en quatre véhicules pour la collecte du sang dans les quatre centres régionaux de transfusion sanguine ;

***Les forces et opportunités :***

- Décentralisation de la collecte de sang
- Existence du mécanisme de fidélisation des donneurs
- L'existence d'associations de donneurs de sang
- La régularité du contrôle de qualité dans les centres de transfusion

### ***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 2020 :***

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

## **III. 1.2. 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'é-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 2019 :***



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

- Formation de 701 prestataires sur la PTME et la PEC Pédiatrique dont 275 sur les Fonds du Gouvernement et 426 sur les fonds du Fonds Mondial ;
- Organisation de 4 ateliers régionaux de coordination des intervenants en PTME ;
- Elaboration du plan national d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et de l'accès universel de la prise en charge pédiatrique du VIH au Burundi ;
- Organisation dans 43 districts d'une mission par district de collecte des données relatives au monitoring amélioré pour action des interventions en rapport avec la cascade PTME au niveau des FOSA par les cadres formés sur l'outil.
- Organisation des ateliers d'analyse de goulot d'étranglement des interventions PTME et d'élaboration des micros plans PTME dans 43 districts. Appui aux districts dans le transport des échantillons PCR pour le dépistage précoce
- 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 4 ateliers régionaux (Sud , Nord, Ouest 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 par SE Première Dame du Burundi d'une émission publique sur la PTME, la PEC pédiatrique dans le cadre de la Campagne Naître libre pour briller ;
- Supervision formative des ECD et prestataires de soins des BPS Bubanza, Cankuzo, Cibitoke, Makamba, Rumonge, Rutana et Ruyigi sur la PTME et la PEC pédiatrique
- Redynamisation des comités technique et politique de suivi de l'e-TME à travers la tenue de 2 réunions trimestrielles du comité technique et d'une réunion annuelle du comité politique ;
- Elaboration d'une feuille de route pour accélérer la prévention et la PEC de l'infection à VIH chez l'enfant et l'adolescent ;
- Organisation avec l'appui de l'ONUFEMMES d'un atelier de renforcement des capacités en faveur des jeunes ressortissants des 5 communes de la Province de Rumonge en matière de dialogue intergénérationnel sur les normes et pratiques culturelles susceptibles de constituer un obstacle à l'engagement des hommes dans la CPN et la PTME ;
- **la réunion semestrielle de concertation avec les acteurs clés dans le cadre du projet de Formation et Empowerment pour un accompagnement renforcé des adolescentes et jeunes filles infectées ou affectées par le VIH ;**

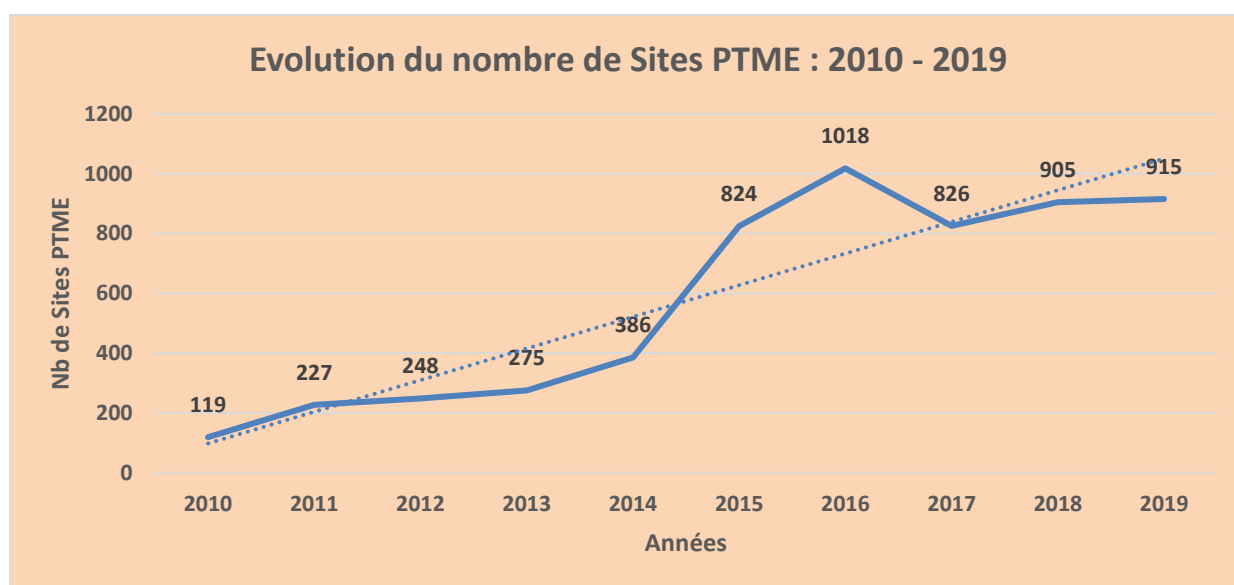
Ainsi, dans le cadre d'accélération de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'Enfant, les districts sanitaires ont poursuivi le processus de décentralisation des services PTME et

d'intégration des services SR/PTME conformément aux directives du MSPLS sur l'intégration SR/VIH/PTME et l'ordonnance ministérielle portant décentralisation des services PTME tout en 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 915 en 2019.

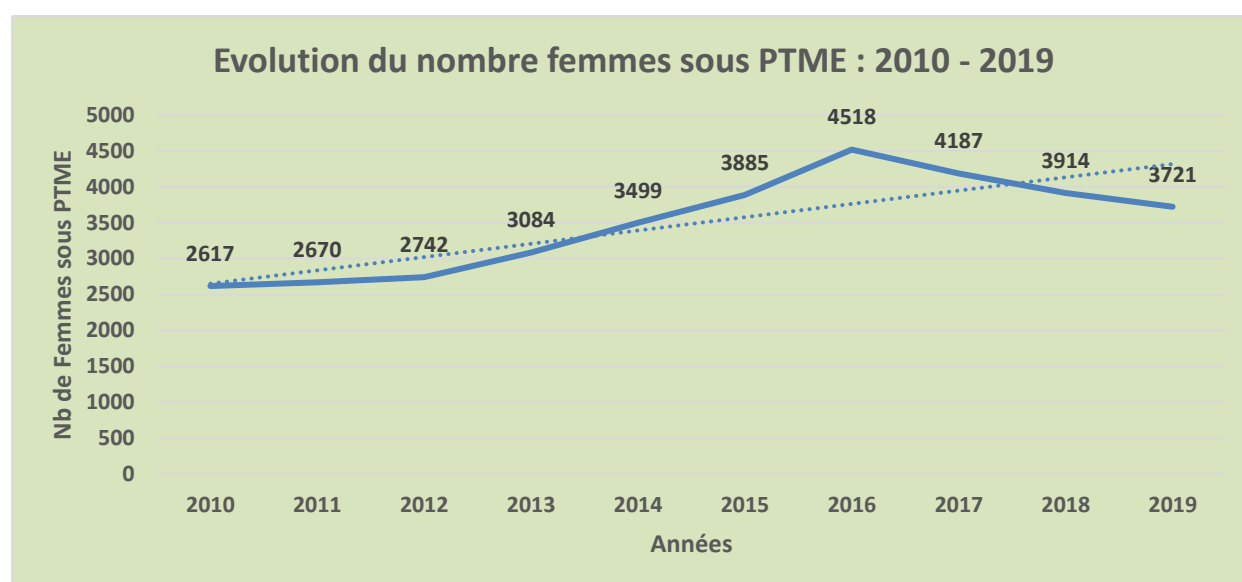
**Figure 2 : Evolution du nombre de sites PTME de 2010 à 2019**



- Dépistage des femmes enceintes :
- Au cours de l'année 2019, sur 499460 femmes vues en CPN1, **421637** ont bénéficié d'un dépistage du VIH et ont récupéré les résultats soit **84.7%** et **5329** femmes enceintes ont été diagnostiquées séropositives au VIH, soit un taux de séropositivité de **1.2%**.
- Sur **549577** grossesses attendues en 2019, **499460** ont fréquenté la CPN1 (91%) et **421637** femmes ont bénéficié d'un dépistage du VIH et ont récupéré les résultats soit **76.1 %**.
- **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 du VIH de la mère à l'enfant est de 3721 dont 1960 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 76710 sur 499460 soit 15.35%.

**Figure 3 : Evolution du nombre de femmes sous Protocole PTME de 2010 à 2019**



Les tableaux 9 et 10 montrent les principaux indicateurs de PTME en 2019

**Tableau 9 : Prévention de la transmission de la mère à l'enfant**

Prévalence (en %) du VIH chez les femmes fréquentant une clinique prénatale au sein de la population générale	<b>1.2%</b>
Nombre de femmes enceintes diagnostiquées séropositives (y compris celles ayant déjà connaissance de leur séropositivité) qui ont fréquenté des cliniques prénatales	<b>5392</b>
Nombre de femmes ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH dans des cliniques prénatales (y compris celles ayant déjà connaissance de leur séropositivité)	<b>421637</b>
Nombre de femmes fréquentant des cliniques prénatales et dont les partenaires ont fait l'objet d'un dépistage du VIH dans (y compris celles ayant déjà connaissance de leur séropositivité)	<b>76710</b>

**Tableau 10 : Prévention de la transmission de la mère à l'enfant**

Pourcentage (%) Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	<b>70%</b>
Nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché 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	<b>3721</b>
Nombre estimé de femmes enceintes séropositives au VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois	<b>5316</b>
Nouveau-nés des mères séropositives mis sous prophylaxie ARV	<b>3054</b>

**Tableau 11 : 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 par rapport aux nouveau-nés attendus	<b>27,07%</b>
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. Les nourrissons ayant été dépistés ne devraient être comptés qu'une seule fois	<b>1439</b>
Résultat du test – Positif	<b>225</b>
Taux de positivité du PCR dans les 2 mois	<b>15.6%</b> <b>(225/1439)</b>
Résultat du test – Négatif	<b>1214</b>
Nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois	<b>2346</b>
Nombre de nouveaux nés des mères VIH+	<b>3114</b>
Nombre d'enfants ayant bénéficiés d'une sérologie à 18 mois	<b>1754</b>
Nombre d'enfants VIH + mis sous ARV	<b>138</b>

**Tableau 12 : Taux de séropositivité des femmes enceintes vues en CPN1 par Province et par district en 2019**

Province	District	Femmes venues pour CPN 1	Femmes venues en CPN 1 et testées au VIH	Femmes venues en CPN1 et dépistées VIH+	VIH+ avant grossesse reçu en CPN1	Taux de positivité en CPN1
Bubanza	DS Bubanza	10436	7067	21	6	0.4%
	DS Mpanda	15212	13314	21	9	0.2%
<b>Total Bubanza</b>		25648	20381	42	15	0.3%
Bujumbura	DS Isale	12409	11076	30	30	0.5%
	DS Kabezi	8657	7939	7	49	0.7%
	DS Rwibaga	3965	3872	0	4	0.1%
<b>Total Bujumbura</b>		25031	22887	37	83	0.5%
Bujumbura Mairie	DS Bujumbura centre	7291	5846	54	221	4.7%
	DS Bujumbura nord	18937	11952	97	367	3.9%
	DS Bujumbura sud	8164	3428	24	90	3.3%
<b>Total Bujumbura Mairie</b>		34392	21226	175	678	4.0%
Bururi	DS Bururi	7894	7617	10	31	0.5%
	DS Matana	7324	6833	26	15	0.6%
<b>Total Bururi</b>		15218	14450	36	46	0.6%
Cankuzo	DS Cankuzo	7868	7834	58	55	1.4%
	DS Murore	9530	9303	14	8	0.2%
<b>Total Cankuzo</b>		17398	17137	72	63	0.8%
Cibitoke	DS Bukinanyana	8313	6308	35	0	0.6%
	DS Cibitoke	12011	6135	16	40	0.9%
	DS Mabayi	9650	7967	108	58	2.1%

<b>Total Cibitoke</b>		29974	20410	159	98	1.3%
Gitega	DS Gitega	14772	10198	37	106	1.4%
	DS Kibuye	10538	9638	44	6	0.5%
	DS Mutaho	9238	6036	6	22	0.5%
	DS Ryansoro	6969	4519	4	0	0.1%
<b>Total Gitega</b>		41517	30391	91	134	0.7%
Karusi	DS Buhiga	14388	11702	7	36	0.4%
	DS Nyabikere	12450	11260	8	139	1.3%
<b>Total Karusi</b>		26838	22962	15	175	0.8%
Kayanza	DS Gahombo	7369	6910	24	17	0.6%
	DS Kayanza	11427	10855	11	81	0.8%
	DS Musema	9705	9008	4	7	0.1%
<b>Total Kayanza</b>		28501	26773	39	105	0.5%
Kirundo	DS Busoni	9387	6588	163	63	3.4%
	DS Kirundo	12304	9315	139	112	2.7%
	DS Mukenke	7662	7269	95	58	2.1%
	DS Vumbi	10679	9680	92	81	1.8%
<b>Total Kirundo</b>		40032	32852	489	314	2.4%
Makamba	DS Makamba	16011	8811	32	116	1.7%
	DS Nyanza-Lac	17343	11569	152	68	1.9%
<b>Total Makamba</b>		33354	20380	184	184	1.8%
Muramvya	DS Kiganda	8103	6312	5	1	0.1%
	DS Muramvya	7685	5534	4	5	0.2%
<b>Total Muramvya</b>		15788	11846	9	6	0.1%
Muyinga	DS Gashoho	10634	8772	16	13	0.3%
	DS Giteranyi	12759	10414	56	22	0.7%
	DS Muyinga	19504	15936	193	344	3.4%

<b>Total Muyinga</b>		42897	35122	265	379	1.8%
Mwaro	DS Fota	5085	4749	8	27	0.7%
	DS Kibumbu	6838	6474	6	6	0.2%
<b>Total Mwaro</b>		11923	11223	14	33	0.4%
Ngozi	DS Buye	6643	5875	17	11	0.5%
	DS Kiremba	13699	26760	30	22	0.2%
	DS Ngozi	13453	13291	75	79	1.2%
<b>Total Ngozi</b>		33795	45926	122	112	0.5%
Rumonge	DS Bugarama	7376	7023	1	43	0.6%
	DS Rumonge	16099	15252	36	33	0.5%
<b>Total Rumonge</b>		23475	22275	37	76	0.5%
Rutana	DS Gihofi	14406	13053	19	281	2.3%
	DS Rutana	9201	8803	75	230	3.5%
<b>Total Rutana</b>		23607	21856	94	511	2.8%
Ruyigi	DS Butezi	6431	4543	30	31	1.3%
	DS Kinyinya	16657	10139	56	9	0.6%
	DS Ruyigi	7118	5451	14	119	2.4%
<b>Total Ruyigi</b>		30206	20133	100	159	1.3%
<b>TOTAL GENERAL</b>		499594	418230	1980	3171	1.2%

**Tableau 13 : Femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux dans le cadre de la PTME par Province et par district en fin 2019**

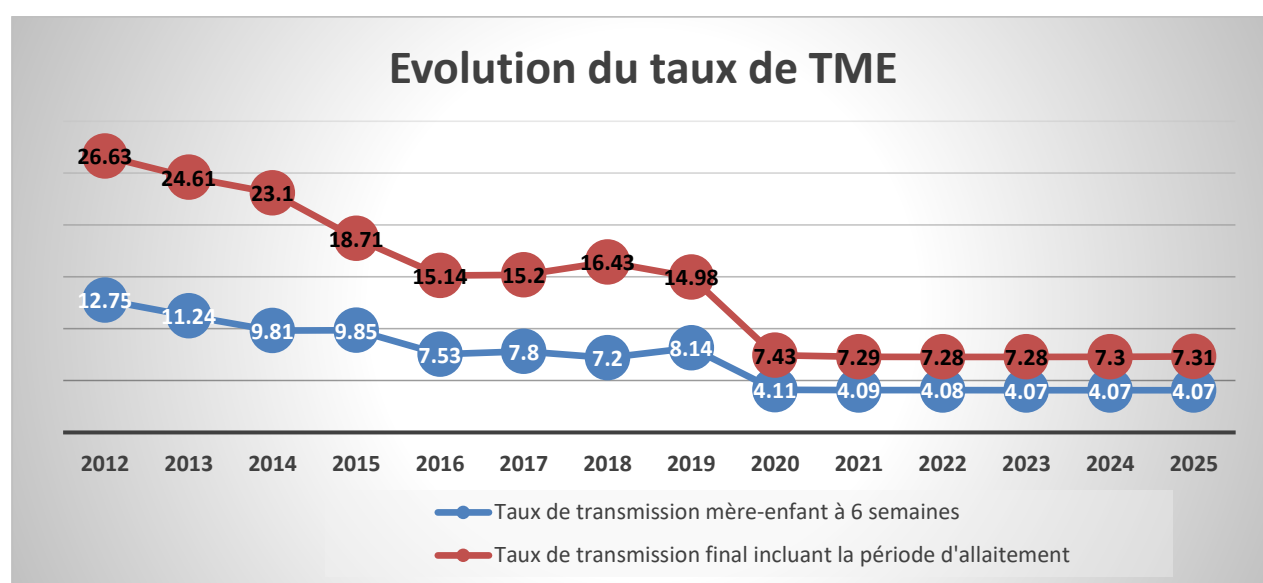
Province	District	Nouveaux cas mis sous ARV	Nouveaux Cas déjà sous TARV	Total des femmes mises sous PTME
Bubanza	DS Bubanza	19	5	24
	DS Mpanda	20	9	29
Total Bubanza		39	14	53
Bujumbura	DS Isale	36	37	73
	DS Kabezi	10	8	18
	DS Rwibaga	1	5	6
Total Bujumbura		47	50	97
Bujumbura Mairie	DS Bujumbura centre	158	209	367
	DS Bujumbura nord	107	316	423
	DS Bujumbura sud	32	73	105
Total Bujumbura Mairie		297	598	895
Bururi	DS Bururi	19	18	37
	DS Matana	4	5	9
Total Bururi		23	23	46
Cankuzo	DS Cankuzo	18	15	33
	DS Murore	17	9	26
Total Cankuzo		35	24	59
Cibitoke	DS Bukinanyana	4	31	35
	DS Cibitoke	19	7	26
	DS Mabayi	8	20	28
Total Cibitoke		31	58	89
Gitega	DS Gitega	52	70	122
	DS Kibuye	71	7	78
	DS Mutaho	7	11	18



	DS Ryansoro	4	6	10
Total Gitega		134	94	228
Karusi	DS Buhiga	15	21	36
	DS Nyabikere	12	144	156
Total Karusi		27	165	192
Kayanza	DS Gahombo	14	18	32
	DS Kayanza	11	42	53
	DS Musema	7	9	16
Total Kayanza		32	69	101
Kirundo	DS Busoni	63	189	252
	DS Kirundo	123	100	223
	DS Mukenke	34	97	131
	DS Vumbi	130	69	199
Total Kirundo		350	455	805
Makamba	DS Makamba	18	14	32
	DS Nyanza-Lac	34	20	54
Total Makamba		52	34	86
Muramvya	DS Kiganda	6	1	7
	DS Muramvya	4	5	9
Total Muramvya		10	6	16
Muyinga	DS Gashoho	16	12	28
	DS Giteranyi	73	18	91
	DS Muyinga	337	70	407
Total Muyinga		426	100	526
Mwaro	DS Fota	9	30	39
	DS Kibumbu	4	6	10
Total Mwaro		13	36	49

Ngozi	DS Buye	20	10	30
	DS Kiremba	41	29	70
	DS Ngozi	37	84	121
Total Ngozi		98	123	221
Rumonge	DS Bugarama	18	1	19
	DS Rumonge	46	37	83
Total Rumonge		64	38	102
Rutana	DS Gihofi	33	42	75
	DS Rutana	14	5	19
Total Rutana		47	47	94
Ruyigi	DS Butezi	3	3	6
	DS Kinyinya	20	11	31
	DS Ruyigi	13	12	25
Total Ruyigi		36	26	62
Total général		1761	1960	3721

Figure 4 : Evolution du taux (%) de transmission de la mère à l'enfant (Spectrum 2019)



Nous constatons que la faible couverture des activités de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant permet de réduire à faible vitesse le taux de transmission du VIH 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 ;
- Forte implication de la Première Dame dans l'accélération de l'e-TME et la prise en charge pédiatrique
- L'adoption du plan global d'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et le maintien de leurs mères en vie ;
- Adoption de la stratégie superfast-track pour accélérer l'élimination de la TME et la PEC pédiatrique avec comme objectifs :Start free,Stay free and AIDS free
- La disponibilité du plan national d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant 2019-2022
- L'ordonnance ministérielle N° 1750 du 28 Décembre 2018 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 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 des prestataires formés sur le prélèvement sur papier buvard chez les enfants exposés
- Existence de trois appareils pour PCR (à Ngozi, Kigutu et INSP) ;
- Existence des prestataires formés sur la prise en charge pédiatrique

### **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***

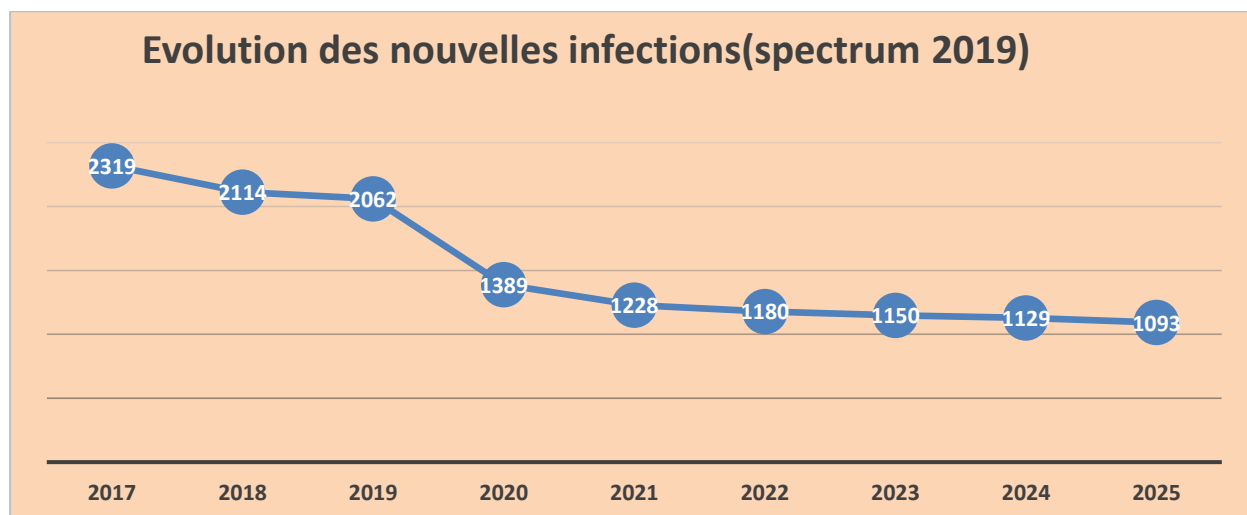
- Faible couverture des services de dépistage de la syphilis chez la femme enceinte ;
- Faible utilisation des services PF par les femmes séropositives ;
- Rupture de stock des intrants de dépistage,
- Méconnaissance de l'utilisation du test DUO par les prestataires
- Faiblesse de la décentralisation, de la délégation et de l'intégration de la PEC du VIH pédiatrique dans les sites PTME ;
- L'insuffisance de suivi biologique/virologique des femmes enceintes/allaitante séropositives dans la majorité des CDS ;
- Non appropriation des prestataires de la promptitude, la complétude, l'exactitude et la cohérence des données
- Faibles capacités de collecte et d'analyse des données VIH au niveau des DS et FOSA
- Faible appropriation de l'équipe cadre du District pour la qualité des données
- Insuffisance dans la coordination des intervenants VIH/PTME dans les provinces
- Faible sensibilisation sur l'importance de faire la CPN
- Faible implication de la communauté en PTME
- 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 2020 :***

- ✓ 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 ;
- ✓ Rendre effective l'ordonnance ministérielle portant décentralisation des services et délégation des tâches à la prescription des ARV en prenant en compte les enfants ;
- ✓ 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 ;
- ✓ Améliorer la coordination de tous les acteurs communautaires en matière de PTME/VIH ;
- ✓ Améliorer l'utilisation des services de CPON dans toutes les FOSA ;
- ✓ Organiser les campagnes de mobilisation des leaders administratifs, religieux et sanitaires sur leur implication dans la réussite de l'e-TME ;
- ✓ Renforcer la capacité des ASC sur les interventions de la PTME et assurer régulièrement leur encadrement ;
- ✓ Renforcement du monitoring décentralisé afin d'accroître les performances ;
- ✓ Renforcer les capacités des mamans mentors et hommes champions sur le soutien des femmes sous PTME
- ✓ Renforcer la tenue régulière des réunions du comité technique et politique de suivi de l'e-TME ;

**Figure 5 : Evolution de nouvelles infections (Projection Spectrum 2019)**



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 PNLS/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. 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 avec l'appui des partenaires. Depuis lors, le nombre de PVVIH sous ARV n'a cessé d'augmenter passant de **22 735** en 2010 à **69937** en 2019 et le tableau ci-dessous montre les détails par sexe et par âge en 2019.

**Tableau 14 : Couverture en ARV**

Indicateur	Total	<15 ans			>=15ans		
		M	F	Total	M	F	Total
<b>Couverture en ARV</b>	81,36%	33,52%	36,52%	34,66%	73,64%	96,22%	87,21%
<b>PVVIH sous ARV</b>	69 937	1 595	1 723	3 318	22 449	44 170	66 619
<b>PVVIH estimées (SPECTRUM 2019)</b>	85 963	4 759	4 718	9 574	30 485	45 904	76 389

***Stratégies et interventions essentielles :***

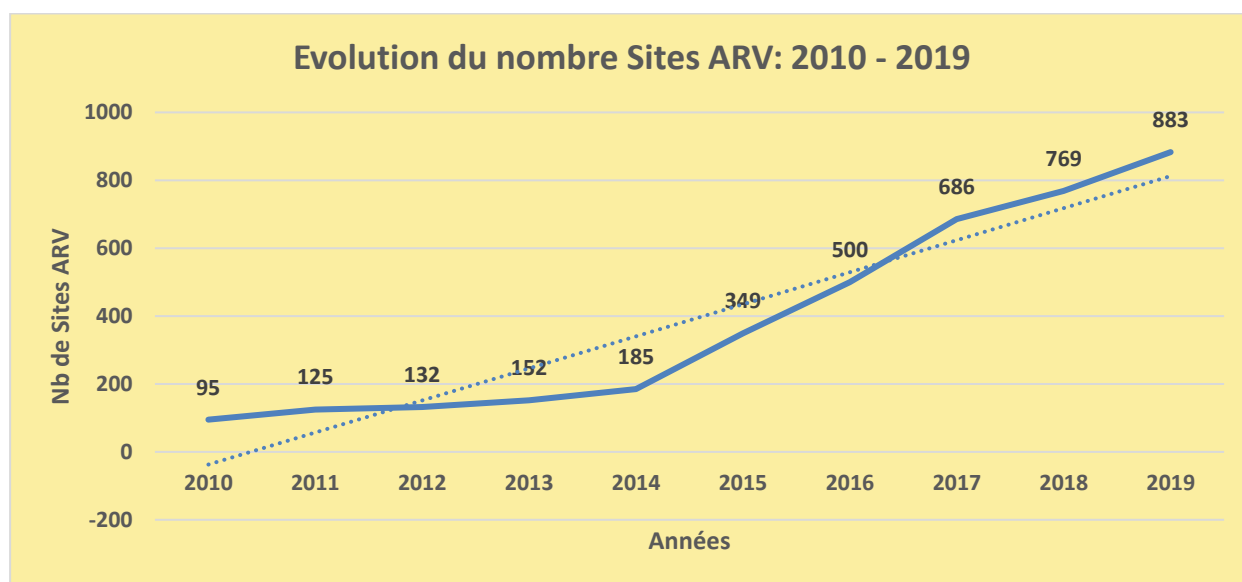
- Etablissement des liens entre les services de dépistage et les services de soins des PVVIH à travers le renforcement du circuit de référence et contre référence et l'approche d'identification unique ;
- Accompagnement des structures pour une meilleure décentralisation et délégation des tâches ;
- Amélioration de l'accès aux soins de qualité des personnes dépistées séropositives  
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 ;
- Renforcement des capacités des prestataires de soins sur la prise en charge psychosociale des personnes infectées et affectées par le VIH ;
- Renforcement 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 2019 :***

- Acquisition des intrants VIH avec un suivi régulier des approvisionnements et des livraisons des produits (activité de routine) ;
- 4 ateliers de mise à jour du plan d'approvisionnement en intrants de lutte contre le VIH/SIDA ont été réalisés

- 1 atelier de quantification des intrants VIH a eu lieu
- Mise à jour des directives nationales pour la prévention et de traitement du VIH au Burundi
- Une supervision dans toutes les provinces sur l'utilisation de schémas contenant le Dolutegravir (TLD) a eu lieu,
- Des supervisions cliniques formatives sur la décentralisation progressive du TARV et sur la mise en œuvre des nouvelles directives par la délégation des tâches (mentoring) au niveau des sites de PEC ont été réalisées dans 9 provinces à la hauteur de 2 FOSA par province.
- Atelier de mise à jour des ECD et des prestataires de soins sur les nouvelles orientations de dépistage du VIH et de TARV relatives à l'introduction graduelle du TLD au Burundi
- Atelier de renforcement des capacités pour des équipes cadre des BPS et BDS sur les nouvelles orientations en matière du dépistage cible, mise sous ARV et suivi des patients PVVIH ;
- Atelier de mise à niveau et partage de bonne pratique pour 28 prestataires des sites de prise en charge des PVVIH de la province sanitaire de Muramvya ;
- 30 prestataires de soins ont été formés sur la prise en charge syndromique des IST, (formation organisées par le PSI Burundi)

**Figure 6 : Evolution du nombre de sites ARV de 2010 à 2019**



Nous remarquons une augmentation progressive du nombre sites de PEC qui est passé de **95** en 2010 à **883** en 2019 ; ce sont des structures de soins capables d'offrir le traitement ARV aux PVVIH et d'autre part l'approvisionnement des sites en ARV



Figure 7: Evolution du nombre de PVVIH sous ARV de 2010 à 2019

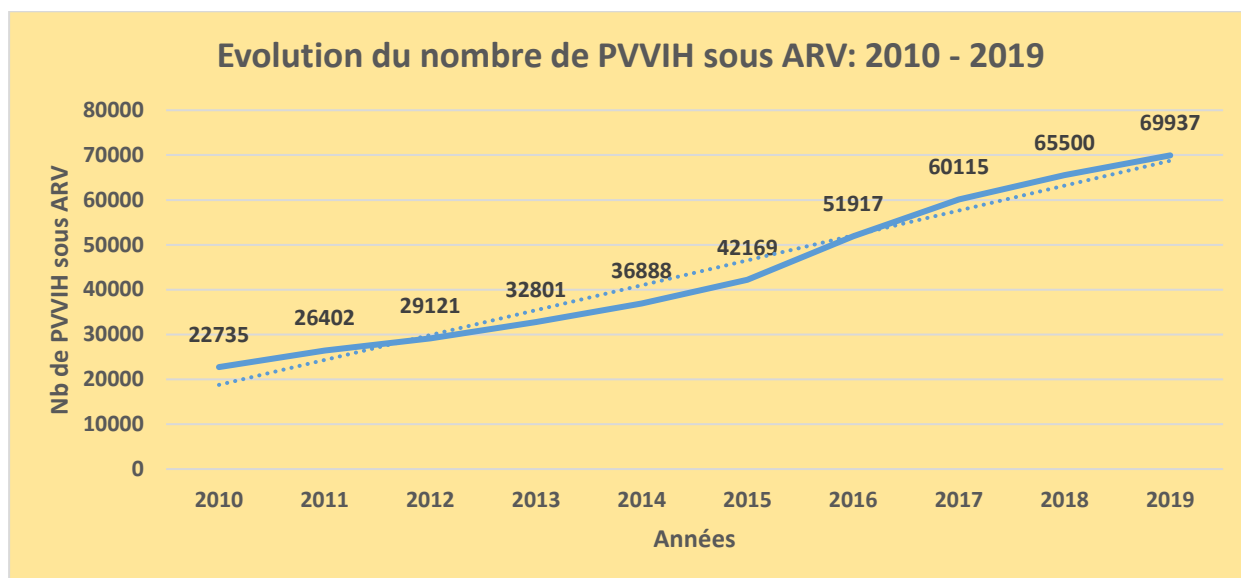
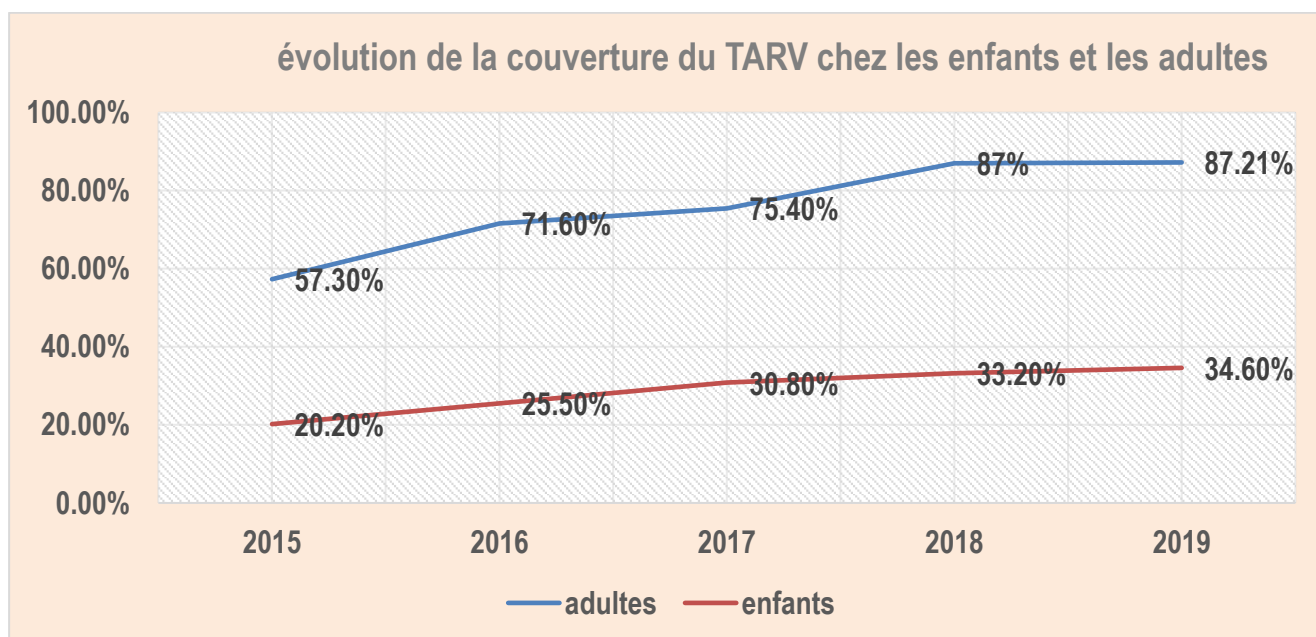


Figure 8 : Evolution de la couverture du TARV chez les enfants et les adultes de 2015 à 2019



**Tableau 15 : PVVIH sous ARV par Province, par district, par sexe et par tranches d'âge  
(moins de 15 ans)**

Province	District	0-11 mois		12-59 mois		5-9 ans		10-14 ans		PVVIH Sous ARV de moins de 15 ans		
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Bubanza	DS Bubanza	0	1	2	2	4	0	3	4	9	7	16
	DS Mpanda	1	0	4	5	11	9	7	7	23	21	44
Total Bubanza		1	1	6	7	15	9	10	11	32	28	60
Bujumbura	DS Isale	1	0	11	12	12	14	9	18	33	44	77
	DS Kabezi	1	0	2	2	8	6	8	4	19	12	31
	DS Rwibaga	0	0	2	3	3	0	2	4	7	7	14
Total Bujumbura		2	0	15	17	23	20	19	26	59	63	122
Bujumbura Mairie	DS Bujumbura centre	1	0	20	6	40	56	105	124	166	186	352
	DS Bujumbura nord	0	3	28	28	75	77	123	133	226	241	467
	DS Bujumbura sud	4	7	11	7	10	16	35	46	60	76	136
Total Bujumbura Mairie		5	10	59	41	125	149	263	303	452	503	955
Bururi	DS Bururi	1	1	4	5	13	13	17	14	35	33	68
	DS Matana	1	0	1	8	5	9	10	8	17	25	42
Total Bururi		2	1	5	13	18	22	27	22	52	58	110
Cankuzo	DS Cankuzo	0	0	5	3	9	9	13	9	27	21	48
	DS Mureore	0	0	3	1	3	3	8	4	14	8	22
Total Cankuzo		0	0	8	4	12	12	21	13	41	29	70
Cibitoke	DS Bukinanya na	0	0	3	1	2	0	0	0	5	1	6
	DS Cibitoke	2	0	1	7	4	13	13	12	20	32	52
	DS Mabayi	0	1	2	4	1	10	1	3	4	18	22
Total Cibitoke		2	1	6	12	7	23	14	15	29	51	80
Gitega	DS Gitega	0	0	8	10	39	30	43	59	90	99	189
	DS Kibuye	0	0	4	3	11	14	10	11	25	28	53
	DS Mutaho	3	2	4	2	6	6	8	6	21	16	37

	DS Ryansoro	0	0	0	0	6	3	13	12	19	15	34
Total Gitega		3	2	16	15	62	53	74	88	155	158	313
Karusi	DS Buhiga	1	1	4	11	15	19	25	23	45	54	99
	DS Nyabikere	0	0	5	4	3	4	7	6	15	14	29
Total Karusi		1	1	9	15	18	23	32	29	60	68	128
Kayanza	DS Gahombo	0	0	5	6	5	5	17	8	27	19	46
	DS Kayanza	3	1	4	5	18	17	43	32	68	55	123
	DS Musema	0	0	4	2	7	12	12	14	23	28	51
Total Kayanza		3	1	13	13	30	34	72	54	118	102	220
Kirundo	DS Busoni	1	1	1	2	12	5	10	9	24	17	41
	DS Kirundo	1	0	11	8	21	16	16	37	49	61	110
	DS Mukenke	0	1	6	4	12	11	9	20	27	36	63
	DS Vumbi	1	3	6	6	11	14	15	22	33	45	78
Total Kirundo		3	5	24	20	56	46	50	88	133	159	292
Makamba	DS Makamba	3	4	6	11	10	10	19	16	38	41	79
	DS Nyanza-Lac	0	1	5	8	9	12	21	19	35	40	75
Total Makamba		3	5	11	19	19	22	40	35	73	81	154
Muramvya	DS Kiganda	0	0	1	0	5	4	4	5	10	9	19
	DS Muramvya	2	0	3	2	11	8	11	17	27	27	54
Total Muramvya		2	0	4	2	16	12	15	22	37	36	73
Muyinga	DS Gashoho	1	0	4	2	3	5	9	7	17	14	31
	DS Giteranyi	0	0	1	7	14	7	10	10	25	24	49
	DS Muyinga	2	0	7	3	12	13	29	31	50	47	97
Total Muyinga		3	0	12	12	29	25	48	48	92	85	177
Mwaro	DS Fota	0	0	0	2	1	5	2	4	3	11	14
	DS Kibumbu	2	0	1	0	3	4	13	12	19	16	35
Total Mwaro		2	0	1	2	4	9	15	16	22	27	49

Ngozi	DS Buye	0	0	1	2	8	6	5	14	14	22	36
	DS Kiremba	1	1	5	3	10	8	11	6	27	18	45
	DS Ngozi	0	0	12	9	32	36	27	36	71	81	152
Total Ngozi		1	1	18	14	50	50	43	56	112	121	233
Rumonge	DS Bugarama	1	0	3	1	0	2	7	3	11	6	17
	DS Rumonge	4	5	6	9	7	23	22	18	39	55	94
Total Rumonge		5	5	9	10	7	25	29	21	50	61	111
Rutana	DS Gihofi	0	0	4	2	3	1	7	3	14	6	20
	DS Rutana	2	3	3	4	4	8	14	17	23	32	55
Total Rutana		2	3	7	6	7	9	21	20	37	38	75
Ruyigi	DS Butezi	1	0	0	0	2	4	4	5	7	9	16
	DS Kinyinya	3	2	3	3	5	5	5	8	16	18	34
	DS Ruyigi	0	0	1	2	11	13	6	13	18	28	46
Total Ruyigi		4	2	4	5	18	22	15	26	41	55	96
Total général		44	38	227	227	516	565	808	893	1595	1723	3318

**Tableau 16: PVVIH sous ARV par Province, par district, par sexe et par tranches d'âge (15 ans et plus)**

Province	District	15-19 ans		20-24 ans		25-29ans		30-34ans		35-39ans		40-44ans		45-49ans		>=50 ans		PVVIH Sous ARV de 15 ans et plus		
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	Total
Bubanza	DS Bubanza	0	18	2	30	13	42	13	40	14	40	17	24	13	29	33	40	105	263	368
	DS Mpanda	5	10	9	58	18	79	28	81	34	65	32	61	27	47	89	108	242	509	751
Total Bubanza		5	28	11	88	31	121	41	121	48	105	49	85	40	76	122	148	347	772	1119
Bujumbura	DS Isale	13	54	32	95	39	117	61	118	53	136	61	108	52	61	106	127	417	816	1233
	DS Kabezi	6	7	6	26	13	44	26	57	24	53	22	40	19	40	63	69	179	336	515
	DS Rwibaga	9	3	5	9	3	12	6	24	13	26	7	6	21	88	49	83	113	251	364
Total Bujumbura		28	64	43	130	55	173	93	199	90	215	90	154	92	189	218	279	709	1403	2112
Bujumbura Mairie	DS Bujumbura centre	152	193	121	381	169	564	157	691	235	898	351	963	469	826	1191	1455	2845	5971	8816
	DS Bujumbura nord	164	299	176	558	170	845	225	878	345	1016	433	1030	514	905	1515	1955	3542	7486	11028
	DS Bujumbura sud	36	79	32	199	72	265	77	219	171	294	179	302	162	250	370	388	1099	1996	3095
Total Bujumbura Mairie		352	571	329	1138	411	1674	459	1788	751	2208	963	2295	1145	1981	3076	3798	7486	15453	22939
Bururi	DS Bururi	21	18	10	58	25	59	20	77	29	99	25	78	40	107	129	228	299	724	1023
	DS Matana	12	14	12	20	15	37	11	33	18	45	14	52	40	76	106	166	228	443	671
Total Bururi		33	32	22	78	40	96	31	110	47	144	39	130	80	183	235	394	527	1167	1694

Cankuzo	DS Cankuzo	15	15	13	28	16	62	17	56	19	63	19	48	27	52	61	79	187	403	590
	DS Murore	10	5	5	34	5	41	18	31	30	42	28	38	19	28	44	51	159	270	429
Total Cankuzo		25	20	18	62	21	103	35	87	49	105	47	86	46	80	105	130	346	673	1019
Cibitoke	DS Bukinanyana	0	2	1	3	1	4	3	8	10	8	1	3	4	4	11	10	31	42	73
	DS Cibitoke	18	18	15	60	25	83	30	95	71	88	43	61	52	61	125	139	379	605	984
	DS Mabayi	2	7	4	21	7	34	13	31	18	46	16	32	8	15	29	60	97	246	343
Total Cibitoke		20	27	20	84	33	121	46	134	99	142	60	96	64	80	165	209	507	893	1400
Gitega	DS Gitega	42	107	79	180	102	290	112	338	153	459	194	455	205	427	455	681	1342	2937	4279
	DS Kibuye	12	15	9	38	15	39	17	65	32	90	34	70	31	72	76	102	226	491	717
	DS Mutaho	11	16	4	38	16	53	16	62	28	78	48	85	36	56	107	106	266	494	760
	DS Ryansoro	10	9	8	24	7	30	15	61	21	44	18	56	32	52	79	159	190	435	625
Total Gitega		75	147	100	280	140	412	160	526	234	671	294	666	304	607	717	1048	2024	4357	6381
Karusi	DS Buhiga	18	15	12	48	21	92	23	108	36	117	34	96	47	69	107	104	298	649	947
	DS Nyabikere	6	7	3	34	14	25	15	38	24	57	19	41	27	33	39	37	147	272	419
Total Karusi		24	22	15	82	35	117	38	146	60	174	53	137	74	102	146	141	445	921	1366
Kayanza	DS Gahombo	10	24	3	25	17	56	29	56	36	69	29	55	44	62	97	93	265	440	705
	DS Kayanza	39	45	27	113	39	143	45	176	81	191	64	133	96	143	217	209	608	1153	1761
	DS Musema	13	19	14	29	21	57	29	57	45	77	40	63	39	67	105	91	306	460	766
Total Kayanza		62	88	44	167	77	256	103	289	162	337	133	251	179	272	419	393	1179	2053	3232

Kirundo	DS Busoni	16	35	27	106	56	100	57	97	78	113	45	58	37	59	79	74	395	642	1037
	DS Kirundo	37	83	74	241	139	286	157	296	154	325	129	232	172	228	338	315	1200	2006	3206
	DS Mukenke	11	55	51	124	77	196	96	160	106	180	77	118	93	67	95	84	606	984	1590
	DS Vumbi	21	46	63	115	90	152	111	169	118	144	93	94	77	81	116	82	689	883	1572
Total Kirundo		85	219	215	586	362	734	421	722	456	762	344	502	379	435	628	555	2890	4515	7405
Makamba	DS Makamba	14	34	25	56	38	85	42	108	48	100	43	89	59	97	123	164	392	733	1125
	DS Nyanza-Lac	10	36	6	98	16	145	45	171	56	151	54	140	104	107	125	171	416	1019	1435
Total Makamba		24	70	31	154	54	230	87	279	104	251	97	229	163	204	248	335	808	1752	2560
Muramvya	DS Kiganda	5	4	7	13	3	17	8	12	11	42	16	26	10	30	52	51	112	195	307
	DS Muramvya	17	15	17	31	6	28	10	54	24	70	26	87	41	88	94	154	235	527	762
Total Muramvya		22	19	24	44	9	45	18	66	35	112	42	113	51	118	146	205	347	722	1069
Muyinga	DS Gashoho	8	14	8	43	10	66	19	91	30	103	29	65	34	49	68	74	206	505	711
	DS Giteranyi	11	22	24	127	76	143	55	114	62	118	45	101	39	57	95	94	407	776	1183
	DS Muyinga	23	41	35	130	71	180	61	163	85	203	107	174	92	142	152	171	626	1204	1830
Total Muyinga		42	77	67	300	157	389	135	368	177	424	181	340	165	248	315	339	1239	2485	3724
Mwaro	DS Fota	4	4	1	8	4	11	1	15	2	19	13	23	5	27	31	52	61	159	220
	DS Kibumbu	15	21	10	24	10	32	13	45	19	72	24	76	31	84	103	150	225	504	729

Total Mwaro		19	25	11	32	14	43	14	60	21	91	37	99	36	111	134	202	286	663	949
Ngozi	DS Buye	5	13	23	65	34	60	17	57	38	76	38	36	32	46	49	68	236	421	657
	DS Kiremba	8	23	16	66	51	116	56	119	51	117	63	104	44	61	100	83	389	689	1078
	DS Ngozi	49	93	73	209	101	269	127	300	161	369	152	280	153	244	289	365	1105	2129	3234
Total Ngozi		62	129	112	340	186	445	200	476	250	562	253	420	229	351	438	516	1730	3239	4969
Rumonge	DS Bugarama	2	7	8	14	6	9	13	22	7	34	15	19	12	12	33	43	96	160	256
	DS Rumonge	21	37	23	112	31	166	62	161	56	166	56	127	70	111	135	147	454	1027	1481
Total Rumonge		23	44	31	126	37	175	75	183	63	200	71	146	82	123	168	190	550	1187	1737
Rutana	DS Gihofi	4	19	14	38	22	45	16	59	32	63	34	47	31	23	40	60	193	354	547
	DS Rutana	9	17	13	48	13	42	21	66	20	59	36	68	38	104	108	105	258	509	767
Total Rutana		13	36	27	86	35	87	37	125	52	122	70	115	69	127	148	165	451	863	1314
Ruyigi	DS Butezi	5	3	2	9	7	10	9	30	6	31	15	21	9	15	23	17	76	136	212
	DS Kinyinya	9	16	17	38	20	48	22	73	27	70	32	44	18	36	62	69	207	394	601
	DS Ruyigi	11	21	25	33	15	62	28	43	38	93	38	93	34	58	106	119	295	522	817
Total Ruyigi		25	40	44	80	42	120	59	146	71	194	85	158	61	109	191	205	578	1052	1630
Total général		939	1658	1164	3857	1739	5341	2052	5825	2769	6819	2908	6022	3259	5396	7619	9252	22449	44170	66619



### **III.2.3. Prise en charge des coïnfections et comorbidités**

#### **a.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 ;
- Intégration de l'information liée à la coïnfection TB/VIH dans le DHIS-2 ;
- Intégration du traitement 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 ;

#### **b.Par rapport à la pris en charge psychosociale et nutritionnelle des PVVIH**

L'objectif de la prise en charge psychosociale étant une relation d'aide visant à l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH), une relation basée sur l'écoute et le conseil (counseling), la prise en charge psychosociale est un élément central de la prise en charge globale de l'infection à VIH car contribue favorablement dans l'adhésion aux Traitement ARVs ; à l'observance thérapeutique et dans la réduction des cas d'abandons et de perdu de vue. Pourtant le programme en charge de la lutte contre le VIH/ sida et les Infections Sexuellement

Transmissible se trouve devant un défis d'insuffisance de données par rapport à la prise en charge psychosociale et nutritionnelle chez les PVVIH, de faible couverture de prévention et de traitement ARV chez les jeunes enfants et adolescents infectés et affectés par le VIH. Les prestataires de soins des sites de prise en charge des PVVIH ont également une faible capacité dans l'offre des services de qualité sur la prise en charge psychosociale et nutritionnelle par manque de formation et de supervision pour l'accompagnement.

***Réalisations 2019 :***

Au cours de l'année 2019, des activités suivantes ont été réalisées :

**a) Par rapport à la prise en charge de la coinfection TB/VIH ;**

- ❖ 2 supervisions conjointes entre PNILT et PNLS/IST sur les activités de PEC de la coinfection TB/VIH ;
- ❖ Intégration du screening de la TB dans les services de PEC est faite ;
- ❖ cas de coinfectés TB/VIH ont été mis Cotrimoxazoles, et sous ARV
- ❖ Continuité de la mise à l'échelle de la prophylaxie à l'INH pour la PEC de la coinfection TB/VIH dans les Provinces sanitaires
- ❖ 2 réunions de coordination du comité national de lutte contre la coinfection TB/VIH
- ❖ Elaboration d'un plan conjoint TB/VIH 2019-2023

**Tableau 17 : Coïnfection VIH/TB**

2019										
DISTRICT	PVVIH venues en consultation	PVVIH ayant bénéficié screening TB	PVVIH positives au screening TB	NC INH pour NC ARV	NC INH pour AC ARV	PVVIH testées pour TB	PVVIH testées TB+	PVVIH enrolées au traitement anti TB	PVVIH : AC sous INH	PVVIH : Ayant terminé la prophylaxie INH
DS Bubanza	3407	3324	4	24	314	8	4	16	846	718
DS Mpanda	8051	7478	34	67	302	28	10	10	2556	886
Total PS Bubanza	11458	10802	38	91	616	36	14	26	3402	1604
DS Isale	11871	10724	77	162	899	140	4	4	4884	760
DS Kabezi	3463	3307	11	25	313	45	1	2	1233	174
DS Rwibaga	3560	2813	9	8	132	12	1	2	849	104
Total PS Bujumbura	18894	16844	97	8	1344	197	6	8	6966	1038
DS Bujumbura centre	44799	38015	316	672	3490	196	63	50	17083	1746
DS Bujumbura nord	42345	32414	396	372	3649	305	41	99	16477	1527
DS Bujumbura sud	14406	10632	75	119	1132	38	34	25	4262	348
Total Municipalité sanitaire de Bujumbura	101550	81061	787	1163	8271	539	138	174	37822	3621
DS Bururi	5057	5012	10	0		9	3	9		
DS Matana	4740	4260	8	48	754	123	2	3	1387	68
Total PS Bururi	9797	9272	18	48	754	132	5	12	1387	68
DS Cankuzo	3355	3140	32	9	522	9	2	1	795	161
DS Murore	3479	3377	30	36	503	1	1	1	597	16
Total PS Cankuzo	6834	6517	62	44	1025	10	3	2	1392	177
DS Bukinanyana	375	365	1	3	37				41	12
DS Cibitoke	7336	5444	37	105	663	42	4	14	4282	372

DS Mabayi	1759	1545	2	78	585	1			1207	127
Total PS Cibitoke	9470	7354	40	186	1285	43	4	14	5530	511
DS Gitega	23319	21952	135	184	2827	56	26	20	12574	772
DS Kibuye	5033	4912	8	113	555	8	4	4	1687	280
DS Mutaho	5419	5171	140	91	1400	59			2189	313
DS Ryansoro	6101	4762	2	88	766	1	1	1	1886	714
Total PS Gitega	39872	36797	285	477	5548	124	31	25	18336	2079
DS Buhiga	7277	6856	121	23	425	211	9	11	1302	117
DS Nyabikere	4358	4035	32	0		1	3	2		
Total PS Karusi	11635	10891	153	23	425	212	12	13	1302	117
DS Gahombo	6789	6752	39	56	234	25	3	5	873	90
DS Kayanza	14027	13708	38	39	326	22	13	10	1649	151
DS Musema	8596	8502	15	12	110	5			191	17
Total PS Kayanza	29412	28962	92	107	670	52	16	15	2713	258
DS Busoni	7263	7042	9	109	343	6	1		1793	34
DS Kirundo	18711	17635	230	330	2058	296	10	464	11940	1015
DS Mukenke	14465	14197	28	1	2	7	1	2	4	
DS Vumbi	12247	12284	86	236	2523	41	9	901	6171	887
Total PS Kirundo	52686	51158	353	677	4926	350	21	1367	19908	1936
DS Makamba	8642	8562	22	18	285	52	6	6	1487	166
DS Nyanza-Lac	10387	8318	18	242	1571	11	7	6	1946	195
Total PS Makamba	19029	16880	40	260	1856	63	13	12	3433	361
DS Kiganda	1529	1529	9	4	1	11	3	1	59	5
DS Muramvya	6458	6458	1	5	27	4	1	3	90	54
Total PS Muramvya	7987	7987	10	9	28	15	4	4	149	59
DS Gashoho	5556	5565	13	43	601	167	2	2	676	75
DS Giteranyi	6647	6831	22	0	435	20	2	86	791	
DS Muyinga	11638	11018	228	73	569	177	12	11	1323	11
Total PS Muyinga	23841	23414	263	116	1605	364	16	99	2790	86

DS Fota	1865	1860	12	6	55	10			95	2
DS Kibumbu	2626	2413	24	5	641	32	1	1	689	4
Total PS Mwaro	4491	4273	36	10	696	42	1	1	784	6
DS Buye	5992	5715	12	3	195	6	1		1473	196
DS Kiremba	9418	9205	8	129	839	2	1	1	3368	467
DS Ngozi	22567	22004	92	186	1105	50	9	14	9698	2880
Total PS Ngozi	37977	36924	112	317	2139	58	11	15	14539	3543
DS Bugarama	2079	1995	37	16	3	2			31	
DS Rumonge	12591	12514	36	134	92	27	8	2	389	
Total PS Rumonge	14670	14509	73	150	95	29	8	2	420	0
DS Gihofi	2317	2156	1	24	1024				581	
DS Rutana	5995	3498	40	149	514	1		4	988	59
Total PS Rutana	8312	5654	41	173	1538	1	0	4	1569	59
DS Butezi	1241	1159	24	51	322	18	3	1	701	40
DS Kinyinya	4412	4228	17	122	301	9	6	6	841	92
DS Ruyigi	8372	7741	4	46	967	5	1	3	3664	272
Total PS Ruyigi	14025	13128	45	219	1590	32	10	10	5206	404
Total	421940	382427	2545	4263	34411	2299	313	1803	127648	15927

**Tableau 18 : Synthèse coïnfection VIH/TB pour nouveaux cas enrôlés au TARV**

	<b>Nouveaux cas sous INH pour NC Nouveaux cas sous ARV</b>	<b>Nouveaux cas sous ARV ayant bénéficié du screening</b>
<5ans	37	37
5-14ans	178	181
15ans et plus	4147	4219
M	1498	1524
F	2864	2913
<b>TOTAL</b>	<b>4362</b>	<b>4437</b>

***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
- ❖ Redynamisation des organes de coordination des activités de collaboration TB/VIH opérant à tous les niveaux

***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
- ❖ Accompagnement des prestataires dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre la coïnfection TB/VIH.
- ❖ Continuité de la mise à l'échelle de la TPI.

***Les faiblesses et obstacles :***

- ❖ Faible niveau de rapportage sur le screening de la tuberculose chez les PVVIH,
- ❖ Faible application des mesures de contrôle de l'infection TB au niveau des structures ;
- ❖ Insuffisance du personnel de prise en charge des PVVIH formé sur la prise en charge de la coïnfection TB/VIH

***Les Perspectives :***

- ❖ 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.
- ❖ Renforcement des capacités du personnel de prise en charge des PVVIH sur la prise en charge de la coïnfection TB/VIH

**b) Par rapport à la prise en charge psychosociale et nutritionnelle des PVVIH ;**

***Forces***

- ❖ Existence d'un document sur le paquet intégré de services essentiels de nutrition pour la prise en charge nutritionnelle des PVVIH (PISEN) qui a été validé
- ❖ Existence d'un pool de formateurs sur la prise en charge psychosociales des PVVIH au niveau national

***Les faiblesses et obstacles :***

- ❖ Le document sur le paquet intégré de services essentiels de nutrition pour la prise en charge nutritionnelle des PVVIH (PISEN), n'a pas été multiplié et diffusé par manque de financement
- ❖ Prestataires de prise en charge des PVVIH non formés sur le paquet intégré de services essentiels de nutrition pour la prise en charge nutritionnelle des PVVIH (PISEN)
- ❖ Prestataires de prise en charge des PVVIH non formés sur la prise en charge psychosociales des PVVIH en générale et les jeunes enfants et adolescents infectés et affectés par le VIH en particulier
- ❖ Prestataires de prise en charge des PVVIH non formés sur la prise en charge nutritionnelle chez les PVVIH
- ❖ Manque de données sur la prise en charge de la malnutrition chez les PVVIH
- ❖ Manque de kits nutritionnels au niveau des sites de PEC des PVVIH
- ❖ Manque de supervisions formatives conjointes entre le PNLS/IST et le PRONIANUT
- ❖ Manque de données sur la prise en charge psychosociales des PVVIH
- ❖ Manque de module de prise en charge psychosociales chez les jeunes enfants et adolescents infectés et affectés par le VIH actualisé.

***Les Perspectives :***

- ❖ Plaider pour la disponibilité des fonds pour la multiplication et diffusion du document sur le paquet intégré de services essentiels de nutrition pour la prise en charge nutritionnelle des PVVIH (PISEN) ;
- ❖ Former les prestataires des sites de PEC des PVVIH sur le PISEN
- ❖ Former les prestataires des sites de PEC des PVVIH sur la prise en charge psychosociales chez les PVVIH en générale et les jeunes enfants et adolescents infectés et affectés par le VIH en particulier

- ❖ Actualiser le module de prise en charge psychosociales des PVVIH en générale et des jeunes enfants et adolescents infectés et affectés par le VIH en particulier
- ❖ Redynamiser la collaboration avec le PRONIANUT pour une collecte des données sur la prise en charge nutritionnelle des PVVIH à travers les supervisions conjointes des sites de prise en charge des PVVIH et des STA et SST
- ❖ Renforcer la collecte des données sur la prise en charge psychosociale chez les PVVIH en impliquant les partenaires intervenant dans la lutte contre le VIH et qui interviennent dans la prise en charge psychosociale des PVVIH.

### ***c. Prise en charge des hépatites virales***

#### ***Réalisations 2019***

- Animation de deux séances de sensibilisation radiodiffusées sur les hépatites virales ( une séance sur la radio Buja FM au cours d'une émission Tube Class et une autre séance sur la radio Isanganiro dans le cadre de la célébration de la journée mondiale de lutte contre les hépatites, édition 2019) Réalisation d'une campagne de dépistage des hépatites virales B et C dans les provinces de Bujumbura Mairie, Ngozi, Kirundo, Gitega, Rumonge et Cibitoke où plus de 4160 personnes ont été dépistées contre l'hépatite B et C (Rapport de la campagne de dépistage des hépatites virales B et C 2019) ;
- Célébration de la journée mondiale de lutte contre les hépatites virales, édition 2019
- Elaboration des directives nationales de prévention et de prise en charge des hépatites virales B et C au Burundi
- Définition des indicateurs à intégrer dans le SIS de routine, dans le cadre de la collecte des données au niveau des établissements de santé

#### ***Les forces et opportunités :***

- Existence d'un plan stratégique nationale de lutte contre les hépatites virales ;
- Existences des directives nationales de prévention et de prise en charge des hépatites virales B et C au Burundi
- Existence de quelques PTF engagés dans la lutte contre les hépatites virales
- Forte implication du secteur privé dans la prise en charge des hépatites virales B et C
- Existence d'un engagement du Gouvernement qui se manifeste à travers les différents documents de politiques sanitaires et de stratégies (PNDS III)



- Existences des établissements de santé publics et privés pour le dépistage, le diagnostic et le traitement des hépatites virales au Burundi

***Les faiblesses et obstacles :***

- Insuffisance des données de prévalence des hépatites Virales et sur la cascade de prévention et de prise en charge des hépatites virales en général et sur la coïnfection hépatite et VIH en particulier ;
- Insuffisance des ressources financières;
- Faible accès aux tests de dépistage, de diagnostic et à la prise en charge des hépatites virales pour la plupart de la population burundaise;
- Insuffisance des prestataires formés sur la prise en charge des hépatites virales ;
- Faible intégration des services de dépistage des hépatites virales dans les services de CPN, VIH et dans la PTME ;
- Peu de Partenaires Techniques et Financiers engagés dans la lutte contre les hépatites virales au Burundi ;
- Insuffisance de sensibilisation des personnels de santé et de la population sur les hépatites virales ;
- Faible accès aux médicaments de prévention et de prise en charge des hépatites virales;
- Faible mobilisation des ressources nécessaires pour la prévention et la prise en charge des hépatites virales ;
- Faible implication de la communauté dans la lutte contre les hépatites virales B et C.

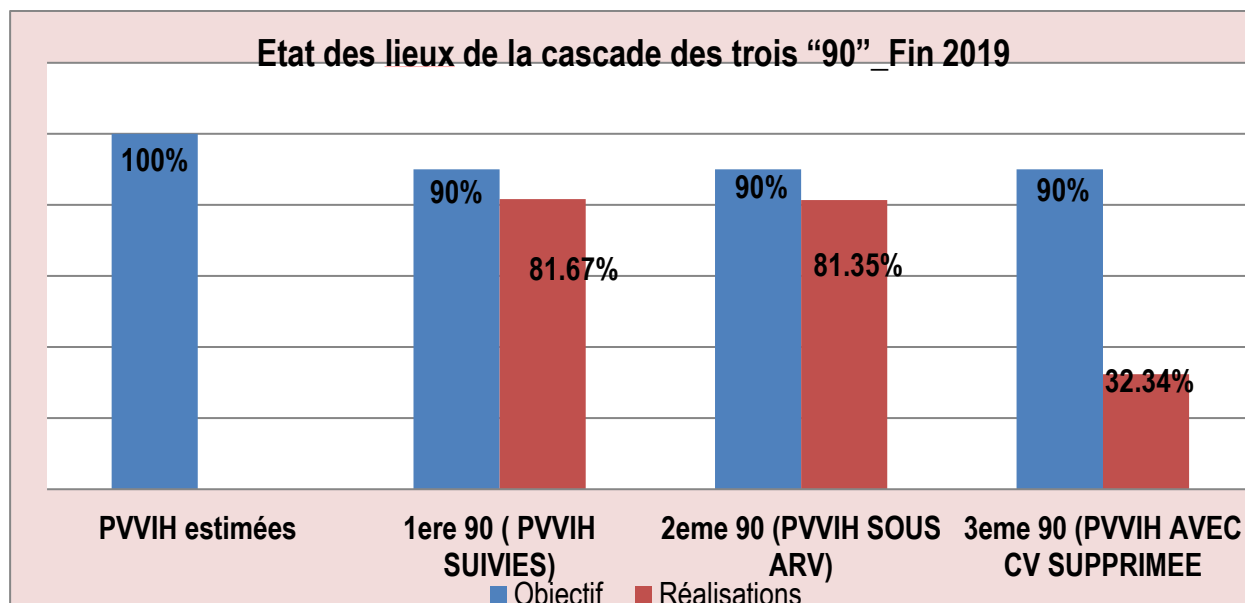
**Les Perspectives :**

- ❖ Mener une enquête de séroprévalence des hépatites virales B et C au Burundi ;
- ❖ Dépistage des populations à haut risque des hépatites B et C (UDI) ;
- ❖ Formation des formateurs et des prestataires de soins sur la prévention et la prise en charge des hépatites virales ;
- ❖ Elaboration du plan de mise en œuvre des directives nationales de prévention et de prise en charge des hépatites virales ;
- ❖ Plaidoyer pour l'intégration du dépistage des hépatites virales dans le paquet de soins offerts à la CPN et du vaccin contre l'hépatite B dans la vaccination de routine ;
- ❖ Faire une prévention de la transmission mère-enfant de l'hépatite B ;
- ❖ Plaider pour la disponibilité et l'accessibilité des intrants de prévention, de dépistage et de prise en charge des hépatites virales B et C

- ❖ Sensibiliser les responsables sanitaires, les prestataires et la population sur la prévention et le dépistage précoce des hépatites virales ;
- ❖ Célébrer la journée mondiale de lutte contre les hépatites virales, édition 2020

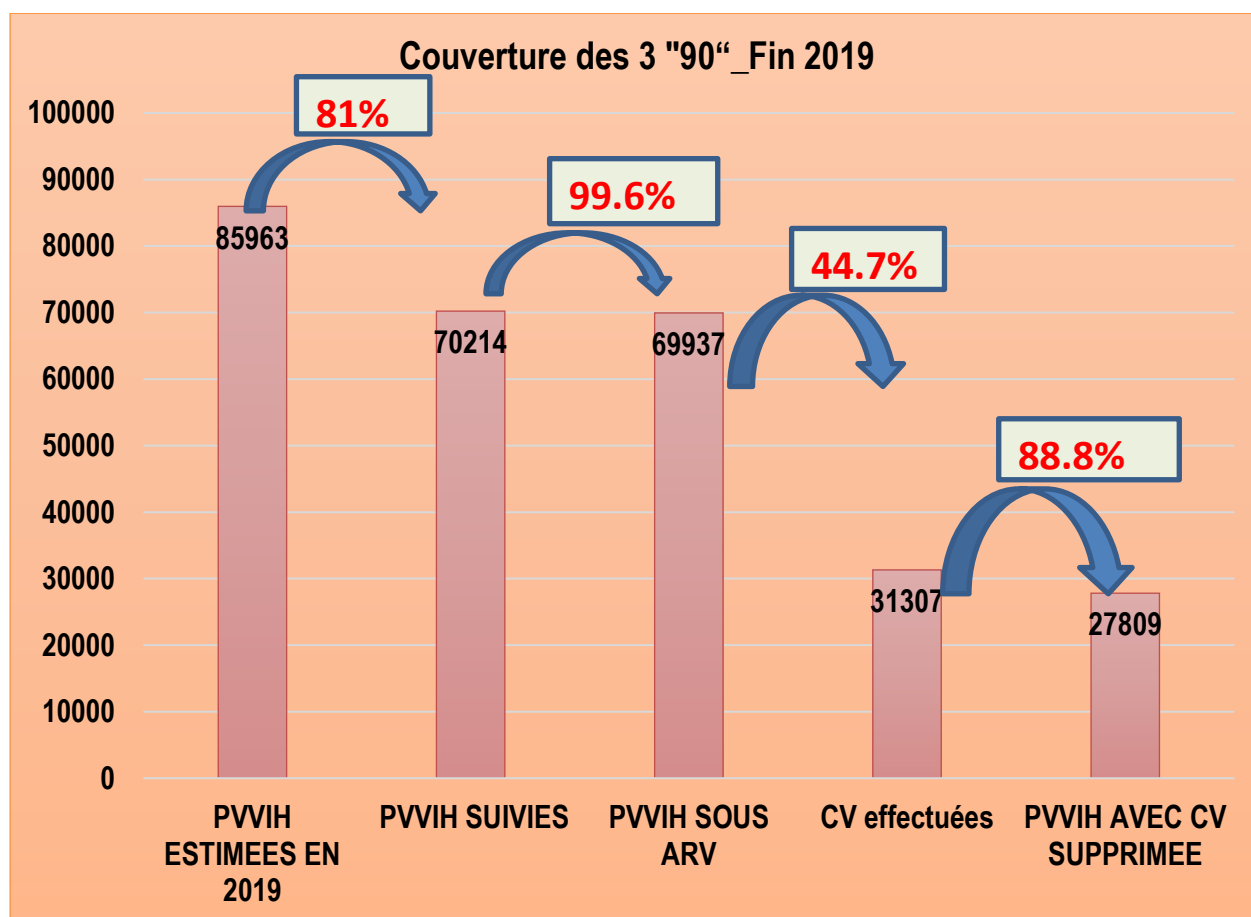
### III.2.5. situation des 90-90-90

Figure 9 : Cascade des 90-90-90 en fin 2019



Au cours de l'année 2019, le premier 90 ; qui est la porte d'entrée des 2 autres 90 n'a pas été atteint. Il y a donc encore beaucoup de PVVIH qui ignore leur statut sérologique. Concernant le troisième 90, seules 44,8% des PVVIH sous ARV ont pu faire la mesure de la charge virale (CV) ce qui conduit à un taux de 32.34 % de charge virale indétectable parmi les PVVIH sous ARV

Figure 10 : Couverture des 3 "90" en 2019



Au cours de l'année 2019, on note une bonne couverture de certains des 3 « 90 » : 81 % des PVVIH estimées connaissent leur statut sérologique et 99.6% des PVVIH qui connaissent leur statut sont sous TARV. Concernant le troisième 90, seules 44,8% des PVVIH sous ARV ont pu bénéficier de la mesure de la charge virale (CV) et Parmi celles qui ont fait la CV, 88.8% avaient une charge virale supprimée.

Tableau 20 : Suppression de la charge virale en 2019

	0-14 ans		15 ans et plus		Total		TOTAL GENERAL
	M	F	M	F	M	F	
PVVIH sous ARV 2019	1595	1723	22449	44170	24044	45893	69937
Total CV effectuées	783	831	9683	20010	10466	20841	31307
CV indétectables	551	608	8567	18083	9118	18691	27809
CV détectables	232	223	1116	1927	1348	2150	3498
Couverture de la CV	49,1%	48,2%	43,1%	45,3%	43,5%	45,4%	44,8%
Suppression CV	70,4%	73,2%	88,5%	90,4%	87,1%	89,7%	88,8%

### ***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)
- Délégation des tâches sur la prescription des ARV adultes de première ligne dans toutes les FOSSA

### ***Les faiblesses et obstacles :***

- Le manque de pérennisation de la stratégie nationale de surveillance des résistances aux ARV ;
- Gestionnaires des stocks médicaments et autres intrants VIH non formés sur le système de gestion et sur le circuit d'approvisionnement des intrants et autres médicaments de lutte contre le VIH
- Manque de supervision formative sur le système de gestion des intrants VIH
- Insuffisance des locaux pour le stockage des intrants VIH pour certains Districts Sanitaires
- Insuffisance des dossiers patients standards dans la plupart des sites de prise en charge.
- SIDA info non à jour et non fonctionnel dans certains sites de prise en charge des PVVIH
- Personnel des sites de prise en charge des PVVIH non formé sur la prise en charge psychosociale
- Faible couverture ARV pédiatrique
- Insuffisance du personnel formé sur la coïnfection TB/VIH
- Manque de médicaments pour le traitement des IST chez les PVVIH.

### ***Perspectives :***

- Renforcer le circuit d'approvisionnement des intrants et médicaments ainsi que le système de référence et contre référence ;
- 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 ;
- Organiser des formations des gestionnaires des pharmacies des districts et des FOSA 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.
- Renforcement des capacités des prestataires des soins sur la prise en charge psychosociale des enfants et adolescent infectés par le VIH

### **III.2.5. 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 qui permet de suspecter précocement une mauvaise observance, de détecter les échecs thérapeutiques.

#### ***Réalisations :***

- Au cours de l'année 2019, une formation sur les techniques de prélèvement et de transport conditionné des échantillons de charge virale et de PCR pour les adultes et les enfants a été organisée et 154 sur 160 techniciens de laboratoire et autres agents des sites de prise en charge prévus ont été formés.
- Il y a eu acquisition des intrants VIH avec un suivi régulier des approvisionnements et de la livraison des produits pour la Charge Virale
- 2 supervisions sur 4 prévues ont été réalisées sur le système d'assurance qualité au niveau des laboratoires : ANSS Kirundo, hôpital Ngozi , Hôpital Bururi , Kigutu, Hôpital Rumonge et ANSS TURIHO (Bujumbura)
- 4 ateliers de mise à jour du plan d'approvisionnement en intrants CV ont été réalisés
- 31307 échantillons pour CV sur 69937 PVVIH sous ARV ont été prélevés et analysés soit un taux de 44.8% et parmi cela 27809 CV ont relevées supprimés (soit 88.8 % des CV effectués )
- Elaboration d'un guide de transport des échantillons pour la mise à l'échelle de la C.V, diagnostic précoce de l'infection à VIH
- Elaboration du plan opérationnel pour la mise à l'échelle de la C/V
- Elaboration du PO des C.V d'urgence et diagnostic précoce de l'infection à VIH

- Elaboration du manuel d'assurance qualité du diagnostic biologique du VIH

***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 6 laboratoires d'INSP, ANSS ; Hôpital Muyinga, CHUK, Hôpital Kigutu et Hôpital de Ngozi.
- Existence des laboratoires de prétraitement des échantillons CV
- 

***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
- Absence d'un circuit harmonisé *de 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.
- Mise en place d'un circuit harmonisé de transport des échantillons pour les analyses de charge virale et de diagnostic précoce des enfants exposés.

### **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 stockés 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 :***

- ✓ Mise à jour et revue des niveaux de stock pour les intrants VIH ;
- ✓ Commandes, suivi et réception des intrants de lutte contre le VIH ;
- ✓ 4 ateliers de mise à jour du plan d'approvisionnement en intrants de lutte contre le VIH/SIDA ont été réalisés;
- ✓ Atelier de quantification des intrants VIH a eu lieu été organisé

#### ***Les forces et opportunités :***

- ✓ Existence d'un dépôt à la CAMEBU pour le stockage des intrants et l'approvisionnement ;
- ✓ Revue trimestrielle du plan d'approvisionnement ;
- ✓ Existence d'un sous-comité national de quantification,
- ✓ Existence d'une équipe du PNLIS chargée d'analyse et de la validation des bons de commandes des intrants VIH en permanence à la CAMEBU

#### ***Les faiblesses et obstacles***

Le dépôt de la CAMEBU se trouve seulement à Bujumbura

- Gestionnaires des stocks médicaments et autres intrants VIH non formés sur le système de gestion et sur le circuit d'approvisionnement des intrants et autres médicaments de lutte contre le VIH
- Manque de supervision formatives sur le système de gestions des intrants VIH
- Insuffisance des locaux pour le stockage des intrants VIH pour certains Districts Sanitaires

#### ***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.
- Renforcement des capacités des gestionnaires des pharmacies des districts et des FOSA sur la Gestion des Approvisionnements et Stocks
- Réhabilitation des stocks pharmacies dans les districts sanitaires qui ont un espace insuffisant pour le stockage des intrants VIH et autres médicaments

### **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 2018-2022. Il génère également des données permettant de respecter les exigences définies en termes de responsabilité.

#### ***Stratégies et interventions essentielles :***

- Décentralisation de la gestion des données (la saisie des données se fait actuellement au niveau des formations sanitaires tandis que leur approbation se fait au niveau district et province sanitaire)
- Surveillance sentinelle, Recherches et Evaluations programmatique
- Supervision
- Assurance qualité des données

#### ***Réalisations de 2019 :***

##### **a. La décentralisation de la gestion et l'utilisation des données :**

- ✓ Après l'intégration des indicateurs VIH/IST, dans le SIS de routine en 2017, l'année 2019 a été marquée par la décentralisation de la gestion et l'utilisation des données au niveau des formations sanitaires (la saisie et l'analyse des données) ;
- ✓ L'intégration des indicateurs VIH par rapport aux nouvelles approches de prévention et de traitement du VIH contenues dans les directives de 2019 a été effective ;
- ✓ Les outils de gestion et de rapportage du programme VIH (dossiers du patient, registre de suivi des PVVIH, registre CDV, ....) ont été revus ;
- ✓ L'installation et la mise à jour de la base de suivi des PVVIH SIDA Info au niveau des sites de prise en charge ;

**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 et la liste des sites sentinelles a été revue ;
- L'analyse des échantillons est en train d'être fait mais avec des retards dans le rendu des résultats

**c. Supervision**

- Un outil de supervision intégrée du niveau central vers le niveau intermédiaire et périphérique a été amélioré;
- 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 ;
- Des missions d'analyse de la qualité des données ont été conjointement planifiées et mises en œuvre par le PNLS/IST et la DSNIS ;

**e. Planification stratégique et opérationnelle**

- Déclenchement du processus d'élaboration des documents de la demande de financement au Fonds Mondial ;
- Elaboration de l'Addendum du Plan stratégique National de lutte contre le Sida 2018-2022

***Les forces et opportunités :***

- Les Planifications stratégiques nationales quinquennales ainsi que les planifications opérationnelles annuelles sont régulières;
- 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 ;
- Décentralisation de la gestion des données VIH/IST ;
- Appropriation progressive des niveaux décentralisés des informations sur le VIH/IST.

***Les meilleures pratiques :***

- Coordination entre la DSNIS, le PNLS/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 peuvent faire le suivi des indicateurs concernant les IST/VIH de chaque FOSA du pays.
- Toutes les formations sanitaires sont responsables de la gestion de leurs données

***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 ;
- SIDA INFO qui est absent ou non fonctionnel au niveau de certains sites de prise en charge ;
- Faiblesse dans la gestion logistique des ateliers provinciaux de validation des données VIH par le Principal récipiendaire ;
- Le système de santé qui accuse une recherche opérationnelle encore timide ;
- Budget insuffisant pour l'amélioration de la qualité des données

***Perspectives 2020 :***

- Finalisation du plan de suivi évaluation adapté au PSN 2018-2022 ;
- Finalisation du manuel opérationnel de suivi-évaluation ;
- Promouvoir la qualité des données au niveau opérationnel ;
- Renforcer l'analyse et l'utilisation des données au niveau opérationnel ;
- Finaliser la mise en 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 ;
- Faire le plaidoyer pour rendre disponible les outils de collecte et gestion des données VIH/IST
- Elaborer le PSN pour les Hépatites virales
- Elaborer les addendum des directives de prise en charge et dépistage du VIH

### **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 2020 :***

- 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 2019 le PNLS/IST a connu des avancées significatives. Il a coordonné la réponse médicale au VIH/SIDA et parallèlement à la mise en œuvre la subvention du Fonds Mondial comme SR, il a participé efficacement dans l'élaboration des documents de demande de financement au Fonds Mondial.

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 la revue des indicateurs à intégrer dans le SIS de routine, l'amélioration de la qualité des données à travers les BDS et les formations sanitaires à grande file active.

Comme le PNLS/IST n'était pas Principal bénéficiaire des subventions, du Fonds Mondial au cours de cette période, il a connu un retard non négligeable dans la mise en œuvre des interventions financées par ce partenaires potentiel du gouvernement burundais dans la riposte au 3 maladies qui sont la Malaria, la Tuberculose et le VIH.

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 2018-2022
- ISTEEBU, Rapport de l'enquête modulaire sur les conditions de vie des ménages 2013/2014
- ISTEEBU, Projection ISTEEBU, 2010-2050
- ONUSIDA 2019, Estimation des PVVIH au Burundi (Spectrum 2019)
- Rapport Etude PLACE 2013
- Enquête Démographique et de Sante du Burundi (EDSB) 2016-2017