

REPUBLIQUE DU BURUNDI



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



PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE  
CONTRE LE SIDA, LES IST ET LES HV

# **RAPPORT ANNUEL DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LES HEPATITES VIRALES, 2022**

**AVRIL, 2023**

## PREFACE

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

Depuis 2018, le Burundi s'est doté d'un nouveau Plan Stratégique Nationale de lutte contre le VIH/sida pour la période de 2018 à 2022. L'analyse de la situation effectuée dans le cadre de son élaboration a montré que même si des indications probantes renseignent que l'épidémie décroît dans la population en général, les nouvelles infections sont encore nombreuses dans certaines catégories de la population.

Ainsi donc, toutes les interventions menées depuis 2018 par les différents acteurs s'inscrivent dans l'esprit de soutenir de manière plus opérationnelle ce PSN 2018-2022. Elles sont compilées par le PNLS/IST/HV 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 2022. Parallèlement, il va servir d'outil d'information, de plaidoyer, d'orientations sur les décisions programmatiques, de mobilisation des ressources et de suivi-d'évaluation.

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

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

Il sied de signaler que le pays vient de se doter d'un plan stratégique VIH/IST/Hépatites virales 2023-2027 qui va permettre de lutter de manière intégrée contre ces maladies.

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

**LE MEDECIN DIRECTEUR DU PNLS/IST/HV**

**Dr Aimé NDAYIZEYE**



## TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES.....	iii
LISTE DES TABLEAUX .....	iv
ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	v
0. RESUME EXECUTIF .....	1
A. PREVENTION DE NOUVELLES INFECTIONS .....	1
i. La prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle .....	1
ii. La prévention de la transmission par voie sanguine .....	2
iii. La prévention de la transmission du VIH, syphilis et hépatite virale de la mère à l'enfant.....	2
B. PRISE EN CHARGE DES PVVIH .....	3
C. GESTION LOGISTIQUE DES INTRANTS .....	4
D. RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION .....	4
E. COORDINATION DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH ET LE SIDA DANS LE RESPECT DES « TROIS PRINCIPES » .....	5
I. INTRODUCTION.....	6
II. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA A TRAVERS DIFFERENTES INTERVENTIONS/ACTIVITES	12
III.1. PREVENTION DE NOUVELLES INFECTIONS A VIH .....	12
III.1.1. La prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle .....	12
III.1.1. Prévention de la transmission sanguine.....	28
III. 1.2. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.....	30
III.2.1 Politique/Directives .....	46
III.2.2. Couverture en traitement ARV .....	46
III.2.3. Situation des 95-95-95 .....	52
III.2.4. Suivi biologique des PVVIH .....	55
III.2.5. Prise en charge des coïnfections et comorbidités .....	60
III. 2.6. Prise en charge psychosociale et nutritionnelle des PVVIH.....	78
III.3. LA GESTION LOGISTIQUE DES INTRANTS .....	80
III. 4. RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION .....	82
REFERENCES.....	85

## LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : CONTRIBUTION DU DEPISTAGE INDEXE DANS LE DEPISTAGE DU VIH .....	19
FIGURE 2 : EVOLUTION DU NOMBRE DE SITES PTME DE 2010 A 2022 .....	32
FIGURE 3 : CASCADE PTME POUR L'ANNEE 2022 .....	33
FIGURE 4 : EVOLUTION DU NOMBRE DE FEMMES SOUS PROTOCOLE PTME DE 2011 A 2022.....	33
FIGURE5 : FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES AYANT REÇU DES ANTIRETROVIRAUX DANS LE CADRE DE LA PTME PAR PROVINCE EN FIN 2022 .....	42
FIGURE 6 : EVOLUTION DU TAUX DE TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT (SPECTRUM 2022).....	42
FIGURE 7 : EVOLUTION DE NOUVELLES INFECTIONS (PROJECTION SPECTRUM 2022).....	45
FIGURE 8 : EVOLUTION DE LA COUVERTURE EN ARV CHEZ LES ADULTES ET LES ENFANTS DE 2015 A 2022.....	47
FIGURE 9 : EVOLUTION DU NOMBRE DE SITES ARV DE 2010 A 2022 .....	49
FIGURE 10 : EVOLUTION DES SITES ARV PAR ENTITE DE GESTION .....	50
FIGURE 11 : EVOLUTION DE LA FILE ACTIVE SOUS ARV PAR ENTITE DE GESTION.....	50
FIGURE12 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PVVIH SOUS ARV DE 2010 A 2022 .....	51
FIGURE 13 : CASCADE DES 95-95-95 CHEZ LES MOINS DE 15 ANS, EN FIN 2022 .....	52
FIGURE 14 : CASCADE DES 95-95-95 CHEZ LES ADULTES (>= 15 ANS) EN FIN 2022 .....	52
FIGURE 15 : CASCADE DES 95-95-95 GLOBAL EN FIN 2022.....	53
FIGURE 16 : GRAPHIQUE/ CASCADE DE LA COÏNFECTION VIH/TB .....	66
FIGURE 17 : TAUX DE POSITIVITE DES HEPATITES B ET C EN 2022 .....	74



## LISTE DES TABLEAUX

<b>TABEAU 1 : SYNTHÈSE DES INDICATEURS DE LA PÉRIODE 2022</b> .....	10
<b>TABEAU 2 : DISTRIBUTION DES INTRANTS DE PRÉVENTION (PRESERVATIFS ET GELS) AU COURS DE L'ANNÉE 2022</b>	15
<b>TABEAU 3 : DÉPISTAGE DU VIH PARMI LA POPULATION GÉNÉRALE EN 2022</b> .....	18
<b>TABEAU 4 : RÉPARTITION DU RENDEMENT DE DÉPISTAGE DU VIH PAR DISTRICT EN 2022</b> .....	20
<b>TABEAU 5 : CAS D'IST DIAGNOSTIQUÉES ET TRAITÉES PAR PROVINCE EN 2022</b> .....	25
<b>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 (N=93 683)</b> .....	28
<b>TABEAU 8 : DIAGNOSTIC INFANTILE PRÉCOCÉ ET SUIVI DE L'ENFANT EXPOSÉ</b> .....	35
<b>TABEAU 9 : DÉPISTAGE ET SÉROPOSITIVITÉ DES FEMMES ENCEINTES VUES EN CPN1 POUR LE VIH ET LA SYPHILIS PAR PROVINCE EN 2022</b> .....	39
<b>TABEAU 10 : COUVERTURE EN ARV EN 2022</b> .....	47
<b>TABEAU 11 : ENROLEMENT DES PVVIH DANS LES SOINS DIFFÉRENCIÉS</b> .....	48
<b>TABEAU 12 : PVVIH SOUS ARV PAR PROVINCE, PAR SEXE CHEZ LES MOINS DE 15 ANS ET LES PLUS DE 15 ANS EN 2022</b> .....	58
<b>TABEAU 13 : CASCADE DE LA COÏNFECTION VIH/TB EN 2022 PAR DISTRICT</b> .....	61
<b>TABEAU 14 : RÉPARTITION DU NOMBRE DE CAS DES HÉPATITES VIRALES, PAR PROVINCE EN 2022</b> .....	70
<b>TABEAU 15 : PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DES HÉPATITES VIRALES DE LA MÈRE À L'ENFANT, 2022</b> .....	72
<b>TABEAU 16 : INFECTIONS OPPORTUNISTES DIAGNOSTIQUÉES ET TRAITÉES PAR PROVINCE EN 2022</b> .....	75



## ABREVIATIONS ET ACRONYMES

<b>ANSS</b>	Association nationale de soutien aux séropositifs
<b>ARV</b>	Antirétroviraux
<b>BDS</b>	Bureau du District Sanitaire
<b>BPS</b>	Bureau Provincial de Santé
<b>BS</b>	Banque de sang
<b>CAMEBU</b>	Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi.
<b>CDS</b>	Centre de Santé
<b>CDV</b>	Conseil et dépistage volontaire
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CNCV</b>	Comité National de la Charge Virale
<b>CO</b>	Club d'observance
<b>CPN</b>	Consultation Prénatale
<b>CPSD</b>	Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement
<b>CT</b>	Coordonnateur Technique
<b>CVC</b>	Compétences à la vie courante
<b>DMM</b>	Distribution multi mensuelle
<b>DSD</b>	Differentiated service delivery
<b>ECD</b>	Equipe Cadre de District
<b>EDS</b>	Enquête démographique et de Santé
<b>EEQ</b>	Evaluation Externe de la qualité
<b>ELISA</b>	Enzymes Linked Immuno-Assay
<b>e LMIS</b>	Electronic Logistic Management Information System
<b>EV3</b>	Espacement des visites de 3 mois
<b>EV 6</b>	Espacement de visites de 6 mois
<b>FHI</b>	Family Health International
<b>FM</b>	Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
<b>FOSA</b>	Formation Sanitaire (Centre de santé, Hôpital...)
<b>FPEV</b>	Femmes les plus Exposées au VIH
<b>GAC</b>	Groupement d'adhérence communautaire



<b>GAS</b>	Gestion des Achats et des Stocks
<b>HPEV</b>	Hommes les Plus Exposés au VIH
<b>IEC/CCC</b>	Information, Education/ Communication pour le Changement de Comportement
<b>INSBU</b>	Institut National de la Statistique du Burundi
<b>INSP</b>	Institut National de Santé Publique.
<b>IO</b>	Infection opportuniste
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissibles
<b>JMS</b>	Journée Mondiale de lutte contre le Sida
<b>LT</b>	Long terme
<b>MP</b>	Modèle de proximité
<b>NU</b>	Nations Unies
<b>ODD</b>	Objectifs pour le Développement Durable
<b>OMD</b>	Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMDD</b>	Objectifs du Millénaire pour le Développement Durable
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
<b>OPDD</b>	Office de la Première Dame au Développement
<b>OPP</b>	Open Polyvalent Platform
<b>OSC</b>	Organisation de la société civile
<b>PCA</b>	Paquet Complémentaire d'Activité
<b>PEC</b>	Prise en charge
<b>PG</b>	Population générale
<b>PISEN</b>	Paquet Intégré des Services Essentiels de Nutrition
<b>PMA</b>	Paquet Minimum d'Activité
<b>PND</b>	Plan National de Développement
<b>PNLS/IST/HV</b>	Programme National de Lutte contre le Sida/Infections Sexuellement transmissibles et les Hépatites Virales
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement



<b>PrEP</b>	Prophylaxie Pré Exposition
<b>PRONIANUT</b>	Programme National intégré d'Alimentation et de Nutrition
<b>PSD</b>	Prestation des services différenciés
<b>PSI</b>	Population Services International
<b>PSNI</b>	Plan Stratégique National Intégré
<b>PTME</b>	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
<b>PTS</b>	Poste de transfusion sanguine
<b>PVVIH</b>	Personnes vivant avec le VIH
<b>SEP/CNLS</b>	Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida
<b>SIDA</b>	Syndrome d'immunodéficience Les forces et opportunités :
<b>SIGL</b>	Système de l'Information Géographique et Logistique
<b>SNIS</b>	Système National d'Information Sanitaire
<b>SNU</b>	Système des Nations Unies
<b>SR</b>	Santé Reproductive
<b>SRMNIA</b>	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents
<b>SSR</b>	Sous-Sous Récipiendaire
<b>SST</b>	Service de Stabilisation Thérapeutique
<b>STA</b>	Service Thérapeutique Ambulatoire
<b>STD</b>	Standard
<b>TARV</b>	Traitement antirétroviral
<b>TIC</b>	Technologie de l'Information et de la Communication
<b>TPI</b>	Traitement Préventif Intermittent
<b>TPS</b>	Techniciens de promotion de la santé
<b>UN</b>	Nations Unies
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations unies pour la population
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>USAID</b>	L'Agence Américaine pour la Coopération au Développement
<b>VIH/SIDA</b>	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'Immunodéficience acquise





## 0. RESUME EXECUTIF

### A. PREVENTION DE NOUVELLES INFECTIONS

Dans l'objectif d'atteindre l'objectif d'élimination du VIH à l'horizon 2030, les interventions visant la Prévention des nouvelles infections se sont principalement articulées sur trois composantes : le VIH, les IST avec un focus sur la syphilis, et les hépatites virales. Suivant l'orientation du PSN 2018-2022, trois axes stratégiques ont guidé la mise en œuvre des interventions. Il s'agit de :

- ➡ La prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle, avec accent sur les catégories de population présentant des risques accrus de transmission/contamination du VIH ;
- ➡ La prévention de la transmission verticale avec un focus sur les filles en âge de procréer et les femmes ;
- ➡ La prévention de la transmission par voie sanguine avec un accent sur la sécurité transfusionnelle.

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

Les interventions menées en 2022 dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle ont porté essentiellement sur les domaines suivants :

- ✚ Le renforcement du dépistage volontaire intégrant les nouvelles approches d'autotest et d'indexation ;
- ✚ La disponibilité et l'accessibilité du préservatif masculin et féminin pour son utilisation correcte et systématique ;
- ✚ Mise à l'échelle de la prophylaxie pré- et post exposition ;
- ✚ Le renforcement de la connaissance sur le VIH, les IST et les Hépatites Virales ;
- ✚ La prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles et
- ✚ La lutte contre les violences basées sur le genre.

Dans cette logique, en plus des interventions visant la population générale, les femmes à partenaires multiples ont été prioritairement visées. Elles constituent le principal foyer des nouvelles infections.

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

Les interventions menées en 2022 visant la prévention de la transmission de VIH, les Hépatites virales B et C et la syphilis se sont focalisées essentiellement sur les donneurs de sang les professionnels de santé. Ainsi le nombre d'interventions menées comprennent l'acquisition des intrants, la sensibilisation pour 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, syphilis et hépatite virale de la mère à l'enfant**

Dans le cadre d'accélérer la triple élimination de la transmission mère-enfant du VIH , de la syphilis et de l'hépatite virale B, des interventions relatives aux quatre piliers de la PTME (Prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer, prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, PTME proprement dite ou les interventions spécifiques de la PTME ainsi que Traitement, soins et soutien pour la femme séropositive, son enfant et les autres membres de la famille ) 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 triple élimination 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, Syphilis et les hépatites virales ;
- L'organisation au niveau national de la Journée Mondiale de lutte contre le sida (JMS) ;
- La tenue des ateliers régionaux de coordinations pour tous les intervenants en PTME/PECP ;
- Tenue des séances de sensibilisations des mamans mentors et des hommes champions sur la triple élimination ;
- Renforcement des capacités des équipes cadres des BPD/BDS et des prestataires.

## **B. PRISE EN CHARGE DES PVVIH**

Il s'agit entre autres de privilégier l'introduction rapide et l'élargissement de l'accès au dernier traitement du VIH, IST et hépatites virales recommandé par l'OMS, optimisé et adapté aux enfants et parvenir à une suppression durable de la charge virale.

Des approches de prestation de services différenciées développées dans de nombreux cas par les communautés pour répondre à leurs besoins et circonstances spécifiques, sont maintenant largement adoptées.

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, 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 infection à VIH chez la population à haut risque ont été organisées.

L'impact du VIH/SIDA sur la santé mentale et psychologique étant également énorme, le programme national de lutte contre le VIH/SIDA/HV a instauré une stratégie pour aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique en renforçant la capacité des prestataires de soins sur la prise en charge psychosociale, afin qu'ils soient capable de diagnostiquer les difficultés liées à la santé mentale, mener un soutien/accompagnement psychologique surtout des jeunes et des adolescent infectés et affectés par le VIH.

Pérennisation de la stratégie de la datation de l'infection à VIH qui a débuté en Aout 2021 au Burundi avec objectif de renforcer le suivi en temps réel des infections récentes du VIH d'informer le développement des interventions ciblées pour la prévention et le traitement.



### **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**

Le système d'information sanitaire (SIS) du Burundi est bien structuré et en plein développement. Du point de vue de la gouvernance du système d'information sanitaire, les interventions sur le système d'information sanitaire sont guidées par un plan stratégique qui a été développé avec la participation de toutes les parties prenantes et sur lequel tous les partenaires se sont alignés. Un système de suivi-évaluation fonctionnel représente une des pierres angulaires de la riposte à l'épidémie du VIH/ Sida, les IST et les Hépatites virales 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 et qui est pour le moment mis à l'échelle dans plusieurs structures de prise en charge du VIH, l'interopérabilité entre le Sida Info et la DHIS2 ainsi que la plateforme IBIPIMO.



## **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 PNLS/IST/HV est la structure technique de référence nationale pour toutes les activités en rapport avec la réponse médicale et sanitaire de lutte contre le VIH/SIDA, les IST et les hépatites virales. Il est chargé de proposer des politiques et stratégies de prévention, de diagnostic, de prise en charge, de suivi, de participation à la mobilisation sociale, la réduction de l'impact et la vulnérabilité face au VIH/SIDA, aux hépatites virales et IST ainsi qu'à la mobilisation des ressources.

Il interagit avec le niveau intermédiaire et périphérique par le biais des BPS, des BDS. Organisé en sept services, le PNLS/IST/HV 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.

Le nouveau PSN 2023–2027 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.



## I. INTRODUCTION

Le Burundi s'est doté en 2022 d'un Plan Stratégique National intégré de lutte contre le SIDA, les IST et les Hépatites Virales sur la période 2023-2027 (PSNI2023-2027) 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 et Hépatites Virales 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 2022 du PNLS/IST/HV a été élaboré selon un processus participatif et servira d'outil de sensibilisation, de Plaidoyer, d'information, d'orientations sur les décisions programmatiques, sur les efforts de mobilisation des ressources, de suivi et d'évaluation.



## II.1. CONTEXTE

Le Burundi est un pays membre de l'East African Community (EAC). Il est situé à cheval entre l'Afrique de l'Est et l'Afrique Centrale. Il est frontalier au nord avec le Rwanda, au Sud et à l'Est avec la Tanzanie et à l'Ouest avec la RD Congo. Peuplé d'une population estimée à 12 044 164 avec 5949575 de sexe masculin et 6094589 habitants de sexe féminin (projections de la population de l'ISTEEBU 2016-2050), elle pourrait atteindre 14,9 millions d'habitants en 2030 (PND 2018-2027) avec un taux d'accroissement naturel de 2,4% par an, une taille moyenne de 4,8 personnes par ménage et un indice synthétique de fécondité de près de 5,9 enfants par femme (RGPH 2008, EDS III 2016-2017). Le Burundi s'étend sur une superficie de 27.834 Km<sup>2</sup>.

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

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

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

Dans le domaine de la santé, les mesures de gratuité des soins en faveur des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et qui accouchent, ont contribué à réduire le taux de mortalité infantile des moins de 5 ans. En effet, le ratio de mortalité maternelle est passé de 500 à 334 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2010 et 2016 alors que la cible des ODD est fixée à moins de 70 décès d'ici 2030.

Le taux de mortalité néo-natale est passé de 31 à 23 décès pour 1000 naissances vivantes de 2010 à 2016 alors que la cible des ODD est fixée à 12 d'ici 2030.

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

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

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

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

Selon toujours la même EDSB 2016-2017, la prévalence du VIH augmente selon les groupes d'âges et les groupes les plus touchés par l'infection à VIH sont ceux de 35-39 ans avec 2,1%, les 45-49 ans avec 2,2%, les 40-44 ans avec 1,8% et les 30-34 ans avec 1,3%. La prévalence du VIH chez les groupes d'âges les plus jeunes reste faibles 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 verticale du VIH.

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 à haut risque d'infection à VIH avec des prévalences variant entre 4.8% chez les hommes les plus exposés à VIH(HPEV) et 21.3% chez les Femmes les plus exposées à VIH (FPEV) ; (étude PLACE de 2013), 3.8%



chez les clients des PS et 5.2% chez leurs partenaires. Les FPEV sont particulièrement plus concentrés en milieux urbain et elles constituent un des moteurs de l'épidémie au Burundi.

Par ailleurs, le nombre de PVVIH est estimé à environ 82166 cas dont 75661 connaissent leur statut (92%) et parmi celle-ci 75553 sont déjà sous traitement ARV (Données DHIS2) soit une couverture de 99.9 %). La couverture chez les enfants de moins de 15 ans reste très faibles avec seulement 41% d'enfants qui connaissent leur statut sérologique du VIH. La lutte contre le VIH/Sida figure parmi les principales priorités de la politique nationale de santé 2016-2025 qui préconise l'accélération de la prise en charge du VIH vers la couverture sanitaire universelle. Les autres infections sexuellement transmissibles (IST), bien qu'insuffisamment documentées sont prises en charge au niveau des structures de soins.

Malgré les avancés dans le domaine de lutte contre le VIH, des défis persistent et portent principalement sur (i) atteinte des cibles des 95-95-95 chez les enfants, (ii) l'accroissement des couvertures sous ARV chez les enfants, (iii) la prévention des grossesses non désirées chez les femmes VIH+, (iv) le dépistage familial ciblant tous les enfants de moins de 15 ans, (v) le dépistage précoce du VIH chez les nouveaux nés exposés, (vi) le suivi médical et biologique des patients sous ARV, (vii) la prévention du VIH chez les adolescents, les jeunes et les populations clés, (ix) la surveillance des résistances aux ARV, (x) la mise en œuvre des nouvelles directives de prise en charge des IST, (xi) le rapportage des données.

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/HV dispose également d'un document des directives de prévention et de prise en charge des hépatites 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 2022**

INDICATEUR DE COUVERTURE	REALISATIONS			CIBLES (%)	PERFORMANC E (%)
	N	D	%		
Pourcentage de PVVIH connaissant leur statut sérologique	75661	82166	92%	95%	97%
Pourcentage d'adultes et d'enfants bénéficiant d'un traitement antirétroviral (TARV) sur l'ensemble des PVVIH	75553	82166	92%	95%	97%
Pourcentage d'adultes et d'enfants sous TARV qui ont bénéficié d'une mesure de la charge virale	57007	75553	75%	95%	79%
Pourcentage de PVVIH sous ARV avec charge virale indétectable	53107	57007	93%	95%	98%
Pourcentage de nouveau-nés de mères VIH+ mis sous prophylaxie ARV sur l'ensemble des nouveau-nés de mères VIH+	2318	5153	45%	100%	45%
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	72846	75508	96%	93%	104%
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	2707	6658	41%	85%	48%
Pourcentage de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique pour le VIH	476365	655970	73%	98%	74%
Pourcentage de femmes enceintes séropositives pour le VIH ayant reçu un TARV durant leur grossesse et/ou le travail et l'accouchement	4158	5153	81%	98%	82%
Pourcentage de nourrissons exposés au VIH ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 2 mois qui ont suivi leur naissance	2859	5153	55%	90%	62%

INDICATEUR DE COUVERTURE	REALISATIONS			CIBLES (%)	PERFORMANC E (%)
	N	D	%		
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH ayant nouvellement initié le TARV chez qui les signes de la tuberculose ont été recherchés	2917	3286	89%	95%	93%
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	2871	3342	86%	100%	86%
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)	7742	871394	1%	1,60%	56%

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. La colonne des Cibles contient les cibles tirées du Plan stratégique national 2018-2022. Des progrès dans l'atteinte des objectifs du cadre de performance ont été enregistrés. Mais nous remarquons toujours des indicateurs en souffrance notamment pour le dépistage pédiatrique et la prise en charge pédiatrique.



## II. 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 reste un axe prioritaire de la réponse au VIH. Avec l'objectif de mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030, les interventions visant la prévention des nouvelles infections ont porté sur trois aspects suivants :

- ✚ La prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle, avec accent sur les catégories de population présentant des risques accrus de transmission/contamination du VIH.
- ✚ La prévention de la transmission verticale avec un focus sur les filles en âge de procréer et les femmes.
- ✚ La prévention de la transmission par voie sanguine avec un accent sur la sécurité transfusionnelle.

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

- ↳ Le renforcement du dépistage volontaire intégrant les nouvelles approches d'autotest et d'indexation. Les résultats atteints sont repris dans le tableau 3 relatant le dépistage du VIH parmi la population générale en 2022.
- ↳ La disponibilité et l'accessibilité du préservatif masculin et féminin pour son utilisation correcte et systématique. Les résultats de distribution des préservatifs masculins et féminins ; de même que les gels sont repris dans le tableau 2 montrant la distribution des intrants de prévention (préservatifs et gels) au cours de l'année 2022.
- ↳ Mise à l'échelle de la prophylaxie pré- et post exposition. Cette approche s'est focalisée sur les catégories de population à haut risque d'infection et les couples sérodiscordants. Les résultats atteints au cours de l'année 2022 s'élèvent à 1513 personnes (Zone ICAP) ayant accepté d'être mises sous PrEP.
- ↳ Le renforcement de la connaissance sur le VIH, les IST et les Hépatites Virales. Il a ciblé les groupes à haut risque d'infection, les jeunes et la population en général. Il s'est articulé sur les activités de sensibilisation et mobilisation de la population à travers les radios et ateliers. On note aussi la conception des supports de communication tels que la boîte à image, dépliants et affiches, organisation des émissions radios et télévisées ;

- ↳ La prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles. Cette intervention s'est focalisée sur la formation des prestataires sur la prise en charge syndromique des IST, la sensibilisation de la population pour la création de la demande ;
- ↳ Concrètement, les activités suivantes ont été menées.

#### **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 utilisées pour renforcer leurs connaissances :

##### **i) Les séances de mobilisation et sensibilisations de masse :**

La mobilisation sociale a été considérablement appuyé par de SE la Première Dame à travers l'OPDD-Burundi (Office de la Première Dame pour le Développement). En 2022, SE la Première Dame a intervenu auprès des jeunes en vacances et autour de la JMS.

On note également des émissions radios, des activités visant les femmes à haut risque d'infection et des activités de mobilisation de jeunes sur les thématique SSR/VIH avec l'appui de PSI-Burundi.

##### **ii) Les séances de renforcement des connaissances**

En 2022, le PNLS/IST/HV, avec appui d'UNFPA, a poursuivi l'activité de sensibilisation des femmes à partenaires multiples réparties dans deux districts sanitaires de Bujumbura Mairie et dans 8 provinces Rutana, Makamba, et Rumonge. En plus de sensibilisation visant le changement de comportement, le Programme en a profité pour renforcer leur autonomisation par l'octroi des machines à coudre.

Avec l'appui de PSI-Burundi, le programme de renforcement des connaissances a touché plus de 1500 jeunes de toutes les provinces du pays, parmi lesquels les jeunes scolarisés et non scolarisés. Avec cet appui, des jeunes sensibilisés ont formé des clubs d'écoute de l'émission tube class constituant un cadre d'échange sur les sujets variés sur le VIH et la SSR. 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 l'objectif de renforcer les connaissances des jeunes de 15-24 ans sur le VIH/SSR, des émissions hebdomadaires ont été organisées sur les radios communautaires à travers l'émission « tube class ».
- ➡ Dans le cadre de la célébration de la JMS, édition 2022, une campagne, par le haut-parleur, a été organisée, les messages clés à la riposte ont été donnés à la population générale et aux différents intervenants, les spots et émissions radiodiffusés ont été produits.
- ➡ Dans ce même cadre de la JMS 2022, des émissions spéciales, plateau télévisé, le théâtre NINDE ont été organisés.
- ➡ Les dépliants sur la vision d'élimination du VIH à l'horizon 2030 ont été confectionnés.

On note aussi l'implication des relais communautaires dans la sensibilisation des communautés.

Cependant, on note les défis suivants :

- 🔦 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.
- 🔦 La modernisation et 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.

### b. Utilisation du préservatif

Les préservatifs masculins et/ou féminins sont utilisés pour la protection du VIH, des HV, des IST et des grossesses non désirées. Au Burundi, il est distribué à travers quatre circuits :

- ☛ 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 2022, 8 359 303 préservatifs masculins, 318 532 préservatifs féminins et 689 620 gels ont été distribués par le réseau communautaire mise en place par la CRB. Par comparaison avec la distribution de 2021 d'une part et les prévisions 2022 d'autre part, on note une augmentation des quantités distribuées pour les trois produits

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 2022<sup>1</sup>**

Indicateurs	HPEV	FPEV	UDI	JEUNE	PRISONNIER	REFUGIE	PG	Total
<b>Préservatifs prévus Masculins</b>	706 156	9 244 226	8 341	4 712 128	—	—	—	<b>14 670 851</b>
<b>Préservatifs masculins distribués</b>	72 228	2 531 903	12 240	2 484 515	14 999	184 800	3 058 618	<b>8 359 303</b>
<b>Préservatifs Prévus féminins</b>	17 317	443 724	—	—	—	—	—	<b>461 041</b>
<b>Préservatifs féminins distribués</b>	850	71 714	0	87 456	0	19 084	139 428	<b>318 532</b>
<b>Gels Prévus</b>	921 430	2 370 413	-	-	-	-	-	<b>3 291 843</b>
<b>Gels distribués</b>	35 641	200 513	0	79 630	660	64 625	308 551	<b>689 620</b>

<sup>1</sup>Rapport CRB 2022

## **ii) Le marketing social**

En 2022, la stratégie de ventes et marketing social des préservatifs mise en œuvre par PSI-Burundi a permis de vendre 1 732 590 préservatifs masculin de marque « prudence class ». On remarque une augmentation des ventes par rapport à celles effectuées en 2021 où 1 699 110 préservatifs masculins avaient été vendus

## **iii) La vente à travers le secteur privé**

Les préservatifs sont aussi vendus par le billet 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. La vente des préservatifs par les opérateurs privés, contribue à renforcer l'accessibilité de ce produit en qualité/sorte variée.

## **iv) La distribution des préservatifs dans le cadre du planning familial**

La distribution des préservatifs utilisés dans le cadre du planning familial est faite par le truchement du PNSR qui assure l'approvisionnement depuis le CAMEBU jusqu'aux FOSA. Au cours de l'année 2022, 2 460 452 pièces ont été distribués.

De tout ce qui ressort de ces quatre circuits, on a constaté que malgré les efforts consentis, la distribution des préservatifs connaît toujours des défis majeurs dont les principaux sont les suivants :

- ✦ La communication promotionnelle autour du préservatif reste toujours timide. Il n'existe pas de stratégies innovantes mettant à profil l'internet, les réseaux sociaux ou les médias locaux pour renforcer la demande du préservatif ;
- ✦ L'absence des études sur le niveau d'acceptabilité et d'utilisation du préservatif pour permettre l'amélioration du programme préservatif au Burundi ;
- ✦ La faible coordination des agents impliqués dans le circuit du préservatif ;
- ✦ La réduction des interventions de terrain de promotions et de suivi pour renforcer la demande ;
- ✦ La forte persistance des barrières culturelles/ fausses perceptions au tour du préservatif ;
- ✦ La faible maîtrise des données des préservatifs vendus par le secteur privé.



### **Les forces et opportunités :**

- ☛ Existence d'un mécanisme opérationnel de quantification et d'acquisition des préservatifs masculins et féminins ;
- ☛ La subvention des préservatifs masculins et de leur distribution ;
- ☛ 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 2023 :**

Face aux défis constatés, des actions novatrices suivantes vont être initiées :

- ➡ Redynamiser les interventions de communication promotionnelle autour du préservatif ;
- ➡ 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**

En 2022, les interventions de dépistage se sont concentrées sur

- ❖ La poursuite de la mise en œuvre des nouvelles approches de dépistage visant le renforcement du rendement de dépistage : l'autotest et l'indexation ;
- ❖ Renforcement des compétences des prestataires sur l'utilisation des nouveaux tests de dépistage
- ❖ La poursuite des approches traditionnelles de dépistage : DIP, DIB, dépistage ciblé et dépistage communautaire.

Ainsi, grâce à ces interventions les personnes prioritaires et ayant un accès limité aux services de santé ont pu être atteintes pour être dépistées et mises sous TARV.

S'agissant **des défis**, on note :

- ☛ Persistance des résultats indéterminés aux tests rapides de dépistage.
- ☛ Les relais communautaires ne disposant pas de compétences suffisantes en matière des nouvelles approches de dépistage communautaires ;
- ☛ Faibles connaissances de la population par rapport aux nouvelles approches de dépistage.

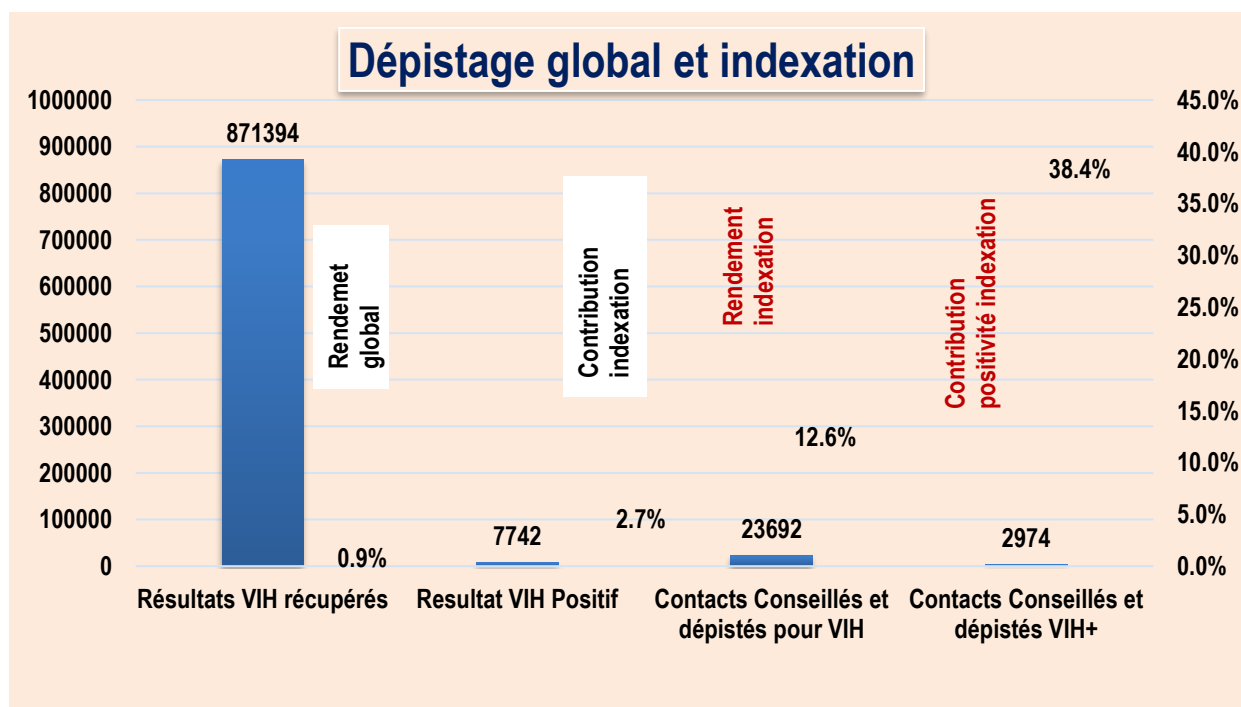
Les tableaux ci-après montrent la situation des dépistages du VIH effectués parmi la population générale, par tranche d'âge et par sexe.

**Tableau 3 : Dépistage du VIH parmi la population générale en 2022**

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	23701	27947	31346	255842	93821	438737	148868	722526	871394
Résultats VIH Positifs	191	170	223	1334	2245	3579	2659	5083	7742
Résultats VIH Négatifs	23540	27849	31140	254600	91651	435357	146331	717806	864137
Résultats VIH Indéterminés	62	67	176	1115	625	1939	863	3121	3984
Contacts Conseillés et dépistés pour VIH	495	551	1382	3173	9576	8515	11453	12239	23692
Contacts Conseillés et dépistés VIH+	40	32	90	397	1072	1343	1202	1772	2974
Rendement dépistage VIH	0,8%	0,6%	0,7%	0,5%	2,4%	0,8%	1,8%	0,7%	0,9%
Rendement dépistage Index	8%	6%	7%	13%	11%	16%	10%	14%	13%
% conseillés et dépisté par indexation	2,1%	2,0%	4,4%	1,2%	10,2%	1,9%	7,7%	1,7%	2,7%
% dépisté + par indexation	21%	19%	40%	30%	48%	38%	45%	35%	38%

Avec ces données, on s'aperçoit que sur un total de 871394 personnes qui se sont faits dépistées et récupérées les résultats, 7742 ont été positives, soit un rendement de **0.9%**. L'approche d'indexation au cours du dépistage a un rendement élevé (12.6%) par rapport au dépistage global (0.9%). Pour 2.7% de personnes testées par indexation, sa contribution aux résultats positifs est de 38.4%.

En termes de cas dépistés positifs, les provinces de Bujumbura mairie (1796), Muyinga (760) et Gitega (671) se placent à la tête de la liste.



**Figure 1 : Contribution du dépistage indexé dans le dépistage du VIH**

On note une contribution considérable de l'approche de l'indexation. En effet, les premières provinces présentant un rendement de l'indexation élevé sont Bujumbura mairie (2,5%), Muyinga (18,6%) Gitega et Bururi (16,5%) et Bururi (16,2%). Globalement, cette approche a contribué en termes de 5,9% dans la province de Cibitoke, de 4,7% en Mairie de Bujumbura, 3,6 dans la province de Rutana et 3,4% dans la province de Muramvya.

L'observation générale est que ces données constituent un arbre qui cache la forêt dans la mesure où les provinces présentant un faible taux de séroprévalence du VIH comme Muramvya et Rutana commencent à émerger avec la mise en œuvre de l'indexation. S'agit d'un rendement, au niveau des provinces, les provinces qui enregistrent les rendements de dépistage élevés sont Bujumbura mairie (2,5%), Muyinga (1,3%) et Rumonge (1,1%) supérieur à la prévalence nationale comme le montre le tableau ci-dessous.

*[Signature]*

Tableau4 : Répartition du rendement de dépistage du VIH par district en 2022

Province	District	Résultats VIH récupérés	Résultat VIH Positif	Rendement Global	Contacts Conseillés et dépistés pour VIH	Contacts Conseillés et dépistés VIH+	Rendement Indexation	Contribution positivité indexation	Contribution de l'indexation au dépistage
Bubanza	DS Mpanda	23530	191	0,8%	447	57	12,8%	30%	1,9%
Bubanza	DS Bubanza	13709	66	0,5%	75	9	12,0%	14%	0,5%
<b>Bubanza</b>		<b>37239</b>	<b>257</b>	<b>0,7%</b>	<b>522</b>	<b>66</b>	<b>12,6%</b>	<b>26%</b>	<b>1,4%</b>
Bujumbura	DS Isare	23129	237	1,0%	992	63	6,4%	27%	4,3%
Bujumbura	DS Kabezi	13927	55	0,4%	275	9	3,3%	16%	2,0%
Bujumbura	DS Rwibaga	5698	19	0,3%	116	6	5,2%	32%	2,0%
<b>Bujumbura</b>		<b>42754</b>	<b>311</b>	<b>0,7%</b>	<b>1383</b>	<b>78</b>	<b>5,6%</b>	<b>25%</b>	<b>3,2%</b>
Bujumbura Mairie	DS Bujumbura nord	35320	784	2,2%	1611	328	20,4%	42%	4,6%
Bujumbura Mairie	DS Bujumbura centre	20055	561	2,8%	698	209	29,9%	37%	3,5%
Bujumbura Mairie	DS Bujumbura sud	15611	451	2,9%	1013	209	20,6%	46%	6,5%
<b>Bujumbura Mairie</b>		<b>70986</b>	<b>1796</b>	<b>2,5%</b>	<b>3322</b>	<b>746</b>	<b>22,5%</b>	<b>42%</b>	<b>4,7%</b>
Bururi	DS Bururi	15900	93	0,6%	156	25	16,0%	27%	1,0%
Bururi	DS Matana	5297	32	0,6%	97	19	19,6%	59%	1,8%
Bururi	DS Rutovu	6597	29	0,4%	74	9	12,2%	31%	1,1%
<b>Bururi</b>		<b>27794</b>	<b>154</b>	<b>0,6%</b>	<b>327</b>	<b>53</b>	<b>16,2%</b>	<b>34%</b>	<b>1,2%</b>
Cankuzo	DS Murore	17003	110	0,6%	460	77	16,7%	70%	2,7%
Cankuzo	DS Cankuzo	15574	60	0,4%	282	29	10,3%	48%	1,8%
<b>Cankuzo</b>		<b>32577</b>	<b>170</b>	<b>0,5%</b>	<b>742</b>	<b>106</b>	<b>14,3%</b>	<b>62%</b>	<b>2,3%</b>
Cibitoke	DS Mabayi	19195	273	1,4%	1918	168	8,8%	62%	10,0%
Cibitoke	DS Cibitoke	22987	244	1,1%	1298	92	7,1%	38%	5,6%
Cibitoke	DS Bukinanyana	12714	34	0,3%	27	3	11,1%	9%	0,2%
<b>Cibitoke</b>		<b>54896</b>	<b>551</b>	<b>1,0%</b>	<b>3243</b>	<b>263</b>	<b>8,1%</b>	<b>48%</b>	<b>5,9%</b>
Gitega	DS Gitega	30190	425	1,4%	728	151	20,7%	36%	2,4%
Gitega	DS Kibuye	23791	97	0,4%	397	45	11,3%	46%	1,7%
Gitega	DS Ryansoro	13393	77	0,6%	276	39	14,1%	51%	2,1%
Gitega	DS Mutaho	14249	72	0,5%	328	51	15,5%	71%	2,3%
<b>Gitega</b>		<b>81623</b>	<b>671</b>	<b>0,8%</b>	<b>1729</b>	<b>286</b>	<b>16,5%</b>	<b>43%</b>	<b>2,1%</b>
Karusi	DS Buhiga	23029	107	0,5%	387	32	8,3%	30%	1,7%
Karusi	DS Nyabikere	20388	72	0,4%	243	21	8,6%	29%	1,2%
<b>Karusi</b>		<b>43417</b>	<b>179</b>	<b>0,4%</b>	<b>630</b>	<b>53</b>	<b>8,4%</b>	<b>30%</b>	<b>1,5%</b>

Province	District	Résultats VIH récupérés	Résultat VIH Positif	Rendement Global	Contacts Conseillés et dépistés pour VIH	Contacts Conseillés et dépistés VIH+	Rendement Indexation	Contribution positivité indexation	Contribution de l'indexation au dépistage
Kayanza	DS Kayanza	22391	117	0,5%	509	59	11,6%	50%	2,3%
Kayanza	DS Musema	17698	60	0,3%	129	22	17,1%	37%	0,7%
Kayanza	DS Gahombo	13103	45	0,3%	215	24	11,2%	53%	1,6%
Kayanza		<b>53192</b>	<b>222</b>	<b>0,4%</b>	<b>853</b>	<b>105</b>	<b>12,3%</b>	<b>47%</b>	<b>1,6%</b>
Kirundo	DS Kirundo	23257	187	0,8%	833	86	10,3%	46%	3,6%
Kirundo	DS Busoni	18574	147	0,8%	437	27	6,2%	18%	2,4%
Kirundo	DS Vumbi	22152	143	0,6%	426	30	7,0%	21%	1,9%
Kirundo	DS Mukenke	18572	86	0,5%	230	23	10,0%	27%	1,2%
Kirundo		<b>82555</b>	<b>563</b>	<b>0,7%</b>	<b>1926</b>	<b>166</b>	<b>8,6%</b>	<b>29%</b>	<b>2,3%</b>
Makamba	DS Nyanza-Lac	25391	331	1,3%	620	130	21,0%	39%	2,4%
Makamba	DS Makamba	18998	119	0,6%	319	15	4,7%	13%	1,7%
Makamba		<b>44389</b>	<b>450</b>	<b>1,0%</b>	<b>939</b>	<b>145</b>	<b>15,4%</b>	<b>32%</b>	<b>2,1%</b>
Muramvya	DS Muramvya	15856	80	0,5%	741	26	3,5%	33%	4,7%
Muramvya	DS Kiganda	11459	33	0,3%	183	10	5,5%	30%	1,6%
Muramvya		<b>27315</b>	<b>113</b>	<b>0,4%</b>	<b>924</b>	<b>36</b>	<b>3,9%</b>	<b>32%</b>	<b>3,4%</b>
Muyinga	DS Muyinga	24530	332	1,4%	800	161	20,1%	48%	3,3%
Muyinga	DS Giteranyi	20901	305	1,5%	719	122	17,0%	40%	3,4%
Muyinga	DS Gashoho	14964	123	0,8%	404	75	18,6%	61%	2,7%
Muyinga		<b>60395</b>	<b>760</b>	<b>1,3%</b>	<b>1923</b>	<b>358</b>	<b>18,6%</b>	<b>47%</b>	<b>3,2%</b>
Mwaro	DS Kibumbu	14702	48	0,3%	489	12	2,5%	25%	3,3%
Mwaro	DS Fota	6682	12	0,2%	29	5	17,2%	42%	0,4%
Mwaro		<b>21384</b>	<b>60</b>	<b>0,3%</b>	<b>518</b>	<b>17</b>	<b>3,3%</b>	<b>28%</b>	<b>2,4%</b>
Ngozi	DS Ngozi	33390	331	1,0%	877	139	15,8%	42%	2,6%
Ngozi	DS Kiremba	21940	100	0,5%	374	17	4,5%	17%	1,7%
Ngozi	DS Buye	13584	68	0,5%	235	26	11,1%	38%	1,7%
Ngozi		<b>68914</b>	<b>499</b>	<b>0,7%</b>	<b>1486</b>	<b>182</b>	<b>12,2%</b>	<b>36%</b>	<b>2,2%</b>
Rumonge	DS Rumonge	27739	353	1,3%	830	114	13,7%	32%	3,0%
Rumonge	DS Bugarama	12422	91	0,7%	24	9	37,5%	10%	0,2%
Rumonge		<b>40161</b>	<b>444</b>	<b>1,1%</b>	<b>854</b>	<b>123</b>	<b>14,4%</b>	<b>28%</b>	<b>2,1%</b>
Rutana	DS Rutana	15346	187	1,2%	1011	42	4,2%	22%	6,6%
Rutana	DS Gihofi	21321	110	0,5%	306	19	6,2%	17%	1,4%
Rutana		<b>36667</b>	<b>297</b>	<b>0,8%</b>	<b>1317</b>	<b>61</b>	<b>4,6%</b>	<b>21%</b>	<b>3,6%</b>
Ruyigi	DS Ruyigi	13880	71	0,5%	308	33	10,7%	46%	2,2%

Province	District	Résultats VIH récupérés	Résultat VIH Positif	Rendement Global	Contacts Conseillés et dépistés pour VIH	Contacts Conseillés et dépistés VIH+	Rendement Indexation	Contribution positivité indexation	Contribution de l'indexation au dépistage
Ruyigi	DS Butezi	11243	68	0,6%	314	55	17,5%	81%	2,8%
Ruyigi	DS Kinyinya	10556	68	0,6%	189	26	13,8%	38%	1,8%
Ruyigi	DS Gisuru	9457	38	0,4%	243	16	6,6%	42%	2,6%
<b>Ruyigi</b>		<b>45136</b>	<b>245</b>	<b>0,5%</b>	<b>1054</b>	<b>130</b>	<b>12,3%</b>	<b>53%</b>	<b>2,3%</b>

### ***Les Réalisations pour 2022 :***

- ❖ 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 ;
- ❖ Renforcement de la mise à l'échelle des nouvelles approches de dépistage, l'autotest, l'indexation et le dépistage ciblé ;
- ❖ Renforcement du focus mis sur les catégories des populations à très haut risque de contamination ;
- ❖ Organisation des supervisions formatives pour renforcer les capacités des prestataires sur les stratégies d'amélioration du rendement de dépistage ;
- ❖ Poursuite de l'approvisionnement des intrants de dépistage du VIH
- ❖ Renforcement de la communication autour du dépistage à travers les stratégies de proximité et la production des supports de communication

### ***Les défis rencontrés***

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

- ☛ 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.

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

- ☛ 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 2023***

- 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 ;
- Organiser un suivi post-formation sur la prise en charge syndromique des IST ;
- Actualiser le guide de prévention des IST adapté au niveau communautaire.

### **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 2022, les interventions ont été concentrées sur le renforcement des capacités des prestataires de soins sur la prise en charge syndromique des IST, telles que la formation de 225 prestataires [A1] des provinces sanitaires Kirundo, Bujumbura, Bujumbura Mairie, Muramvya, Rumonge et le Niveau central sous financement OMS.



### **Réalisations en 2022 :**

Au cours de l'année 2022, sur 152 800 cas d'IST diagnostiqués, 150 865 ont été traitées, soit 98,7%. Parmi les IST diagnostiquées, on compte 31502 cas d'écoulement urétral, 75 890 cas d'écoulement vaginal, 6 605 cas de conjonctivite du nouveau-né et 38 803 cas d'ulcération génitale.

- ❖ 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 ;
- ❖ Rendre disponible les médicaments contre les IST ;
- ❖ Actualiser le guide simplifié de prévention des IST adapté au niveau communautaire ;
- ❖ Etendre les formations au profit des élèves des écoles primaires et secondaires ;
- ❖ Plaider pour la vaccination contre l'infection à HPV pour les jeunes filles de 9 à 13 ans.

### **Avec ces réalisations, 3 observations s'observent :**

- ✦ Le nombre des IST diagnostiqués a augmenté de 8200 cas de 2021 à 2022.
- ✦ Les provinces présentant plus de cas des IST diagnostiquées sont respectivement Muyinga, Kirundo, Ngozi, Cibitoke et Gitega, chacun présentant plus de 11000 cas.
- ✦ En faisant le rapport des IST traitées par rapport aux IST diagnostiquées, on constate que la Province de Cibitoke présente un taux élevé des IST non traitées. Globalement ce taux a augmenté par rapport à 2021 passant de 96,2% à 98,7% en 2022.





**Tableau 5 : Cas d'IST diagnostiquées et traitées par province en 2022**

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	% conjonctivité du Nné traité	Ulcération génitale diagnostiquée	Ulcération génitale traitée	% Ulcération génitale traité
Bubanza	1140	1130	99%	4649	4564	98%	366	370	101%	1683	1628	97%
Bujumbura	1412	1364	97%	5241	5177	99%	269	268	100%	2643	2566	97%
Mairie	2948	2931	99%	4252	4225	99%	217	224	103%	1558	1544	99%
Bururi	1555	1510	97%	2642	2609	99%	19	19	100%	985	971	99%
Cankuzo	1551	1526	98%	2678	2657	99%	368	367	100%	2011	1997	99%
Cibitoke	2425	2375	98%	6311	6133	97%	358	356	99%	2668	2648	99%
Gitega	1625	1609	99%	5467	5392	99%	222	219	99%	3933	3890	99%
Karusi	1147	1143	100%	2344	2304	98%	258	282	109%	2017	1981	98%
Kayanza	1547	1527	99%	3308	3202	97%	665	662	100%	2367	2364	100%
Kirundo	3447	3432	100%	6847	6813	100%	253	197	78%	3343	3307	99%
Makamba	1409	1399	99%	5073	5005	99%	552	547	99%	1710	1705	100%
Muramvya	890	884	99%	2395	2367	99%	160	159	99%	992	955	96%
Muyinga	3867	3845	99%	7235	7150	99%	380	375	99%	3479	3471	100%
Mwaro	713	703	99%	2154	2120	98%	449	431	96%	1007	1003	100%
Ngozi	2939	2903	99%	5779	5731	99%	364	355	98%	2878	2868	100%
Rumonge	1753	1732	99%	4248	4228	100%	905	876	97%	1727	1700	98%
Rutana	742	729	98%	3453	3424	99%	213	207	97%	2302	2253	98%
Ruyigi	392	387	99%	1814	1800	99%	587	585	100%	1500	1485	99%
<b>Total général</b>	<b>31502</b>	<b>31129</b>	<b>99%</b>	<b>75890</b>	<b>74901</b>	<b>99%</b>	<b>6605</b>	<b>6499</b>	<b>98%</b>	<b>38803</b>	<b>38336</b>	<b>99%</b>

### **Forces et opportunités :**

- ☛ Existence des documents d'orientation : Plan stratégique National Intégré VIH/IST/HV 2023-2027 en cours de finalisation intégrant les aspects IST, 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 pour les provinces de Rumonge, Kirundo, Bujumbura, Muramvya et Bujumbura Mairie
- ☛ Lancement des activités du projet « Agir pour la santé sexuelle et reproductive chez les jeunes et adolescents vivant avec le VIH/Sida » piloté par l'ANSS
- ☛ Renforcement de la collaboration avec les organisations à base communautaire qui intègrent la thématique sur les IST aux autres thématiques tel que le VIH

### **Défis et faiblesses rencontrés en 2022 :**

- ☛ Existence d'un écart entre les IST diagnostiquées et IST traitées ;
- ☛ Faible capacité des Fosa à diagnostiquer les IST asymptomatiques Persistance des tabous et mythes autour des IST ;
- ☛ Persistance des fausses informations entraînant la négligence des IST et favorisant le recours à l'automédication ;
- ☛ Faible accessibilité du traitement des IST, car non subventionnés ;
- ☛ Absence des études/ enquêtes sur la prise en charge des IST
- ☛ Insuffisance des financements pour les interventions communautaires ;
- ☛ Faible notification des partenaires.

### **Perspectives 2023 :**

- ➡ 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.



- ➡ Organiser un suivi post-formation sur la prise en charge syndromique des IST
- ➡ Actualiser le guide de prévention des IST adapté au niveau communautaire.
- ➡ Renforcer la stratégie d'indexation pour la notification des partenaires

### **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.

### ***Les forces et opportunités***

- ☛ Existence des prestataires formés sur la prise en charge des violences sexuelles
- ☛ Existence de la loi portant prévention des VSBG et protection des victimes ;
- ☛ Existence des partenaires techniques et financiers intervenant dans la lutte contre les VSBG
- ☛ Implication des leaders communautaires dans la lutte contre les VSBG ;
- ☛ Existence des Centres CDFC fonctionnels ;

### ***Perspectives 2023 :***

- ➡ Poursuivre la sensibilisation des communautés sur la prévention et la prise en charge des VSBG ;
- ➡ Contribuer au renforcement de la coordination, des acteurs intervenant dans le domaine des VSBG ;
- ➡ Renforcer le système de monitoring des cas des VSBG et la prise en charge des VSBG ;
- ➡ Plaider pour le financement et l'élargissement des interventions Sur les VSBG.

### III.1.1. 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 Centres Régionaux de Transfusion Sanguine (CRTS) se trouve à Ngozi ;
- ✎ Au sud le CRTS se trouve à Bururi ;
- ✎ Au centre-est le CRTS se trouve à Gitega ;
- ✎ A l'ouest, le CRTS se trouve à Cibitoke.

Le tableau suivant montre les résultats d'analyse des dons de sang en fonction de la présence ou pas du VIH, VHB, VHC et de la Syphilis d'une part et du statut des donneurs d'autre part.

**Tableau 6 : 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 (N=93 683)**

DONNEURS	ANCIENS DONNEURS	NOUVEAUX DONNEURS	TOTAL	TAUX DE POSITIVITE
VIH +	554	531	1 085	1,2%
VIH-	60 465	32 133	92 598	
<b>TOTAL</b>	<b>61 019</b>	<b>32 664</b>	<b>93 683</b>	
VHB+	867	888	1 755	1,9%
VHB-	60 969	30 959	91 928	
<b>TOTAL</b>	<b>61 836</b>	<b>31 847</b>	<b>93 683</b>	
VHC+	1009	870	1 879	2%
VHC-	60 830	30 974	91 804	
<b>TOTAL</b>	<b>61 839</b>	<b>31 844</b>	<b>93 683</b>	
RPR+	172	152	324	0, 3%
RPR-	61 327	32 032	93 359	
<b>TOTAL</b>	<b>61 499</b>	<b>32 184</b>	<b>93 683</b>	

Les données présentées dans le tableau ci-dessus comptent pour la période du 1 juillet 2021 au 30 juin 2022. 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 présents 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 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'élevé à 1,95%.

Les données sur la coïnfection Hépatites-VIH ne sont pas encore disponibles. Les outils qui viennent d'être révisés vont tenir compte de ces données pour la période à venir.

Partant de ces constats, des efforts particuliers doivent être consentis pour renforcer prévention chez les donneurs de sang et pour accompagner les donneurs testés positifs pour qu'elles adhèrent aux traitements ARV dans les structures de soins d'origine et promouvoir aussi la rétention aux soins.

***Stratégies et interventions essentielles :***

- ❖ Renforcer le rendu des résultats des différents tests aux donneurs ;
- ❖ Renforcer l'accompagnement psychologique et de 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 2023 :**

- ➡ 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/HV et le CNTS

### **III. 1.2. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant**

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 à la cible de l'é TME est passé de 13,28 en 2016 à 12,37 en 2022(selon le Spectrum 2022).

Depuis 2016 : le Burundi a été classé parmi les 21 pays prioritaires et a adhéré aux initiatives internationales et régionales pour atteindre aux objectifs fast track et super fast-track pour accélérer l'é-TME et la PEC pédiatrique.

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 a été mis en œuvre et Une feuille de route pour accélérer la triple élimination pour la nouvelle approche dernière ligne droite vers la triple élimination (VIH/SYPHILIS/Hépatite B) a été élaboré et sera mis en œuvre. Cette feuille de route identifie les facteurs et les lacunes programmatiques ainsi que les occasions manquées limitant la réussite de la PTME et propose les interventions et les activités novatrices à mettre en œuvre pour arriver à la triple élimination d'ici 2030 et l'accélération de la PEC pédiatrique en mettant l'accent sur les districts ayant d'importants besoins non couverts.

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

- ❖ Renforcement des capacités (formations et supervisions formatives, organisation des missions de coaching /Mentorat cliniques 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 du couple mère enfant )
- ❖ Renforcement de la demande des services de CPN précoce/CDV, PTME et PF par des visites de mentorat clinique, des formations et une mise à contribution des acteurs communautaires (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 ;
- ❖ Rendre disponible les 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 du couple mère enfant (activités PTME à supprimer) Amélioration du dépistage et de la prise en charge de la syphilis chez la femme enceinte ;

### **Réalisations de 2022 :**

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

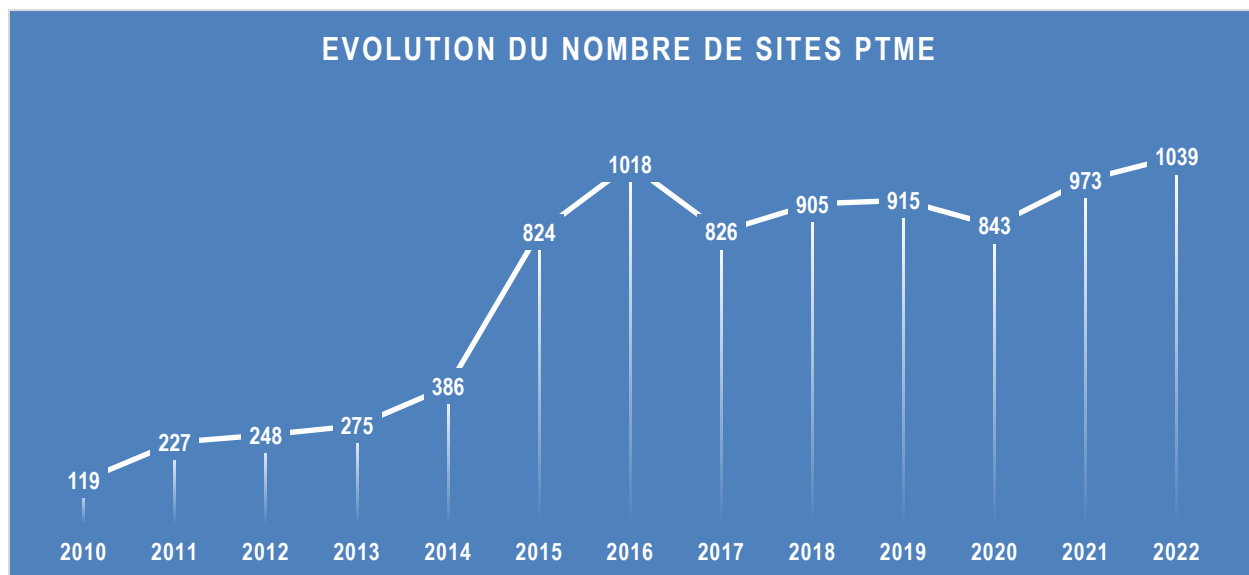
- ✦ Organisation des visites de coaching/mentorat de mentorat clinique avec les séances de restitutions dans les FOSA non visités dans 15 districts sanitaires et certaines FOSA sur l'amélioration de la qualité des services PTME et la prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant ;
- ✦ Formation des 685 prestataires des sites de TARV/PTME/PECP sur les méthodes contraceptives modernes dans le contexte du VIH
- ✦ Organisation (dans 75 FOSA) des visites de supervision intégrées PTME/SR/VIH pédiatrique dans 15 districts sanitaires.
- ✦ Organisation des 4 ateliers régionaux de coordination des intervenants en SR/PTME/PECP
- ✦ Formation des 936 prestataires de soins des sites ARV/PTME/PECP du VIH sur les techniques de prélèvement sur papier buvard des enfants exposés au VIH, la manipulation des tests de dépistage et l'interprétation des résultats.



- ✦ Elaboration d'une feuille de route vers la triple élimination (VIH/syphilis/Hépatite B) pour la mise en œuvre de la nouvelle approche « dernière ligne droite vers la triple élimination ».
- ✦ 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 du comité technique pour le suivi de la triple élimination.

Ainsi, dans le cadre de la triple élimination, des équipes cadres des districts sanitaires ont poursuivi le renforcement du suivi du couple mère –enfant en effectuant des supervisions formatives aux niveaux des FOSA.

Des micro planifications élaborés par les BDS pendant les ateliers régionaux de coordination des Intervenants en SR/PTME/VIH seront mises en œuvre pour accélérer la triple élimination.



**Figure 2 : Evolution du nombre de sites PTME de 2010 à 2022**

*[Signature]*



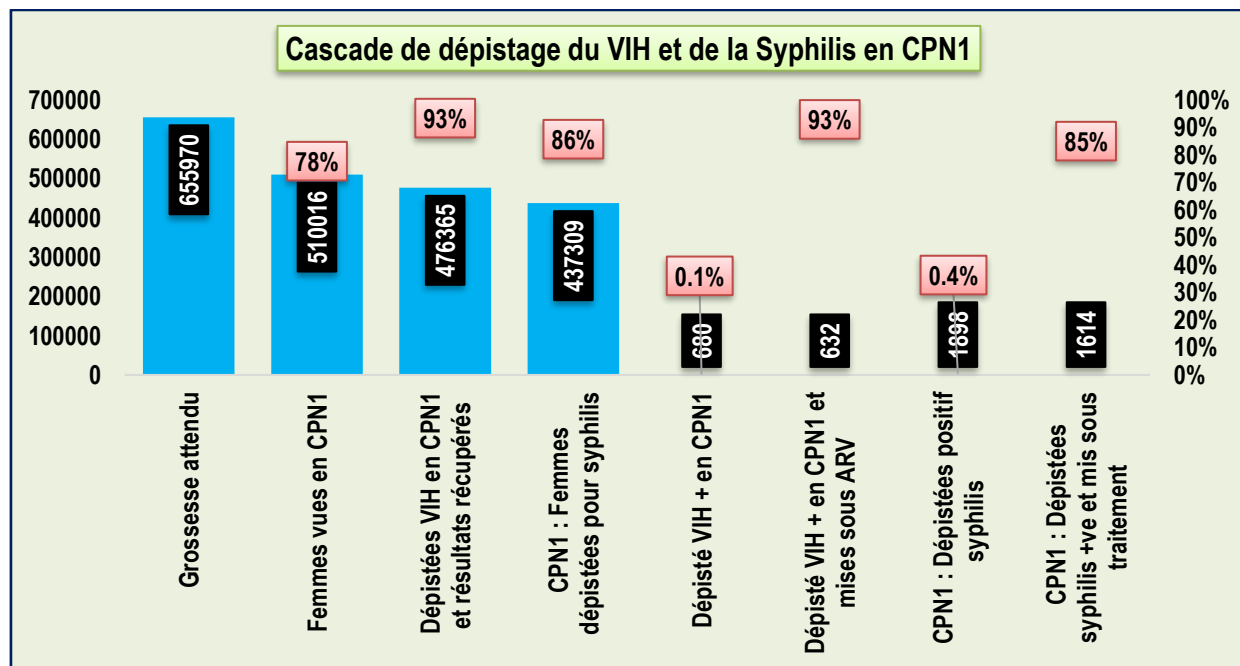


Figure 3 : Cascade PTME pour l'année 2022

#### Traitement ARV chez les femmes enceintes ou allaitantes VIH+

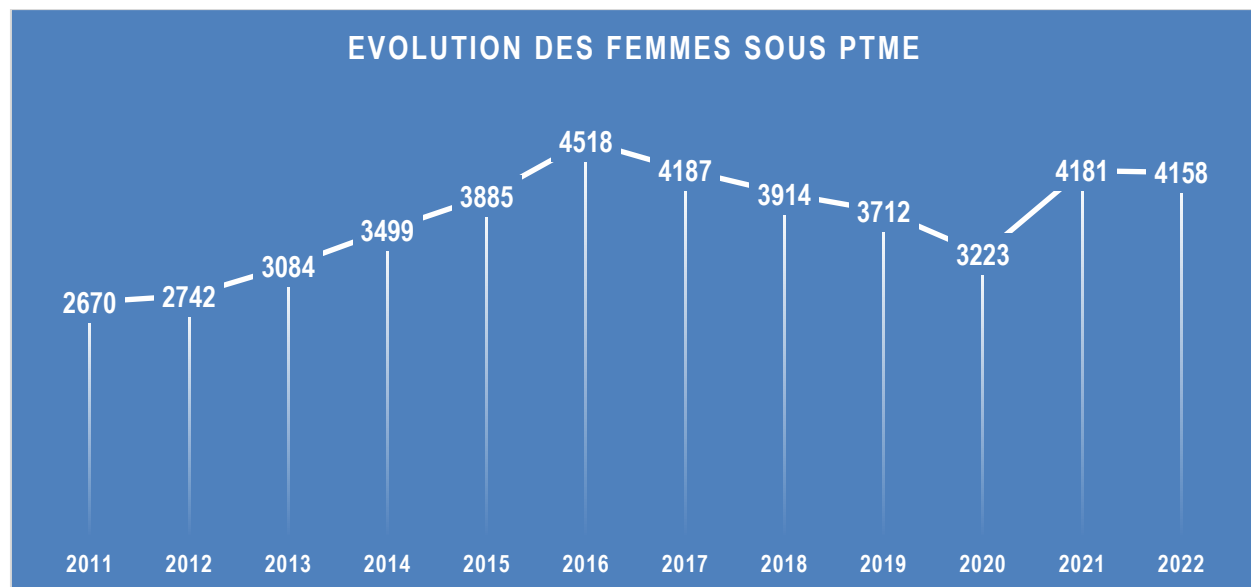


Figure 4 : Evolution du nombre de femmes sous Protocole PTME de 2011 à 2022

*[Signature]*

Les tableaux 7 et 8 montrent les principaux indicateurs de PTME en 2022

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

INDICATEUR	EFFECTIF
Nombre de femmes enceintes diagnostiquées séropositives (y compris celles ayant déjà connaissance de leur séropositivité) qui ont fréquenté des cliniques prénatales	2113
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)	477904
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)	5442
<b>Nombre de femmes sous Protocole PTME</b>	<b>4158</b>
Nombre estimé de femmes enceintes séropositives au VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois	5153

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

Province/district	PTME : Femmes enceintes VIH+ sous ARV ayant accouché	Total nouveaux nés des mères séropositives ce	Prophylaxie au Cotrimoxazole	Nné débutant la prophylaxie ARV au cours du m	Enfants prélevés pour PCR dans les 2 mois suivant la naissance	Enfants avec PCR + dans les 2 mois suivant la naissance	Nbre de PCR à 9 mois	Nbre de PCR+ à 9mois	Enfant exposé testé au VIH à 18 mois ou plus	Suivi de l' enfant exposé au VIH : Total confirmés VIH+ et mis sous ARV
<b>Bubanza</b>	<b>42</b>	<b>67</b>	<b>45</b>	<b>66</b>	<b>52</b>	<b>1</b>	<b>22</b>	<b>7</b>	<b>44</b>	<b>3</b>
DS Bubanza	13	23	13	22	14		10	2	6	2
DS Mpanda	29	44	32	44	38	1	12	5	38	1
<b>Bujumbura</b>	<b>64</b>	<b>77</b>	<b>77</b>	<b>77</b>	<b>71</b>	<b>5</b>	<b>39</b>		<b>66</b>	<b>2</b>
DS Isare	33	40	61	40	46	2	24		53	1
DS Kabezi	23	31	15	31	21	3	12		8	1
DS Rwibaga	8	6	1	6	4		3		5	
<b>Bujumbura Mairie</b>	<b>640</b>	<b>522</b>	<b>666</b>	<b>546</b>	<b>783</b>	<b>63</b>	<b>617</b>	<b>15</b>	<b>537</b>	<b>10</b>
DS Bujumbura centre	214	205	186	210	232	28	192	2	195	2
DS Bujumbura nord	382	202	407	217	448	28	345	12	279	6
DS Bujumbura sud	44	115	73	119	103	7	80	1	63	2
<b>Bururi</b>	<b>22</b>	<b>44</b>	<b>48</b>	<b>43</b>	<b>36</b>	<b>4</b>	<b>30</b>	<b>3</b>	<b>19</b>	<b>1</b>
DS Bururi	10	24	30	23	18	3	17	1	10	1
DS Matana	6	12	13	12	7		6	1	6	
DS Rutovu	6	8	5	8	11	1	7	1	3	
<b>Cankuzo</b>	<b>55</b>	<b>58</b>	<b>16</b>	<b>58</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>26</b>	<b>1</b>	<b>28</b>	
DS Cankuzo	33	33	6	33	13		12		7	

4

Province/district	PTME : Femmes enceintes VIH+ sous ARV ayant accouché	Total nouveaux nés des mères séropositives ce	Prophylaxie au Cotrimoxazole	Nné débutant la prophylaxie ARV au cours du m	Enfants prélevés pour PCR dans les 2 mois suivant la naissance	Enfants avec PCR + dans les 2 mois suivant la naissance	Nbre de PCR à 9 mois	Nbre de PCR+ à 9mois	Enfant exposé testé au VIH à 18 mois ou plus	Suivi de l' enfant exposé au VIH : Total confirmés VIH+ et mis sous ARV
DS Murore	22	25	10	25	22	1	14	1	21	
<b>Cibitoke</b>	<b>46</b>	<b>72</b>	<b>32</b>	<b>72</b>	<b>30</b>		<b>16</b>		<b>32</b>	
DS Bukinanyana	4	7	1	7			1			
DS Cibitoke	31	53	25	53	22		14		29	
DS Mabayi	11	12	6	12	8		1		3	
<b>Gitega</b>	<b>183</b>	<b>270</b>	<b>100</b>	<b>236</b>	<b>210</b>	<b>11</b>	<b>143</b>	<b>8</b>	<b>150</b>	<b>3</b>
DS Gitega	93	151	69	150	160	8	91	4	95	2
DS Kibuye	42	44	12	44	26		34	2	14	
DS Mutaho	32	61	6	28	15	2	11	1	9	
DS Ryansoro	16	14	13	14	9	1	7	1	32	1
<b>Karusi</b>	<b>54</b>	<b>53</b>	<b>74</b>	<b>54</b>	<b>63</b>	<b>10</b>	<b>54</b>	<b>2</b>	<b>43</b>	<b>1</b>
DS Buhiga	33	31	41	32	47	7	45	1	34	1
DS Nyabikere	21	22	33	22	16	3	9	1	9	
<b>Kayanza</b>	<b>119</b>	<b>124</b>	<b>68</b>	<b>124</b>	<b>88</b>	<b>4</b>	<b>70</b>	<b>3</b>	<b>68</b>	<b>1</b>
DS Gahombo	29	32	13	32	23	1	20	1	19	1
DS Kayanza	68	68	37	68	41		35	2	30	
DS Musema	22	24	18	24	24	3	15		19	
<b>Kirundo</b>	<b>308</b>	<b>376</b>	<b>242</b>	<b>374</b>	<b>277</b>	<b>16</b>	<b>170</b>	<b>9</b>	<b>241</b>	<b>1</b>
DS Busoni	68	60	68	58	32		22	5	22	

4

Province/district	PTME : Femmes enceintes VIH+ sous ARV ayant accouché	Total nouveaux nés des mères séropositives ce	Prophylaxie au Cotrimoxazole	Nné débutant la prophylaxie ARV au cours du m	Enfants prélevés pour PCR dans les 2 mois suivant la naissance	Enfants avec PCR + dans les 2 mois suivant la naissance	Nbre de PCR à 9 mois	Nbre de PCR+ à 9mois	Enfant exposé testé au VIH à 18 mois ou plus	Suivi de l' enfant exposé au VIH : Total confirmés VIH+ et mis sous ARV
DS Kirundo	95	158	95	158	119	8	75	2	141	1
DS Mukenke	70	74	28	74	40	5	33		32	
DS Vumbi	75	84	51	84	86	3	40	2	46	
<b>Makamba</b>	<b>47</b>	<b>69</b>	<b>34</b>	<b>69</b>	<b>50</b>	<b>10</b>	<b>28</b>	<b>3</b>	<b>41</b>	<b>1</b>
DS Makamba	19	28	20	28	24	5	12	1	16	
DS Nyanza-Lac	28	41	14	41	26	5	16	2	25	1
<b>Muramvya</b>	<b>30</b>	<b>64</b>	<b>12</b>	<b>62</b>	<b>36</b>		<b>35</b>		<b>28</b>	
DS Kiganda	14	14	6	12	14		14		9	
DS Muramvya	16	50	6	50	22		21		19	
<b>Muyinga</b>	<b>253</b>	<b>236</b>	<b>136</b>	<b>236</b>	<b>267</b>	<b>13</b>	<b>123</b>	<b>2</b>	<b>103</b>	
DS Gashoho	57	63	33	63	39	2	34	1	35	
DS Giteranyi	76	73	39	73	139	5	28	1	14	
DS Muyinga	120	100	64	100	89	6	61		54	
<b>Mwaro</b>	<b>29</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>36</b>	<b>26</b>		<b>20</b>	<b>1</b>	<b>27</b>	<b>1</b>
DS Fota	7	10	6	11	8		8		9	
DS Kibumbu	22	25	22	25	18		12	1	18	1
<b>Ngozi</b>	<b>185</b>	<b>181</b>	<b>116</b>	<b>182</b>	<b>152</b>	<b>9</b>	<b>104</b>	<b>12</b>	<b>104</b>	<b>1</b>
DS Buye	18	18	7	18	15	1	8	2	7	1
DS Kiremba	42	44	29	45	31	2	20	4	31	

4

Province/district	PTME : Femmes enceintes VIH+ sous ARV ayant accouché	Total nouveaux nés des mères séropositives ce	Prophylaxie au Cotrimoxazole	Nné débutant la prophylaxie ARV au cours du m	Enfants prélevés pour PCR dans les 2 mois suivant la naissance	Enfants avec PCR + dans les 2 mois suivant la naissance	Nbre de PCR à 9 mois	Nbre de PCR+ à 9mois	Enfant exposé testé au VIH à 18 mois ou plus	Suivi de l' enfant exposé au VIH : Total confirmés VIH+ et mis sous ARV
DS Ngozi	125	119	80	119	106	6	76	6	66	
<b>Rumonge</b>	<b>63</b>	<b>110</b>	<b>33</b>	<b>110</b>	<b>62</b>		<b>47</b>	<b>8</b>	<b>36</b>	<b>1</b>
DS Bugarama	9	17	5	17	5		4	1	5	
DS Rumonge	54	93	28	93	57		43	7	31	1
<b>Rutana</b>	<b>49</b>	<b>44</b>	<b>23</b>	<b>43</b>	<b>37</b>		<b>28</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	
DS Gihofi	27	34	16	33	25		15	1	4	
DS Rutana	22	10	7	10	12		13	1	6	
<b>Ruyigi</b>	<b>80</b>	<b>84</b>	<b>43</b>	<b>81</b>	<b>43</b>	<b>5</b>	<b>73</b>	<b>6</b>	<b>36</b>	<b>2</b>
DS Butezi	14	15	8	15	11	3	27	1	4	
DS Gisuru	24	27	16	27	10		22		15	2
DS Kinyinya	20	24	6	21	14		10		5	
DS Ruyigi	22	18	13	18	8	2	14	5	12	
<b>Total général</b>	<b>2269</b>	<b>2486</b>	<b>1793</b>	<b>2469</b>	<b>2318</b>	<b>152</b>	<b>1645</b>	<b>82</b>	<b>1613</b>	<b>28</b>

4

Tableau 9 : Dépistage et séropositivité des femmes enceintes vues en CPN1 pour le VIH et la syphilis par Province en 2022

PROVINCE / DISTRICT	Nb de femmes vues pour CPN 1	Dépistées VIH en CPN1 et résultats récupérés	% Connaissant statut VIH en CPN1	CPN1 : Femmes dépistées pour syphilis	% connaissant statut Syphilis en CPN1	Dépistées VIH+ en CPN1	Positivité en CPN1	CPN1 : Dépistée VIH+ et mise sous ARV	% mise sous ARV en CPN1	CPN1 : Dépistées positif syphilis	Positivité syphilis en CPN 1	CPN1 : Dépistées syphilis + et mis sous traitement	Somme de Mise sous traitement syphilis
<b>Bubanza</b>	<b>24778</b>	<b>24040</b>	<b>97</b>	<b>23238</b>	<b>94</b>	<b>14</b>	<b>0,06%</b>	<b>13</b>	<b>93</b>	<b>101</b>	<b>0,43%</b>	<b>22</b>	<b>22%</b>
DS Bubanza	9306	8601	93	7914	85	9	0,10%	9	100	57	0,72%	19	33%
DS Mpanda	15472	15439	100	15324	99	5	0,03%	4	80	44	0,29%	3	7%
<b>Bujumbura</b>	<b>23068</b>	<b>22908</b>	<b>99</b>	<b>22469</b>	<b>97</b>	<b>22</b>	<b>0,10%</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>0,16%</b>	<b>32</b>	<b>86%</b>
DS Isare	11453	11439	100	11077	97	19	0,17%	19	100	29	0,26%	26	90%
DS Kabezi	7744	7635	99	7500	97	2	0,03%	2	100	7	0,09%	5	71%
DS Rwibaga	3871	3834	99	3892	101	1	0,03%	1	100	1	0,03%	1	100%
<b>Bujumbura Mairie</b>	<b>23888</b>	<b>22861</b>	<b>98</b>	<b>21181</b>	<b>89</b>	<b>123</b>	<b>0,54%</b>	<b>121</b>	<b>98</b>	<b>220</b>	<b>1,04%</b>	<b>217</b>	<b>99%</b>
DS Bujumbura centre	5136	4927	99	4901	95	22	0,45%	21	95	68	1,39%	68	100%
DS Bujumbura nord	11657	11019	97	10147	87	64	0,58%	63	98	121	1,19%	120	99%
DS Bujumbura sud	7095	6915	98	6133	86	37	0,54%	37	100	31	0,51%	29	94%
<b>Bururi</b>	<b>14712</b>	<b>14571</b>	<b>99</b>	<b>14294</b>	<b>97</b>	<b>4</b>	<b>0,03%</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>0,02%</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>
DS Bururi	7086	7054	100	6993	99	2	0,03%	2	100	2	0,03%	2	100%
DS Matana	3725	3669	99	3576	96	2	0,05%	2	100	1	0,03%	1	100%
DS Rutovu	3901	3848	99	3725	95		0,00%		#DIV/0!		0,00%		#DIV/0!
<b>Cankuzo</b>	<b>17435</b>	<b>16830</b>	<b>97</b>	<b>15326</b>	<b>88</b>	<b>8</b>	<b>0,05%</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>0,11%</b>	<b>16</b>	<b>94%</b>
DS Cankuzo	8178	7800	96	7534	92	4	0,05%	4	100	9	0,12%	8	89%
DS Murore	9257	9030	98	7792	84	4	0,04%	4	100	8	0,10%	8	100%
<b>Cibitoke</b>	<b>28570</b>	<b>27535</b>	<b>96</b>	<b>26507</b>	<b>93</b>	<b>26</b>	<b>0,09%</b>	<b>24</b>	<b>92</b>	<b>84</b>	<b>0,32%</b>	<b>61</b>	<b>73%</b>
DS Bukinanyana	6288	6142	98	6007	96	6	0,10%	6	100	8	0,13%	8	100%
DS Cibitoke	13043	12444	96	11745	90	14	0,11%	13	93	28	0,24%	26	93%

4

DS Mabayi	9239	8949	97	8755	95	6	0,07%	5	83	48	0,55%	27	56%
<b>Gitega</b>	<b>38842</b>	<b>36572</b>	<b>94</b>	<b>33644</b>	<b>87</b>	<b>47</b>	<b>0,13%</b>	<b>46</b>	<b>98</b>	<b>106</b>	<b>0,32%</b>	<b>104</b>	<b>98%</b>
DS Gitega	13689	13080	96	11820	86	34	0,26%	34	100	68	0,58%	66	97%
DS Kibuye	9808	9555	98	9279	95	7	0,07%	7	100	13	0,14%	13	100%
DS Mutaho	9103	7883	87	6850	75	5	0,06%	4	80	18	0,26%	18	100%
DS Ryansoro	6242	6054	97	5695	91	1	0,02%	1	100	7	0,12%	7	100%
<b>Karusi</b>	<b>25071</b>	<b>24631</b>	<b>98</b>	<b>22047</b>	<b>88</b>	<b>22</b>	<b>0,09%</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>67</b>	<b>0,30%</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>
DS Buhiga	13701	13419	98	11840	86	8	0,06%	8	100	46	0,39%	46	100%
DS Nyabikere	11370	11212	99	10207	90	14	0,12%	14	100	21	0,21%	21	100%
<b>Kayanza</b>	<b>26087</b>	<b>25697</b>	<b>99</b>	<b>25054</b>	<b>96</b>	<b>13</b>	<b>0,05%</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>69</b>	<b>0,28%</b>	<b>68</b>	<b>99%</b>
DS Gahombo	6961	6925	100	6754	97	4	0,06%	4	100	9	0,13%	9	100%
DS Kayanza	10834	10493	97	10032	93	6	0,06%	6	100	42	0,42%	41	98%
DS Musema	8292	8279	100	8268	100	3	0,04%	3	100	18	0,22%	18	100%
<b>Kirundo</b>	<b>38622</b>	<b>38222</b>	<b>100</b>	<b>37364</b>	<b>97</b>	<b>105</b>	<b>0,27%</b>	<b>75</b>	<b>71</b>	<b>452</b>	<b>1,21%</b>	<b>450</b>	<b>100%</b>
DS Busoni	9740	9567	99	9244	95	56	0,59%	32	57	97	1,05%	97	100%
DS Kirundo	11031	10897	100	10439	95	26	0,24%	21	81	140	1,34%	139	99%
DS Mukenke	8865	8839	100	8781	99	7	0,08%	6	86	103	1,17%	102	99%
DS Vumbi	8986	8919	100	8900	99	16	0,18%	16	100	112	1,26%	112	100%
<b>Makamba</b>	<b>32781</b>	<b>29100</b>	<b>89</b>	<b>23843</b>	<b>73</b>	<b>26</b>	<b>0,09%</b>	<b>25</b>	<b>96</b>	<b>14</b>	<b>0,06%</b>	<b>12</b>	<b>86%</b>
DS Makamba	15625	14814	95	11061	71	4	0,03%	3	75		0,00%		#DIV/0!
DS Nyanza-Lac	17156	14286	83	12782	75	22	0,15%	22	100	14	0,11%	12	86%
<b>Muramvya</b>	<b>14449</b>	<b>13156</b>	<b>91</b>	<b>12490</b>	<b>86</b>	<b>7</b>	<b>0,05%</b>	<b>6</b>	<b>86</b>	<b>17</b>	<b>0,14%</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>
DS Kiganda	7038	6688	95	6607	94	3	0,04%	3	100	7	0,11%	7	100%
DS Muramvya	7411	6468	87	5883	79	4	0,06%	3	75	10	0,17%	10	100%
<b>Muyinga</b>	<b>45087</b>	<b>33386</b>	<b>74</b>	<b>24215</b>	<b>54</b>	<b>57</b>	<b>0,17%</b>	<b>54</b>	<b>95</b>	<b>180</b>	<b>0,74%</b>	<b>178</b>	<b>99%</b>
DS Gashoho	10804	7896	73	6619	61	14	0,18%	14	100	42	0,63%	42	100%
DS Giteranyi	13378	10844	81	8715	65	20	0,18%	20	100	98	1,12%	96	98%
DS Muyinga	20905	14646	70	8881	42	23	0,16%	20	87	40	0,45%	40	100%

4



<b>Mwaro</b>	<b>10546</b>	<b>10500</b>	<b>100</b>	<b>10481</b>	<b>99</b>	<b>10</b>	<b>0,10%</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>0,10%</b>	<b>8</b>	<b>73%</b>
DS Fota	4552	4548	100	4550	100	1	0,02%	1	100	6	0,13%	5	83%
DS Kibumbu	5994	5952	99	5931	99	9	0,15%	9	100	5	0,08%	3	60%
<b>Ngozi</b>	<b>35687</b>	<b>34439</b>	<b>97</b>	<b>32009</b>	<b>90</b>	<b>40</b>	<b>0,12%</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>131</b>	<b>0,41%</b>	<b>130</b>	<b>99%</b>
DS Buye	7170	6853	96	6431	90	4	0,06%	4	100	7	0,11%	7	100%
DS Kiremba	14521	13874	96	13407	92	7	0,05%	7	100	77	0,57%	76	99%
DS Ngozi	13996	13712	98	12171	87	29	0,21%	29	100	47	0,39%	47	100%
<b>Rumonge</b>	<b>20843</b>	<b>20611</b>	<b>99</b>	<b>19445</b>	<b>93</b>	<b>30</b>	<b>0,15%</b>	<b>28</b>	<b>93</b>	<b>54</b>	<b>0,28%</b>	<b>52</b>	<b>96%</b>
DS Bugarama	6290	6185	98	6044	96	7	0,11%	7	100	16	0,26%	15	94%
DS Rumonge	14553	14426	99	13401	92	23	0,16%	21	91	38	0,28%	37	97%
<b>Rutana</b>	<b>20828</b>	<b>20693</b>	<b>99</b>	<b>19760</b>	<b>95</b>	<b>9</b>	<b>0,04%</b>	<b>8</b>	<b>89</b>	<b>37</b>	<b>0,19%</b>	<b>46</b>	<b>124%</b>
DS Gihofi	12176	12100	99	11233	92	6	0,05%	6	100	24	0,21%	22	92%
DS Rutana	8652	8593	99	8527	99	3	0,03%	2	67	13	0,15%	24	185%
<b>Ruyigi</b>	<b>30663</b>	<b>26054</b>	<b>85</b>	<b>22309</b>	<b>73</b>	<b>25</b>	<b>0,10%</b>	<b>24</b>	<b>96</b>	<b>49</b>	<b>0,22%</b>	<b>28</b>	<b>57%</b>
DS Butezi	6841	6713	98	5901	86	2	0,03%	2	100	29	0,49%	8	28%
DS Gisuru	7792	5866	75	4467	57	2	0,03%	2	100	5	0,11%	5	100%
DS Kinyinya	9321	7037	76	5563	60	16	0,23%	16	100	5	0,09%	5	100%
DS Ruyigi	6709	6438	96	6378	95	5	0,08%	4	80	10	0,16%	10	100%
<b>Total général</b>	<b>471957</b>	<b>441806</b>	<b>94</b>	<b>405676</b>	<b>86</b>	<b>588</b>	<b>0,13%</b>	<b>543</b>	<b>92</b>	<b>1649</b>	<b>0,41%</b>	<b>1511</b>	<b>92%</b>

4

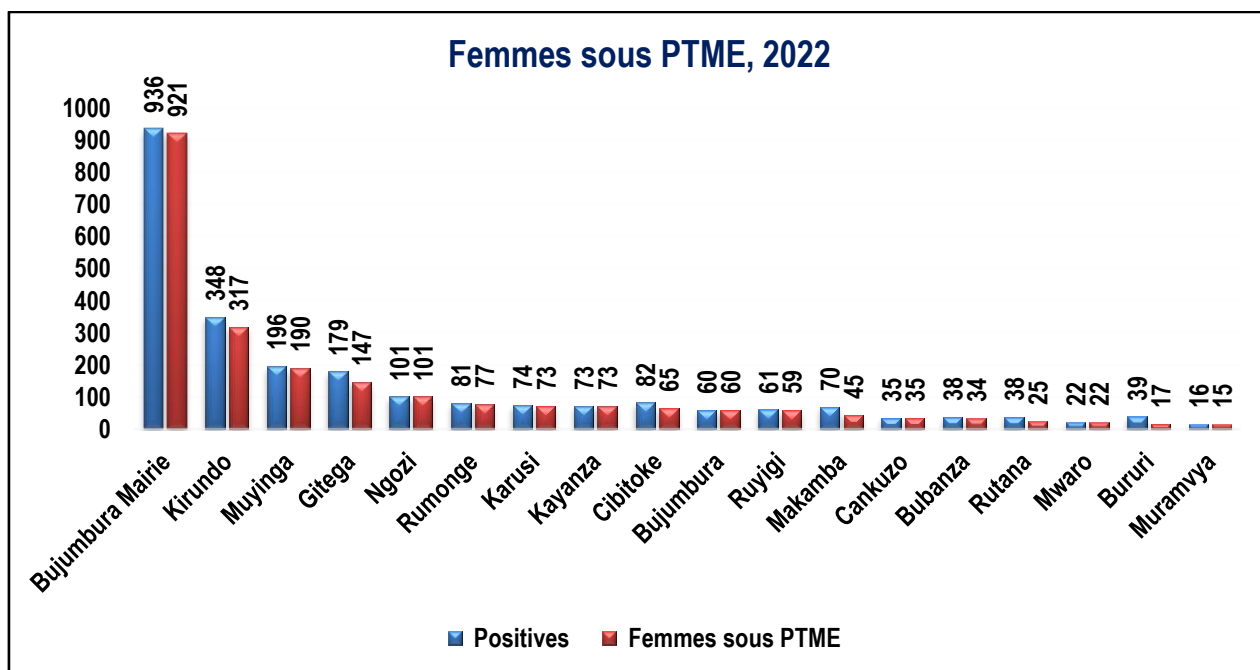


Figure5 : Femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux dans le cadre de la PTME par Province en fin 2022

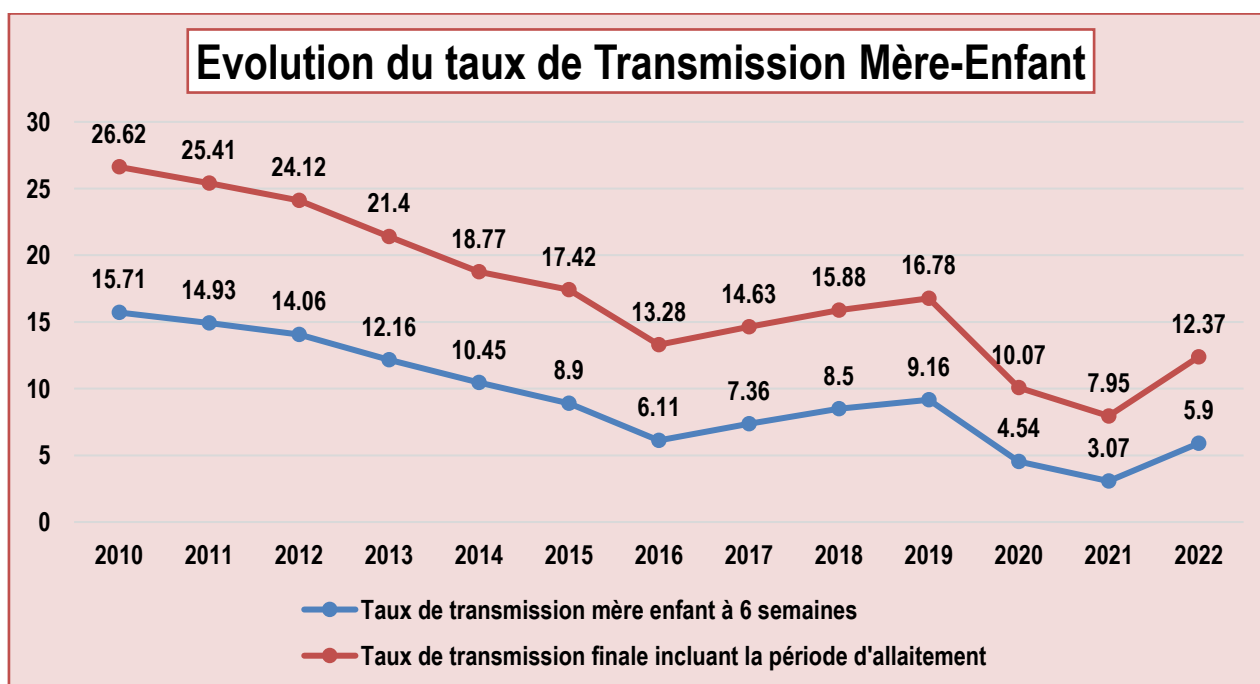


Figure 6 : Evolution du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant (Spectrum 2022)

*[Signature]*

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 26,6 en 2010 à 12, 37 selon le Spectrum 2022. Les efforts supplémentaires doivent être convergés pour pouvoir atteindre les objectifs d'élimination à l'horizon de 2030.

### **Les forces et opportunités :**

- ☛ Existence des documents normatifs (les directives)
- ☛ Les équipes des différents districts qui sont formés sur les directives en vigueur
- ☛ Les prestataires des FOSA qui sont formés sur les directives en vigueur
- ☛ Existence des intrants pour le dépistage, la prévention et le traitement
- ☛ La feuille de route élaborée dans le cadre d'accélérer la triple élimination, pour la nouvelle approche dernière ligne droite vers l'é-TME
- ☛ Existence du plan stratégique 2023-2027 et son plan opérationnel
- ☛ Existences des appareils Genxeperts pour le diagnostic précoce chez les enfants exposés et la mesure de la CV chez les femmes suivies en PTME
- ☛ La disponibilité les aide-mémoires /algorithmes sur la PTME et la PEC pédiatrique ; dans les FOSA et dans les BDS
- ☛ Traitement optimisé contenant DGT chez les femmes enceintes et les enfants
- ☛ Existence des mamans mentors et des hommes champions dans certaines BPS
- ☛ Tenue régulière des ateliers régionaux de coordination pour tous les intervenants en PTME/PECP
- ☛ Implication effective du gouvernement et des PTF dans l'accélération de la triple élimination
- ☛ Existence des comités politiques et techniques pour la triple élimination

### **Les faiblesses et obstacles**

- ☛ Faible taux des CPN précoces
- ☛ L'intégration des services non effective
- ☛ Faible taux des femmes VIH+ qui utilisent les méthodes contraceptives
- ☛ Faible taux de dépistage chez les enfants de moins de 15 ans
- ☛ Faible couverture en ARV pour la PEC pédiatrique
- ☛ Les Femmes qui abandonnent le TARV que ce soit pendant la grossesse ou allaitement
- ☛ Faiblesse dans le rapportage des données de qualité

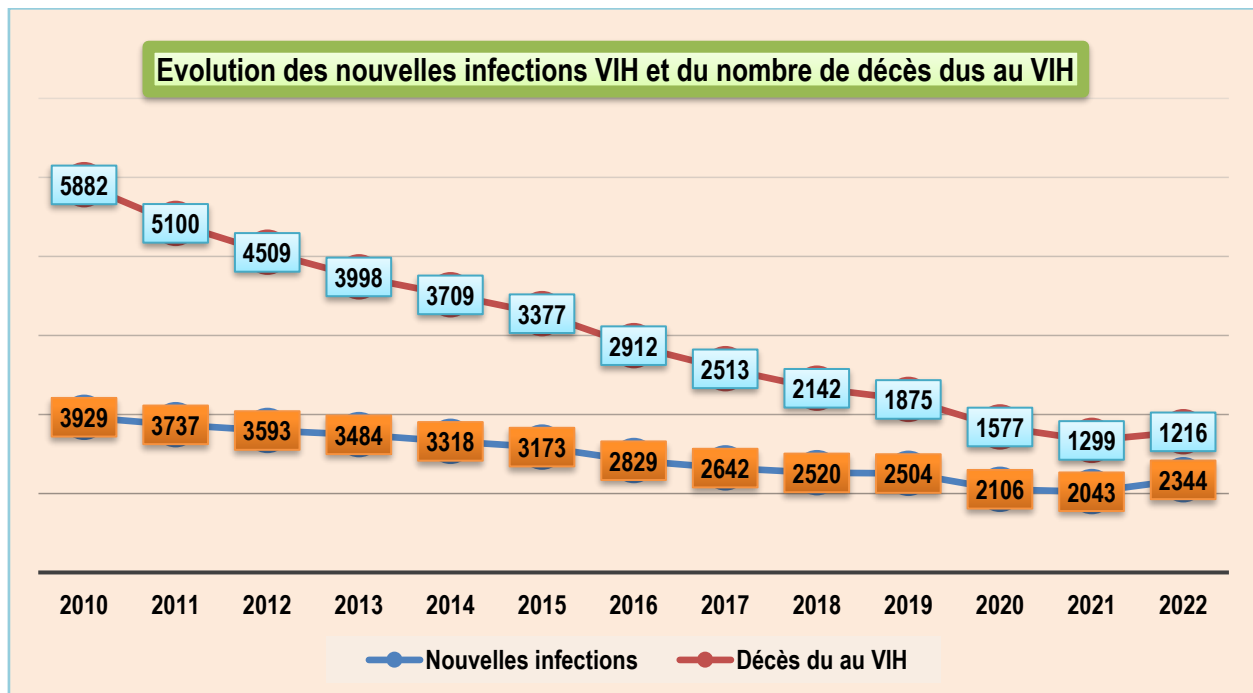
- ☛ Femmes enceintes séropositives au VIH qui refusent le traitement
- ☛ Les femmes en post partum/pendant l'allaitement ne sont pas dépistées au VIH
- ☛ Les enfants exposés qui ne sont pas suivis correctement (prophylaxie/dépistage précoce)
- ☛ Faiblesse dans le suivi du couple mère- enfant (abandons, perdu de vue, inobservance)
- ☛ Non implication effective de la communauté
- ☛ Manque de financement pour la réalisation de certaines activités
- ☛ Retard de décaissement des fonds pour la réalisation des activités
- ☛ De longues procédures financières pour le décaissement
- ☛ Les modalités de paiement des perdiems qui sont longues et tardives
- ☛ Accessibilité limitée au dépistage de l'hépatite virale B ;
- ☛ Vaccin à la naissance contre hépatite virale B non encore disponible

### ***Perspectives 2023***

- ❖ Renforcement des capacités des districts sanitaires et des formations sanitaires y compris les structures et acteurs communautaires sur la Santé Sexuelle et de la Reproduction (SSR)/VIH ;
- ❖ Renforcer l'intégration effective des services de PF dans les services de prise en charge des PVVIH à travers la supervision des prestataires sur l'intégration PF et PTME ;
- ❖ Améliorer la qualité des services PTME et la prise en charge pédiatrique à travers les visites de coaching ;
- ❖ Améliorer l'engagement de l'administration locale, des leaders religieux et communautaires dans la sensibilisation des filles et des femmes en âge de procréer sur la SSR/VIH/Syphilis/Hépatites (avec un accent sur la CPN précoce) ;
- ❖ Amélioration de la qualité des services offerts à travers les approches des prestations des services différenciés, les soins aux points de services (POC), le mentorat clinique et les supervisions formatives des prestataires au niveau des FOSA ;
- ❖ Renforcement de l'approvisionnement en intrants VIH/Syphilis/hépatite (tests de dépistage, tests de grossesse, ARV, etc.) ;
- ❖ Amélioration de la rétention (adhérence, observance...) du couple mère-enfant dans le continuum des soins notamment au niveau communautaire à travers les organisations des personnes vivant avec le VIH.



- ❖ Développement et mise en œuvre des stratégies mobilisation sociales et de communication pour le changement de comportement centrés sur l'é-TME
- ❖ Renforcement de la surveillance de l'é-TME à tous les niveaux (National, BPS, BDS...)
- ❖ Renforcement des capacités des acteurs communautaires sur les grossesses à moindre risque
- ❖ Promouvoir les avantages des CPN précoces et le dépistage du VIH/Syphilis /Hépatite pour les femmes enceintes et en post partum
- ❖ Renforcement de l'utilisation continue des services SR/PTME/PECP
- ❖ Renforcement des capacités techniques et logistique des districts sanitaires dans le suivi et encadrement des FOSA PTME/PECP
- ❖ 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 7 : Evolution de nouvelles infections (Projection Spectrum 2022)**

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

*Handwritten signature*

## III. 2. LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH

### III.2.1 Politique/Directives

Dans sa stratégie de réduire le taux des nouvelles infections et d'augmenter le nombre de personnes infectées mises sous traitement antirétroviral, le PNLS/IST en collaboration avec ses partenaires a :

- <sup>16</sup> Elaboré des addendum aux directives de 2020 visant l'élargissement de l'utilisation des combinaisons à base des Dolutégravir pour tous les adultes, adolescents et enfants ;
- <sup>16</sup> Mis en place des nouvelles stratégies 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
- <sup>16</sup> Elaboré un guide de prise en charge syndromique des IST révisé sur l'orientation des approches de l'OMS 2022
- <sup>16</sup> Organisé des sessions d'information d'un guide opérationnel pour orienter les prestataires de soins sur la mise en œuvre efficace de la PrEP dans le but de contribuer dans la réduction des nouvelles infections à VIH chez la population à haut risqué.

En plus, la délégation des tâches reste recommandée pour que toute personne dépistée VIH positive reçoive son traitement, dans les meilleurs délais ( $\leq 7$  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 75661 en 2022 et le tableau et le graphique ci-dessous montrent les détails par sexe et par âge en 2022.

Tableau 10 : Couverture en ARV en 2022

Indicateur	Total	<15 ans			>=15ans		
		M	F	Total	M	F	Total
Couverture en ARV	92%	40%	41%	41%	85%	104%	96%
PVVIH sous ARV	75553	1359	1348	2707	24717	48129	72846
PVVIH estimées (SPECTRUM 2022)	82166	3362	3296	6658	29195	46313	75508

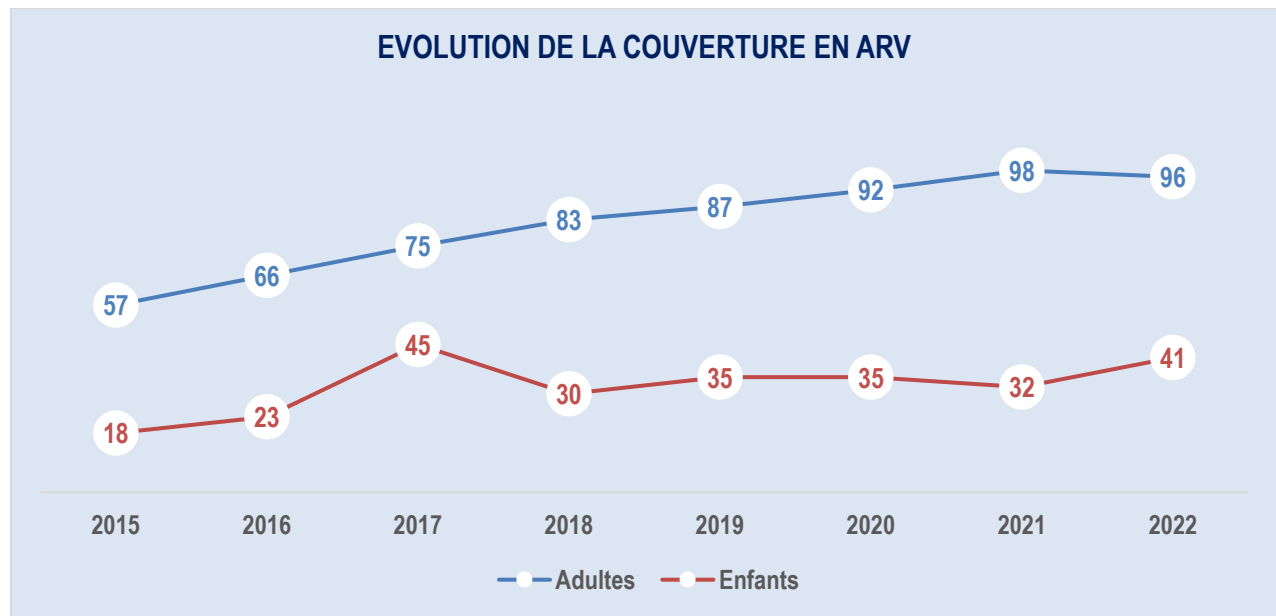


Figure 8 : Evolution de la couverture en ARV chez les adultes et les enfants de 2015 à 2022

**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 ;

*[Signature]*

- ❖ 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).

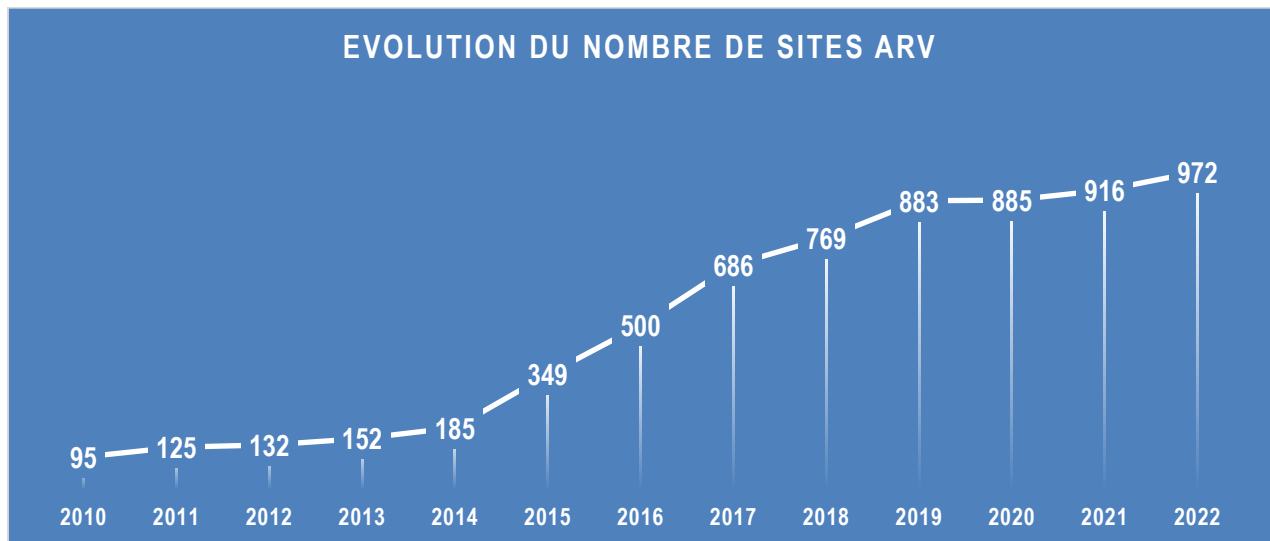
**Tableau 11 : Enrôlement des PVVIH dans les soins différenciés**

Indicateur		Résultat
Nbre de sites de PEC ARV		972
Nombre de sites DSD		295
Couverture géographique DSD		32.20%
FA des sites couverts par DSD fin Décembre 2022		63935
Nombre de clients stables ou éligibles à la DSD		59785
Nbre de patients stables enrôlés en DSD		45085 (75.4%)
Modèles de soins différenciés		
Modèle STD (PVVIH non stables pas au Burundi)		4150
Modèles moins intensifs (pour PVVIH stables seulement)	1.GAC	18003 (39.9%)
	2.EV3	21963 (48.7%)
	3.EV6	1455 (3.2%)
	4.CO	2493 (5.5%)
	5.MP(Outreach)	1171(2.5%)
DMM (Distribution Multi mensuelle des ARV) dans les sites mettant en œuvre les PSD avec file active totale de 63 935	6 mois	4335(6.7%)
	3 mois	55430(86.6%)
	<3mois	4150(6.4%)



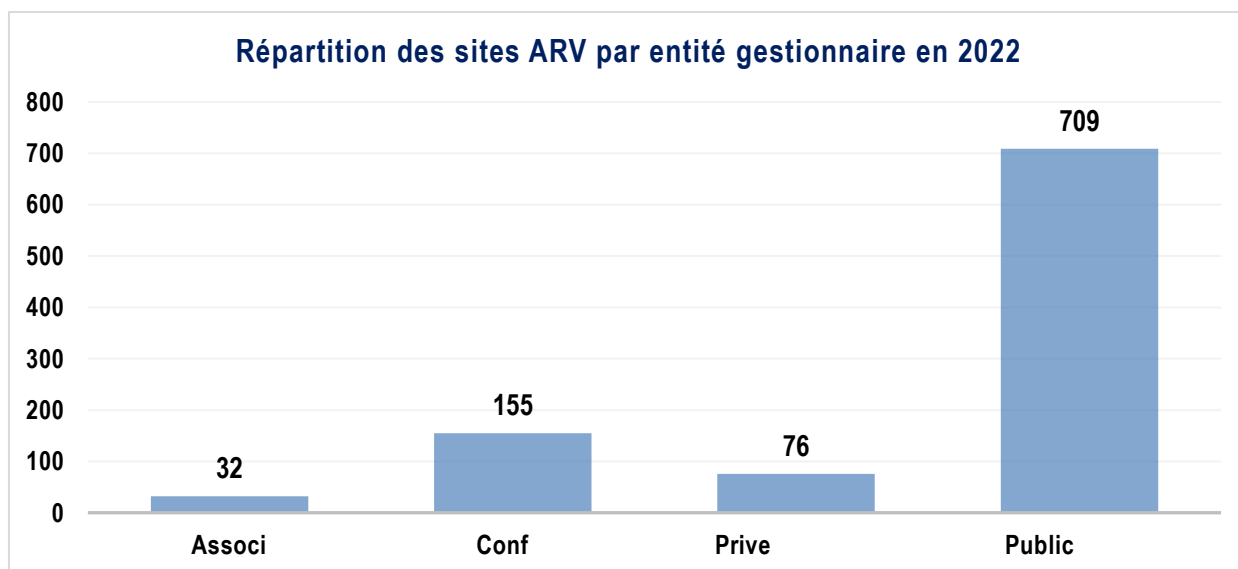
### Réalisations en 2022 :

- ➔ 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 ;
- ➔ 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.



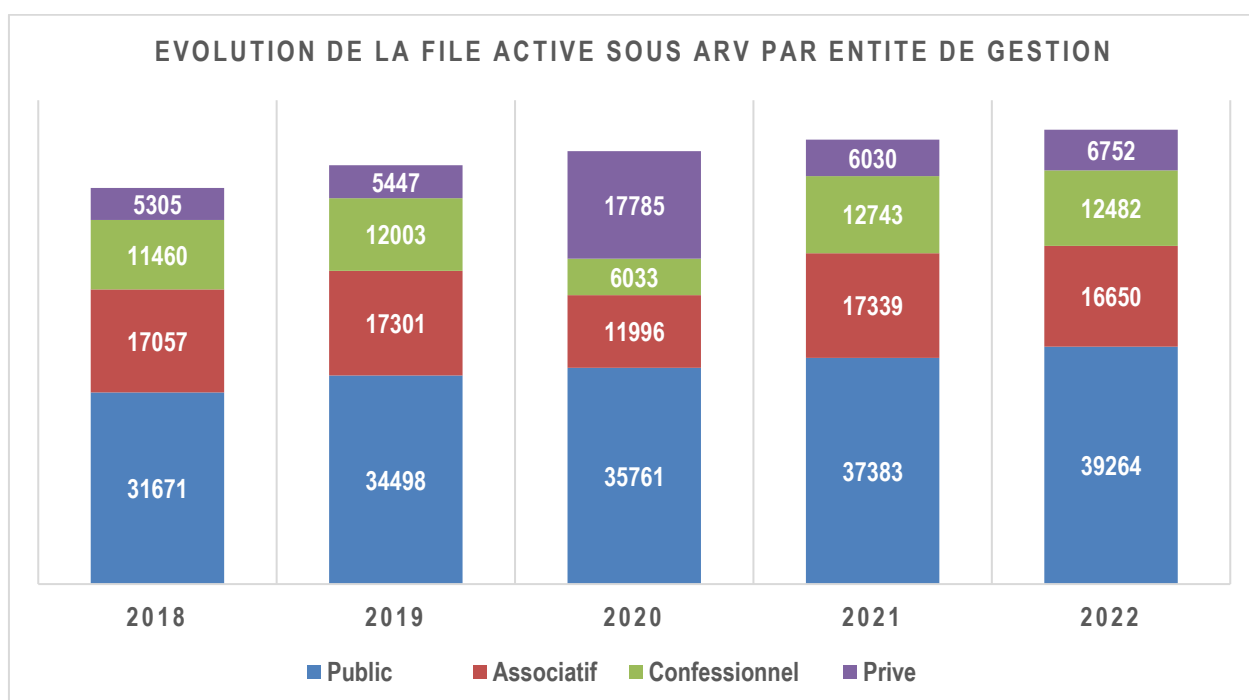
**Figure 9 : Evolution du nombre de sites ARV de 2010 à 2022**

Nous remarquons une augmentation progressive du nombre de sites de PEC qui est passé de 95 en 2010 à 972 en 2022 ; 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%.

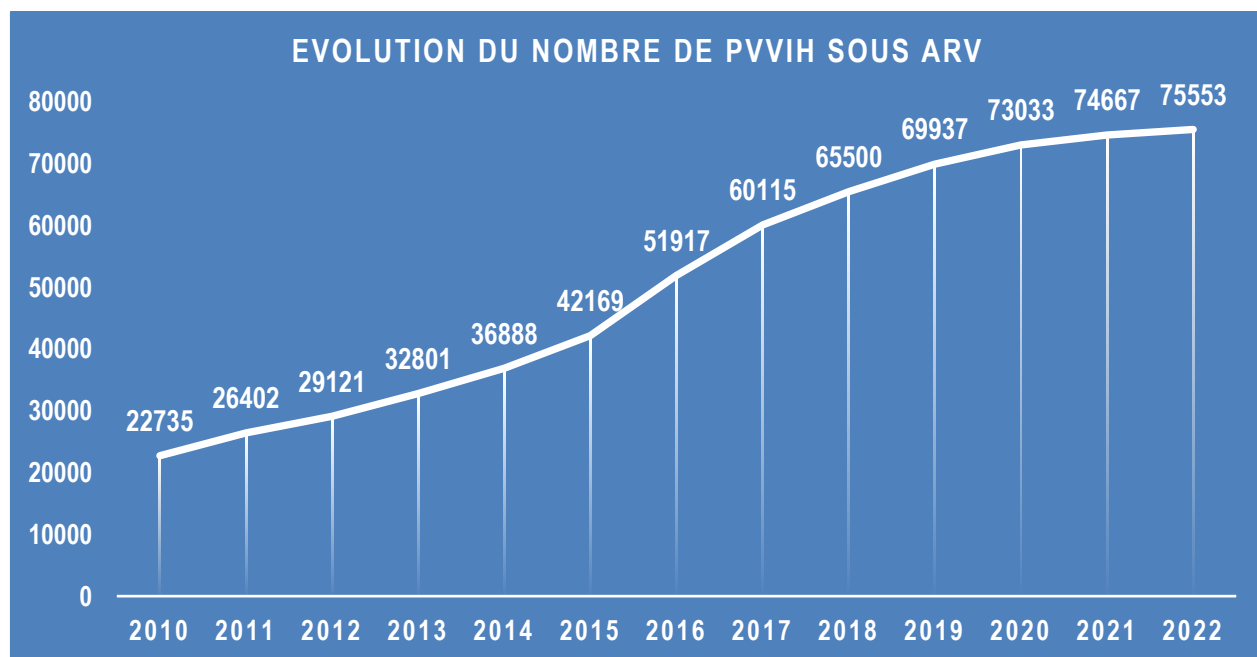


**Figure 10 : Evolution des sites ARV par entité de gestion**

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



**Figure 11 : Evolution de la File Active sous ARV par entité de gestion**



**Figure12 : Evolution du nombre de PVVIH sous ARV de 2010 à 2022**

### III.2.3. Situation des 95-95-95

Au cours de l'année 2022, le premier 95 ; qui est la porte d'entrée des 2 autres 95 n'a pas été atteint principalement chez les moins de cinq ans (41%). Il y a donc encore beaucoup d'enfants PVVIH qui ignorent leur statut sérologique. Concernant le troisième 95, il y a eu une nette évolution dans la réalisation de la Charge virale car, la couverture CV a passé de 58.03% en 2020 à 95% en 2022 avec un taux de suppression de 89.55% en 2020 à 85% en 2022. Il va falloir doubler d'efforts car la suppression de la Charge chez les enfants est allée en décroissant.

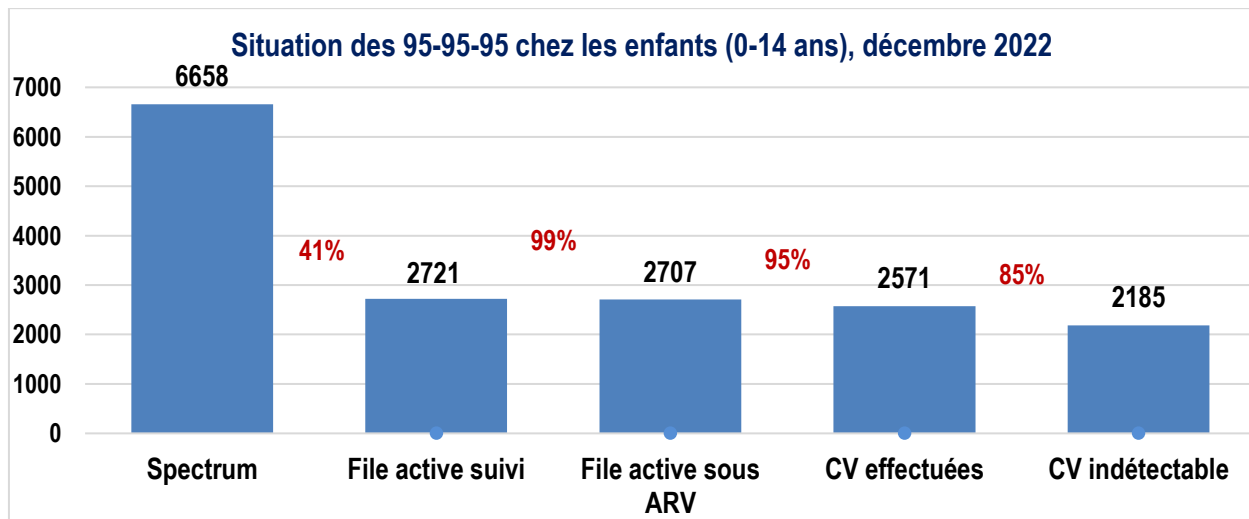


Figure 13 : Cascade des 95-95-95 chez les moins de 15 ans, en fin 2022

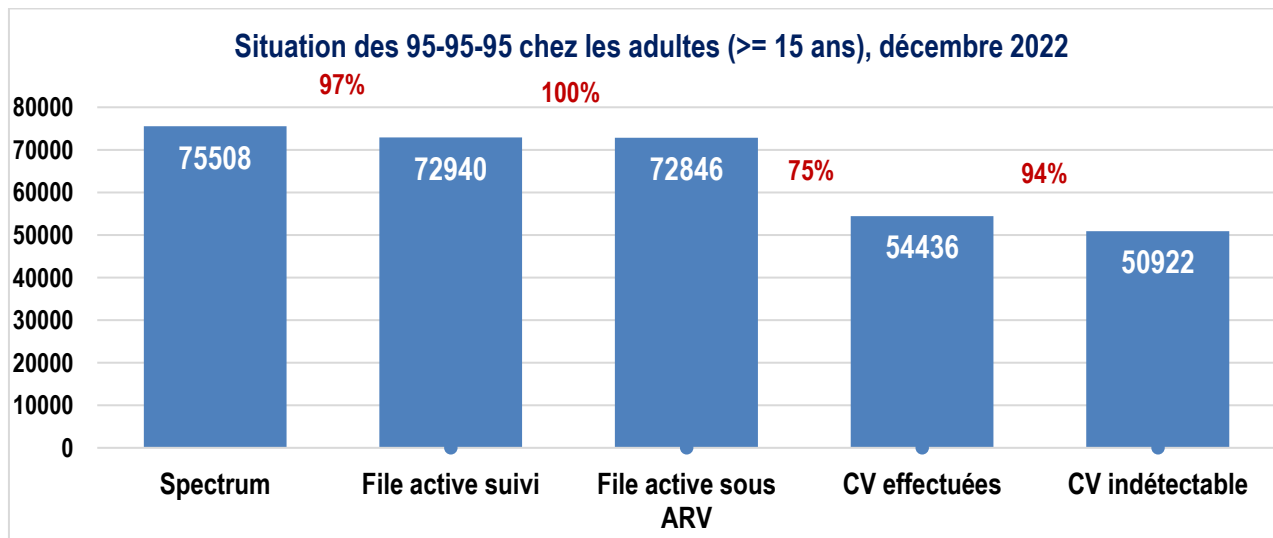
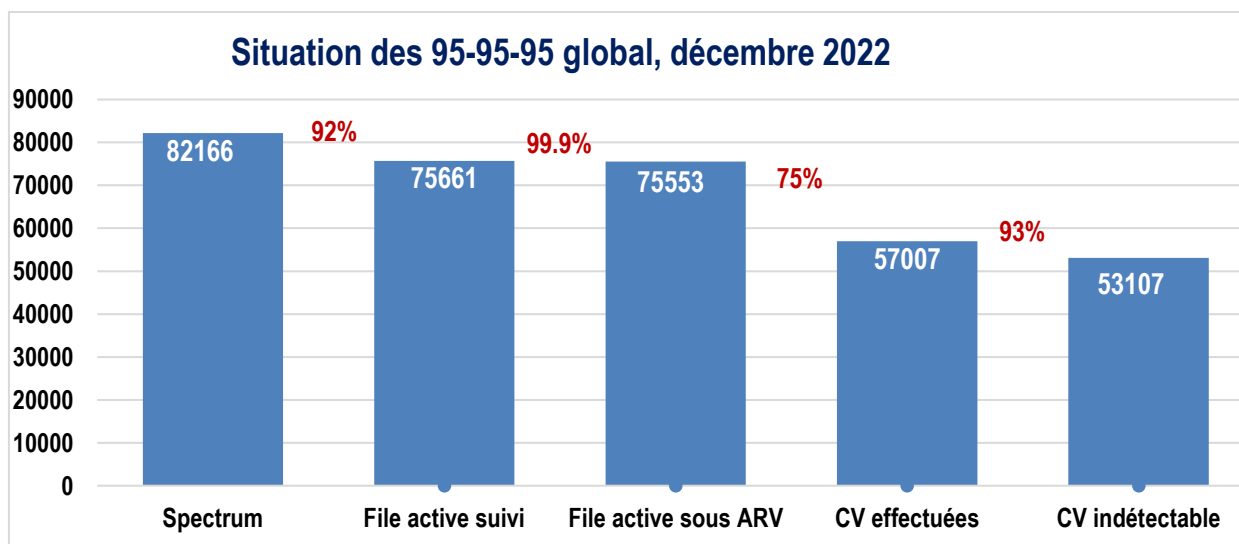


Figure 14 : Cascade des 95-95-95 chez les adultes (>= 15 ans) en fin 2022

*[Signature]*



**Figure 15 : Cascade des 95-95-95 global en fin 2022**

### ***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 infos) ;
- ☛ 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 CV au niveau des hôpitaux des districts.
- ☛ Existence d'au moins un laborantin formé sur les techniques de pré traitement des échantillons CV au niveau des hôpitaux des districts.

*Handwritten signature*

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

- ☛ Faible connaissance du statut sérologique surtout chez les enfants ;
- ☛ Le manque de pérennisation de la stratégie nationale de surveillance des résistances aux ARV ;
- ☛ Sida info non à jour et non fonctionnel dans certains sites de prise en charge des PVVIH ;
- ☛ 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 ;
- ☛ Faible accessibilité à la mesure de la charge virale chez les enfants et les adultes ;

### **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 de soins sur la prise en charge psychosociale des enfants et adolescent infectés par le VIH ;
- ➡ Organiser des formations sur la collecte des IAP à l'endroit des prestataires de soins des sites de prise en charge des PVVIH
- ➡ Organiser des collectes des IPA annuellement
- ➡ Mettre en place des outils (registre) de surveillance des effets indésirables au niveau de structures de PEC des PVVIH.

### III.2.4. Suivi biologique des PVVIH

L'évaluation de l'échec thérapeutique se fait à 3 niveaux : virologique par la mesure de la charge virale, immunologique par la mesure des CD4 et clinique par l'évaluation de la progression de la maladie. Cependant, La charge virale reste privilégiée pour le suivi du succès thérapeutique et la détection précoce des échecs au traitement ARV. L'échec virologique est défini par une CV >1000 copies, 6 mois après un traitement bien conduit ou une CV indétectable redevenant détectable en cours du traitement. L'idéal est que tout PVVIH sous ARV bénéficie au moment bien précis d'un test CV et qu'au moins 95% de ceux sous ARV ont une CV supprimée.

C'est pour cette raison que dans le but d'améliorer l'accès à la charge virale afin de mieux faire le suivi de nos PVVIH, différentes stratégies/interventions doivent être mis en place.

Pour l'année 2022, pas mal de choses ont été faites :

- ✦ Elaboration d'un dépliant pour améliorer la création de la demande de la Charge Virale
- ✦ Paramétrage de la mesure de la Charge virale dans tous les appareils GeneXperts 4 modules se trouvant dans le pays
- ✦ Paramétrage du test EID dans tous les GeneXpert pour contribuer au test de diagnostic précoce du VIH chez les enfants nés de mères séropositives ;
- ✦ Formation des laborantins de tous les sites ayant un appareil GeneXpert sur la manipulation de ces appareils ainsi que sur la maintenance préventive
- ✦ Mise en place d'un système inclusif pour les appareils Abbott
- ✦ Elaboration des Procédures Opérationnelles standards des laboratoires Charge Virale/Diagnostic précoce afin d'améliorer la qualité des données
- ✦ Elaboration d'un plan de transport mutualisé des échantillons Charge Virale/Diagnostic précoce /Tuberculose/COVID 19
- ✦ Des supervisions trimestrielles sur l'assurance qualité dans les laboratoires de mesure de la Charge Virale ;
- ✦ Des supervisions de la base des données dans certains laboratoires Charge Virale avec plateformes conventionnelles
- ✦ La collecte régulière des données Charge Virale au niveau des laboratoire
- ✦ Tenue des réunions du Groupes Technique de Travail Charge Virale afin de suivre régulièrement les données et défis des laboratoires Charge Virale.



## ***Forces et Opportunités***

### **1. Existence des infrastructures et des équipements Charge Virale au niveau du pays :**

- ✍ 7 appareils plateforme Abbott et 4 appareils plateforme ouverte OPPs
- ✍ 51 appareils GeneXperts paramétrés (Charge Virale / Diagnostic précoce) et fonctionnels ;
- ✍ 7 laboratoires de mesure de la Charge Virale avec des plateformes conventionnels (quatre labos avec OPPS et trois laboratoires avec Abbott)
- ✍ Huit appareils de mesure de la Charge Virale ;
- ✍ Une bonne répartition géographique de ces laboratoires mais nécessitant une revue.

### **2. Au moins 2 techniciens par site GeneXpert ont été formés à l'utilisation de ces GeneXpert**

- ☛ Existence d'un plan de mise à l'échelle de la Charge Virale 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 : une répartition harmonieuse des files actives en fonction des capacités respectives de chaque plateforme et des infrastructures routières existantes
- ☛ Guide de transport des échantillons servant comme guide

### **3. Existence de partenaires intervenant dans l'achat des intrants Charge Virale et dans l'appui financier et technique de la réalisation de certaines activités**

## ***Faiblesses et obstacles***

- ☛ Manque d'un système de rendu électronique des résultats bien fonctionnel
- ☛ Appui partiel d'un système de transport des échantillons Charge Virale/ Diagnostic précoce
- ☛ Pas d'un système de maintenance des équipements bien robuste (à part les appareils Abbott, les GeneXperts et les OPPS n'ont pas des contrats de maintenance)
- ☛ Pas d'enrôlement des laboratoires Charge Virale/ Diagnostic précoce dans un système d'Evaluation Externe de la Qualité (EEQ), ce qui met en cause les résultats livrés par ces laboratoires
- ☛ Inexistence d'un cadre d'échange des techniciens œuvrant dans les laboratoires Charge Virale/Diagnostic précoce
- ☛ Pas de formation/recyclage sur la manipulation de ces appareils et la validation des résultats surtout pour les plateformes OPPs



- ☛ Pas de back up électrique (générateur de courant) dans beaucoup de ces laboratoires Charge Virale
- ☛ Pas de réseau internet dans beaucoup de laboratoires GeneXperts alors que la saisie dans IBIPIMO exige qu'il y ait internet à haut débit.
- ☛ Faible accès des PVVIH au test CV et au test de diagnostic précoce pour les enfants exposés
- ☛ Etc...

### **Perspectives**

- ➡ Mise en place d'un système de rendu électronique des résultats ;
- ➡ Enrôler tous les laboratoires Charge Virale/diagnostic précoce (EID) dans un système d'Evaluation Externe de la Qualité (EEQ) ;
- ➡ Doter tous les laboratoires GeneXperts d'une connexion internet ;
- ➡ Améliorer la création de la demande via des activités de sensibilisation ;
- ➡ Créer un cadre d'échange des techniciens ;
- ➡ Appuyer le transport des échantillons Charge Virale/diagnostic précoce (EID) ;
- ➡ Organiser régulièrement des formations de recyclage des techniciens des labo Charge Virale/diagnostic précoce (EID) ;
- ➡ Achat des contrats de maintenance de tous les appareils Charge Virale/diagnostic précoce (EID) ;
- ➡ Impliquer les districts dans la coordination du transport des échantillons Charge Virale/diagnostic précoces (EID) ;
- ➡ Mettre à jour et rendre opérationnel le guide de transport des échantillons Charge Virale/diagnostic précoces (EID).

**Tableau 12 : PVVIH sous ARV par Province, par sexe chez les moins de 15 ans et les plus de 15 ans en 2022**

Province/District	Moins de 15ans			Plus de 15ans		
	M	F	Total	M	F	Total
<b>Bubanza</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>63</b>	<b>525</b>	<b>986</b>	<b>1511</b>
DS Bubanza	9	10	19	142	259	401
DS Mpanda	23	21	44	383	727	1110
<b>Bujumbura</b>	<b>48</b>	<b>62</b>	<b>110</b>	<b>772</b>	<b>1512</b>	<b>2284</b>
DS Isare	29	42	71	462	920	1382
DS Kabezi	17	16	33	192	357	549
DS Rwibaga	2	4	6	118	235	353
<b>Bujumbura Mairie</b>	<b>316</b>	<b>305</b>	<b>621</b>	<b>7773</b>	<b>15670</b>	<b>23443</b>
DS Bujumbura centre	109	99	208	2862	5914	8776
DS Bujumbura nord	163	171	334	3731	7703	11434
DS Bujumbura sud	44	35	79	1180	2053	3233
<b>Bururi</b>	<b>44</b>	<b>48</b>	<b>92</b>	<b>609</b>	<b>1222</b>	<b>1831</b>
DS Bururi	30	31	61	332	701	1033
DS Matana	5	15	20	190	357	547
DS Rutovu	9	2	11	87	164	251
<b>Cankuzo</b>	<b>34</b>	<b>29</b>	<b>63</b>	<b>449</b>	<b>825</b>	<b>1274</b>
DS Cankuzo	23	19	42	213	424	637
DS Murore	11	10	21	236	401	637
<b>Cibitoke</b>	<b>42</b>	<b>60</b>	<b>102</b>	<b>810</b>	<b>1717</b>	<b>2527</b>
DS Bukinanyana	3	1	4	40	69	109
DS Cibitoke	33	42	75	468	1123	1591
DS Mabayi	6	17	23	302	525	827
<b>Gitega</b>	<b>136</b>	<b>129</b>	<b>265</b>	<b>2364</b>	<b>4807</b>	<b>7171</b>
DS Gitega	73	73	146	1481	3187	4668
DS Kibuye	33	28	61	305	585	890
DS Mutaho	16	15	31	282	552	834
DS Ryansoro	14	13	27	296	483	779
<b>Karusi</b>	<b>64</b>	<b>65</b>	<b>129</b>	<b>603</b>	<b>1099</b>	<b>1702</b>
DS Buhiga	46	42	88	395	727	1122
DS Nyabikere	18	23	41	208	372	580
<b>Kayanza</b>	<b>67</b>	<b>76</b>	<b>143</b>	<b>1203</b>	<b>2153</b>	<b>3356</b>
DS Gahombo	10	19	29	250	483	733
DS Kayanza	37	32	69	691	1151	1842
DS Musema	20	25	45	262	519	781
<b>Kirundo</b>	<b>115</b>	<b>126</b>	<b>241</b>	<b>2632</b>	<b>4536</b>	<b>7168</b>
DS Busoni	15	16	31	393	682	1075
DS Kirundo	38	31	69	1182	2031	3213
DS Mukenke	25	24	49	513	920	1433

Province/District	Moins de 15ans			Plus de 15ans		
	M	F	Total	M	F	Total
DS Vumbi	37	55	92	544	903	1447
<b>Makamba</b>	<b>69</b>	<b>64</b>	<b>133</b>	<b>1020</b>	<b>2083</b>	<b>3103</b>
DS Makamba	27	29	56	406	764	1170
DS Nyanza-Lac	42	35	77	614	1319	1933
<b>Muramvya</b>	<b>33</b>	<b>36</b>	<b>69</b>	<b>389</b>	<b>784</b>	<b>1173</b>
DS Kiganda	9	6	15	126	221	347
DS Muramvya	24	30	54	263	563	826
<b>Muyinga</b>	<b>84</b>	<b>69</b>	<b>153</b>	<b>1455</b>	<b>2888</b>	<b>4343</b>
DS Gashoho	25	16	41	242	573	815
DS Giteranyi	20	26	46	531	918	1449
DS Muyinga	39	27	66	682	1397	2079
<b>Mwaro</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>33</b>	<b>327</b>	<b>737</b>	<b>1064</b>
DS Fota	6	6	12	71	177	248
DS Kibumbu	10	11	21	256	560	816
<b>Ngozi</b>	<b>104</b>	<b>91</b>	<b>195</b>	<b>1783</b>	<b>3345</b>	<b>5128</b>
DS Buye	14	20	34	240	419	659
DS Kiremba	29	17	46	396	709	1105
DS Ngozi	61	54	115	1147	2217	3364
<b>Rumonge</b>	<b>53</b>	<b>58</b>	<b>111</b>	<b>770</b>	<b>1546</b>	<b>2316</b>
DS Bugarama	10	6	16	154	205	359
DS Rumonge	43	52	95	616	1341	1957
<b>Rutana</b>	<b>38</b>	<b>33</b>	<b>71</b>	<b>524</b>	<b>997</b>	<b>1521</b>
DS Gihofi	15	10	25	229	414	643
DS Rutana	23	23	46	295	583	878
<b>Ruyigi</b>	<b>64</b>	<b>49</b>	<b>113</b>	<b>709</b>	<b>1222</b>	<b>1931</b>
DS Butezi	15	12	27	142	216	358
DS Gisuru	12	9	21	140	219	359
DS Kinyinya	15	10	25	185	338	523
DS Ruyigi	22	18	40	242	449	691
<b>Total général</b>	<b>1359</b>	<b>1348</b>	<b>2707</b>	<b>24717</b>	<b>48129</b>	<b>72846</b>

### **III.2.5. Prise en charge des coinfections et comorbidités**

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

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

#### **a. Prise en charge de la coinfection 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 coinfection 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 coinfection 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 la Rifapentine et INH à courte durée de prise « 1 mois » destinée aux adultes et enfants de plus de 2 ans
- ❖ 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 coinfection TB/VIH.



b. Prise en charge de la coinfection VIH/HV

Tableau 13 : Cascade de la Coinfection VIH/TB en 2022 par District

Province/District	PVVIH venues en consultation	PVVIH ayant bénéficié screening <sup>TR</sup>	Screening Positif	PVVIH Testés pour TB	PVVIH testés TB+	PVVIH sous ARV enrôlées aux anti Tuberculeux	PVVIH AC sous INH	NC INH pour NC ARV	NC INH pour AC ARV	PVVIH Ayant terminé la prophylaxie INH	PVVIH Arrêt INH	Testé VIH+ et mis sous INH
<b>Bubanza</b>	<b>1451</b>	<b>1387</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>228</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>399</b>	<b>18</b>	<b>28</b>
DS Bubanza	353	342	7	7	1	1	40	6	5	1	4	6
DS Mpanda	1098	1045	2	1	1	1	188	15	5	398	14	22
<b>Bujumbura</b>	<b>1780</b>	<b>1448</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>325</b>	<b>25</b>	<b>13</b>	<b>663</b>	<b>47</b>	<b>21</b>
DS Kabezi	546	530	2	2	2	2	69	10	2	163	1	10
DS Rwibaga	306	207					19	1		37	23	
DS Isare	928	711					237	14	11	463	23	11
<b>Bujumbura Mairie</b>	<b>15798</b>	<b>18602</b>	<b>66</b>	<b>31</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>2649</b>	<b>102</b>	<b>284</b>	<b>2733</b>	<b>87</b>	<b>68</b>
DS Bujumbura centre	6130	6105	10	7	3	3	810	19	217	68	6	13
DS Bujumbura nord	7622	10627	52	20	11	17	1392	64	38	518	40	44
DS Bujumbura sud	2046	1870	4	4	1	1	447	19	29	2147	41	11
<b>Bururi</b>	<b>1192</b>	<b>1063</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>158</b>	<b>18</b>	<b>54</b>	<b>179</b>	<b>26</b>	<b>10</b>

4

Province/District	PVVIH venues en consultation	PVVIH ayant bénéficié screening <sup>TR</sup>	Screening Positif	PVVIH Testés pour TB	PVVIH testés TB+	PVVIH sous ARV enrôlées aux anti Tuberculeux	PVVIH AC sous INH	NC INH pour NC ARV	NC INH pour AC ARV	PVVIH Ayant terminé la prophylaxie INH	PVVIH Arrêt INH	Testé VIH+ et mis sous INH
DS Bururi	534	421	2	2	2	2	97	6	52	5	2	4
DS Matana	468	468					28	5		72	2	5
DS Rutovu	190	174					33	7	2	102	22	1
<b>Cankuzo</b>	<b>1254</b>	<b>1065</b>	<b>8</b>	<b>8</b>			<b>199</b>	<b>10</b>		<b>241</b>	<b>2</b>	<b>10</b>
DS Cankuzo	551	455	2	2			100	1		212	1	1
DS Murore	703	610	6	6			99	9		29	1	9
<b>Cibitoke</b>	<b>2486</b>	<b>2409</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>807</b>	<b>59</b>	<b>43</b>	<b>241</b>	<b>2</b>	<b>60</b>
DS Bukinanyana	5	5										
DS Cibitoke	943	920	1	1			459	15	36	67	2	11
DS Mabayi	1538	1484	1	1	1	1	348	44	7	174		49
<b>Gitega</b>	<b>4404</b>	<b>3933</b>	<b>40</b>	<b>39</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1112</b>	<b>50</b>	<b>25</b>	<b>935</b>	<b>36</b>	<b>41</b>
DS Gitega	2338	2187	26	25	3	3	800	23	19	409	4	23
DS Kibuye	539	524	9	9			139	7		36	4	6
DS Mutaho	1016	868	2	2			82	9	3	275	28	1

4

Province/District	PVVIH venues en consultation	PVVIH ayant bénéficié screening TR	Screening Positif	PVVIH Testés pour TB	PVVIH testés TB+	PVVIH sous ARV enrôlées aux anti Tuberculeux	PVVIH AC sous INH	NC INH pour NC ARV	NC INH pour AC ARV	PVVIH Ayant terminé la prophylaxie INH	PVVIH Arrêt INH	Testé VIH+ et mis sous INH
DS Ryansoro	511	354	3	3			91	11	3	215		11
<b>Karusi</b>	<b>1713</b>	<b>1704</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>148</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>19</b>
DS Buhiga	1048	1047	2	2	1	1	83	8	3	11	2	10
DS Nyabikere	665	657	2	2			65	10		6	7	9
<b>Kayanza</b>	<b>3872</b>	<b>3826</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>78</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>259</b>	<b>7</b>	<b>5</b>
DS Gahombo	735	732	5	5			36	1	2	9	3	1
DS Kayanza	2396	2362	2	2	1	1	22		1		1	
DS Musema	741	732	5	5	1	1	20	5	11	250	3	4
<b>Kirundo</b>	<b>7990</b>	<b>7807</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>754</b>	<b>89</b>	<b>44</b>	<b>1135</b>	<b>27</b>	<b>64</b>
DS Busoni	1145	1136	3	3	1	1	146	22	10	46	14	18
DS Kirundo	3208	3147	5	5	1	1	248	33	10	243	2	22
DS Mukenke	1746	1637	1	1	1	1	52	7	15	108	7	6
DS Vumbi	1891	1887	3	3	1	1	308	27	9	738	4	18
<b>Makamba</b>	<b>4021</b>	<b>3675</b>					<b>759</b>	<b>27</b>	<b>10</b>	<b>2290</b>	<b>7</b>	<b>17</b>

4

Province/District	PVVIH venues en consultation	PVVIH ayant bénéficié screening TR	Screening Positif	PVVIH Testés pour TB	PVVIH testés TB+	PVVIH sous ARV enrôlées aux anti Tuberculeux	PVVIH AC sous INH	NC INH pour NC ARV	NC INH pour AC ARV	PVVIH Ayant terminé la prophylaxie INH	PVVIH Arrêt INH	Testé VIH+ et mis sous INH
DS Makamba	1093	1061					97	5	1	272	3	5
DS Nyanza-Lac	2928	2614					662	22	9	2018	4	12
<b>Muramvya</b>	<b>1080</b>	<b>1080</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>323</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
DS Kiganda	468	468	14	14	2	2	3	3	1	1	1	2
DS Muramvya	612	612					320	2	2	8	1	
<b>Muyinga</b>	<b>4439</b>	<b>3746</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>832</b>	<b>75</b>	<b>38</b>	<b>250</b>	<b>51</b>	<b>63</b>
DS Gashoho	697	652					82	17	2	16	1	8
DS Giteranyi	2311	1673					314	32	21	178	6	26
DS Muyinga	1431	1421	5	5	1	1	436	26	15	56	44	29
<b>Mwaro</b>	<b>805</b>	<b>775</b>	<b>3</b>	<b>3</b>			<b>158</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>170</b>	<b>11</b>	<b>4</b>
DS Fota	206	205	1	1			12	2		62	1	2
DS Kibumbu	599	570	2	2			146	7	3	108	10	2
<b>Ngozi</b>	<b>5587</b>	<b>5122</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>483</b>	<b>34</b>	<b>43</b>	<b>1592</b>	<b>6</b>	<b>25</b>
DS Buye	1068	785					105	5	7	810		2

4



Province/District	PVVIH venues en consultation	PVVIH ayant bénéficié screening <sup>TR</sup>	Screening Positif	PVVIH Testés pour TB	PVVIH testés TB+	PVVIH sous ARV enrôlés aux anti Tuberculeux	PVVIH AC sous INH	NC INH pour NC ARV	NC INH pour AC ARV	PVVIH Ayant terminé la prophylaxie INH	PVVIH Arrêt INH	Testé VIH+ et mis sous INH
DS Kiremba	1076	1071	2	2			83	5	10	16		1
DS Ngozi	3443	3266	8	8	2	2	295	24	26	766	6	22
<b>Rumonge</b>	<b>2179</b>	<b>1934</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>386</b>	<b>41</b>	<b>39</b>	<b>255</b>	<b>6</b>	<b>28</b>
DS Bugarama	231	176					79	8		113		4
DS Rumonge	1948	1758	2	2	1	1	307	33	39	142	6	24
<b>Rutana</b>	<b>2014</b>	<b>1932</b>					<b>159</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>85</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
DS Gihofi	824	819					89	9	5	58	4	1
DS Rutana	1190	1113					70	2	2	27		1
<b>Ruyigi</b>	<b>1973</b>	<b>1546</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>158</b>	<b>25</b>	<b>7</b>	<b>451</b>	<b>2</b>	<b>19</b>
DS Butezi	330	261	12	12	1	1	30	3	3	179	2	4
DS Gisuru	244	234					56	4		25		4
DS Kinyinya	535	449	4	4			37	8		29		3
DS Ruyigi	864	602					35	10	4	218		8
<b>Total général</b>	<b>64038</b>	<b>63054</b>	<b>207</b>	<b>170</b>	<b>39</b>	<b>45</b>	<b>9716</b>	<b>625</b>	<b>640</b>	<b>11904</b>	<b>350</b>	<b>486</b>

4

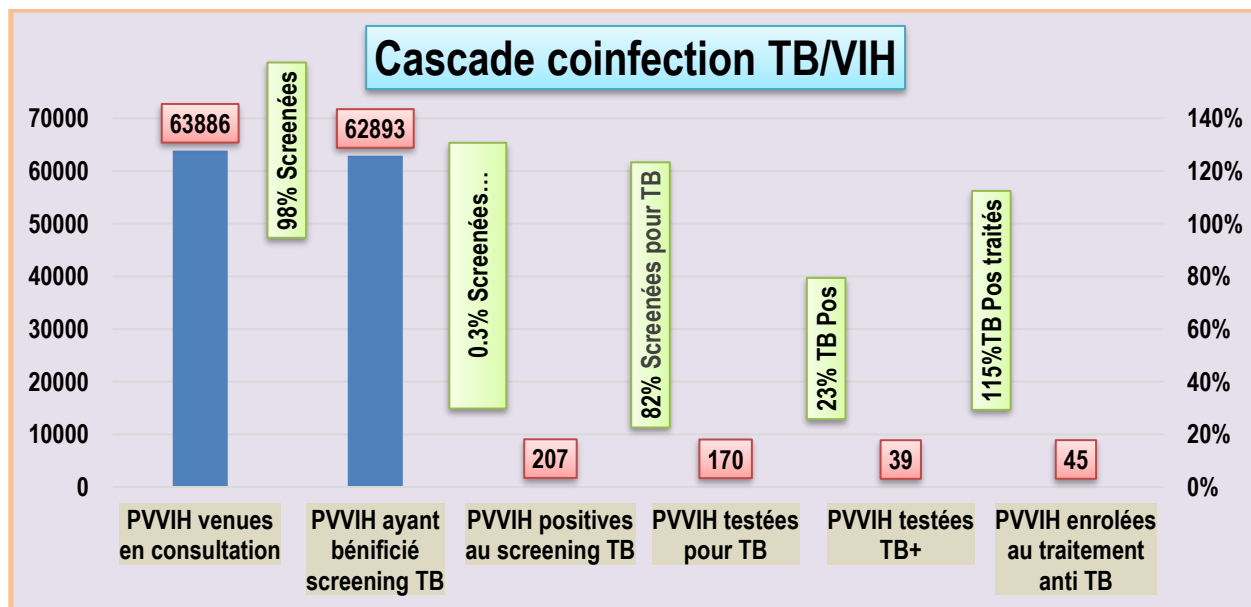


Figure 16 : Graphique/ cascade de la coinfection VIH/TB

#### 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 coinfection TB/VIH ;
- ☛ Existence des comités provinciaux de gestion de la coinfection 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 coinfection 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.

*Handwritten signature*

### **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.

### **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 perceptives) a été organisée

Au cours de l'année 2022 sur 63 886 cas de screening de la TB réalisés, 207 ont été positifs, 170 ont été testées de la TB, parmi celles-ci, 39 ont été testées TB + et 45 ont été enrôlées au traitement anti tuberculose.

L'enrôlement des nouveaux cas à l'INH a été fait aux 1268 PVVIH et 11904 ont terminé la prophylaxie au cours de l'année 2022



## **Par rapport à la coïnfection VIH/HV**

### **Réalisations 2022**

- ✦ Validation 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 et les 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 ;
- ✦ Campagne de dépistage des hépatites virales B et C autours de la Journée Mondiale de Lutte contre les Hépatites Virales ;
- ✦ Animation d'une émission à la RTNB sur les hépatites virales en collaboration avec l'OMS ;
- ✦ Intégration des hépatites virales B et C dans les outils révisés de collecte et de rapportage des données ;
- ✦ Intégration des hépatites virales dans le Plan stratégique national intégré VIH/IST/HV 2023-2027.

### **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 Techniques et Financiers 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 ;
- ➞ Elaboration des directives nationales de dépistage et de diagnostic des hépatites virales au Burundi ;
- ➞ Dépistage des populations à haut risque des hépatites B et C ;
- ➞ Formation continue des prestataires de soins sur le dépistage, la prévention et la prise en charges 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 2022**

PROVINCE/DISTRICT	Hép B : Examen effectué	Hépatite B : Résultats Pos	Positivité Hép B	Hép C : examen effectués	Hép C : Résultat Pos	Positivité Hép C
<b>Bubanza</b>	<b>445</b>	<b>19</b>	<b>4,3%</b>	<b>306</b>	<b>26</b>	<b>8,5%</b>
DS Bubanza	DND	DND	DND	4	2	50,0%
DS Mpanda	445	19	4,3%	302	24	7,9%
<b>Bujumbura</b>	<b>253</b>	<b>6</b>	<b>2,4%</b>	<b>251</b>	<b>2</b>	<b>0,8%</b>
DS Isale	141	5	3,5%	141	2	1,4%
DS Kabezi	7	1	14,3%	5	DND	0,0%
DS Rwibaga	105	DND	0,0%	105	DND	0,0%
<b>Bujumbura Mairie</b>	<b>10392</b>	<b>379</b>	<b>3,6%</b>	<b>11124</b>	<b>391</b>	<b>3,5%</b>
DS Bujumbura centre	2324	52	2,2%	1987	43	2,2%
DS Bujumbura nord	7327	318	4,3%	7142	262	3,7%
DS Bujumbura sud	741	9	1,2%	1995	86	4,3%
<b>Bururi</b>	<b>1006</b>	<b>93</b>	<b>9,2%</b>	<b>1110</b>	<b>101</b>	<b>9,1%</b>
DS Bururi	DND	DND	DND	DND	DND	DND
DS Matana	731	86	11,8%	846	87	10,3%
DS Rutovu	275	7	2,5%	264	14	5,3%
<b>Cankuzo</b>	<b>1</b>	<b>DND</b>	<b>0,0%</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>
DS Cankuzo	DND	DND	DND	DND	DND	DND
DS Murore	1		0,0%	DND	DND	DND
<b>Cibitoke</b>	<b>562</b>	<b>21</b>	<b>3,7%</b>	<b>547</b>	<b>32</b>	<b>5,9%</b>
DS Bukinanyana	33	DND	0,0%	36	1	2,8%
DS Cibitoke	329	19	5,8%	310	30	9,7%
DS Mabayi	200	2	1,0%	201	1	0,5%
<b>Gitega</b>	<b>1738</b>	<b>78</b>	<b>4,5%</b>	<b>1387</b>	<b>101</b>	<b>7,3%</b>
DS Gitega	1667	76	4,6%	1331	99	7,4%
DS Kibuye	DND	DND	DND	DND	DND	DND
DS Mutaho	56	DND	0,0%	54	2	3,7%
DS Ryansoro	15	2	13,3%	2		0,0%
<b>Karusi</b>	<b>60</b>	<b>12</b>	<b>20,0%</b>	<b>51</b>	<b>13</b>	<b>25,5%</b>
DS Buhiga	60	12	20,0%	51	13	25,5%
DS Nyabikere	DND	DND	DND	DND	DND	DND
<b>Kayanza</b>	<b>819</b>	<b>65</b>	<b>7,9%</b>	<b>780</b>	<b>36</b>	<b>4,6%</b>
DS Gahombo	DND	DND	DND	DND	DND	DND
DS Kayanza	818	65	7,9%	779	36	4,6%
DS Musema	1	DND	0,0%	1	DND	0,0%
<b>Kirundo</b>	<b>29</b>	<b>DND</b>	<b>0,0%</b>	<b>27</b>	<b>DND</b>	<b>0,0%</b>
DS Busoni	DND	DND	DND	DND	DND	DND
DS Kirundo	29	DND	0,0%	27	DND	0,0%

PROVINCE/DISTRICT	Hép B : Examen effectué	Hépatite B : Résultats Pos	Positivité Hep B	Hep C : examen effectués	Hep C : Résultat Pos	Positivité Hep C
DS Mukenke	DND	DND	DND	DND	DND	DND
DS Vumbi	DND	DND	DND	DND	DND	DND
<b>Makamba</b>	<b>1726</b>	<b>58</b>	<b>3,4%</b>	<b>1690</b>	<b>124</b>	<b>7,3%</b>
DS Makamba	1246	58	4,7%	1312	122	9,3%
DS Nyanza-Lac	480		0,0%	378	2	0,5%
<b>Muramvya</b>	<b>61</b>	<b>6</b>	<b>9,8%</b>	<b>73</b>	<b>12</b>	<b>16,4%</b>
DS Kiganda	DND	DND	DND	DND	DND	DND
DS Muramvya	61	6	9,8%	73	12	16,4%
<b>Muyinga</b>	<b>1369</b>	<b>99</b>	<b>7,2%</b>	<b>1184</b>	<b>118</b>	<b>10,0%</b>
DS Gashoho	DND	DND	DND	DND	DND	DND
DS Giteranyi	68	4	5,9%	25		0,0%
DS Muyinga	1301	95	7,3%	1159	118	10,2%
<b>Mwaro</b>	<b>175</b>	<b>6</b>	<b>3,4%</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>
DS Fota	DND	DND	DND	DND	DND	DND
DS Kibumbu	175	6	3,4%	DND	DND	DND
<b>Ngozi</b>	<b>1091</b>	<b>21</b>	<b>1,9%</b>	<b>880</b>	<b>41</b>	<b>4,7%</b>
DS Buye	DND	DND	DND	DND	DND	DND
DS Kiremba	21	2	9,5%	20	2	10,0%
DS Ngozi	1070	19	1,8%	860	39	4,5%
<b>Rumonge</b>	<b>3129</b>	<b>84</b>	<b>2,7%</b>	<b>2621</b>	<b>44</b>	<b>1,7%</b>
DS Bugarama	86	5	5,8%	88	7	8,0%
DS Rumonge	3043	79	2,6%	2533	37	1,5%
<b>Rutana</b>	<b>58</b>	<b>22</b>	<b>37,9%</b>	<b>203</b>	<b>40</b>	<b>19,7%</b>
DS Gihofi	58	22	37,9%	47	13	27,7%
DS Rutana	DND	DND	DND	156	27	17,3%
<b>Ruyigi</b>	<b>844</b>	<b>82</b>	<b>9,7%</b>	<b>819</b>	<b>48</b>	<b>5,9%</b>
DS Butezi	262	13	5,0%	247	13	5,3%
DS Gisuru	DND	DND	DND	DND	DND	DND
DS Kinyinya	402	52	12,9%	405	32	7,9%
DS Ruyigi	180	17	9,4%	167	3	1,8%
<b>Total général</b>	<b>23758</b>	<b>1051</b>	<b>4,4%</b>	<b>23053</b>	<b>1129</b>	<b>4,9%</b>

Tableau 15 : Prévention de la transmission des hépatites virales de la mère à l'enfant, 2022

PROVINC/DISTRICTE	Accouchement : Femme VHB+ connu	Accouchement : Femme VHB+ déjà sous traitement	CPN : Femme dépistée VHB+	Naissances vivantes des mères VHB+	NN des mères VHB+ ayant reçu le vaccin anti-VHB
<b>Bubanza</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>DND</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
DS Bubanza	5	1	DND	1	1
DS Mpanda	DND	DND	DND	DND	DND
<b>Bujumbura</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>DND</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
DS Isare	3	5	DND	1	1
DS Kabezi	1	1	DND	DND	DND
DS Rwibaga	4	2	DND	4	4
<b>Bujumbura Mairie</b>	<b>318</b>	<b>34</b>	<b>16</b>	<b>307</b>	<b>24</b>
DS Bujumbura centre	11	1	12	10	5
DS Bujumbura nord	306	32	3	296	18
DS Bujumbura sud	1	1	1	1	1
<b>Bururi</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>DND</b>
DS Bururi	DND	DND	4	1	DND
DS Matana	DND	1	DND	DND	DND
DS Rutovu	1	1	DND	DND	DND
<b>Cankuzo</b>	<b>2</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>3</b>	<b>DND</b>
DS Cankuzo	2	DND	DND	3	DND
DS Murore	DND	DND	DND	DND	DND
<b>Cibitoke</b>	<b>7</b>	<b>6</b>		<b>4</b>	<b>2</b>
DS Bukinanyana	DND	DND	DND	DND	DND
DS Cibitoke	7	6	DND	3	1
DS Mabayi	DND	DND	DND	1	1
<b>Gitega</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>DND</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
DS Gitega	2	2	DND	3	1
DS Kibuye	3	DND	DND	3	2
DS Mutaho		1	DND	DND	DND
DS Ryansoro	1	1	DND	DND	DND
<b>Karusi</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>DND</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
DS Buhiga	4	2	DND	4	2
DS Nyabikere	DND	DND	DND	DND	DND



PROVINC/DISTRICTE	Accouchement : Femme VHB+ connu	Accouchement : Femme VHB+ déjà sous traitement	CPN : Femme dépistée VHB+	Naissances vivantes des mères VHB+	NN des mères VHB+ ayant reçu le vaccin anti-VHB
<b>Kayanza</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>DND</b>	<b>7</b>	<b>3</b>
DS Gahombo	1	DND	DND	1	DND
DS Kayanza	1	1	DND	5	2
DS Musema	2	DND	DND	1	1
<b>Kirundo</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>DND</b>	<b>9</b>	<b>2</b>
DS Busoni	DND	DND	DND	DND	DND
DS Kirundo	5	5	DND	6	2
DS Mukenke	DND	DND	DND	DND	DND
DS Vumbi	2	4	DND	3	DND
<b>Makamba</b>	<b>1</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>285</b>	<b>242</b>
DS Makamba		DND	DND	DND	DND
DS Nyanza-Lac	1	DND	DND	285	242
<b>Muramvya</b>	<b>1</b>	<b>DND</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>DND</b>
DS Kiganda	1	DND		1	DND
DS Muramvya	DND	DND	1	DND	DND
<b>Muyinga</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>DND</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
DS Gashoho	DND	1	DND	DND	DND
DS Giteranyi	1	DND	DND	2	DND
DS Muyinga	7	DND	DND	3	1
<b>Mwaro</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>DND</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
DS Fota	DND	DND	DND	DND	DND
DS Kibumbu	6	1	DND	1	1
<b>Ngozi</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>DND</b>	<b>5</b>	<b>2</b>
DS Buye	1	2	DND	2	DND
DS Kiremba	DND	DND	DND	DND	DND
DS Ngozi	5	4	DND	3	2
<b>Rumonge</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>DND</b>	<b>8</b>	<b>6</b>
DS Bugarama	1	1	DND	1	DND
DS Rumonge	6	1	DND	7	6
<b>Rutana</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>DND</b>	<b>7</b>	<b>5</b>
DS Gihofi	DND	DND	DND	1	DND
DS Rutana	6	3	DND	6	5

PROVINC/DISTRICTE	Accouchement : Femme VHB+ connu	Accouchement : Femme VHB+ déjà sous traitement	CPN : Femme dépistée VHB+	Naissances vivantes des mères VHB+	NN des mères VHB+ ayant reçu le vaccin anti-VHB
<b>Ruyigi</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>19</b>
DS Butezi	3	2	1	5	16
DS Gisuru	1	1	DND	2	1
DS Kinyinya	1	1	DND		DND
DS Ruyigi	3	1	DND	2	2
<b>Total général</b>	<b>405</b>	<b>85</b>	<b>DND</b>	<b>668</b>	<b>318</b>

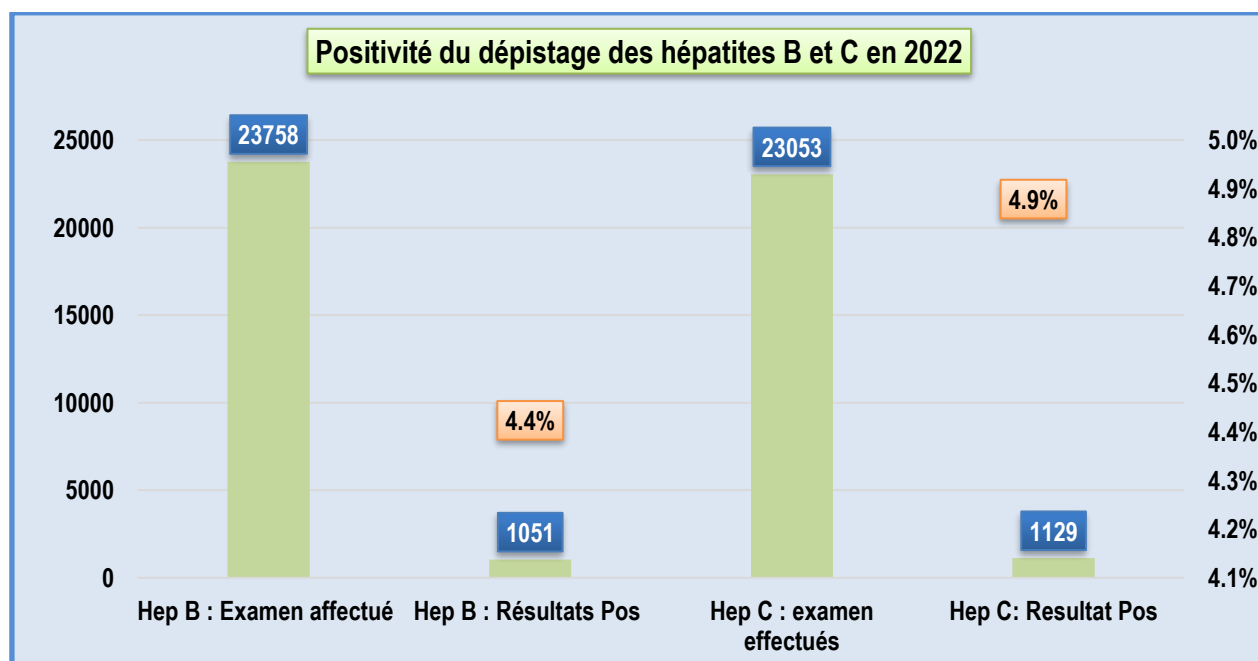


Figure 17 : Taux de positivité des hépatites B et C en 2022

## Par rapport aux Comorbidités

Tableau 16 : Infections opportunistes diagnostiquées et traitées par province en 2022

Province/District	IO : Diarrhée chronique			IO : Méningite (Crypto, bact)			IO : Pneumopathie bact			IO : Zona			IO : autres IO		
	Cas référés	Nouveaux cas suspects	Nouveaux cas traités	Cas référés	Nouveaux cas suspects	Nouveaux cas traités	Cas référés	Nouveaux cas suspects	Nouveaux cas traités	Cas référés	Nouveaux cas suspects	Nouveaux cas traités	Cas référés	Nouveaux cas suspects	Nouveaux cas traités
<b>Bubanza</b>	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	2	2	DND	1	1	16	85	76
DS Mpanda	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	2	2	DND	1	1	16	85	76
Bujumbura	DND	2	1	DND	5	5	DND	44	44	1	2	2	10	59	52
DS Isare	DND	2	1	DND	DND	DND	DND	3	3	DND	1	1	DND	4	3
DS Kabezi	DND	DND	DND	DND	5	5	DND	41	41	1	1	1	10	55	49
<b>Bujumbura Mairie</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>601</b>	<b>593</b>	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	<b>3091</b>	<b>3060</b>
DS Bujumbura centre	DND	3	3	DND	9	9	1	103	91	1	12	7	1	114	101
DS Bujumbura nord	1	3	2	1	4	3	1	472	476	DND	8	8	11	2973	2956
DS Bujumbura sud	DND	DND	DND		2	2		26	26	DND	3	1	1	4	3
<b>Bururi</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>DND</b>	<b>547</b>	<b>547</b>
DS Bururi	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	540	540
DS Matana	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	1	1		7	7
<b>Cankuzo</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
DS Cankuzo	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	1	1
<b>Cibitoke</b>	<b>DND</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>DND</b>	<b>48</b>	<b>48</b>
DS Cibitoke	DND	1	1	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	2	2	DND	48	48
<b>Gitega</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>DND</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>200</b>	<b>190</b>
DS Gitega	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	18	15	DND	1	1	1	184	179

4

Province/District	IO : Diarrhée chronique			IO : Méningite (Crypto, bact)			IO : Pneumopathie bact			IO : Zona			IO : autres IO		
	Cas référés	Nouveaux cas suspects	Nouveaux cas traités	Cas référés	Nouveaux cas suspects	Nouveaux cas traités	Cas référés	Nouveaux cas suspects	Nouveaux cas traités	Cas référés	Nouveaux cas suspects	Nouveaux cas traités	Cas référés	Nouveaux cas suspects	Nouveaux cas traités
DS Kibuye	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	1	1	DND	5	2
DS Mutaho	1	3	2	DND	DND	DND	DND	4	4	DND	2	2	2	11	9
<b>Karusi</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>18</b>	<b>18</b>
DS Buhiga	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	18	18
<b>Kayanza</b>	<b>DND</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>DND</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>111</b>	<b>111</b>
DS Gahombo	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	1	1	1
DS Kayanza	DND	3	3	DND	DND	DND	DND	10	10	DND	1	1	DND	107	107
DS Musema	DND	2	2	DND	DND	DND	DND	3	2	DND	DND	DND	DND	3	3
<b>Kirundo</b>	<b>1</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>DND</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>74</b>	<b>71</b>	<b>DND</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>DND</b>	<b>1282</b>	<b>1282</b>
DS Kirundo	DND	7	7	DND	2	2		54	54	DND	1	1	DND	1261	1261
DS Mukenke	1	12	11	DND	6	6	1	20	17	DND	2	DND	DND	21	21
DS Vumbi	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	1	1	DND	DND	DND
<b>Makamba</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>62</b>	<b>62</b>	<b>DND</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>DND</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
DS Makamba	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	62	62	DND	2	2	DND	4	4
<b>Muramvya</b>	<b>DND</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>DND</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
DS Kiganda	DND	1	1	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	1	DND	DND	1	1
DS Muramvya	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	1	1	DND	DND	DND
<b>Muyinga</b>	<b>DND</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
DS Giteranyi	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	1	1	1
DS Muyinga	DND	1	1	DND	DND	DND	DND	4	4	DND	DND	DND	1	1	DND
<b>Mwaro</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>22</b>	<b>12</b>	<b>DND</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>33</b>	<b>14</b>
DS Fota	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	23	7

4

Province/District	IO : Diarrhée chronique			IO : Méningite (Crypto, bact)			IO : Pneumopathie bact			IO : Zona			IO : autres IO		
	Cas référés	Nouveaux cas suspects	Nouveaux cas traités	Cas référés	Nouveaux cas suspects	Nouveaux cas traités	Cas référés	Nouveaux cas suspects	Nouveaux cas traités	Cas référés	Nouveaux cas suspects	Nouveaux cas traités	Cas référés	Nouveaux cas suspects	Nouveaux cas traités
DS Kibumbu	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	22	12	DND	2	1	1	10	7
<b>Ngozi</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>DND</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>444</b>	<b>350</b>
DS Buye	DND	DND	DND	DND	DND	DND	1	1	1	DND	DND	DND	DND	DND	DND
DS Kirembo	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	1	1	4	DND	DND
DS Ngozi	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	1	DND	DND	3	1	DND	444	350
<b>Rutana</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>DND</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>DND</b>	<b>60</b>	<b>60</b>
DS Gihofi	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	1	1	DND	DND	DND
DS Rutana	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	60	60
<b>Ruyigi</b>	<b>DND</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>DND</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>DND</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>DND</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>DND</b>	<b>1393</b>	<b>1390</b>
DS Butezi	DND	1	1	DND	DND	DND	DND	18	18	DND	1	1	DND	1389	1386
DS Gisuru	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	2	2
DS Kinyinya	DND	1	1	DND	1	1	DND	7	7	DND	1	1		2	2
DS Ruyigi	DND	DND	DND	DND	1	1	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND	DND
<b>Total général</b>	<b>3</b>	<b>40</b>	<b>36</b>	<b>1</b>	<b>30</b>	<b>29</b>	<b>4</b>	<b>871</b>	<b>845</b>	<b>2</b>	<b>51</b>	<b>38</b>	<b>50</b>	<b>7379</b>	<b>7205</b>

4

### III. 2.6. 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 Traitement ARVs ; à l'observance thérapeutique et dans la réduction des cas d'abandons et de perdu de vue.

Pourtant, le programme en charge de la lutte contre le VIH/ sida et les Infections Sexuellement Transmissible se trouve devant 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 2022 :**

Au cours de l'année 2022, le PNLS/IST/HV a pu former 630 prestataires de soins des sites de PEC/PTME des structures publiques, associatives et privées y compris les superviseurs du niveau central ; les points focaux VIH des BPS et BDS ainsi que les Conseillers Techniques VIH/TB sur la prise en charge psychosociale, la prise en charge nutritionnelle et sur la santé mentale.

#### **Forces et Opportunités**

- ☛ 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 charges psychosociales des PVVIH au niveau national.

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

- ☼ Le document sur le paquet intégré de services essentiels de nutrition pour la prise en charge nutritionnelle des PVVIH (PISEN), n'a pas été multiplié et diffusé ;
- ☼ 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/HV et le PRONIANUT ;

### **Les 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 ;
- ❖ Formation des prestataires des sites de PEC des PVVIH sur la prise en charge psychosociale des PVVIH en générale et les jeunes enfants et adolescents infectés et affectés par le VIH en particulier et sur la santé mentale
- ❖ Organisation des ateliers d'échange d'expérience entre les jeunes vivant avec le VIH regroupés dans le RNJ+ et ceux suivis dans les structures de prise en charge
- ❖ Formation des parents/tutelles des enfants et adolescents vivant avec le VIH sur l'accompagnement psychosocial et sur la santé mentale
- ❖ 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 PV

### **III.3. LA GESTION LOGISTIQUE DES INTRANTS**

Les médicaments et autres produits couramment utilisés dans le secteur de la santé pour la lutte contre le VIH et le sida proviennent de plusieurs sources notamment : (i) Le gouvernement à travers le budget ordinaire du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le sida, (ii) des fonds des Partenaires bilatéraux et multilatéraux (Fonds Mondial, USAID/PEPFAR) et (iii) les dons des ONG internationales

. Concernant l'entreposage et le circuit de distribution, ces médicaments sont stockés à la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du BURUNDI (CAMEBU) et distribués à tous les districts sanitaires (pour les centres de santé et hôpitaux du pays sur base de réquisitions

#### ***Réalisations :***

- ✦ Quantification annuelle des intrants VIH/IST
- ✦ Mise à jour et revue des niveaux de stock pour les intrants VIH ;
- ✦ Suivi et réception des intrants de lutte contre le VIH ;
- ✦ Des ateliers trimestriels de mise à jour du plan d'approvisionnement en intrants de lutte contre le VIH/SIDA ont été réalisés ;

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

- ☛ La disponibilité en permanence des Intrants VIH
- ☛ Existence des partenaires nous appuyant dans l'achat des intrants
- ☛ Existence d'un dépôt à la CAMEBU pour le stockage des intrants ;
- ☛ Existence d'un sous-comité national de quantification,
- ☛ Existence des outils de gestion des intrants à tous les niveaux.



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

- ☛ Les problèmes liés à la chaîne d'approvisionnement (la distribution active n'est pas efficace, les moyens de transport des intrants ne respectant pas les normes, Insuffisance des locaux pour le stockage des intrants VIH pour certains Districts Sanitaires) ;
- ☛ Le dépôt de la CAMEBU se trouve seulement à Bujumbura ;
- ☛ Manque de supervision formatives sur le système de gestions des intrants VIH ;
- ☛ Pas de ligne budgétaire pour les activités de suivi de la traçabilité des intrants VIH/IST/HV
- ☛ Pas d'activité de suivi des effets indésirables /Toxiques dus aux ARV
- ☛ Inexistence d'un système de gestion électronique des intrants,
- ☛ Non maîtrise de l'outil de quantification par l'équipe nationale

### ***Perspectives :***

- ❖ Etude des goulots d'étranglement dans la chaîne d'approvisionnement pour renforcer le système d'assurance qualité des intrants et médicaments et pour mettre en place des plans d'approvisionnement adaptés ;
- ❖ Renforcement du système d'information sur la gestion logistique SIGL par l'extension de la couverture par le logiciel LMIS ;
- ❖ Renforcement des capacités du personnel GAS ;
- ❖ Renforcement des capacités des gestionnaires des pharmacies des districts et des FOSA sur la Gestion des Approvisionnements et Stocks ;
- ❖ Réhabilitation des stocks pharmacies dans les districts sanitaires qui ont un espace insuffisant pour le stockage des intrants VIH et autres médicaments ;
- ❖ Formation du personnel GAS et PEC sur la pharmacovigilance
- ❖ Formation de recyclage de l'équipe PNLS/IST/HV faisant la validation des intrants à la CAMEBU sur la gestion des intrants
- ❖ Décentraliser le dépôt des intrants



### **III. 4. RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION**

Un système de Suivi-Evaluation fonctionnel représente une des pierres angulaires de la riposte au sida, les IST et les Hépatites Virales 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 2023-2027. 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.
- ❖ Mobilisation des PVVIH pour enregistrement au système d'identifiant unique biométrique
- ❖ Interopérabilité entre Sida Info et la base de données DHIS2
- ❖ Renforcement des capacités des cadres du PNLS/IST/HV (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 2022 :***

- ✦ Mettre à jour les outils de collecte et rapportage des données en faveur de toutes les nouvelles approches (soins différenciés, datation de l'infection à VIH, nouveaux tests de dépistage).
- ✦ Formation de 179 prestataires sur l'utilisation de sida info-web biométrique
- ✦ La mise en place d'un système d'identifiant unique dans les sites de la première phase.
- ✦ 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
- ✦ Interopérabilité entre la base de données DHIS2 et le Sida Info web
- ✦ Interopérabilité entre la plateforme IBIPIMO et la base de données DHIS2
- ✦ Elaboration d'un guide des procédures opérationnelles pour les réunions de revues des performances du Programme.

## **Supervisions :**

- ✦ Supervisions trimestrielles des sites avec Sida Info fonctionnel (préciser le nombre des sites visités).

## **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/HV 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

## **Renforcement de la gouvernance et leadership**

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

- ☛ Les Planifications stratégiques nationales quinquennales ainsi que les planifications opérationnelles annuelles sont régulières ;
- ☛ Utilisation des données épidémiologiques et programmatiques à des fins de planification ;
- ☛ Existence d'un logiciel de suivi des cohortes de PVVIH au niveau des sites (SIDA INFO) ;
- ☛ Existence des partenaires qui appuient le Suivi Evaluation de la riposte au VIH et le SNIS ;
- ☛ 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.

### ***Les meilleures pratiques :***

- ➡ Coordination entre la DSNIS, le PNLS/IST et les autres partenaires intervenant dans la lutte contre le VIH sur la disponibilité des informations nécessaires pour la prise des décisions et la gestion des activités du Programme de lutte contre les IST/VIH ;
- ➡ Tous les niveaux du système de santé du Burundi peuvent faire le suivi des indicateurs concernant les IST/VIH de chaque FOSA du pays.
- ➡ Toutes les formations sanitaires sont responsables de la gestion de leurs données.



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

- Personnel du service Suivi-Evaluation non formé sur la planification et le Suivi-Evaluation ;
- 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 ;
- Faible rapportage des données du secteur privé et communautaire ;
- L'absence d'interopérabilité des bases de données existantes (DHIS 2, Open Clinic) et ceux attendus ou en cours de développement (eLMIS) ;
- Faible appropriation et utilisation des données par le niveau périphérique et opérationnel ;
- Persistance des données aberrantes ;
- Sida Info web qui est absent ou non fonctionnel au niveau de certains sites de prise en charge ;
- Mauvaise compréhension des indicateurs à collecter par les prestataires de soins au niveau des sites de PEC ;
- L'insuffisance du parc informatique et de la connectivité internet.

### **Perspectives 2023 :**

- ➡ Mise à jour d'un guide d'analyse des données conformément aux nouveaux outils révisés
- ➡ 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 web DHIS et les autres plateformes ;
- ➡ Mener une évaluation de la qualité des données du Programme VIH, Edition 2023 ;
- ➡ Faire le plaidoyer pour rendre disponible les outils de collecte et gestion des données VIH/IST/HV ;
- ➡ Former le personnel du Niveau central, opérationnel et périphérique sur les nouveaux outils de collecte et de rapportage des données



## REFERENCES

1. Plan Stratégique National 2023-2027
2. ISTEEBU, Rapport de l'enquête modulaire sur les conditions de vie des ménages 2013/2014
3. ISTEEBU, Projection ISTEEBU, 2010-2050
4. ONUSIDA 2019, Estimation des PVVIH au Burundi (Spectrum 2022)
5. Rapport Etude PLACE 2013
6. Rapport Etude Stigma Index 2021
7. Enquête Démographique et de Sante du Burundi (EDSB) 2016-2017

