

REPUBLIQUE DU BURUNDI



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



PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE SIDA ET LES IST

RAPPORT ANNUEL DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES INFECTIONS SEXUELLEMET TRANSMISSIBLES, 2021

AOUT, 2021

PREFACE

Depuis l'apparition du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Burundi en 1983, des efforts importants ont été déployés par le Gouvernement du Burundi et avec l'appui de 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 (PSN VIH 2018-2022). 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 générale, 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 VIH 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 2021. Parallèlement, il va servir d'outil d'information, de plaidoyer, d'orientations sur les décisions programmatiques, de mobilisation des ressources et de suivi 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, des bénéficiaires de services et des partenaires au développement qui ont participé au processus d'élaboration de ce rapport.

LE MEDECIN DIRECTEUR DU PNLS/IST

Dr Aimé NDAYIZEYE



TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS ET ACRONYMES	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES	vii
I. RESUME EXECUTIF	8
A. PREVENTION DE NOUVELLES INFECTIONS A VIH	8
i. La prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle	8
ii. La prévention de la transmission par voie sanguine	8
iii. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	8
B. PRISE EN CHARGE DES PVVIH	9
C. GESTION LOGISTIQUE DES INTRANTS	9
D. RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION	10
E. COORDINATION DE LA REPOSE NATIONALE AU VIH ET LE SIDA DANS LE RESPECT DES « TROIS PRINCIPES »	10
II. INTRODUCTION	12
II.1. CONTEXTE	13
II.2. ANALYSE DE LA DYNAMIQUE DE L'EPIDEMIE	14
III. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA A TRAVERS DIFFERENTES INTERVENTIONS/ACTIVITES	18
III.1. PREVENTION DE NOUVELLES INFECTIONS A VIH.....	18
III.1.1. La prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle	18
III.1.2. Prévention de la transmission sanguine	28
III.1.3. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	31
III. 2. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	43
III.2.1 Politique/Directives.....	43
III.2.2. Couverture en traitement ARV.....	43
III.2.3. Prise en charge des coïnfections et comorbidités	48
III. 3. GESTION LOGISTIQUE DES INTRANTS.....	63
III. 4. RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION.....	65
REFERENCES	68

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.
CDFC	Centres de développement familial et communautaire
CDS	Centre de Santé
CDV	Conseil et dépistage volontaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPN	Consultation Prénatale
CRTS	Centre régional de transfusion sanguine
CV	Charge virale
CVC	Compétences à la vie courante
DSD	Dispensation de soins différenciés Differentiated Service Delivery
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...)
HV	Hépatites virales
IEC/CCC	Information, Education/ Communication pour le Changement de Comportement
INSP	Institut National de Santé Publique.
IO	Infection opportuniste
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LT	Long terme
MSM	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
NU	Nations Unies

OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
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
OPDAD	Organisation des Premières Dames d'Afrique pour le Développement
OSC	Organisation de la société civile
PCA	Paquet Complémentaire d'Activité
PD	Partenaires au développement
PDV	Perdu de vue
PMA	Paquet Minimum d'Activité
PEC	Prise en charge
PNLS/IST	Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement transmissibles
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PrEP	Prophylaxie pré exposition
PSD	Prestation des soins différenciés
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
RITA	Recent Infection Testing Algorithm
RTRI	Rapid Test for Recent Infection
SEP/CNLS	Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida
SIDA	Syndrome d'immunodéficience Acquise
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SNU	Système des Nations Unies
SR	Santé Reproductive
TARV	Traitement antirétroviral

TME	Transmission mère enfant
TPS	Techniciens de promotion de la santé
TS	Travailleuses de sexe
UN	United Nations (Nations Unies)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
USAID	L'Agence Américaine pour la Coopération au Développement
USLS	Unités Sectorielles de Lutte contre le sida
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VSBG	Violences sexuelles basées sur le genre

LISTE DES TABLEAUX

TABEAU 1 : SYNTHÈSE DES INDICATEURS DE LA PÉRIODE 2021	16
TABEAU 2: DISTRIBUTION DES INTRANTS DE PRÉVENTION (PRESERVATIFS ET GELS) AU COURS DE L'ANNÉE 2021..	20
TABEAU 3: DÉPISTAGE DU VIH PARMI LA POPULATION GÉNÉRALE EN 2021	23
TABEAU 4: RÉPARTITION DU RENDEMENT DE DÉPISTAGE DU VIH PAR PROVINCE EN 2021	24
TABEAU 5: CAS D'IST DIAGNOSTIQUÉES ET TRAITÉES PAR PROVINCE EN 2021	26
TABEAU 6 : RÉPARTITION DES DONNS DE SANG EN FONCTION DE LA PRÉSENCE OU PAS DU VIH, VHB, VHC ET DE LA SYPHILIS CHEZ LES DONNEURS DE SANG EN 2021	29
TABEAU 7 : PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT	35
TABEAU 8 : DIAGNOSTIC INFANTILE PRÉCOCÉ ET SUIVI DE L'ENFANT EXPOSÉ	36
TABEAU 9: DÉPISTAGE ET SÉROPOSITIVITÉ DES FEMMES ENCEINTES VUES EN CPN1 POUR LE VIH ET LA SYPHILIS PAR PROVINCE EN 2021	37
TABEAU 10 : COUVERTURE EN ARV PAR TRANCHES D'ÂGE EN 2021	43
TABEAU 11: ENROLEMENT DES PVVIH DANS LES SOINS DIFFÉRENCIÉS	45
TABEAU 12 : PVVIH SOUS ARV PAR PROVINCE, PAR SEXE CHEZ LES MOINS DE 15 ANS ET LES PLUS DE 15 ANS EN 2021	47
TABEAU 13 : CASCADE DE LA COÏNFECTION VIH/TB EN 2021 PAR PROVINCE	49
TABEAU 14: RÉPARTITION DU NOMBRE DE CAS DES HÉPATITES VIRALES, PAR PROVINCE EN 2021	53
TABEAU 15: PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DES HÉPATITES VIRALES DE LA MÈRE À L'ENFANT, 2021	54
TABEAU 16: INFECTIONS OPPORTUNISTES DIAGNOSTIQUÉES ET TRAITÉES PAR PROVINCE EN 2021	55




LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : EVOLUTION DU NOMBRE DES SITES DE CDV DE 2012 A 2021	22
FIGURE 2 : CONTRIBUTION DU DEPISTAGE INDEXE DANS LE DEPISTAGE DU VIH EN 2021	23
FIGURE 3 : EVOLUTION DU NOMBRE DE SITES PTME DE 2010 A 2021	33
FIGURE 4 : CASCADE PTME POUR L'ANNEE 2021	34
FIGURE 5 : EVOLUTION DU NOMBRE DE FEMMES SOUS PROTOCOLE PTME DE 2010 A 2021	35
FIGURE 6 : EVOLUTION DU NOMBRE DE FEMMES SOUS PROTOCOLE PTME DE 2010 A 2021	35
FIGURE 7 : FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES AYANT REÇU DES ANTIRETROVIRAUX DANS LE CADRE DE LA PTME PAR PROVINCE EN FIN 2021	38
FIGURE 8 : EVOLUTION DU TAUX DE TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT (%) (SPECTRUM 2022)	38
FIGURE 9 : EVOLUTION DU NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS VIH ET DE DECES DUS AU VIH (ESTIMATIONS VIH 2022)	41
FIGURE 10: EVOLUTION DE NOUVELLES INFECTIONS A VIH PAR TRANCHE D'AGE (ESTIMATIONS VIH 2022)	41
FIGURE 11: EVOLUTION DE DECES LIES AU VIH PAR TRANCHES D'AGE (ESTIMATIONS VIH 2022)	42
FIGURE 12: EVOLUTION DE LA COUVERTURE EN ARV (%) CHEZ LES ADULTES ET LES ENFANTS DE 2015 A 2021	44
FIGURE 13: EVOLUTION DU NOMBRE DE SITES ARV DE 2010 A 2020	46
FIGURE 14: EVOLUTION DES SITES ARV PAR ENTITE DE GESTION	46
FIGURE 15 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PVVIH SOUS ARV DE 2010 A 2021	47
FIGURE 16 : CASCADE SUR LA COÏNFECTIION VIH/TB	50
FIGURE 17 : TAUX DE POSITIVITE DES HEPATITES B ET C EN 2021	54
FIGURE 18 : SITUATION GLOBALE DES 95-95-95, FIN 2021	58
FIGURE 19 : SITUATION DES 95-95-95 CHEZ LES ADULTES (>= 15 ANS), FIN 2021	58
FIGURE 20 : SITUATION DES 95-95-95 CHEZ LES ENFANTS (<15 ANS), FIN 2021	59
FIGURE 21 : EVOLUTION DE LA FILE ACTIVE SOUS ARV PAR ENTITE DE GESTION DE 2018 A 2021	59

I. RESUME EXECUTIF

A. PREVENTION DE NOUVELLES INFECTIONS A VIH

La prévention des nouvelles infections à VIH au Burundi s'appuie principalement sur trois axes, tel que préconisé par le PSN VIH 2018-2023 :

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

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

L'intérêt particulier a été réservé à la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle dans ce sens que la majorité des nouvelles infections à VIH qui apparaissent passent cette voie. Ainsi, les interventions ont été menées suivant les domaines ci-après :

- (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 ;
- (iii) Le renforcement du dépistage volontaire intégrant les nouvelles approches ;
- (iv) La prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles ;
- (v) La lutte contre les violences basées sur le genre ; et
- (vi) La prophylaxie pré- et post exposition.

ii. La prévention de la transmission par voie sanguine

L'effort a été mis à la fois à la prévention du VIH, les Hépatites virales B et C et la syphilis chez les donneurs de sang. Ainsi un certain nombre d'interventions ont été priorisées. Il s'agit entre autres de : l'acquisition des intrants, 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 du personnel de centres de transfusion

iii. La prévention de la transmission du VIH 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 chez les femmes en âge de procréer, prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, PTME proprement dite ainsi que Traitement, soins et soutien pour la femme séropositive, son enfant et la cellule familiale) ont

été mises en œuvre selon les axes stratégiques du plan national d'accélération de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la prise en charge pédiatrique 2019-2022.

La promotion de la prévention de la transmission du VIH a été soutenue par les plus hautes autorités du pays particulièrement la Première Dame et les différents partenaires. 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'OPDAD dans la sensibilisation des femmes leaders et les jeunes scolarisés.
- ☉ L'organisation au niveau national de la Journée Mondiale de lutte contre le sida (JMS).

B. PRISE EN CHARGE DES PVVIH

Dans le cadre de la poursuite de l'accélération de la décentralisation des services de traitement ARV, les capacités des prestataires de soins 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, la mise en place des documents d'orientation tels que l'élaboration de l'addendum aux directives de 2020 visant l'élargissement de l'utilisation des combinaisons à base du Dolutégravir pour tous les adultes, adolescents et enfants en septembre 2021 ; des sessions d'information sur un guide opérationnel élaboré en 2020 pour orienter les prestataires de soins sur la mise en œuvre efficace de la PrEP pour contribuer dans la réduction des nouvelles infections à VIH chez la population à haut risque ont été organisées et le guide a été lancé en février 2021.

C. 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.

Pour améliorer la gestion logistique dans le domaine du VIH, plusieurs interventions ont été menées : la mise à jour de la quantification, le suivi régulier de toutes les commandes des intrants, la mise à jour du plan d'approvisionnement, l'approvisionnement par la distribution active, etc. 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. Des inventaires de stocks sont organisés périodiquement afin de pouvoir maîtriser le niveau de stock national.

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 sur la mise en place d'un système d'identifiant unique qui a commencé dans les sites pilotes.

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

La coordination et l'orientation de la politique nationale de la réponse au VIH sont assurées par l'Assemblée Générale du CNLS présidé par le Président de la République. Techniquement, les activités du CNLS sont assurées par son secrétariat exécutif permanent rattaché au cabinet du Ministère ayant la Lutte contre le Sida dans ses attributions. L'Assemblée Générale du CNLS se réunit au moins deux fois par an tandis que son Comité Exécutif tient une réunion par trimestre et autant de réunions extraordinaires que de besoin.

D'autres cadres de concertation et de décision sont établis suivant les mécanismes du CPSD (Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement).

Le Programme National de Lutte contre le SIDA et les IST intervient pour coordonner la réponse médicale dans son ensemble. Il interagit avec le niveau intermédiaire et périphérique par le biais des BPS, des BDS. Organisé en cinq services, le PNLS/IST trouve le financement de ses interventions dans les subsides de l'Etat, les subventions du FM et dans les appuis des autres partenaires au développement (PD).

Le nouveau PSN VIH/IST/HV 2023-2027 en cours d'élaboration permettra de renforcer et d'élargir les mécanismes de coordination de toutes les parties prenantes intervenant dans la lutte contre le VIH/Sida, les IST et les hépatites virales.

II. INTRODUCTION

Le Burundi s'est doté en 2018 d'un Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA sur la période 2018-2022 (PSN VIH 2018-2022) pour faire face à la pandémie du VIH/SIDA. Ce PSN a été traduit en un Plan Opérationnel budgétisé qui indique les interventions clés indispensables pour atteindre les objectifs mondiaux (95-95-95). 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 2021 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 km².

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. /km² 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'ÉPIDÉMIE

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

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

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

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

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.

La lutte contre le VIH/Sida et les IST 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 sont prise en charge au niveau des structures de soins. Sur 7 syndromes repris dans le Manuel de prise en charge syndromique des IST en vigueur sont, seulement quatre (4) sont rapportés dans le DHIS2 : (1) les écoulements urétraux, (2) les écoulements vaginaux, (3) les conjonctivites du nouveau-né et (4) les ulcérations génitales.

Malgré les avancés dans le domaine de lutte contre le VIH, des défis persistent et portent principalement sur (i) l'atteinte des cibles de 95-95-95, (ii) l'application du «**Test and Treat**», l'accroissement des couvertures sous ARV chez les enfants par le dépistage familial ciblant tous les enfants de moins de 15 ans des PVVIH, (iii) le dépistage précoce du VIH chez les nouveaux nés, , (iv) le suivi médical et biologique des patients sous ARV, (v) la prévention du VIH chez les adolescents et les jeunes et les populations clés, (vi) la surveillance des résistances aux ARV, (vii) la mise en œuvre des nouvelles directives de prise en charge des IST, (viii) l'intégration de la prévention et de la prise en charge des IST dans le plan stratégique de lutte contre le VIH, (ix) la prise en charge psychosociale et nutritionnelle des PVVIH en général et des enfants et adolescents en particulier , (x) l'utilisation de la PrEP dans le but de réduire les nouvelles infections à VIH chez la population à haut risque.

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 a élaboré un plan stratégique national 2018-2022 de lutte contre les hépatites mais sa mise en œuvre n'est pas encore effective. Le PNLS/IST dispose également un document des directives de prévention et de prise en charge des hépatites Virales B et C.

Les principaux défis sont particulièrement constitués par : (i) l'insuffisance des équipements et matériels pour le diagnostic et le traitement et (ii) l'insuffisance des données nationales pour orienter les stratégies et les moyens de mise en œuvre de ces stratégies.

Tableau 1 : Synthèse des indicateurs de la période 2021

#	INDICATEUR DE COUVERTURE	REALISATIONS			CIBLES (%)	PERFORMANCE
		N	D	%	%	%
1	Pourcentage de PVVIH connaissant leur statut sérologique	74711	82000	91%	95%	95,91%
2	Pourcentage d'adultes et d'enfants bénéficiant d'un traitement antirétroviral (TARV) sur l'ensemble des PVVIH	74667	82000	91%	95%	95,85%
3	Pourcentage d'adultes et d'enfants sous TARV qui ont bénéficié d'une mesure de la charge virale	49991	74667	67%	92,00%	74%
4	Pourcentage de PVVIH sous ARV avec charge virale indétectable	46365	49991	93%	90,00%	103%
5	Pourcentage de nouveau-nés de mères VIH+ mis sous prophylaxie ARV sur l'ensemble des nouveau-nés de mères VIH+	2246	4948	45,40%	95%	47,80%
6	Pourcentage d'adultes (15 ans et plus) sous TARV parmi tous les adultes vivant avec le VIH à la fin de la période de rapportage	71849	73041	98%	98,20%	100%
7	Pourcentage d'enfants (de moins de 15 ans) sous TARV parmi tous les enfants vivant avec le VIH à la fin de la période de rapportage	2862	8959	32%	75,00%	43%
8	Pourcentage de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique pour le VIH	460802	628728	73%	95,00%	77%
9	Pourcentage de femmes enceintes/allaitantes séropositives pour le VIH ayant reçu un TARV durant leur grossesse et/ou le travail et/ou l'accouchement dans le cadre de la PTME	4181	4941	84.62%	95,00%	89.1%
10	Pourcentage de nourrissons exposés au VIH ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 2 mois qui ont suivi leur naissance	2253	4941	45,60%	95,00%	48%
11	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH ayant nouvellement initié la TARV chez qui les signes de la tuberculose ont été recherchés	3984	5311	75,00%	90,00%	83,35%

#	INDICATEUR DE COUVERTURE	REALISATIONS			CIBLES (%)	PERFORMANCE
		N	D	%	%	%
12	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral qui ont commencé la thérapie préventive de la tuberculose parmi celles éligibles durant la période de rapportage	8486	5311	159,80%	75,00%	213,04%
13	Pourcentage de résultats de test VIH positifs parmi le total des tests de dépistage du VIH effectués au cours de la période de rapportage (Rendement de dépistage)	9356	876109	1,10%	1,60%	67%

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

La prévention des nouvelles infections à VIH, est la première priorité du PSN 2018-2022. Elle est la porte d'entrée aux autres interventions de la riposte au VIH. Elle s'étend sur trois aspects suivants :

- A. La prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle
- B. La prévention de la transmission par voie sanguine
- C. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

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

La réponse au VIH à travers la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle s'est articulée sur les aspects suivants :

- 🚦 Le renforcement des connaissances sur le VIH et Sida ;
- 🚦 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 risque d'infection ;
- 🚦 Le renforcement du dépistage volontaire visant à améliorer le rendement par intégration des nouvelles approches ;
- 🚦 La lutte contre les violences basées sur le genre La prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles et ;
- 🚦 La pré et la post exposition.

a. Le renforcement de la connaissance sur le VIH et Sida

En vue d'atteindre plusieurs catégories de populations, jeunes et adultes, les différents canaux et approches de communication ont été utilisés pour renforcer leurs connaissances :

- i) **Les séances de mobilisation et sensibilisations de masse :** A ce niveau, on note la forte implication de SE la Première Dame à travers l'OPDD-Burundi (Office de la Première Dame pour le Développement) dans les activités de sensibilisation et molarisation. Pour l'année 2021, elle a sensibilisé les jeunes en vacances de la province de Ngozi, Bujumbura mairie et Rumonge.
- ii) **Les séances de renforcement des connaissances :** En 2021, le PNLS/IST, avec appui d'UNFPA, a touché plus de 300 femmes à partenaires multiples réparties dans deux districts sanitaires de Bujumbura Mairie et dans 8 provinces (Kirundo, Muyinga, Ngozi, Kayanza, Gitega,

Rutana, Makamba, et Rumonge). Avec l'appui de PSI-Burundi, le programme de renforcement des connaissances a touché plus de 2000 jeunes des provinces de Cibitoke, Bubanza, Makamba, Rutana, Ngozi, Kayanza, Kirundo, Muyinga, Gitega et Karusi. On note que des jeunes ont même formé des clubs d'écoute de l'émission tube class qui traite des sujets variés sur le VIH. En outre, le renforcement des connaissances s'est poursuivi à travers la multiplication des dépliants sur la prévention et l'engagement du pays sur l'élimination du VIH à l'horizon de 2030.

iii) L'utilisation des médias et autres supports de communication : Dans le cadre de la célébration de la JMS, édition 2021, une campagne, par le haut-parleur, a été organisée, les T-shirts avec des messages destinés à la population générale ont été produits et distribués, les spots et émission radiodiffusés ont été produits.

Pour compléter ces interventions, on note que :

- ☉ Les administrateurs communaux et des leaders communautaires des provinces de Gitega, Karusi, Muramvya et Mwaro ont été sensibilisés sur leur implication dans le renforcement des acquis enregistrés dans la lutte contre le VIH et l'appui à la mise en œuvre de l'engagement du Gouvernement aux objectifs mondiaux d'élimination du VIH à l'horizon 2030 ;
- ☉ L'accompagnement des pairs éducateurs pour la sensibilisation de proximité a été renforcé ;
- ☉ Les prestataires ont été formés pour offrir les services de prévention de qualité ;
- ☉ L'alimentation du site web du MSPLS.

iv) Le renforcement progressif de la réponse communautaire au VIH à travers la paire éducation, la contribution des relais communautaires, les OSC et l'implication des jeunes.

Cependant, on note les défis suivants :

- ➡ L'harmonisation des messages diffusés aux différents groupes restent un grand problème : les messages existants restent insuffisants et généraux. De là, certains groupes de population, notamment les jeunes et autres groupes vulnérables, restent faiblement touchés ;
- ➡ Le secteur de l'utilisation des TIC a besoin des interventions innovatrices pour propulser l'échange d'information sur le VIH, surtout dans le milieu des jeunes ;
- ➡ Faible rapportage et le suivi des interventions communautaires par des paires éducateurs, des OSC et acteurs communautaires.

b. Utilisation du préservatif

Le préservatif masculin et/ou féminin reste le moyen privilégié pour la protection du VIH, des HV, des IST et des grossesses non désirées. Au Burundi, il est distribué à travers quatre voies :

- 🚦 La distribution gratuite dans le cadre de la subvention du FM ;
- 🚦 Le marketing social fait par le PSI-Burundi ;
- 🚦 La distribution dans le cadre du planning familial par le biais du PNSR ;
- 🚦 La distribution à travers le secteur privé.

i) La distribution gratuite dans le cadre de la subvention du FM

En 2021, 6 468 235 préservatifs masculins, 181 755 préservatifs féminins et 528 099 gels ont été distribués par le réseau communautaire mise en place par la CRB. Par comparaison avec la distribution de 2020 et les prévisions 2021 ; on note, pour les trois produits, un rabais des quantités distribuées. Le tableau suivant détaille les quantités distribuées par catégorie des populations.

Tableau 2: Distribution des intrants de prévention (préservatifs et gels) au cours de l'année 2021

Indicateurs	Hommes à haut risque	Femmes à haut risque	Usagers de drogues injectables	Jeunes	Prisonniers	Réfugiés	Population générale	Total
Préservatifs masculins distribués	164 778	1 886 762	15 858	1 332 839	7 200	93 980	2 966 818	6 468 235
Préservatifs féminins distribués	0	86 896	0	42 725	0	8700	29 000	181 755
Gels distribués	66 691	240 518	0	48 462	0	29 000	143 428	528 099

ii) Le marketing social

En 2021, la stratégie de ventes et marketing social des préservatifs mise en œuvre PSI-Burundi a permis de vendre 1 699 110 préservatifs masculin de marque « prudence class ». On remarque une forte diminution des ventes par rapport à celles effectuées en 2020 où 3 454 650 préservatifs masculins avaient été vendus. La même situation avait été observée dans les périodes de 2018,2019 et 2020.

iii) La distribution des préservatifs dans le cadre du planning familial

La distribution des préservatifs dans le cadre du planning familial est faite par le truchement du PNSR qui assure l'approvisionnement de CAMEBU jusqu'aux FOSA. Au cours de l'année 2021, 6 755 514

¹ Rapport CRB 2021

préservatifs masculins et 37 517 préservatifs féminins ont été distribués alors qu'ils étaient 5 517 283 préservatifs masculins en 2020.

iv) La vente à travers le secteur privé

Les préservatifs sont aussi vendus par le biais des opérateurs du secteur privé. Cependant, les données y relatives ne sont pas disponibles et il n'y a pas d'analyse ou étude déjà menée pour orienter les interventions dans ce secteur. De ce fait, des efforts doivent être consentis pour pallier à ce problème.

De tout ce qui ressort de ces quatre circuits, on constate que la distribution des préservatifs connaît des défis majeurs dont les principaux sont les suivants :

- La communication promotionnelle autour du préservatif est de plus en plus réduite ;
- L'absence des études sur le niveau d'acceptabilité et d'utilisation du préservatif pour permettre l'amélioration du programme préservatif au Burundi ;
- La faiblesse dans le suivi des préservatifs sur terrain ;
- La faible coordination des agents impliqués dans le circuit de marketing social du préservatif ;
- La réduction des interventions de terrain de promotions et de suivi pour renforcer la demande ;
- La forte persistance des barrières culturelles au tour du préservatif ;
- La faible maîtrise des données des préservatifs vendus par le secteur privé ;
- L'existence de fausses perceptions autour des préservatifs féminins.

Forces et opportunités :

- ☉ Existence d'un mécanisme opérationnel de quantification et d'acquisition des préservatifs masculins et féminins ;
- ☉ Absence des ruptures de stocks des préservatifs au niveau national ;
- ☉ Existence d'un réseau de marketing social assurant la distribution et la vente ;
- ☉ Existence des partenaires appuyant le circuit d'acquisition et de distribution des préservatifs.

Perspectives 2022 :

Face à ces défis, des actions novatrices doivent être initiées et renforcées. Il s'agit notamment de :

- ☛ Renforcement de la communication promotionnelle autour du préservatif ;
- ☛ Appropriation du circuit de distribution du préservatif à tous les niveaux ;
- ☛ Renforcement de la coordination des différents intervenants impliqués dans le circuit des préservatifs.

- Renforcer l'implication des relais communautaires et des niveaux intermédiaire (BPS) et opérationnel (BDS) dans la supervision de l'accessibilité des préservatifs ;
- Accompagner les acteurs communautaires impliqués dans la distribution des préservatifs.

c. Le renforcement du dépistage volontaire

La mise à l'échelle des nouvelles approches de dépistage visant le renforcement du rendement a été le cheval de bataille du programme de dépistage en 2021. Ainsi, grâce à ces approches comme l'autotest et l'indexation, les personnes prioritaires et ayant un accès limité aux services de santé ont pu être ciblées et atteintes pour être dépistées et mises sous TARV.

En plus de la mise à l'échelle de ces innovantes approches de dépistage, la politique de décentralisation des services VIH s'est poursuivie et le nombre de CDV a augmenté passant de 549 en 2012 à 1035 en 2021. La figure suivante montre qu'en 2021, 23 nouveaux CDV ont été ouverts.

La figure suivante montre l'évolution annuelle des CDV.

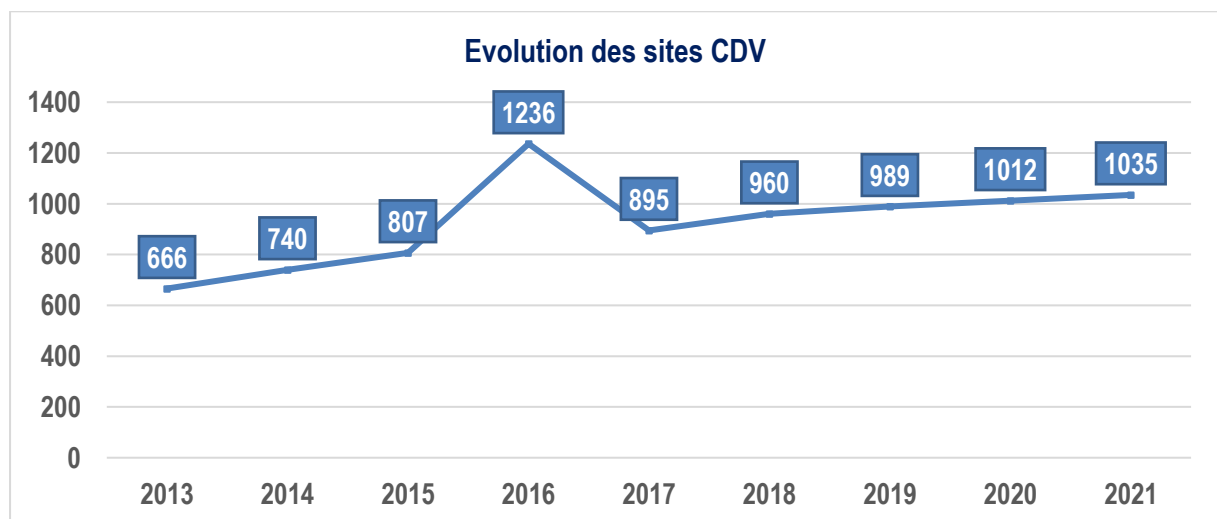


Figure 1 : Evolution du nombre des sites de CDV de 2012 à 2021

S'agissant **des défis**, on note :

- Les relais communautaires ne disposant pas de compétences suffisantes en matière des nouvelles approches de dépistage communautaires ;
- Le nombre restreint des prestataires formés sur l'utilisation des nouveaux tests de dépistage ;
- Persistance des résultats indéterminés aux tests rapide de dépistage

Le tableau ci-après montre la situation des dépistages du VIH effectués parmi la population générale avec une désagrégation par âge et par sexe.

Tableau 3: Dépistage du VIH parmi la population générale en 2021

Dépistage du VIH	0-14 ans		15-24 ans		25 ans et plus		Total		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Résultats VIH récupérés	2523 2	2992 0	3585 6	25197 5	10470 2	42842 4	16579 0	71031 9	87610 9
Résultat VIH Positif	193	190	276	1596	2645	4456	3114	6242	9356
Résultat VIH Négatif	2505 9	2968 3	3544 8	24940 2	10167 1	42269 1	16217 8	70177 6	86395 4
Résultat VIH Indéterminé	154	125	341	1576	1103	2777	1598	4478	6076
Contacts Conseillés et dépistés pour VIH	484	544	1851	4312	9101	7332	11436	12188	23624
Contacts Conseillés et dépistés VIH+	46	37	121	503	1106	1309	1273	1849	3122
Rendement dépistage VIH	0.8%	0.6%	0.8%	0.6%	2.5%	1.0%	1.9%	0.9%	1.1%
Rendement dépistage Index	10%	7%	7%	12%	12%	18%	11%	15%	13,2%
% conseillés et dépisté par indexation	1.9%	1.8%	5.2%	1.7%	8.7%	1.7%	6.9%	1.7%	2.7%
% dépisté + par indexation	24%	19%	44%	32%	42%	29%	41%	30%	33%

Avec ces données, on s'aperçoit que sur un total de 876109 personnes qui se sont fait dépister et récupérer les résultats, 9356 ont été positives, soit un rendement de **1.1%**. L'approche d'indexation au cours du dépistage a un rendement élevé (**13.2%**) par rapport au dépistage global (1.1%). Pour 2.7% de personnes testées par indexation, sa contribution au résultats positif est de 33.4%.

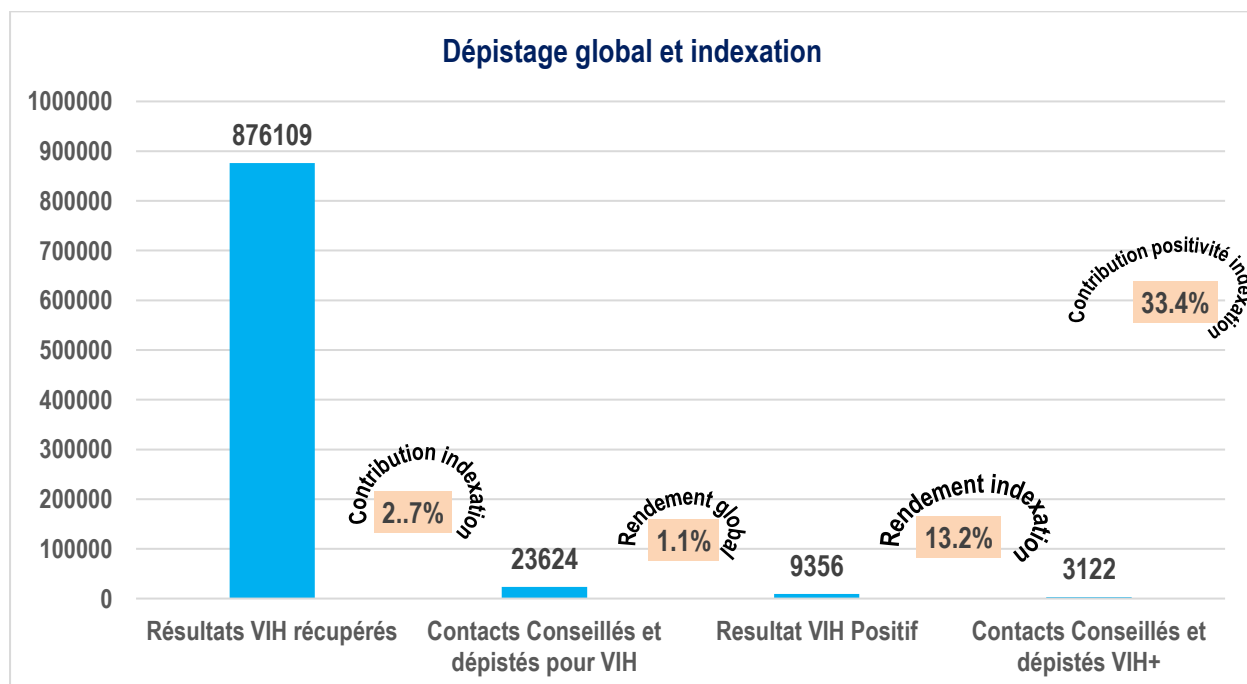


Figure 2 : Contribution du dépistage indexé dans le dépistage du VIH en 2021

Au niveau des provinces, les résultats montrent que les Provinces de Bujumbura Mairie, Rumonge, Cibitoke, Makamba, Gitega et Muyinga ont eu un rendement de dépistage supérieur à la prévalence nationale comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 4: Répartition du rendement de dépistage du VIH par province en 2021

Province	Résultats VIH récupérés	Contacts Conseillés et dépistés pour	% dépisté par indexation	Résultat VIH +	Rendement	Contacts Conseillés et dépistés VIH+	Rendement Indexation	Contribution de l'indexation à la positivité
Bujumbura Mairie	68875	2643	3.8%	2552	3.7%	632	24%	25%
Rumonge	40887	1190	2.9%	532	1.3%	212	18%	40%
Cibitoke	55504	3861	7.0%	672	1.2%	318	8%	47%
Makamba	44767	1086	2.4%	519	1.2%	191	18%	37%
Gitega	85802	2295	2.7%	889	1.0%	340	15%	38%
Muyinga	69098	2156	3.1%	693	1.0%	306	14%	44%
Bubanza	35716	391	1.1%	314	0.9%	44	11%	14%
Kirundo	75694	1822	2.4%	610	0.8%	194	11%	32%
Bujumbura	41822	1019	2.4%	331	0.8%	98	10%	30%
Ngozi	71052	1195	1.7%	553	0.8%	197	16%	36%
Cankuzo	32202	1049	3.3%	233	0.7%	113	11%	48%
Rutana	37140	636	1.7%	264	0.7%	49	8%	19%
Ruyigi	44764	1123	2.5%	309	0.7%	140	12%	45%
Bururi	31673	330	1.0%	200	0.6%	45	14%	23%
Karusi	40914	607	1.5%	213	0.5%	63	10%	30%
Kayanza	51057	1068	2.1%	256	0.5%	117	11%	46%
Muramvya	27835	798	2.9%	123	0.4%	44	6%	36%
Mwaro	21307	355	1.7%	93	0.4%	19	5%	20%
Total	876109	23624	2.7%	9356	1.1%	3122	13%	33%

Stratégies et interventions essentielles :

- (i) Renforcement de la collaboration entre le niveau central, intermédiaire et périphérique d'une part et d'autre part entre les structures de soins et la communauté ;
- (ii) Renforcement de la mise à l'échelle des nouvelles approches de dépistage : l'autotest, l'indexation et le dépistage ciblé ;
- (iii) Renforcement du focus mis sur les catégories des populations à très haut risque de contamination ;
- (iv) Organisation des supervisions formatives pour renforcer les capacités des prestataires sur les stratégies d'amélioration du rendement de dépistage ;
- (v) Poursuite de l'approvisionnement des intrants de dépistage du VIH

- (vi) Renforcement de la communication autour du dépistage à travers les stratégies de proximité et la production des supports de communication

Défis :

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

- ➡ La non intégration des données de l'autotest dans les autres données de routine ;
- ➡ Persistance des gaps par rapport au premier 95 de l'objectif d'élimination du VIH à l'horizon 2030 ;
- ➡ Insuffisance de personnel formé sur les nouveaux algorithmes de dépistage préconisés dans les directives nationales de dépistage du VIH en vigueur ;
- ➡ Insuffisance de supervisions pour appuyer le niveau périphérique à améliorer le rendement de dépistage

Forces et opportunités :

- ☉ La gratuité des tests de dépistage ;
- ☉ L'existence des directives nationales et des supports sur le dépistage du VIH ;
- ☉ La poursuite de la mise en œuvre des stratégies de dépistage à base communautaire ;
- ☉ L'existence des prestataires formés sur le CDV et counseling ;
- ☉ Existence des partenaires appuyant le volet de dépistage du VIH au niveau des fosa et au niveau communautaire.

Perspectives 2022 :

- ☛ Actualisation des outils de collecte et rapportage des données de dépistage pour améliorer la qualité des données ;
- ☛ Poursuite du renforcement des capacités des prestataires de soins sur l'utilisation des nouvelles stratégies de dépistage ;
- ☛ Poursuite du renforcement de l'approche communautaire de proximité pour améliorer le rendement du dépistage.

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

La prévention et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles est l'une des composantes de la prévention du VIH. En effet, en plus des complications qu'elles peuvent causer, les IST se présentent comme une porte d'entrée du VIH. En 2021, les interventions ont été concentrées sur

le renforcement des capacités des prestataires de soins sur la prise en charge syndromique des IST, la révision du guide de la prise en charge syndromique des IST.

Réalisations en 2021 :

Au cours de l'année 2021, sur **144 600** cas d'IST diagnostiqués, **139 144** ont été traitées, soit **96,2%**. Parmi les IST diagnostiquées, on compte **28 203** cas d'écoulement urétral, **74 143** cas d'écoulement vaginal, **5 344** cas de conjonctivite du nouveau-né et **36 910** cas d'ulcération génitale.

Stratégies et interventions essentielles :

- ☉ Poursuivre le renforcement des capacités des prestataires de soins sur le diagnostic syndromique et la prise en charge des IST ;
- ☉ Poursuite systématiquement du dépistage sérologique de la syphilis pour les femmes enceintes.
- ☉ Intégrer les thèmes sur les IST dans les autres séances de mobilisation et sensibilisation des populations sur le VIH

Tableau 5: Cas d'IST diagnostiquées et traitées par province en 2021

Province	Écoulement urétral diagnostiqué	Écoulement urétral traité	% Écoulement urétral traité	Écoulement vaginal diagnostiqué	Écoulement vaginal traité	% Écoulement vaginal traité	Conjonctivite du nouveau-né	Conjonctivite du nouveau-né traitée	% conjonctivite du Nné traité	Ulcération génitale diagnostiquée	Ulcération génitale traitée	% Ulcération génitale traité
Bubanza	1131	1123	99%	4565	4455	98%	469	467	100%	1658	1642	99%
Bujumbura	1216	1182	97%	5567	5490	99%	95	96	101%	2360	2342	99%
Bujumbura Mairie	2475	2404	97%	3879	3807	98%	222	289	130%	1537	1484	97%
Bururi	1235	1225	99%	2218	2153	97%	26	31	119%	854	841	98%
Cankuzo	1525	1503	99%	2948	2909	99%	339	339	100%	2266	2226	98%
Cibitoke	2396	2353	98%	9109	5930	65%	209	255	122%	3159	3128	99%
Gitega	1376	1307	95%	4663	4375	94%	236	244	103%	3471	3404	98%
Karusi	877	871	99%	1994	1987	100%	190	247	130%	2043	2032	99%
Kayanza	1399	1372	98%	3229	3157	98%	556	557	100%	3072	3017	98%
Kirundo	3075	3036	99%	6035	5931	98%	153	154	101%	2894	2837	98%
Makamba	1530	1476	96%	5545	5404	97%	430	433	101%	1809	1780	98%
Muramvya	779	667	86%	1963	1939	99%	158	159	101%	1051	1037	99%
Muyinga	3255	3184	98%	6015	5906	98%	317	310	98%	2805	2756	98%
Mwaro	493	500	101%	1801	1758	98%	362	386	107%	1011	965	95%

Ngozi	2704	2666	99%	5404	5333	99%	210	258	123%	2008	1973	98%
Rumonge	1632	1625	100%	4352	4262	98%	749	746	100%	1525	1517	99%
Rutana	668	656	98%	3054	3012	99%	45	72	160%	1970	1951	99%
Ruyigi	437	433	99%	1802	1789	99%	578	583	101%	1417	1406	99%
Total	28203	27583	98%	74143	69597	94%	5344	5626	105%	36910	36338	98%

Forces et opportunités :

- ☉ Existence des documents d'orientation : manuel de prise en charge syndromique des IST, le guide de prévention des IST adapté au niveau communautaire et algorithmes de prise en charge des IST
- ☉ Existence d'un personnel formé sur le PEC syndromique des IST.

Défis et faiblesses rencontrés en 2021 :

- ➡ Persistance de l'automédication ;
- ➡ Faible accessibilité du traitement des IST ;
- ➡ Absence des études/ enquêtes sur la prise en charge des IST
- ➡ Existence d'un écart entre les IST diagnostiquées et IST traitées ;
- ➡ Persistance des tabous et mythes autour des IST ;
- ➡ Insuffisance des financements pour les interventions communautaires ;
- ➡ Faible notification des partenaires.

Perspectives 2022 :

- ☛ Poursuivre la formation des prestataires de soins sur le diagnostic et la prise en charge syndromique des IST ;
- ☛ Notification des partenaires ;
- ☛ Faire un plaidoyer pour la subvention des médicaments contre les IST ;
- ☛ Intensifier les séances de sensibilisation contre l'automédication et la promotion du recours aux structures de soins en cas de suspicion d'IST.

e. La lutte contre les VSBG

La lutte contre les VSBG est une autre composante de la prévention du VIH. Certaines des interventions y relatives ont été assurées à travers les activités financées par le FM et exécutées par la CRB-Burundi.

Cependant on note un nombre important de **défis**, parmi lesquels :

- ➡ Faible coordination des acteurs intervenant dans la lutte contre les VSBG ;
- ➡ Faible partage des données des VSBG ;
- ➡ Faible interaction entre partenaires appuyant le secteur ;
- ➡ Insuffisance des interventions sur terrain en matière de prévention des VSBG.

Forces et opportunités

- ☺ 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 des partenaires techniques et financiers intervenant dans la lutte contre les VSBG

Perspectives 2021 :

- ☛ Poursuivre la sensibilisation des prestataires et des communautés sur la prévention et la prise en charge des VSBG ;
- ☛ Contribuer à la redynamisation de 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.1.2. Prévention de la transmission sanguine

Le contrôle des poches de sang est assuré par le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS). Au niveau décentralisé, le CNTS a étendu ses services dans quatre régions du pays :

- 🇧🇩 Au nord, le Centre régional 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 ;
- 🇧🇩 A l'ouest, le CRTS se trouve à Cibitoke

Tableau 6 : Répartition des dons de sang en fonction de la présence ou pas du VIH, VHB, VHC et de la syphilis chez les donneurs de sang en 2021

DONNEURS	ANCIENS DONNEURS	NOUVEAUX DONNEURS	TOTAL	TAUX DE POSITIVITE
VIH +	527	339	866	1,0%
VIH-	60801	25646	86447	
TOTAL	61328	25985	87313	
VHB+	953	592	1545	1,8%
VHB-	60 315	25 453	85768	
TOTAL	61 268	26 045	87313	
VHC+	1463	969	2432	2,8%
VHC-	59 805	25 076	84881	
TOTAL	61 268	26 045	87313	
RPR+	378	211	589	0,7%
RPR-	60 890	25 834	86724	
TOTAL	61268	26045	87313	

Les données présentées dans le tableau ci-dessus comptent pour la période du 1 juillet 2020 au 30 juin 2021. Elles montrent la présence du VIH, du VHB, du VHC et de la syphilis dans les poches de sang des donneurs, anciens ou nouveaux, repartis dans toutes les structures transfusionnelles. Trois constats se font directement remarqués :

- ☛ Les Virus du VIH, du VHB, du VHC et de la Syphilis sont présentant dans les dons de sang testés par le CNTS ;
- ☛ La prévalence du VIH parmi la catégorie des donneurs de sang dépasse la moyenne nationale de 0,9%. Des efforts supplémentaires doivent être menés pour permettre à toute personne de connaître son statut sérologique au VIH ;
- ☛ La prévalence des hépatites B et C est supérieur à celle du VIH. Des actions spécifiques doivent être menées pour réduire au maximum les nouvelles infections du VHB et VHC ;
- ☛ Le taux de positivité est plus élevé chez les nouveaux donneurs, avec une prédominance de l'hépatite C ;
- ☛ Le taux de positivité pour les quatre marqueurs s'élève à 6,22% ;
- ☛ Les données sur la coïnfection Hépatites-VIH ne sont pas disponibles. Une analyse approfondie doit être menée pour permettre la mise en place des interventions spécifiques aux donneurs présentant cette double infection.

Partant de ces constats, des efforts particuliers doivent être consentis pour renforcer la prévention chez les donneurs de sang et pour accompagner les donneurs testés positifs.

Stratégies et interventions essentielles :

- ☺ Renforcer le rendu des résultats des différents tests aux donneurs ;
- ☺ Renforcer l'accompagnement psychologique et la liaison aux soins pour les donneurs testés Positif ;
- ☺ Poursuivre des séances de recyclage et le perfectionnement du personnel de centres de transfusion national et régionaux.
- ☺ Renforcer l'application des normes de qualité en matière de transfusion sanguine ;
- ☺ Confectionner les supports de communication pour renforcer le dépistage du VIH, Hépatites B et C et la syphilis

Les forces et opportunités :

- ☛ Décentralisation de la collecte de sang est effective ;
- ☛ 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 :

- ☹ Faible adhésion des nouveaux donneurs au don de sang bénévole et volontaire ;
- ☹ La longue distance à parcourir pour atteindre les structures de transfusion sanguine.

Perspectives 2022 :

- ♣ 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 ;
- ♣ Renforcement de la bonne collaboration entre le PNLS/IST et le CNTS

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

Depuis 2012, le Burundi s'est engagé à l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (é-TME) et un plan national d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant 2012-2016 a été élaboré en remplacement du plan de passage à l'échelle de la PTME (2011-2015). Ce plan e-TME visait à réduire le taux de transmission à 5% dans la population générale et de 90% le nombre de nouvelles infections pédiatriques.

En 2016, le pays a été classé parmi les 21 pays prioritaires pour la stratégie **super-fast track** visant l'accélération de l'e-TME et de la PEC pédiatrique.

La mise en œuvre de cette initiative **Start free, Stay free et AIDS free** consiste à sécuriser les acquis dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'é-TME et accélérer les interventions en vue de mettre fin au Sida chez les enfants, les adolescents et les jeunes femmes.

Dans le souci de passer à l'échelle et mener des interventions permettant d'atteindre nos cibles, un plan d'accélération de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la prise en charge pédiatrique 2019-2022 est en cours d'exécution.

Ce plan identifie les facteurs limitant l'accès à la PEC de qualité et propose la mise en œuvre des stratégies novatrices pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et l'accélération de la PEC pédiatrique en mettant l'accent sur les districts ayant d'importants besoins non couverts.

Depuis cet engagement à l'é-TME, des progrès ont été observés mais les cibles n'ont pas été atteintes car le taux de transmission résiduel du VIH de la mère à l'enfant a connu une légère réduction par rapport à la cible de l'é TME passant de 28,06% en 2012 à 16% en 2021 selon les estimations du Spectrum 2022.

Stratégies et interventions essentielles pour atteindre l'é-TME :

- ☛ Renforcement des capacités (formations et supervisions formatives, organisation des missions de coaching pour les prestataires de soins sur la PTME et PEC pédiatrique)
- ☛ Renforcement de l'offre des services de PTME avec un accent sur la prise en charge pédiatrique (dépistage précoce, traitement et suivi et délégation des tâches)
- ☛ 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 ; (hommes champions et mamans mentors dans certaines provinces)

- 🔊 Renforcement de l'intégration des services SRMNIA/PTME sous-tendue par l'approche assurance qualité des soins et des services ;
- 🔊 Introduction et mise à échelle des tests DUO pour le dépistage du VIH et de la syphilis chez la femme enceinte ;
- 🔊 Renforcement des capacités (formations et supervisions formatives) des équipes cadres des BPS et BDS dans le suivi des activités PTME ;
- 🔊 Amélioration du dépistage et de la prise en charge de la syphilis chez la femme enceinte ;
- 🔊 Renforcement du suivi du couple mère-enfant avec l'introduction des POC dans le dépistage précoce et la charge virale d'urgence chez la femme enceinte.

Réalisations de 2021 :

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

- ☺ Mise à jour du guide national de prévention et de prise en charge du VIH chez l'enfant et l'adolescent
- ☺ Mise à niveau des membres des ECD (94) et EC BPS (17) sur les nouvelles directives de prévention et traitement du VIH et sur le suivi de l'e-TME
- ☺ Organisation des descentes de mentorat clinique dans 16 districts sur l'amélioration de la qualité des services PTME et la prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant ;
- ☺ Formation de 67 prestataires de soins sur la PTME, sur la prise en charge pédiatrique dans les provinces de Cankuzo et Cibitoke ;
- ☺ 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 ;
- ☺ Tenue des réunions trimestrielles du comité technique et d'une réunion annuelle du comité politique pour le suivi de l'e-TME ;
- ☺ Formation de 30 formateurs sur l'accompagnement des adolescents et jeunes filles infectés ou affectés par le VIH dans le cadre du projet canal ados ;
- ☺ Formation de 75 prestataires des soins sur l'accompagnement des adolescents et jeunes filles infectés ou affectés par le VIH dans le cadre du projet canal ados ;
- ☺ Organisation des réunions de cadrage de la mise en œuvre de la phase 2 du projet canal ados pour un accompagnement renforcé des adolescents et jeunes filles infectés ou affectés par le VIH ;
- ☺ Elaboration de la feuille de route pour la mise en œuvre de l'approche « dernière ligne droite vers l'e-TME » pour accélérer l'e-TME ;

- ☉ Organisation de 4 ateliers régionaux de sensibilisation des femmes leaders sur leur rôle dans le suivi de l'e-TME et la prise en charge du VIH chez l'enfant ;
- ☉ Formation de 57 hommes champions et 60 mamans mentors sur l'engagement familial et communautaire en faveur de l'e-TME dans les provinces de Cankuzo et Cibitoke ;

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 973 en 2021

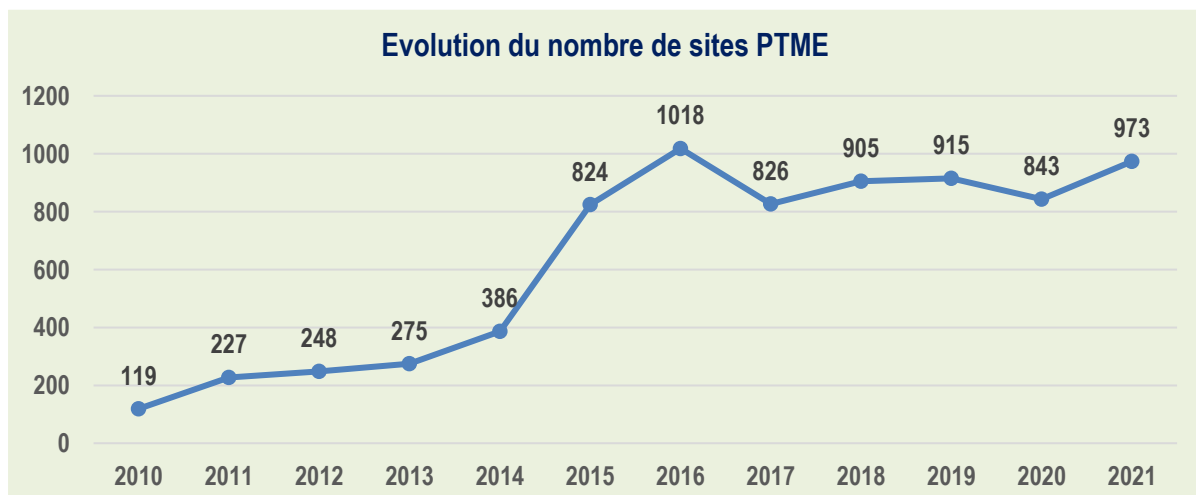


Figure 3 : Evolution du nombre de sites PTME de 2010 à 2021

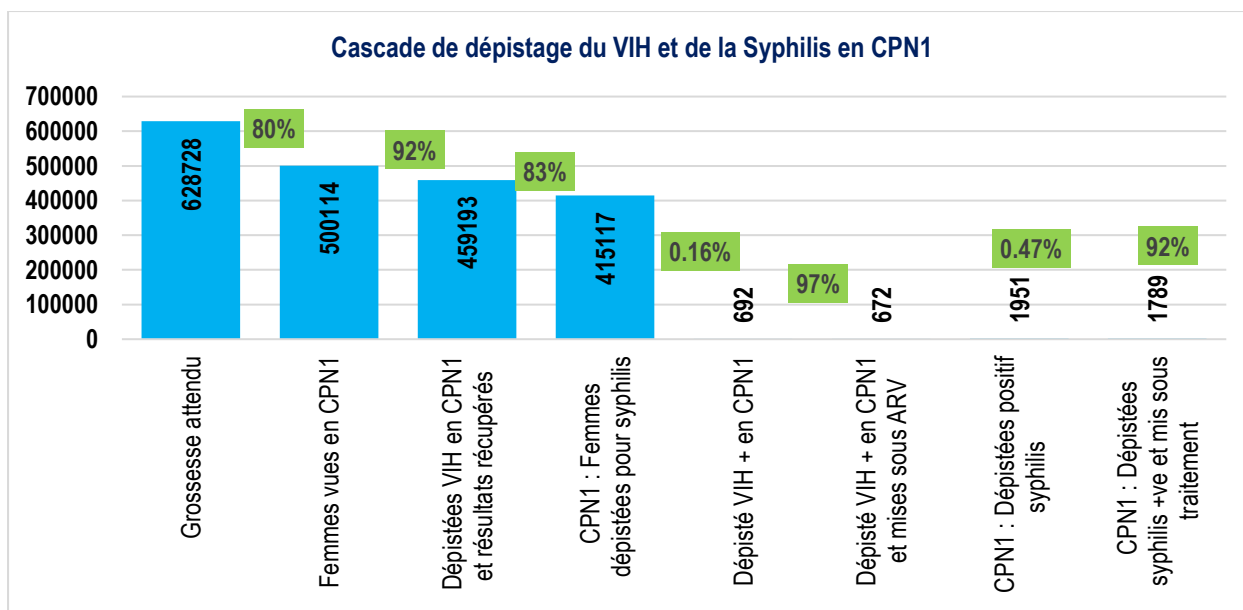


Figure 4 : Cascade PTME pour l'année 2021

Dépistage des femmes enceintes :

- 📍 Au cours de l'année 2021, sur **628 728** femmes enceintes attendues en 2021, **500 114** ont fréquenté la CPN1 soit **80%** et **459 193** femmes (**92%**) ont été testées pour le VIH et récupéré les résultats et **413 117** ont été dépistées à la syphilis soit **83%** ;
- 📍 **692** femmes enceintes ont été diagnostiquées séropositives au VIH, soit un taux de séropositivité de **0,2%** et **672** mises sous traitement (**97%**) ;
- 📍 **1 951** femmes enceintes ont été diagnostiquées pour la syphilis (**0.5% de séropositivité**) et **1 789** mises sous traitement (**92%**) ;
- 📍 **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 **4181** au cours de l'année 2021.

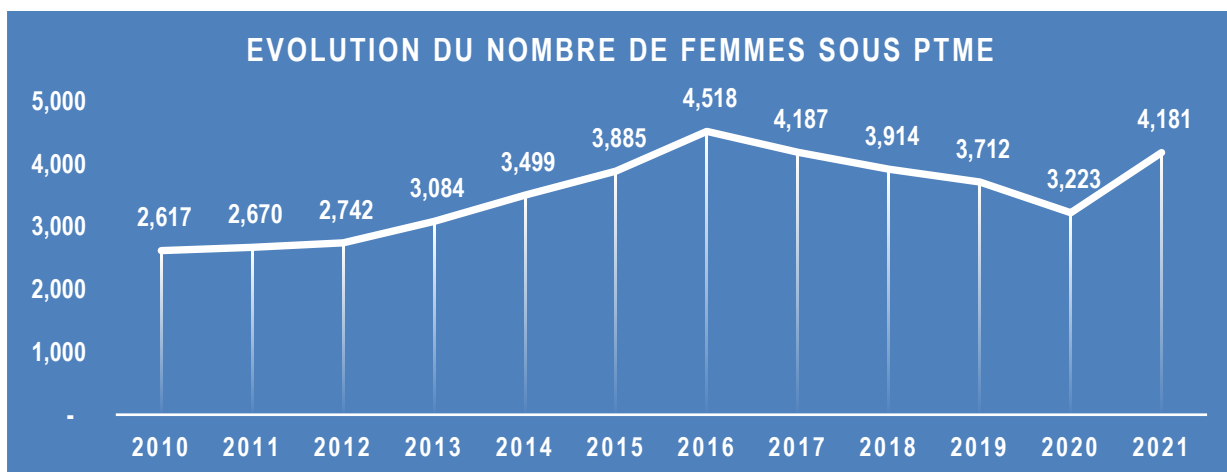


Figure 5 : Evolution du nombre de femmes sous Protocole PTME de 2010 à 2021

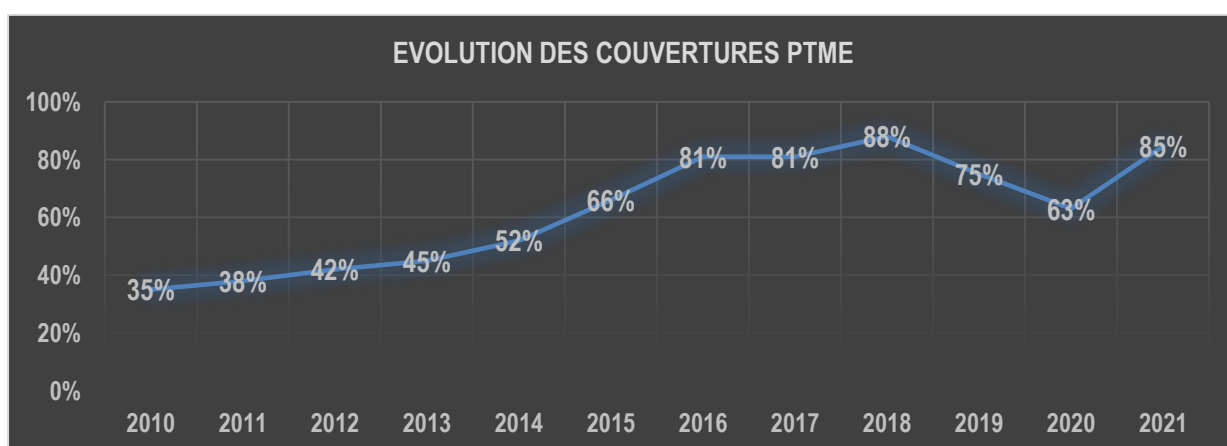


Figure 6 : Evolution du nombre de femmes sous Protocole PTME de 2010 à 2021

Les tableaux 7 et 8 montrent les principaux indicateurs de PTME en 2021

Tableau 7 : Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

INDICATEURS	Nombre
Nombre de femmes enceintes diagnostiquées séropositives (y compris celles ayant déjà connaissance de leur séropositivité) qui ont fréquenté des cliniques prénatales	2 383
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)	460 802
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)	8 585
Nombre de femmes sous Protocole PTME	4181
Nombre estimé de femmes enceintes séropositives au VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois	4 941

Tableau 8 : Diagnostic infantile précoce et suivi de l'enfant exposé

Province	Nb accouchements réalisés - pour Mère HIV+	Nb Nouveau-nés mis sous prophylaxie ARV	% enfant exposé	PVVIH : Enfant mis sous prophylaxie cotrimoxazole	% enfant mis sous prophylaxie cotrimoxazole	Enfants prélevés pour PCR dans les 2 mois suivant la naissance	Enfants avec PCR + dans les 2 mois suivant la naissance	% PCR + à 2 mois	Nbre de PCR à 9 mois	Nbre de PCR+ à 9mois	% PCR + à 9 mois	Enfant exposé testé au VIH à 18 mois ou plus	Enfant exposé testé VIH+ à 18 mois ou plus	% VIH + à 18 mois ou plus
Bubanza	61	53	87%	57	108%	62	3	5%	10	2	20%	37	2	5%
Bujumbura	104	97	93%	43	44%	81	5	6%	25	1	4%	31	5	16%
Bujumbura Mairie	620	495	80%	498	101%	656	22	3%	356	21	6%	514	22	4%
Bururi	35	11	31%	7	64%	22	3	14%	13	1	8%	17		0%
Cankuzo	58	52	90%	43	83%	47	3	6%	15	2	13%	19		0%
Cibitoke	63	49	78%	43	88%	46	2	4%	22	5	23%	40	1	3%
Gitega	217	180	83%	100	56%	181	10	6%	114	6	5%	110	15	14%
Karusi	44	37	84%	24	65%	74	17	23%	47	1	2%	31	2	6%
Kayanza	103	84	82%	48	57%	57	1	2%	28	2	7%	67	4	6%
Kirundo	316	260	82%	196	75%	224	7	3%	123	1	1%	162	22	14%
Makamba	78	51	65%	38	75%	64	4	6%	16	4	25%	20	6	30%
Muramvya	38	36	95%	21	58%	35		0%	16		0%	27	1	4%
Muyinga	236	204	86%	130	64%	289	26	9%	77	18	23%	86	9	10%
Mwaro	25	20	80%	9	45%	22	3	14%	13	3	23%	10		0%
Ngozi	192	147	77%	136	93%	192	15	8%	75	11	15%	97	7	7%
Rumonge	60	53	88%	78	147%	101	1	1%	30	3	10%	24	10	42%
Rutana	38	32	84%	10	31%	20	1	5%	7	1	14%	10	1	10%
Ruyigi	77	60	78%	79	132%	80	21	26%	54	9	17%	52	6	12%

4

Tableau 9: Dépistage et séropositivité des femmes enceintes vues en CPN1 pour le VIH et la syphilis par Province en 2021

Province	Femmes enceintes attendues	Nb de femmes vues pour CPN 1	% en CPN1	VIH+ avant grossesse reçu en CPN1	Dépistées VIH en CPN1 et résultats récupérés	% testées pour VIH	CPN1 : Femmes dépistées pour syphilis	% testées pour syphilis	Dépistées VIH+ en CPN1	% VIH+	CPN1 : Dépistée VIH+ et mise sous ARV	% VIH+ traitées	CPN1 : Dépistées positif syphilis	% Syphilis +	Traité	% Syphilis + traité
Bubanza	26389	27492	104%	23	25731	94%	23842	87%	17	0.1%	17	100%	31	0.1%	31	100%
Bujumbura	36288	26298	72%	62	25695	98%	24157	92%	36	0.1%	36	100%	42	0.2%	35	83%
Bujumbura Mairie	38813	41436	107%	745	36035	89%	34494	83%	230	0.6%	221	96%	396	1.1%	357	90%
Bururi	24443	16054	66%	11	15956	99%	15591	97%	9	0.1%	9	100%	15	0.1%	15	100%
Cankuzo	17868	20699	116%	17	19929	96%	17560	85%	19	0.1%	18	95%	47	0.3%	42	89%
Cibitoke	35945	32423	90%	56	29750	92%	27186	84%	32	0.1%	28	88%	84	0.3%	84	100%
Gitega	56617	45978	81%	130	43402	95%	37162	81%	49	0.1%	48	98%	189	0.5%	158	84%
Karusi	34072	29356	86%	39	26096	89%	22644	77%	18	0.1%	18	100%	119	0.5%	118	99%
Kayanza	45702	28567	63%	52	27930	98%	26803	94%	15	0.1%	15	100%	51	0.2%	49	96%
Kirundo	49047	40447	82%	250	39720	99%	39159	97%	79	0.2%	77	97%	500	1.3%	487	97%
Makamba	33640	36153	107%	19	32247	89%	23209	64%	29	0.1%	29	100%	59	0.3%	58	98%
Muramvya	22842	17205	75%	5	15588	91%	13949	81%	9	0.1%	9	100%	37	0.3%	35	95%
Muyinga	49371	48421	98%	138	37313	77%	29255	60%	68	0.2%	66	97%	180	0.6%	170	94%
Mwaro	21324	12614	59%	7	12420	99%	12171	96%	11	0.1%	11	100%	11	0.1%	11	100%
Ngozi	51581	37302	72%	114	36570	98%	34924	94%	50	0.1%	48	96%	224	0.6%	164	73%
Rumonge	27482	23593	86%	37	23435	99%	22710	96%	50	0.2%	49	98%	59	0.3%	59	100%
Rutana	26037	25378	97%	6	23647	93%	21711	86%	21	0.1%	21	100%	19	0.1%	18	95%
Ruyigi	31269	35052	112%	42	27048	77%	23493	67%	10	0.0%	9	90%	49	0.2%	29	59%

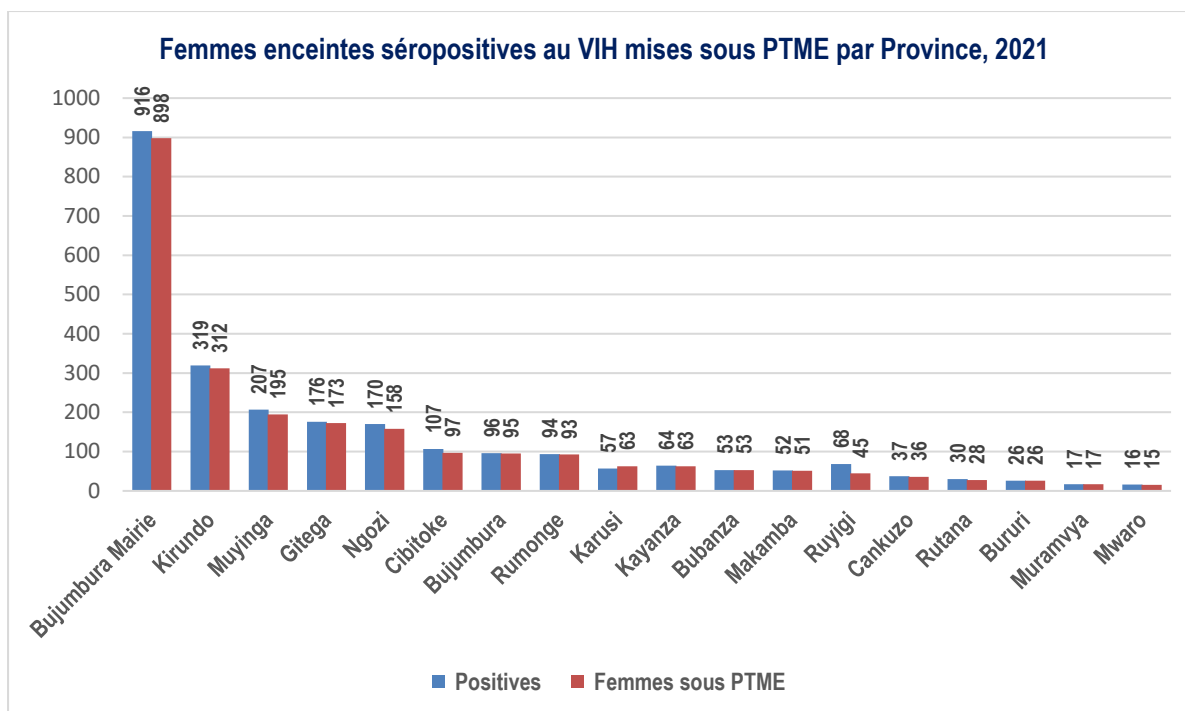


Figure 7 : Femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux dans le cadre de la PTME par Province en fin 2021

La quasi-totalité de femmes enceintes séropositives ont reçu des ARV dans le cadre de la PTME. Il est à noter que le plus grand effectif de ces femmes est retrouvé respectivement en Mairie de Bujumbura, les Provinces de Kirundo, Muyinga, Gitega, Ngozi tandis que la Province qui vient en dernier est Mwaro. Toutefois, pour bien réussir la PTME toutes les femmes enceintes séropositives au VIH devraient être mise sous ARV.

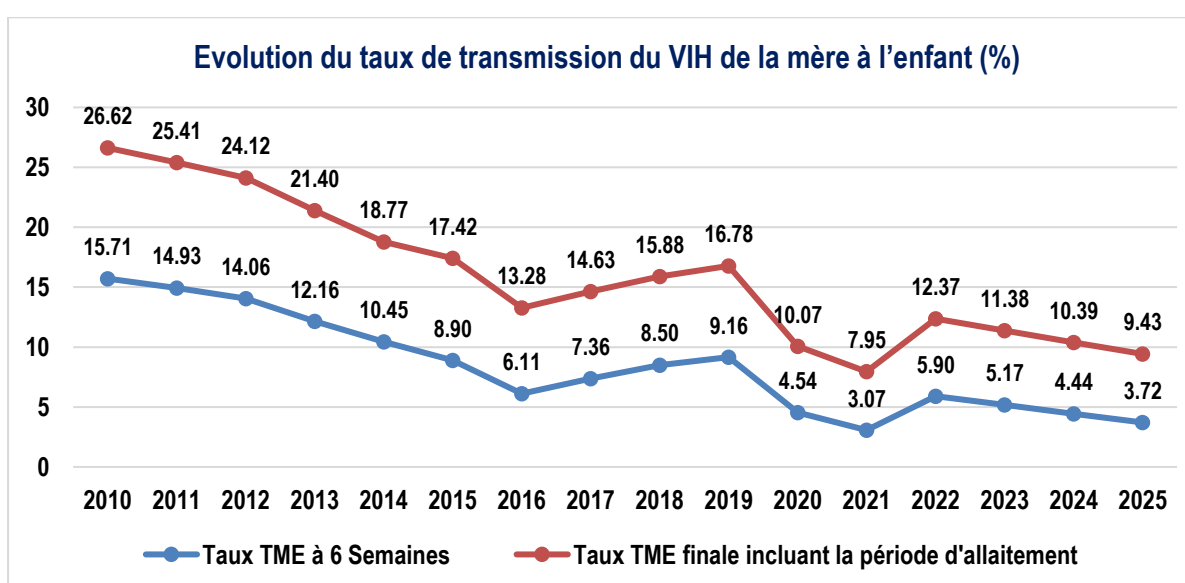


Figure 8 : Evolution du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant (%) (Spectrum 2022)

Avec la figure ci-dessus ; nous constatons qu'avec les données de projections, le taux de transmission finale incluant la période d'allaitement du VIH de la mère à l'enfant va passer de 16% à 9% en 2022. Les efforts supplémentaires doivent être convergés pour pouvoir atteindre les objectifs d'élimination à l'horizon de 2030.

Les forces et opportunités :

- 🌟 Engagement du Gouvernement, des Partenaires Technique et Financiers, des associations de prise en charge du VIH et les associations à base communautaire, en faveur de la triple élimination de la transmission du VIH, la syphilis et les Hépatites Virales B et C de la mère à l'enfant ;
- 🌟 Disponibilité des documents normatifs prenant en compte les aspects de prévention de la transmission mère-enfant : adoption de l'utilisation du Dolutégravir chez les femmes enceintes dans les directives nationales pour la prévention et le traitement du VIH, Guide de prise en charge pédiatrique ;
- 🌟 Gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ;
- 🌟 Forte implication de la Première Dame dans l'accélération de l'e-TME et la prise en charge pédiatrique ;
- 🌟 Intégration des indicateurs PTME dans le SNIS ;
- 🌟 Existence 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** ;
- 🌟 Disponibilité du plan national d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant 2019-2022 ;
- 🌟 Existence des prestataires formés sur le prélèvement sur papier buvard chez les enfants exposés ;
- 🌟 Existence des appareils pour PCR (à Ngozi, Kigutu et INSP) et GeneXpert paramétrés pour le dépistage précoce des enfants exposés.

Faiblesses et obstacles

- ➡ Faible utilisation des services PF par les femmes séropositives (13%) ;
- ➡ Intégration des services SR/VIH/PTME non encore effective dans certains BDS ;
- ➡ La décentralisation, la délégation et l'intégration de la PEC du VIH pédiatrique dans les sites PTME connaît toujours des problèmes ;
- ➡ L'insuffisance de suivi biologique/virologique des femmes enceintes/allaitante séropositives dans certaines formations sanitaires ;

- ➡ Insuffisance des prestataires de soins formés sur les techniques de prélèvement sur papier buvard ;
- ➡ Faible implication des acteurs communautaires dans la promotion de la CPN et PTME précoce
- ➡ Insuffisance du dépistage précoce et traitement précoce des enfants infectés ;
- ➡ Difficulté de transport des échantillons et de rendu des résultats PCR ;
- ➡ Faible taux de rétention dans les soins pour le couple mère-enfant ;
- ➡ Rupture de stock pour les ARV prophylactiques chez les enfants exposés ;
- ➡ Insuffisance des groupes de soutien communautaires accompagnant les femmes sous PTME.

Perspectives 2022 :

- ➡ Renforcer l'intégration effective des services de PF dans les services de prise en charge des PVVIH à travers la formation /recyclage et supervision des prestataires sur l'intégration PF et PTME ;
- ➡ Améliorer la qualité des services PTME et la prise en charge pédiatrique à travers les formations et les visites de 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 à travers la formation des prestataires sur les directives nationales de prévention et traitement du VIH ;
- ➡ Rendre disponible les aide-mémoires sur la PTME et la PEC pédiatrique ;
- ➡ Renforcer les capacités des équipes cadres des BPS et BDS sur le suivi de l'e-TME ;
- ➡ 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 ;
- ➡ Organiser les campagnes de mobilisation des leaders administratifs, religieux et sanitaires sur leur implication dans la réussite de l'e-TME ;
- ➡ Renforcer les capacités des acteurs communautaires sur les interventions de la PTME et assurer régulièrement leur encadrement ;
- ➡ Renforcer la tenue régulière des réunions des comités politique et technique de suivi de l'e-TME ;
- ➡ Mettre en place une feuille de route pour accélérer l'e-TME selon les résultats de l'approche dernière ligne droite vers l'e-TME.

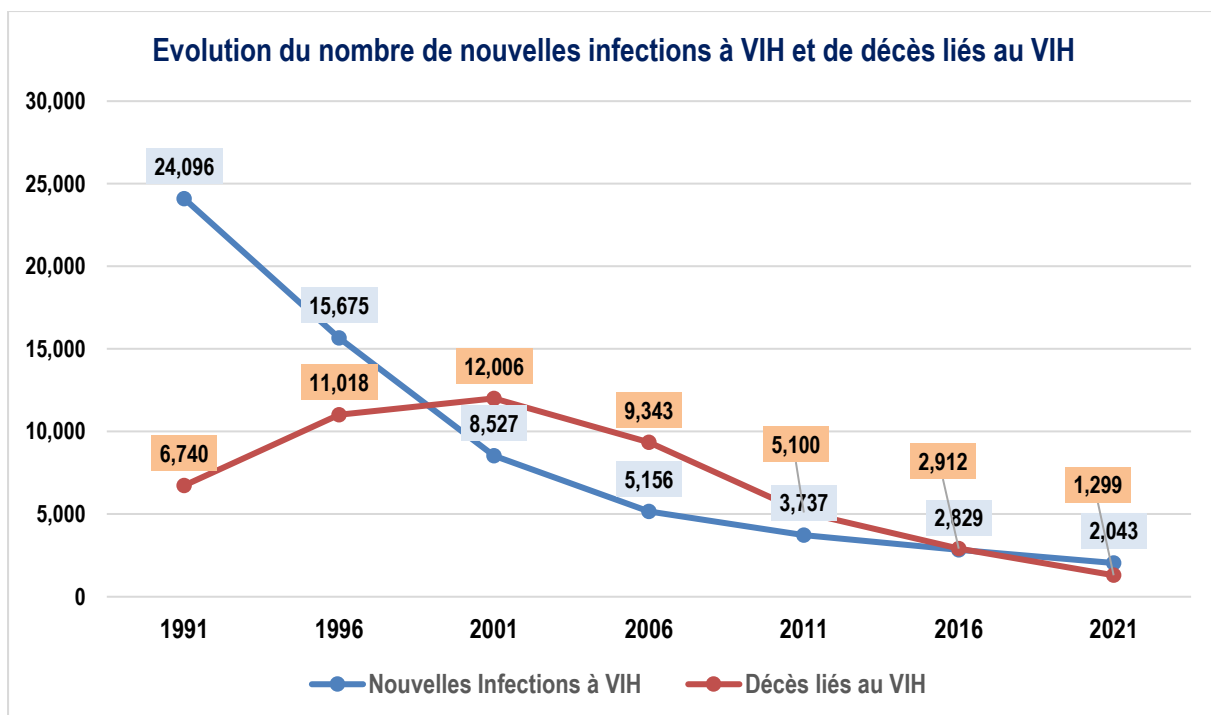


Figure 9 : Evolution du nombre de nouvelles infections VIH et de décès dus au VIH (Estimations VIH 2022)

Le nombre de nouvelles infections à VIH et du nombre de décès dus au VIH va en diminuant. Ceci témoigne des efforts mis dans le renforcement des interventions de prévention et de prise en charge du VIH.

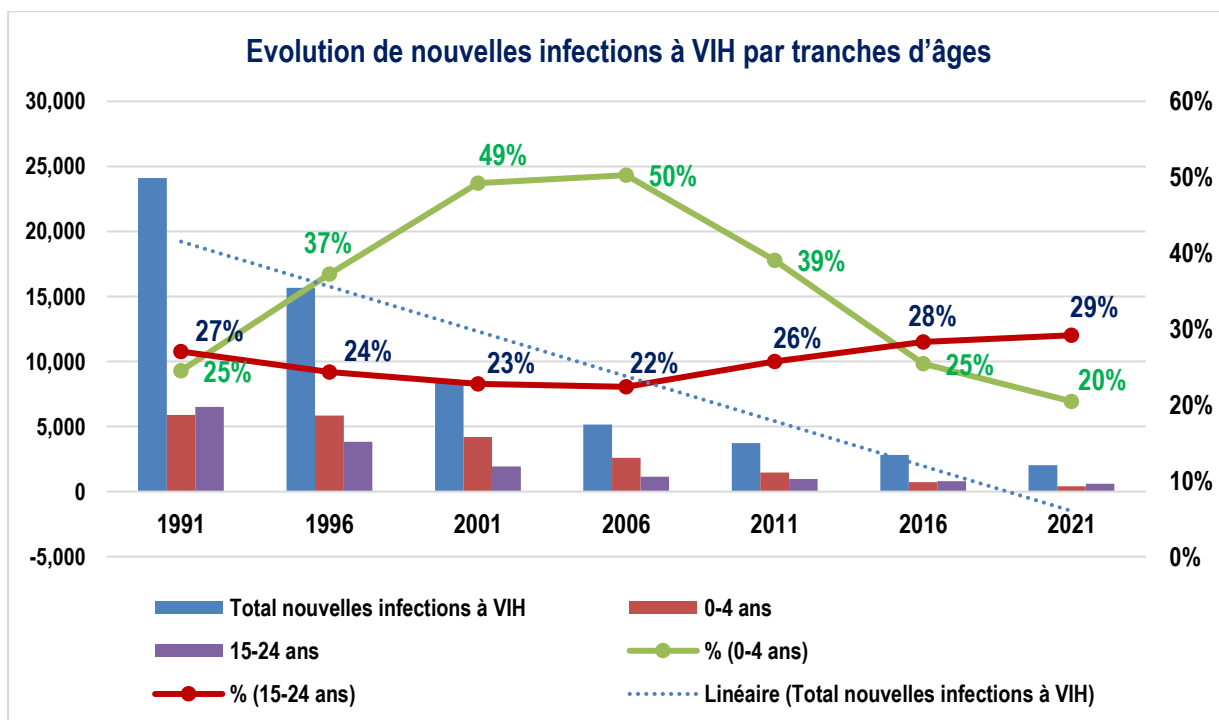


Figure 10: Evolution de nouvelles infections à VIH par tranche d'âge (Estimations VIH 2022)

Selon les estimations VIH (Spectrum 2022), la tranche d'âge de 0-4 ans est contributrice de nouvelles infections à VIH à la hauteur de 20% en 2021 avec une moyenne de 35%. Pour la tranche d'âge de 15-24 ans, elle est contributrice de nouvelles infections à 29 % en 2021 avec une moyenne de la moyenne est de 26%.

Il est donc important de renforcer la mise en œuvre des interventions de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et chez les jeunes et adolescents.

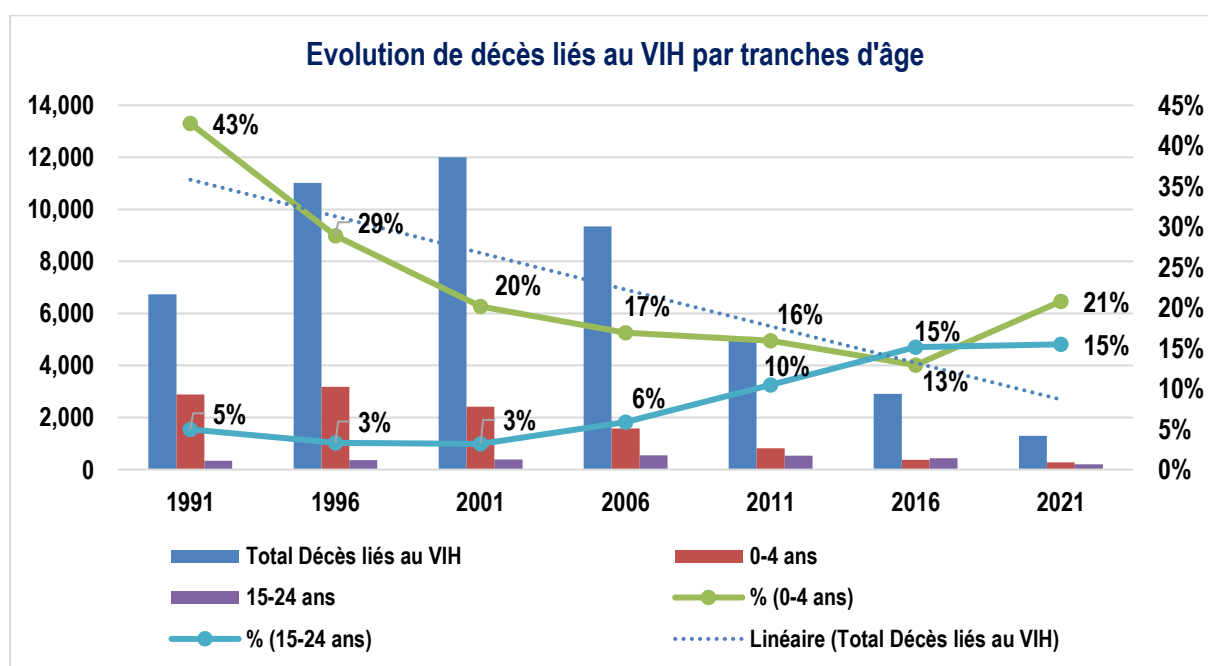


Figure 11: Evolution de décès liés au VIH par tranches d'âge (Estimations VIH 2022)

Selon les estimations VIH (Spectrum 2022), la proportion de décès liés au VIH dans la tranche d'âge de 0-4 ans est de l'ordre de 21%. Elle est de 15% dans la tranche d'âge de 15-24 ans pour l'année 2021.

Il est donc important de renforcer la prise en charge précoce du VIH dans ces tranches d'âge.

III. 2. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

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 :

- Elaboré des addendum aux directives de 2020 visant l'élargissement de l'utilisation des combinaisons à base de Dolutégravir pour tous les adultes, adolescents et enfants
- Mis en place des nouvelles stratégies d'amélioration de la prévention et la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la prise en charge des enfants vivants avec le VIH à travers l'utilisation des schémas optimisés et l'offre des soins différenciés basés sur les recommandations de l'OMS de Mars et Avril 2021.
- Organisé des sessions information d'un guide opérationnel pour orienter les prestataires de soins sur la mise en œuvre efficace de la prophylaxie pré exposition du VIH (PrEP) dans le but de contribuer dans la réduction des nouvelles infections à VIH chez la population à haut risque.

En plus, la délégation des tâches reste recommandée pour que toute personne dépistée VIH positive reçoive son traitement, dans les meilleurs délais (≤ 7 jours), sans pour autant se déplacer vers une autre structure.

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, et **74667** en 2021 et le tableau et le graphique ci-dessous montrent les détails par sexe et par âge en 2021.

Tableau 10 : Couverture en ARV par tranches d'âge en 2021

Indicateur	Total	<15 ans			>=15ans		
		M	F	Total	M	F	Total
Couverture en ARV	91%	32%	32%	32%	98%	98%	98%
PVVIH sous ARV	74667	1397	1447	2844	24351	47472	71823
PVVIH estimées (SPECTRUM 2021)	82000	4422	4537	8959	24772	48269	73041

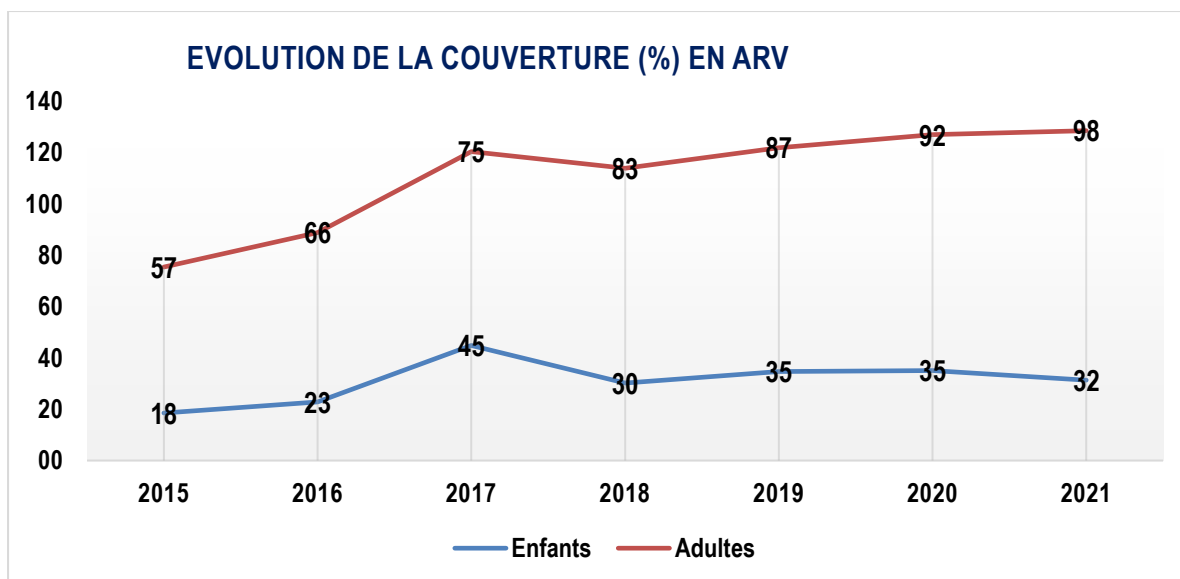


Figure 12: Evolution de la couverture en ARV (%) chez les adultes et les enfants de 2015 à 2021

Il s'observe la persistance d'une grande disparité entre la prise en charge des adultes (≥ 15 ans) et les enfants (< 15 ans). Il est crucial de renforcer la mise en œuvre des interventions pour arriver à lever cette disparité en améliorant la couverture en ARV chez les enfants.

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 des capacités 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 (Education thérapeutique) ;
- 🔗 Mise en place d'un cadre de partage et d'échange d'expériences en faveur des PVVIH adultes et enfants sous ARV sur la gestion individuelle des traitements ;
- 🔗 Extension de l'approche des soins différenciés (groupes d'adhérences communautaires (GAC), clubs d'observances, PMM/DMM, Fast track et Outreach).

Tableau 11: Enrôlement des PVVIH dans les soins différenciés

Indicateur		Résultat
Nbre de sites de PEC ARV		916
Nombre de sites DSD		207
Couverture géographique DSD		22,6%
FA des sites couverts par DSD fin Décembre 2021		50349
Nombre de clients stables ou éligibles à la DSD		42230
Nbre de patients stables enrôlés en DSD		13033 (30,9%)
Modèles de soins différenciés	Modèle STD	37316 (74,1%)
	GAC	13033 (25,9%)
DMM (Distribution Multi mensuelle des ARV)	6 mois	398 (0,5%)
	3 mois	46 379 (62,8%)
	<3mois	27 072 (36,7%)

Réalisations en 2021 :

- ☉ Acquisition des intrants VIH avec un suivi régulier des approvisionnements et des livraisons des produits (activité de routine) ;
- ☉ Mise à jour du plan d'approvisionnement en intrants de lutte contre le VIH/SIDA ;
- ☉ Revue de la quantification des intrants VIH ;
- ☉ Elaboration d'un addendum aux directives de 2020 visant l'élargissement de l'utilisation des combinaisons à base du Dolutégravir pour tous les adultes, adolescents et enfants ;
- ☉ Lancement de la phase pilote de la mise en œuvre de la stratégie PrEP ;
- ☉ Révision d'un guide de prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles au Burundi ;
- ☉ Supervisions de suivi de la mise en œuvre de la PrEP.

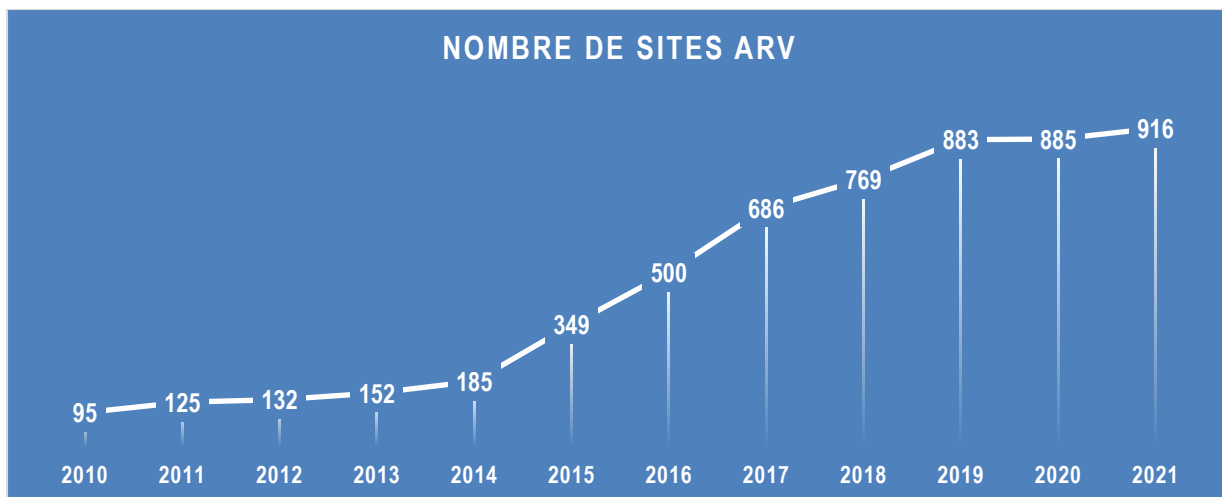


Figure 13: Evolution du nombre de sites ARV de 2010 à 2020

Nous remarquons une augmentation progressive du nombre sites de PEC qui est passé de **95** en 2010 à **916** en 2021 ; ce sont des structures de soins capables d'offrir le traitement ARV aux PVVIH et d'autre part l'approvisionnement des sites en ARV. La proportion de sites ARV par rapport au total des Sites est de 63%

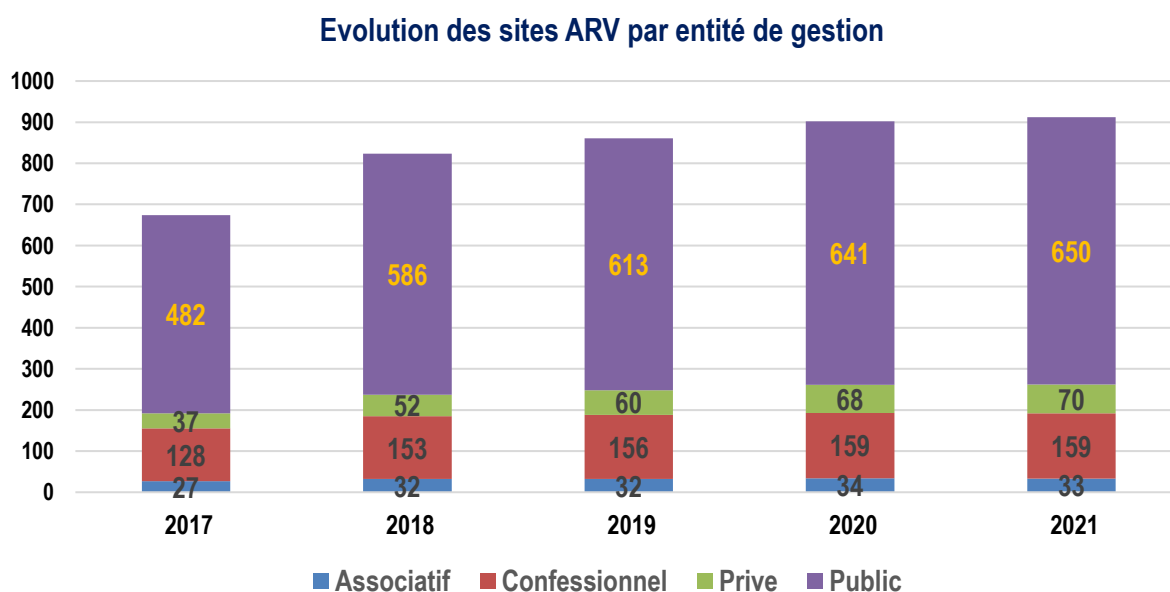


Figure 14: Evolution des sites ARV par entité de gestion

Ici nous remarquons la part non négligeable des structures confessionnels, privés et associatifs dans la prise en charge du VIH.

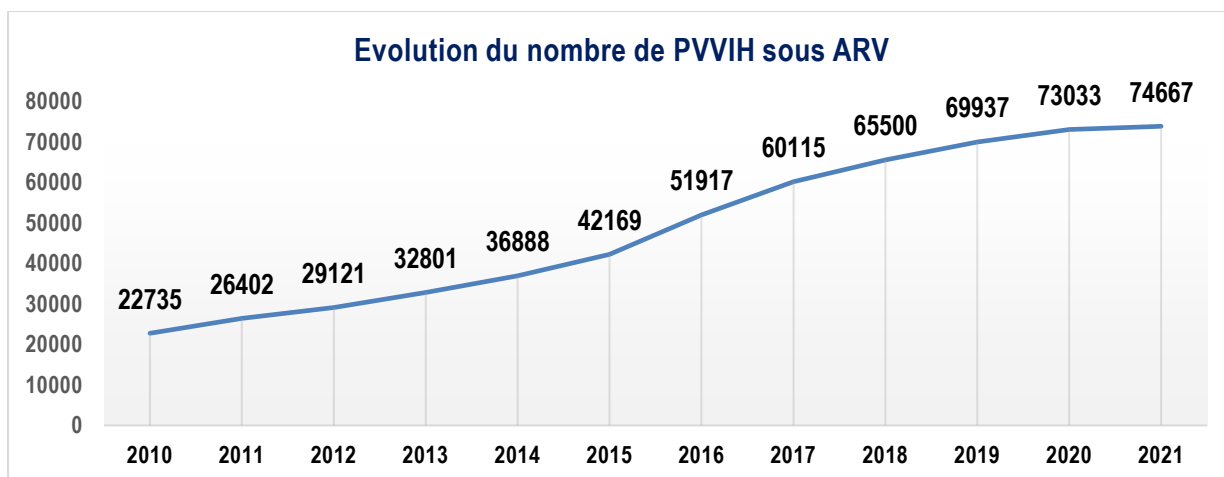


Figure 15 : Evolution du nombre de PVVIH sous ARV de 2010 à 2021

Nous notons une évolution croissante des PVVIH sous ARV. Ceci est le fruit des efforts consentis dans le dépistage du VIH avec la mise en œuvre des stratégies de dépistage qui apporte un grand rendement de dépistage (dépistage ciblé, dépistage indexé, auto dépistage, etc.) avec l'initiation rapide du traitement antirétroviral.

Tableau 12 : PVVIH sous ARV par Province, par sexe chez les moins de 15 ans et les plus de 15 ans en 2021

Province	Moins de 15ans			Plus de 15ans		
	M	F	Total	M	F	Total
Bubanza	30	30	60	476	956	1432
Bujumbura	61	83	144	1005	2017	3022
Bujumbura Mairie	356	356	712	7758	15562	23320
Bururi	42	50	92	592	1196	1788
Cankuzo	37	32	69	440	797	1237
Cibitoke	40	44	84	641	1258	1899
Gitega	150	152	302	2238	4733	6971
Karusi	54	62	116	543	1088	1631
Kayanza	77	84	161	1164	2100	3264
Kirundo	128	120	248	2660	4590	7250
Makamba	57	65	122	1047	1959	3006
Muramvya	32	31	63	393	767	1160
Muyinga	79	77	156	1448	2878	4326
Mwaro	17	20	37	315	725	1040
Ngozi	107	87	194	1775	3217	4992
Rumonge	53	63	116	673	1550	2223
Rutana	29	40	69	518	960	1478
Ruyigi	48	51	99	665	1119	1784
Total	1397	1447	2844	24351	47472	71823

III.2.3. Prise en charge des coïnfections et comorbidités

La présente section s'articule sur 2 principales coïnfections les plus fréquentes chez les personnes vivant avec le VIH au Burundi. Il s'agit de la coïnfection VIH/TB et de la coïnfections VIH/HV.

Elle précisera en outre, la situation des comorbidités liés au VIH

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 TB/VIH a aussi été un des objectifs majeurs pour le Programme national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles afin d'améliorer l'état de santé des PVVIH.

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 chez les PVVIH à chaque visite (consultation) et au diagnostic précoce de la TB chez ces dernières.
- ☛ Le renforcement des capacités des prestataires ;
- ☛ L'introduction de la chimio prophylaxie à l'INH dans toutes les structures de prise en charge des PVVIH afin de renforcer leur protection contre la tuberculose ;
- ☛ L'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 ;
- ☛ L'encouragement des prestataires de soins sur le dépistage systématique du VIH à toute personne souffrant de la tuberculose ;
- ☛ L'intégration du traitement ARV dans les structures de prise en charge de la TB dans l'esprit de « one stop service » ;
- ☛ Le renforcement de la coordination de la réponse à la coïnfection TB/VIH.

b. Prise en charge de la coinfection VIH/HV

Tableau 13 : Cascade de la Coinfection VIH/TB en 2021 par province

Province	PWVIH venues en consultation	PWVIH ayant bénéficié screening TBC	PWVIH positives au screening TB	PWVIH testées pour TBC	PWVIH testées TB+	PWVIH enrôlées au traitement anti TBC	Screenées négatives	NC INH pour NC ARV	NC INH pour AC ARV	PWVIH : AC sous INH	PWVIH : Ayant terminé la prophylaxie INH	PWVIH : Arrêt INH
Bubanza	1498	1423	9	9	2	2	1414	27	38	338	214	63
Bujumbura	2371	2358	2	2			2356	22	15	465	722	16
Bujumbura Mairie	17004	14755	80	55	14	6	14675	264	388	6201	4238	312
Bururi	1405	1335	1	1	1	1	1334	26	65	357	102	1
Cankuzo	1439	1436	1	1			1435	27	7	259	410	2
Cibitoke	2598	2062	2	2	2	2	2060	161	41	487	64	15
Gitega	6950	6061	12	10	3	3	6049	60	46	2127	490	42
Karusi	1760	1746	4	3	1	1	1742	34	12	240	108	7
Kayanza	4347	4180	16	17	3	3	4164	34	34	308	563	6
Kirundo	7743	7740	19	19	8	8	7721	47	36	2511	1841	22
Makamba	4929	4772					4772	58	33	880	1053	19
Muramvya	1191	1190	19	18	1	1	1171	4	9	146	16	12
Muyinga	6589	6517	3	3	2	2	6514	90	273	1640	740	14
Mwaro	694	688	2	2	1	1	686	4	32	424	158	4
Ngozi	6182	5918	6	6	2	2	5912	33	17	831	1348	3
Rumonge	1888	1781	3	3			1778	68	31	514	115	9
Rutana	1902	1832					1832	28	27	335	66	4
Ruyigi	3327	2240	3	3	2	2	2237	27	29	499	216	3
Total	73817	68034	182	154	42	34	67852	1014	1133	18562	12464	554

44

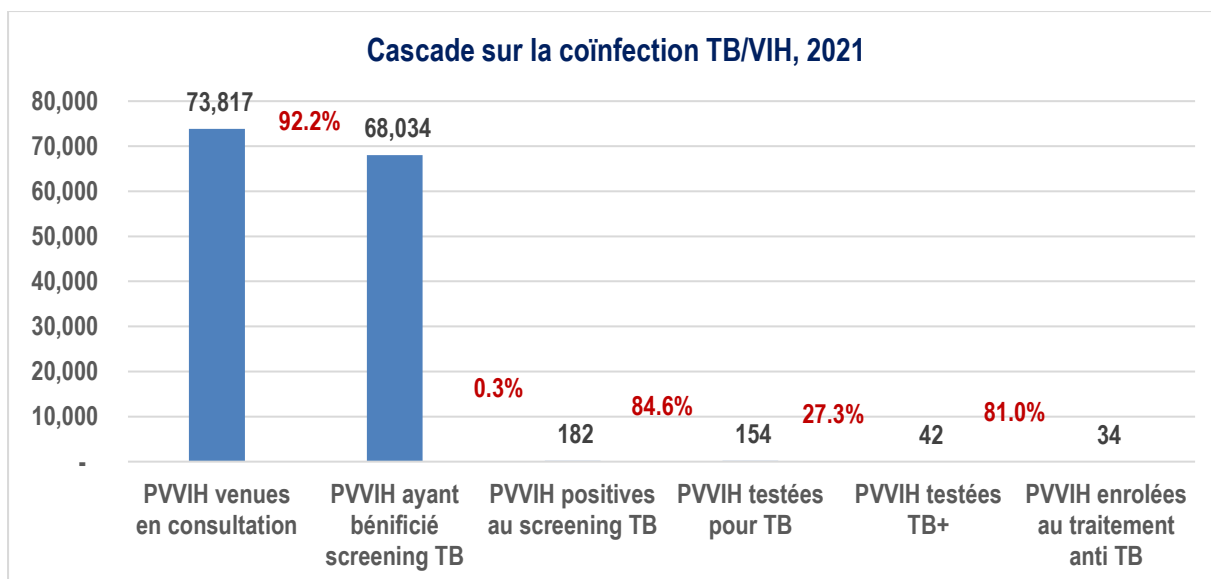


Figure 16 : Cascade sur la coïnfection VIH/TB

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 activités 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 (screening systématique de la TB à toute PVVIH qui vient en consultation) ;
- ❖ Continuité de la mise à l'échelle de la TPI ;
- ❖ Disponibilité de façon ininterrompue de l'INH pédiatrique.
- ❖ Disponibilité d'une nouvelle molécule de prophylaxie (Rifapentine et INH) à courte durée de prise « 1 mois ») destinée aux adultes et enfants de plus de 2 ans.

Les faiblesses et obstacles :

- ➡ Faible application des mesures de contrôle de l'infection TB au niveau des structures chez les PVVIH ;
- ➡ Insuffisance du personnel formé sur la prise en charge de la coïnfection TB/VIH ;
- ➡ Insuffisance de supervisions formatives sur la prise en charge de la coïnfection TB/VIH ;
- ➡ Le screening systématique de la tuberculose chez les PVVIH reste à améliorer.

Les Perspectives :

- ❖ Continuer la sensibilisation de la communauté à la problématique de la coïnfection TB/VIH ;
- ❖ Renforcement du Suivi et évaluation conjointe des interventions de lutte contre la coïnfection TB/VIH ;
- ❖ Renforcement des capacités des prestataires de soins sur la prise en charge de la coïnfection TB/VIH.

a) Par rapport à la prise en charge de la coïnfection TB/VIH

- 📅 Une réunion de coordination annuelle des interventions de lutte contre la coïnfection TB/VIH regroupant le comité national et les comités provinciaux pour faire le bilan et dégager les conclusions et perceptions, a été organisée.
- 📅 Au cours de l'année 2021, sur **68 034** de cas de screening de la TB réalisés, **182** ont été positifs, **154** ont été testées de la TB, parmi celles-ci, **42** ont été testées **TB +** et **34** ont été enrôlées au traitement anti tuberculose.
- 📅 L'enrôlement des nouveaux cas à l'INH a été fait aux **1014** PVVIH et **12464** ont terminé la prophylaxie au cours de l'année 2021.

b) Par rapport à la coïnfection VIH/HV

Réalisations 2021

- Elaboration d'une boîte à images pour la sensibilisation de la population sur la prévention et la prise en charge des hépatites virales en français et en Kirundi ;
- Formation des cadres du niveau central, intermédiaire et périphérique sur les directives nationales de prévention et de prise en charge des hépatites virales B et C ;
- Formation des prestataires de soins sur les Directives nationales de prévention et de prise en charge des hépatites virales B et C.

- ☉ Célébration de la Journée Mondiale de Lutte contre les Hépatites virales sous le haut Patronage de la Première Dame du Pays ;
- ☉ Sensibilisation des élus du peuple et des Gouverneurs de provinces sur les hépatites virales ;
- ☉ Sélection des tests de dépistage des hépatites virales au Burundi ;
- ☉ Animation d'une émission à la RTNB sur les hépatites virales en collaboration avec l'OMS ;
- ☉ Mobilisation/sensibilisation des administrateurs communaux et leaders communaux des provinces Gitega, Karusi, Muramvya et Mwaro sur leur implication dans le renforcement des acquis enregistrés dans la lutte contre le VIH/Hépatites virales et appuis à la mise en œuvre de l'engagement du Gouvernement aux objectifs mondiaux d'élimination du VIH/Hépatites virales à l'horizon 2030.

Les forces et opportunités :

- ☉ Engagement du Gouvernement dans la lutte contre les hépatites virales
- ☉ Existences des directives nationales de prévention et de prise en charge des hépatites virales B et C au Burundi ;
- ☉ Forte implication du secteur privé dans la prise en charge des hépatites virales B et C ;
- ☉ 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 au développement engagés dans la lutte contre les hépatites virales au Burundi ;
- ☹ Insuffisance de sensibilisation des personnels de santé et de la population en générale sur la prévention et la prise en charge des hépatites virales ;
- ☹ Faible accès aux médicaments de prévention et de prise en charge des hépatites virales ;

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 ;
- ❖ Formation continue des prestataires de soins sur la prévention et la prise en charges des hépatites virales ;
- ❖ Finalisation de l'élaboration 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 ;
- ❖ Plaider pour la disponibilité et l'accessibilité des intrants de prévention, de dépistage et de prise en charge des hépatites virales B et C pour la prochaine subvention
- ❖ Sensibiliser les responsables sanitaires, les prestataires et la population en générale sur la prévention et le dépistage précoce des hépatites virales ;
- ❖ Célébrer la journée mondiale de lutte contre les hépatites virales

Tableau 14: Répartition du nombre de cas des hépatites virales, par province en 2021

Étiquettes de lignes	Hep B : Examens effectués	Hep B : Résultats Pos	Positivité Hep B	Hep C : examen effectués	Hep C : Résultat Pos	Positivité Hep C
Bubanza	128	14	10.9%	128	16	12.5%
Bujumbura	376	14	3.7%	189	11	5.8%
Bujumbura Mairie	9479	1103	11.6%	8807	1053	12.0%
Bururi	1054	73	6.9%	1087	69	6.3%
Cankuzo						
Cibitoke	93	8	8.6%	96	11	11.5%
Gitega	2225	91	4.1%	2007	96	4.8%
Karusi						
Kayanza	33		0.0%	12		0.0%
Kirundo	11		0.0%	15		0.0%
Makamba	1187	31	2.6%	1164	34	2.9%
Muramvya	99	12	12.1%	92	6	6.5%
Muyinga	881	38	4.3%	917	25	2.7%
Mwaro	104		0.0%	95		0.0%
Ngozi	398	17	4.3%	372	8	2.2%
Rumonge	1472	58	3.9%	1357	29	2.1%
Rutana	140	7	5.0%	139	7	5.0%
Ruyigi	1805	176	9.8%	2212	156	7.1%
Total général	19485	1642	8.4%	18689	1521	8.1%

Tableau 15: Prévention de la transmission des hépatites virales de la mère à l'enfant, 2021

Row Labels	CPN : Femme déjà S/traitement de l'Hépatite virale B	Accouchement : Femme VHB+ connu	Accouchement : Femme VHB+ déjà sous traitement	CPN : Femme dépistée à l'Hépatite virale B	CPN : Femme dépistée VHB+	Accouchement : NNé de mère HVB +	Accouchement : NNé de mère HVB + ayant reçu le vaccin dans les 24h
Bubanza	1	1	1			1	1
Bujumbura	1892	10	7	260		12	3
Bujumbura Mairie	7	24	15	679	13	19	10
Bururi		5	2	796	32	9	8
Cankuzo		1		82		1	
Cibitoke		19	18	23		13	2
Gitega		7	3	1		12	3
Karusi		1				3	3
Kayanza		2	2			1	
Kirundo		10	9	37		5	1
Makamba		1	1	13		4	1
Muramvya		1	1	8			
Muyinga		13	10	2		6	
Mwaro		2				1	1
Ngozi		19	10	36		6	3
Rumonge		7	3	13		9	3
Rutana		1	1			2	1
Ruyigi	1	4	3	2	2	6	3
Total	1901	128	86	1952	47	110	43

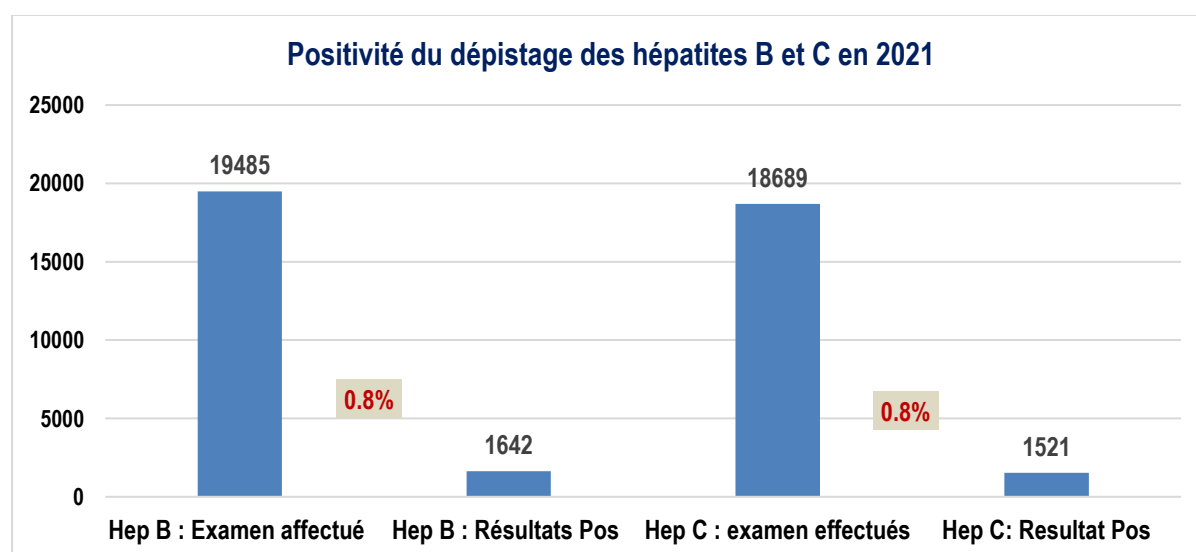


Figure 17 : Taux de positivité des hépatites B et C en 2021

b) Par rapport aux Comorbidités

Tableau 16: Infections opportunistes diagnostiquées et traitées par province en 2021

Province	Diarrhée chronique			Méningite (Crypto bact)			Pneumopathie bact			Zona			Autres IO			Total IO			% IO	
	Suspects	Référés	Traités	Suspects	Référés	Traités	Suspects	Référés	Traités	Suspects	Référés	Traités	Suspects	Référés	Traités	Suspects	Référés	Traités	Référés	Traités
Bubanza	1		1				2		2	8		1	29	1	26	40	1	30	3%	75%
Bujumbura	3						55		54	4		3	48	1	46	110	1	103	1%	94%
Bujumbura Mairie	8	1	6				1284	4	1263	33		28	4096	23	4067	5421	28	5364	1%	99%
Bururi	1		1				1		1	6		6	532	1	513	540	1	521	0%	96%
Cankuzo	2		2				1		1	1		1	1		1	5	0	5	0%	100%
Cibitoke	3	2	1				2	1	2	1		1	156	20	136	162	23	140	14%	86%
Gitega	5		5	11		7	40		34	6		6	171	1	126	233	1	178	0%	76%
Karusi							6			2		2	38		32	46	0	34	0%	74%
Kayanza	2		3	2		2	23		23	3		2	128		124	158	0	154	0%	97%
Kirundo	13		12				135		126	5		5	685		670	838	0	813	0%	97%
Makamba							21		21				10		10	31	0	31	0%	100%
Muramvya	2						2		1	1		1	3		1	8	0	3	0%	38%
Muyinga							23		23	2		2	237		237	262	0	262	0%	100%
Mwaro	2		1	4		4	43		16	4		3	68		59	121	0	83	0%	69%
Ngozi				1		1	8		5				95		93	104	0	99	0%	95%
Rumonge																0	0	0		
Rutana	1						1		1				66		66	68	0	67	0%	99%
Ruyigi	6		5	1			24		19	1		1	2095		2094	2127	0	2119	0%	100%
Total	49	3	37	19	0	14	1671	5	1592	77	0	62	8458	47	8301	10274	55	10006	1%	97%

II. 2.4. Prise 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. Elle contribue favorablement dans l'adhésion aux traitements ARV ; à l'observance thérapeutique et dans la réduction des cas d'abandons et de perdus de vue.

Pourtant, le programme en charge de la lutte contre le VIH/ sida et les Infections Sexuellement Transmissibles se trouve devant des défis :

- ➡ D'insuffisance de données par rapport à la prise en charge psychosociale et nutritionnelle chez les PVVIH ;
- ➡ De faible adhésion au Traitement et à l'observance chez les jeunes enfants et adolescents infectés et affectés par le VIH ;
- ➡ De 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 2021 :

Au cours de l'année 2021, les activités suivantes ont été réalisées :

Forces

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

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 ;
- Absence de documents normatifs sur la PEC psychosociale et nutritionnelle (stratégies, modules de prise en charge, guide de supervision, etc.) ;
- Insuffisance de prestataires de soins formés sur le paquet intégré de services essentiels de nutrition pour la prise en charge nutritionnelle des PVVIH (PISEN) ;
- Insuffisance de prestataires de soins formés sur la prise en charge psychosociales des PVVIH en général et les enfants, les jeunes et adolescents infectés et affectés par le VIH en particulier ;
- Absence de données sur la prise en charge nutritionnelle et psychosociale chez les PVVIH ;

- Insuffisance de kits nutritionnels au niveau des sites des PEC des PVVIH ;
- Absence de supervisions formatives conjointes entre le PNLS/IST et le PRONIANUT ;

Perspectives :

- ☺ Multiplication et diffusion du document sur le paquet intégré de services essentiels de nutrition pour la prise en charge nutritionnelle des PVVIH (PISEN) ;
- ☺ Formation des prestataires des sites de PEC des PVVIH sur le PISEN ;
- ☺ Formation des 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 ;
- ☺ Actualisation du module de prise en charge psychosociales des PVVIH en générale et des jeunes enfants et adolescents infectés et affectés par le VIH en particulier ;
- ☺ Intégrer dans les outils de collecte et de rapportage les données sur la prise en charge psychosociale et nutritionnelle ;
- ☺ Redynamisation de 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 ;
- ☺ Renforcement de la collecte des données sur la prise en charge psychosociale des PVVIH ;
- ☺ Actualisation du plan stratégique sur la prise en charge psychosociales des PVVIH.

III.2.5. Situation des 95-95-95

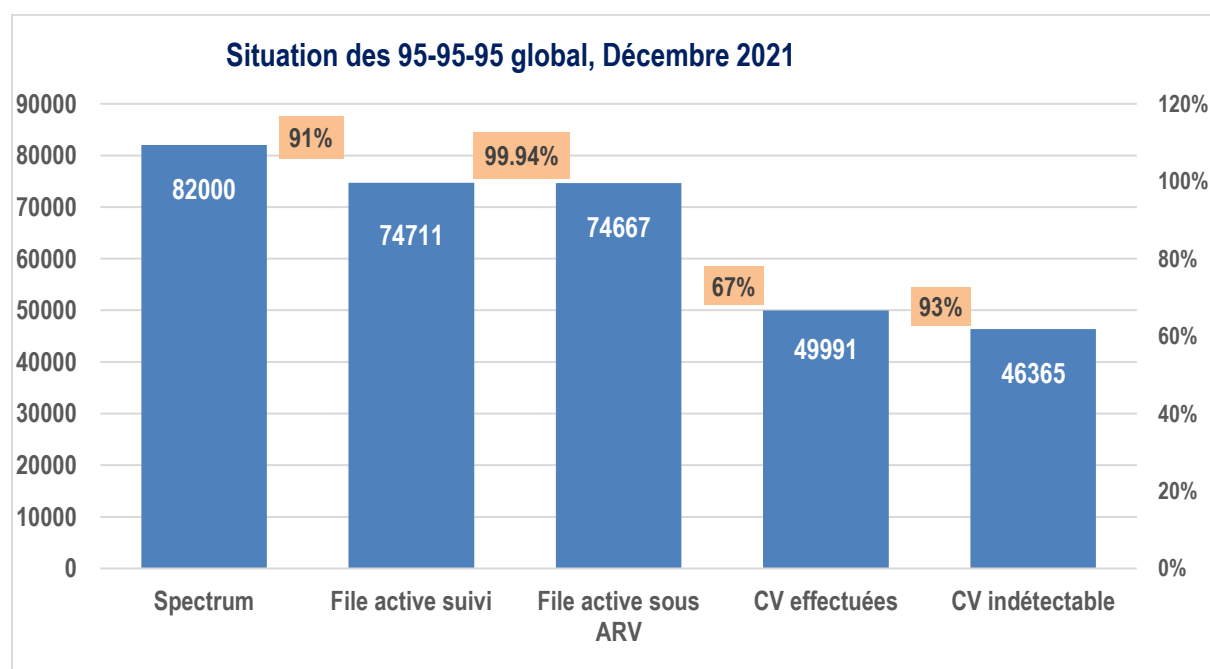


Figure 18 : Situation globale des 95-95-95, fin 2021

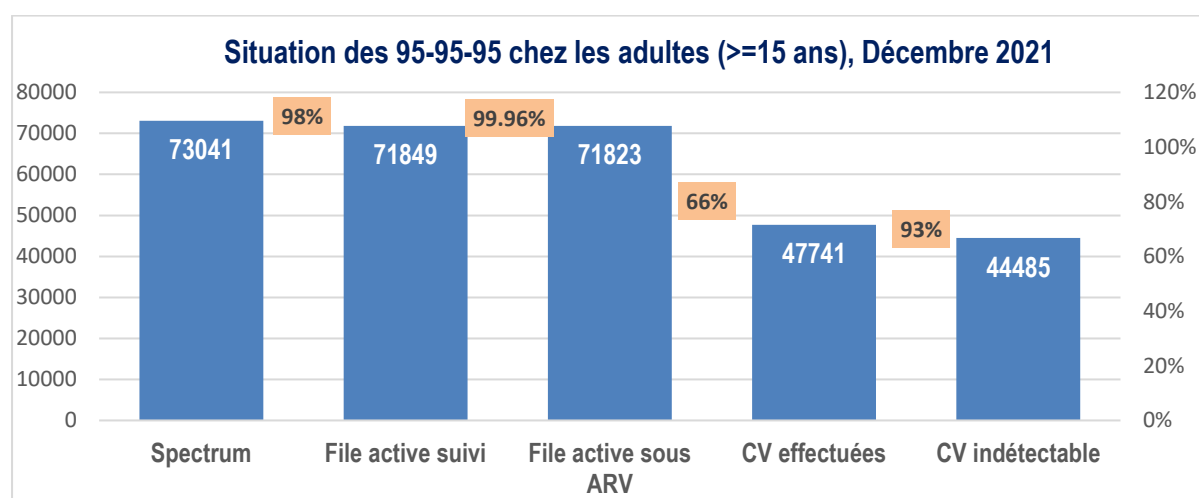


Figure 19 : Situation des 95-95-95 chez les adultes (>= 15 ans), fin 2021

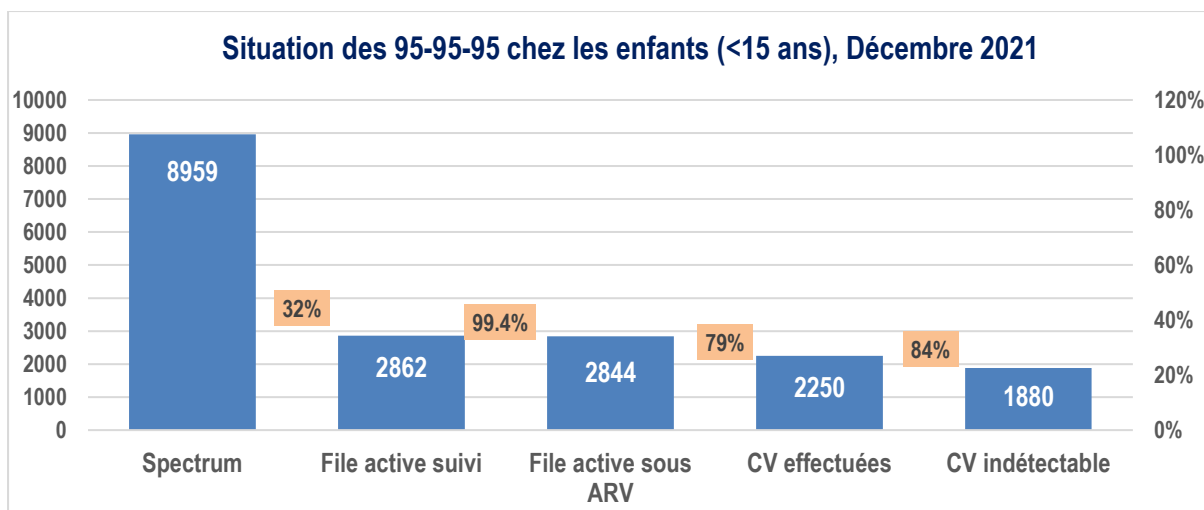


Figure 20 : Situation des 95-95-95 chez les enfants (<15 ans), fin 2021

Au cours de l'année 2021, le premier 95 ; qui est la porte d'entrée des 2 autres 95 n'a pas été atteint principalement chez les enfants de moins de quinze ans (**32%**) alors que chez les adultes de 15 ans et plus **98%** de PVVIH connaissent leur statut sérologique. Il y a donc encore beaucoup d'enfants PVVIH qui ne sont pas jusqu'ici dépistés au VIH. Des efforts sont à fournir pour améliorer le dépistage du VIH chez les enfants de moins de 15 ans. Concernant le troisième 95, il y a eu une nette évolution dans la réalisation de la charge virale VIH car le taux d'accès a passé de **58.03%** en 2020 à **67%** en 2021 avec un taux de suppression de **89.55%** en 2020 à **93%** en 2021 chez les PVVIH sous ARV qui ont pu bénéficier de la mesure de la charge virale VIH. Ceci est le témoin de l'amélioration de l'initiation précoce et de la continuité du traitement ARV.

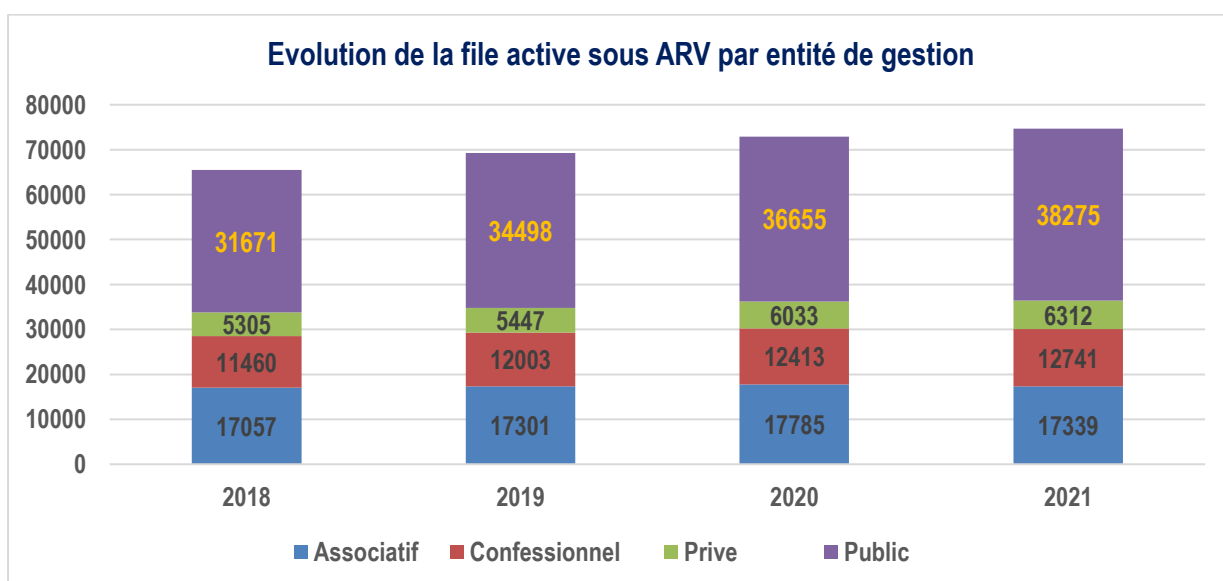


Figure 21 : Evolution de la file active sous ARV par entité de gestion de 2018 à 2021

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 l'utilisation du régime thérapeutique optimisé à toute la population y compris les femmes en âge de procréer ;
- ☉ 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 Info) ;
- ☉ Délégation des tâches sur la prescription des ARV pédiatriques et adultes de première ligne dans toutes les FOSA ;
- ☉ Existence des laboratoires des pré traitement des échantillons pour la charge virale VIH au niveau des hôpitaux de districts et d'autres sites de prise charge équipés ;
- ☉ Existence d'au moins un laborantin formé sur les techniques de pré traitement des échantillons CV au niveau des hôpitaux des districts.

Faiblesses et obstacles :

- ➡ Le manque de pérennisation de la stratégie nationale de surveillance des résistances aux ARV ;
- ➡ Insuffisances 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 en ARV pédiatrique ;
- ➡ Insuffisance du personnel formé sur la coinfection TB/VIH ;
- ➡ Manque de médicaments pour le traitement des IST chez les PVVIH ;
- ➡ Le circuit de transport de l'échantillon pour charge virale et EID ainsi que le rendu des résultats qui reste à améliorer ;
- ➡ Manque de données CV VIH au niveau de sites de prise en charge des PVVIH ;
- ➡ Manque d'outils de collecte des données CV au niveau des sites de prise en charge ;
- ➡ Des cas d'interruption des mesures CV suite aux pannes répétitives des appareils pour CV.

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 afin d'éviter les ruptures des 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 ;
- ☛ Rendre disponible les outils de collecte des données CV au niveau des sites de prise en charge.

III.2.6. Suivi biologique des PVVIH

Le suivi biologique des PVVIH est un indicateur de succès ou d'échec au traitement anti rétroviraux chez les PVVIH. Des stratégies pour améliorer l'accès à la CV et au dépistage précoce ont été mises en place. Il s'agit notamment de :

- ☉ Utilisation des GeneXpert pour le diagnostic précoce du VIH chez les enfants nés de mères séropositives ;
- ☉ Supervisions trimestrielles sur l'assurance qualité dans les laboratoires de prétraitement des échantillons CV et dans les laboratoires de mesure de la CV ;
- ☉ Collecte régulière des données CV VIH au niveau des laboratoire

Forces :

- ♣ Existence des infrastructures et des équipements CV au niveau du pays ;
- ♣ Existence de 4 appareils plateformes fermées type Abbott ;
- ♣ Existence de 4 appareils plateformes ouvertes type OPP ;
- ♣ Dix-huit (18) appareils Genexperts paramétrés et fonctionnels pour faire le diagnostic précoce du VIH (PCR) ;

- ♣ Acquisition de 21 nouveaux Genexperts paramétrés (pour PCR) en cours de répartition dans les sites ;
- ♣ Au moins 2 techniciens par site (pour les 18 anciens sites) ont été formés à l'utilisation des GeneXpert ;
- ♣ Existence d'un plan de mise à l'échelle de la CV 2018-2022 ;
- ♣ Existence d'un comité national charge virale (CNCV) et d'un groupe Technique de travail (GTT) ;
- ♣ Un découpage du pays en 5 régions autour de 7 laboratoires de mesure de la CV VIH : une répartition harmonieuse des files actives en fonction des capacités respectives de chaque plateforme et des infrastructures routières existantes

III. 3. 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 ;
- ☺ Des 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 ;
- ☺ Formation de 82 intervenants dans la gestion des médicaments et autres intrants VIH (BDS, Quelques FOSA à grande File Active et ceux du niveau central impliqués dans le système de gestion) sur la gestion et le suivi des stocks des tests, ARV et autres intrants PTME et VIH dans le contexte du COVID-19.

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 PNLS chargée d'analyse et de la validation des bons de commandes des intrants VIH en permanence à la CAMEBU ;
- ✚ Existence des outils de gestion des intrants à tous les niveaux.
- ✚ Décentralisation des stocks de la CEMEBU dans les régions (Gitega).

Faiblesses et obstacles :

- ➡ 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 circuit d'approvisionnement des intrants et médicaments ;
- ☛ 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 ;
- ☛ Organisation des formations /recyclage 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 :

- ☉ Mise à l'échelle du système d'identifiant unique biométrique dans la base de données SIDAINFO web ;
- ☉ Formation de 96 prestataires sur l'utilisation de sida info-web biométrique ;
- ☉ Mobilisation des PVVIH pour enregistrement au système d'identifiant unique biométrique ;
- ☉ Renforcement des capacités des cadres du PNLS (parrains et marraines) sur l'analyse des données ;
- ☉ Formation de l'ECD et des prestataires sur le guide d'analyse des données VIH ;
- ☉ L'harmonisation des outils de collecte des données et l'informatisation de la quasi-totalité des sites et l'introduction de l'identifiant unique des PVVIH ;
- ☉ Formation des CT sur le guide d'analyse des données.

Réalisations de 2021 :

- ☉ Révision des outils de collecte et de rapportage des données VIH ;
- ☉ Mise en place d'un système d'identifiant unique dans les sites de la première phase ;
- ☉ Formation des prestataires de 96 sites de la première phase sur l'utilisation de SIDAINFO web ;
- ☉ Analyse et validation mensuelle des données par l'équipe des parrains et marraines des provinces ;
- ☉ Mise à l'échelle de l'approche district à travers les réunions de revue des performances des districts sanitaires.

a. Supervisions :

- Des missions de supervisions intégrées ont été effectuées
- Supervisions trimestrielles des sites avec SIDAINFO fonctionnel.

b. Assurance qualité des données :

- Des missions d'analyse de la qualité des données ont été conjointement planifiées et mises en œuvre par le PNLS/IST et la DSNIS ;
- Des réunions mensuelles d'analyse des données VIH ont été régulièrement tenues au programme et des feed back sur l'analyse des données sont régulièrement donnés aux SIS des BDS via e-mail ;
- Un système de parrainage des provinces sanitaires a été renforcé ;
- Tous les 18 conseillers techniques affectés au niveau de chaque province sanitaire sont formés sur l'analyse des données.

c. Renforcement de la gouvernance et leadership

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 ;
- ☺ Existence d'un outil de modélisation (Spectrum) qui génère les cibles par district sanitaire ;
- ☺ Appropriation progressive des niveaux décentralisés des informations sur le VIH/IST.

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.

Faiblesses et obstacles :

- ☛ Personnel non formé sur la planification et le suivi évaluation ;
- ☛ Rupture de stock en outils standards de collecte et de rapportage des données VIH/IST (dossier des PVVIH) dans certains sites de prise en charge indirectement appuyés ;
- ☛ Absence de supervision formative sur la collecte et le rapportage des données ;
- ☛ SIDAINFO web non fonctionnel au niveau de certains sites de prise en charge ;
- ☛ Le système de santé qui accuse une recherche opérationnelle encore timide ;
- ☛ Absence d'un plan de suivi évaluation ;
- ☛ Ressources matérielles insuffisantes (connexion internet, ordinateurs) pour garantir la réussite des missions du PNLS/IST ;
- ☛ Mauvaise compréhension des indicateurs à collecter par les prestataires de soins au niveau des sites de PEC ;
- ☛ Budget insuffisant pour l'amélioration de la qualité des données ;
- ☛ Absence d'un plan d'assurance qualité des données ;
- ☛ La base des données SIDAINFO n'est pas optimisée dans certains sites de PEC ;
- ☛ Mauvaise qualité des données (doublons, retesting, PDV,).

Perspectives 2022 :

- ♣ Elaboration du plan de suivi évaluation adaptée au prochain PSN VIH/IST/HV 2023-2027 ;
- ♣ Elaboration du manuel opérationnel de suivi évaluation ;
- ♣ Elaboration d'un guide des procédures opérationnelles pour les réunions de revues des performances du Programme ;
- ♣ Promouvoir la qualité des données au niveau opérationnel ;
- ♣ Renforcer l'analyse et l'utilisation des données au niveau opérationnel ;
- ♣ Finaliser l'interopérabilité entre le SIDA-INFO et le DHIS 2 ;
- ♣ 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
- ♣ Mettre à jour les outils de collecte et rapportage des données VIH/IST/HV pour tenir en compte les nouvelles approches (soins différenciés, datation de l'infection à VIH, stratégies de prévention, de dépistage et de prise en charge du VIH, des IST et des hépatites virales, etc.).

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 2022)
- Rapport Etude PLACE 2013
- Rapport Etude Stigma Index 2021
- Enquête Démographique et de Sante du Burundi (EDSB) 2016-2017