

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



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET**  
**LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE 2018-2022**

**SECRETARIAT EXECUTIF PERMANENT DU CNLS**



Décembre 2017

## Table des matières

AVANT PROPOS.....	ix
<b>I. CONTEXTE GENERAL ACTUEL DU BURUNDI .....</b>	<b>1</b>
<b>I.1. Contexte géographique.....</b>	<b>1</b>
<b>I.2. Organisation administrative et politique .....</b>	<b>1</b>
<b>I.3. Démographie et Population .....</b>	<b>1</b>
<b>I.4. Situation socio-économique.....</b>	<b>1</b>
<b>I.5. Education .....</b>	<b>2</b>
<b>II. LE SYSTEME SANITAIRE DU BURUNDI ET L'ETAT DE SANTE DE LAPOPULATION .....</b>	<b>2</b>
<b>2.1. Le système de santé.....</b>	<b>2</b>
<b>2.2. Principaux indicateurs de santé.....</b>	<b>3</b>
<b>III. LE POINT SUR L'EPIDEMIE A VIH EN 2017.....</b>	<b>5</b>
<b>3.1. Situation, dynamique et profil évolutif de l'épidémie.....</b>	<b>5</b>
<b>IV. ETAT DE LA RIPOSTE AU VIH AU BURUNDI EN 2017 .....</b>	<b>8</b>
<b>4.1. Prévention des nouvelles infections .....</b>	<b>9</b>
<b>4.1.1. Connaissance sur le VIH et sida.....</b>	<b>9</b>
<b>4.1.2. Utilisation systématique du préservatif chez les adultes, jeunes et populations clés .....</b>	<b>10</b>
<b>4.1.3. Dépistage du VIH dans la population générale .....</b>	<b>10</b>
<b>4.1.4. Circoncision masculine .....</b>	<b>11</b>
<b>4.1.5. Implication des jeunes et des populations clé dans la réponse .....</b>	<b>12</b>
<b>4.1.6. Les Infections sexuellement transmissibles.....</b>	<b>12</b>
<b>4.1.7. Violences sexuelles .....</b>	<b>13</b>
<b>4.1.8. Synthèse des constats en matière de prévention du VIH .....</b>	<b>13</b>
<b>4.2. PTME.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2.1. Couverture des services PTME.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2.2. Offre des services.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2.3. Résumé des constats de la PTME.....</b>	<b>17</b>
<b>4.3. Prise en charge globale des PVVIH.....</b>	<b>19</b>
<b>4.3.1. Stratégie Gestion et Approvisionnement des stocks d'intrants VIH.....</b>	<b>21</b>
<b>4.3.2. Résumé des constats dans la prise en charge globale .....</b>	<b>22</b>
<b>4.4. Réduction de l'impact du VIH, genre, droits humains et lutte contre la stigmatisation et discrimination .....</b>	<b>24</b>
<b>4.5. Coordination, suivi évaluation, et mobilisation/gestion des ressources financières, et gouvernance .....</b>	<b>28</b>
<b>4.5.1. Suivi-Evaluation .....</b>	<b>28</b>
<b>4.5.2. Coordination de la réponse nationale.....</b>	<b>30</b>
<b>4.6.3. Mobilisation, gestion financière et gouvernance .....</b>	<b>31</b>
<b>V. RECOMMANDATIONS GENERALES DE LA REVUE DU PSN 2014-2017 .....</b>	<b>31</b>
<b>VI. VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS du PSN 2018-2022.....</b>	<b>36</b>
<b>6.1. Vision .....</b>	<b>36</b>
<b>6.2. Principes Directeurs .....</b>	<b>36</b>

6.3. Un engagement politique fort et une appropriation de la réponse au VIH et sida .....	36
6.4. Bonne gouvernance de la riposte au VIH/sida.....	37
6.5. Décentralisation de la riposte.....	37
6.6. Le respect des droits humains .....	37
6.7. Accès universel et gratuité des soins .....	38
6.8. Bonne gouvernance et obligation de rendre compte.....	38
6.9. Multisectorialité et intersectorialité .....	38
VII. FACTEURS DETERMINANTS A LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS .....	39
7.1. Les facteurs déterminants ou facteurs critiques.....	39
7.2. Alignement.....	39
VIII. STRATEGIE NATIONALE 2018-2022 .....	39
8.1. Approche stratégique pour la mise en œuvre du PSN.....	39
8.2. Localisation des interventions .....	40
8.3. Population cible.....	40
8.4. Combinaison des interventions .....	41
IX. CHAINE DE RESULTATS DU PSN-2018-2022 .....	41
9.2. Objectifs stratégiques .....	41
9.3. Résultats attendus.....	42
9.4. Les interventions du PSN 2018-2022.....	42
9.5. Les domaines prioritaires d'interventions du PSN 2018-2022 .....	42
9.6. Renforcement du système de santé.....	44
X. SYNTHÈSE DES PRIORITÉS DU PSN 2018-2022 .....	45
XI. STRATEGIES MAJEURES DE LA RIPOSTE NATIONALE AU VH/SIDA ET IST POUR 2018-2022.....	47
XII. LA CHAÎNE DES RESULTATS. ....	49
XIII. Le CADRE DE PERFORMANCE DU PLAN STRATEGIQUE .....	55
XIV. LE BUDGET DU PLAN STRATEGIQUE-2018-2022 .....	67
XV. MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE .....	75
15.1. Le cadre institutionnel .....	75
15.2. Processus de mise en œuvre .....	76
15.3. Plan de mise en œuvre.....	77
15.4. Le Cadre de suivi et de l'évaluation .....	77
Annexe : .....	79

**SIGLES ET ACRONYMES**

<b>AC</b>	Animateur Communautaire
<b>AGR</b>	Activités Génératrices de Revenus
<b>ARV</b>	Antirétroviraux
<b>BPS</b>	Bureau Provincial de Santé
<b>CAMEBU</b>	Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels du Burundi
<b>CAM</b>	Carte d'assistance médicale
<b>CCC</b>	Communication pour le Changement de Comportement
<b>CDV</b>	Centre de Dépistage du VIH ou conseil et dépistage du VIH
<b>CEEAC</b>	Communauté Economique des Etats d'Afrique Centrale.
<b>CMLS</b>	Comité Municipal de lutte contre le SIDA
<b>CLS</b>	Comités Locaux de lutte contre le SIDA
<b>CNLS</b>	Conseil National de Lutte contre le SIDA
<b>CNTS</b>	Centre National de Transfusion Sanguine
<b>CPLS</b>	Comité Provincial de lutte contre le SIDA
<b>CPN</b>	Consultations prénatales
<b>CPSD</b>	Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement
<b>CRTS</b>	Centre Régional de Transfusion Sanguine
<b>CSLP</b>	Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté
<b>EDS</b>	Enquête démographique et de santé
<b>éTME</b>	Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
<b>ECD</b>	Equipe Cadre du District.
<b>FM</b>	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
<b>HSH</b>	Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes



<b>IEC</b>	Information-Education-Communication
<b>INSP</b>	Institut National de Santé Publique
<b>IO</b>	Infection Opportuniste
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>JANS.</b>	Joint Assessment of National Strategies.
<b>MOT</b>	Modes Of Transmissions
<b>MSPLS</b>	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
<b>OEV</b>	Orphelins et autres Enfants Vulnérables
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
<b>OSC</b>	Organisations de la Société Civile
<b>PE</b>	Pairs éducateurs
<b>PEC</b>	Prise en charge
<b>PEPFAR</b>	Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida
<b>PIB</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PLACE</b>	Prioritizing Local Aids Control Efforts
<b>PNSR</b>	Programme National de Santé de la Reproduction
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PPE</b>	Prophylaxie post-exposition
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
<b>PVVIH</b>	Personne 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 Acquise
<b>SR</b>	Santé reproductive
	SRMNIA
<b>TPS</b>	Technicien de Promotion de la Santé

<b>TS</b>	Travailleuse du Sexe
<b>SNU</b>	Système des Nations Unies
<b>SSR</b>	Santé sexuelle et reproductive
<b>USLS</b>	Unité Sectorielle de lutte contre le SIDA
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations unies pour l'enfance
<b>VBG</b>	Violences Basées sur le Genre
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>ZIP</b>	Zones d'Interventions Prioritaires

## PREFACE

Le Burundi se dote d'un nouveau Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA. Il couvre la période 2018-2022, et constitue pour Notre chère nation une feuille de route pour marquer un pas significatif dans la riposte contre le fléau du VIH et du Sida.

En effet, ce plan constitue une réponse nationale au VIH en phase d'épidémie généralisée. Nous sommes encouragés par les interventions des plans stratégiques précédents qui ont produit des effets positifs remarquables. La stratégie que nous avons adoptée considère le VIH comme un problème national et nous devons continuer à agir en conformité avec le Plan National de Développement (PND 2018-2027). Le cas particulier du VIH et du sida a retenu Notre haute attention du fait qu'il s'inscrit dans une dynamique globale de développement étant donné qu'il est à la fois cause et conséquence de la pauvreté au niveau de l'individu, la famille et toute la communauté. Lutter contre le sida c'est lutter contre la pauvreté, et lutter contre la pauvreté c'est lutter contre le sida.

Ce dernier constat nous a conduit à encourager l'élaboration des plans stratégiques quinquennaux avec des interventions visant l'atteinte des objectifs dans les domaines de la prévention, de la prise en charge et de la réduction de l'impact. Les plans stratégiques 2002-2006, 2007-2011, 2012-2016 revu pour donner naissance au plan stratégique de 2014-2017, ont toujours suivi ce mot d'ordre. Nous sommes satisfaits des résultats enregistrés à ce jour, bien que cette fierté n'autorise aucun répit dans la bataille.

La revue du Plan Stratégique National 2014-2017 qui vient d'avoir lieu a inspiré la reconsidération de certains aspects du combat, dont une plus grande attention dans l'identification des cibles et des résultats spécifiques à chacune d'elles. La nécessité d'atteindre d'importants résultats en une période assez courte nous a conduit à adopter une planification en harmonie avec les cycles de financement de certains de nos partenaires. Dans tous les cas de figure, notre détermination reste la même : libérer notre pays des affres du VIH et du SIDA à travers un partenariat permanent et fort entre les différents acteurs.

La sortie du présent Plan Stratégique National 2018-2022, nous donne l'occasion d'exprimer notre haute appréciation sur le merveilleux partenariat actuellement à l'œuvre pour appuyer notre offensive contre le fléau du Sida, que tout le système des Nations Unies, le Fonds Mondial pour la Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, le PEPFAR et tous nos partenaires bilatéraux trouvent nos sincères remerciements pour l'appui remarquable qu'ils accordent à notre pays dans ce domaine. Nous leur demandons de poursuivre et de renforcer leurs interventions, car la victoire contre le VIH et le sida est un exploit commun.

Nous exprimons notre haute appréciation aux divers acteurs du secteur public, privé, de la société civile et des ONG étrangères œuvrant au Burundi pour leur contribution irremplaçable dans la riposte contre le SIDA. Nous apprécions leur implication dans l'élaboration de ce Plan Stratégique et les invitons à garder le même engagement dans sa mise en œuvre. Le Gouvernement du Burundi est hautement attentif et engagé à l'atteinte des objectifs exprimés à travers ce nouveau plan stratégique. Il ne ménagera aucun effort pour jouer pleinement son rôle de coordonnateur de cette riposte.

Notre souhait le plus vif est de voir les objectifs du présent plan stratégique atteints dans leur intégralité.

Bon succès.

**S.E. Honorable Pierre NKURUNZIZA.**

**Président de la République du BURUNDI et  
Président du Conseil National de Lutte contre le sida.**

## AVANT PROPOS

Le présent Plan Stratégique National de Lutte contre le sida est un outil de haute importance pour renverser de manière significative la tendance du VIH et du sida au Burundi. Il exprime les ambitions qui sont les nôtres de donner à toute la population l'accès aux services de prévention, de prise en charge et de réduction de l'impact du VIH et du sida.

Ce document prend racine dans la revue du Plan Stratégique 2014-2017. Au cours de cet exercice, nous avons analysé de manière minutieuse les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces que nous avons rencontrées au cours des trois dernières années de mise en œuvre.

La richesse de ce nouveau plan stratégique réside également dans la participation la plus large et inclusive qui a caractérisé le processus de son élaboration. Ce PSN est le résultat d'un partenariat qui a rassemblé les acteurs de la réponse du VIH/SIDA, depuis le niveau périphérique jusqu'au niveau international.

Les partenaires de terrain que nous rencontrons dans les structures de soins au niveau communal, provincial et national, de même que les acteurs de la société civile recensés dans les axes d'intervention ont donné les éléments qui ont servi à la confection de ce grand travail.

Ce nouveau PSN a vu le jour grâce à une implication hautement efficace de nos partenaires techniques et financiers. Le groupe thématique ONUSIDA, le PEPFAR et les autres partenaires bilatéraux et multilatéraux ont donné le meilleur d'eux-mêmes, aux côtés de nos équipes du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le VIH/SIDA.

Cet outil de planification stratégique vient donc renforcer le dispositif déjà en place dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Il vient particulièrement appuyer de manière significative la mise en œuvre de la vision nationale d'atteindre les objectifs 90-90-90 en 2020 et l'élimination du sida en 2030.

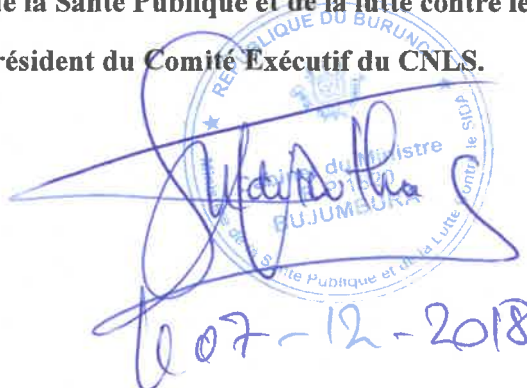
Avec ce document d'orientation, nous avons un cadre précis d'action qui nous permet de marcher sans crainte de nous perdre. Il s'agit surtout de maintenir et de renforcer le partenariat qui a été tissé au cours de son élaboration afin de remporter la victoire ensemble.

Le Ministère de la santé Publique et de Lutte contre le sida reste à la disposition de tous ses partenaires pour apporter tout appui nécessaire aux intervenants afin que rien n'arrête, ni ne retarde la mise en œuvre et la réalisation avec succès des interventions qui ont été identifiées dans le présent PSN.

Je souhaite plein succès à tous les partenaires et acteurs de la mise en œuvre du présent Plan Stratégique National 2018-2022.

**Dr Thaddée NDIKUMANA**

**Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida et  
Président du Comité Exécutif du CNLS.**



07-12-2018

## **I. CONTEXTE GENERAL ACTUEL DU BURUNDI.**

### **I.1. Contexte géographique**

Le Burundi est un pays membre de l'East African Community (EAC) limité au Nord par le Rwanda, au Sud et à l'Est par la Tanzanie et à l'Ouest par la République Démocratique du Congo. Il est situé dans la région des Grands Lacs Africains. Sa superficie est de 27 834 km<sup>2</sup> dont 25 134 km<sup>2</sup> de terre et 2 700 km<sup>2</sup> de lac. Il possède un climat tropical tempéré par l'altitude avec des hauts plateaux et des plaines au Nord à l'Ouest et à l'Est.

### **I.2. Organisation administrative et politique**

Sur le plan administratif, le Burundi est subdivisé en 18 provinces, 119 communes et 2639 collines. Dans le cadre de la réforme administrative, le gouvernement a adopté en 2008 un document cadre de politique nationale de décentralisation et un plan triennal pour sa mise en œuvre. Cette décentralisation vise l'autonomisation des communes et des collectivités locales et les institue comme base du développement. Actuellement, toutes les communes sont dotées de plans communaux de développement communautaire qui sont régulièrement actualisés et qui intègrent des activités de promotion de la santé en général et de la lutte contre le sida en particulier.

### **I.3. Démographie et Population**

La population du Burundi a été estimée en 2017 à 11.495.4381 habitants avec 49,3% d'hommes et 50,7% de femmes et un taux d'accroissement annuel de 2.4%. La population du Burundi est très jeune avec 65% de la population ayant moins de 25 ans et 51,5% moins de 18 ans. Environ 10% de la population du Burundi vit en zone urbaine dont près des 2/3 à Bujumbura, la capitale, contre 90% en milieu rural en habitat dispersé. La densité globale de la population par rapport à la superficie des terres émergées est de 413 habitants au km<sup>2</sup> et fait du Burundi un des pays les plus densément peuplés d'Afrique. Le taux de fécondité est de 5.5 enfants par femme selon EDSB III 2016-2017.

### **I.4. Situation socio-économique**

Le rapport du PNUD sur l'indice de développement humain (IDH) de 2016 a classé le Burundi à la 184<sup>ème</sup> position sur 188 pays étudiés en 2016. Le Burundi a une économie rurale essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage avec des moyens de production peu modernisés. La population dépend à plus de 90 % de cette agriculture, qui représente plus de 50 % du PIB. Par habitant, le PIB est estimé à 285.73 USD<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup>ISTEEBU, Projections démographiques 2010-2050 niveau national et provincial, avril 2017

<sup>2</sup><https://www.agencecofin.com/economie/2403-45994-le-classement-des-pays-africains-dans-l-edition-2016-de-l-indice-de-developpement-humain-du-pnud>

<sup>3</sup><https://www.populationdata.net/pays/burundi/>

Cette situation se caractérise par un faible pouvoir économique de la femme lié à un accès limité au revenu et à la propriété ainsi que par des contraintes culturelles limitant le pouvoir de décision des femmes et des filles au niveau familial et communautaire. La société burundaise est dotée d'une mentalité très nataliste avec un nombre moyen d'enfants par femme de 5,5 selon les résultats de l'EDSB III 2016-2017

### **I.5. Education**

Selon l'EDS III 2016-2017, le taux net de scolarisation primaire est de 80.7%, tandis qu'au niveau du secondaire, le taux net de scolarisation est de 30%. L'indice de parité entre les genres selon la fréquentation scolaire est de 0.97 à l'école primaire et 1.07 au secondaire. Le taux d'alphabétisation des adultes est estimé à 67.9% chez les femmes de 15 à 49 ans et 76.2% chez les hommes de 15 à 59 ans.

## **II. LE SYSTEME SANITAIRE DU BURUNDI ET L'ETAT DE SANTE DE LAPOPULATION**

### **2.1. Le système de santé<sup>4</sup>**

En référence à la Politique Nationale de Santé, au Plan National de Développement Sanitaire et au Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida, l'organisation pyramidale du système de santé est définie comme suit :

**Le niveau central** est responsable de la définition de la politique sanitaire et l'élaboration des stratégies d'intervention et de planification, ainsi que la définition et l'évaluation des normes de qualité des soins et des services. Les services du Ministère ayant la Santé Publique et la Lutte contre le Sida dans ses attributions ayant acquis le statut d'unités de gestion autonome (hôpitaux, certains programmes et services de santé) sont régis par le Décret-loi n° 1/024 du 13 juillet 1989 portant Cadre Organique des Administrations Personnalisées de l'Etat. Les hôpitaux dits autonomes restent largement subventionnés par l'Etat et l'autonomie réside dans une gestion technique et administrative

**Le niveau intermédiaire** est composé de 18 Bureaux Provinciaux de la Santé et de la Lutte contre le Sida (BPSLS). Ceux-ci sont chargés de la coordination des activités sanitaires et de la lutte contre le Sida au niveau provincial.

**Le niveau périphérique** : Le niveau périphérique est composé de 46 districts sanitaires. Ceux-ci sont régis par une équipe cadre de district (ECD) au sein du Bureau du District Sanitaire et de lutte contre le Sida (BDSLS). Leur responsabilité est d'assurer la planification décentralisée, de veiller à livrer des soins de qualité et d'assurer un bon fonctionnement des Centres de Santé (CDS), les structures associatives de lutte contre le Sida et de promotion de la santé et des Hôpitaux de District (HD). Les districts sanitaires veillent aussi à l'implication des communautés dans la gestion et le contrôle. Les CDS sont tenus par les normes sanitaires du Ministère de la Santé Publique à livrer le paquet minimum des activités (PMA) pour une population bien définie

---

<sup>4</sup> Décret n° 100/ 254 du 04 octobre 2011 portant organisation et fonctionnement du ministère de la sante publique et de la lutte contre le sida

au sein d'une aire de responsabilité. Les Hôpitaux de District sont tenus par les normes sanitaires du Ministère de la Santé Publique à livrer le paquet complémentaire d'activités aux activités des CDS (PCA). Ces paquets d'activités comprennent des activités curatives, préventives, promotionnelles et de soutien.

#### **Le secteur privé sans but lucratif**

Selon l'annuaire statistique 2016, le secteur privé sans but lucratif (agrée, confessionnel) est constitué essentiellement de centres de santé sans but lucratif qui compte 144 CDS représentant 14.5% de l'ensemble des centres de santé du secteur. Les 14 hôpitaux qui sont sous ce statut représentent 18%. Ces structures sont habituellement gérées par les confessions religieuses et/ou les associations et participent activement dans l'amélioration de la santé de la population. Ces structures collaborent activement avec le MSPLS et suivent les directives de ce dernier.

#### **Le secteur privé lucratif**

Le secteur privé lucratif (non confessionnel) médico-pharmaceutique joue également un rôle important dans le système de santé. Selon l'annuaire 2016, le secteur privé représente 281 CDS soit 28% et 22 hôpitaux soit 29% des structures hospitalières. La collaboration du secteur privé à but lucratif et le MSPLS reste à améliorer pour rendre effectif la participation de ce secteur dans le système de soins du Burundi. En effet, il n'y a pas de convention directe avec le système de santé formel mais il y a un accord d'agrément délivré par le MSPLS.

#### **L'échelle communautaire**

Le MSPLS est en pleine réorganisation du niveau de santé communautaire qui va être essentiellement orienté vers les prestations de soins préventifs et promotionnels. Il est composé d'acteurs communautaires diversifiés comme les agents de santé communautaires (ASC), les comités de santé (CoSa), les associations locales (ASLO), les réseaux communautaires, les collectifs de groupements, etc.

Les acteurs communautaires sont coordonnés par un technicien de promotion de la santé (TPS) basé au centre de santé pour renforcer continuellement leurs capacités et maintenir des liens étroits entre les animateurs et le centre de santé.

## **2.2. Principaux indicateurs de santé**

L'espérance de vie à la naissance au Burundi est passée de 42 ans au début des années 1960 à 58 ans en 2016<sup>5</sup>. Selon les estimations de la Banque Mondiale 2016, le taux brut de mortalité est passé de 23,16‰ en 1960 à 11,03‰ en 2015. Le taux de mortalité maternelle est de 712 pour 100 000 naissances vivantes<sup>5</sup>, le taux de mortalité infantile de 47 pour 1000 et celui de mortalité infanto-juvénile de 78 pour 1000 naissances vivantes<sup>6</sup>.

Le paludisme demeure la première cause de morbidité au Burundi. Selon les données de l'annuaire statistique 2016, le taux est estimé à 61,65% dans les centres de santé. Il est responsable de 22,9% des cas de décès chez les enfants de moins de 5 ans et de plus de 50% des motifs de consultation dans centres de santé. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans se situe à 47 pour 1000 naissances vivantes (EDSB III 2016-2017).

<sup>5</sup>[www.who.int/gho/maternal\\_health/countries/bdi.pdf](http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/bdi.pdf)

<sup>6</sup>EDSB-III 2016-2017



Selon l'annuaire statistique 2016, les infections respiratoires aiguës sont la 2ème cause de morbidité et de mortalité des enfants.

Selon l'EDSB III 2016-2017, le taux d'utilisation des services de consultations prénatales (CPN) est de 99.3% (au moins une visite), 47.9% des femmes enceintes ont fait entre 2 et 3 visites avec un taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié de 85.1%. Chez les adolescentes de 15-19, 8% ont déjà eu une naissance vivante ou sont enceintes d'un premier enfant.

Le tableau ci-dessous montre la situation de certains indicateurs.

**Tableau 1 : Quelques indicateurs de santé au Burundi.**

Indicateur	Situation actuelle	Source
Espérance de vie à la naissance	58 ans	ISTEEBU, Projections Démographiques 2010-2050 Niveau National et Provincial.
Indice de capacité opérationnelle des services	61%	Résultats de l'enquête SARA 2016
Utilisation des services curatifs (CDS)	1.8 contact/an/personne	Annuaire statistique 2016
Taux de couverture vaccinale (enfants complètement vaccinés)	72%	Résultats EDS III 2016-2017
Taux de couverture vaccinale BCG (12-23 mois)	98%	Résultats EDS III 2016-2017
Taux de prévalence contraceptive	17.9%	Résultats EDS III 2016-2017
Taux de couverture en accouchements assistés (naissances assistées par un personnel qualifié)	85%	Résultats EDS III 2016-2017
Taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans	29%	Résultats EDS III 2016-2017
Taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans	56%	Résultats EDS III 2016-2017
Taux de malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans	5%	Résultats EDS III 2016-2017
Taux de couverture en CPN (au moins une visite)	99,3%	Résultats EDS III 2016-2017
Taux de couverture en CPN précoce (<4mois)	47.3%	Résultats EDS III 2016-2017
Indice synthétique de fécondité (ISF)	5.5%	Résultats EDS III 2016-2017
Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB	10.8%	Comptes de santé 2012-2013

### III. LE POINT SUR L'ÉPIDÉMIE A VIH EN 2017

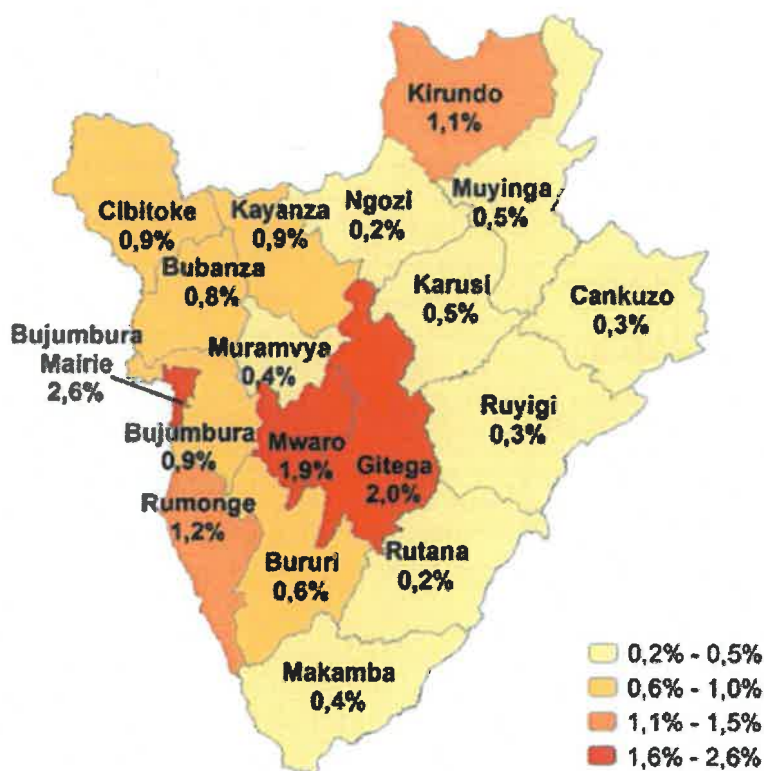
#### 3.1. Situation, dynamique et profil évolutif de l'épidémie

##### 3.1.1. Population Générale

A l'instar des autres pays de la région, la prévalence du VIH au sein de la population générale burundaise (personnes âgées de 15 à 49 ans) est relativement faible (0,9% selon l'EDSB III 2016-2017). Selon les mêmes résultats, cette prévalence varie selon les provinces du pays : 2,6%, 2%, 0,2% et 0,2%, respectivement à Bujumbura Mairie, Gitega, Ngozi et Rutana. On note dans l'ensemble une tendance à l'urbanisation (2,5% en milieu urbain contre 0,7% en milieu rural) et à la féminisation de l'épidémie (1,2% chez les femmes contre 0,6% chez les hommes).

Selon les données 2015 de surveillance du VIH dans les sites sentinelles, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes était de 2,4%. La figure ci-dessous illustre au mieux la variation de la prévalence du VIH selon les provinces.

*Figure 1 : Prévalence du VIH par province dans la population générale de 15-49 ans*



<sup>7</sup> Rapport de la Revue du PSN 2014-2017

Selon l'EDSB III 2016-2017, la prévalence moyenne du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans était estimée à 0,6 %, l'âge médian aux premiers rapports sexuels parmi les femmes de 20-49 ans et 25-49 est respectivement de 19.7 et 19.6 tandis que chez les hommes de 20-59 et 25-59 est respectivement de 22.9 et 23.0. Dans l'ensemble, la prévalence ne variait que très peu avec l'âge, passant de 0,5% pour les 15-19 ans à 0,6% pour les 20-24 ans. La même tendance s'observait chez les femmes, avec cependant des écarts plus prononcés. En effet, de 0,1% à 15-19 ans, la séroprévalence passait à 0,5 % à 20-24 ans. C'est à 45-49 ans qu'elle a atteint son maximum (2,8 %). Chez les hommes, les variations étaient très faibles sauf la tranche d'âge de 50-54 ans où la prévalence du VIH est de 1.6%.

Parmi les jeunes de 15-24 ans, les données de l'EDSB III 2016-2017 montrent que la prévalence du VIH chez les jeunes filles est de 0,3% tandis que chez les jeunes garçons elle est de 0,1%. Cette situation confirme une diminution progressive de la prévalence du VIH au sein de la population générale (1,4% à 0.9% entre 2010 et 2017). Aussi, elle montre une légère diminution de la séroprévalence chez les jeunes garçons de 15-24 ans où la prévalence a passé de 0.2% en 2010 à 0.1% en 2017. Dans l'ensemble, le taux de séroprévalence chez les jeunes de 15-24 ans a passé de 0.5% à 0.2% au cours de la même période de référence. 2.1.2. Populations-clés et autres groupes vulnérables au Burundi.

Selon l'enquête comportementale et de séroprévalence réalisée en 2011, la prévalence du VIH était de 19,8% chez les PS. L'étude PLACE a estimé à environ 51 482 le nombre de PS réparties sur tout le territoire national dont 14 562 dans la zone de Bujumbura-Mairie (28.3%), 10 007 dans les autres zones urbaines (19.4%) et 26 916 dans les zones rurales (52.3%). La prévalence de ces PS est estimée selon l'étude PLACE (2013) à 21,3% soit 24 fois la moyenne nationale actuelle et la prévalence est de 3,8% chez leurs clients.

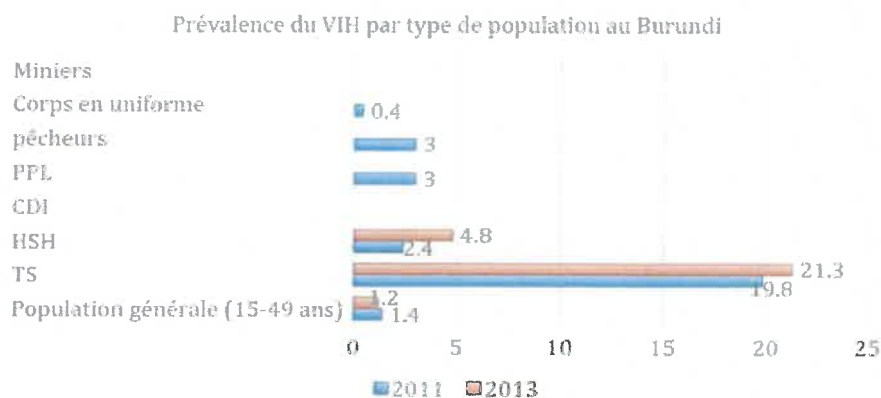
Selon l'enquête comportementale et de séroprévalence réalisée en 2011, la prévalence du VIH était de 2,4% chez les HSH., Selon l'étude PLACE, les HSH avec une taille estimée à 9346, sont majoritairement concentrés au niveau de Bujumbura-Mairie avec une population estimée à 5385 soit 57.6% de la taille, dans les autres zones urbaines 2245 soit 24.0% et dans les zones rurales 1716 soit 18.3%. Leur prévalence au VIH est de 4.8% soit environ 5 fois la moyenne nationale actuelle.

En ce qui concerne la consommation de drogues au Burundi, le rapport de l'évaluation rapide du « VIH et réduction des méfaits parmi les Usagers de drogues injectables » effectuée en Mairie de Bujumbura en 2017 a estimé à 10,2% le taux de prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables. Au niveau national, il n'existe pas encore les données actualisées.

Pour ce qui est des autres populations vulnérables, on note la prévalence du VIH de 3% chez les pêcheurs et les prisonniers (BSS 2011) tandis qu'elle est de 0,4% chez les corps en uniforme. A part que ces données ne soient pas actualisées, le PSN 2014-2017 n'a pas prévu des interventions en direction de ces dernières.

La figure ci-après donne un aperçu de la prévalence du VIH et des tendances évolutives par type de population selon les données disponibles.

**Figure 2 : Prévalence du VIH par type de population**

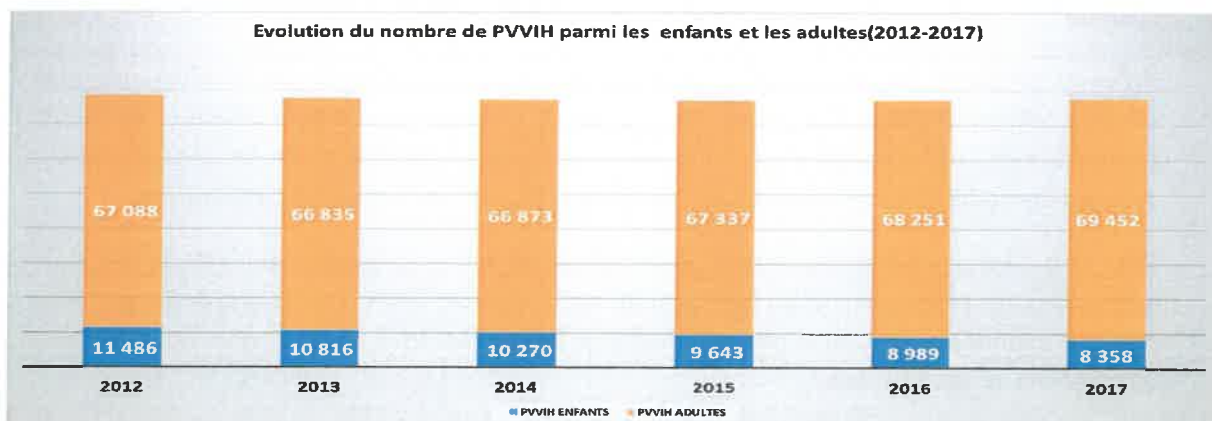


En fin, bien qu'on ne dispose pas suffisamment de données actualisées, on observe une diminution de nouvelles infections et de décès liés au sida. Le profil épidémiologique reste le même et les interventions devraient prendre davantage en compte les populations clés (TS, HSH, CDI/PID, PPL), les groupes vulnérables (enfants, jeunes et adolescents, femmes séropositives, pêcheurs, miniers et Co-infectés TB/VIH).

### Evolution du nombre de PVVIH

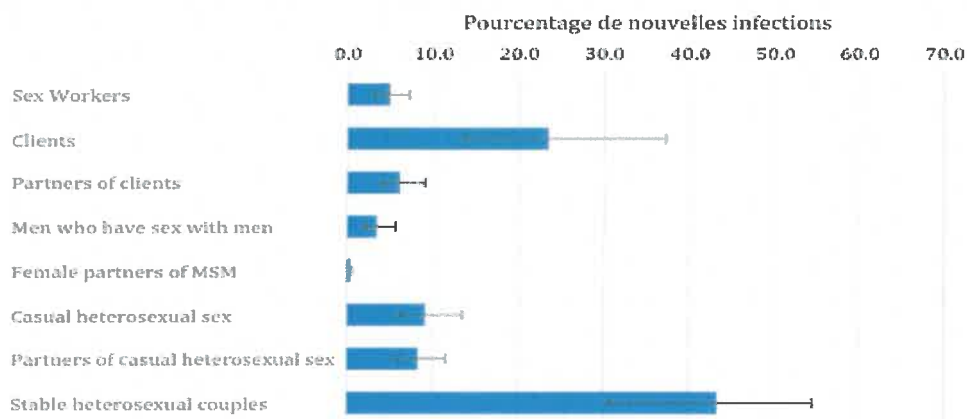
Le constat est le même quant à l'évolution du nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Selon les estimations du Spectrum 2018, on observe une évolution du nombre des PVVIH adultes (67088, 66835, 66873, 67337, 68251 et 69452) respectivement entre 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 et 2017), tandis que chez les enfants, elle est de 11486, 10816, 10270, 9643, 8989 et 8358 respectivement de 2012 à 2017.

**Figure 3 : Evolution du nombre de PVVIH parmi les enfants et les adultes (2012-2017) selon le Spectrum 2018**



Concernant les nouvelles infections, 3 588 ont été enregistrées en 2013. La distribution par mode de transmission révèle une part importante pour les couples hétérosexuels stables (43,3%), suivie des activités liées au commerce du sexe notamment les professionnels du sexe, leurs clients et les partenaires de ceux-ci respectivement à hauteur de 4,9%, 23,5% et 6,2% (Enquête PLACE, 2013). La figure ci-dessous en donne les détails.

**Figure 4 : Pourcentage des nouvelles infections du VIH par type de populations clés**



D'une manière générale, on note une diminution de nouvelles infections tous âges confondus entre 2012 et 2015. Selon AIDS Info 2015, le nombre de nouvelles infections chez les adultes est passé de 1400 à 925 entre 2012 et 2015. Chez les enfants, il est passé de près de 1000 à moins de 500 au cours de la même période. Cette tendance à la diminution de nouvelles infections a été confirmée également par les estimations du Spectrum 2018 qui montrent une réduction des nouvelles infections à VIH de 2378 (2014) à 2364 (2017) chez les adultes, et de 917 (2014) à 684 (2017) parmi les enfants. La réduction générale du nombre de nouvelles infections et de décès liés au sida (de 2383 décès à 1261 chez les adultes et de 594 à moins de 557 décès chez les enfants entre 2014 et 2017) est consécutive à l'augmentation de la couverture antirétrovirale chez les adultes et les femmes enceintes séropositives (option B+) suite à l'adoption et la mise en œuvre des directives 2013 de l'OMS.

#### IV. ETAT DE LA RIPOSTE AU VIH AU BURUNDI EN 2017

Les interventions du PSN 2014-2017 visaient à couvrir les priorités identifiées articulées autour des axes de prévention, de prise en charge et de réduction d'impact qui ont été abordées chacun sous l'angle des programmes de base, les facteurs critiques ou déterminants et les facteurs en synergie avec les autres secteurs de développement en conformité avec le cadre d'investissement de l'ONUSIDA.

La revue du PSN 2012-2016 et la mise en œuvre du PSN 2014-2017 ont permis d'identifier les avancées ainsi que les défis à relever dans le cadre de la riposte au VIH.

#### **4.1. Prévention des nouvelles infections**

##### **4.1.1. Connaissance sur le VIH et sida**

En vue d'améliorer la communication sur le VIH, les canaux et outils de communication ont été adaptés à toutes les catégories des jeunes (scolarisés ou non, ruraux et urbains). Des outils de communication diverses et des émissions radiophoniques ont été produites et divers canaux de communication sont utilisés. Les nouvelles technologies d'information et de communication ont été mises à profit pour atteindre les jeunes des milieux urbains surtout.

Il existe un partenariat avec certains médias qui diffusent les émissions de santé, y compris celles qui traitent du VIH. Des spots audios ont été produits dans le cadre du renforcement de la réponse communautaire. Les T-shirts avec des messages destinés à la population générale ont été produits et distribués. On note cependant que les outils de communication sont globalisants, parfois non adaptés/non harmonisés par rapport aux cibles, les outils de communication existant ont été faiblement vulgarisés.

Les messages sont moins adaptés aux groupes de populations clés. Par ailleurs, les jeunes ne sont pas suffisamment impliqués dans l'offre des services de prévention du VIH.

Pour la mise en œuvre des interventions communautaires, on note la mise en place des stratégies suivantes :

- La médiation par recours aux médiateurs de santé
- La formation des GASC
- La pair-éducation
- L'appui des lignes vertes au niveau des OSC (SWAA Burundi & RBP +)

Au cours de la période 2014-2017, les performances de ces lignes ont été en deçà des attentes à cause du fait que le téléphone fixe est de moins en moins utilisé, de l'ignorance par la population de son existence ainsi que la non permanence du fonctionnement de ces lignes d'écoute.

Plusieurs goulots d'étranglement ont été identifiés : l'insuffisance de coordination dans la planification et l'exécution des programmes, le suivi des activités de pair éducation, insuffisance de formation des pairs éducateurs, la non maîtrise et l'inaccessibilité aux TIC, le coût élevé de l'internet et la disponibilité variable de l'énergie électrique, de la stigmatisation, l'insuffisance des ressources financières et l'existence des barrières légales et socio-culturelles.

#### **4.1.2. Utilisation systématique du préservatif chez les adultes, jeunes et populations clés**

Au niveau national, les préservatifs qui sont utilisés dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH sont subventionnés par le fonds Mondial via la Croix rouge du Burundi ; le PNSR à travers le financement de l'UNFPA et le PSI pour le marketing social.

La commande est faite par le PPM via le portail WAMBO. La réception est faite par l'équipe conjointe PNLS/CAMEBU/PNSR/DPML. La réquisition est assurée par la CRB et la distribution est faite par ses branches au niveau communautaire. Le marketing social est assuré par PSI Burundi

Au niveau communautaire, le circuit de distribution implique les techniciens de promotion de la santé (TPS) qui les distribuent aux animateurs communautaires, aux pairs éducateurs et aux acteurs de la société civile avant d'arriver aux utilisateurs.

Cependant, l'expérience a montré que le pays a moins d'emprise sur la qualité des préservatifs fournis et souffre de l'inexistence d'un programme unique de gestion des préservatifs. Aussi, le comité de gestion et de coordination des préservatifs mis en place n'est pas suffisamment opérationnel. On note aussi la persistance des barrières culturelles, l'accès limité à l'information et aux financements suffisants.

Dans ce sens, les interventions suivantes doivent être menées :

- Opérationnaliser le comité de quantification et de coordination des préservatifs ;
- Intégrer le circuit des préservatifs dans le circuit normal des intrants VIH ;
- Renforcer les relais communautaires ;
- Rendre disponible et accessible les préservatifs dans tous les lieux.

#### **4.1.3. Dépistage du VIH dans la population générale**

Tous les CDS offrent le dépistage volontaire du VIH et les relais communautaires ont été sensibilisés pour la promotion du recours aux structures de soins.

La mise en œuvre a été confrontée à l'insuffisance de la sensibilisation adaptée aux différentes catégories de population, à la banalisation et l'ignorance du VIH par les communautés et aux difficultés de gestion des résultats indéterminés du dépistage du VIH.

Le PNLS/IST a assuré la formation des prestataires pour garantir les soins de qualité aux bénéficiaires tandis que la CRB, les autres organisations de la société civile et les réseaux de PVVIH ont énormément contribué dans la sensibilisation des communautés pour la promotion du dépistage. Les interventions ont aussi concerné le renforcement des capacités des TPS et des ASC.

Au niveau organisationnel, une nouvelle approche de la formation des GASC a été mise en place dans une optique de pérennisation des interventions des ASC. Une réglementation de la motivation des ASC à l'échelle national a été adoptée à travers la mise en place du PBF communautaire et les données communautaires seront intégrées dans le SIS national.

Les activités de dépistage volontaire au profit des populations clés ont été mises en œuvre par des structures associatives (ANSS, SWAA, Centre REMURUKA, CDS Birimba, Yezu Mwiza et RNJ+). Les programmes LINKUP, READY, LINKAGES font la promotion du dépistage dans les milieux chauds et les Pairs éducateurs ont été sensibilisés sur la mobilisation des populations clés pour le dépistage volontaire.

Toutefois, les défis ne manquent pas :

- La mobilité des prestataires formés causant l'insuffisance de prestataires formés dans les FOSA ;
- Fragilité des réseaux communautaires limitant les interventions ;
- L'insuffisance de la sensibilisation adaptée aux différentes catégories de population ;
- La banalisation et ignorance du VIH par les communautés ;
- La gestion des résultats indéterminés du dépistage ;
- La stigmatisation par certains prestataires de soins et services ;
- La persistance du faible rendement de dépistage ;
- La non effectivité de la stratégie de dépistage ciblée dans toutes les provinces du pays ;
- L'existence des gaps à combler pour atteindre le premier 90 de l'objectif 2020 ;
- Persistance des résultats indéterminés de dépistage ;
- Manque d'approches efficaces d'annonce de résultats aux enfants, jeunes et adolescents ;
- Faible collaboration entre les FOSA et les réseaux communautaires.

En ce qui concerne l'approvisionnement en intrants, les districts s'approvisionnent à la CAMEBU et les CDV s'approvisionnent au niveau des Districts sanitaires. Au cours de la période de mise en œuvre du PSN 2014-2017, on a constaté des retards dans le processus d'approvisionnement et des ruptures de stocks au niveau national et périphérique.

#### **4.1.4. Circoncision masculine**

La circoncision masculine a été menée à travers le pays. Cependant il existe des goulots qui ont limité la portée de cette intervention. Il s'agit entre autres des barrières socioculturelles et religieuses, de l'insuffisance du personnel autorisée à faire la pratique de la circoncision et l'insuffisance d'information et de sensibilisation des communautés sur l'importance de la circoncision masculine.



Le renforcement des performances de cette intervention va nécessiter un appui soutenu à l'approche communautaire (leaders communautaires, pairs éducateurs, ASC, médiateurs de santé) dans la promotion de la circoncision masculine, la subvention des actes de circoncision non chirurgicale, la promotion de la circoncision non chirurgicale, la formation des prestataires autorisés sur la pratique de la circoncision.

#### **4.1.5. Implication des jeunes et des populations clé dans la réponse**

Les interventions suivantes ont été mises en œuvre afin d'impliquer davantage les jeunes et les populations clés dans la riposte nationale au VIH :

- Création de la plateforme "Centre Remuruka" mise en place par 5 associations ;
- Formation de 330 pairs-éducatrices pour les interventions en faveur des PS (CRB) ;
- Formation de 165 Pairs-éducateurs HSH pour fournir le paquet de service de prévention aux autres HSH (CRB) ;
- Formation de 910 Pairs-éducateurs des jeunes en milieu scolaires et 924 en milieu non scolaire pour fournir le paquet de prévention dans leur milieu ;
- Implication des populations clés dans la mise en œuvre des projets qui leur sont destinés : les PS, HSH et UDI ;
- Existence d'un projet HSH exécuté par les HSH ;
- Mise en place d'un pool de 6 HSH formés pour la paire navigation (Projet Linkages)
- Formation de 20 pairs éducateurs de jeunes vivant avec le VIH à Bujumbura Mairie et Makamba ;
- Création d'un CDV et d'un centre convivial pour jeunes et adolescents vivant avec le VIH ;
- Création d'une association de lutte contre l'usage de drogues (BAPUD).

#### **4.1.6. Les Infections sexuellement transmissibles**

Les IST constituent un important facteur de risque pour la transmission du VIH/sida. Selon la revue du PSN 2014-2017, les défis majeurs dans la prise en charge des IST se rapportent à l'automédication et à la faible capacité des prestataires à traiter les IST selon l'approche syndromique. C'est dans ce sens, qu'un guide de prévention des IST au niveau communautaire a été élaboré et un guide de prise en charge syndromique a été actualisé et mis à la portée des utilisateurs.

Actuellement, l'approche syndromique de prise en charge des IST est intégrée dans les soins de santé primaire et est mise en œuvre pour la population générale dans les structures de santé publiques, privées et agréées. Les deux supports permettront d'améliorer la qualité de la prévention et de la prise en charge des IST.

Stratégies et interventions essentielles :

- Renforcement des capacités des prestataires sur le diagnostic syndromique et la prise en charge des IST ;

- Dépistage sérologique de la syphilis pour les femmes enceintes.
- Mobilisation et sensibilisation des populations pour la prévention et le recours aux structures de soins en cas d'IST.

#### 4.1.7. Violences sexuelles

Les VSBG ont été identifiées par la revue du PSN 2014-2017 comme un des principaux défis dans la lutte contre le VIH/sida au Burundi. Les interventions suivantes avaient été identifiées pour arriver à 95% des cas des violences sexuelles pris en charge :

- Intégration de la prise en charge des VSBG dans le paquet minimum offert dans les structures de soins ;
- Actualisation du paquet de services offerts dans la PEC des VSBG
- Fourniture des services d'écoute et conseil dans les structures communautaires ;
- Accompagnement juridique et judiciaire des victimes des VSBG ;
- Implication des leaders religieux et communautaires dans la prévention et la prise en charge des VSBG ;
- Prévention et accompagnement psychosocial des victimes par les réseaux des PVVIH ;
- Appui aux structures associatives intégrant la prise en charge des VSBG.

Avec les interventions du présent PSN, 100% des cas de violence sexuelle seront pris en charge. Dans ce sens, en plus des acquis déjà enregistrés, les interventions se focaliseront sur le renforcement des prestataires sur l'offre du paquet complet des services et la vulgarisation de la loi spécifique contre les VSBG parmi les acteurs communautaires, la coordination des partenaires techniques et financiers intervenant dans la lutte contre les VSBG, renforcement du monitoring et du rapportage des données des VSBG par la mise en place d'une plateforme de coordination des interventions des VSBG.

#### 4.1.8. Synthèse des constats en matière de prévention du VIH

Domaines	Constats
Connaissances et messages	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les messages sont développés sur la prévention mais peu harmonisés et adaptés pour les populations clés</li> <li>- Faible implication et leadership des jeunes, en particulier les jeunes filles et les jeunes femmes sur les questions de prévention</li> <li>- L'enseignement du VIH n'est pas assez bien pris en compte dans les curricula d'enseignement</li> </ul>
Préservatifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La disponibilité des préservatifs féminins et masculins, y compris les gels lubrifiants s'améliore d'année en année ainsi que l'utilisation, mais peu de progrès en ce qui concerne les préservatifs féminins</li> <li>- Erosion de la réputation des préservatifs distribués gratuitement par ceux du marketing social</li> <li>- Insuffisance de coordination dans les approvisionnements en</li> </ul>

	<p>préservatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance de contrôle qualité des préservatifs</li> <li>- La gestion de l'environnement et l'élimination des déchets liés aux préservatifs restent problématiques</li> </ul>
Dépistage du VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'offre est intégrée au PMA des FOSA et le dépistage mobile reste peu développé (surtout les populations clés)</li> <li>- L'efficacité du dépistage reste un défi. Selon les données du rapport annuel du PNLS/IST 2017, sur les 1 603 095 personnes dépistées, 14 496 cas positifs ont été détectés (soit une séropositivité de 0.9%)</li> <li>- La persistance des résultats indéterminés</li> </ul>
Violences sexuelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les dispositions légales et le dispositif de prévention et de prise en charge globale des VSBG se sont renforcés</li> <li>- Les interventions sur la VSBG sont inégalement réparties sur le territoire et insuffisamment intégrées dans le PMA</li> </ul>
IST	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persistance de l'automédication</li> <li>- Il existe un algorithme pour la prise en charge des IST, mais il ne tient pas en compte les spécificités liées aux populations clés et à certaines localisations</li> </ul>
Transfusion sanguine	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prise en charge des AES est une réalité mais reste à être vulgarisé aussi bien en milieu sanitaire qu'au sein de la population</li> </ul>
Populations clés (HSH, TS, UDI, Détenus, pêcheurs et les miniers)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le dispositif d'intervention en faveur des populations clés est en maturation</li> <li>- Les messages existent mais restent à être adaptés avec la participation active des groupes concernés et des animateurs</li> <li>- L'accès et l'utilisation des services par les populations clés augmentent mais font face à la stigmatisation/discrimination (paquet de services incomplet avec stigmatisation par le personnel de santé)</li> <li>- L'utilisation des préservatifs masculins/féminins et gels augmente mais a été confronté à la rupture de stock et au retard de démarrage de la subvention du Fonds mondial</li> <li>- Les IST constituent toujours une problématique avec en sus l'automédication principalement chez les TS</li> <li>- Le dépistage du VIH augmente progressivement mais a besoin d'être davantage promu</li> </ul>

### Principales faiblesses identifiées dans la prévention :

- Inadaptation des messages pour les populations clés ;
- Faible utilisation des TIC pour faire passer les messages ;
- Faiblesse de la coordination en approvisionnement et distribution des préservatifs masculins/féminins et gels lubrifiants ;
- Faible coordination, rapportage et barrières socioculturelles qui limitent la portée des interventions VSBG ;
- L'automédication contre les IST ;
- Non prise en compte des certains groupes vulnérables dont les PS mineurs et les UDI ;
- Faiblesse des capacités techniques et financières des structures en charge des populations clés et les réseaux des PVVIH ;

- Persistance des résultats de dépistage indéterminés.

#### **Stratégies prioritaires pour les prochaines années**

- Conception des messages tenant compte des spécificités des différentes catégories des populations clés ;
- Promotion de l'utilisation des TIC ;
- Opérationnalisation de la coordination en approvisionnement et distribution des préservatifs masculins/féminins et gels lubrifiants ;
- Mise en place d'un cadre d'échange et de coordination des interventions VSBG ;
- Renforcement des capacités des ASC sur les méfaits de l'automédication des IST ;
- Renforcement des capacités des structures en charge des populations clés et des réseaux des PVVIH ;
- Renforcement de l'efficacité du dépistage du VIH par '*l'index testing strategy*' ou le ciblage guidé par le cas positif ;
- Promotion de l'approche autotest.
- Renforcement de la lutte contre les VSBG et de la stratégie « All In » en faveur des adolescents, jeunes filles et jeunes femmes ;
- Renforcement du paquet de services et de soins en faveur des populations clés (sensibilisation, préservatifs, dépistage du VIH, VSBG, dépistage/soins des IST, PF, PTME, services juridiques et lutte contre la stigmatisation/discrimination) ;
- Renforcement de l'assurance qualité du dépistage et autres tests (supervision et constitution d'un panel de sérum pour la validation des réactifs) ;
- Redynamisation du comité de sélection et de validation des tests de dépistage ;
- Capitalisation de l'implication des réseaux des PVVIH.

## **4.2. PTME**

### **4.2.1. Couverture des services PTME**

Dans le souci d'accès universel aux services PTME, le Ministère de la Santé Publique et de lutte contre le Sida, à travers son Programme National de lutte contre le Sida et les Infections sexuellement transmissibles, a mis en place la stratégie de décentralisation et d'intégration des services VIH/PTME/SRMNIA. Ces stratégies ont été renforcées par l'ordonnance ministérielle du 3 juillet 2012 portant mise à l'échelle du TARV et de la PTME et la correspondance ministérielle du 15 mai 2013, relative à l'intégration systématique de la PTME dans toutes les FOSA offrant les services de CPN,

Ainsi le nombre de sites PTME est passé de 248 en 2012 à 826 en 2017 (Rapport PNLS/IST 2017)

### **4.2.2. Offre des services :**

#### **-Conseils et Dépistage en CPN**

Selon le rapport annuel du PNLS/IST 2017, le nombre de femmes enceintes dépistées et ayant retiré les résultats est de 374267, soit près de 71,97% de femmes enceintes attendues. Cette

performance pourrait s'expliquer par l'intégration effective des services du VIH dans les services SRM/NTA et l'appropriation de l'é-TME à tous les niveaux.

Il est important d'accroître ce niveau d'activités afin d'être en ligne avec le 1<sup>er</sup> 95, de l'initiative super fast track 95-95-95 de l'ONUSIDA.

#### **-Traitement antirétroviral chez les femmes enceintes et allaitantes**

Le pourcentage de femmes enceintes et allaitantes séropositives sous TARV a doublé passant de 42 % en 2012 à 80,52% en 2017 (Rapport PNL/IST 2017).

Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette hausse dont l'adoption de l'option B+ en 2014 et la stratégie de délégation des tâches (ordonnance ministérielle de juillet 2012).

Néanmoins, la cible fixée à 90% du plan d'é-TME 2012-2016 n'a pas été atteinte.

#### **-Dépistage précoce**

Le dépistage précoce est une intervention clé car il permet d'identifier les enfants nés des mères séropositives infectés par le VIH dès la naissance et permet la mise sous traitement ARV précocement pour alléger la lourde mortalité et morbidité liée au VIH pédiatrique non dépisté avant 2 ans.

Selon le rapport PNL/IST 2017, le nombre d'enfants nés de mères séropositives dépistés précocement est passé de 190 (3%) en 2015 à 744 (14,31%) en 2017. Ce résultat a été obtenu grâce à la mise en service d'un autre appareil pour PCR à l'hôpital de NGOZI à partir d'août 2016.

Cependant, le taux de couverture demeure extrêmement faible suite : à l'insuffisance d'appareils, aux pannes répétitives des appareils existants, aux ruptures de stock de réactifs et consommables, à l'organisation lacunaire du circuit de transport des échantillons. De plus, le suivi du couple mère-enfant est encore faible.

**Tableau : Synthèse des résultats PTME**

Indicateurs	Résultats					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Femmes enceintes venues en CPN 1</b>	467393	476257	507701	544459	451918	445077
<b>Femmes enceintes testés pour le VIH en CPN 1</b>	240541	336872	418 777	535203	366144	347267
<b>Nombre de femmes enceintes ayant récupéré les résultats</b>	240541	333735	415826	535303	362412	347267
<b>Femmes enceintes dépistées séropositives au VIH</b>	2165	2517	3478	3267	3830	1909
<b>Femmes enceintes séropositives au VIH sous PTME</b>	2742(41,98%)	3084(44, 87%)	3499 (52,45%)	3885 (65,91%)	4518 (81,21%)	4187 (80,52%)

<b>Enfants nés des mères séropositives ayant bénéficié d'un examen PCR dans les deux mois qui suivent la naissance</b>	-	-	-	190 (3%)	572 (10%)	744 (14,31%)
--	---	---	---	----------	-----------	--------------

#### 4.2.3. Résumé des constats de la PTME

Domaines	Constats
1. Couverture des services PTME	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence des documents de politique de décentralisation et d'intégration des services PTME ;</li> <li>- Retard résiduel dans l'opérationnalisation du continuum de soins en faveur des femmes sous PTME ;</li> <li>- Absence de la décentralisation, de la délégation et de l'intégration de la PEC du VIH pédiatrique dans les CDS</li> </ul>
<b>Offre des services PTME</b>	
Prévention primaire de l'infection chez les femmes en âge de procréer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité des services de dépistage,</li> <li>- Approche du dépistage de VIH initié par les prestataires a été appliquée dans toutes les FOSA ;</li> <li>- Prise en compte des jeunes et adolescents dans la politique nationale de santé de reproduction à travers la création des services conviviaux des jeunes (CDS amis des jeunes)</li> <li>- Existence d'une nouvelle loi pénalisant les auteurs des VSBG</li> <li>- Faible couverture des CDS amis des jeunes</li> <li>- Absence de décentralisation des services de prise en charge globale des victimes des VSBG</li> <li>- Faible couverture des services de dépistage de la syphilis</li> </ul>
Prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'intégration des services VIH/PTME/SR</li> <li>- Disponibilité des services de PF</li> <li>- Non intégration effective des services de PF dans les services de prise en charge des PVVIH</li> <li>- Faible utilisation des services PF par les femmes séropositives</li> </ul>
Prévention de la transmission du VIH des femmes séropositives à leurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décentralisation et délégation des tâches dans l'offre des services de PTME</li> <li>- Intégration du dépistage systématique des femmes enceintes en CPN</li> </ul>

enfants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adoption de l'option B+</li> <li>- Faible taux de CPN1 précoce</li> <li>- Faible taux de dépistage en couple</li> <li>- Faible implication des hommes dans la demande des services SR</li> </ul>
Traitement, soins et soutien aux mères séropositives, leurs enfants et la famille	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité des intrants</li> <li>- Décentralisation des services de PEC</li> <li>- Adoption de l'option B+</li> <li>- Le manque de suivi biologique/virologique des femmes enceintes/allaitantes séropositives dans la majorité des FOSA</li> <li>- Faible utilisation des services de CPON dans certaines FOSA</li> <li>- Insuffisance du dépistage précoce et traitement précoce des enfants exposés</li> <li>- Absence de la décentralisation, de la délégation et de l'intégration de la PEC du VIH pédiatrique dans les sites PTME ;</li> <li>- Faible continuité des services VIH pour le couple mère-enfant</li> <li>- Faible implication communautaire en PTME/SR</li> <li>- Le passage à l'option B+ reste inachevé</li> </ul>

### Stratégies prioritaires pour les prochaines années

- Mise en œuvre de la stratégie « All In » en faveur des jeunes filles et des jeunes femmes ;
- Renforcement de la mise à l'échelle des directives relatives à la décentralisation et délégation des tâches ;
- Amélioration des systèmes de gestion et approvisionnement des médicaments et autres intrants ;
- Renforcement du diagnostic précoce, suivi des nourrissons exposés et traitement pédiatrique précoce ;
- Amélioration du plateau technique pour la réalisation de l'examen PCR ;
- Renforcement du suivi virologique des femmes et des enfants infectés ;
- Renforcement de l'implication communautaire dans la PTME/SR ;
- Renforcement du monitoring décentralisé afin d'accroître les performances.

### 4.3. Prise en charge globale des PVVIH

A l'issue de la revue du PSN 2014-2017<sup>8</sup> pour le volet prise en charge des PVVIH, il a été constaté que :

- L'offre de prise en charge médicale a continué à s'étoffer et à se décentraliser : le nombre de sites de traitement est passé de 158 à 686<sup>9</sup> entre 2013 et 2017 ;
- La délégation des tâches est formalisée et se limite à la prescription aux adultes ;
- Le nombre d'adulte a continuellement augmenté au fil des années, mais à un rythme assez faible et la couverture est passée de 48.99% à 83% entre 2014 et 2017 ;
- Le nombre d'enfants sous ARV reste faible et à un rythme peu soutenu. La couverture est passée de 16.72% (2014) à 31% (2017) ;
- Le réseau de laboratoire et d'offres de prestation semble performant mais reste faible au niveau des stratégies (maintenance, circuit/transport des échantillons, rendu des résultats, répartition inéquitable) dans certains domaines (PCR, CV) ;
- Le dispositif communautaire de soutien au traitement et pour la prise en charge globale existe, mais devrait prendre davantage en compte la problématique des enfants/adolescents ;
- La prise en charge des IO est assurée mais reste peu documentée d'une part et d'autre part les autres coïnfections (hépatites B et C notamment) ne font pas suffisamment l'objet d'attention comme la TB/VIH ;
- L'approvisionnement en intrants et médicaments pour le traitement et le suivi biologique enregistre des ruptures (12,54% des sites ont connu des ruptures d'ARV en 2017) ;
- Le problème du suivi clinique/biologique chez les PVVIH en général et chez les enfants en particulier n'est pas encore résolu. Cela est dû au fait que les sites de prise en charge et PTME ne sont pas équipés en appareil de laboratoire au niveau des CDS ;
- L'absence de stratégie pour augmenter l'efficacité du dépistage et réduire les perdus de vue entre le dépistage et le traitement (lien entre le service de dépistage et celui de la prise en charge) ;
- La persistance des résultats indéterminés dans le dépistage ;
- La recherche active de la tuberculose chez les PVVIH et le traitement préventif de la tuberculose chez les PVVIH est encore à ses débuts.

La décentralisation et la délégation des tâches sont deux piliers de l'amélioration de l'accès des PVVIH au suivi et au traitement retenu par le pays. Cela s'est traduit par la mise en place d'une ordonnance ministérielle autorisant la délégation des tâches limitée aux adultes. Etant donné que l'ordonnance ministérielle se limitait à la prescription des ARV chez les adultes, la délégation des tâches n'a pas touché les enfants. Il serait alors important d'étendre le champ de couverture à la prise en charge ARV des enfants, car les performances restent constamment en deçà des attentes. Par ailleurs, les autres composantes (tutorat/mentorat) n'ont pas connu une mise en œuvre adéquate, ce qui a limité l'efficacité du dispositif à accompagner les structures et à

---

<sup>8</sup>Données tirées du rapport de Revue du PSN 2014-2017

<sup>9</sup>Rapport annuel 2017, PNLS/IST



décentraliser l'offre de prise en charge surtout pédiatrique, incluant le soutien psychosocial aux enfants et adolescents vivant avec le VIH et leur famille.

Par rapport à la gestion de la coïnfection TB/VIH, le niveau d'intégration CDT/Sites ARV a augmenté. Les CDT sont passés de 160 en 2014 à 170 en 2017. En fin 2017, 121 CDT sont des sites ARV contre 79 CDT qui étaient des sites ARV en 2014. Par ailleurs, un effort a été fait pour intégrer la recherche active et la prévention de la TB avec l'INH chez les PVVIH bien que cette dernière ne couvre pas encore tout le pays. En 2017, 38 sites ARVs ont commencé la prophylaxie à l'INH et 8140 PVVIH l'ont bénéficiée.

Afin d'assurer la prise en charge des patients co-infectés TB/VIH, 299 prestataires ont été formés sur la gestion de la coïnfection TB/VIH en 2016. Cependant, les données relatives à ce volet ne sont pas capturées par les outils et mécanismes existants.

En plus de cela, dans le cadre de l'intégration des services en fin 2017, structures de santé offraient un paquet multiple en étant à la fois des sites CPN, CDV, CDT, PTME et ARV sur un total de 885 FOSA. Par ailleurs, 100% des centres de santé avec service de consultation prénatale (CPN) offrent le dépistage du VIH pour les femmes enceintes et plus de 95% des femmes enceintes testées séropositives ont pu intégrer le programme PTME.

Pour le dosage des CD4, au total 58 appareils existent et sont répartis sur l'ensemble du pays. En plus, 9 organisations de la société civile assurant la prise en charge ont été contractualisées pour offrir des prestations aux PVVIH de manière gratuite et les techniciens de laboratoire ont été formés sur la maintenance préventive des équipements biomédicaux en vue d'assurer un bon suivi biologique des PVVIH. Les Directives Nationales de traitement ARV ont été mises à jour et adaptées en Octobre 2016

En ce qui concerne l'appui nutritionnel :

- 1223 femmes séropositives enceintes ou allaitantes indigentes ont reçu un soutien nutritionnel dans le cadre de la PTME
- 1100 enfants âgés de six à douze mois nés de mères séropositives indigentes ont reçu un soutien nutritionnel dans le cadre de la PTME
- 2703 OEV infectés et affectés en phase de malnutrition aiguë modérée et sévère ont reçu des suppléments nutritionnels
- 6092 PVVIH sous ARV plus démunies ont reçu un supplément nutritionnel
- 150 prestataires ont été formés sur le Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë. (PCIMA, 2016)

### 4.3.1. Stratégie Gestion et Approvisionnement des stocks d'intrants VIH

Les médicaments et autres intrants utilisés dans le secteur de la santé pour la lutte contre le VIH proviennent en général des financements du Gouvernement du Burundi à travers le budget ordinaire du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA. Mais aussi, ils proviennent des différents partenaires bilatéraux et multilatéraux en l'occurrence le Fonds mondial (FM) de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme ; le PEPFAR et l'UNICEF.

Les différents besoins nationaux sont estimés par le sous-comité national de quantification et de gestion des intrants pour le VIH mis en place en 2016. Ce dernier est constitué par les cadres du PNLS/IST intervenant sur la chaîne d'approvisionnement des intrants VIH, les différents partenaires œuvrant dans la chaîne d'approvisionnement et l'autorité nationale de régulation des médicaments. Le sous-comité fait partie intégrante du comité de coordination des approvisionnements et de sécurisation des produits pharmaceutiques.

Ce sous-comité se réunit chaque année pour un exercice de quantification et trimestriellement pour une revue du plan d'approvisionnement. Ces ateliers trimestriels servent à analyser les différents niveaux des stocks et à émettre des recommandations pour éviter les risques de péremption et de rupture des stocks.

Les différents intrants (médicaments antirétroviraux, médicaments contre les infections opportunistes & infections sexuellement transmissibles, tests de dépistage, réactifs et consommables de laboratoire) utilisés dans la lutte contre le VIH suivent les protocoles en vigueur au niveau national dans le cadre du traitement et suivi des personnes vivant avec le VIH.

Une fois que les commandes sont établies, le PNLS/IST fait un suivi de ces dernières et participe dans la réception lorsque les produits sont livrés. Comme tous les autres produits de santé, les intrants de lutte contre le VIH sont stockés à la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du BURUNDI (CAMEBU) et sont distribués à travers les districts sanitaires. Ces derniers font une réquisition mensuelle des produits pour les différentes formations sanitaires sous leur responsabilité sur base des rapports produits par les structures de prise en charge. Le transport des produits est à la charge des districts sanitaires.

Une catégorie de certains intrants de laboratoire (réactifs et consommables) utilisés dans le suivi des personnes vivant avec le VIH qui sont réquisitionnés par certains laboratoires connus car ayant les appareils requis pour la réalisation de ces examens spécifiques (Charge virale, CD4 et diagnostic précoce).

Ce système mis en place connaît certains défis notamment en matière de la remontée des données de l'information logistique. Il n'y a pas d'outils adaptés pour le suivi des stocks au niveau opérationnel. Au niveau central, les informations des produits disponibles sont

accessibles à la CAMEBU et sont fournies par le logiciel SAGE ENTREPRISE. Ces données reflètent aussi les distributions accordées aux districts sanitaires.

Les améliorations de la gestion logistique doivent être envisagées en matière de la chaîne logistique des produits de santé en général et du VIH en particulier. C'est notamment :

- Les commandes en ligne sur des plateformes appropriées ;
- Une distribution active par la CAMEBU pour les différents produits de santé afin de minimiser les ruptures de stock ;
- Une évaluation des logiciels existants de suivi des stocks au niveau opérationnel pour décider de leur mise à jour ou de l'introduction d'autre logiciel plus performant ;
- Un paramétrage de DHIS2 pour le volet des patients suivis par protocole de traitement mais aussi pour le suivi des stocks par protocole et par molécules ;
- L'élaboration d'un nouveau manuel pour le dépistage du VIH, le manuel d'assurance qualité, le plan de mise à l'échelle de la charge virale et les aspects de gestion des approvisionnements y relatifs seraient décrits pour le renforcement du volet laboratoire.

#### 4.3.2. Résumé des constats dans la prise en charge globale

Domaines	Constats
Offre de service PEC ARV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'offre de prise en charge médicale a continué à s'étoffer et à se décentraliser : le nombre de site de traitement ARV est passé de 158 sites à 686 sites entre 2013 et 2017.</li> <li>- La délégation des tâches est formalisée et est effective</li> <li>- Le nombre d'adultes a continuellement augmenté au fil des années, mais à un rythme assez faible et la couverture est passée de 48.9% à 83% entre 2014 et 2017</li> <li>- Le nombre d'enfants sous ARV reste faible et à un rythme peu soutenu. La couverture est passée de 16.7% (2014) à 31% (2017)</li> <li>- Le dispositif communautaire de soutien au traitement et pour la prise en charge globale existe, mais devrait prendre davantage en compte la problématique des enfants/adolescents</li> <li>- Non application effective du « Test and treat »</li> <li>- La question de l'enrôlement, de la poursuite du traitement ARV n'est pas encore résolue.</li> </ul>
Référence	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'absence de stratégie pour augmenter l'efficacité du dépistage et réduire les perdus de vue entre le dépistage et le traitement (déperdition)</li> </ul>

Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faiblesse du dépistage précoce chez les enfants exposés (non opérationnalisation de la stratégie PCR avec circuit de transport des échantillons et récupération des résultats)</li> <li>- Faiblesse du dépistage chez les adolescents et jeunes</li> <li>- La persistance des résultats indéterminés dans le dépistage</li> </ul>
Laboratoire/suivi biologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le réseau de laboratoire et d'offres de prestation existe mais reste faible au niveau des stratégies (maintenance, circuit/transport des échantillons, rendu des résultats, répartition inéquitable.) dans certains domaines comme PCR et CV.</li> <li>- Le suivi biologique, bien que gratuit, ne permet pas de répondre aux attentes des 90-90-90 (charge virale, PCR, CD4)</li> </ul>
PEC des IO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prise en charge des IO est assurée mais reste peu documentée.</li> </ul>
Prise en charge de la coïnfection VIH/Hep B et C	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les coïnfections (hépatites B et C) ne font pas suffisamment l'objet d'attention</li> </ul>
TB/VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le dépistage actif de la tuberculose chez les PVVIH et le traitement préventif de la tuberculose chez les PVVIH est encore à ses débuts.</li> </ul>
Approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'approvisionnement en intrants et médicaments pour le traitement et le suivi biologique enregistre des ruptures</li> </ul>

### Principales faiblesses dans la prise en charge

- L'absence de stratégie pour augmenter l'efficacité du dépistage et réduire les perdus de vue entre le dépistage et le traitement
- La persistance des "indéterminés" dans le dépistage
- La faiblesse des stratégies opérationnelles concernant les examens biologiques clés comme la CV, PCR et hépatites
- Les ruptures de médicaments, intrants et réactifs
- Le dépistage actif de la tuberculose chez les PVVIH et le traitement préventif de la tuberculose chez les PVVIH encore à ses débuts.
- Les projections Spectrum donnent seulement les données estimées du niveau national
- Seul le niveau national peut mesurer les indicateurs de performance
- Le niveau opérationnel éprouve des difficultés de monitoring de leur performance faute des cibles désagrégées par province
- La décentralisation des services VIH n'est pas encore effective

- Insuffisance de stratégies adéquates pour la prise en charge psychosociale des enfants et des adolescents vivant avec le VIH
- Insuffisance de mécanismes pour la prise en charge nutritionnelle chez les PVVIH et de collecte des données sur ce volet.
- 

#### **Stratégies prioritaires pour les prochaines années**

- Renforcement de la délégation des tâches avec extension à la prise en charge pédiatrique
- Renforcer la détection des adultes vivant avec le VIH en besoin de traitement et l'enrôlement au traitement
- Renforcement de la détection et de la mise sous ARV des enfants/adolescents vivant le VIH (intégration des prestations, approche centrée sur les cibles, ciblage et recherche active) ainsi que leur suivi/soutien/accompagnement psychosocial
- Renforcement de la détection et de la prise en charge de toutes les coïnfections et IO
- Renforcement du dispositif communautaire de soutien au traitement
- Renforcement des stratégies du suivi biologique, des capacités laboratoires et de la gestion logistique des intrants, médicaments et réactifs
- Assurer l'assurance qualité des tests et réactifs du VIH
- Prévoir l'utilisation du 3<sup>e</sup> test de dépistage
- Renforcement des stratégies adéquates pour la prise en charge psychosociale des enfants et des adolescents vivant avec le VIH
- Renforcement des mécanismes pour la prise en charge nutritionnelle chez les PVVIH et de collecte des données en rapport avec la prise en charge nutritionnelle chez les PVVIH.

#### **4.4. Réduction de l'impact du VIH, genre, droits humains et lutte contre la stigmatisation et discrimination**

Un certain nombre de blocages entravent la promotion et la protection des droits humains des personnes infectées ou affectées et ce malgré l'existence d'une loi portant sur la protection juridique des PVVIH :

- La loi N°1/018 du 12 mai 2005 portant protection juridique des personnes infectées par le VIH et les personnes atteintes du Sida est lacunaire et ne dispose pas des textes d'application.
- La durée et le coût élevé des services spécialisés avec surtout une phase juridictionnelle trop longue.
- La faiblesse de la coordination et de l'encadrement des comités de protection communautaire.
- L'Insuffisance des fonds pour l'opérationnalisation des interventions relatives à la médiation communautaire.
- Persistance des attitudes de stigmatisation et discrimination, surtout chez les femmes/filles infectées et affectées.
- Insuffisances de la protection et assistance des OEV du sida

Selon les résultats de l'EDSB-III 2016-2017,

Les attitudes discriminatoires sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. 10% des femmes contre 6 % des hommes pensent que les enfants vivant avec le VIH ne peuvent pas aller à l'école avec les enfants négatifs au VIH.

Le pourcentage de femmes et d'hommes ayant des attitudes discriminatoires est plus élevé dans la tranche d'âge 15-19 ans (respectivement 33 % et 30 %). Il est moins élevé dans la tranche 30-39 ans (respectivement 20 % et 12 %).

Les comportements discriminatoires sont plus fréquents en milieu rural qu'en milieu urbain : 26 % chez les femmes et 19 % chez les hommes en milieu rural contre respectivement 14 % et 11 % en milieu urbain.

Concernant le renforcement de l'autonomie financière des PVVIH et des OEV, le pourcentage des PVVIH sous ARV démunies qui ont un revenu leur permettant de se prendre en charge était de 10% en 2013 avec une projection de 45% (soit 16 529 PVVIH) attendu en 2015. Le pourcentage des OEV qui ont un revenu leur permettant de se prendre en charge est de 45% (soit 30 958) en 2015. Ces faibles performances s'expliquent par :

- L'absence de fond de garantie pour les organisations des PVVIH qui assistent leurs pairs.
- Le contexte de pauvreté qui aggrave la vulnérabilité des PVVIH et des OEV.
- L'insuffisance des partenaires appuyant la réduction d'impact chez les personnes infectées et affectées par le VIH.
- La grande disparité entre les besoins et les ressources disponibles sur terrain.
- L'absence d'étude/enquête sur la rentabilité des AGR et l'appui à l'apprentissage/formation socioprofessionnelle.
- L'insuffisance des moyens pour l'organisation des cadres de partage d'expériences en matière d'octroi de microcrédits.
- La persistance de l'attitude de dépendance chez les bénéficiaires.

Des efforts ont été déployés en faveur de l'accès des OEV aux services sociaux de base : 182 946 OEV ont bénéficié du kit scolaire sur les 193380 prévus, soit 94.6% (Données portant sur 14 provinces en 2016).

En ce qui concerne la réduction de la vulnérabilité des femmes face au VIH/sida, les résultats de l'EDSB 2016-2017 renseignent que le statut de la femme n'est pas reluisant au Burundi. Globalement, 21 % des femmes en union qui gagnent de l'argent décident elles-mêmes de l'utilisation de leurs gains et dans 67 % des cas, cette décision est prise conjointement dans le

couple. À l'opposé, 12 % des femmes ont déclaré que c'est le conjoint qui décide principalement de l'utilisation de leurs gains.

S'agissant des hommes, dans la quasi-totalité des cas (96%), les hommes ont déclaré être impliqués dans la décision d'utilisation de leurs gains. Pour 71 % des hommes, cette décision est prise conjointement avec l'épouse ou partenaire et dans 25.5 % des cas, la décision est du seul ressort de l'homme et le conjoint n'est pas associé à la prise de décision. En outre, de nombreux défis existent en matière de genre car la faible participation de la femme aux mécanismes de prise de décision notamment en ce qui concerne la gestion de l'économie familiale et nationale amplifie sa vulnérabilité face au VIH et limite son accès aux services de base (prévention, traitement, soins et soutien).

#### Principales faiblesses et Stratégies prioritaires pour les prochaines années dans la réduction de l'impact, droits humains et Genre

Domaines	Faiblesses	Stratégies/interventions prioritaires
Genre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible accessibilité des femmes aux ressources économiques</li> <li>- Persistance des index de stigmatisation/discrimination des femmes et filles séropositives.</li> <li>- Insuffisance des centres intégrés de prise en charge des VSBG.</li> <li>- Possibilités des arrangements à l'amiable (entre famille) suite aux viols ou aux grossesses non désirées.</li> <li>- Abandon scolaire élevé après l'accouchement par manque de la garde de l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promotion des programmes visant l'autonomisation de la femme.</li> <li>- Plaidoyer auprès du législateur pour la révision des lois inégalitaires.</li> <li>- Renforcement des capacités des leaders communautaires suscitant l'implication des hommes et des femmes dans la réduction de l'impact face aux VSBG, VIH et au sida.</li> <li>- Mobilisation des hommes sur les questions du Genre.</li> <li>- Mise en place d'un cadre de concertation et de collaboration des administratifs et du réseau des confessions religieuses pour la prévention des mariages précoces et la réduction des VSBG.</li> <li>- Renforcement des centres intégrés de PEC des VSBG.</li> </ul>
OEV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance de données renseignant sur les différents acteurs et la couverture des services.</li> <li>- Faible accès des OEV aux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de la coordination des intervenants en faveur des OEV</li> <li>- Appui à l'élaboration et à l'enregistrement des textes réglementaires et à l'enregistrement des groupements solidaires</li> </ul>

	<p>ressources socioéconomiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible niveau de concertation entre les partenaires de mise en œuvre et les structures de prise en charge.</li> <li>- Persistance d'bandons scolaires pour cause de grossesses non désirées, mariages précoces, violences domestiques.</li> <li>- Faible couverture d'encadrement et suivi des OEV (à l'école et à la maison)</li> </ul>	<p>au niveau de la commune.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration d'un plan de mobilisation de ressources afin d'atténuer la vulnérabilité sociale des OEV (offre d'un paquet plus complet de services).</li> <li>- Renforcement du suivi des OEV à l'école et à domicile à travers le mécanisme communautaire des CPE (comité de protection des orphelins).</li> </ul>
Réduction d'impact pour les PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'insuffisance d'appuis affectés à la réduction d'impact chez les personnes infectées et affectées par le VIH.</li> <li>- Faible connaissance de la situation actualisée des AGR et de la formation socio-professionnelle.</li> <li>- L'absence d'étude/enquête socioprofessionnelle sur la rentabilité des AGR et l'appui à l'apprentissage/formation.</li> <li>- L'insuffisance des moyens pour l'organisation des cadres de partage d'expériences en matière d'octroi de microcrédits.</li> <li>- Insuffisance des appuis aux organisations de PVVIH dans la mise en œuvre des programmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de la mobilisation des ressources pour la réduction d'impact chez les personnes infectées et affectées par le VIH.</li> <li>- Autonomisation des associations des OEV et PVVIH sur l'accès et la gestion des projets.</li> <li>- Renforcement de l'encadrement et du suivi des groupements d'auto prise en charge.</li> <li>- Implication des organisations des bénéficiaires dans le plaidoyer pour la mobilisation et gestion des fonds en faveur des PVVIH</li> <li>- Appui technique et financier des réseaux de PVVIH dans la mise en œuvre du Plan d'action conjoint.</li> </ul>



	d'appui économique.	
Droits et VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence des textes de mise en application de la loi N°1/018 du 12 mai 2005 portant protection juridique des personnes infectées par le VIH et des personnes atteintes du sida</li> <li>- Environnement sociojuridique défavorable à certaines catégories des populations</li> <li>- La non vulgarisation de la stratégie intégrant les notions des droits humains, genre et VIH.</li> <li>- Temps et coût élevés des services spécialisés avec surtout une phase juridictionnelle trop longue.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Révision de la loi du 12 mai 2005 (en tenant compte de l'évolution scientifique et du contexte international) et mise en place des textes d'application.</li> <li>- Diffusion à grande échelle des résultats de l'étude « index Stigma. ».</li> <li>- Renforcement des capacités des réseaux et ONG en matière de prévention et défense des droits humains des personnes infectées et affectées par le VIH.</li> <li>- Renforcement des capacités de l'Observatoire pour assurer la mission du monitoring des interventions de la Société Civile en matière d'assistance juridique.</li> <li>- Insuffisance de programmes continus de renforcement des capacités sur le genre, SSR, Droits humains et VSBG à l'endroit de différentes catégories de populations.</li> <li>- Renforcement de l'accessibilité aux services de prévention et de prise en charge du VIH en faveur des populations vulnérables</li> </ul>

#### **4.5. Coordination, suivi évaluation, et mobilisation/gestion des ressources financières, et gouvernance**

##### **4.5.1. Suivi-Evaluation**

Le plan stratégique national 2014-2017 a été accompagné par l'élaboration d'un plan national de suivi et évaluation. L'élaboration du plan de suivi évaluation a été précédée de la revue des douze composantes du système de suivi-évaluation afin d'en dégager les forces et les faiblesses à combler pour son fonctionnement optimum. Profitant des avancées significatives dans la normalisation du Suivi & Evaluation au niveau mondial, cette revue participative s'est basée sur le "One Tool" développé par le "Monitoring and Evaluation Reference Group (MERG)" de l'ONUSIDA.

Au début de la mise en œuvre du PSN 2014-2017, l'unité de suivi et évaluation du SEP/CNLS était chargée de la collecte, du traitement, de l'analyse et de la diffusion des informations relatives à la réponse nationale.

Ainsi, en plus des données de routine, le SEP/CNLS devait compléter l'information stratégique par les études, évaluations et enquêtes.

La revue du PSN 2014-2017 a permis de constater que même si les données de routine de santé sont collectées, il subsiste des discordances dans les documents officiels produits et ceux des autres acteurs.

Au niveau du système d'information de routine le mécanisme de collecte et de transmission des données a été défini mais n'est pas effectif. Ni le SEP/CNLS, ni le PNL/IST ne sont en mesure aujourd'hui d'avoir une visibilité de toutes les actions relatives à la réponse nationale notamment celles de la société civile et du secteur privé. Cela a été également constaté lors de l'estimation des flux de ressources et des dépenses nationales de lutte contre le VIH/sida (REDES 2014).

En l'absence de données exhaustives et fiables sur le VIH/sida, faute d'un système d'information opérationnel, il n'a pas été aisé d'apprécier certains résultats du PSN. Les données du secteur de la société civile et du privé ne sont pas suffisamment capitalisées. Chaque acteur collecte et rend compte en fonction de celui qui le finance. Les données collectées et les informations empruntent des circuits parallèles calqués essentiellement sur les circuits financiers. Ce qui affaiblit le système d'information et les mécanismes de suivi de la mise en œuvre du PSN.

Globalement, le système de suivi et évaluation souffre de l'insuffisance de coordination.

L'absence de répartition claire des rôles et responsabilités dans le domaine du S&E entre le SEP/CNLS et le PNL/IST rend la tâche de coordination du système de suivi évaluation difficile jusqu'à l'année 2014.

Le changement du Récipiendaire Principal de la subvention du Fonds Mondial a entraîné un transfert tacite de la responsabilité du Suivi-Evaluation PSN 2014-2017 au PNL/IST dont le dispositif de suivi évaluation a été renforcé à travers les appuis techniques et financiers de ses partenaires (PEPFAR/USAID, Fonds Mondial, CTB, OMS, UNICEF et ONUSIDA) pour faire face aux exigences que requiert un système de suivi évaluation performant.

Au Burundi, la collecte et l'analyse des données VIH/IST était organisée de façon verticale. Jusqu'en 2014, le SEP/ CNLS et le PNL/IST assuraient l'élaboration des registres standards et le développement du formulaire de rapport mensuel, ainsi que leur mise en place. Avec l'appui des partenaires, le Système d'information sanitaire VIH/IST a été intégré dans le système national d'information sanitaire de routine : (1) le module GESIS VIH a été mis en place au niveau provincial et dans tous les districts ; (2) des outils standards du SIS de routine intégrant le VIH/IST ont été revus et diffusés au niveau des FOSA ; (3) les formulaires de rapport du SIS de routine (CDS et Hôpital) intégrant le VIH/IST ont été paramétrés dans DHIS2. Les outils de

gestion du programme (SIDA INFO, dossiers patients et registres de consultations des PVVIH) ont été mis à jour dans le cadre du suivi des objectifs 90-90-90.

Bien qu'il y ait une amélioration dans la gestion de l'information VIH, les défis ne manquent pas :

- La nouvelle version de la base de suivi des patients SIDA INFO mis à jour n'est encore redéployée au niveau des structures de prise en charge
- Faible appropriation de la base SIDA INFO par le programme VIH
- Les outils revus de gestion du programme VIH (dossier patient adulte et enfant, registre de consultation des PVVIH) ne sont pas disponibles au niveau des structures de prise en charge
- La non maîtrise des indicateurs VIH par le niveau intermédiaire et périphérique
- Les projections Spectrum donnent seulement les données estimées du niveau national. Seul le niveau national peut mesurer les indicateurs de performance
- Le niveau intermédiaire et opérationnel éprouve des difficultés de monitoring de leur performance faute des données estimées par Spectrum

#### **4.5.2. Coordination de la réponse nationale**

Créé en 2002, le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) est l'organe de coordination de la réponse nationale du VIH. Le décret n° 100/175 du 02 août 2016 portant réorganisation, fonctionnement et composition du Conseil National de Lutte contre le Sida, décrit les différents niveaux de gouvernance et de gestion de la réponse avec des cadres de concertation impliquant l'ensemble des parties prenantes. Ce nouveau décret maintient l'ancrage institutionnel au niveau de la Présidence de la République pour permettre un leadership au plus haut niveau et promouvoir une approche multisectorielle et décentralisée. L'organe technique du CNLS est le secrétariat exécutif permanent logé au Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida et qui travaille en étroite collaboration avec le Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement transmissibles (PNLS/IST), les ministères sectoriels, les acteurs de la société civile et du secteur privé ainsi que les partenaires techniques et financiers qui interviennent dans le domaine du VIH et sida.

Actuellement les plans d'actions annuels du niveau intermédiaire et périphérique (BPS/BDS) prennent en compte les aspects liés au VIH, ce qui constitue des avancées par rapports aux années antérieures.

L'atteinte des résultats du plan stratégique de lutte contre le VIH/sida passe nécessairement par le renforcement des systèmes notamment celui du système communautaire. Dans le but de

renforcer la coordination des interventions communautaires, le SEP/CNLS a facilité la mise en place de plateformes (REMUA, ABS, 5 Réseaux des PVVIH et le réseau interconfessionnel, FENAS) à travers sa composante de suivi de la réponse de la société civile. Le système communautaire a bénéficié ainsi d'un volet important de financement du Fonds Mondial à travers la Croix Rouge. Ce renforcement leur a permis d'élargir leur offre de services et de contribuer considérablement à l'atteinte des résultats du PSN.

#### **4.6.3. Mobilisation, gestion financière et gouvernance**

L'analyse des données du REDES montre une tendance baissière des ressources extérieures et une situation stagnante de la contribution gouvernementale malgré une forte volonté politique d'accroître sa contribution pour la lutte contre le VIH.

L'analyse de l'allocation des ressources entre 2014 et 2016 montre une diminution des ressources allouées à la prévention et à la gestion au profit du traitement. Cette situation témoigne de la volonté politique d'opérationnaliser les trois 90 initiés par l'ONUSIDA.

Par ailleurs, la non mise en œuvre du plan de mobilisation des ressources a occasionné une faible mobilisation des ressources domestiques, malgré les potentialités existantes notamment au sein du secteur privé et para étatique, ce qui pose la question de la pérennisation du financement du VIH.

Cette forte dépendance de la riposte au VIH du Burundi envers les financements internationaux ainsi que les incertitudes entourant leur disponibilité combinée à une faible mobilisation des ressources domestiques, constituent une contrainte majeure quant à la mise en œuvre des stratégies comme le "Test and Treat" et le "Fast Track".

De plus, les informations recueillies lors de la revue montrent une sous notification des ressources financières mobilisées particulièrement par les organisations de la société civile du fait de l'insuffisance dans la coordination permettant une traçabilité des financements extérieurs de la riposte nationale.

## **V. RECOMMANDATIONS GENERALES DE LA REVUE DU PSN 2014-2017**

### **5.1 Principales recommandations du programme de prévention**

- a. Connaissances du VIH :
  - Finaliser l'harmonisation et la vulgarisation des messages de prévention
  - Renforcer la prise en compte du VIH dans les curricula d'enseignement
- b. Promotion et utilisation des préservatifs :
  - Renforcer la coordination de l'approvisionnement en intrants de protection
  - Renforcer le contrôle de qualité des préservatifs en post marketing

- Mettre en place des stratégies et mécanisme de gestion des déchets liés aux préservatifs.
- c. Dépistage du VIH :
  - Renforcer le ciblage et la performance du dépistage du VIH
  - Assurer le monitoring des résultats du dépistage
- d. VSBG :
  - Intégrer la prise en charge des VSBG dans le PMA des prestataires
  - Impliquer des leaders communautaires, religieux et des corps de justice dans la prévention des VSBG
- e. IST :
  - Renforcer la sensibilisation sur les méfaits de l'automédication des IST
  - Actualiser l'algorithme de prise en charge des IST afin de prendre en compte les spécificités des populations clés et de certaines localisations
- f. Transfusion sanguine :
  - Mettre en place un mécanisme pour le rendu des résultats aux donneurs de sang
- g. Pour les populations clés
  - Adapter les programmes à l'âge des TS mineures
  - Mettre en place des AGR pour les TS mineures
  - Dépistage en stratégie mobile, autotest
  - Renforcer le volet SR dans les interventions en faveur des populations clés
  - Renforcer les stratégies mobiles combinant dépistage, soins des IST, SR/PTME et autres services essentiels chez les populations clés

## **5.2 Principales recommandations de la PTME (Revue PSN et du plan e-TME)**

- Renforcer la SR/PTME chez les PVVIH et les populations clés ;
- Mettre en œuvre la stratégie « All In » en faveur des jeunes filles et des jeunes femmes ;
- Renforcer la PTME communautaire afin de réduire les perdus de vue chez les enfants et les femmes du circuit PTME ;
- Renforcer la délégation des tâches et l'intégration des services SRMNIA/PTME, en particulier l'approche centrée sur les cibles ;
- Rendre la mise en œuvre effective de l'option B+ ;
- Assurer la mobilisation des ressources financières additionnelles et la coordination de la contribution financière des partenaires au développement sanitaire pour la mise en œuvre du prochain plan e-TME ;
- Renforcer le système de financement basé sur la performance mis en place pour assurer une durabilité des interventions de la PTME ;
- Mettre en place et/ou renforcer une plateforme conjointe de coordination des interventions SRMNIA/VIH ;
- Renforcer le comité national de quantification des médicaments par la mise en place d'un SIGL national afin de :

- Améliorer le processus de quantification et de coordination de l'approvisionnement en ARV, tests VIH rapides, autres intrants stratégiques et l'équipement de laboratoire essentiel ;
- Améliorer le système de gestion de stock en révisant le système de rapportage et de commande ;
- Assurer la formation et le suivi des prestataires dans les domaines programmatiques suivants :
  - \* La PEC syndromique des IST
  - \* La prévention du VIH/sida intégrant la PTME/SR
  - \* La prise en charge globale intégrant la PEC pédiatrique
  - \* La gestion logistique des médicaments de façon globale et les ARV et intrants stratégiques de façon particulière
- Renforcer la collaboration avec le PNSR dans le cadre de la plateforme conjointe pour améliorer et achever l'intégration des services SR/VIH
- Maintenir et/ou accroître le niveau d'appui financier et technique à la PTME pour aller à l'élimination TME dans la mise en œuvre du prochain plan.

### 5.3 Principales recommandations sur la prise en charge globale

- Etendre la délégation des tâches pour la PEC des enfants, tout en opérationnalisant le mentorat ;
- Augmenter l'efficacité du dépistage et réduire les pertes de vue entre le site de dépistage et celui de prise en charge ;
- Renforcer les mécanismes de résorption des femmes provenant de la PTME sous option B+ dans les files actives et dans les stratégies de suivi clinique/biologique ;
- Améliorer la recherche et la mise sous ARV des enfants vivant avec le VIH (dépistage précoce, dépistage des enfants dans les principales portes d'entrée, dépistage des enfants des PVVIH adultes suivis dans les sites) ;
- En plus ce qui existe, équiper le pays en appareils de charge virale et PCR permettant de résoudre le problème de transport des échantillons et de remise des résultats, à moindre coût ;
- Améliorer les stratégies d'opérationnalisation du diagnostic/suivi biologique (PCR, CV, CD4) ;
- Mettre en place un plan d'acquisition et de maintenance des équipements biomédicaux ;
- Renforcer le suivi et le soutien psychosocial des enfants et adolescents vivant avec le VIH, sous traitement ou non ;
- Documenter la prise en charge des IO et améliorer la prise en charge de toutes les coinfections ;
- Renforcer la gestion logistique des intrants et réactifs au niveau central et périphérique ;
- Améliorer le monitoring des performances des districts à travers une désagrégation des cibles jusqu'au niveau district ;
- Intégrer les aspects VIH&VSBG dans le plan de contingence globale dans les situations d'urgence et/ou humanitaire ;

- Renforcer les mécanismes de suivi-évaluation au niveau des provinces et districts sanitaires afin de formaliser l'organisation des revues périodiques conjointes des programmes ;
- Institutionnaliser et systématiser la validation des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Assurer la disponibilité des outils de collecte de données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

#### 5.4 Principales recommandations sur le S&E

- Redynamiser le groupe thématique planification suivi évaluation du MSPLS en intégrant les partenaires dans la lutte contre le VIH Sida pour la coordination et le suivi stratégique des interventions.
- Réorganiser tous les services du SEP/CNLS avec la mise en place de l'Unité de suivi et évaluation pour rendre complet le paysage organisationnel que nécessite le principe des « Three ones »
- Renforcer le financement des activités de Suivi et évaluation du programme national de lutte contre le sida (PNLS)
- Adapter les outils de collecte de sorte à leur permettre de pouvoir renseigner toutes les informations prévues dans le cadre de performance du PSN et à prendre en compte les différents groupes cibles qui bénéficient d'interventions dans ce présent PSN.
- Optimiser tout le potentiel de différents logiciels et permettre leur utilisation jusqu'au niveau le plus décentralisé. il serait nécessaire de :
  - ✓ Mettre en place un plan de renforcement continu des capacités des utilisateurs,
  - ✓ Poursuivre la dotation en logiciel SIDA Info aux structures de prise en charge qui n'en disposent pas, et faire l'interopérabilité avec le DHIS2
  - ✓ Renforcer en matériel informatique les équipes de S/E particulièrement au niveau intermédiaire et opérationnel,
  - ✓ Poursuivre et finaliser la mise en place du logiciel DHIS2 au niveau des centres de santé,
  - ✓ Mettre en place un mécanisme de maintenance préventive et curative des logiciels et appareils informatiques ,
  - ✓ Développer des applications mobiles pour faciliter la collecte de certaines informations de routine,
  - ✓ Renforcer le monitoring décentralisé afin d'accroître les performances.
- Systématiser la revue de la qualité des données à tous les niveaux,
- Mener les études sur l'estimation de la taille et la cartographie des populations clés afin de permettre au pays de disposer de base plus rationnelle pour la planification
- Mettre en place un système de documentation et de capitalisation des bonnes pratiques en vue de leur partage à tous les niveaux.

### 5.5 Principales recommandations sur la coordination nationale

- Redynamiser les cadres de coordination provinciale par des réunions régulières
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication qui prend en compte non seulement la communication institutionnelle mais aussi celle programmatique afin d'accompagner la mise en œuvre du PSN
- Renforcer le CDI et relancer le site WEB du SEP/CNLS
- Améliorer la coordination des interventions VIH au niveau des ministères sectoriels et au niveau décentralisé
- Renforcer la coordination inter-programme.

### 5.6 Principales recommandations sur la mobilisation des ressources, gestion financière et gouvernance

- Développer une approche d'investissement basée sur les villes et agglomérations pour atteindre les objectifs 90-90-90
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de mobilisation des ressources pour augmenter et diversifier les sources et mécanismes de financement durables et innovants ;
- Développer un argumentaire à l'endroit du secteur privé et faire mener des actions de plaidoyer au sein des entreprises ciblées ;
- Les ministères sectoriels devront également exploiter les opportunités de financement existantes dans leurs secteurs en élaborant des plans sectoriels et trouver les financements avec l'accompagnement du SEP/CNLS. A cela, il est recommandé de :
  - o Mener le plaidoyer au sein des autorités politiques pour l'accroissement des ressources publiques ;
  - o Faire le plaidoyer pour l'inscription de ligne budgétaire VIH pour chaque ministère ;
  - o Améliorer le mécanisme de gestion pour garantir une meilleure transparence et une bonne gouvernance pour la mise en place d'un comité de veille qui intègre les partenaires au développement, la société civile et le gouvernement ;
  - o Mettre en place un dispositif de suivi des engagements et de redevabilité des acteurs clés en matière de lutte contre le Sida.

### 5.7 Principales recommandations sur le plan programmatique

- Passer d'une logique de province prioritaire vers une logique de ville et agglomération (localisation/population) dans la programmation des interventions ;
- Intensifier les interventions en milieu urbain pour plus d'impact ;
- Prendre en compte le milieu rural (interférence avec urbain);
- Renforcer les interventions auprès des populations clés et celles à haut risque
- Mettre en œuvre les approches innovantes (mondiales, régionales et sous régionales) pour plus d'impact : *la stratégie « All In », le Fast-track, le « test and treat », la PrEp, l'autotest, le three free, le retesting, l'objectif 90-90-90.*
- Améliorer l'utilisation des données VIH pour la prise des décisions à tous les niveaux du système de santé ;
- Systématiser la revue de la qualité des données à tous les niveaux.



## **VI. VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS du PSN 2018-2022**

### **6.1. Vision**

La vision du PSN 2018-2022 est celle d'un Burundi *sans nouvelles infections à VIH, sans morbidité ni décès liés au sida* à l'horizon 2030.

L'objectif est d'atteindre l'accès universel à la prévention, aux soins, au soutien et traitement du VIH en se rapprochant de la cible 90-90-90.

Le gouvernement s'engage à rendre disponible les ressources financières adéquates pour la mise en œuvre des interventions stratégiques et à assurer la synergie de tous les acteurs engagés dans la riposte nationale au VIH/sida et IST pour :

- Intensifier la prévention des nouvelles infections à VIH et la détection des nouveaux cas séropositifs ;
- Promouvoir l'accès aux services de soins de qualité (PEC, traitement et soutien)

Ces efforts seront également consolidés à travers : (i) l'environnement de la bonne gouvernance de la réponse nationale, (ii) le principe de « Three oness », (iii) la prise en compte effective du genre, (iv) la protection des droits humains et la réduction de la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes infectées et/ou affectées par le VIH.

### **6.2. Principes Directeurs**

Depuis 1998, année de formulation du premier Plan Stratégique National, les principes directeurs ont évolué et se sont enrichis au rythme des initiatives internationales, régionales et sous régionales ainsi que des changements de la situation nationale induits par les résultats de la mise en œuvre de différents PSN. Les principes directeurs suivants constituent un guide de conduite consensuel entre toutes les parties prenantes pour la conception, la mise en œuvre, la coordination et le suivi & évaluation du présent Plan Stratégique. Ils s'inspirent également des leçons apprises par le passé et la mise en œuvre de bonnes pratiques.

### **6.3. Un engagement politique fort et une appropriation de la réponse au VIH et sida**

Cet engagement se matérialise par :

- La stabilisation du cadre institutionnel de la lutte contre le sida au Burundi conditionne la mise en œuvre du Plan Stratégique quinquennal.
- L'engagement et l'appropriation se traduiront notamment par la mobilisation interne et externe des partenaires engagés dans la réponse au VIH et au sida ;
- Le maintien et l'augmentation des ressources financières internes et externes pour contribuer à la mise en œuvre des interventions prévues dans le plan quinquennal ;

- La promotion de la visibilité de la réponse par une communication stratégique pour le changement de comportements tant dans les forums internationaux, nationaux et communautaires ;
- Le respect des Accords et des Engagements Internationaux et Régionaux.

#### **6.4. Bonne gouvernance de la riposte au VIH/sida**

Conformément au mandat du Secrétariat Exécutif Permanent tel que lui assigné par le CNLS et bien décrit dans le décret n°100/175 du 02 août 2016 portant réorganisation, fonctionnement et composition du Conseil National de Lutte contre le Sida et en s'appuyant sur les leçons du passé, cet organe technique de coordination multisectorielle devra être appuyé en amont et en aval pour bien conduire sa mission. Les rôles et les responsabilités des acteurs de gestion technique sectorielle de la réponse ainsi que ceux des instances de coordination et de mobilisation des ressources doivent être clairement définies de manière à garantir sa neutralité, son objectivité et son caractère ouvert à tous les secteurs et partenaires. Le SEP/CNLS doit être doté de ressources suffisantes humaines et matérielles lui permettant d'assurer sa fonction.

#### **6.5. Décentralisation de la riposte**

La décentralisation est un élément fondamental de la riposte nationale. Elle implique la responsabilisation des entités territoriales décentralisées et des secteurs dans la mise en œuvre de la stratégie nationale. Le développement de plans provinciaux est impératif pour une réponse provinciale multisectorielle et coordonnée.

En outre, l'atteinte des résultats du plan stratégique de lutte contre le VIH/sida passe nécessairement par le renforcement des systèmes notamment celui du secteur communautaire, l'intégration des services et la mise en œuvre effective de l'arrêté ministériel de task-shifting et de décentralisation.

#### **6.6. Le respect des droits humains**

Le Burundi est perçu comme un des pays à meilleures pratiques en matière de lutte contre le sida. Les droits humains sont garantis par la constitution et devront guider la mise en œuvre des différentes interventions

Le droit à la santé est au centre de la riposte. Il s'agit ici du droit de ne pas être infecté par le VIH et de vivre pleinement si on est déjà infecté.

L'orientation de la réponse nationale est guidée par les droits de la population dans sa diversité à une prévention efficace et accessible à tous, à une offre de services de soutien des vulnérables ainsi qu'à un continuum de prise en charge complète de qualité, des services dénués de toute discrimination ou stigmatisation de quelque genre que ce soit notamment celle liée au sexe, au statut sérologique pour le VIH, à la situation géographique, etc.

La riposte sera orientée prioritairement aux plus vulnérables et aux plus exposés et le suivi-évaluation renseignera sur la désagrégation des bénéficiaires des services offerts permettant de

rendre compte sur la prise en compte équitable du sexe, de l'âge, de la résidence, ainsi que de certaines situations particulières d'exposition au risque et à la vulnérabilité.

La participation des organisations des bénéficiaires notamment les organisations de PVVIH, de femmes, de jeunes et de populations cibles, dans la formulation de la réponse ainsi que dans la mise en œuvre et l'évaluation est un élément essentiel permettant l'appropriation mais aussi la qualité de la réponse offerte. Ce PSN en tient compte depuis le début du processus d'élaboration. Les contraintes sociales, culturelles et économiques pouvant générer la violation des droits spécifiques doivent être la cible d'actions efficaces pour y faire face.

### **6.7. Accès universel et gratuité des soins**

En ce qui concerne l'accès universel aux soins de la mère et de l'enfant, le Burundi a adopté la politique de gratuité des soins aux femmes enceintes ou qui accouchent et aux enfants de moins de cinq ans depuis 2006 avec un accès gratuit aux ARV, aux antipaludéens de première ligne et autres produits de la prévention. Dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, il est important de s'assurer que toutes les personnes obtiennent les services de lutte contre le sida dont elles ont besoin, sans éprouver des difficultés financières pour en payer le coût.

### **6.8. Bonne gouvernance et obligation de rendre compte**

La mise en œuvre de ce plan stratégique exigera que des ressources adéquates soient disponibles, pérennes et suffisantes. Le principe de base de gestion reste le même : la transparence dans la gestion, le respect strict des procédures nationales et celles des partenaires, l'esprit toujours gardé sur l'orientation des ressources vers la production des résultats et vers les bénéficiaires avec une obligation permanente de rendre compte.

### **6.9. Multisectorialité et intersectorialité**

Aux côtés du secteur sanitaire qui contribue à la mise en œuvre des plans stratégiques à hauteur élevée, il faut également capitaliser la contribution pertinente des autres secteurs. Certains ministères clés du secteur public (Défense, Sécurité, Jeunesse, Education, Droits humains, Genre etc.) devront élaborer des plans sectoriels alignés sur la stratégie nationale.

La revue du PSN 2014-2017 montre qu'actuellement une des clés du succès de la lutte contre le sida au Burundi repose sur une synergie d'action : l'implication réelle des acteurs publics, de la société civile et communautaire dans la mise en œuvre de la plupart des composantes des programmes et produisent les meilleurs résultats. La contribution du secteur privé reste à galvaniser tant dans le financement de la réponse que dans la mise en œuvre.

## **VII. FACTEURS DETERMINANTS A LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS**

### **7.1. Les facteurs déterminants ou facteurs critiques**

Les facteurs déterminants ou facteurs critiques sont des domaines indispensables et primordiaux à la réalisation des stratégies et à l'atteinte des résultats. Ce sont des catalyseurs qui vont « booster » la mise en œuvre des différents programmes de base. La non-prise en compte ou l'insuffisance de mise en œuvre de ces facteurs constitue un obstacle majeur pour les résultats escomptés. Les facteurs critiques suivants ont été identifiés :

- (i) Les Interventions institutionnelles (lois, politiques et pratiques juridiques),
- (ii) Les Interventions communautaires,
- (iii) Le Genre, droits humains, réduction de la stigmatisation et de la discrimination
- (iv) La Gestion des Achats et des Stocks,
- (v) La coordination,
- (vi) Le suivi-évaluation et la recherche,
- (vii) La Communication relative au programme.

### **7.2. Alignement**

Le Burundi a souscrit au respect des "three oness" proposés par l'ONUSIDA : un seul cadre stratégique, un seul cadre de coordination, un seul cadre de suivi & évaluation". Leur mise en application renforce le cadre institutionnel et garantit la bonne gouvernance. Ce respect des engagements se fera au niveau des politiques novatrices de prévention, de prise en charge médicale et psychosociale, des droits humains, du genre et équité, l'acquisition et l'adaptation contextuelle des nouvelles stratégies qui contribuent à l'appropriation de la réponse au VIH. Par ailleurs, de 2018 à 2022, la réponse nationale du Burundi face à l'épidémie à VIH sera mise en œuvre en conjuguant d'une part, l'initiative « Start free, Stay free & AIDS free<sup>10</sup> » qui vise l'accélération accrue de l'action en vue de mettre fin au sida chez les enfants, les adolescents et les jeunes femmes d'ici à 2020, avec d'autre part, la Stratégie « super fast-track : 90-90-90 », la stratégie « test all and treat all » et la vision ultime des Trois Zéros de l'ONUSIDA<sup>11</sup>.

## **VIII. STRATEGIE NATIONALE 2018-2022**

### **8.1. Approche stratégique pour la mise en œuvre du PSN**

Le succès de la mise en œuvre du nouveau PSN exige de consolider les acquis et de bâtir sur les leçons apprises. Il est important d'adopter une réelle culture des résultats et développer une approche de mise en œuvre stratégique et concentrée basée sur une très bonne compréhension et maîtrise des dynamiques de l'épidémie à VIH.

<sup>10</sup>ONUSIDA, 26 septembre 2016

<sup>11</sup>Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités 2016-2021 de l'ONUSIDA plan opérationnel traduire la stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA en actions concrètes : UNAIDS/PCB (37)/15.19 ; 19 octobre 2015

Il importe que les plans opérationnels sectoriels et provinciaux à développer tiennent compte des éléments ci-dessous pour plus de succès dans la mise en œuvre de la riposte nationale.

## 8.2. Localisation des interventions

L'orientation des interventions se focalisera sur les zones géographiques supportant le plus grand nombre de nouvelles infections, le plus grand nombre de PVVIH et le plus grand nombre de patients co-infectés VIH/TB+. La disponibilité des données fiables est un requis indispensable pour une sélection des endroits prioritairement identifiés.

## 8.3. Population cible

Le choix de la population des zones prioritaires nécessitera l'identification des critères objectifs en fonction de besoins et dont l'impact des interventions sera plus prononcé.

*Tableau : Cibles prioritaires*

#	Priorités	Cibles
1	Prévention des nouvelles infections	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les couples stables dans la population générale,</li> <li>- Les jeunes de moins de 25 ans,</li> <li>- Les populations clés</li> <li>- Les détenus,</li> <li>- Les pêcheurs.</li> <li>- Les partenaires séronégatifs des PVVIH</li> </ul>
2	Élimination de la transmission du VIH et de la syphilis de la mère à l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Femmes en âge de procréer</li> <li>- Femmes enceintes</li> <li>- Partenaires des femmes enceintes</li> <li>- Enfant de 0-14 ans</li> </ul>
3	Prise en charge globale des personnes infectées par le VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PVVIH</li> <li>- Patients tuberculeux</li> </ul>
4	Réduction de l'impact et des déterminants de la vulnérabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les victimes des violences sexuelles</li> <li>- Les populations-clés</li> <li>- PVVIH</li> <li>- OEV</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Femmes</li> <li>- Jeunes filles</li> </ul>
--	--	---

#### 8.4. Combinaison des interventions

Dans un contexte de ressources limitées, il est indispensable d'identifier des activités à réelle plus-value et à grand impact dont la mise en œuvre combinée devrait permettre de réduire sensiblement le nombre de nouvelles infections et de décès.

Le succès du PSN repose également sur une bonne maîtrise des approvisionnements et la disponibilité des intrants en permanence dans les sites de prestations des services. Les ruptures de stocks ont eu un impact négatif sur la performance du PSN 2014-2017. Le système actuel connaît des problèmes récurrents liés à la lourdeur des procédures de commande et d'acquisition des produits à partir des fournisseurs et à la faiblesse des mécanismes de suivi de la distribution entre le niveau central et les niveaux de dispensation.

Il importe que le MSPLS et ses partenaires veillent à la mise en place d'un système performant de gestion et d'approvisionnement des médicaments et autres intrants de lutte contre le VIH et sida.

### IX. CHAINE DE RESULTATS DU PSN-2018-2022

#### 9.1. But

Ce Plan dit de 4ème génération a pour but principal de réduire les nouvelles infections, la morbidité et la mortalité liées au VIH et Sida, ainsi que d'en atténuer l'impact socio-économique sur le développement du pays et par conséquent sur les conditions de vie des populations à l'horizon 2022.

#### 9.2. Objectifs stratégiques

La mise en œuvre de la réponse face au VIH/Sida et aux IST pour la période 2018-2022 vise particulièrement à :

- Intensifier la prévention des nouvelles infections par voie sexuelle et sanguine chez la population générale, chez les jeunes et adolescents, chez les victimes des violences sexuelles et parmi les populations clés.
- Renforcer la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la prise en charge pédiatrique précoce et le maintien des mères en vie.
- Baisser la mortalité liée au VIH/sida.
- Atténuer l'impact et les déterminants de la vulnérabilité liée au VIH sur les populations vulnérables.
- Renforcer et améliorer la gestion et la coordination de la réponse nationale dans l'esprit des "Three ones".

### 9.3. Résultats attendus

Au terme de la période, il est attendu que :

- Le nombre de nouvelles infections à VIH est réduit de 20% dans la population générale et dans les groupes les plus exposés au risque du VIH d'ici 2022
- Le risque de TME est réduit de 6,39% en 2016 à 2% en 2022
- La mortalité liée au VIH et au SIDA est réduite de 34% de 2018 à 2022
- Les conditions de vie d'au moins 80% des personnes infectées et affectées par le VIH et sida et démunies sont améliorées d'ici 2022
- La gestion de la réponse nationale au VIH et au sida est efficace, efficiente et performante, dans le respect des "Three ones"

### 9.4. Les interventions du PSN 2018-2022

Les interventions du PSN 2018-2022 seront articulées autour des 3 axes du cadre d'investissement que sont les programmes de base, les facteurs critiques ou déterminants et les facteurs en synergie avec les autres secteurs de développement. L'approche du cadre d'investissement fait une différence entre d'une part, les activités programmatiques de base qui ont un effet direct sur le risque du VIH, à savoir : la transmission du VIH, la morbidité et la mortalité liées au VIH et d'autre part, les facteurs déterminants et les synergies avec les secteurs du développement qui jouent un rôle important dans la réussite des programmes liés au VIH. Les différents programmes définis ont été identifiés par les différents acteurs comme interventions prioritaires sur lesquelles le pays devrait continuer à investir pour réduire effacement les nouvelles infections, la morbidité et la mortalité liée au VIH/sida. L'élaboration du cadre d'investissements en matière de réponse face au VIH/Sida promu par l'ONUSIDA, s'est fondée sur une approche centrée sur les populations bénéficiaires des interventions. Cette orientation se décline par la mise en œuvre d'un paquet d'interventions cohérentes et durables pour améliorer la santé et les conditions de vie des populations les plus exposées au risque et des PVVIH ainsi que leurs ayants droit.

### 9.5. Les domaines prioritaires d'interventions du PSN 2018-2022

Pour la période 2018-2022, les domaines **prioritaires d'interventions** ont été identifiés à travers cinq axes stratégiques pour la mise en œuvre de la riposte nationale au VIH. Il s'agit de :

- i) Prévention des nouvelles infections ;
- ii) Elimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- iii) Prise en charge globale des personnes infectées par le VIH ;
- iv) Réduction de l'impact et des déterminants de la vulnérabilité ;
- v) Gouvernance et coordination de la réponse nationale.

L'identification de ces axes a tenu compte de la consolidation des acquis et de l'alignement sur les stratégies internationales.

Le tableau ci-dessous décline le but et l'impact attendu pour chacun de ces axes à l'horizon 2022.

#	Domaines prioritaires	But	Impact en 2022
1	Prévention des nouvelles infections	Intensifier la prévention des nouvelles infections par voie sexuelle et sanguine chez les adolescents et jeunes, victimes des viols sexuels et parmi les populations clés.	Le nombre de nouvelles infections à VIH est réduit de 20% (de 2075 en 2018 à 1656 en 2022) dans la population générale et dans les groupes les plus exposés au risque VIH d'ici 2022.
2	Élimination de la transmission du VIH et de la syphilis de la mère à l'enfant	Renforcer la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la prise en charge pédiatrique précoce et le maintien de leurs mères en vie.	Le taux de transmission de TME est réduit de 13.88% en 2017 à 2 % en 2022.
3	Prise en charge globale des personnes infectées par le VIH	Baisser la mortalité liée au VIH/sida.	Le nombre de décès liés au sida est réduit de 34% d'ici fin 2022.
4	Réduction de l'impact et des déterminants de la vulnérabilité	Atténuer l'impact et les déterminants de la vulnérabilité liée au VIH sur les populations vulnérables.	Les conditions de vie d'au moins 80% des personnes infectées et affectées par le VIH et sida et démunies sont améliorées d'ici 2022.
5	Gouvernance, coordination de la réponse nationale, Suivi-Evaluation	Renforcer et améliorer la gestion et coordination de la réponse nationale dans l'esprit des « Three ones »	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La gestion de la réponse nationale au VIH et au sida est efficace, efficiente et performante, dans le respect des « Three ones ».</li> <li>- Le système national unique de suivi et évaluation de la réponse nationale est fonctionnel et performant dans la mise à disposition de l'information stratégique utile pour l'efficacité et l'orientation des interventions stratégiques.</li> </ul>



## 9.6. Renforcement du système de santé

La mise en œuvre des stratégies en 2018-2022 sera appuyée par un volet important de Renforcement du système de Santé (RSS) visant à mettre en place des systèmes performants et résilients par :

- **Le renforcement des services intégrés SRMNTA/VIH/PTME**, permettant la potentialisation croisée des différents investissements (renforcement des plateaux techniques, renforcement des capacités du personnel de santé dans le sens de l'intégration des services).
- **L'amélioration de la couverture en équipements de laboratoire** pour le suivi virologique des patients ainsi que leur maintenance préventive et curative.
- **Le développement du système de santé communautaire** par la formation d'un nombre plus important d'ASC et de médiateurs de santé, l'équipement et la formation par les ONG sur les violences basées sur le genre, la nutrition, le Paludisme, la tuberculose, le VIH et la PTME. Ce qui devrait permettre d'assurer une intégration des services communautaires à travers une stratégie communautaire basée sur les Groupements d'ASC et les OSC. Les activités communautaires se focaliseront ainsi la sur la PCIME (i-CCM) dans 12 districts et la co-infection TB/VIH. Ce dispositif sera harmonisé et renforcé avec l'opérationnalisation du financement basé sur les performances des services communautaires dont la phase pilote se déroulera de juillet 2017 à juin 2021 avec le projet KIRA de la Banque Mondiale. En synergie avec la BM, des ressources seront réservées à la fonctionnalité et à la consolidation du dispositif de santé communautaire notamment les aspects suivants : Équipements de base des GASC (Classeurs, registres, stylos, parapluies, outils de collecte), Système d'Information (SI) communautaire en matière de suivi et évaluation de activités, validation/Vérification des données et subsides basées sur les performances communautaires des GASC.
- **L'amélioration du système d'information (SI)** : l'opérationnalisation du DHIS2 et l'extension de la Plateforme à tous les niveaux ainsi que l'intégration du SI communautaire (formation du personnel, acquisition d'équipements informatiques, extension de la plateforme des districts). La stratégie de l'amélioration du SI prendra en compte l'interopérabilité avec les bases des données existantes (SIDA-INFO & GESISVIH) et l'assurance qualité des données sanitaires et communautaires.
- **Le renforcement du système d'approvisionnement** : la poursuite du renforcement du parc logistique de la CAMEBU, de l'amélioration de la quantification/distribution, la mise en place du SIGL et le contrôle qualité des intrants (mécanismes, sélection de laboratoires, échantillonnage et gestion des problèmes d'assurance qualité). Le plan de contrôle qualité élaboré avec un plan de distribution incluant un circuit harmonisé sera opérationnalisé. De même que le renforcement des capacités de stockage décentralisé (aménagement et construction d'entrepôts) destiné à réduire les coûts de distribution sera mis en œuvre. Des ressources adéquates seront dédiées à l'opérationnalisation de la stratégie de distribution, la fonctionnalité du SIGL et l'assurance qualité des médicaments et autres intrants.
- **Appui à la résilience** : L'opérationnalisation des activités visant à introduire des standards de qualité dans les programmes, renforcer les capacités des ressources

humaines et améliorer la gestion des risques sera une priorité. On peut noter à cet effet le maintien/accroissement de la contribution de l'état et des ménages pour le financement de la santé. Les politiques publiques de santé, notamment les gratuités ont permis de réduire progressivement les contributions des ménages dans le financement de la santé qui s'organisent principalement autour des mutuelles et de l'assurance maladie depuis 2012 (28% en 2010 à 19% en 2013).

## **X. SYNTHÈSE DES PRIORITÉS DU PSN 2018-2022**

Comme en 2014-2017, les priorités suivantes ont été retenues comme principales interventions :

### **La prévention de nouvelles infections à VIH par voie sexuelle.**

Les cibles de cette prévention sont :

- Les couples stables dans la population générale,
- Les jeunes de moins de 25 ans,
- Les professionnelles de sexe et de leurs clients,
- Les populations clés
- Les détenus,
- Les pêcheurs.
- Les partenaires séronégatifs des PVVIH

Les principaux services clés à offrir seront :

- La communication multiforme pour le changement de comportement,
- La mise à disposition et la promotion de l'usage correcte des préservatifs masculins et féminins,
- L'intensification de l'offre des services de conseil et de dépistage du VIH et liaison au traitement
- La prévention des Infections sexuellement transmissibles.
- La promotion de la circoncision masculine
- La promotion de l'autotest et la Prophylaxie pré et post exposition

### **La prévention de la transmission par voie sanguine par :**

- Le contrôle systématique de toutes les poches collectées par leur test aux quatre marqueurs (VIH, Syphilis, Hépatite B et C)
- La prise en charge de tous les cas d'accidents d'expositions au sang est assurée selon le protocole National
- Le renforcement du processus du rendu des résultats des donneurs
- Élimination de la transmission du VIH et de la syphilis de la mère à l'enfant :

### **Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)**

La PTME repose sur les 4 piliers :

- La prévention de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer,
- La prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives,
- La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant,
- Le traitement, soins et le soutien à la mère infectée par le VIH, son enfant et la famille.

**La prise en charge globale des PVVIH est axée sur :**

- Le traitement ARV à toutes les personnes séropositives adultes, adolescents et enfants ;
- Le diagnostic et la prise en charge correcte des infections opportunistes ;
- Le diagnostic et la prise en charge correcte des infections sexuellement transmissibles ;
- Le diagnostic et le traitement prophylactique de la tuberculose chez les PVVIH ;
- Le suivi biologique immunologique et virologique des PVVIH ;
- Le soutien psychologique et social des PVVIH ;
- L'appui nutritionnel aux PVVIH malnutries.

**La prévention et la prise en charge des violences sexuelles et basées sur le genre**

**L'appui socio-économique aux PVVIH et la prise en charge globale des OEV par l'assistance médicale, le soutien scolaire aux PVVIH et autres personnes vulnérables y compris les OEV.**

- L'appui économique des PVVIH et des orphelins chefs de ménages
- La promotion et la protection des droits humains en faveur des PVVIH, des OEV
- L'amélioration de l'accessibilité aux soins de prévention et de prise en charge en faveur des groupes vulnérables.
- L'appui scolaire et l'assistance médicale pour les OEV.

**La mise en place d'un environnement favorable à la mise en œuvre par :**

- Le renforcement de la prise en compte du Genre, l'équité,
- La réduction de la stigmatisation et de la discrimination envers les personnes infectées/affectées par le VIH
- La suppression des barrières socio-culturelles à l'accès aux services de soins
- La protection des droits humains des personnes infectées/affectées par le VIH
- L'amélioration du cadre légal et institutionnel.

**Le renforcement de la coordination de la réponse, à travers :**

- La coordination multisectorielle et décentralisée ;
- Le renforcement du système national de suivi évaluation de la réponse ;
- Le renforcement de la coordination des activités de collaboration TB/VIH ;
- La bonne gouvernance et la redevabilité ;
- La Mobilisation et la gestion des ressources.

### **Les programmes de base**

Les 5 programmes de base retenus en fonction des priorités listées plus haut. Ce sont des programmes dans lesquels un investissement coordonné et substantiel peut donner un haut impact.

Il s'agit de programmes suivants :

1. La prévention de la transmission du VIH au sein de la population générale en tenant compte des spécificités des différentes catégories ;
2. La communication pour le changement de comportement
3. La promotion de l'utilisation correcte des préservatifs
4. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
5. Le traitement antirétroviral et la prise en charge globale des PVVIH.

Le Burundi ayant une épidémie faible avec une prévalence de 0.9% (EDSIII 2016-2017), la circoncision masculine n'a pas été retenue comme un programme prioritaire. Les programmes de base sont constitués de domaines autour desquels toutes les interventions seront menées. Ainsi donc l'architecture de planification est la suivante :

- Le programme de prévention est composé de
  - Paquet d'interventions de prévention chez les jeunes
  - Paquet d'interventions de prévention chez les adultes
  - Paquet d'interventions de prévention chez les populations clés
  - Prévention de la transmission du VIH de la mère à son enfant (PTME)

Pour une synergie d'actions, chaque paquet d'interventions de prévention est composé de 4 sous domaines qui sont : *la Communication pour le Changement de Comportement, la promotion du dépistage, la promotion du préservatif, la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST).*

- Le programme de soin et traitement du VIH comprend :
  - Le traitement ARV
  - Le traitement et la prévention des infections opportunistes et autres comorbidités
  - Les soins et soutien (soutien psychosocial et le soutien nutritionnel)

## **XI. STRATEGIES MAJEURES DE LA RIPOSTE NATIONALE AU VH/SIDA ET IST POUR 2018-2022**

Au cours de la période 2018-2022, le Burundi va s'engager à poursuivre l'accélération de l'élimination de l'épidémie à VIH à travers l'intensification de la vision 90-90-90, (l'ambition de traitement de l'ONUSIDA pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida d'ici 2030), de telle sorte qu'à l'horizon 2020 :

- 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique,
- 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement ARV durable et
- 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral aient une charge virale durablement supprimée.

Cette vision sera soutenue par la mise en œuvre de l'approche "treat all" et des interventions clés de l'initiative « start free, Aids free, stay free»

- **START FREE** : naître séronégatif (Zéro nouvelles infections à VIH chez les enfants),
- **AIDS FREE** : vivre sans le sida (Traitement antirétroviral pour tous les enfants et les adolescents vivant avec le VIH) et
- **STAY FREE** : rester séronégatif (Protéger les adolescents et les jeunes femmes de l'infection à VIH).

Une feuille de route de l'accélération de 90-90-90 permettra d'opérationnaliser :

- Le renforcement de la prévention de l'infection à VIH par l'intensification de la réduction des nouvelles infections à VIH chez les adolescents et jeunes et le dépistage précoce du VIH chez les nourrissons ;
- Le renforcement de la prise en charge des adolescents/jeunes vivant avec le VIH et de la PEC pédiatrique (en capitalisant les résultats de l'évaluation du "plan mondial pour réduire les nouvelles infections à VIH et la charge virale les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie", et des résultats de l'évaluation du programme PTME qui a tracé les nouvelles perspectives de l'élimination de la transmission du VIH à son enfant pour 2018-2022).

## XII. LA CHAINE DES RESULTATS.

La chaîne des résultats attendus se présente comme suit dans la cascade Impact- Effets-Produits

Priorités	Buts impact	Effets	Produits
<b>Priorité1: Prévention des nouvelles infections</b>			
	<b>But 1 : Intensifier la prévention des nouvelles infections parmi les populations clés</b>		
	Impact 1. Le nombre de nouvelles infections à VIH est réduit de 20% dans la population générale et dans les groupes les plus exposés au risque VIH d'ici à 2022		
		<b>EFFET 1.1: Le taux de transmission sexuelle du VIH est réduit dans la population générale adulte et chez les jeunes de 15 à 24 ans</b>	
			Produit 1.1.1: 90% des jeunes et des adultes ont des connaissances approfondies sur les voies de transmission et les modes de prévention du VIH
			Produit 1.1.2: 90% des jeunes et des adultes utilisent le préservatif pour se protéger du VIH et des IST et y ont un accès facile.
			Produit 1.1.3: 90% des jeunes et adultes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique.
			Produit 1.1.4: Augmenter de 20% le taux des hommes de 15-49 ans circoncis en milieu de soins
			Produit 1.1.5: 100% des cas de violence sexuelle déclarés sont pris en charge
			Produit 1.1.6 : Augmenter de 15% les cas des IST qui sont dépistés et traités selon l'approche syndromique dans la population en générale.
		<b>Effet 1.2: La transmission du VIH par voie sanguine et par les accidents d'exposition au sang sont réduits à 0%</b>	
			Produit 1.2.1: 100% des poches de sang collectées sont testées aux quatre marqueurs (VIH, Syphilis, Hépatite B et C)
			Produit 1.2.2 : 100% des cas d'Accident d'Exposition au Sang sont PEC selon le protocole national

		<b>Effet 1.3 : 90% des populations clés (Professionnelles de sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les utilisateurs des drogues injectables) et 90% des populations vulnérables (les détenus, les pêcheurs et les miniers) ont des connaissances approfondies sur le VIH et utilisent le préservatif systématiquement lors des rapports sexuels avec leurs clients et/ou partenaires occasionnels</b>
		Produit 1.3.1 : 90% des populations clés (PS, HSH, UDI) et 90% des populations vulnérables (détenus, pêcheurs et les miniers) ont des connaissances approfondies sur les voies de transmission et les modes de prévention du VIH et les IST.
		Produit 1.3.2 : 90% des populations clés (PS, HSH, UDI) et 90% des populations vulnérables (détenus, les pêcheurs et les miniers) utilisent le préservatif pour se protéger du VIH et des IST et y ont un accès facile.
		Produit 1.3.3 : 90% des populations clés (PS, HSH, UDI) et 90% des populations vulnérables (détenus, les pêcheurs et les miniers) connaissent leur statut sérologique.
		<b>Priorité 2 : Elimination de la transmission du VIH et la syphilis de la mère à l'enfant</b>
		<b>But 2 : Renforcer la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la prise en charge pédiatrique précoce et le maintien de leurs mères en vie.</b>
		<b>IMPACT 2 : Le risque de TME est réduit de 13.88% en 2017 à 2% en 2022</b>
		<b>EFFET 2.1: Les nouvelles infections à VIH chez les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) sont réduites de 39% à 95% d'ici à 2022</b>
		Produit 2.1.1 : Le pourcentage des femmes enceintes dépistées en CPN1 passe de 71.97% en 2017 à 98% en 2022.
		<b>Effet 2.2 : Le taux de grossesses non désirées chez les femmes séropositives est réduit de 70% d'ici à 2022</b>
		Produit 2.2.1 : 90% des structures publiques, associatives et privées de PEC du VIH intègrent l'offre des méthodes contraceptives modernes aux femmes séropositives au VIH en 2022
		Produit 2.2.2 : Le pourcentage des femmes VIH+ en âge de procréer qui utilisent les méthodes de contraception moderne passe de 23% en 2015 à 70% en 2022.
		<b>Effet 2.3: Le pourcentage des femmes enceintes séropositives et des enfants nés des femmes séropositives recevant le paquet de services pour éviter la transmission du VIH passe de 80,52% en 2017 à 98 % en 2022</b>



					Produit 2.3.1 : Le pourcentage des femmes enceintes testées pour le VIH en CPN dont les partenaires ont été testés pour le VIH est augmenté de 24,7% en 2015 à 80% en 2022
					Produit 2.3.2 : Le pourcentage des femmes VIH+ enceintes et allaitantes qui bénéficient des ARV dans le cadre de la PTME selon le Protocole national (option B+) passe de 80.52% (2017) à 98% en 2022.
					Produit 2.3.3 : 100% des enfants nés des mères VIH + bénéficient d'une prophylaxie et d'un suivi selon les directives nationales
				<b>EFFET 2.4: 98% des femmes enceintes bénéficient d'un dépistage et d'une prise en charge de la syphilis d'ici à 2022</b>	
					Produit 2.4.1 :98% de femmes enceintes venues en CPN sont testées pour la syphilis selon les directives nationales
					PRODUIT 2.4.2: 100 % de femmes enceintes dépistées + à la syphilis et leurs partenaires/conjoints bénéficient d'une PEC selon les directives nationales.
				<b>Effet 2.5 : 95 % du couple mère-enfant sous PTME ont reçu des soins et soutien selon les directives nationales d'ici à 2022</b>	
					Produit 2.5.1 : 95% des femmes enceintes /allaitantes VIH+ bénéficient d'un suivi clinique, psychosocial, biologique et virologique selon les directives nationales
					Produit 2.5.2 : 90% de femmes sous PTME éligibles bénéficient d'un appui nutritionnel.
					Produit 2.5.3 : 90% des enfants éligibles sous PTME bénéficient d'une PEC nutritionnelle
				<b>Effet 2.6 : La couverture en ARV chez les enfants de 0 à 14 ans VIH+ passe de 31% en 2017 à 85% en 2022</b>	
					Produit 2.6.1 : 98 % des enfants estimés VIH + sont testés pour le VIH d'ici à 2022
					Produit 2.6.2 : Le pourcentage des enfants de 0 à 14 ans VIH+ mis sous la thérapie ARV est augmenté de 31% en 2017 à 85% en 2022.
				<b>Effet 2.7 : Suivi de la mise en œuvre du plan e-TME est assurée à 100% d'ici 2022</b>	
					Produit 2.7.1. 100 % des BDS font une analyse des goulots d'étranglement des services PTME d'ici 2022
					Produit 2.7.2. Le plan e-TME 2018-2022 est disponible
					Produit 2.7.3 : L'évaluation des interventions e-TME 2018-2022 est assurée
<b>Priorité 3 : Prise en charge globale des personnes infectées par le VIH</b>					
<b>But 3 : Baisser la mortalité liée au VIH/sida</b>					



Impact 3. La mortalité liée au VIH et au SIDA est réduite de 34% de 2018 à 2022	
<b>Effet 3.1 : La couverture des soins ARV de qualité est augmentée de 81% à 92% chez les PVVIH (31% à 85% chez les enfants de moins de 15 ans et de 82% à 93% chez les adultes)</b>	PRODUIT 3.1.1: 93% des PVVIH adultes sont enrôlés au traitement ARV conformément aux directives nationales PRODUIT 3.1.2: 85% des enfants sont enrôlés au traitement ARV conformément aux directives nationales Produit 3.1.3 : 95% des PVVIH (adultes et enfants) bénéficient d'un suivi clinique, biologique et virologique de qualité
<b>Effet 3.2: 90% des PVVIH suivies présentant une IO bénéficient d'une PEC selon les directives nationales</b>	PRODUIT 3.2.1: 92% des patients suivis ayant une coinfection Hépatite B/VIH sont traités selon les directives nationales Produit 3.2.2 : 100% des patients séropositifs suivis souffrant des IO sont traités selon les directives nationales Produit 3.2.3 : 90% des patientes PVVIH suivies sont dépistées pour le cancer du col Produit 3.2.4 : 80% des patientes PVVIH présentant des lésions précancéreuses du col utérin sont traitées à la cryothérapie
<b>EFFET 3.3: 100% des patients suivis ayant une coinfection TB/VIH sont traités correctement</b>	PRODUIT 3.3.1: 95% des PVVIH suivies bénéficient régulièrement du screening et du diagnostic précoce de la TB Produit 3.3.2 : 95% des PVVIH screenées négatifs bénéficient du TPI a l'INH
<b>Effet 3.4 : 90% des PVVIH en besoin bénéficient de soutien psychosocial et nutritionnel</b>	PRODUIT 3.4.1: 90% des PVVIH dénutries bénéficient d'un appui nutritionnel PRODUIT 3.4.2: 80% des PVVIH en besoin bénéficient de soutien psychologique, mental et social
<b>EFFET 3.5: 80 % des structures de soins ont les capacités requises et offrent aux PVVIH des prestations de qualité</b>	PRODUIT 3.5.1: 95% des sites de PEC quantifient leurs besoins en réactifs, en ARV et en médicaments contre les IO et les IST Produit 3.5.2 : 95% de sites de prise en charge ne connaissent pas de rupture de stock

			(réactifs, ARV, médicaments contre les IO et IST)
			Produit 3.5.3 : 100% des BDS disposent des superviseurs compétents pour offrir la supervision, le coaching et l'encadrement des structures de PEC des PVVIH.
			Produit 3.5.4 : 100 % des BDS et des structures de prise en charge disposent des infrastructures pour le stockage des médicaments et autres intrants selon les normes.
<b>Priorité 4 : Réduction d'impact et des déterminants de la vulnérabilité</b>			
<b>But 4 : Atténuer l'impact et les déterminants de la vulnérabilité liée au VIH sur les populations vulnérables</b>			
			Impact 4. Les conditions de vie d'au moins 80% des personnes infectées et affectées par le VIH et sida et démunies sont améliorées d'ici à 2022
			<b>Effet 4.1 : Au moins 90% des personnes affectées ou infectées par le VIH ont leurs droits humains respectés</b>
			Produit 4.1.1 : 70% des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA bénéficient d'une protection juridique
			Produit 4.1.2 : 90% des personnes âgées de 15-49 ans expriment des attitudes de tolérance à l'égard des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA
			<b>Effet 4.2 : 80% des PVVIH sous ARV démunies disposent d'une autonomie financière</b>
			Produit 4.2.1 : 80% des PVVIH sous ARV démunies et 80% d'OEV ont un revenu leur permettant de se prendre en charge
			<b>Effet 4.3 : 90% des OEV et 70% des ménages d'OEV ont une situation de vulnérabilité sociale atténuée</b>
			Produit 4.3.1 : 90 % d'OEV en situation de précarité bénéficient de services sociaux de base (scolarisation, santé, logement, ...)
			Produit 4.3.2: 70 % de ménages d'OEV en situation de précarité bénéficient d'une assistance et d'une protection sociale
<b>Priorité 5 : Gestion et coordination de la réponse nationale</b>			
<b>But 5 : Renforcer et améliorer la gestion et coordination de la réponse nationale dans l'esprit des « Three ones »</b>			
			Impact 5. La gestion de la réponse nationale au VIH et au sida est efficace, efficiente et performante, dans le respect des « Three ones »
			<b>Effet 5.1 : Les mécanismes de coordination multisectorielle et thématique sont opérationnels à tous les niveaux</b>

			Produit 5.1.1 : Le SEP/CNLS est une structure pérenne de l'État, doté d'une autonomie de gestion
			Produit 5.1.2 : Le SEP/CNLS dispose des moyens humains, matériels et financiers pour assurer la coordination de la réponse nationale au VIH
			Produit 5.1.3 : La coordination de la réponse communautaire est définie et mise en place
			Produit 5.1.4 : La coordination multisectorielle est assurée et décentralisée
			Produit 5.1.5 : La coordination thématique est assurée
			Produit 5.1.6 : Le PNLS/IST est renforcé dans ses capacités de coordination et de mise en œuvre de la réponse du secteur de la santé.
			<b>Effet 5.2 : Le système d'information sanitaire de routine (VIH) est renforcé et opérationnel</b>
			Produit 5.2.1 : Les documents des normes des systèmes d'information sont produits et diffusés
			Produit 5.2.2 : Le système de gestion des informations VIH/sida et IST est renforcé et opérationnel
			<b>Effet 5.3 : Le système de surveillance du VIH Sida est renforcé et opérationnel</b>
			Produit 5.3.1 : Les rapports de surveillance sentinelle du VIH sont disponibles chaque année
			Produit 5.3.2 : Les résultats (études /recherches/évaluations et enquêtes) sont disponibles et utilisés pour la prise de décision
			<b>Effet 5.4 : Les résultats et les interventions du programme national sont connus par les populations</b>
			Produit 5.4.1 : Les résultats en matières de VIH /SIDA sont disséminés à travers différents canaux d'information.
			<b>Effet 5.5 : Un système de planification axé sur les résultats est mis en place et opérationnel à tous les niveaux</b>
			Produit 5.5.1 : Un plan annuel consolidé(PAC) de tous les intervenants en matière du VIH est disponible



### XIII. Le CADRE DE PERFORMANCE DU PLAN STRATEGIQUE

Le cadre de performance est basé sur la chaîne de résultat. Le cadre de performance est constitué par les indicateurs Objectivement vérifiables sur chaque niveau de chaîne de résultats c'est-à-dire, les indicateurs qui concrétisent et qui vérifient d'une manière objective si les impacts et les effets ont été réalisés et à quel niveau de réalisation. Ce cadre de performance montre également les cibles de chaque indicateur à atteindre pour chaque année. Toutefois, il y a certains indicateurs qui n'ont pas eu le niveau de base et d'autres qui sont d'ordre qualitatif dont leurs réalisations sont une description qualitative. Ces indicateurs feront l'objet d'une collecte des données régulières et on pourra fixer les cibles dès qu'on aura les premières informations. Les informations pour tous ces indicateurs seront collectées pour voir chaque année le niveau de réalisation du plan stratégique par rapport à la chaîne de résultat retenu et au indicateur retenu qui concrétisent la réalisation de la chaîne de résultats. Cela permettra aussi de voir les résultats et les indicateurs qui souffrent en termes de réalisation et de mobiliser les financements en vue de la réalisation des interventions qui contribuent d'une manière efficace et efficiente à la réalisation de ces résultats. Pour assurer un bon suivi-évaluation de ce cadre de performance, un plan de suivi-évaluation est développé et décrit la manière dont les données/informations seront collectées, analysées, rapportées et diffusées ainsi que les personnes et partenaires responsables à chaque indicateur de la chaîne de résultat.

Cadre de performance du plan stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA 2018-2022								
INDICATEURS	VALEUR DE BASE	ANNEE DE BASE	SOURCE	CIBLE 2018	CIBLE 2019	CIBLE 2020	CIBLE 2021	CIBLE 2022
<b>Impact 1. Le nombre de nouvelles infections à VIH est réduit de 20% dans la population générale et dans les groupes les plus exposés au risque VIH d'ici à 2022</b>								
<b>EFFET 1.1: Le taux de transmission sexuelle du VIH est réduit dans la population générale adulte et chez les jeunes de 15 à 24 ans</b>								
Nombre de PVVIH Adultes	69251	2017	Spectrum 2018	70646	71677	72604	73603	74651
Nombre de PVVIH jeunes 15-24 ans	9813	2017	Spectrum 2018	9813	9660	9417	9272	9221
Nouvelles infections VIH+ adultes	2364	2017	Spectrum 2018	2147	1941	1842	1781	1775
Taux de réduction des nouvelles infections VIH pédiatriques	81%	2017 (utiliser)	Spectrum	84%	95%	97%	98%	99%



Pourcentage de TS qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	45.1%	2013 (Idem)	Etude place				90%	
<b>Impact 2. Le risque de TME est réduit de 13.88% en 2017 à 2 % en 2022</b>								
<b>EFFET 2.1: Les nouvelles infections à VIH chez les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) sont réduites de 39% à 95% d'ici à 2022</b>								
Le pourcentage des femmes enceintes dépistées en CPN1 passe de 71.97% en 2017 à 98% en 2022.	71.97%	2017	PNLS/IST	80%	84%		88%	92%
Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant	13.88%	2017	Spectrum 2018	11.50%	9.13%		6.75%	4.38%
<b>Effet 2.2 : Le taux de grossesses non désirées chez les femmes séropositives est réduit de 70% d'ici à 2022</b>								
90% des structures publiques, associatives et privées de PEC du VIH intègrent l'offre des méthodes contraceptives modernes aux femmes séropositives au VIH								
% de femmes séropositives en âge de procréer ayant utilisé les méthodes contraceptives modernes	37,06%	2017	Rapport PNSR	50%	60%		70%	80%
% de femmes enceintes venues en CPN dont les partenaires sont testés pour le VIH	DND	2017	Rapport PNLS/IST	45%	50%		55%	60%
<b>Effet 2.3: Le pourcentage des femmes enceintes séropositives et des enfants nés des femmes séropositives recevant le paquet de services pour éviter la transmission du VIH passe de 80,52% en 2017 à 98 % en 2022</b>								
% des femmes enceintes venues en CPN dont les partenaires sont testés pour le VIH	24,90%	2016	PNLS/IST	30%	35%		45%	60%
								80%

Le pourcentage des femmes VIH+ enceintes et allaitantes qui bénéficient des ARV dans le cadre de la PTME selon le Protocole national (option B+) passe de 80.52% (2017) à 98% en 2022.	80,52%	2017	Rapport PNLs/IST	85%	89%	93%	96%	98%
% d'enfants nés des mères VIH+ ayant reçu de la prophylaxie aux ARV	94,70%	2017	Rapport PNLs/ST	95,50%	96,50%	97,00%	98%	100%
<b>EFFET 2.4: 98% des femmes enceintes bénéficient d'un dépistage et d'une prise en charge de la syphilis d'ici à 2022</b>								
% de femmes enceintes venues en CPN testées pour la syphilis selon les directives nationales	3.047%	2017	Rapport PNLs/IST	80%	85%	90%	95%	98%
% de femmes enceintes dépistées + à la syphilis bénéficient d'une PEC selon les directives nationales.	DND	2017	Rapport PNLs/IST	80%	85%	90%	95%	100%
<b>Effet 2.5 : 95 % du couple mère-enfant sous PTME ont reçus des soins et soutien selon les directives nationales d'ici à 2022</b>								
% des femmes enceintes VIH+ sous ARV ayant bénéficié du suivi virologique selon les directives nationales	DND(Idem)	2017	Rapport PNLs/IST	60.0%	75.0%	90.0%	92.0%	95.0%
% de femmes sous PTME éligibles bénéficient d'un appui nutritionnel.	DND(Idem)	2016	Rapport CRB	70%	75%	80%	85%	90%
% des enfants éligibles sous PTME bénéficient d'une PEC nutritionnelle	DND (Idem)	2016	Rapport CRB	70%	75%	80%	85%	90%
<b>Effet 2.6 : La couverture en ARV chez les enfants de 0 à 14 ans VIH+ passe de 31% en 2017 à 85% en 2022</b>								
% d'enfants de 0 à 14 ans VIH+ mis sous la thérapie ARV	31%	2017	Rapport PNLs/IST	60%	70%	75%	80%	85%



% d'enfants nés des mères VIH+ testés au VIH dans les 2 mois	14.31%	2017	Rapport PNLs/IST	72%	75%	80%	85%	90%
% d'enfants nés des mères VIH+ testés au VIH à 18 mois	DND	2017	Rapport PNLs/IST	50%	50%	55%	60%	75%
<b>Impact 3. La mortalité liée au VIH et au SIDA est réduite de 34% de 2018 à 2022</b>								
<b>Effet 3.1 : La couverture des soins ARV de qualité est augmentée de 81% à 92% chez les PVVIH (31% à 85% chez les enfants de moins de 15 ans et de 82% à 93% chez les adultes)</b>								
% des PVVIH adultes mis sous la thérapie ARV nationales	82%	2017	Rapport PNLs/IST	83%	87%	92%	92%	93%
% d'enfants de 0 à 14 ans VIH+ mis sous la thérapie ARV	31%	2017	Rapport PNLs/IST	60%	70%	75%	80%	85%
% des PVVIH sous ARV qui ont bénéficié du dosage de la charge virale	48.15%	2017	Rapport PNLs/IST	60%	75%	90%	92%	95%
% des PVVIH sous ARV ayant une charge virale indétectable	82.9%	2017	Rapport PNLs/IST	87%	88%	90%	92%	95%
<b>Effet 3.2: 90% des PVVIH suivies présentant une IO bénéficient d'une PEC selon les directives nationales</b>								
% des patients suivis ayant une coinfection Hépatite B/VIH qui sont traités selon les directives nationales	DND	2 017	Rapport PNLs/IST	81%	85%	90%	91%	92%
% des patients séropositifs suivis souffrant des IO sont traités selon les directives nationales	DND	2 017	Rapport PNLs/IST	81%	85%	90%	91%	92%
% des patientes PVVIH suivies qui sont dépistées pour le cancer du col	DND	2 017	Rapport PNLs/IST	50%	60%	70%	80%	90%



% des patientes PVVIH présentant des lésions précancéreuses du col utérin sont traitées à la cryothérapie	DND	2 017	Rapport PNLs/IST	45%	50%	60%	70%	80%
<b>EFFET 3.3: 100% des patients suivis ayant une coinfection TB/VIH sont traités correctement</b>								
% des PVVIH suivies bénéficient régulièrement du screening et du diagnostic précoce de la TB	33.71%	2017	Rapport PNLs	60%	70%	80%	90%	95%
% des PVVIH screenées négatif bénéficient du TPI a l'INH	48.86%	2017	Rapport PNLs	70%	75%	80%	85%	90%
<b>Effet 3.4 : 90% des PVVIH en besoin bénéficient de soutien psychosocial et nutritionnel</b>								
% des PVVIH dénutries bénéficient d'un appui nutritionnel	31%	2016	Rapport CRB	18%	20%	23%	40%	50%
% des PVVIH en besoin bénéficient de soutien psychologique, mental et social	80%	2016	Rapport CRB	82%	85%	87%	90%	95%
<b>EFFET 3.5: 80 % des structures de soins ont les capacités requises et offrent aux PVVIH des prestations de qualité</b>								
% de sites de PEC quantifiant d'une manière efficace leurs besoins en réactifs, en ARV et en médicaments contre les IO et les IST	DND	2017	Rapport d'évaluation	60%	70%	80%	90%	95%
% de sites de prise en charge ne connaissent pas de rupture de stock (réactifs, ARV, médicaments contre les IO et IST)	87.46%	2017	Rapport PNLs	95%	95%	95%	95%	95%
% des BDS et des structures de prise en charge disposant des infrastructures pour le stockage des médicaments et autres	DND	2017	Rapport d'évaluation	80%	90%	95%	95%	100%

intrants selon les normes.																			
<b>Impact 4. Les conditions de vie d'au moins 80% des personnes infectées et affectées par le VIH et sida et démunies sont améliorées d'ici à 2022</b>																			
<b>Effet 4.1 : Au moins 90% des personnes affectées ou infectées par le VIH ont leurs droits humains respectés</b>																			
% des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA bénéficiant d'une protection juridique																			
DND	2017	Rapport CRB	40%	50%	60%	65%	70%												
% des personnes âgées de 15-49 ans expriment des attitudes de tolérance à l'égard des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA																			
DND	2017	Enquête	75%				90%												
<b>Effet 4.2 : 80% des PVVIH sous ARV démunies disposent d'une autonomie financière</b>																			
% des PVVIH sous ARV démunies ont un revenu leur permettant de se prendre en charge																			
DND	2017	Enquête	70%				80%												
% d'OEUV ont un revenu leur permettant de se prendre en charge																			
DND	2017	Enquête	70%				80%												
<b>Effet 4.3 : 90% des OEUV et 70% des ménages d'OEUV ont une situation de vulnérabilité sociale atténuée</b>																			
% d'OEUV en situation de précarité bénéficiant de services sociaux de base (scolarisation, santé, logement, ...)																			
21%	2017	Rapport CRB	60%	65%	70%	80%	90%												
% de ménages d'OEUV en situation de précarité bénéficiant d'une assistance et d'une protection sociale																			
DND	2017	Rapport CRB	55%	55%	60%	65%	70%												

Impact 5. La gestion de la réponse nationale au VIH et au sida est efficace, efficiente et performante, dans le respect des « Three one »						
Effet 5.1 : Les mécanismes de coordination multisectorielle et thématique sont opérationnels à tous les niveaux						
Un ancrage institutionnel en construction et manque des moyens suffisants pour l'accomplissement de ses missions	2017	Rapport SEP/CNLS	Un ancrage institutionnel garantissant la multisectorialité en place	Une institution de coordination stable et pérenne garantissant la multisectorialité	Une institution de coordination stable et pérenne garantissant la multisectorialité	Une institution de coordination stable et pérenne garantissant la multisectorialité
Le SEP/CNLS dispose des moyens humains, matériels et financiers pour assurer la coordination de la réponse nationale au VIH	2017	Rapport SEP/CNLS	Le SEP/CNLS est doté des moyens matériels et humains nécessaires à la coordination de la réponse nationale au VIH	Le SEP/CNLS est doté des moyens matériels et humains nécessaires à la coordination de la réponse nationale au VIH	Le SEP/CNLS est doté des moyens matériels et humains nécessaires à la coordination de la réponse nationale au VIH	Le SEP/CNLS est doté des moyens matériels et humains nécessaires à la coordination de la réponse nationale au VIH
Insuffisance des mécanismes de coordination de la réponse communautaire	2017	Rapport de revue du PSN-2014-2017	Le système de coordination de la réponse communautaire mise en place, environ 60% adhérent au	Le système de coordination de la réponse communautaire mise en place, environ 70% adhérent	Le système de coordination de la réponse communautaire mise en place,	Le système de coordination de la réponse communautaire mise en place
La coordination de la réponse communautaire est définie et mise en place						

<p>La coordination multisectorielle est assurée et décentralisée</p>	<p>e</p>			<p>en place, environ 50% adhèrent au système mise en place</p>	<p>système mise en place</p>	<p>au système mise en place</p>	<p>environ 80% adhèrent au système mise en place</p>	<p>place, environ 90% adhèrent au système mise en place</p>
<p>Coordination partielle de la réponse par le SEP/CNLS et ses structures décentralisées,</p>	<p>Coordination partielle de la réponse par le SEP/CNLS et ses structures décentralisées,</p>	<p>2017</p>	<p>Rapport de revue du PSN-2014-2017</p>	<p>2 réunions de coordination par an au niveau central et 4 réunions par an au niveau décentralisé et les différents acteurs rendent compte de leurs interventions aux instances de coordination à leur niveau</p>	<p>2 réunions de coordination par an au niveau central et 4 réunions par an au niveau décentralisé et les différents acteurs rendent compte de leurs interventions aux instances de coordination à leur niveau</p>	<p>2 réunions de coordination par an au niveau central et 4 réunions par an au niveau décentralisé et les différents acteurs rendent compte de leurs interventions aux instances de coordination à leur niveau</p>	<p>2 réunions de coordination par an au niveau central et 4 réunions par an au niveau décentralisé et les différents acteurs rendent compte de leurs interventions aux instances de coordination à leur niveau</p>	<p>2 réunions de coordination par an au niveau central et 4 réunions par an au niveau décentralisé et les différents acteurs rendent compte de leurs interventions aux instances de coordination à leur niveau</p>

<p>La coordination thématique est assurée</p>	<p>L'insuffisance de coordination multisectorielle, donne aussi l'insuffisance de coordination thématique</p>	<p>2017</p>	<p>Rapport de revue du PSN-2014-2017</p>	<p>La coordination thématique est renforcée, opérationnelle et étendue sur d'autres domaines spécifiques : Circonscription masculine, Suivi évaluation</p>	<p>La coordination thématique est renforcée, opérationnelle et étendue sur d'autres domaines spécifiques : Circonscription masculine, Suivi évaluation</p>	<p>La coordination thématique est opérationnelle dans les domaines identifiés.</p>	<p>La coordination thématique est opérationnelle dans les domaines identifiés.</p>
<p>Le PNLS/IST est renforcé dans ses capacités de coordination et de mise en œuvre de la réponse du secteur de la santé.</p>	<p>Les ressources humaines sont suffisantes au PNLS. Toutefois, ces ressources ont besoin d'un encadrement de proximité et d'un renforcement des capacités</p>	<p>Rapport 2017</p>	<p>Rapport de revue du PSN-2014-2017</p>	<p>La coordination de la réponse médicale est efficace et les stratégies d'intervention identifiées sont mises en œuvre</p>	<p>La coordination de la réponse médicale est efficace et les stratégies d'intervention identifiées sont mises en œuvre</p>	<p>La coordination de la réponse médicale est efficace et les stratégies d'intervention identifiées sont mises en œuvre</p>	<p>La coordination de la réponse médicale est efficace et les stratégies d'intervention identifiées sont mises en œuvre</p>

**Effet 5.2 : Le système d'information sanitaire de routine (VIH) est renforcé et opérationnel**

<p>Les documents des normes des systèmes d'information sont produits et diffusés</p>	<p>Les outils et les formats de rapportage sont produits et partagés par tous les partenaires en besoins. Certains outils ne sont pas imprimés pour être dans les FOSA</p>	<p>2016</p>	<p>Rapport PNL</p>	<p>Les documents des normes des systèmes d'information sont produits et diffusés</p>	<p>Les documents des normes des systèmes d'information sont produits et diffusés</p>	<p>Les documents des normes des systèmes d'information sont produits et diffusés</p>
<p>Le système de gestion des informations VIH/sida et IST est renforcé et opérationnel</p>	<p>Le système de gestion de l'information est opérationnel. Toutefois, les séances de vérification régulière de la qualité des données sont toujours nécessaires.</p>	<p>2017</p>	<p>Rapport PNL</p>	<p>Le système de gestion des normes des systèmes d'information sont produits et diffusés</p>	<p>Le système de gestion des normes des systèmes d'information sont produits et diffusés</p>	<p>Le système de gestion des normes des systèmes d'information sont produits et diffusés</p>

**Effet 5.3 : Le système de surveillance du VIH Sida est renforcé et opérationnel**



Les rapports de surveillance sentinelle du VIH sont disponibles chaque année	2016	Pour le moment, la surveillance est faite mais le rapport n'est pas produit chaque année	Rapport PNLS	Les rapports de surveillance sentinelle du VIH sont disponibles chaque année	Les rapports de surveillance sentinelle du VIH sont disponibles chaque année	Les rapports de surveillance sentinelle du VIH sont disponibles chaque année	Les rapports de surveillance sentinelle du VIH sont disponibles chaque année
Les résultats (études/recherches/évaluations et enquêtes) sont disponibles et utilisés pour la prise de décision	2016	Pour le moment, les résultats des études/recherches sont utilisés dans la planification. Il y a certains autres études qui ne sont pas encore fait.	Rapport PNLS	Les résultats (études/recherches/évaluations et enquêtes) sont disponibles et utilisés pour la prise de décision	Les résultats (études/recherches/évaluations et enquêtes) sont disponibles et utilisés pour la prise de décision	Les résultats (études/recherches/évaluations et enquêtes) sont disponibles et utilisés pour la prise de décision	Les résultats (études/recherches/évaluations et enquêtes) sont disponibles et utilisés pour la prise de décision
<b>Effet 5.4 : Les résultats et les interventions du programme national sont connus par la population</b>							
Les résultats en matière de VIH/SIDA sont disséminés à travers différents canaux d'information.	2016	Les résultats sont toujours diffusés à travers différents canaux. Toutefois, il y a les lieux de diffusion qui ne sont pas exploités	Rapport PNLS	Les résultats en matière de VIH/SIDA sont disséminés à travers différents canaux d'information.	Les résultats en matière de VIH/SIDA sont disséminés à travers différents canaux d'information.	Les résultats en matière de VIH/SIDA sont disséminés à travers différents canaux d'information.	Les résultats en matière de VIH/SIDA sont disséminés à travers différents canaux d'information.

	comme le site web et la production de certains outils de communication									
<b>Effet 5.5 : Un système de planification axé sur les résultats est mis en place et opérationnel à tous les niveaux</b>										
Un plan annuel consolidé (PAC) de tous les intervenants en matière du VIH est disponible	Au PNLS/IST, le plan annuel est disponible. Toutefois il y a certaines activités des partenaires qui n'y figurent pas	2017	Plan annuel de travail	Un plan annuel consolidé (PAC) de tous les intervenants en matière du VIH est disponible	Un plan annuel consolidé (PAC) de tous les intervenants en matière du VIH est disponible	Un plan annuel consolidé (PAC) de tous les intervenants en matière du VIH est disponible	Un plan annuel consolidé (PAC) de tous les intervenants en matière du VIH est disponible	Un plan annuel consolidé (PAC) de tous les intervenants en matière du VIH est disponible	Un plan annuel consolidé (PAC) de tous les intervenants en matière du VIH est disponible	Un plan annuel consolidé (PAC) de tous les intervenants en matière du VIH est disponible

#### XIV. LE BUDGET DU PLAN STRATEGIQUE-2018-2022

La plupart des paragraphes et parties du plan stratégique sont construites sur base de la chaîne de résultats. Le budget aussi qui en découlent est basée sur la chaîne de résultat. Pour la réalisation des produits, des effets et avoir un impact. Nous devons réaliser des activités relatives à chaque niveau de la chaîne de résultat. Ainsi, le budget a été réalisé à base des activités qui alimentent chaque niveau de chaîne de résultat. Le document montre clairement le total du budget par produits, par effets et par chaque niveau d'impact. En outre le document du budget montre le budget total dont on a besoin pour la réalisation du PSN-2018-2022 et leur désagrégation par année. Le paysage de financement et les déficit budgétaire à mobiliser a été aussi l'objet d'analyser et tous ces informations financières sont clairement montrées dans le document du PSN-2018-2022 dans la partie annexe.



Réf.	IMPACT/EFFET/PRODUIT	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021	Année 2022	TOTAL	%
1	IMPACT 1 : Le nombre de nouvelles infections à VIH est réduit dans les populations les plus exposées au risque VIH et dans la population générale d'ici 2017	6 670 528	7 880 957	7 648 320	8 071 636	8 567 815	38 839 255	17,55
	EFFET 1.1: Le taux de transmission sexuelle du VIH est réduit dans la population générale adulte et chez les jeunes de 15 à 24 ans	3 482 882	3 903 052	3 767 803	3 958 732	4 164 843	19 277 311	8,71
	Produit 1.1.1: 90% des jeunes et des adultes ont des connaissances approfondies sur les voies de transmission et les modes de prévention du VIH	304 285	503 502	296 692	295 050	291 817	1 691 346	0,76
	Produit 1.1.2: 90% des jeunes et des adultes utilisent le préservatif pour se protéger du VIH et des IST et y ont un accès facile.	88 292	96 314	114 309	115 060	123 862	537 837	0,24
	Produit 1.1.3: 90% des jeunes et adultes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique.	787 032	917 022	1 030 701	1 154 422	1 284 400	5 173 578	2,34
	Produit 1.1.4: Augmenter de 20% le taux des hommes de 15-49 ans circoncis en milieu de soins	277 940	303 721	277 940	277 940	277 940	1 415 482	0,64
	Produit 1.1.5: 100% des cas de violence sexuelle déclarés sont pris en charge	183 421	214 437	183 421	183 421	183 421	948 123	0,43
	Produit 1.1.6 : Augmenter de 15% les cas des IST qui sont dépistés et traités selon l'approche syndromique dans la population en générale.	1 841 910	1 868 056	1 864 739	1 932 838	2 003 401	9 510 945	4,30
	Effet 1.2: La transmission du VIH par voie sanguine et par les accidents d'exposition au sang sont réduits à 0%	2 301 858	2 718 516	2 917 365	3 130 365	3 343 365	14 411 470	6,51
	Produit 1.2.1: 100% des poches de sang collectées sont testées aux quatre marqueurs (VIH, Syphilis, Hépatite B et C)	2 166 797	2 590 959	2 805 797	3 018 797	3 231 797	13 814 149	6,24
	Produit 1.2.2 : 100% des cas d'Accident d'Exposition au Sang sont PEC selon le protocole national	135 060	127 557	111 568	111 568	111 568	597 320	0,27

	Effet 1.3 : 90% des populations clés (Professionnelles de sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les utilisateurs des drogues injectables, les détenus, les pêcheurs et les miniers) ont des connaissances approfondies sur le VIH et utilisent le préservatif systématiquement lors des rapports sexuels avec leurs clients et/ou partenaires occasionnels	885 788	1 259 389	963 152	982 538	1 059 607	5 150 475	2,33
	Produit 1.3.1 : 90% des populations clés (PS, HSH, UDI) et 90% des populations vulnérables (détenus, pêcheurs et les miniers) ont des connaissances approfondies sur les voies de transmission et les modes de prévention du VIH et les IST.	240 915	576 283	252 046	220 717	252 046	1 542 008	0,70
	Produit 1.3.2 : 90% des populations clés (PS, HSH, UDI) et 90% des populations vulnérables (détenus, les pêcheurs et les miniers) utilisent le préservatif pour se protéger du VIH et des IST et y ont un accès facile.	596 226	626 298	657 466	704 943	747 718	3 332 652	1,51
	Produit 1.3.3 : 90% des populations clés (PS, HSH, UDI, les détenus, les pêcheurs et les miniers) connaissent leur statut sérologique.	48 647	56 808	53 639	56 878	59 842	275 814	0,12
2	IMPACT 2 : La mortalité liée au VIH/SIDA est réduite de 50% d'ici 2017 au Burundi	6 366 035	7 595 278	7 036 600	7 258 341	7 590 157	35 846 411	16,20
	EFFET 2.1 : Les nouvelles infections à VIH chez les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) sont réduites de 39% à 95% d'ici à 2022	81 622	83 198	84 810	86 491	88 187	424 308	0,19
	Produit 2.1.1 : Le pourcentage des femmes enceintes dépistées en CPN1 passe de 80,2% en 2016 à 98% en 2022.	81 622	83 198	84 810	86 491	88 187	424 308	0,19
	Effet 2.2 : Le taux de grossesses non désirées chez les femmes séropositives est réduit de 70% d'ici à 2022	76 567	379 801	76 567	77 266	76 567	686 767	0,31
	Produit 2.2.1 : 90% des structures publiques, associatives et privées de PEC du VIH intègrent l'offre des méthodes contraceptives modernes aux femmes séropositives au VIH en 2022	49 224	49 224	49 224	49 224	49 224	246 118	0,11

Produit 2.2.2 : Le pourcentage des femmes VIH+ en âge de procréer qui utilisent les méthodes de contraception moderne passe de 23% en 2015 à 60% en 2022.	27 343	330 577	27 343	28 043	27 343	440 649	0,20
Effet 2.3: Le pourcentage des femmes enceintes séropositives et des enfants nés des femmes séropositives recevant le paquet de services pour éviter la transmission du VIH passe de 81,2% en 2016 à 98 % en 2022	1 307 355	1 851 128	1 444 440	1 469 817	1 544 395	7 617 135	3,44
Produit 2.3.1 : Le pourcentage des femmes enceintes testées pour le VIH en CPN dont les partenaires ont été testés pour le VIH est augmenté de 24,7% en 2015 à 60% en 2022	25 856	-	25 856	-	25 856	77 567	0,04
Produit 2.3.2 : Le pourcentage des femmes VIH+ enceintes et allaitantes qui bénéficient des ARV dans le cadre de la PTME selon le Protocole national (option B+) passe de 81.2% (2016) à 98% en 2022.	686 293	703 141	720 637	738 565	756 925	3 605 563	1,63
Produit 2.3.3 : 98% des enfants nés des mères VIH + bénéficient d'une prophylaxie et d'un suivi selon les directives nationales	595 206	1 147 987	697 947	731 251	761 614	3 934 005	1,78
EFFET 2.4: 98% des femmes enceintes bénéficient d'un dépistage et d'une prise en charge de la syphilis d'ici à 2022	1 071 059	1 110 672	1 151 697	1 194 184	1 238 179	5 765 792	2,61
Produit 2.4.1 :98% de femmes enceintes venues en CPN sont testées pour la syphilis selon les directives nationales	1 064 980	1 104 412	1 145 256	1 187 562	1 231 376	5 733 584	2,59
PRODUIT 2.4.2: 100 % de femmes enceintes dépistées + à la syphilis et leurs partenaires/conjoints bénéficient d'une PEC selon les directives nationales.	6 079	6 261	6 442	6 623	6 804	32 208	0,01
Effet 2.5 : 95 % du couple mère-enfant sous PTME ont recus des soins et soutien selon les directives nationales d'ici 2022	2 558 627	2 662 965	2 596 493	2 616 202	2 636 925	13 071 212	5,91
Produit 2.5.1 : 95% des femmes enceintes /allaitantes VIH+ bénéficient d'un suivi clinique, psychosocial, biologique et virologique selon les directives nationales	1 964 386	2 050 178	1 964 386	1 964 386	1 964 386	9 907 720	4,48
Produit 2.5.2 : 90% de femmes sous PTME éligibles bénéficient d'un appui nutritionnel.	477 063	492 050	507 613	523 465	540 181	2 540 372	1,15



	Produit 2.5.3 : 90% des enfants éligibles sous PTME bénéficient d'une PEC nutritionnelle	117 179	120 737	124 494	128 351	132 359	623 120	0,28
	Effet 2.6 : La couverture en ARV chez les enfants de 0 à 14 ans VIH+ passe de 37% en 2016 à 85% en 2022	1 198 732	1 361 176	1 557 528	1 742 308	1 894 964	7 754 709	3,50
	Produit 2.6.1 : 98 % des enfants estimés VIH + sont testés pour le VIH d'ici à 2022	64 940	64 940	64 940	64 940	64 940	324 700	0,15
	Produit 2.6.2 : Le pourcentage des enfants de 0 à 14 ans VIH+ mis sous la thérapie ARV est augmenté de 37% en 2016 à 85% en 2022	1 133 792	1 296 236	1 492 588	1 677 368	1 830 024	7 430 009	3,36
	Effet 2.7 : Suivi de la mise en œuvre du plan e-TME est assurée à 100% d'ici 2022	72 073	146 338	125 065	72 073	110 939	526 488	0,24
	Produit 2.7.1. 60 % des BDS font une analyse des goulots d'étranglement des services PTME d'ici 2022	51 774	61 930	51 774	51 774	51 774	269 025	0,12
	Produit 2.7.2.le plan e-TME 2018-2022 est disponible	17 266	81 375	17 266	17 266	17 266	150 439	0,07
	Produit 2.7.3 : L'évaluation des interventions e-TME 2018-2022 est assurée	3 033	3 033	56 025	3 033	41 899	107 024	0,05
3	IMPACT 3: Au moins 90% des Personnes affectées ou infectées ont leurs droits humains respectés	30 673 722	23 427 779	24 828 948	24 819 807	26 287 029	130 037 286	58,76
	EFFET 3.1: La couverture des soins ARV de qualité est augmentée de 74% à 94% chez les PVVIH (60% à 85%chez les enfants de moins de 15 ans et de 75% à 95%chez les adultes)	16 040 765	17 800 457	19 278 754	20 457 536	21 853 271	95 430 783	43,12
	PRODUIT 3.1.1: 95% des PVVIH adultes sont enrôlés au traitement ARV conformément aux directives nationales	13 745 783	14 845 644	16 051 871	16 982 711	18 109 111	79 735 120	36,03
	PRODUIT 3.1.2: 85%des enfants sont enrôlés au traitement ARV conformément aux directives nationales	1 149 766	1 267 034	1 501 590	1 689 814	1 841 198	7 449 403	3,37
	Produit 3.1.3 : 95% des PVVIH (adultes et enfants) bénéficient d'un suivi clinique, biologique et virologique de qualité	1 145 216	1 687 779	1 725 292	1 785 011	1 902 962	8 246 259	3,73
	Effet 3.2:90% des PVVIH suivies présentant une IO bénéficient d'une PEC selon les directives nationales	12 462 433	2 514 806	2 546 884	1 927 036	1 986 231	21 437 390	9,69
	PRODUIT 3.2.1: 90% des patients suivis ayant une coinfection HépatiteB/VIH sont traités selon les directives nationales	11 127 104	1 058 086	999 694	214 237	185 899	13 585 020	6,14
	Produit 3.2.2 : 100%des patients séropositifs suivis souffrant des IO sont traités selon les directives nationales	705 402	710 854	726 549	739 632	750 925	3 633 362	1,64

Produit 3.2.3 : 90% des patientes PVVIH suivies sont dépistées pour le cancer du col	539 441	654 301	768 394	882 680	997 161	3 841 978	1,74
Produit 3.2.4 : 80% des patientes PVVIH présentant des lésions précancéreuses du col utérin sont traitées à la cryothérapie	90 486	91 564	52 247	90 486	52 247	377 031	0,17
<b>EFFET 3.3: 100% des patients suivis ayant une coinfection TB/VIH sont traités correctement</b>	<b>67 438</b>	<b>111 495</b>	<b>82 989</b>	<b>66 072</b>	<b>66 072</b>	<b>394 065</b>	<b>0,18</b>
PRODUIT 3.3.1: 95%des PVVIH suivies bénéficient régulièrement du screening et du diagnostic précoce de la TB	59 124	65 230	59 124	59 124	59 124	301 725	0,14
Produit 3.3.2 : 95% des PVVIH screenées _négatif bénéficient du TPI a l'INH	1 366	-	16 917	-	-	18 283	0,01
Produit 3.3.3 : 100 % des PVVIH suivies dépistées TB+ bénéficient du traitement anti TB et TAR	6 948	46 265	6 948	6 948	6 948	74 057	0,03
<b>EFFET 3.4: 90% des PVVIH en besoin bénéficient de soutien psychosocial et nutritionnel</b>	<b>2 097 623</b>	<b>2 184 864</b>	<b>2 259 878</b>	<b>2 336 210</b>	<b>2 375 991</b>	<b>11 254 566</b>	<b>5,09</b>
PRODUIT 3.4.1: 90% des PVVIH dénutries bénéficient d'un appui nutritionnel	1 352 052	1 434 789	1 514 187	1 583 063	1 655 995	7 540 086	3,41
PRODUIT 3.4.2: 80% des PVVIH en besoin bénéficient de soutien psychologique, mental et social	745 571	750 075	745 691	753 146	719 996	3 714 479	1,68
<b>EFFET 3.5: 80 % des structures de soins ont les capacités requises et offrent aux PVVIH des prestations de qualité</b>	<b>5 463</b>	<b>816 158</b>	<b>660 444</b>	<b>32 954</b>	<b>5 463</b>	<b>1 520 483</b>	<b>0,69</b>
PRODUIT 3.5.1: 100% des sites de PEC quantifient leurs besoins en réactifs, en ARV et en médicaments contre les IO et les IST	-	54 980	54 980	27 490	-	137 451	0,06
Produit 3.5.2 : 95% de sites de prise en charge ne connaissent pas de rupture de stock (réactifs, ARV, médicaments contre les IO et IST)	5 463	5 463	5 463	5 463	5 463	27 317	0,01
Produit 3.5.3 : 100% des BDS disposent des superviseurs compétents pour offrir la supervision, le coaching et l'encadrement des structures de PEC des PVVIH.	-	5 714	-	-	-	5 714	0,00
Produit 3.5.4 : 100 % des BDS et des structures de prise en charge disposent des infrastructures pour le stockage des médicaments et autres intrants selon les normes.	-	750 000	600 000	-	-	1 350 000	0,61
<b>4 Impact 4. Les conditions de vie d'au moins 80% des personnes infectées et affectées par le VIH et sida et démunies sont améliorées d'ici à 2022</b>	<b>1 396 608</b>	<b>1 750 250</b>	<b>1 479 875</b>	<b>1 420 987</b>	<b>1 403 024</b>	<b>7 450 744</b>	<b>3,37</b>

	<b>Effet 4.1 : Au moins 90% des personnes affectées ou infectées par le VIH ont leurs droits humains respectés</b>	<b>273 536</b>	<b>380 360</b>	<b>256 778</b>	<b>256 778</b>	<b>256 778</b>	<b>1 424 231</b>	<b>0,64</b>
	Produit 4.1.1 : 70% des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA bénéficient d'une protection juridique	80 854	182 678	64 096	64 096	64 096	455 820	0,21
	Produit 4.1.2 : 90% des personnes âgées de 15-49 ans expriment des attitudes de tolérance à l'égard des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA	192 682	197 682	192 682	192 682	192 682	968 411	0,44
	<b>Effet 4.2 : 80% des PVVIH sous ARV démunies disposent d'une autonomie financière</b>	<b>154 887</b>	<b>477 318</b>	<b>330 525</b>	<b>271 637</b>	<b>253 674</b>	<b>1 488 040</b>	<b>0,67</b>
	Produit 4.2.1 : 80% des PVVIH sous ARV démunies et 80% d'OEUV ont un revenu leur permettant de se prendre en charge	154 887	477 318	330 525	271 637	253 674	1 488 040	0,67
	<b>Effet 4.3 : 90% des OEUV et 70% des ménages d'OEUV ont une situation de vulnérabilité sociale atténuée</b>	<b>968 185</b>	<b>892 572</b>	<b>892 572</b>	<b>892 572</b>	<b>892 572</b>	<b>4 538 473</b>	<b>2,05</b>
	Produit 4.3.1 : 90 % d'OEUV en situation de précarité bénéficient de services sociaux de base (scolarisation, santé, logement, ...)	782 466	706 853	706 853	706 853	706 853	3 609 877	1,63
	Produit 4.3.2: 70 % de ménages d'OEUV en situation de précarité bénéficient d'un assistance et d'une protection sociale	185 719	185 719	185 719	185 719	185 719	928 596	0,42
<b>5</b>	<b>Impact 5. La gestion de la réponse nationale au VIH et au sida est efficace, efficiente et performante, dans le respect des « Three one »</b>	<b>1 610 543</b>	<b>2 220 830</b>	<b>1 943 506</b>	<b>1 649 264</b>	<b>1 717 028</b>	<b>9 141 171</b>	<b>4,13</b>
	<b>Effet 5.1 : Les mécanismes de coordination multisectorielle et thématique sont opérationnels à tous les niveaux</b>	<b>1 032 157</b>	<b>1 248 427</b>	<b>1 334 061</b>	<b>1 073 378</b>	<b>1 141 143</b>	<b>5 829 167</b>	<b>2,63</b>
	Produit 5.1.1 : Le SEP/CNLS est une structure pérenne de l'État, doté d'une autonomie de gestion	54 044	24 865	17 365	106 683	134 879	337 836	0,15
	Produit 5.1.2 : Le SEP/CNLS dispose des moyens humains, matériels et financiers pour assurer la coordination de la réponse nationale au VIH	301 023	475 301	293 355	293 355	335 301	1 698 336	0,77
	Produit 5.1.3 : La coordination de la réponse communautaire est définie et mise en place	66 415	66 415	66 415	66 415	66 415	332 075	0,15
	Produit 5.1.4 : La coordination multisectorielle est assurée et décentralisée	65 727	122 208	65 727	65 727	63 350	382 740	0,17
	Produit 5.1.5 : La coordination thématique est assurée	40 523	41 962	40 523	40 523	40 523	204 054	0,09



Produit 5.1.6 : Le PNLS/IST est renforcé dans ses capacités de coordination et de mise en œuvre de la réponse du secteur de la santé.	504 425	517 675	850 675	500 675	500 675	2 874 126	1,30
Effet 5.2 : Le système d'information sanitaire de routine (VIH) est renforcé et opérationnel	302 920	430 523	302 920	302 920	302 920	1 642 203	0,74
Produit 5.2.1 : Les documents des normes des systèmes d'information sont produits et diffusés	-	10 989	-	-	-	10 989	0,00
Produit 5.2.2 : Le système de gestion des informations VIH/sida et IST est renforcé et opérationnel	302 920	419 534	302 920	302 920	302 920	1 631 214	0,74
Effet 5.3 : Le système de surveillance du VIH Sida est renforcé et opérationnel	22 938	258 292	22 938	22 938	22 938	350 042	0,16
Produit 5.3.1 : Les rapports de surveillance sentinelle du VIH sont disponibles chaque année	22 938	27 969	22 938	22 938	22 938	119 719	0,05
Produit 5.3.2 : Les résultats (études /recherches/évaluations et enquêtes) sont disponibles et utilisés pour la prise de décision	-	230 323	-	-	-	230 323	0,10
Effet 5.4 : Les résultats et les interventions du programme national sont connus par les populations	9 324	6 824	6 824	6 824	6 824	36 621	0,02
Produit 5.4.1 : Les résultats en matières de VIH /SIDA sont disséminés à travers différents canaux d'information.	9 324	6 824	6 824	6 824	6 824	36 621	0,02
Effet 5.5 : Un système de planification axé sur les résultats est mis en place et opérationnel à tous les niveaux	243 204	276 764	276 764	243 204	243 204	1 283 138	0,58
Produit 5.5.1 : Un plan annuel consolidé(PAC) de tous les intervenants en matière du VIH est disponible	243 204	276 764	276 764	243 204	243 204	1 283 138	0,58
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>46 717 436</b>	<b>42 875 094</b>	<b>42 937 250</b>	<b>43 220 034</b>	<b>45 565 053</b>	<b>221 314 867</b>	<b>100,00</b>

## **XV. MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE.**

### **15.1. Le cadre institutionnel**

La mise en œuvre du plan stratégique 2018-2022 se fera à travers un cadre institutionnel et organisationnel au niveau central et décentralisé mis en place et qui est aujourd'hui opérationnel

#### **Au niveau central**

##### **- Le SEP/CNLS**

Ce cadre est assuré par l'organe de coordination nationale qui est le CNLS dont la structure technique est le Secrétariat Exécutif Permanent (SEP). Le CNLS donnera les orientations nécessaires dans le cadre de la lutte contre les VIH/SIDA et les IST. Le SEP assurera la coordination et le suivi des interventions sous l'Autorité du Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida. Il rend compte aux 2 autres organes du CNLS que sont le comité exécutif du CNLS et l'Assemblée générale, dont la présidence est respectivement assurée par le Ministre ayant la Lutte contre le Sida dans ses attributions et le Président de la République.

##### **- Le PNLS/IST**

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

##### **- Les autres programmes et structures du MSPLS**

Le SEP/CNLS et PNLS/IST collaboreront étroitement avec les autres programmes et structures du MSPLS dans le cadre de l'intégration de la réponse et du développement des synergies et de la complémentarité d'actions. Il s'agit notamment du :

- Le PNSR dans le cadre de l'é-TME et de l'intégration avec la santé de la Reproduction,
- Le PNILT dans le cadre de la gestion de la coïnfection TB/VIH ;
- Le PRONIANUT dans le cadre de l'appui nutritionnel aux PVVIH ;
- Le DSNIS dans la gestion de l'information sanitaire relative au VIH ;
- L'INSP dans les activités de laboratoire et de recherche ;
- Le CNTS dans le cadre de la sécurité transfusionnelle face au VIH ;
- La CAMEBU pour la gestion et la distribution des intrants ;
- DPML pour réglementation du secteur pharmaceutique et laboratoire
- Le PBF pour motiver la performance de certains indicateurs VIH.

##### **- Les Unités sectorielles de lutte contre le sida.**

Les différents secteurs du gouvernement mettront en œuvre la réponse sectorielle destinée à la lutte contre le sida au sein du personnel du secteur et envers la population cible de ce secteur



Chaque ministère ainsi que les grandes institutions publiques comme le parlement, l'université et les entreprises para étatiques ont mis en place des unités sectorielles et développé des plans qui seront l'émanation du plan stratégique national et dont les résultats alimenteront la réponse globale du pays

#### **- Les réseaux de la société civile**

Souvent formées sur base de leur communauté d'intérêt ( les PVVIH, les femmes ,les jeunes, les populations clé ,les confessionnels, les acteurs communautaires , les prestataires dans la prise en charge globale, les acteurs communautaires , les organisation de protection des vulnérables comme les OEV , personnes en situation de handicap, populations clés...), les organisations de la société civile sont regroupées en plusieurs réseaux actifs dans le plaidoyer en faveur de la lutte contre le VIH et sida ainsi que dans l'offre de services divers de prévention , de prise en charge et de soutien en appui au système public.

#### **- Les partenaires**

Plusieurs partenaires techniques et financiers bilatéraux et multilatéraux contribuent dans la mise en œuvre de la riposte. Ils sont regroupés dans le groupe thématique ONUSIDA et agissent dans le cadre de l'appui technique et financier direct aux programmes et aux organisations prestataires de service dans le cadre du CPSD qui constitue un cadre formel de validation des stratégies.

#### **- L'Instance Nationale de Coordination des ressources du Fond Mondial.**

Le Fonds mondial de Lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est un important bailleur de la lutte contre le sida au Burundi. L'ICN est un organe de suivi stratégique de la riposte en même temps que les 2 autres pathologies concernées, la tuberculose et le paludisme.

#### **-Au niveau décentralisé**

Au niveau décentralisé, la coordination et le suivi des interventions de lutte contre le VIH et sida sont assurée par les Comités Provinciaux de Lutte contre le VIH/sida. Ces entités multisectorielles sont présidées par le gouverneur de province et comprennent les principaux secteurs publics clés, les organisations de la société civile et les confessions religieuses, les représentants des bénéficiaires ainsi que les principaux partenaires techniques et financiers.

### **15.2. Processus de mise en œuvre**

La mise en œuvre du PSN 2018-2022 sera assurée par le secteur public, le secteur associatif et le secteur privé. Au niveau du secteur public, les différentes entités du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida assureront la coordination des interventions. Il s'agit du PNLS/ qui assurera la coordination et la mise en œuvre des interventions dans le domaine de la santé ; le Programme National de Nutrition qui cordonnera le volet nutrition ; le Programme de santé de la reproduction qui assurera la coordination du volet santé reproductive.

Le secteur associatif prendra en charge le volet non santé et les interventions se feront à travers les associations communautaires.

### **15.3. Plan de mise en œuvre**

La mise en œuvre du plan se fera à travers le plan opérationnel, les plans provinciaux, les plans sectoriels et les plans d'action annuels.

**Le plan opérationnel :** Le plan opérationnel est la déclinaison des stratégies en activités budgétisées. Il permet d'apprécier les différentes interventions, le chronogramme de mise en œuvre, le budget annuel et le budget sur les 5 ans.

**Les plans provinciaux :** Les plans provinciaux qui seront élaborés à partir du PSN 2018-2022 et du plan opérationnel regrouperont toutes les interventions de lutte contre le VIH et sida de chaque province. Ces plans seront élaborés avec le coordonnateur provincial de lutte contre le VIH et sida et en prenant en compte les spécificités de chaque province. Les indicateurs des plans provinciaux de lutte contre le VIH et sida et les IST seront élaborés à partir des données démographiques, épidémiologiques des provinces. Au total, le pays devrait disposer de 18 plans provinciaux qui pourraient servir d'outil de mobilisation des ressources pour des financements additionnels au niveau local.

**Les plans sectoriels :** A partir du plan stratégique, chaque secteur identifiera les interventions qui sont liées à son domaine pour élaborer son plan d'action sectoriel. Ces plans sectoriels seront budgétisés et permettront aux différents secteurs de définir le budget. Ce document pourra servir d'outil de mobilisation de ressources sectorielles qui pourrait être soumis aux partenaires pour des financements additionnels.

**Les plans d'actions annuels :** En début de chaque année, les différentes structures de mise en œuvre du PSN 2018-2022, élaboreront des plans d'actions annuels budgétisés avec les différents indicateurs.

### **15.4. Le Cadre de suivi et de l'évaluation**

Le suivi évaluation du PSN 2018-2022 se fera à travers un cadre de référence basé sur les 12 composantes d'un système de suivi et évaluation fonctionnel recommandées au niveau international.

L'objectif de ce cadre est de permettre au système de suivi évaluation du pays de générer à tout moment les informations sur la mise en œuvre des interventions pour orienter les prises de décisions. Le cadre de suivi évaluation des interventions sera guidé par un cadre de performance et un plan de suivi évaluation.

**- Le plan de suivi et évaluation**

Ce plan décrira le mécanisme de collecte des données et information, le circuit d'acheminement des informations du niveau périphérique au niveau central, le processus de compilation et d'analyse des données et information transmises, le plan de diffusion des données et informations analysées et le dispositif de rétro information.

**- Le cadre de performance du PSN**

Le cadre de performance est basé sur la chaîne de résultats. Il est constitué par les indicateurs objectivement vérifiables sur chaque niveau de chaîne de résultats c'est-à-dire, les indicateurs qui concrétisent et qui vérifient d'une manière objective si les impacts et les effets ont été réalisés et à quel niveau de réalisation. Ce cadre de performance montre également les cibles de chaque indicateur à atteindre pour chaque année.

**Annexe : PLAN D'ACTION OPERATIONNEL DU PLAN STRATEGIQUE 2018-2022**

N°	Impact/Effet/Produit/Activité	Description quantitative des résultats attendus	2018				2019				2020				2021				Budget activité en USD	
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4		
<b>1</b>	<b>Impact 1 : Le nombre de nouvelles infections à VIH est réduit de 20% dans la population générale et dans les groupes les plus exposés au risque VIH d'ici à 2022</b>																			
<b>1.1</b>	<b>EFFET 1.1: Le taux de transmission sexuelle du VIH est réduit dans la population générale adulte et chez les jeunes de 15 à 24 ans</b>																			
<b>1.1.1</b>	<b>Produit 1.1.1: 90% des jeunes et des adultes ont des connaissances approfondies sur les voies de transmission et les modes de prévention du VIH</b>																			
1.1.1.1	Elaborer un plan synergique de communication pour accompagner les activités VIH	Atelier tous les 2 ans de 5 jours réunissant 30 personnes																		9 750
1.1.1.2	Documenter les messages et supports de communication existants et les adapter aux spécificités des différentes catégories de population ( adultes, jeunes et population clés)	Atelier tous les 2 ans de 3 jours réunissant 30 personnes																		6 466
1.1.1.3	Produire chaque année 54 spots radiophoniques adaptés aux jeunes, aux adultes et aux groupes cibles en 3 langues	Contrat avec une maison spécialisée dans la production des spots pour élaborer 54 spots en trois langues, soit 162 spots par an																		66 030
1.1.1.4	Contractualiser 3 stations-radios les plus écoutées et 3 radios communautaires pour diffuser chaque année 54 spots radiophoniques adaptés aux jeunes, aux adultes et aux groupes cibles en 3 langues	Contrat annuel avec 6 radios (350fbu/sec*90 sec*3 passage/jour*5jours*162 spots)																		215 166
1.1.1.5	Organiser 1 émission radiophoniques par thématique par semestre pendant 5 ans (Thème: prévention du VIH, la promotion du dépistage du VIH et des IST, de la TB, la éTME/PCIME, la SR, et la CPN précoce /CPoN, allaitement maternel, les violences sexuelles et basées sur le genre - VSBG)	Honoraires du journaliste, 1 technicien et de 3 invités																		1 855

















<b>Effet 1.2: La transmission du VIH par voie sanguine et par les accidents d'exposition au sang sont réduits à 0%</b>												
<b>Produit 1.2.1: 100% des poches de sang collectées sont testées aux quatre marqueurs (VIH, Syphilis, Hépatite B et C)</b>												
1.2.1.1	Rendre disponible les intrants pour le test aux quatre marqueurs.	100000 poches de sang en 2018, 120000 poches en 2019, 130000 poches en 2020, 140000 poches et 150000 poches seront testés avec un prix unitaire par poche de 21, 3 USD										13 632 000
1.2.1.2	Appuyer le processus du rendu des résultats des donneurs au niveau du CNTS et des CRTS	Descente trimestrielle de deux jours d'un cadre et d'un chauffeur au niveau du CNTS et des CRTS (3)										10 417
1.2.1.3	Former les techniciens pour la maintenance des équipements.	Formation annuelle de 15 personnes pendant 3 jours										11 732
1.2.1.4	Contractualiser les services de maintenance des équipements biomédicaux	Contrat de maintenance avec des maisons spécialisées										160 000
<b>Produit 1.2.2 : 100% des cas d'Accident d'Exposition au Sang sont PEC selon le protocole national</b>												
1.2.2.1	Elaborer un manuel de biosécurité	Contrat d'un consultant international et d'un consultant national pendant 20 jours Atelier d'élaboration du manuel de 5 jours pour 20 personnes clés Atelier de validation d'une journée pour 50 personnes en 2019										23 493
1.2.2.2	Multiplier et vulgariser le manuel de biosécurité	Contrat avec une imprimerie pour la multiplication de 1500 manuels										4 216
1.2.2.3	Former et recycler le personnel sur la gestion des déchets biomédicaux en milieu de soin : formation des formateurs	Formation de 60 personnes pendant 3 jours en 2 sessions en 2019										8 243
1.2.2.4	Former et recycler annuellement le personnel sur la gestion des déchets biomédicaux en milieu de soin : formation des prestataires	Formation de 25 prestataires par BDS pendant 3 jours sur 5 ans										162 368
1.2.2.5	Acquisition des ARV pour la prophylaxie post exposition aux liquides biologiques	Acquisition de 300 kits de prophylaxie chaque année										399 000
<b>Effet 1.3 : 90% des populations clés (Professionnelles de sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les utilisateurs des drogues injectables) et 90% des populations vulnérables (les détenus, les pêcheurs et les miniers) ont des connaissances approfondies sur le VIH et utilisent le préservatif systématiquement lors des rapports sexuels avec leurs clients et/ou partenaires occasionnels</b>												



Produit 1.3.1 : 90% des populations clés (PS, HSH, UDI) et 90% des populations vulnérables (détenus, pêcheurs et les miniers) ont des connaissances approfondies sur les voies de transmission et les modes de prévention du VIH et les IST.												
1.3.1.1	Renforcement des capacités de 660 PE des populations clés dans les zones de concentrations sur la prévention du VIH/ Sida, les IST ainsi que la coinfection TB-VIH par la paire éducation	Atelier de 2 jours pour 660 pairs éducateurs tous les 2 ans (30 PE/province) dans 11 provinces à forte concentration										77 290
1.3.1.2	Doter annuellement les pairs éducateurs des matériels pour les missions de sensibilisation	Achat de 660 kits de sensibilisation (registre, cartable et stylo)										38 960
1.3.1.3	Frais mensuels de déplacement des pairs éducateurs sur présentation du rapport au CDS	Payer les frais de déplacement des pairs éducateurs										222 722
1.3.1.4	Organiser des réunions annuels d'évaluation des activités des PE des populations clés au niveau des provinces	Réunion annuelle d'une journée dans chaque province de 60 participants										75 447
1.3.1.5	Créer et équiper un centre national de référence pour l'accès aux services de santé spécifique aux UDI (désintoxication, dépistage VIH/TB/Hépatites, traitement ARV, réhabilitation)	Construire et équiper le centre en 2020										350 000
1.3.1.6	Assurer la rémunération du personnel du centre national de référence pour l'accès aux services de santé spécifique aux UDI	Payer le salaire mensuel du personnel clés (conseillers, médecins)										661 142
1.3.1.7	Assurer le fonctionnement du centre national de référence pour l'accès aux services de santé aux UDI	Frais de fonctionnement annuel										49 473
1.3.1.8	Former les relais communautaires et des pairs éducateurs sur le DIP, DIB, l'autotest, dépistage indexé, dépistage en stratégie avancée, les aspects du counseling, la PrEP et l'orientation des cas	Formation d'une journée par an en faveur de 660 PE, soit 22 sessions de 30 personnes										66 974
Produit 1.3.2 : 90% des populations clés (PS, HSH, UDI) et 90% des populations vulnérables (détenus, les pêcheurs et les miniers) utilisent le préservatif pour se protéger du VIH et des IST et y ont un accès facile.												
1.3.2.1	Acquisition des intrants de protection pour les populations clés	Acquisition de 8178485 pièces d'intrants de protection en 2018, 8584925 en 2019, 9006161 en 2020, 9450900 en 2021 et 9917600 en 2022										1 805 523

















<b>Produit 2.5.3 : 90% des enfants éligibles sous PTME bénéficient d'une PEC nutritionnelle</b>												
2.5.3.1	Acquérir le lait maternisé pour les enfants exposés en contre-indication à l'allaitement maternel	Acquisition de 6744 boîtes de lait maternisé en 2018, 6925 en 2019, 7118 en 2020, 7318 en 2021 et 7523 en 2022										440 658
2.5.3.2	Acquérir les kits nutritionnels adaptés aux enfants sous PTME	Achat de 1333 kits en 2018, 1385 kits en 2019, 1439 kits en 2020, 1494 kits en 2021 et 1552 kits en 2022										182 462
<b>Effet 2.6 : La couverture en ARV chez les enfants de 0 à 14 ans VIH+ passe de 37% en 2016 à 85% en 2022</b>												
<b>Produit 2.6.1 : 98 % des enfants estimés VIH + sont testés pour le VIH d'ici à 2022</b>												
2.6.1.1	Assurer l'intégration du dépistage du VIH dans la PCIMA et PCIME.	Atelier annuel de 70 personnes pendant 2 jours										29 725
2.6.1.2	Formation des prestataires de la PCIMA/PCIME sur le dépistage du VIH à l'initiative du prestataire chez les enfants	Formation de 1200 prestataires en 40 sessions de 30 participants pendant 3 jours										156 616
2.6.1.3	Former / sensibiliser les ASC sur le dépistage du VIH chez les enfants à risque d'infection à VIH ( enfants malnutris, enfants malades et enfants des familles des PVVIH).	Formation annuelle de 30 ASC par BPS pendant 2 jours										138 359
<b>Produit 2.6.2 : Le pourcentage des enfants de 0 à 14 ans VIH+ mis sous la thérapie ARV est augmenté de 37% en 2016 à 85% en 2022</b>												
2.6.2.1	Former les prestataires des sites PTME/PEC sur la PEC pédiatrique du VIH	Formation de 1380 prestataires, soit 30 prestataires par BDS pendant 3 jours en 2018 et 2019										98 905
2.6.2.2	Acquérir les ARV pédiatriques pour les enfants PVVIH	Acquisition des ARV pour 30575 enfants sous ARV sur 5 ans										7 093 632
2.6.2.3	Multiplier et diffuser les algorithmes de la PEC pédiatrique du VIH.	Multiplier 1200 copies des algorithmes, tableau des protocoles et les aides mémoires										35 756
2.6.2.4	Assurer le mentorat clinique sur la PEC pédiatrique du VIH.	Coaching/Formation sur le tas de 2 personnes (BPS et BDS) + chauffeur dans chaque FOSEA pendant 1 jour /mois										201 716
<b>Effet 2.7 : Suivi de la mise en œuvre du plan e-TME est assurée à 100% d'ici 2022</b>												
<b>Produit 2.7.1. 100 % des BDS font une analyse des goulots d'étranglement des services PTME d'ici 2022</b>												



























EFFET 3.5: 80 % des structures de soins ont les capacités requises et offrent aux PVVIH des prestations de qualité												
PRODUIT 3.5.1: 100% des sites de PEC quantifient leurs besoins en réactifs, en ARV et en médicaments contre les IO et les IST												
3.5.1.1	Former 680 prestataires sur la gestion des stocks des médicaments, réactifs et intrants	Formation de 680 prestataires en 20 sessions de 34 participants chacune pendant 5 jours										137 451
3.5.2.1	Produit 3.5.2 : 95% de sites de prise en charge ne connaissent pas de rupture de stock (réactifs, ARV, médicaments contre les IO et IST)	Atelier trimestriel d'analyse des niveaux de stock pour 15 personnes pendant 5 jours										27 317
3.5.3.1	Produit 3.5.3 : 100% des BDS disposent des superviseurs compétents pour offrir la supervision, le coaching et l'encadrement des structures de PEC des PVVIH.	Formation de 46 gestionnaires de pharmacie en 1 session de 3 jours en 2019										5 714
3.5.4.1	Produit 3.5.4 : 100 % des BDS et des structures de prise en charge disposent des infrastructures pour le stockage des médicaments et autres intrants selon les normes.	Réhabiliter six pharmacies de district dont 3 à Bujumbura mairie, 1 à Gitega, 1 à Ngozi et 1 Nyabikere										1 200 000
3.5.4.2	Equiper les laboratoires d'analyse de la charge virale en congélateurs à -20 °C	Achat de 6 congélateurs										30 000
3.5.4.3	Equiper les laboratoires d'analyse de la charge virale en congélateurs à -80 °C	Achat de 6 congélateurs										120 000
<b>Impact 4. Les conditions de vie d'au moins 80% des personnes infectées et affectées par le VIH et sida et démunies sont améliorées d'ici à 2022</b>												
<b>Effet 4.1 : Au moins 90% des personnes affectées ou infectées par le VIH ont leurs droits humains respectés</b>												
<b>Produit 4.1.1 : 70% des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA bénéficient d'une protection juridique</b>												
4.1.1.1	Réviser la loi du 12 mai 2005 en tenant compte de l'évolution scientifique et du contexte international	Consultant national pour 10 jours Atelier de validation d'une journée pour 30 personnes en 2019										3 092
4.1.1.2	Soumettre la loi à l'analyse par la commission parlementaire Santé et VIH et celle chargée des questions sociales	Atelier de 32 participants pendant 3 jours en 2019										3 825
4.1.1.3	Mettre en place des textes d'application (Elaboration et diffusion)	Consultant national pendant 20 jours										5 000
4.1.1.4	Organiser des réunions de vulgarisation de la loi du 12 mai 2005 révisée	Atelier d'une journée de 40 participants par province										16 758
4.1.1.5	Organiser un atelier d'enrichissement de la stratégie nationale sur le VIH et les droits humains	Atelier de 3 jours pour 12 participants en 2019										2 173















5.1.4.6	Appuyer le fonctionnement des comités provinciaux de lutte contre le SIDA	Rémunération du personnel, fournitures de bureaux, fournitures eau et électricité, gardiennage, équipement informatique,....	114 013
5.1.4.7	Organiser les réunions de coordination des CPLS	Réunion semestrielle de coordination pour 30 participants	124 420
<b>Produit 5.1.5 : La coordination thématique est assurée</b>			
5.1.5.1	Elaborer /actualiser les TDRs /cahiers de charge des différents comités thématiques (é-TME, Gestion intrant VIH/IST, Suivi-évaluation, Prévention et traitement, Droits Humains et Genre).	Atelier de 3 jours pour 20 participants en 2019	1 439
5.1.5.2	Tenir une réunion trimestrielle de coordination des intervenants dans la lutte contre le VIH	Une réunion trimestrielle d'une journée regroupant 60 participants	18 659
5.1.5.3	Appuyer la mise en place /redynamisation et le fonctionnement des comités Thématiques.	Réunion trimestrielle de 20 participants pour chaque comité (5 comités)	37 077
5.1.5.4	Appuyer le fonctionnement du Comité National et des Comités provinciaux de coinfection TB/VIH.	Comité national de 34 personnes chaque trimestre Comité provincial de 10 personnes chaque trimestre	146 879
<b>Produit 5.1.6 : Le PNLS/IST est renforcé dans ses capacités de coordination et de mise en œuvre de la réponse du secteur de la santé.</b>			
5.1.6.1	Assurer la formation de 15 membres du personnel pour répondre aux besoins du programme.	Prestations de 2 consultants internationaux pendant 10 jours	17 000
5.1.6.2	Appuyer les missions d'échanges d'expériences avec d'autres pays pour 7 membres du personnel.	Stage de formation de 7 personnes pendant 10 jours chaque année	220 150
5.1.6.3	Doter le PNLS du Matériel Roulant pour l'accomplissement de sa mission.	Achat de 10 camionnettes	350 000
5.1.6.4	Assurer les frais de fonctionnement du PNLS	Payer les frais de fonctionnement mensuels	505 976
5.1.6.5	Assurer la rémunération des primes du personnel du PNLS/IST	Payer les primes mensuelles du personnel du PNLS	1 620 000
5.1.6.6	Assurer la Formation du Personnel du Programme pour l'acquisition de l'expertise requise (finance et Comptabilité, audit, gestion	Il s'agit d'une formation de 10 jours à l'étranger à raison de 5 personnes par an	157 250





5.2.2.7	Organiser des missions de supervision d'encadrement, dépannage aux niveaux des sites de PEC pour les bases de données SIDA info.	Descente trimestrielle de l'informaticien+ chauffeur pendant 5 jours	7 027
5.2.2.8	Former et recycler 2 personnes par FOSA (CDS) sur l'utilisation du DHIS2	Formation de 240 personnes en 8 sessions de 30 personnes chacune de 5 jours en 2019	49 156
5.2.2.9	Organiser une participation de 4 Super users de la DSNIS à une Académie régionale de DHIS 2	Stage de formation de 4 personnes pendant 15 jours chacun	41 950
5.2.2.10	Organiser deux visites intégrées de suivi par an sur l'utilisation du DHIS2 au niveau des BPS, des BDS et les Hôpitaux	Descente semestrielle de coordination intégrée du niveau central de 3 personnes+chauffeur pendant 5 jours	6 044
5.2.2.11	Organiser deux visites intégrées de suivi par an sur l'utilisation du DHIS2 dans 170 CDS	Descentes semestrielle du niveau intermédiaire de 2 personnes+chauffeur pendant 3 jours	205 272
5.2.2.12	Organiser des ateliers trimestriels de validation des données TB/VIH et PALU	Atelier trimestriel de 5 jours pour 20 personnes dans chaque BPS	86 910
5.2.2.13	Organiser des audits semestriels des données (TB et VIH ) au niveau des structures par le niveau provincial	Descente semestrielle de 4 personnes+chauffeurs pendant 5 jours dans chaque BDS	7 309
5.2.2.14	Organiser des audits semestriels des données VIH/TB au niveau de 2 structures par District par le niveau central.	Descente semestrielle de 3 superviseurs+ chauffeur pendant 5 jours dans chaque BPS	108 785
5.2.2.15	Organiser des réunions d'analyse de la qualité des données	Atelier semestriel au niveau national de 30 personnes pendant 5 jours	61 445
5.2.2.16	Organiser 1 mission internationales par an en appui à l'assurance qualité des données du DHIS2	Consultant international en assurance qualité des données du DHIS2 pendant 20 jours	15 990
5.2.2.17	Organiser trimestriellement des missions de supervision du niveau central vers le niveau provincial pour les vérifications financières et audit des données.	Descente trimestrielle de 2 superviseurs+ chauffeur pendant 5 jours dans chaque BPS	9 557
5.2.2.18	Organiser trimestriellement des missions de supervision intégrée du niveau central vers le niveau provincial (Programme, Finance, S/E, Coordination)	Supervision trimestrielle de 3 personnes + chauffeur pendant 5 jours	12 087

<b>Effet 5.3 : Le système de surveillance du VIH Sida est renforcé et opérationnel</b>												
<b>Produit 5.3.1 : Les rapports de surveillance sentinelle du VIH sont disponibles chaque année</b>												
5.3.1.1	Organiser la surveillance du VIH dans les sites sentinelles	Formation de 40 prestataires des sites sentinelles pendant 3 jours en 2019;										5 031
5.3.1.2	Collecte mensuelle des données des sites sentinelles	Descente de 4 équipes de 2 personnes+ chauffeur pendant 5 jours										114 688
<b>Produit 5.3.2 : Les résultats (études /recherches/évaluations et enquêtes) sont disponibles et utilisés pour la prise de décision</b>												
5.3.2.1	Mener une enquête de surveillance biocomportementale au sein des populations clés les plus exposées au risque d'infection par le VIH	Contrat de 2 consultants internationaux et de 2 consultants nationaux pendant 75 jours Honoraire du comité de pilotage Atelier validation de 2 jours pour 50 personnes										204 235
5.3.2.2	Réaliser une analyse des cascades des soins (Dépistage, TARV et suppression de la charge Virale) pour les adultes, les enfants et les populations clés	Consultant international et national pendant 20 jours; Enquêtes pour 5 personnes pendant 10 jours										26 088
<b>Effet 5.4 : Les résultats et les interventions du programme national sont connus par les populations</b>												
<b>Produit 5.4.1 : Les résultats en matières de VIH /SIDA sont disséminés à travers différents canaux d'information.</b>												
5.4.1.1	Mettre en place un site web pour le PR .	Consultant national en développement des sites web pendant 10 jours en 2019										2 500
5.4.1.2	Payer l'hébergement du site web du PR	Contrat annuel avec un hébergeur de sites web										12 000
5.4.1.3	Organiser une journée d'information sur la situation épidémiologique du VIH et SIDA	Atelier annuel d'une journée pour 60 participants										15 094
5.4.1.4	Produire, Multiplier et diffuser le bulletin épidémiologique annuel du VIH/Sida/IST	Imprimer 50 copies du bulletin épidémiologique										7 027
<b>Effet 5.5 : Un système de planification axé sur les résultats est mis en place et opérationnel à tous les niveaux</b>												
<b>Produit 5.5.1 : Un plan annuel consolidé(PAC) de tous les intervenants en matière du VIH est disponible</b>												
5.5.1.1	Former les cadres du PNLS sur la planification et le suivi/évaluation des activités de lutte contre le SIDA à l'étranger	Stage de formation à l'étranger de 4 personnes pendant 15 jours chacun en 2019 et 2020										67 120
5.5.1.2	Organiser des réunions d'orientation, de revues et de planification incluant le	Atelier semestriel de 30 participants chacun pendant 2 jours dans chaque										537 780



