# 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 INEFCTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE 2018-2022

# SECRETARIAT EXECUTIF PERMANENT DU CNLS



Décembre 2017

# Page ii sur 122

# Table des matières

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

# Page iii sur 122

6.3. Un engagement politique fort et une appropriation de la réponse au VIH et sida	3
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	
VII. FACTEURS DETERMINANTS A LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS	39
7.1. Les facteurs déterminants ou facteurs critiques	39
7.2. Alignement	
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	
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. SYNTHESE DES PRIORITES DU PSN 2018-2022	.45
XI. STRATEGIES MAJEURES DE LA RIPOSTE NATIONALE AU VH/SIDA ET IST POUR 2018-2022	.47
XII. LA CHAINE 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	_
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
Anneye:	70

#### Page iv sur 122

#### SIGLES ET ACRONYMES

AC Animateur Communautaire

AGR Activités Génératrices de Revenus

ARV Antirétroviraux

**BPS** Bureau Provincial de Santé

CAMEBU Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels du Burundi

CAM Carte d'assistance médicale

CCC Communication pour le Changement de Comportement

CDV Centre de Dépistage du VIH ou conseil et dépistage du VIH

**CEEAC** Communauté Economique des Etats d'Afrique Centrale.

CMLS Comité Municipal de lutte contre le SIDA

CLS Comités Locaux de lutte contre le SIDA,

CNLS Conseil National de Lutte contre le SIDA

CNTS Centre National de Transfusion Sanguine

CPLS Comité Provincial de lutte contre le SIDA

**CPN** Consultations prénatales

CPSD Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement

CRTS Centre Régional de Transfusion Sanguine

CSLP Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté

**EDS** Enquête démographique et de santé

**ÉTME** Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant

**ECD** Equipe Cadre du District.

FM Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

**HSH** Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

#### Page v sur 122

IEC Information-Education-Communication

INSP Institut National de Santé Publique

IO Infection Opportuniste

**IST** Infection Sexuellement Transmissible

JANS. Joint Assessment of National Strategies.

MOT Modes Of Transmissions

MSPLS Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida

OEV Orphelins et autres Enfants Vulnérables

OMS Organisation mondiale de la santé

ONUSIDA Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

OSC Organisations de la Société Civile

PE Pairs éducateurs

PEC Prise en charge

**PEPFAR** Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida

PIB Produit Intérieur Brut

**PLACE** Prioritizing Local Aids Control Efforts

PNSR Programme National de Santé de la Reproduction

PNUD Programme des Nations Unies pour le Développement

PPE Prophylaxie post-exposition

PTME Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant

**PVVIH** Personne Vivant avec le VIH

SEP/CNLS Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de lutte contre le Sida

Sida Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SR Santé reproductive

**SRMNIA** 

TPS Technicien de Promotion de la Santé

# Page vi sur 122

TS Travailleuse du Sexe

SNU Système des Nations Unies

SSR Santé sexuelle et reproductive

USLS Unité Sectorielle de lutte contre le SIDA

**UNICEF** Fonds des Nations unies pour l'enfance

VBG Violences Basées sur le Genre

VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine

**ZIP** 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.

# Page viii sur 122

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

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.

ix

#### 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 km² dont 25 134 km² de terre et 2 700 km² 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 km² 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 184èmeposition sur 188 pays étudiés en 20162. 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 habitat, le PIB est estimé à 285.73 USD3

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

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>https://www.agenceecofin.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>&</sup>lt;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 20165. 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 vivantes5, le taux de mortalité infantile de 47 pour 1000 et celui de mortalité infanto-juvénile de 78 pour 1000 naissances vivantes6.

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

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

Selon l'annuaire statistique 2016, les infections respiratoires aigües 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/person ne	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'EPIDEMIE A VIH EN 20177

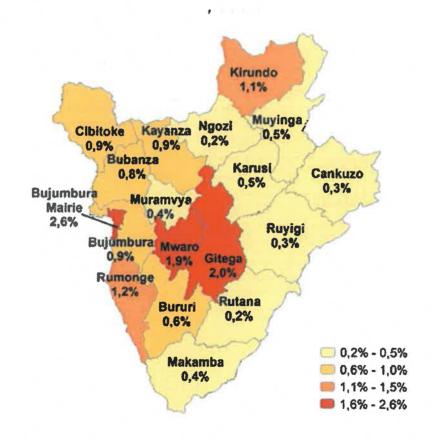
# 3.1. Situation, dynamique et profil évolutif de l'épidémie

#### 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>&</sup>lt;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.

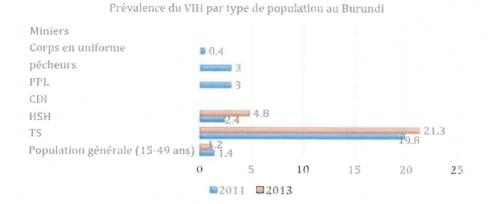
Selon l'enquête comportementale et de séroprévalence réalisée en 2011, la prévalence du VIH était de 2,4% chez les HSH., Selon l'étude PLACE, les HSH avec une taille estimée à 9346, sont majoritairement concentrés au niveau de Bujumbura-Mairie avec une population estimée à 5385 soit 57.6% de la taille, 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

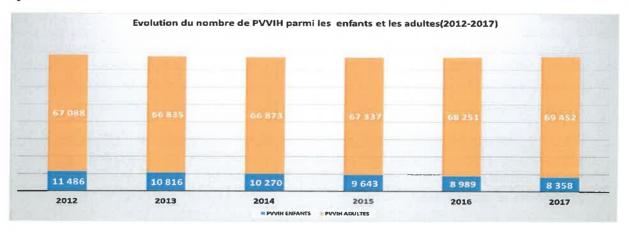


En fin, bien qu'on ne dispose pas suffisamment de données actualisées, on observe une diminution de nouvelles infections et de décès liés au sida. Le profil épidémiologique reste le même et les interventions devraient prendre davantage en compte les populations clés (TS, HSH, CDI/PID, PPL), les groupes 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.

Pourcentage de nouvelles infections

0.0 10.0 20.0 30.0 40.0 50.0 60.0 70.0

Sex Workers

Clients

Partners of clients

Men who have sex with men

Female partners of MSM

Casual heterosexual sex

Partners of casual heterosexual sex

Stable heterosexual couples

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 594à 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 maitrise et l'inaccessibilité aux TIC, le cout 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 règlementation 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> <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> <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>

	préservatifs - Insuffisance de contrôle qualité des préservatifs - La gestion de l'environnement et l'élimination des déchets liés aux préservatifs restent problématiques - L'offre est intégrée au PMA des FOSA et le dépistage mobile reste peu développé (surtout les populations clés)
Dépistage du VIH	<ul> <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> <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> <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	- 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
Populations clés (HSH, TS, UDI, Détenus, pêcheurs et les miniers)	<ul> <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'efficience 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 SRMNIA 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 PNLS/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 PNLS/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

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

Page 17 sur 122

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

# 4.2.3. Résumé des constats de la PTME

Domaines	Constats
Couverture des services PTME	<ul> <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.</li> </ul>
	<ul> <li>Absence de la décentralisation, de la délégation et de l'intégration de la PEC du VIH pédiatrique dans les CDS</li> </ul>
Offre des services	PTME
Prévention primaire	- Disponibilité des services de dépistage,
de l'infection chez les femmes en âge de procréer	- Approche du dépistage de VIH initié par les prestataires a été appliquée dans toutes les FOSA;
	<ul> <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> </ul>
	- Existence d'une nouvelle loi pénalisant les auteurs des VSBG
	- Faible couverture des CDS amis des jeunes
	- Absence de décentralisation des services de prise en charge globale des victimes des VSBG
	- Faible couverture des services de dépistage de la syphilis
Prévention des	- L'intégration des services VIH/PTME/SR
grossesses non désirées chez les	- Disponibilité des services de PF
femmes séropositives	- Non intégration effective des services de PF dans les services de prise en charge des PVVIH
	- Faible utilisation des services PF par les femmes séropositives
Prévention de la transmission du VIH	- Décentralisation et délégation des tâches dans l'offre des services de PTME
des femmes séropositives à leurs	- Intégration du dépistage systématique des femmes enceintes en CPN

#### Page 18 sur 122

enfants	- Adoption de l'option B+
	- Faible taux de CPN1 précoce
	- Faible taux de dépistage en couple
	- Faible implication des hommes dans la demande des services SR
Traitement, soins et	- Disponibilité des intrants
soutien aux mères séropositives, leurs	- Décentralisation des services de PEC
enfants et la famille	- Adoption de l'option B+
	- Le manque de suivi biologique/virologique des femmes enceintes/allaitantes séropositives dans la majorité des FOSA
	- Faible utilisation des services de CPON dans certaines FOSA
	- Insuffisance du dépistage précoce et traitement précoce des enfants exposés
	- Absence de la décentralisation, de la délégation et de l'intégration de la PEC du VIH pédiatrique dans les sites PTME ;
	- Faible continuité des services VIH pour le couple mère-enfant
	- Faible implication communautaire en PTME/SR
	- Le passage à l'option B+ reste inachevé

# 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 monitorage 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 6869 entre 2013 et 2017 ;
- La délégation des taches 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 taches 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>&</sup>lt;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-infectésTB/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 aigüe. (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 stoqués 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	- 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.
PEC ARV	- La délégation des taches est formalisée et est effective
	- 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
	- 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)
	- 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
	- Non application effective du « Test and treat »
	- La question de l'enrôlement, de la poursuite du traitement ARV n'est pas encore résolue.
Référence	- L'absence de stratégie pour augmenter l'efficacité du dépistage et réduire les perdus de vue entre le dépistage et le traitement (déperdition)

#### Page 23 sur 122

Dépistage	- Faiblesse du dépistage précoce chez les enfants exposés (non opérationnalisation
	de la stratégie PCR avec circuit de transport des échantillons et récupération des résultats)  - Faiblesse du dépistage chez les adolescents et jeunes  - La persistance des résultats indéterminés dans le dépistage
Laboratoir e/suivi biologique	<ul> <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	- La prise en charge des IO est assurée mais reste peu documentée.
Prise en charge de la coïnfection VIH/Hep B et C	- Les coïnfections (hépatites B et C) ne font pas suffisamment l'objet d'attention
TB/VIH	Le dépistage actif de la tuberculose chez les PVVIH et le traitement préventif de la tuberculose chez les PVVIH est encore à ses débuts.
Approvisio nnement	L'approvisionnement en intrants et médicaments pour le traitement et le suivi biologique enregistre des ruptures

#### 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 monitorage 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 3è 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 renseigne 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> <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> <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> <li>Insuffisance de données renseignant sur les différents acteurs et la couverture des services.</li> <li>Faible accès des OEV aux</li> </ul>	<ul> <li>Renforcement de la coordination des intervenants en faveur des OEV</li> <li>Appui à l'élaboration et à l'enregistrement des textes règlementaires et à l'enregistrement des groupements solidaires</li> </ul>

	ressources socioéconomiques.  - Faible niveau de concertation entre les partenaires de mise en œuvre et les structures de prise en charge.  - Persistance d'bandons scolaires pour cause de grossesses non désirées, mariages précoces, violences domestiques.  - Faible couverture d'encadrement et suivi des	<ul> <li>au niveau de la commune.</li> <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	OEV (à l'école et à la maison)  L'insuffisance d'appuis affectés à la réduction d'impact chez les personnes infectées et affectées par le VIH.  - Faible connaissance de la situation actualisée des AGR et de la formation socio-professionnelle.  - L'absence d'étude/enquête socioprofessionnelle sur la rentabilité des AGR et l'appui à l'apprentissage/formation.  - L'insuffisance des moyens pour l'organisation des cadres de partage d'expériences en matière d'octroi de microcrédits.  - Insuffisance des appuis aux organisations de PVVIH dans la mise en œuvre des programmes	<ul> <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>

1.40.240	d'appui économique.	
Droits et VIH	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  Environnement sociojuridique défavorable à certaines catégories des populations  La non vulgarisation de la stratégie intégrant les notions des droits humains, genre et VIH.  Temps et coût élevés des services spécialisés avec surtout une phase juridictionnelle trop longue.	<ul> <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 PNLS/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 PNLS/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 entrainé un transfert tacite de la responsabilité du Suivi-Evaluation PSN 2014-2017 au PNLS/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 PNLS/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 maitrise 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 monitorage 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 monitorage 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 é-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 façons 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 accroitre 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 taches pour la PEC des enfants, tout en opérationnalisant le mentorat :
- Augmenter l'efficacité du dépistage et réduire les perdus 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 coïnfections;
- Renforcer la gestion logistique des intrants et réactifs au niveau central et périphérique ;
- Améliorer le monitorage 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 monitorage décentralisé afin d'accroitre 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 suiviévaluation 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 maitrise des dynamiques de l'épidémie à VIH.

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

<sup>&</sup>lt;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	- Les couples stables dans la population générale,
		- Les jeunes de moins de 25 ans,
		- Les populations clés
		- Les détenus,
		- Les pêcheurs.
		- Les partenaires séronégatifs des PVVIH
2	Elimination de la transmission du VIH et de	- Femmes en âge de procréer
	la syphilis de la mère à l'enfant	- Femmes enceintes
		- Partenaires des femmes enceintes
		- Enfant de 0-14 ans
3	Prise en charge globale des personnes	- PVVIH
	infectées par le VIH	- Patients tuberculeux
4	Réduction de l'impact et des déterminants	- Les victimes des violences sexuelles
	de la vulnérabilité	- Les populations-clés
		- PVVIH
		- OEV

-	Femmes
-	Jeunes filles

### 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 maitrise 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.

Page **43** sur **122** 

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	Elimination 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> <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 SRMNIA/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

### Page 45 sur 122

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. SYNTHESE DES PRIORITES 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
- Elimination 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
  - o Paquet d'interventions de prévention chez les jeunes
  - o Paquet d'interventions de prévention chez les adultes
  - o Paquet d'interventions de prévention chez les populations clés
  - o Prévention de la transmission du VIH de la mère à son en 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 :
  - o Le traitement ARV
  - o Le traitement et la prévention des infections opportunistes et autres comorbidités
  - o 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),
- <u>AIDS FREE</u>: 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 <sup>66</sup>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 chaine des résultats attendus se présente comme suit dans la cascade Impact- Effets-Produits

Priorité1: Prévention des nouvelles infections		Prochite
But 1 : Intensifier la préven populations clés	tion des no	But 1 : Intensifier la prévention des nouvelles infections par voie sexuelle et sanguine chez les adolescents et jeunes et parmi les populations clés
Impact 1. Le nombre de nouve plus exposés au risque VIH d'i	de nouvelle e VIH d'ici	lles infections à VIH est réduit de 20% dans la population générale et dans les groupes les ici à 2022
EF	EFFET 1.1: I chez les jeune	Le taux de transmission sexuelle du VIH est réduit dans la population générale adulte et nes de 15 à 24 ans
		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
Eff	Effet 1.2: La t réduits à 0%	transmission du VIH par voie sanguine et par les accidents d'exposition au sang sont
	H 02	Produit 1.2.1: 100% des poches de sang collectées sont testées aux quatre marqueurs (VIH, Syphilis, Hépatite B et C)
	H	Produit 1.2.2: 100% des cas d'Accident d'Exposition au Sang sont PEC selon le protocole national

	126.113.000/ december of the Burfactionnalles do save hommes arout des vannate esvises
	LITEL I.3 : 90 % des populations cies (Troressionnelles de sexe, nommes ayant des rapports sexures 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
	Systemand utement fors ues rapports sexuels avec feurs chours evou partenantes octasionnes.  [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.
Priorité 2: Elimination de la transmission du	nission du VIH et la syphilis de la mère à l'enfant
But 2 : Renforcer la prévention de	vention 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.	en vie.
IMPACT 2 : Le risque de TM	sque de TME est réduit de 13.88% en 2017 à 2% en 2022
	EFFET 2.1: Les nouvelles infections à VIH chez les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) sont
	۱,
	Produit 2.1.1 : Le pourcentage des femmes enceintes dépistées en CPN1 passe de 71.97% en 2017 à 98% en 2022.
	Effet 2.2 : Le taux de grossesses non désirées chez les femmes séropositives est réduit de 70% d'ici à
	2022
	Produit 2.2.1 : 90% des structures publiques, associatives et privées de PEC du VIH intègrent l'offre des méthodes contracentives modernes aux femmes séropositives au VIH en 2022
	Desduit ? ? ? . I a mourroantage dos fammes VIII+ en âge de proceéer qui utilisent les méthodes
	de contraception moderne passe de 23% en 2015 à 70% en 2022.
	Effet 2.3: Le pourcentage des femmes enceintes séropositives et des enfants nés des femmes
	201 / a yo % en 2022

	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 2007 en 2025.
	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.
E 50'	EFFET 2.4: 98% des femmes enceintes bénéficient d'un dépistage et d'une prise en charge de la syphilis d'ici à 2022
	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 DEC selon los dimensions.
E	Effet 2.5: 95 % du couple mère-enfant sous PTME ont reçu des soins et soutien selon les directives nationales.
	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
E	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
	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
	Effet 2.7: Suivi de la mise en œuvre du plan e-TME est assurée à 100% d'ici 2022
	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-TMF 2018-2022 est assurée
Priorité 3 : Prise en charge globale des personnes infectées par le VIH	personnes infectées par le VIH
But 3 : Baisser la mortalité liée au V	liée au VIH/sida

Impact:	Effet 3.1.: La converture des soins ARV de qualité est augmentée de 81% à 85%chez les enfants de moins de 15 ans et de 82% à 93%chez les adultes)  PRODUIT 3.1.: 93% des PVVIH adultes sont enrôlés au traitem directives nationales  PRODUIT 3.1.: 95% des enfants sont enrôlés au traitement ARV de qualité et virologique de qualité  Effet 3.2: 90% des PVVIH (adultes et enfants) bénéficient d'et virologique de qualité  Effet 3.2: 90% des PVVIH suivies présentant une IO bénéficient d'une PEG  PRODUIT 3.2.: 92% des patients suivis ayant une coînfection FI selon les directives nationales  Produit 3.2.: 90% des patients seropositifs suivis souffrant des directives nationales  Produit 3.2.: 90% des patients seropositifs suivis sont dépistées p produit 3.2.: 90% des patients seropositifs suivis sont dépistées p produit 3.2.: 90% des patients PVVIH présentant des lésions p sont traitées à la cryothérapie  EFFET 3.3: 100% des patients suivis ayant une coînfection TBVIH sont ti produit 3.2.: 95% des PVVIH suivies bénéficient d'un app produit 3.3.: 95% des PVVIH dénutries bénéficient d'un app produit 3.2.: 95% des PVVIH dénutries bénéficient d'un app produit 3.2.: 95% des PVVIH denutries bénéficient de soutiel social  EFFET 3.5: 80 % des PVVIH en besoin bénéficient de soutier psychosocial e produit 3.2.: 95% des PVVIH dénutries bénéficient d'un app produit 3.2.: 80 % des PVVIH en besoin bénéficient de soutiel social	La converture des soins ARV de qualité est augmentée de 81% à 92% chez les PVVIII (31% Les enfants de moins de 15 ans et de 82% à 93%chez les adultes)  PRODUIT 3.1.1: 93% des PVVIII 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 3.1.2: 85% des enfants sont enrôlés au traitement ARV conformément aux directives nationales  Produit 3.1.3: 95% des PVVIII (adultes et enfants) bénéficient d'un suivi clinique, biologique et virologique de qualité  90% des PVVIII suivies présentant une IO bénéficient d'une PEC selon les directives nationales  PRODUIT 3.2.1: 95% des patients séropositifs suivis souffrant des IO sont traités selon les directives nationales  Produit 3.2.3: 90% des patientes PVVIII présentant des lésions précancéreuses du col utérin sont traitées à la cryothérapie  Produit 3.2.4: 80% des patientes PVVIII suivies bénéficient des lésions précancéreuses du col utérin sont traitées à la cryothérapie  3: 100% des patients suivis ayant une confection TB/VIII sont traitées de la TB  PRODUIT 3.2.1: 95% des PVVIII suivies bénéficient d'un appui nutritionnel  PRODUIT 3.3.1: 95% des PVVIII dénutries bénéficient d'un appui nutritionnel  PRODUIT 3.4.1: 90% des PVVIII dénutries bénéficient d'un appui nutritionnel  PRODUIT 3.4.1: 90% des PVVIII dénutries bénéficient de soutien psychologique, mental et social  Social  Social
	PRODUIT 3.5.1: 95% des sites de Ple médicaments contre les IO et les IST	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 5.5.2 : 95% de sites de prise	Produit 3.5.2 : 95% de sites de prise en charge ne connaissent pas de rupture de stock

Produit 3.5.3: 100% des BDS disposent des superviseurs compétents pour offir la supervision, le coaching et l'encadrement des structures de PEC des PVVH.  Produit 3.5.3: 100% des BDS disposent des superviseurs compétents pour offir la infrastructures pour le stockage des médicaments et autres infrants selon les normes.  Produit 3.5.3: 100% des BDS et des structures de prise en charge disposent des infrastructures pour le stockage des médicaments et autres infrants selon les normes.  But 4. Attênuer l'impact et les déterminants de la vulnérabilité liée au VIH sur les populations vulnérabiles infrastructures pour le stockage des médicaments et autres infrants selon les normes.  But 4. Attênuer l'impact et les déterminants de la vulnérabilité liée au VIH sur les populations vulnérabiles et le viet des normes.  But 4. Attênuer l'impact et les déterminants de la vulnérabilité liée au VIH sur les populations vulnérabiles et le viet d'au moins 90% des personnes infectées et affectées par le VIH et sida et démunies sont respectés.  Produit 4.1.1: 70% des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA bénéficient d'une protection judique produit 4.1.2: 90% des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA bénéficient d'une protection sociale atténuée en charge d'OEV ont une situation de vulnérabilité sociale produit 4.1.2: 80% des PVVIH sous ARV démunies et 80% d'OEV ont un revenu leur permettant de se prendre en charge des personnes infectées ou difectées par l'une autonomie financière des produit 4.1.2: 80% des OEV et 70% des ménages d'OEV ont une situation de vulnérabilité sociale produit 4.3.1: 90% des OEV et 70% des ménages d'OEV on situation de précarité bénéficient d'une assistance (scolarisation, santé, lognement,)  Produit 4.3.1: 90% des OEV et 70% de ménages d'OEV en situation de précarité bénéficient d'une assistance de d'une protection sociale	But 5: Renforcer et améliorer la gestion et coordination de la réponse nationale dans l'esprit des « Threeones »  Impact 5. La gestion de la réponse nationale au VIH et au sida est efficace, efficiente et performante, dans le respect des « Three ones »	Effect 5.1.1
---	--	--------------

### Page **54** sur **122**

Produit 5.1.1 : Le SEP/CNLS est une structure pérenne de l'Etat, 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.
Effet 5.2 : Le système d'information sanitaire de routine (VIH) est renforcé et opérationnel
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 onérationnel
Effet 5.3 : Le système de surveillance du VIH Sida est renforcé et opérationnel
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 ntilisée nour la prise de décision
Effet 5.4 : Les résultats et les interventions du programme national sont connus par les populations
Produit 5.4.1 : Les résultats en matières de VIH /SIDA sont disséminés à travers différents
canaux d'information.
Effet 5.5 : Un système de planification axé sur les résultats est mis en place et opérationnel à tous les
niveaux
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

vérifiables sur chaque niveau de chaine de résultats c'est-à-dire, les indicateurs qui concrétisent et qui vérifie d'une manière objective si les impacts et les effets ont été réalisé 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 chaine de résultat retenu et au indicateurs retenu qui concrétisent la réalisation de la chaine de résultats. Cela permettra aussi de voir les résultats et les indicateurs manière efficace et efficiente à la réalisation de ces résultats. Pour assurer un bon suivi-évaluation de ce cadre de performance, un plan Le cadre de performance est basé sur la chaine de résultat. Le cadre de performance est constitué par les indicateurs Objectivement qui souffrent en termes de réalisation et de mobiliser les financements en vue de la réalisation des interventions qui contribuent d'une de suivi-évaluation est développer et décrivent la manière dont les données/informations seront collectées, analyser, rapporter et diffuser ainsi que les personnes et partenaires responsables à chaque indicateur de la chaine de résultat.

Cadre de performance du plan stratégique Notional de lusta antima i vivaisme e con	etratémiana No	tional de luct		The state of the s				
med an arministra	errancialduc Iva	tronal de lut	e contre le VI	H/SIDA 2018	-2022			
INDICATEURS	VALEUR DE ANNEE BASE DE BAS	ANNEE DE BASE	SOURCE	CIBLE 2018	CIBLE 2019	CIBLE 2020	CIBLE	CIBLE
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	lles infections à	VIH est rédi	nit de 20% da	ns la populat	ion générale et d	ans les groupes	les plus expos	£022 és au risque
EFFET 1.1: Le taux de transmission sexuelle du VIH est réduit dans la population générale adulte et chez les journes de 15 à 24 cm.	ission sexuelle d	lu VIH est ré	duit dans la	opulation gé	nérale adulte et	chez les iennes	do 15 à 24 ou	
			C	0		amnaf say zawa	uv 13 a 24 al	2
Nombre de PVVIH Adultes	69251	2017	Spectrum 2018	70646	71677	72604	73603	74651
Nombre de PVVIH jeunes 15-			Case					
24 ans	9813	2017	Specurum 2018	9813	0996	9417	9272	9221
Nouvelles infections VHI+			Spectrum					
adultes	2364	2017	2018	2147	1941	1842	1781	1775
Taux de réduction des nouvelles		2017						
infections VIH pédiatriques	81%	(utiliser	Spectrum	84%	%56	%16	%86	%66

Effet 1.3: 90% des populations clés (Professionnelles de sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les utilisateurs des drogues 142 805 140 000 14 50 injectables) et 90% des populations vulnérables (les détenus, les pêcheurs et les miniers) ont des connaissances approfondies sur le VIH et 40% 109 850 130 000 1 000 utilisent le préservatif systématiquement lors des rapports sexuels avec leurs clients et/ou partenaires occasionnels Effet 1.2: La transmission du VIH par voie sanguine et par les accidents d'exposition au sang sont réduits à 0% 120 000 84 500 15,0% 2,80% 85% 845 110 000 65 000 25% 650 100 000 50 000 500 Etude place Etude place Etude place (mettre les PNLS/IST Rapport CRB récentes) données CNTS **IBBS** (Idem) 2015 2011 2018) 2016 2016 2013 2013 2013 diagnostiqués 45505 pièces 10,00% 365 cas 80 195 45.1% 21.3% 4.8% d'expositions au sang sont PEC VIH, Syphilis, Hépatite B et C) Pourcentage des hommes ayant Pourcentage de professionnels lubrifiant distribuées chez les fait des rapports sexuels avec testées aux quatre marqueurs préservatif avec leur dernier préservatif avec leur dernier des hommes vivants avec le Pourcentage de détenus qui de sexe vivant avec le VIH selon le protocole National % des poches collectées et indiquent avoir utilisé un Pourcentage de HSH qui indique avoir utilisé un Nbre de dosettes de gel % des cas d'accidents HSH

Page 56 sur 122

Fourcentage de 1S qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	45.1%	2013 (Idem)	Etude place			%06		
Impact 2. Le risque de TME est réduit de 13.88% en	t réduit de 13.8	8% en 2017	2017 à 2 % en 2022					
EFFET 2.1: Les nouvelles infections à VIII chez les femmes en âge de procréer (de 15 à 40 cm) 2011 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 1	tions à VIH ch	ez les femme	s en âge de pr	ocréer (de 15	A 40 cms) 22-4-	1 2007		
Le pourcentage des femmes			1d on on	CI an) manage	a +7 alls) solit for	equites de 39%	a y5% d'ici à	2022
enceintes dépistées en CPN1 passe de 71.97% en 2017 à 98% en 2022.	71.97%	2017	PNLS/IST	%08	84%	%88	92%	%86
Taux de transmission du VIH	13 88%	2017	Spectrum	11 700,				
de la mere a l'entant		7107	2018	11.50%	9.13%	6.75%	4.38%	2%
Effet 2.2: Le taux de grossesses non désirées chez les femmes séropositives est réduit de 70%, d'ici à 2002	non désirées c	hez les femn	les séropositiv	es est réduit o	10 700% d'ini à 20	22		
90% des structures publiques				Times and	o lo lo maria de	77		
associatives et privées de PEC du VIH intègrent l'offre des			D					
méthodes contraceptives	37,06%	2017	PNSR	20%	%09	20%	%08	%06
modernes aux femmes séropositives au VIH								
% de femmes séropositives en								
âge de procréer ayant utilisé les	CINC	1,00	Rapport					
méthodes contraceptives	DIND	/107	PNLS/IST	45%	20%	55%	%09	20%
modernes								
Effet 2.3: Le pourcentage des femmes enceintes séropositives et des enfants nés des fommes sérons	emmes enceint	es séropositiv	res et des enfe	nte noe doe for	**************************************			
éviter la transmission du VIH passe de 80,52% en 201	asse de 80,52%	en 2017 à 9	7 à 98 % en 2022	or can can	mines seropositi	es recevant le l	paquet de serv	ices pour
% des femmes enceintes venues								
aires	24,90%	2016	PNLS/ST	30%	35%	45%	%0%	800%
sont testes pour le VIH						•	2/00	07.00

Page 57 sur 122

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	%5%	%68	93%	%96	%86
% 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%	%86	100%
EFFET 2.4: 98% des femmes enceintes bénéficient d'	nceintes bénéfi	cient d'un dé	pistage et d'ur	e prise en ch	un dépistage et d'une prise en charge de la syphilis d'ici à 2022	lis d'ici à 2022		
% de femmes enceintes venues en CPN testées pour la syphilis selon les directives nationales	3.047%	2017	Rapport PNLS/IST	%08	85%	%06	%56	%86
% de femmes enceintes dépistées + à la syphilis bénéficient d'une PEC selon les directives nationales.	DND	2017	Rapport PNLS/IST	%08	85%	%06	95%	100%
Effet 2.5: 95 % du couple mère-enfant sous PTME ont reçus des soins et soutien selon les directives nationales d'ici à 2022	enfant sous P	TME ont reç	us des soins et	soutien selon	les directives na	ationales d'ici à	2022	
% des femmes enceintes VIH+ sous ARV ayant bénéficié du suivi virologique selon les directives nationales	DND(Idem)	2017	Rapport PNLS/IST	%0.09	75.0%	%0.06	92.0%	%0'56
% de femmes sous PTME éligibles bénéficient d'un appui nutritionnel.	DND(Idem)	2016	Rapport CRB	70%	75%	80%	85%	%06
% des enfants éligibles sous PTME bénéficient d'une PEC nutritionnelle	DND (Idem)	2016	Rapport CRB	70%	75%	%08	85%	%06
Effet 2.6: La couverture en ARV chez les enfants de	W chez les enfa	ants de 0 à 14	ans VIH+ pas	se de 31% er	0 à 14 ans VIH+ passe de 31% en 2017 à 85% en 2022	2022		
% d'enfants de 0 à 14 ans VIH+ mis sous la thérapie ARV	31%	2017	Rapport PNLS/IST	%09	20%	75%	%08	85%

Page **58** sur **122** 

% d'enfants nés des mères VIH+ testés au VIH dans les 2 mois	14.31%	2017	Rapport PNLS/ST	72%	75%	80%	85%	%06
% d'enfants nés des mères VIH+ testés au VIH à 18 mois	DND	2017	Rapport PNLS/IST	20%	20%	55%	%09	75%%
Impact 3. La mortalité liée au VIH et au SIDA est réduite de 34% de 2018 à 2022	/IH et au SIDA	est réduite	de 34% de 201	8 à 2022				
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)	ins ARV de qui	alité est augr	nentée de 81%	à 92% chez	les PVVIH (31%	6 à 85%chez les	s enfants de m	ioins de 15
% 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	%09	70%	75%	80%	85%
% des PVVIH sous ARV qui ont bénéficié du dosage de la charge virale	48.15%	2017	Rapport PNLS/IST	%09	75%	%06	95%	%56
% des PVVIH sous ARV ayant une charge virale indétectable	82.9%	2017	Rapport PNLS/IST	87%	88%	%06	92%	95%
Effet 3.2: 90% des PVVIH suivies présentant une 10	es présentant u		icient d'une P	EC selon les	bénéficient d'une PEC selon les directives nationales	20		
% des patients suivis ayant une coïnfection Hépatite B/VIH qui sont traités selon les directives nationales	DND		Rapport PNLS/IST	81%	85%	%06	91%	92%
	DND	2 017	Rapport PNLS/IST	81%	85%	%06	91%	92%
% des patientes PVVIH suivies qui sont dépistées pour le cancer du col	DND	2 017	Rapport PNLS/IST	20%	%09	70%	%08	%06

Page 59 sur 122

% des patientes PVVIH présentant des lésions précancéreuses du col utérin sont traitées à la cryothérapie	DND	2 017	Rapport PNLS/IST	45%	20%	%09	%0 <i>L</i>	%08
EFFET 3.3: 100% des patients suivis ayant une coin	uivis ayant un	e coinfection	fection TB/VIH sont traités correctement	traités correc	tement			
% des PVVIH suivies bénéficient régulièrement du screening et du diagnostic précoce de la TB	33.71%	2017	Rapport PNLS	. %09	70%	%08	%06	%56
reenées négatif I a l'INH	48.86%	2017	Rapport PNLS	%02	75%	80%	85%	%06
Effet 3.4:90% des PVVIII en besoin bénéficient de soutien psychosocial et nutritionnel	esoin bénéficie	nt de soutien	psychosocial	et nutritionn	le			
% des PVVIH dénutries bénéficient d'un appui nutritionnel	31%	2016	Rapport CRB	18%	20%	23%	40%	20%
% des PVVIH en besoin bénéficiant de soutien psychologique, mental et social	%08	2016	Rapport CRB	82%	85%	87%	%06	95%
EFFET 3.5: 80 % des structures de soins ont les capacités requises et offrent aux PVVIH des prestations de qualité	s de soins ont le	es capacités 1	equises et offi	ent aux PVV	IH des prestatio	ns de qualité		
% des 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	%09	70%	%08	%06	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	%56	%56	%56	%56	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	%08	%06	95%	%56	100%

Page **60** sur **122** 

Impact 4. Les conditions de vie d'au moins 80% des	e d'au moins 80%	% des perso	nnes infectées	et affectées r	Dersonnes infectées et affectées nor la VIH et side et al			
Effet 4.1 : Au moins 90% des personnes affectées ou infectées par le VIH ont leurs droits humains respectées	ersonnes affectée	ou infectée	s par le VIH on	it leurs droits	himains respecté	r et demunies so	ont améliorées	d'ici à 20,
% des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA bénéficient d'une protection juridique	DND	2017	Rapport	40%	20%	%09	%59	%02
% des personnes âgées de 15-49								
ans expriment des attitudes de tolérance à l'égard des	DND	2017	Language		Č			
personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA			atanhira		%6/			%06
Effet 4.2: 80% des PVVIH sous ARV démunies disposent d'une autonomie financière	ARV démunies	disposent d'r	me autonomie 1	Thomaidea				
% des PVVIH sous ARV				Illiancicic			190	
démunies ont un revenu leur permettant de se prendre en charge	DND	2017	Enquête		20%			%08
% d'OEV ont un revenu leur								
permettant de se prendre en charge	DND	2017	Enquête		20%			%08
Effet 4.3: 90% des OEV et 70% des ménages d'OEV	% des ménages d	OEV ont	ne situation d	o vulnárobili	V ont une situation de vulnéme hilisté accielle 445			
% d'OEV en situation de				C rumerabili	e sociale attenue	9		
précarité bénéficiant de services sociaux de base (scolarisation, santé, logement,)	21%	2017	Rapport CRB	%09	%59%	%02	80%	%06
% de ménages d'OEV en								
situation de précarité bénéficient d'une assistance et d'une protection sociale	DND	2017	Rapport: CRB	25%	55%	%09	%59	70%

Page **61** sur **122** 

Impact 5. La gestion de la réponse nationale au VIH	nse nationale au	VIH et au si	ida est efficace	e, efficiente et	et au sida est efficace, efficiente et performante, dans le respect des « Three one »	ins le respect de	es « Three one	*
Effet 5.1: Les mécanismes de coordination multisectorielle et thématique sont opérationnels à tous les niveaux	oordination mu	tisectorielle	et thématique	sont opération	onnels à tous les 1	niveaux		
Le SEP/CNLS est une structure pérenne de l'État, doté d'une autonomie de gestion	Un ancrage institutionnel en construction et manque des moyens suffisants pour l'accomplisse ment de ses missions	2017	Rapport SEP/CNLS	Un ancrage institutionn el garantissant la multisectori alité en place	Une institution de coordination stable et pérenne garantissant la multisectorialit é	Une institution de coordination stable et pérenne garantissant la multisectoriali té	Une institution de coordination stable et pérenne garantissant la multisectoria lité	Une institution de coordination stable et pérenne garantissant la multisectoria lité
Le SEP/CNLS dispose des moyens humains, matériels et financiers pour assurer la coordination de la réponse nationale au VIH	Insuffisance des moyens matériels et humains 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 coordinatio n 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	Le SEP/CNLS est doté des moyens matériels et humains nécessaires à la coordination de la réponse nationale au
La coordination de la réponse communautaire est définie et mise en place	Insuffisance des mécanismes de coordination de la réponse communautair	2017	Rapport de revue du PSN-2014- 2017	Le système de coordinatio n de la réponse communaut aire mise	Le système de coordination de la réponse communautaire mise en place, environ 60% adhèrent au	Le système de coordination de la réponse communautair e mise en place, environ 70% adhèrent	Le système de coordination de la réponse communauta ire mise en place,	Le système de coordination de la réponse communauta ire mise en

	ڻ س			en place,	système mise	au système	environ 80%	place
				environ	en place	mise en place	adhèrent au	environ 90%
				20%			système	adhèrent au
				adhèrent au			mise en	evetème
				système			place	mise en
				mise en			<u>.</u>	nloo
				place				piace
				2 réunions				
				de				
				coordinatio			2 réunions	2 réunions
				n par an an		z reunions de	de	de
				niveau	2 réunions de	coordination	coordination	coordination
				central et 4	coordination	par an au	par an an	par an au
				réunions	bar an au	niveau central	niveau	niveau
				par an an	niveau central	et 4 réunions	central et 4	central et 4
	Coordination			niveau	et 4 réunions	par an au	réunions par	réunions par
	partielle de la		Donnort Jo	décentralisé	par an au	niveau	an au niveau	an an niveau
La coordination	réponse par le		reappoit ue	et les	niveau	décentralisé et	décentralisé	décentralisé
muniscuoriene est assuree et	SEP/CNI.S et	2017	Den 2014	différents	décentralisé et	les différents	et les	et les
accent ansee	ses structures		2017	acteurs	les différents	acteurs	différents	différents
	décentralisées		7177	rendent	acteurs rendent	rendent	acteurs	acteurs
				compte de	compte de leurs	compte de	rendent	rendent
				leurs	interventions	leurs	compte de	compte de
				intervention	aux instances	interventions	leurs	leurs
				s aux	de coordination	aux instances	interventions   interventions	interventions
				instances	à leur niveau	qe	aux	aux
						n à	instances de	instances de
				coordinatio		leur niveau	coordination	coordination
				n à leur			à leur niveau	à leur niveau
				niveau				

Page **63** sur **122** 

La coordination thématique est opérationnel le dans les domaines identifiés.	La coordination de la réponse médicale est efficiente et les stratégies d'intervention n identifiées sont mises en œuvre
La Coordination thématique est est opérationnell opérationnel e dans les domaines domaines identifiés.	La coordination de la réponse médicale est efficiente et les stratégies d'interventio n identifiées sont mises en œuvre
La coordination thématique est opérationnelle dans les domaines identifiés.	La coordination de la réponse médicale est efficiente et les stratégies d'intervention identifiées sont mises en œuvre
La coordination thématique est renforcée, opérationnelle et étendue sur d'autres domaines spécifiques : Circoncision masculine, Suivi évaluation	La coordination de la réponse médicale est efficiente et les stratégies d'intervention identifiées sont mises en œuvre
La coordinatio n thématique est renforcée, opérationne lle et étendue sur d'autres domaines spécifiques : approvision nement, PTME.	La coordinatio n de la réponse médicale est efficiente et les stratégies d'interventi on identifiées sont mises en œuvre
Rapport de revue du PSN-2014- 2017	Rapport de revue du PSN-2014- 2017
2017	Rapport 2017
L'insuffisance de coordination multisectoriell e, donne aussi l'insuffisance de coordination thématique	Les ressources humaines sont suffisantes au PNLS. Toutefois, ces ressources ont besoin d'un encadrement de proximité et d'un renforcement des capacités
La coordination thématique est assurée	Le PNLS/IST est renforcé dans ses capacités de coordination et de mise en œuvre de la réponse du secteur de la santé.

Page **64** sur **122** 

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

Les documents des normes des systèmes d'information sont produits et diffusés	Les outils et les formats de rapportage sont produit et partager par tous les partenaires en besoins. Certains outils ne sont pas imprimés pour être dans les FOSA	2016	Rapport	Les documents des normes des systèmes d'informati on sont produits et diffusés	Les documents des normes des systèmes d'information sont produits et diffusés	Les documents des normes des systèmes d'information sont produits et diffusés	Les documents des normes des systèmes d'informatio n sont produits et diffusés	Les documents des normes des systèmes d'informatio n sont produits et diffusés
Le système de gestion des informations VIH/sida et IST est renforcé et opérationnel	Le système de gestion de l'information est opérationnel. Toutefois, les séances de vérification régulière de la qualité des données sont toujours	2017	Rapport	Le système de gestion des information s VIH/sida et IST est renforcé et opérationne l	Le système de gestion des informations VIH/sida et IST est renforcé et opérationnel	Le système de gestion des informations VIH/sida et IST est renforcé et opérationnel	Le système de gestion des informations VIH/sida et IST est renforcé et opérationnel	Le système de gestion des informations VIH/sida et IST est renforcé et opérationnel
Effet 5.3: Le système de surveillance du VIH Sida est	llance du VIH	Sida est renfo	t renforcé et opérationnel	onnel				

Page **65** sur **122** 

Les rapports de surveillance sentinelle du VIH sont disponibles chaque année	Pour le moment, la surveillance est faite mais le rapport n'est pas produit chaque année	2016	Rapport	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 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	Pour le moment, les résultats des études/recherc hes sont utilisés dans la planification. Il y a certains autres études qui ne sont pas encore fait.	2016	Rapport PNLS	Les résultats (études /rec herches/éva luations et enquêtes) sont disponibles et utilisés pour la prise de décision	Les résultats (études /recherc hes/évaluations et enquêtes) sont disponibles et utilisés pour la prise de décision	Les résultats (études /reche rches/évaluati ons et enquêtes) sont disponibles et utilisés pour la prise de décision	Les résultats (études /rech erches/évalu ations et enquêtes) sont disponibles et utilisés pour la prise de décision	Les résultats (études /rech erches/évalu ations et enquêtes) sont disponibles et utilisés pour la prise de décision
Effet 5.4: Les résultats et les interventions du programme national sont connus par la population	nterventions du	programme	national sont	connus par la	a population		T 00 "00" [tota	T or somitate
Les résultats en matière de VIH /SIDA sont disséminés à travers différents canaux d'information.	Les resultats sont toujours diffusés à travers différents canaux. Toutefois, il y a les lieux de diffusion qui ne sont pas	2016	Rapport	résultats en matière de VIH /SIDA sont disséminés à travers différents canaux d'informati	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.	en matière de VIH /SIDA sont disséminés à travers différents canaux d'informatio	en matière de VIH /SIDA sont disséminés à travers différents canaux d'informatio
	exploité			on.			n.	n.

Page **66** sur **122** 

Effet 5.5: Un système de planification axé sur les résu  On plan annuel consolidé est disponible.  PAU PNLS/IST, le plan annuel est disponible.  CPAC) de tous les intervenants en matière du VIH est a certaines disponible.	comme le site web et la production de certains outils de communicatio n  fication axé sur Au PNLS/IST, le plan annuel est disponible. Toutefois il y a certaines activités des	les résultats	est mis en place p	ce et opératio Un plan annuel consolidé (PAC) de tous les intervenant	ultats est mis en place et opérationnel à tous les niveaux  Un plan annuel consolidé c	iveaux  Un plan annuel consolidé (PAC) de tous les intervenants intervenar	Un plan annuel consolidé (PAC) de tous les intervenants	Un plan annuel consolidé (PAC) de tous les intervenants	
	partenaires qui n'y figurent pas		14	du VIH est disponib	vin est disponible	en matière du VIH est disponible	en matière du VIH est disponible	en matière du VIH est disponible	

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

découlent est basée sur la chaine de résultat. Pour la réalisation des produits, des effets et avoir un impact. Nous devons réaliser des La plupart des paragraphes et parties du plan stratégique sont construites sur base de la chaine de résultats. Le budget aussi qui en activités relatives à chaque niveau de la chaine de résultat. Ainsi, le budget a été réalisé à base des activités qui alimentent chaque niveau de chaine 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.	Réf. IMPACT/EFFET/PRODUIT	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021	Année 2022	TOTAL	%
-	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	92'0
	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, Hepatite 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

Perform of the mines) disease productions close (Professionnelless due des productions close (Professionnelless due des productions close productions close productions close approachement to the control of the cont									
Effet 13: 90% des populations clies (Professionnalies de sex hormes, sex hormes ayant des rapids avec les reportasionnalies de sex financiar de so foliare la profession and sex de formes, les distincts des fourtes ayant de sex distincts and sex de formes ayant de la sex distincts de fourtes ayant de la sex distincts de fourtes de fourtes professiones approbadations des formes ayant de la sex distincts de fourtes de	2,33	0,70	1,51	0,12	16,20	0,19	0,19	0,31	0,11
Effet 13: 90% des populations clès (Professionnelles de seu discussionnelles de seu discussionnelles de seu discussionnelles de des utilisateurs des drogues injectables, les défenus, les defenus, pét-beur set les miniers) out des connaissances approvibuties approduit 13.1: 90% des populations des (PS, HSH, UD) et miniers) out des connaissances approvibutions des (PS, HSH, UD) et miniers) out des connaissances approduit des pableurs et les miniers) des populations vulnérables (détenus, les pécheurs et les miniers) des populations clès (PS, HSH, UD), les produit 1.32: 90% des populations clès (PS, HSH, UD), les produit 1.32: 90% des populations clès (PS, HSH, UD), les produit 1.32: 90% des populations clès (PS, HSH, UD), les miniers) diffient le présente different le produit 2.21: 90% des populations des (PS, HSH, UD), les produit 1.32: 90% des populations des (PS, HSH, UD), les produit 1.32: 90% des populations des (PS, HSH, UD), les produit 1.32: 90% des populations des (PS, HSH, UD), les produit 1.32: 90% des populations des (PS, HSH, UD), les produit 1.32: 90% des populations des (PS, HSH, UD), les produit 1.32: 90% des populations des (PS, HSH, UD), les produit 1.32: 90% des populations des (PS, HSH, UD), les produit 1.32: 90% des populations des produits des des produits des des les des des des des des des des des des d	5 150 475	1 542 008	3 332 652	275 814	35 846 411	424 308	424 308	686 767	246 118
Effet 1.3: 90% dee populations clés (Professionnelles de sex, hormes syndrate des rapports sexuels avec les hormes, les utilisatures de drogues intécables, les détenus, les péd-heurs et les miniers) ont des commissions approbndies sur les vibres sexuels avec leux cilients et de somaissances approbndies sur les vibres avec les miniers) ont des connaissances approbndies sur les vibres de prévention du VIH et les (ST. Produit 1.3.2: 90% des populations clés (PS, HSH, UDI) et 90% des populations vulnérables (détenus, les péd-heurs et les miniers) ont des connaissances approbndies sur les voies sexuels avec leux cilients de prévention du VIH et les (ST. Produit 1.3.2: 30% des populations clés (PS, HSH, UDI) et 90% des populations vulnérables (détenus, les péd-heurs et les miniers) utilitérs pour sex les miniers) utilitérs prouve produit au mochs fedie.  IMPACT 2. La montalité liée au VIH/SIDA est réduite de 6 386 035 7 595 278 7 595 278 7 7 595 278 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	1 059 607	252 046	747 718	59 842	7 590 157	88 187	88 187	76 567	49 224
Effet 1.3: 90% des populations clès (Professionnelles de sexe, normnes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les utilisateurs des draputes injectables, les détenus, les pécheurs et les miniers) on des connaissances approfondies sur les voits de la connaissance approfondies sur les voies de l'anniers) on des connaissances approfondies sur les voies de transmission et les miniers on des des populations clés (PS, HSH, UDI) et 90% des populations des populations de 10% des structures publiques, associatives et 10% des structures publiques, associatives et 10% des structures publiques, associatives et 90% des populations de	982 538	220 717	704 943	56 878	7 258 341	86 491	86 491	77 266	49 224
Effet 1.3: 90% des populations clés (Professionnelles de sexe, hommes, les utilisateurs des drogues injectables, les détenus, les pécheurs et les miniers) ent des connaissances approfondies sur les miniers ont des connaissances approfondies sur les miniers) ent des connaissances approfondies sur les miniers) ent des connaissances approfondies sur les voies de rapports sexuels avec leurs clients, pécheurs et les muleis) ent 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 pécheurs et les miniers) ont des connaissances approfondies sur les produits 1.3.2: 90% des populations clés (PS, HSH, UDI) les 190% des populations vulnérables (détenus, les pécheurs et les miniers) utilisent le préservatif pour se protéger du VIH et des 190% des populations vulnérables (détenus, les pécheurs et les miniers) connaissent leur statut se pécheurs et les miniers) connaissent leur statut les pécheurs et les miniers cles miniers produit 1.3.3: 90% des populations clés (PS, HSH, UDI), les dépicues, les pécheurs et les miniers) connaissent leur statut adépendents et les miniers produit 2.2: 1.1 a mortailté liée au VIH/SIDA est réduites de 39% d'ici 2017 au Burund i 90% d'ici 2017 au Burund i 90% d'ici 2012.  Produit 2.1.1 : Le pourcrenlage des femmes enceintes dépicées en CPM passe de 80,2% en 2016 à 88% en 2022.  Effet 2.2 : Le taux de grossesses non désirées chez les femmes séropositives et réduit de 70% d'ici à 2022.  Produit 2.2.1: 90% des structures publiques, associaitives et privées de PEC du VIH intègrent l'offre des méthodes au VIH en privéer de PEC du VIH intègrent l'offre des méthodes au VIH en 2022.	963 152	252 046	657 466	53 639	7 036 600	84 810	84 810	76 567	49 224
Effet 13: 90% des populations clés (Professionnelles de sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les utilisateurs des drogues injectables, les détenus, les pécheurs et les miniers) ont des connaissances approfondies sur le VIH et utilisent le préservait systématiquement fors des sur le VIH et utilisent le préservait systématiquement fors des sur le VIH et utilisent le préservait systématiquement fors des cocasionnels  Produit 1.3.1: 90% des populations vulnérables (détenus, pécheurs 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 vulnérables (détenus, les pécheurs et les miniers) utilisent le préservait pour se protéger du VIH et des IST et y ont un accès facile.  Produit 1.3.3: 90% des populations vulnérables (détenus, les pécheurs et les miniers) connaissent leur statut sérologique.  EFFET 2.1: La mortalité lièe au VIH/SIDA est réduite de 50% d'ici 2017 au Burundi  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  Produit 2.1.1: Le pourcentage des femmes enceintes dépistées en CPN1 passe de 80,2% en 2016 à 98% en 2022  Effet 2.2: Le taux de grossesses non désirées chez les femmes séropositives est réduit de 70% d'ici à 2022  Produit 2.2.1: 90% des structures publiques, associatives et privées de PEC du VIH intègrent foffire des méthodes contraceptives modemes aux femmes séropositives au VIH en 2022	1 259 389	576 283	626 298	56 808	7 595 278	83 198	83 198	379 801	49 224
	885 788	240 915	596 226	48 647	6 366 035	81 622	81 622	76 567	49 224
2	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 pécheurs et les miniers) ont des connaissances approfondies sur le VIH et utilisent le préservaif systématiquement lors des rapports sexuels avec leurs clients et/ou partenaires	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 protèger du VIH et des IST et y ont un accès facile.	Produit 1.3.3: 90% des populations clés (PS, HSH, UDI, les détenus, les pêcheurs et les miniers) connaissent leur statut sérologique.	IMPACT 2: La mortalité liée au VIH/SIDA est réduite de 50% d'ici 2017 au Burundi	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	Produit 2.1.1 : Le pourcentage des femmes enceintes dépistées en CPN1 passe de 80,2% en 2016 à 98% en 2022.	Effet 2.2 : Le taux de grossesses non désirées chez les fernmes séropositives est réduit de 70% d'ici à 2022	Produit 2.2.1 : 90% des structures publiques, associatives et privées de PEC du VIH intègrent l'offre des méthodes contraceptives modernes aux fernmes séropositives au VIH en 2022
					2				

									_
	2,33	0,70	1,51	0,12	16,20	0,19	0.19	0,31	0,11
	5 150 475	1 542 008	3 332 652	275 814	35 846 411	424 308	424 308	292 989	246 118
	1 059 607	252 046	747 718	59 842	7 590 157	88 187	88 187	76 567	49 224
	982 538	220 717	704 943	56 878	7 258 341	86 491	86 491	77 266	49 224
	963 152	252 046	657 466	53 639	7 036 600	84 810	84 810	76 567	49 224
	1 259 389	576 283	626 298	56 808	7 595 278	83 198	83 198	379 801	49 224
	885 788	240 915	596 226	48 647	6 366 035	81 622	81 622	76 567	49 224
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 pécheurs et les miniers) ont des connaissances approfondies sur le VIH et utilisent le préservaiti systématiquement lors des rapports sexuels avec leurs clients et/ou partenaires occasionnels	Produit 1.3.1: 90% des populations clés (PS, HSH, UDI) et 90% des populations vuinérables (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, les détenus, les pêcheurs et les miniers) connaissent leur statut sérologique.	IMPACT 2: La mortalité liée au VIH/SIDA est réduite de 50% d'ici 2017 au Burundi	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	Produit 2.1.1 : Le pourcentage des femmes enceintes dépistées en CPN1 passe de 80,2% en 2016 à 98% en 2022.	Effet 2.2 : Le taux de grossesses non désirées chez les femmes séropositives est réduit de 70% d'ici à 2022	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
					2				
							-		

Page 69 sur 122

Page **70** sur **122** 

0,20	3,44	0,04	1,63	1,78	2,61	2,59	0,01	5,91	4,48	1,15
440 649	7 617 135	77 567	3 605 563	3 934 005	5 765 792	5 733 584	32 208	13 071 212	9 907 720	2 540 372
27 343	1 544 395	25 856	756 925	761 614	1 238 179	1 231 376	6 804	2 636 925	1 964 386	540 181
28 043	1 469 817	•	738 565	731 251	1 194 184	1 187 562	6 623	2 616 202	1 964 386	523 465
27 343	1 444 440	25 856	720 637	697 947	1 151 697	1 145 256	6 442	2 596 493	1 964 386	507 613
330 577	1 851 128	•	703 141	1 147 987	1 110 672	1 104 412	6 261	2 662 965	2 050 178	492 050
27 343	1 307 355	25 856	686 293	595 206	1 071 059	1 064 980	6 0 0 2 9	2 558 627	1 964 386	477 063
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.	Effet 2.3: Le pourcentage des femmes enceintes séropositives et des enfants nés des femmes séropositives reçevant le paquet de services pour éviter la transmission du VIH passe de 81,2% en 2016 à 98 % en 2022	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	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.	Produit 2.3.3: 98% des enfants nés des mères VIH + beneficient d'une prophylaxie et d'un suivi selon les directives nationales	EFFET 2.4: 98% des femmes enceintes bénéficient d'un dépistage et d'une prise en charge de la syphilis d'ici à 2022	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.	Effet 2.5 : 95 % du couple mère-enfant sous PTME ont recus des soins et soutien selon les directives nationales d'ici 2022	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.

6	87,0	ne's	3.36	0.24	0.12	2,,0	0,05	58,76		43,12		36,03	3,37	3,73	080	60,0	0,14
- 001	7 754 700	601 401	324 700 7 430 009	526 488	269 025	150 439	107 024	130 037 286		95 430 783	4	/9 /35 120	7 449 403	8 246 259	21 437 390	2000	3 633 362
132.359	1 894 964	64 640	1 830 024	110 939	51 774	17 266	41 899	26 287 029		21 853 271	18 400 444	200	1 841 198	1 902 962	1 986 231	185 800	750 925
128 351	1 742 308	64 940	1 677 368	72 073	51 774	17 266	3 033	24 819 807		20 457 536	16 082 711	77000	1 008 014	1 785 011	1 927 036	214 237	739 632
124 494	1 557 528	64 940	1 492 588	125 065	51 774	17 266	56 025	24 828 948		19 278 754	16 051 871	1 504 500	000	1 725 292	2 546 884	999 694	726 549
120 737	1361176	64 940	1 296 236	146 338	61 930	81 375	3 033	23 427 779		17 800 457	14 845 644	1 267 034		1 687 779	2 514 806	1 058 086	710 854
117 179	1 198 732	64 940	1 133 792	72 073	51 774	17 266	3 033	30 673 722		16 040 765	13 745 783	1 149 766	4 445 940	145 210	12 462 433	11 127 104	705 402
Produit 2.5.3 : 90% des enfants éligibles sous PTME bénéficient d'une PEC nutritionnelle	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	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 37% en 2016 à 85% en 2022	Effet 2.7 : Suivi de la mise en œuvre du plan e-TME est assurée à 100% d'ici 2022	Produit 2.7.1. 60 % des BDS font une analyse des goulots d'étranglement des services PTME d'ici 2022	Produit 2.7.3. L'évaluation des intercentions e TME 2049	2022 est assurée	3 IMPACT 3: Au moins 90% des Personnes affectées ou infectées ont leurs droits humains respectés	EFFET 3.1: La couverture des soins ARV de qualité est	les enfants de moins de 15 ans et de 75% à 95%chez les adultes)	PRODUIT 3.1.1: 95% 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	u un sunt dinique, blorogique et virologique de qualité	Effet 3.2:90% des PVVIH suivies présentant une 10 bénéficient d'une PEC selon les directives nationales	PRODUIT 3.2.1: 90% des patients suivis ayant une coïnfection HépatiteB/NIH sont traités selon les directives nationales	Produit 3.2.2 : 100%des patients séropositifs suivis souffrant des IO sont traités selon les directives nationales

Parchiet 23. 150% des pallents suits agent une confecience and out utern contractions a fair a contraction of the part of th	Produit 3.2.3 : 90% des patientes PVVIH suivies sont dépistées pour le cancer du col	ont —	539 441	654 301	768 394	882 680	997 161	3 841 978	1,74
67 438         111 495         82 989         66 072         65 072         394 066           59 124         65 230         59 124         59 124         59 124         301 725           1 366         -         16 917         -         -         18 283           1 366         -         16 917         -         -         18 283           2 097 623         2 184 864         2 259 878         2 336 210         2 375 991         11 254 566           1 352 052         1 434 789         1 514 187         1 583 063         1 655 895         7 540 086           1 352 052         1 434 789         1 514 187         1 583 063         1 655 895         7 540 086           1 352 052         1 434 789         5 483         2 744 79         -         1 37 451           1 5 463         5 463         5 463         5 463         5 463         2 73 17           1 5 5 000         5 600 000         -         -         -         1 350 000           1 339 608         1 750 250         1 479 875         1 420 987         1 420 987         1 420 987	t 3.2.4 : 80% des patientes PVVIH présentan s précancéreuses du col utérin sont traitées à érapie	nt des à la	90 486	91 564	52 247	90 486	52 247	377 031	0,17
69 124         65 230         59 124         69 124         69 124         301725           1 366         -         16 917         -         -         18 283           6 948         46 285         6 948         6 948         74 057           1 2 097 623         2 184 864         2 259 878         2 336 210         2 375 991         11 254 566           1 352 052         1 434 789         1 514 187         1 583 063         1 655 995         7 540 086           7 45 571         750 075         745 691         753 146         7 19 996         7 74 79           1 5 463         816 158         660 444         32 954         5 463         1 520 483           1 5 463         5 463         5 463         5 463         5 463         5 714           1 396 608         1 750 250         1 479 875         -         -         5 714	T 3.3: 100% des patients suivis ayant une coi H sont traités correctement	infection	67 438	111 495	82 989	66 072	66 072	394 065	0,18
ficient         1366         -         16917         -         18283         -         18283           outien         2 097 623         2 184 864         2 259 878         2 236 210         2 375 991         11 254 566         7           dun         1 352 052         1 434 789         1 514 187         1 583 063         1 655 995         7 540 086         7 540 086           dun         7 45 571         750 075         7 45 691         753 146         7 19 996         3 714 479         7 137 451           ins         5 463         5 463         5 463         5 463         5 463         5 463         5 463         5 714           ontre         5 463         5 463         5 463         5 463         5 463         5 714           uns         -         5 714         -         -         5 714           seen         -         -         -         -         -         -         -         -           seen         -	JUIT 3.3.1: 95%des PVVIIH suivies bénéficien érement du screening et du diagnostic précoc	nt ce de la TB	59 124	65 230	59 124	59 124	59 124	301 725	0,14
outien         2 097 623         46 265         6 948         6 948         74 057           dun         1 352 052         1 434 789         1 514 187         1 583 063         1 655 995         7 540 086           de         7 45 571         750 075         7 45 691         753 146         7 19 996         7 744 79           files         5 463         816 158         660 444         32 954         5 463         1 570 483           ins         5 463         5 463         5 463         7 45 90         7 45 90         7 137 451           ins         5 463         5 463         5 463         5 463         5 463         5 714           ins         -         5 463         5 463         5 463         5 714         7 50 000           ins         -         5 714         -         -         5 714         -           ins         -         -         -         -         -         -         -           ins         -         -         -         -         -         -         -         -           ins         -         -         -         -         -         -         -         -           ins	iit 3.3.2 : 95% des PV/VIH screenées _négatif l *) a l'INH	bénéficient	1 366	ē	16 917	-	•	18 283	0,01
vVIII denutries beneficient de soulien         2 097 623         2 184 864         2 259 876         2 336 210         2 375 991         11 254 566           VVIII denutries beneficient dun denutries beneficient dun denutries beneficient dun des soins bénéficient de procession	uit 3.3.3 : 100 % des PVVIH suivies dépistées ficient du traitement anti TB et TAR	; TB+	6 948	46 265	6 948	6 948	6 948	74 057	0,03
1352 052         1434 789         1514 187         1583 063         1655 995         7540 086           745 571         750 075         745 691         753 146         719 996         3714 479           5 463         816 158         660 444         32 954         5463         1520 483           11         5 463         5 463         5 463         5 463         27 317           11         5 463         5 463         5 463         5 714         1350 000           1395 608         1750 250         1479 875         1420 987         1403 024         7450 744	:T 3.4: 90% des PVVIH en besoin bénéficient nosocial et nutritionnel	de soutien	2 097 623	2 184 864	2 259 878	2 336 210	2 375 991	11 254 566	5,09
745 571       750 075       745 691       753 146       719 996       371         5 463       816 158       660 444       32 954       5 463       152         nt       5 463       54 980       27 490       -       13         -       5 463       5 463       5 463       5 463       2 463<	DUIT 3.4.1: 90% des PVVIH dénutries bénéfi i nutritionnel	icient d'un	1 352 052	1 434 789	1 514 187	1 583 063	1 655 995	7 540 086	3,41
5 463         816 158         660 444         32 954         5 463         152           nt         -         54 980         57 490         -         13           -         54 63         5 463         5 463         5 463         5 463         5 463         27 490           -         5 714         -         -         -         -         -         1 356         -         -         -         1 356         -         -         -         1 479         875         1 420         987         1 403         248         7 48	DUIT 3.4.2: 80% des PVVIIH en besoin bénéfi en psychologique, mental et social	icient de	745 571	750 075	745 691	753 146	719 996	3 714 479	1,68
nt     5 463     54 980     27 490     -     1396 608       1396 608     1750 250     54 980     57 490     -     1479 875     -     1420 987     -     1403 024     748	ET 3.5: 80 % des structures de soins ont les cr ises et offrent aux PVVIH des prestations de q	apacités qualité	5 463	816 158	660 444	32 954	5 463	1 520 483	0,69
5 463       5 463       5 463       5 463       5 463       2         -       5 714       -       -       -       -       1396 608       1 750 250       1 479 875       1 420 987       1 403 024       7 48	DUIT 3.5.1: 100% des sites de PEC quantifier vins en réactifs, en ARV et en médicaments co s IST	nt leurs ontre les 10	•	54 980	54 980	27 490	•	137 451	90,0
en - 750 000 600 000 - 1356 608 1750 250 1479 875 1420 987 1403 024 748	luit 3.5.2 : 95% de sites de prise en charge ne de rupture de stock (réactifs, ARV, médicame O et IST)	connaissent ents contre	5 463	5 463	5 463	5 463	5 463	27 317	0,01
en - 750 000 600 000	tuit 3.5.3 : 100% des BDS disposent des super pétents pour offrir la supervision, le coaching e adrement des structures de PEC des PVVIH.	rviseurs et	•	5 714	-	•	•	5 714	00,00
1 396 608 1 750 250 1 479 875 1 420 987 1 403 024	fuit 3.5.4 : 100 % des BDS et des structures de ge disposent des infrastructures pour le stock: icaments et autres intrants selon les normes.	e prise en age des	4	750 000	000 009	•	•	1 350 000	0,61
	act 4. Les conditions de vie d'au moins 80% connes infectées et affectées par le VIH et s unies sont améliorées d'ici à 2022	% des sida et	1 396 608	1 750 250	1 479 875	1 420 987	1 403 024	7 450 744	3,37

	Effet 4.1 : Au moins 90% des personnes affectées ou							
	infectées par le VIH ont leurs droits humains respectés	273 536	380 360	256 778	256 778	256 778	1 424 231	0.64
	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 R20	2,000
	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
	Effet 4.2 : 80% des PVVIH sous ARV démunies disposent d'une autonomie financière	154 887	477 318	330 525	271 637	253 674	1 488 040	0.67
	Produit 4.2.1 : 80% des PVVIH sous ARV démunies et 80% d'OEV ont un revenu leur permettant de se prendre en charge	154 887	477 318	330 525	271 637	253 674	1 488 040	790
	Effet 4.3: 90% des OEV et 70% des ménages d'OEV ont une situation de vulnérabilité sociale atténuée	968 185	892 572	892 572	892 572	892 572	4 538 473	2.05
	Produit 4.3.1 : 90 % d'OEV 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'OEV 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
2	Impact 5. La gestion de la réponse nationale au VIH et au sida est efficace, efficiente et performante, dans le respect des « Three one »	1 610 543	2 220 830	1 943 506	1 649 264	1717 028	9 141 171	4,13
	Effet 5.1: Les mécanismes de coordination multisectorielle et thématique sont opérationnels à tous les niveaux	1 032 157	1 248 427	1 334 061	1 073 378	1 141 143	F 000 467	000
	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	134 870	2070700	2,63
	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	cr,u 77,0
	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	320 075	
	Produit 5.1.4 : La coordination multisectorielle est assurée et décentralisée	65 727	122 208	65 727	65 727	63.350	382 740	61,0
	Produit 5.1.5 : La coordination thématique est assurée	40 523	41 962	40 523	40 523	40 523	204 054	71,0
								22,2

0,16 0,05 0,10 0,02 0,58 0,58 1,30 0,74 0,74 0,02 100,00 0,00 350 042 119 719 230 323 1 283 138 10 989 36 621 1 283 138 2874126 1631214 36 621 221 314 867 1 642 203 500 675 22 938 22 938 6 824 6824 243 204 243 204 302 920 302 920 45 565 053 243 204 22 938 22 938 6 824 500 675 6824 243 204 302 920 302 920 43 220 034 276 764 22 938 6 824 850 675 302 920 22 938 6 824 276 764 302 920 42 937 250 276 764 517 675 430 523 258 292 6 824 6 824 276 764 419 534 27 969 230 323 10 989 42 875 094 22 938 243 204 504 425 22 938 9 324 9 324 243 204 46 717 436 302 920 302 920 Effet 5.3 : Le système de surveillance du VIH Sida est renforcé Effet 5.5 : Un système de planification axé sur les résultats est de coordination et de mise en œuvre de la réponse du secteur de la santé. Produit 5.3.1 : Les rapports de surveillance sentinelle du VIH Effet 5.2: Le système d'information sanitaire de routine (VIH) Produit 5.1.6 : Le PNLS/IST est renforcé dans ses capacités Produit 5.4.1 : Les résultats en matières de VIH /SIDA sont Effet 5,4 : Les résultats et les interventions du programme Produit 5.5.1 : Un plan annuel consolidé(PAC) de tous les intervenants en matière du VIH est disponible 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 Produit 5.3.2 : Les résultats (études /recherches/évaluations et enquêtes) sont disséminés à travers différents canaux d'information. disponibles et utilisés pour la prise de décision mis en place et opérationnel à tous les niveaux VIH/sida et IST est renforcé et opérationnel national sont connus par les populations sont disponibles chaque année est renforcé et opérationnel et opérationnel TOTAL GENERAL

Page 74 sur 122

# 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 Permanant (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 chaine de résultats. Il est constitué par les indicateurs objectivement vérifiables sur chaque niveau de chaine 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.

79

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

Page 79 sur 122

			2018	2019	2020	0	2021	- dm	Rudnet
	Impact/Effet/Produit/Activité	Description quantitative des résultats attendus	T1 T2 T3 T4	T1 T2 T3	T4 T1 T2	T3 T4 T	T1 T2 T3 T4 T1 T2 T3 T4 T1 T2	4 T1 T2 T3 T4	
-	Impact 1: Le nombre de nouvelles infections à VIH est réduit de 20% dans la nomination némérale et dens la nomination némérale et des la contraction de la c	tions à VIH est réduit de 20% dans la r	nonilation gánás	la of done les					en USD
	EFFET 1.1. Le taux de transmission sexuelle du VIH est réduité dans le monulotion de la lance les groupes les plus expose	cuelle du VIH set réduit dans la nouvel	population general	are et dans les gr	and sel sedno	exposees	an risdue V	H d'ici à 2022	
	Produit 1.11: 90% des jeunes et des adultes ont des connaissances annrofondies ein les voisses de 15 à 24 ans	ultes ont des connaissances approfem	dies eur les voiss	ure et chez les	eunes de 15 à	24 ans			
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		de Cansilission	se les modes	le prèven	HIV and du VIH		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 ciblés 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							1855

25 299	202 108	4 950	199 750	294 366	204 235	33 732	3 036
Contribuer dans le fonctionnement de la ligne verte en payant la location des bureaux, l'acquisition des équipement informatique, la maintenance des équipements, la fournitures des consommables de bureau, le gardiennage des bureaux, les fournitures d'eau et d'électricité,	Payer les salaires de 10 écoutants de la ligne verte	Formation annuelle de 3 jours pour 10 écoutants	Formation à l'étranger de 5 personnes par an pendant 10 jours	Réunion trimestrielle de 10 PE par commune	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	Contrat mensuel avec un opérateur de téléphonie mobile	Frais de déplacement trimestriel du comité multisectoriel de validation et de suivi des messages (15
Appuyer le fonctionnement de la ligne d'écoute et d'aide à distance existante	Payer les salaires des écoutants de la ligne vertes	Renforcer les capacités des écoutants de la ligne verte	Renforcement des capacité/Formation du staff national sur la gestion communautaire du VIH en raison de 5 staff par an pendant 5 ans	Organiser des causeries éducatives par trimestre pour toucher des jeunes PE du milieu scolaire et extra-scolaire sur le VIH/TB, la SR, les droits humains (pour promouvoir le modèle positif de la masculinité), violence sexuelle et basées sur le genre (VSBG).	Mener une étude nationale de séroprévalence et de surveillance des comportements face au VIH au Burundi chez les populations à haut risque à VIH: IBBS	Contractualiser mensuellement 1 opérateur de téléphonie mobile pour la diffusion des messages thématiques (prévention du VIH/IST/sida/TB/ CPN, PF, VSBG, promotion des droits humains) en faveur des jeunes et autres groupes cibles	Coordonner l'utilisation des TIC pour la diffusion des messages.
1,1,1,6	1.1.1.7	1.1.1.8	1.1.1.9	1.1.1.10	1.1.1.1	1.1.1.12	1.1.13

		personnes)	
1.1.1.14	Organiser des supervisions formatives pour pérenniser la paire éducation et renforcer les compétences des prestataires des centres pour jeunes & les CDS amis des jeunes conformément aux besoins des jeunes.	Supervision formative trimestrielle de 3 personnes et 1 chauffeur pendant 5 jours	12 087
1.1.1.15	Elaborer et valider le guide d'information et d'éducation en matière d'accès aux services VIH	Contrat de 20 jours d'un consultant local pour l'élaboration du guide Frais de déplacement du comité de pilotage (15 personnes) Atelier de validation d'une journée pour 50 personnes	7 593
1.1.1.16	Multiplication et diffusion du guide d'information et d'éducation en matière d'accès aux services VIH	Contrat avec une imprimerie pour la multiplication du guide (1500 copies)	4.216
1.1.1.7	Mobilisation des acteurs clés au niveau de chaque Province en matière du VIH pour renforcer leur implication dans la réponse au VIH	Réunion trimestrielle de 40 acteurs clés dans chaque province	282 942
1.1.1.18	Renforcer les Activités de prévention du VIH et la promotion des bonnes valeurs de la culture burundaise au près des jeunes à travers les interventions de l'OPDAS	Atelier annuel de 1 journée réunissant 5 jeunes leaders par province	24 481
1.1.19			93.284
	Produit 1.1.2: 90% des jeunes et des adu	Produit 1.1.2: 90% des jeunes et des adultes utilisent le préservatif nour se protégner du Mula de la companyant de la compan	
1.1.2.1	Opérationnaliser le comité national de gestion des préservatifs pour assurer le suivi qualitatif et quantitatif régulier des		3 036

	achats et stocks des intrants de prévention.			
1.1.2.2	Rendre disponibles les intrants de prévention au niveau des points chauds	Descente trimestrielle (1 cadre du BDS et 1 chauffeur) pour approvisionner en préservaüfs		74 997
1.1.2.3	Acquérir les préservatifs masculins pour les jeunes et les adultes	Achat de 70 558 121 préservatifs sur 5 ans		459 805
	Produit 1.1.3: 90% des jeunes et adultes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique.	rivant avec le VIH connaissent leur s	statut sérologique.	
1.1.3.1	Renforcer les capacités des structures de santé sur l'analyse du rendement de dépistage et sur les différentes nouvelles approches du dépistage à base communautaire (l'autotest, dépistage indexé, dépistage en stratégie avancée) avec accent particulier sur les jeunes, femmes en âge de procréer et les populations à haut risque d'infection	Atelier annuel de renforcement des capacités à l'intention de 2 personnes/BDS pendant 2 jours		44 897
1.1.3.2	Assurer chaque année une supervision trimestrielle sur la qualité de dépistage en stratégie mobile et fixe au niveau des FOSA	Descente trimestrielle conjointe (PNLS/IST, INSP et BDS), soit 3 personnes + 1 chauffeur pendant 5 jours en 4 axes		48 349
1.1.3.3	Acquérir des intrants de dépistage du VIH chez les jeunes et les adultes	Achat de 8617 kits de dépistage en 2018, 9996 en 2019, 11445 en 2020, 12962 en 2021 et 14559 en 2022		4 606 320
1.1.3.4	Acquérir des tests de confirmation du VIH chez les jeunes et les adultes	Achat de 259 kits de confirmation en 2018, 300 en 2019, 343 en 2020, 389 en 2021 et 437 en 2022		49 248
1.1.3.5	Constitution d'un Panel de sérum pour la validation des tests de dépistage de VIH	Phase 1. Formation des laborantins des CDV ( de 2 jour avec 60 participants) Phase 2. collecte des échantillons: 12 véhicules (3 véhicules par région avec en moyenne 601 aller et retour et 25 líj*5 de circulation locale) Phase 3.:Motivation de 2 laborantins de l'INSP		192 605

Page 82 sur 122

7 065	4218	37 684	92.594	90,600		4 753	4 216	2 308
-								
-								
					soins			
					milleu de			
Retraite de 5 jours pour 25 personnes clés Atelier de validation d'une journée pour 50 personnes	Contrat avec une imprimerie pour la multiplication du document (1500 copies)	* Formation de 46 Superviseurs des BDS (points focaux VIH)	Descente mensuelle d'une journée d'un cadre et d'un chauffeur par BPS	Achat de 253 en 2019, 259 en 2020, 264 en 2021 et 272 en 2022	des hommes de 15-49 ans circoncis en	Retraite de 5 jours pour 15 personnes clés pour l'élaboration des directives. Atelier de validation des directives pendant une journée pour 45	Contrat avec une imprimerie pour multiplier 1500 copies	Formation d'un pool national de 8 formateurs (2 formateurs par région) pendant 5 jours
Mettre à jour des directives de dépistage du VIH	Multiplication du document des directives de dépistage du VIH	Introduire et mettre progressivement à l'échelle le dépistage en stratégie de l'autotest.	Assurer mensuellement le transport des échantillons indéterminés	Rendre disponible les kits de l'auto test	Produit 1.1.4: Augmenter de 20% le taux des hommes de 15-49 ans circoncis en milleu de soins	Elaborer un document de directive sur la pratique de la circoncision non chururgicale.	Multiplication du document de directive sur la pratique de la circoncision masculine	Initier et mettre à l'échelle de la circoncision non chirurgicale par la formation des prestataires sur la pratique de la circoncision: formation des
1.1.3.6	1.1.3.7	1.1.3.8	1.1.3.9	1.1.3.10		1,1,4,1	1.1.4.2	1.1.4.3

	14 503	1170	219 327		8 098	27 761	8 051	30 794	4 891	366 479
	Formation annuelle des 92 prestataires (2 personnes par BDS) pendant 3 jours	Acquisition de 78025 kits de circoncision non chirurgicale	Motivation des prestataires	sexuelle déclarés sont pris en charge	Atelier annuel de 30 personnes pendant 3 jours	Atelier régional annuel d'une journée à l'intention de 50 participants par région	Atelier annuel de 60 participants pendant une joumée	Atelier annuel de formation de 70 personnes pendant 2 jours	Descente annuelle de supervision de 16 personnes en 4 équipes (équipe/région) pendant 3 jours	1 session par an de 30 survivants pendant 3 jours et par province, soit 18 sessions par an qui vont toucher 540 survivants
formateurs	Initier et mettre à l'échelle de la circoncision non chirurgicale par la formation des prestataires sur la pratique de la circoncision: formation des prestataires	Rendre disponible les kit pour la circoncision non chirurgicale.	Assurer la circoncision à 78 025 jeunes et adultes en âge de procréer d'ici à 2022	Produit 1.1.5: 100% des cas de violence sexuelle déclarés sont pris en charge	Former les professionnels des médias sur Atelier annuel de 30 personnes la lutte contre les VSBG	Sensibiliser les leaders communautaires, les religieux, les administratifs, OSC et les victimes sur les droits humains, VIH et les VSBG.	Organiser un atelier média, conjointement avec le Ministère de la solidarité dans le cadre des activités de la campagne de 16 jours d'activisme contre les VSBG	Renforcement des capacités des équipes cadre de district et de province sur les droits humains, la discrimination et les stigmatisations des populations clé et les VSBG	Organiser des supervisions formatives conjointes pour améliorer la PEC des VSBG dans les structure de soins.	Appuyer la PEC psychosociale, la réinsertion socio-économique et l'accompagnement juridique/judiciaire des victimes des VBSG
	1.1.4.4	1.1.4.5 F	1.1.4.6		1.1.5.1	1.1.5.2	1.1.5.3	1.1.5.4	1.1.5.5	1.1.5.6

Page 84 sur 122

87.382	31 016	5411	278 9AD	010 240	4 615	4 216	60 211	88 546	260 027	9 075	902
				, and a							
				ion on actual							
				Selumon el s							
				migne dan							
				che syndro		-					
				elon l'appro							
Achat d'une carte de recharge de 2 000 FBU par trimestre à 2 914 volontaires de la CRB Carburant et frais de mission d'un cadre du BDS et 1 chauffeur pour le suivi trimestriel	Contrat d'un consultant international et d'un consultant national pendant 30 jours Atelier de validation de l'étude d'une journée pour 30 particinants en 2019	Descente semestrielle de supervision de 3 personnes et 1 chariffeur nendant 5 ionre	Achat de 3152 kits chaque année	des IST qui sont dépistés et traités se	Consultant national pendant 15 jours Atelier de validation de 45 personnes	Contrat avec une imprimerie (1500 copies)	Formation de 2 jours à l'intention de 639 ASC (1 ASC par GASC)	Imprimer 1500 algorithmes et 1500 manuels	Formations de 5 jours à l'intention des prestataires des FOSA et de l'ECD, soit 1200 prestataires en 40 sessions de 30 personnes	Acquisition des médicaments pour 99424 épisodes en 5 ans	Contrat avec une imprimerie pour la multiplication de 1500 affiches (1 par FOSA) et 3200 dépliants (5 par GASC)
Renforcer le système de monitoring et dénonciation des cas de VSBG	Mener une étude sur la situation des VSBG et droits humains en matière de lutte contre le sida au Burundi	Opérationnaliser l'équipe d'analyse des cas des VSBG en lien avec le VIH/SIDA et IST.	Acquisition des kits de prise en charge des cas de VSBG	Produit 1.1.6 : Augmenter de 15% les cas des IST qui sont dépistés et traités selon l'approche syndromique dans la nomilation en aémérale.	Elaborer un guide simplifié de prévention des IST au niveau communautaire		s ASC/PE	Multiplier et diffuser le manuel et l'algorithme de prise en charge n syndromique des IST	Former les prestataires sur le manuel de d PEC syndromique des IST	Rendre disponible les médicaments contre les IST 9	Multiplier et diffuser les supports maidactiques de traitement des IST F
1.1.5.7	1.1.5.8	1.1.5.9	1.1.5.10		1.1.6.1	1.1.6.2	1.1.6.3	1.1.6.4	1.1.6.5	1.1.6.6	1.1.6.7

	Effet 1.2: La transmission du VIH par voie	Effet 1.2: La transmission du VIH par voie sanguine et par les accidents d'exposition au sang sont réduits à 0%	
Î	Produit 1.2.1: 100% des poches de sang o	Produit 1.2.1: 100% des poches de sang collectées sont testées aux quatre marqueurs (VIH, Syphilis, Hepatite B et C)	
1.2.1.1	Rendre disponible les intrants pour le test aux quatre marqueurs.	100000 poches de sang en 2018, 2018, 2000 poches en 2019, 13 632 13 632 poches et 15000 poches seront testés avec un prix unitaire par poche de 21, 3 USD	3 632
1.2.1.2	Appuyer le processus du rendu des resultats 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)	0.417
1.2.1.3	Former les techniciens pour la maintenance des équipements.	Formation annuelle de 15 personnes 11732 11732	1.732
1.2.1.4	Contractualiser les services de maintenance des équipements biomédicaux	Contrat de maintenance avec des 160 000 maisons spécialisées	000 00
	Produit 1.2.2: 100% des cas d'Accident c	Produit 1.2.2 : 100% des cas d'Accident d'Exposition au Sang sont PEC selon le protocole national	
1.2.2.1	Elaborer un manuel de biosécurité	Contrat d'un consultant international et d'un consultant national pendant 20 jours 20 jours 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 4.216 multiplication de 1500 manuels	4 216
1.2.2.3	Former et recycler le personnel sur la gestion des déchets biomédicaux en milleu de soin : formation des formateurs	Formation de 60 personnes pendant 8 243 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	52 368
1.2.2.5	Acquisition des ARV pour la prophylaxie post exposition aux liquides biologiques	Acquisition de 300 kits de prophylaxie chaque année	000 66
	Effet 1.3 : 90% des populations clés (Professionnelles de populations vulnérables (les détenus, les pêcheurs et les sexuels avec leurs clients et/ou partenaires occasionnels	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 pècheurs 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	orts

	Produit 1.3.1 : 90% des populations clés (PS, HSH, UDI) et 90° de transmission et les modes de prévention du VIH et les IST.	s (PS, HSH, UDI) et 90% des populations vulnérables (détenus, pêcheurs et les miniers) ont des connaissances approfondies sur les voies lition du VIH et les IST.
1.3.1.1		Atelier de 2 jours pour 660 pairs éducateurs tous les 2 ans (30 PE/province) dans 11 provinces à forte concentration
1.3.1.2		Achat de 660 kits de sensibilisation (registre, cartable et stylo) 38 960
1.3.1.3		Payer les frais de déplacement des pairs éducateurs 222.722
1.3.1.4		Réunion annuelle d'une journée dans chaque province de 60 participants
1.3.1.5		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
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 et des IST et y ont un accès facile.	(PS, HSH, UDI) et 90% des populations vulnérables (détenus, les pêcheurs et les miniers) utilisent le préservatif pour se protéger du VIH
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 523

951 358	575 771		6 044	9 431	6 001	2 974	2 811	29 220	153 280
		gique.							
		ut sérolo							
		leur stat							
		naissent							
		iers) con							
		t les min							
		cheurs e							
		ıs, les pê							
		s (détent							
		ulnérable							
na 6	318, 3, 22	ations v	egi	ege Jee	age Jée	ep s			age 020,
préservatifs en 2019, 9116429 en 12021 et	amidoms en 2018 28260 en 2020, 360826 en 2022	les popu	de dépista our 3 eur dans ncemées	de dépista l'une journ chauffeu 3S	ielle de dépistr ée d'une jourr s et 1 chauffeu 7 prisons	t national adapter le in	ntils	le 30 ans 10 entration ar an	kits de dépistage 019, 381 en 2020, 0 en 2022
3 en 2019 3 en 2019 01 en 202 2022	334 fémid 19, 32826 21 et 360	et 90% c	nestrielle ( ournée po t 1 chauff 0 BPS cor	nestrielle de c vancée d'un taires et 1 cha des 11 BDS	nestrielle vancée c taires et 1 des 7 pris	consultant n 019 pour ad munication	de 660 o	ormation c thacune d orte conce journée p	e 337 kits en 2019, et 430 en
Achat de 8228253 préserval 2018, 8664353 en 2019, 91 2020, 10322601 en 2021 et 11236258 en 2022	Achat de 298634 fémidoms en 2018, 313183 en 2019, 328260 en 2020, 344158 en 2021 et 360826 en 2022	ISH, UDI	Descente semestrielle de dépistage mobile d'une journée pour 3 prestataires et 1 chauffeur dans chacun des 10 BPS concemées	Descente semestrielle de dépistage en stratégie avancée d'une joumée pour 3 prestataires et 1 chauffeur dans chacun des 11 BDS concernées	Descente semestrielle de dépistage en stratégie avancée d'une journée pour 3 prestataires et 1 chauffeur dans chacun des 7 prisons concernées	Contrat d'un consultant national de 10 jours en 2019 pour adapter les outils de communication	Multiplication de 660 outils	Session de formation de 30 participants chacune dans 10 provinces à forte concentration pendant une journée par an	Acquisition de 337 kits de dépistage en 2018, 358 en 2019, 381 en 2020, 410 en 2021 et 430 en 2022
		lés (PS, I	es Des ns mot es pres			el nu	5	9	
sculins por ables	nins pour	lations c	des séanc populatio es provinc	Organiser semestriellement des séances de dépistage du VIH en stratégie avancée en direction des populations vulnérables (miniers et pêcheurs) des districts de Giteranyi, Mabayi, Rutana, Myanza-lac, Rumonge, Bugarama, Kabezi, Isale, Kirundo, Busoni, Kayanza.	Organiser semestriellement des séances de dépistage du VIH en stratégie avancée en direction des populations vulnerables (les détenus des prisons de Mpimba, Gitega, Rumonge, Bururi, Muramvya, Muyinga et Ngozi	Adapter les outils de communication sur le VIH, les IST chez les populations clés	Multiplication des outils de communication sur le VIH, les IST chez les populations clés	Former les PE des populations clés sur le guide de prévention des IST au niveau communautaire	Acquisition des intrants de dépistage pour les professionnels de sexe
vatifs mas et vulnéra	/atifs femi /ulnérable	des popt	ellement e chez les DI) dans le	Organiser semestriellement des séan de dépistage du VIH en stratégie ava en direction des populations vulnérab (miniers et pêcheurs) des districts de Giteranyi, Mabayi, Rutana, Myanza-le Rumonge, Bugarama, Kabezi, Isale, Kirundo, Busoni, Kayanza.	Organiser semestriellement des séan de dépistage du VIH en stratégie ava en direction des populations vulnerab (les détenus des prisons de Mpimba, Gitega, Rumonge, Bururi, Muramvya, Muyinga et Ngozi	Adapter les outils de communication si VIH, les IST chez les populations clés	utils de co	populatio n des IST	ants de d de sexe
es préser tions clés	s préserv s clés et v	3.3: 90%	semestrik tge mobilk HSH et Ul	Organiser semestriellemen de dépistage du VIH en str en direction des populatior (miniers et pêcheurs) des ( Giteranyi, Mabayi, Rutana, Rumonge, Bugarama, Kab Kirundo, Busoni, Kayanza.	semestri age du VII on des po us des pr umonge, l	es outils d ST chez k	tion des o I, les IST	ss PE des prévention autaire	Acquisition des intrants de les professionnels de sexe
Acquérir des préservatifs masculins pour les populations dés et vulnérables	Acquérir les préservatifs feminins pour les populations clés et vulnérables	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.	Organiser semestriellement des séances de dépistage mobile chez les populations clés (PS, HSH et UDI) dans les provinces à haute concentration	Organiser de dépiste en directic (miniers e Giteranyi, Rumonge, Kirundo, E	Organiser semes! de dépistage du \ en direction des r (les détenus des Gitega, Rumonge Muyinga et Ngozi	Adapter k VIH, les l	Multiplicat sur le VIH clés	Former les PE c guide de préver communautaire	Acquisitic les profes
1.3.2.2	1.3.2.3		1.3.3.1	1.3.3.2	1.3.3.3	1.3.3.4	1.3.3.5	1.3.3.6	1.3.3.7

38 247	25 840	1 967				20 238	118 373	254 433	31 265	ves all VIH en	246 118		161 151
				ne) confiréntion de 2007 à 0507 ult. 13 ages	12) 3011 Teurines de 3376 d 161 d 2022	7707 10 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00				nmes séropositives est réduit de 70% d'ici à 2022 et privées de PEC du VIH intègrent l'offre des méthodes contraceptives modernes aux femmes séropositives au VIH en		of the state of th	te de 480 sessions de 24 transcriptores de 2015 à 60% en 2015 à 60% en 2022.
Acquisition de 236 kits de dépistage en 2018, 251 en 2019, 267 en 2020, 287 en 2021 et 301 en 2022	Acquisition de 56 kits de dépistage en 2018, 59 en 2019, 63 en 2020, 67 en 2021 et 78 en 2022	Acquisition de 12 kits de dépistage en 2018, 13 en 2019, 13 en 2020,14 en 2021 et 17 en 2020	e 6,39% en 2016 à 2% en 2022	EFFET 2.1: Les nouvelles infections à VIH chez les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) sont réquites de 200/ à 050/	Produit 2.1.1 : Le pourcentage des femmes enceintes dépistées en CPN1 basse de 80 2% en 2016 à 98% en 2022	Atelier annuel préparatoire de 36 personnes (2 par BPS) pendant 2 jours	Atelier annuel dans chaque BPS réunissant 40 personnes pendant 1 journée	160382 tests de grossesse en 2018, 164873 tests 2019, 169489 tests en 2020,174235 tests en 2021 et 179130 tests en 2022 avec un prix unitaire de 0.3 USD	Achat de 203 kits de confirmation en 2018, 211 en 2019, 219 en 2020, 228 en 2021 et 236 en 2022	Effet 2.2 : Le taux de grossesses non désirées chez les femmes séropositives est réduit de 70% d'ici à 2022 Produit 2.2.1 : 90% des structures publiques, associatives et privées de PEC du VIH intègrent l'offre des mé	Formation de 1200 prestataires en 40 sessions de 30 personnes pendant 5 iours	s VIH+ en âge de procréer qui utilisent les méthods	Formation théorique de 480 prestataires en 20 sessions de 24 participants pendant 6 jours en 2019
Acquisition des tests de confirmation du VIH chez les professionnels de sexe	Acquisition des intrants de dépistage chez les MSM	Acquisition des tests de confirmation du VIH chez les MSM	IMPACT 2: Le risque de TME est réduit de 6,39% en 2016 à	EFFET 2.1: Les nouvelles infections à VII	Produit 2.1.1 : Le pourcentage des femme	Organiser un atelier national préparatoire de mobilisation des leaders communautaires sur la fréquentation précoce de la CPN	Organiser 18 ateliers provinciaux de mobilisation des leaders communautaires sur la fréquentation précoce de la CPN	Assurer la gratuité des tests de grossesses chez les femmes vues en consultation	Acquisition des tests de confirmation du VIH chez les femmes enceintes	Effet 2.2 : Le taux de grossesses non désirées chez les fen Produit 2.2.1 : 90% des structures publiques, associatives 2022	Former/Recycler les prestataires des services PF sur la PEC du VIH	Produit 2.2.2 : Le pourcentage des femmes VIH+ en âge de	Former les prestataires de PEC du VIH sur la technologie contraceptive moderne chez la femme VIH+
1.3.3.8	1.3.3.9	1.3.3.10				2.1.1.1	2.1.1.2	2.1.1.3	2.1.1.4		2.2.1.1		2.2.2.1

142 084	105 218	32 197	HIA NIH	1 2022	63 131	14.436	e de	246 118	3 205	4 779	112 327
			ission	60% er			qui bénéficient des ARV dans le cadre de la PTME selon le Protocole national (option B+) passe de				
7.			ransm	2015 à			otion B				
			iter la 1	7% en			nal (op				
			our év	de 24,			e natio				
-			rices p	menté			otocol				
			de sen	est aug			n le Pr				
			aquet	e VIH			E selo				
			ant le p	bour			la PTN				
			reçev	testés			dre de				
			sitives	ont été			s le ca				
			séropo	naires			RV dar				
			mmes	s parte			des A				
			des fe	dont le			éficien				
	01		ıts nés	CPN			ui bén			2	<u>e</u>
Formation pratique dans les sites de stage de 480 prestataires en 20 sessions de 24 participants pendant 6 jours en 2019	Atelier annuel dans chaque BPS regroupant 30 participants pendant 2 jours	Descente annuelle d'échange d'expérience avec les autres associations de 6 personnes/BPS pendant 3 jours	nceintes séropositives et des enfan	es enceintes testées pour le VIH en	Atelier tous les 2 ans dans chaque BPS regroupant 30 représentants des OBC pendant 2 jours	Atelier tous les 2 ans regroupant 60 participants pendant 2 jours		Formation de 1200 prestataires en 40 sessions de 30 participants pendant 5 jours	Acquisition des ARV pour 14841 femmes sous PTME sur 5 ans	Descente semestrielle de supervision du niveau central pour 2 personnes + chauffeur pendant 5 jours	Descente trimestrielle de supervision du niveau intermédiaire pour 2 personnes + chauffeur pendant 3
Organiser des stages pratiques des prestataires formés sur la technologie contraceptive dans le contexte du VIH	Organiser les réunions de coordination des Associations des femmes vivant avec le VIH sur la paire éducation en PTME et la technologie contraceptive moderne		Effet 2.3: Le pourcentage des femmes enceintes séropositives et des enfants nés des femmes séropositives reçevant le paquet de services pour éviter la transmission du VIH passe de 81,2% en 2016 à 98 % en 2022	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	Organiser par BPS des ateliers de renforcement des capacités des OBC sur la promotion communautaire du dépistage en couple du VIH pour les cellules familiales des fernmes enceintes.	Organiser un atelier national d'échanges sur les bonnes pratiques incitatives pour les hommes à accompagner leurs fermes pour les soins préventifs et curatifs sur le VIH au niveau des FOSA.	Produit 2.3.2 : Le pourcentage des femmes VIH+ enceintes et allaitantes 81.2% (2016) à 98% en 2022.	Former les prestataires des FOSA sur le protocole de PTME	Acquisition des ARV pour les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH	Organiser des supervisions formatives sur la mise en œuvre des protocoles nationaux relatifs à la PTME: Niveau central vers le niveau intermédiaire	Organiser des supervisions formatives sur la mise en œuvre des protocoles nationaux relatifs à la PTME: Niveau
2.2.2.2	2.2.2.3	2.2.2.4			2.3.1.1	2.3,1.2		2.3.2.1	2.3.2.2	2.3.2.3	2.3.2.4

5 487	246 118		32.208			9 668	58 731			27 062			111 866		41 068		2 075 998	464 374
					nales													
		onales.			tives natio													
		ectives native			on les direc													
		elon les dire			logique sel													
		une PEC se		d'ici 2022	que et viro													
		snéficient d		s nationales	sial, biologi													
		conjoints be		s directives	, psychosoc													
		artenaires/o		ien selon le	ivi clinique											utritionnel		
507878 tests en 2018, 527594 tests en 2019, 548016 tests en 2020, 569169 tests en 2021 et 591076 tests seront effectués avec un prix unitaire de 2 USD par test	Formation de 1200 prestataires en 40 sessions de 30 participants pendant 3 jours	tes dépistées + à la syphilis et leurs partenaires/conjoints bénéficient d'une PEC selon les directives nationales.	Acquisition de 1245 boîtes d'extenciline 2,4MUI sur 5 ans	ous PTME ont reçus des soins et sout	s /allaitantes VIH+ bénéficient d'un sui	Rémunération des médiateurs de santé	Formation de 450 prestataires des	participants chacune pendant 3 jours	Formation de 10 hommes	champions par commune, soit 119 sessions de 10 participants pendant	une journée	Formation de 1200 ASC en 40	sessions de 30 participants chacune pendant 2 jours	Campagne annuelle de 100	personnes par region	ME éligibles bénéficient d'un appui n	Achat de 1333 kits en 2018, 1385 kits en 2019, 1439 kits en 2020, 1494 kits en 2021 et 1552 kits en 2022	Organiser 1 atelier culinaire par trimestre dans 826 sites PTME
Acquisition des test duo syphilis-VIH	Former les prestataires sur la manipulation des tests duo et la PEC de la syphilis	PRODUIT 2.4.2: 100 % de femmes enceintes dépistées + à	Acquisition des médicaments pour la PEC de la syphilis chez les femmes enceintes et leurs partenaires	Effet 2.5 : 95 % du couple mère-enfant sous PTME ont reçus des soins et soutien selon les directives nationales d'ici 2022	Produit 2.5.1: 95% des femmes enceintes fallaitantes VIH+ bénéficient d'un suivi clinique, psychosocial, biologique et virologique selon les directives nationales	Assurer la motivation des médiateurs de santé	Former les médiateurs de	des femmes séropositives.	Former les hommes champions (PVVIH)	par commune pour la sensibilisation des	des femmes enceintes et allaitantes pour la PTME en 2019	Formation des Agents de santé	communautaire sur l'offre des services intégrés sur la SR/PTME au niveau communautaire	Organiser une campagne de	sensibilisation et de mobilisation sur la PTME et la prise en charge pédiatrique (OPDAS) dans chaque région par an	Produit 2.5.2 : 90% de femmes sous PTME éligibles bénéficient d'un appui nutritionnel	Acquérir et distribuer les kits nutritionnels aux femmes sous PTME	Organiser des ateliers de démonstration culinaires
2.4.1.1	2.4.1.2		2.4.2.1			2.5.1.1	2512	7.1.6.7		25.1.3			2.5.1.4		2.5.1.5		2.5.2.1	2.5.2.2

28 612 35 497 86 330 10 156 099 061 68 208 Mission de supervision annuelle de 2 Atelier annuelle d'une journé avec 35 Produit 2.7.3: L'évaluation des interventions e-TME 2018-2022 est assurée Atelier d'élaboration de 5 jours pour Contrat avec un consultant national Atelier semestriel de 96 personnes Atelier de validation d'une journée Atelier de validation d'une journée formation d'un pool de formateurs Formation de 46 cadres des BDS l'élaboration des microplans et la pendant 15 jours pour appuyer et d'élaboration des microplan PTME dans | participants dans chaque BDS enquêteurs pendant 10 jours, international et un consultant international et un consultant personnes + chauff par BDS Saisie des données pour 2 Contrat avec un consultant Enquête de terrain pour 15 personnes pendant 5 jours, Contrat avec un consultant national pendant 25 jours, national pendant 25 jours pour 60 participants pour 50 personnes pendant 2 jours pendant 3 jours 15 participants Produit 2.7.2.le plan e-TME 2018-2022 est disponible Organiser des ateliers d'analyse de goulot d'étranglement des interventions de PTME nationaux sur l'outil d'analyse des goulots Mener une étude sur l'estimation du taux interventions en rapport avec la cascade Elaborer un nouveau plan e-TME et son coordination des intervenants dans l'e-TME monitorage amélioré pour action des de transmission mère enfant du VIH PTME au niveau des FOSA par les Formation d'un pool de formateurs annuelle des données relatives au Organiser une mission de collecte Ateliers semestriels régionaux de responsables de CDS plan opérationnel les BDS. 2.7.2.3 2.7.2.1 2.7.2.2 2.7.1.2 27.1.3

Page 94 sur 122

95

38 866	38 866	14 126	0.470	2 2	2007	zles		624	040.6	70.955
						le 75% à 95%che				
						ins de 15 ans et d				
						es enfants de mo				
						(60% à 85%chez l	alamate and	Aco Harlonages		
						chez les PVVIH	ément suy direct			
Contrat avec un consultant international et un consultant national pendant 30 jours, Collecte des données de terrain dans les BDS pour 12 enquêteurs pendant 10 jours, Atelier de validation d'une journée pour 60 personnes	Contrat avec un consultant international et un consultant national pendant 30 jours, Collecte des données de terrain dans les BDS pour 12 enquêteurs pendant 10 jours, Atelier de validation d'une joumée pour 60 personnes	Collecte et validation des données et des documents nécessaire à la certification	Réunion trimestrielle de 20 personnes	Réunion annuelle de 60 personnes	SIDA est réduite de 34% de 2018 à 2022	de qualité est augmentée de 74% à 94%	cont enrôlés au traitement ARV conformé	Atelier de 10 personnes clés pendant 2 jours en 2019	Multiplication de 1200 copies	Session trimestrielle de quantification à l'intention de 15 personnes pendant 5 jour/session
Evaluer à mi-parcours le plan e-TME 2018-2022	Faire une évaluation finale du plan e-TME 2018-2022	Conduire le processus de demande de certification de l'élimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant	Réunion trimestrielle du comité technique de suivi de l'é-TME	Réunion annuelle du comité politique de l'é-TME	IMPACT 3: La mortalité liée au VIH et au SIDA est réduite de 34% de 2018 à 2022	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)	PRODUIT 3.1.1: 95% des PVVIH adultes sont enrôlés au traitement ARV conformément aux directions autientes.	Adapter le document de référence et contre-référence pour les PVVIH entre les services de dépistage et de PEC.	ment de	Organiser un atelier de quantification et revue du plan d'approvisionnement de 10 jours à l'intention de la sous-commission nationale de quantification des intrants (VIH (ARV, Médicaments contre les IO et intrants de laboratoire)
2.7.3.1	2.7.3.2	2.7.3.3	2.7.3.4	2.7.3.5		10		3.1.1.1	3.1.1.2 n	3.1.1.3 je

Page 95 sur 122

64 783 584	4 847	70 863	219 819	2516 590	246 118	5.980	505 976	2 892	2 265
Acquisition des ARV de 1ère ligne pour 299 924 PVVIH sur 5 ans	Acquisition des ARV de 2ème ligne pour 9 276 PVVIH sur 5 ans	Acquisition des ARV de 3ème ligne pour 50 PVVIH sur 5 ans	Descente trimestrielle par BDS de 1 cadre+chauffeur pendant 5 jours	Payer les salaires du personnel impliqué dans la PEC des patients	Formation de 1200 prestataires en 40 sessions de 30 personnes chacune pendant 5 jours	PEC de 60523 PVIH en 2018, 64618 en 2019, 68315 en 2020, 71963 en 2021 et 75571 en 2022	Payer les frais de transport mensuel des échantillons à 1000 CDS qui n'ont pas de laboratoire	Atelier semestriel d'une journée pour 15 personnes	Atelier d'élaboration de 5 jours pour 15 participants en 2019; Atelier de validation de 30 personnes pendant 1 journée
Acquisition les ARV de 1ère ligne pour Acquisition des ARV de 1ère ligne les adultes	Acquisition les ARV de 2ème ligne pour A les adultes	Acquisition les ARV de 3ème ligne pour A les adultes	Organiser une supervision clinique formative sur la décentralistion progressive du TARV et sur la mise en coeuvre des nouvelles directives par la délégation des tâches (mentoring) au niveau des sites de PEC.	Apporter un appui technique pour accélerer le diagnostic du VIIH, la PEC médicale et le suivi des enfants nés des mères séropositives, des adolescents infectés au VIIH, populations clées, fernmes enceintes séropositives et adultes au niveau des sites de PEC du VIIH.	en en	Payer les frais relatifs aux prestations des PVVIH (bilan initial ,hospitalisation ,consultation et bilan de suivi) assurées par les structures de soins	Subventioner le transport mensuel des échantillons pour le suivi biologique des PVVIH suivis au niveau des CDS	Réunion semestriel du comité nationale thérapeutique de surveillance des résistances	Elaborer et valider un plan et outils de surveillance des résistances au traitement ARV
3.1.1.4	3.1.1.5	3.1.1.6	3.1.1.7	3.1.1.8	3.1.1.9	3.1.1.10	3.1.1.11	3.1.1.12	3.1.1.13

3.1.1.14	Multiplier et diffuser les outils de surveillance	Multiplication de 2000 outils		5 R00
3.1.1.15	Renforcer les capacités des prestataires à la surveillance des résistances	Formation de 1200 prestataires en 40 sessions de 30 personnes chacune pendant 3 jours	156 616	3 616
3.1.1.16	3.1.1.16 Mener une étude sur les résistances aux ARV	Confrat avec un consultant national pendant 30 jours; 30 enquêteurs pendant 10 jours; 5 personnes pour la saisie pendant 5 jours; Atelier de validation de 1 journée pour 30 personnes en 2020	160 523	1 523
3.1.1.17	Organiser des ateliers d'échange d'expérience entre les FOSA les plus performants et les moins performants dans l'offre de services VIH	Atelier semestriel de 2 jours pour 22 personnes dont 10 niveau central	21 670	670
3.1.1.18	Elaborer les outils de contrôle de qualité des services VIH	Atelier d'élaboration de 4 jours pour 15 participants en 2019; Atelier de validation de 30 personnes pendant 1 journée	1 993	1 992
3.1.1.19	Multiplier les outils de contrôle de qualité des services VIH	Multiplication de 1200 copies	2333	373
3.1.1.20	Organiser des supervisions de contrôle de qualité des services VIH	Supervision semestrielle de 3 personnes+ chauffeur pendant 4 iours par BDS	134 477	477
	PRODUIT 3.1.2: 85%des enfants sont enrôlés au traitement	ôlés au traitement ARV conformément aux directives nationales	Salae	
3.1.2.1	Former les prestataires du public, privé et associatifs sur la PEC pédiatrique	(22 (2)	157.585	595
3.1.2.2	Former et recycler les prestataires sur la PEC psychosociale de l'enfant et de l'adolescent	Former 1200 prestataires en 40 sessions de 30 personnes chacune pendant 5 iours	247 096	960
3.1.2.3	Acquisition des ARV de 1ère ligne pour les enfants	Acquisition des ARV de 1ère ligne pour 28 130 enfants sur 5 ans	6 528	526
3.1.2.4	Acquisition des ARV de 2ème ligne pour les enfants	Acquisition des ARV de 2ème ligne pour 2 446 enfants sur 5 ans	160	160
	Produit 5.1.3 : 95% des PVVIH (adultes et	Produit 3.1.3 : 95% des PVVIH (adultes et enfants) bénéficient d'un suivi clinique, biologique et virologique de qualité		

56 080	125 000	6 558 887	840 000	263 782	105.716	8 199	101 163	3 500	70 477
÷									
#									
Honoraires de 2 consultants internationaux et 1 consultant national pendant 30 jours, descente de 10 personnes pendant 5 jours dans les sites et un atelier de validation d'une journée pour 40 personnes en 2018	Acheter un appareil point-of -care pour la CV dans 5 BPS de la région sud et centre est	36314 tests de CV en 2018,48464 tests en 2019, 61484 tests seront effectués, 66634 tests en 2021 et 72273 tes s en 2022avec un prix unitaire par test de 23 USD	Signer un contrat de maintenance pour 7 machines de la charge virale ( Prix unitaire est de 6 000 USD par machine et par trimestre,	Descente mensuelle de 2 jours d'un cadre du BDS+chauff	Formation de 810 laborantins en 27 sessions de 30 personnes chacune pendant 3 jours	Atelier de 5 jours pour 15 personnes en 2019 Atelier de validation de 40 personnes pendant 1 journée	Descente semestrielle	Descente semestrielle	Formation de 540 laborantins en 18 sessions de 30 personnes chacune pendant 3 jours
Elaborer une stratégie de mise à l'échelle de la charge virale	Acquérir des appareils pour la charge virale (POC)	Achat des réactifs pour la charge virale	Assurer la maintenance des appareils pour la charge virale	Payer les frais de transport des échantillons de charge virale des sites de PEC vers les centres de dosage de la charge virale.	Former des techniciens de laboratoire et autres agents des sites de prise en charge sur les techniques de prélèvement et de transport conditionné des échantillons de charge virale.	Elaboration d'un manuel d'assurance qualité du diagnostic biologique du VIH	Assurer le contrôle de qualité des analyses de laboratoire	Etendre le système d'assurance qualité au niveau des laboratoires	Renforcer les capacités des laborantins sur le système d'assurance qualité dans les laboratoires
3.1.3.1	3.1.3.2	3.1.3.3	3.1.3.4	3.1.3.5	3.1.3.6	3.1.3.7	3.1.3.8	3.1.3.9	3.1.3.10

324 144 900 9368 39 317 76 016 å 283 652 3 048 156 616 PRODUIT 3.2.1: 90% des patients suivis ayant une coinfection HépatiteB/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 Effet 3.2:90% des PVVIH sulvies présentant une IO bénéficient d'une PEC selon les directives nationales Achat des 78 378 kits en 2018, 795 kits en 2019, 785 kits en 2020, 1505 Stage à l'étranger pour 2 personnes 2019, 655 en 2020, 155 en 2021 et 2019, 655 en 2020, 155 en 2021 et Réaliser 7840 test en 2018, 795 en Réaliser 7840 test en 2018, 795 en sessions de 30 personnes chacune (480 mg) pour 21693 enfants sur 5 Achat des médicaments pour 7840 test en 2018, 795 en 2019, 655 en 2020, 155 en 2021 et 131 en 2022 kits en 2021 et 1308 kits en 2022 Achat du cotrimoxazole sirop pour Formation de 15 laborantins en 1 session de 5 jours à l'intérieur du Achat du cotrimoxazole comprimé Achat du cotrimoxazole comprime Former 1200 prestataires en 40 (960 mg) pour 363181 adultes Achat de 5 chaînes ELISA 19 331 enfants sur 5 ans Mener l'étude en 2019 Achat de 2 fibroscan pendant 15 jours pendant 3 jours 131 en 2022 131 en 2022 CHUK et HPRC pour le suivi de l'évolution Achat des médicaments contre l'hépatite c Renforcer les capacités des prestataires sur le dépistage des IO et IST Mener une étude sur la prévalence de la Doter les hôpitaux nationaux de chaîne ELISA Formation à l'étranger sur l'utilisation du Achat des réactifs pour la mesure de la Acquisition du cotrimoxazole sirop pour Acquisition du cotrimoxazole comprimé Acquisition du cotrimoxazole comprimé Formation des utilisateurs des chaine Rendre disponible les infrants pour le dépistage de l'hépatite B et C Contractualisation avec un laboratoire Acquisition de deux fibroscan pour le coinfection VIH et HVC et/ ou HVB pour le génotypage de l'hépatite c (480 mg) pour les enfants PVVIH charge virale des hépatites (960 mg) pour les adultes les enfants PVVIH de l'hépatite libroscan 3.1.3.12 3.2.1.2 3.2.1.1 3.2.1.3 3.2.1.4 3.2.1.7 3.2.2.2 3.2.2.1 3.2.2.3 3.2.2.4

Page 99 sur 122

Achat des cartes d'assurance maladii (CAM)  Produit 3.2.3 : 90% des patientes PVVII  Equiper les sites de PEC en matériels de dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus  Faire les frottis cervicaux à 15% des cas suspect à l'examen direct	maladic	Achat des cartes d'assurance maladie PVVIH attendu chaque année PVVIH attendu chaque année PVVIH attendu chaque année PVVIH suivies sont dépistées pour le cancer du col dépistage des lésions précancéreuses du en 2019, 180 en 2020, 240 en 2021 et 300 en 2022 et sire les frottis cervicaux à 15% des cas 6773 en 2019, 6864 en 2020, 6959 es suspect à l'examen direct			1 622 969 1 929 574
5% cas suspects Réalisation de 37 Solution du cancer 2018, 339 en 20 348 en 2021 et 3 Datientes PVVIH présentant des II	en 2021 et 7030 en 20 Réalisation de 334 intr 2018, 339 en 2019, 34 348 en 2021 et 353 er présentant des lésion	en 2022 34 interventions en 19, 343 en 2020, 553 en 2022 551ons précancéreuses du o	ol utérin sont traitées à la cryothérapie	8	289 435
Acquérir les appareils de cryothérapie Acquisition de 6 appar précancéreuses	Acquisition de 6 appar cryothérapie	appareils de			36 000
Acquérir 6 bombonnes et 1200 litres de   6 bombonnes et 1200 dioxide d'azote		1200 litres de			40 478
Recycler les infirmiers des sites de prise en charge sur la technique d'inspection visuelle à l'acide acétique ou lugol et sur la méthode de prélèvement d'un frottis cervical ainsi que le traitement des lésions précancéreuses par Cryothérapie.	10	es en 60 ies chacune		2	261 235
emmes Mener l'étude er	Mener l'étude er				39 317
EFFET 3.3: 100% des patients suivis ayant une coïnfection TB/VIH sont traités correctement PRODUIT 3.3.1: 95% des PV/IH suivies bénéficient réquilèrement du screening et du diagnostic précoce de la TB	yant une coïnfection TB bénéficient régulièrem	n TB/VIH sont traités correctement èrement du screening et du diagno≀	ctement diagnostic précoce de la TB		
Atelier de mise à jour des directives de la TB/VIH Atelier de validation d'une journée pour 30 personnes	Atelier de mise à jour de 5 jours pour 10 per 2019 Atelier de validation d' pour 30 personnes	à jour des directives 10 personnes en tion d'une journée es			2 733
Multiplication et diffusion des directives de 1200 copies PEC de la TB/VIH					3 373
Renforcer la supervision des sites de prise en charge des PVVIH sur personnes+ chauffeur pendant 5 l'intégration des services et la gestion de jours par BDS		elle de 2 r pendant 5			139 003

	156 616			1366	16 917	17 427	17.313		39.317			264 657	489	364
			9			ment anti TB et TAR			funditional					
	Former 1200 prestataires en 40 sessions de 30 personnes chacune pendant 3 jours	négatif bénéficient du TPI a l'INL	Atelier de 5 jours pour 15 personnes	L'étude sera menée en 2020	ánietáse TRL hánáfialant du tarita	epistees i b+ beneficient du trafter Réunion annuelle pour 73 participants	Réunion semestrielle de 34 participants	L'étude sera menée en 2019	éficient de soutien psychosocial et	bénéficient d'un appui putritiones	Rémunération mensuelle de 8	Achat de 15131 kits en 2018, 16155 en 2019, 17079 en 2020, 17991 en	Achat de 3026 kits en 2018, 3231 en 2019, 3416 en 2020, 3598 en 2021 et 3770 en 2020	Descente trimestrielle de supervision
la coinfection.	Former les prestataires des Sites ARV,CDT et PTME sur la PEC de la Coinfection TB/VIH	Produit 3.3.2 : 95% des PVVIH screenées négatif bénéficient	Elaborer un plan de mise à l'échelle de la TPI	Mener une étude sur l'efficacité de la TPI chez les PVVIH	100 % des PVVIH suivies de	Organiser une réunion de coordination annuelle des interventions de lutte contre la coinfection TB/VIH regroupant le comité national et les comités provinciaux pour faire le bilan et dégager les conclusions et perceptives	Organiser des réunions de coordination semestrielle pour le suivi et évaluation des activités liées à la coinfection TB/VIH.	Mener une étude sur la prévalence de la TB chez les PVVIH	EFFET 3.4: 90% des PVVIH en besoin bénéficient de soutien psychosogial et mitritionnel	PRODUIT 3.4.1: 90% des PVVIH dénutries bénéficient d'un appui nutritionne	Assurée la rémunération du personnel en Rémunération mensuelle de 8 charge du suivi nutritionnel des PVVIH	동용	nel aux PVVIH es en phase de	de supervision
	3.3.1.4		3.3.2.1	3.3.2.2		3.3.3.1	3.3.3.2	3.3.3.3			3.4.1.1	3.4.1.2	3.4.1.3	

156 616	5.818	1366	3 373		611 669	611 669	2 180	19 884	110.716	1 099	3.373	175 855
				al et social								
				que, menta								
Former 1200 prestataires en 40 sessions de 30 personnes chacune pendant 3 jours	Réunion semestrielle de coordination pour 23 participants	Atelier d'élaboration des supports en 2020 pour 15 participants pendant 5 jours	1200 copies	in bénéficient de soutien psychologie	Organiser 1360 groupes de parole par trimestre dans 680 FOSA	Organiser 1360 groupes de parole par semestre dans 680 FOSA	Rémunération mensuelle de 8 psychologues	Organiser 392 visites à domicile en 2018, 395 en 2019, 404 en 2020, 412 en 2021	Formation de 850 MS en 30 sessions de 28 personnes chacunes pendant 3 jours	Atelier de 4 jours pour 15 personnes en 2019	1200 copies	Descente trimestrielle de supervision de 2 cadres (nutritioniste et Psychologue)+ chauff dans chaque BDS pendant 2 jours
Renforcer les capacités des prestataires publics et associatifs sur les aspects nutritionnels des PVVIH	Organiser des réunions de revue/ Coordination des activités de PEC nutritionnel des PVVIH	Elaborer des supports éducatifs sur la prise en charge nutritionnelle chez les PVVIH	Multiplier et diffuser des supports éducatifs sur la prise en charge nutritionnelle	PRODUIT 3.4.2. 80% des PVVIH en besoin bénéficient de soutien psychologique, mental et social	Organiser des groupes de parole pour les PVVIH	Organiser des groupes de parole en faveur des parents ou tuteurs des enfants séropositifs sur l'éducation thérapeutique	Assurer la rémunération du personnel en charge du suivi psychosocial des PVVIH	Assurer les frais de déplacement des prestataires des soins à domicile	Former et recycler les médiateurs de santés sur la PEC psycho social du VIH	Mise à jour de la stratégie nationale de la prise en charge psychosociale des personnes infectées et /ou affectées par le VIH/SIDA	Multiplication et diffusion de la tratégie nationale de prise en charge psychosociale des personnes infectées et /ou affectées par le VIH/SIDA	Organiser trimestriellement des missions de supervision du niveau régional vers le niveau communal des activités de PEC psycho-sociale et nutritionnelle.
3.4.1.5	3.4.1.6	3.4.1.7	3.4.1.8		3.4.2.1	3.4.2.2	3.4.2.3	3.4.2.4	3.4.2.5	3.4.2.6	3.4.2.7	3.4.2.8

	PRODUIT 3.5.1: 100% des sites de PEC	PRODUIT 3.5.1: 100% des sites de PEC quantifient laurs hesolne en résettée en Aby et au la company de gualité
3.5.1.1	Former 680 prestataires sur la gestion des Formation de 680 stocks des médicaments, réactifs et	Formation de 680 prestataires en 20 sessions de 34 participants chacune
	Produit 3.5.2 : 95% de elles de mission el	pendant 5 jours 137 451
	Organisar una ráunian trimostrialia	Omenicar interview demonstrate in transport of the Connaissent pas de rupture de stock (réactifs, ARV, médicaments contre les IO et IST)
3.5.2.1	d'analyser des données de distribution des intrants VIH	Ateller trimestriel d'analyse des niveaux de stock pour 15 personnes 27 317 pendant 5 iours.
	Produit 3.5.3: 100% des BDS disposent des superviseurs	les superviseurs compétents pour offirir la supervision le coachim et l'acced
3.5.3.1	Renforcer l'implication et les capacifés des BDS dans la quantification, les requêtes des sites, la gestion des stocks, le suivi et la supervision des sites	Formation de 46 gestionnaires de per la session de 3 jours en 2019
	Produit 3.5.4: 100 % des BDS et des stru	ctures de prise en chara disposant des infrastructurations
3.5.4.1	Réhabiliter six pharmacies de district dont 3 à Bujumbura mairie, 1 à Gitega, 1à Ngozi et 1 Nyabikere	Réhabiliter six pharmacies de district dont Rehabilitation de 6 pharmacies de Noozi et 1 Nyabikere
3.5.4.2	Equiper les laboratoires d'analyse de la charge virale en congélateurs à -20 °c	Achat de 6 congélateurs
3.5.4.3	Equiper les laboratoires d'analyse de la charge virale en congélateurs à -80 °c	
	Impact 4. Les conditions de vie d'au moir	Impact 4. Les conditions de vie d'au moins 80% des personnes infactées et affactées mar la Mula de de conditions de vie d'au moins 80% des personnes infactées et affactées mar la Mula de de conditions de vie d'au moins 80% des personnes infactées et affactées mar la Mula de de conditions de vie d'au moins 80% des personnes infactées et affactées mar la Mula de de conditions de vie d'au moins 80% des personnes infactées et affactées mar la Mula de de conditions de vie d'au moins 80% des personnes infactées et affactées mar la Mula de de conditions de vie d'au moins 80% des personnes infactées et affactées mar la Mula de de conditions de vie d'au moins 80% des personnes infactées et affactées mar la Mula de de conditions de la Mula de de conditions de la Mula de
	Effet 4.1: Au moins 90% des personnes	Effet 4.1 : Au moins 90% des personnes affectées ou infectées par le VIH ont jeurs droits humaine raenantée
I	Produit 4.1.1: 70% des personnes infecté	Produit 4.1.1 : 70% des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA bénéficient d'une profection incidement
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
4.1.1.2	# #	Atelier de 32 participants pendant 3 jours en 2019
4.1.1.3	Mettre en place des textes d'application (Elaboration et diffusion)	Consultant national pendant 20 jours
4.1.1.4		Atelier d'une journée de 40 participants par province
4.1.1.5	Organiser un atelier d'enrichissement de la stratégie nationale sur le VIH et les droits humains	

2 620	6 005	14 055	67 463	253 016	14.312	92 200		559 913	89 355	2 000	280.816
							IDA				
							le VIH/S				
							iées par				
							ou affect				
							fectées o				
							nnes in				
							es perso				
							égard d				
							ance à l'				
							de tolér				
Atelier d'une journée pour 50 participants	Atelier de 2 jours pour 70 participants en 2019	5000 copies du guide	Contractualiser avec 4 cabinet d'avocat (1 maison par région)	Formation de 1500 personnes en 50 sessions de 30 participants chacune pendant 4 jours	Formation de 108 membres en 4 sessions régionaux de 27 participants chacune pendant 3 jours	Acheter 2 ordinateurs (1 ord fixe et 1 ord port) pour chacun des 5 réseaux	s de 15-49 ans expriment des attitudes de tolérance à l'égard des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA	Atelier provinciale d'une jrn / an de 60 intervenants	Atelier provinciale d'une jm / an de 60 intervenants	Consultant national pendant 20 jours	Appui en ressources matérielles à 5 réseaux des PVVIH
Organiser un atelier de validation de la stratégie nationale sur le VIH et les droits humains	Organiser un atelier de validation du guide d'information; communication et éducation juridique en matière d'accès aux services VIH à l'intention de 70 participants	Diffuser le gulde d'information; communication et éducation juridique en matière d'accès au services VIH	Mettre en place 4 cliniques juridiques modèles	Organiser des sessions de formation à l'endroit des juristes; policiers des professionnels de la santé et acteurs communautaires sur la prise en charge des victimes de violations de droits humains	Former les membres des 5 réseaux des PVVIH à l'aide du guide d'information, communication et éducation juridique	Appuyer 5 organisations des PVVIH pour la documentation des cas de violation des droits humains et l'assistance juridique et judiciaire des PVVIH victimes de violation de leurs droits.	Produit 4.1.2 : 90% des personnes âgées de 15-49 ans exp	Diffuser à grande échelle les résultats de l'étude index Stigma	Organiser des séances de diffusion des textes d'application de la loi sur le VIH auprès des CPE et ASC	Evaluer les capacités des réseaux à remplir leur mission en lien avec la protection et la défense des droits des PVVIH	Appui matériel à 5 réseaux des PVVIH (RNJ+, RBP+, CAPES+, CBF+ et BUNERERA+)
4.1.1.6	4.1.1.7	4.1.1.8	4.1.1.9	4.1.1.10	4.1.1.11	4.1.1.12		4.1.2.1	4.1.2.2	4,1.2.3	4.1.2.4

	LIVAL CON COORDINATION TO LIVE LIVE LIVE LIVE LIVE LIVE LIVE LIVE	participants		20000
	Effet 4.2: 80% des PVVIH sous ARV dén	Effet 4.2: 80% des PVVIH sous ARV démunies disposent d'une autonomie financière		30 05/
	Produit 4.2.1: 80% des PVVIH sous ARV démunies et 80%	V démunies et 80% d'OEV ont un revenu leur per	d'OEV ont un revenu leur nermettant de se prendre en chama.	
4.2.1.1	Mettre en place deux groupements de solidarité par an (30 PVVIH et OEVpar groupement) par province suivant l'approche Nawe nuze	Formation annuelle de 2 PV/IH/Province sur la gestion de projets pendant 5 jours		86 907
4.2.1.2	Appuyer l'encadrement et le suivi des groupements d'auto prise en charge	Rémunération de 4 régionaux chargés des groupements des PVVIH et OEV		134 927
4.2.1.3	Faciliter la réinsertion socioprofessionnelle des OEV non scolarisés(10%)	_		281 910
4.2.1.4	Fournir des kits de démarrage adaptés aux métiers appris	2160 kits de démarrage		200
	Organiser 18 ateliers provinciaux d'identification et de localisation des	Organiser 18 ateliers annuels		27.700
4.2.1.5	groupes bénéficiaires((femmes démunies, veuves, filles, filles mères célibataires, batwa, détenues, personnes vivant avec un handicap, déplacés) des AGR	pendant 1 journée		58 668
4.2.1.6	Appuyer 54 associations intervenant dans l'autonomisation des femmes et filles/autres groupes vulnérables	Kit de démarrage		151 793
4.2.1.7 n	Former 540 membres des associations en matière de mobilisation des ressources, de plaidoyer et gestion des AGR	Organiser 18 sessions de formations de 30 personnes chacune pendant 3 iours		70 948
4.2.1.8	Former / recycler les OSC sur l'encadrement, le monitoring et l'évaluation des projets d'assistance aux OEV	Organiser 18 sessions de formations de 40 personnes chacune pendant 3 jours		90.716
4.2.1.9 d	Documenter l'impact des projets d'autonomisation des OEV, femmes, filles et autres groupes vulnérables	Consultant national pendant 20 jours		5 000
<b></b>	ffet 4.3 : 90% des OEV et 70% des ména	Effet 4.3: 90% des OEV et 70% des ménages d'OEV ont une situation de vulnérabilité sociale atténuée	Sociale atténuée	
	Produit 4.3.1 : 90 % d'OEV en situation de précarité bénéfici	le précarité bénéficient de services sociaux de b	ent de services sociaux de base (scolarisation, santé, logement,)	

56 391	0.400	89 318	89 318	O Ame	35 333		83 892		3.750	9 557
							an MH			
							e nationale			
							e la repons			
							p marion p			
×						la contraction				
						e nouir see	Pod			
eux 20 nion)		seul	pour	pour	0	financion	c et dant		ant	8
imational et deu laux pendant 20 commissions ersonnes/réunio	pour 50	nq consultants on de la revue our 50 person	nq consultants ion de 2 jours 2022	ion de 6 jours 2019	née pour 15	matériels	internationaux et nationaux pendant	iée pour 80	sultant pend	alle conjointe jours pour 2 ir
1 Consultant international et deux consultant nationaux pendant 20 jours 4 Réunions des commissions techniques (20 personnes/réunion) Attelier de validation d'une journée parte 60 personnes/réunion)	Atelier d'1 journée pour 50 participants	de cir ours liidati urs p	Prestations de cinq consultants pendant 20 jours Atelier de validation de 2 jours pour 50 personnes en 2022	Atelier d'élaboration de 6 jours pour 30 personnes en 2019	Réunion d'une joumée pour 150 participants	novens humains.	Deux consultants internationaux et deux consultants nationaux pendar 60 iours	Réunion d'une journée pour 80 participants	Prestation d'un consultant pendant 15 jours	Descentes trimestrielle conjointes (PNLS-CNLS) de 5 jours pour 2 personnes+chauffeur
				s plans	<del>                                     </del>	dispose des n	ationale D Lutte do	_	E &	
118-2022 et	r de diffusio	rcours du P.	PSN 2018-	parallèlemen LS et du PN	ion annuelle le contre le s lus /Corps	EP/CNLS	Setimation n Dépenses de JES) en 201	ronde de m	tional de Mo gestion de se en œuvre	ons de suivi e en œuvre PR
Elaborer le PSN 2018-2022 et 2023 -2027	Organiser un atelier de diffusion du PSN 2018-2022	Evaluation à mi- parcours du PSN 2018- 2022	Evaluation finale du PSN 2018-2022	Elaborer et valider parallèlement les plans d'action du SEP/CNLS et du PNLS	Organiser une session annuelle de mobilisation à la lutte contre le SIDA avec tous les Ministres /élus /Corps Diplomatiques /SNU autour de la JMS	Produit 5.1.2: Le SEP/CNLS dispose des moyens humains. matériels et financiere nour seement le constitute de la constitute de	Mener une étude d'estimation nationale des Ressources et Dépenses de Lutte contre le SIDA (REDES) en 2019 et 2022	Organiser une table ronde de mobilisation des ressources	Elaborer un plan National de Mobilisation des ressources et de gestion des risques financiers pour la mise en œuvre de la réponse au VIH	Organiser des missions de suivi et évaluation de la mise en œuvre des subventions par les PR
5.1.1.4	5.1.1.5	5.1.1.6	5.1.1.7	5.1.1.8	5.1.1.9		5.1.2.1	5.1.2.2	5.1.2.3	5.1.2.4

30 187	140 000	59 031	1 368		133 477	122 168	5.113	71317		0,009	68 940	42 568	13.913	12.815
				en place										
Réunion semestrielle de 60 participants	Acquisition de 4 véhicules	Payer les frais de fonctionnement mensuels	Payer les primes du personnel du SEP/CNLS	nse communautaire est définie et mise en place	Réunion trimestrielle provinciale de 20 personnes	Atelier annuel provincial de 2 jours pour 30 personnes	Réunion semestrielle de 30 participants	Réunion annuelle provinciale de 50 participants	orielle est assurée et décentralisée	Réunion annuelle nationale de 80 participants	Réunion annuelle provinciale de 50 participants	Formation de 220 membres des USLS en 4 sessions de 55 personnes chacune pendant 5 jours	Formation de 100 PE des ministères en 5 sessions de 20 personnes pendant 3 jours	Réunion semestrielle regroupant 60 personnes
Organiser des réunions d'évaluation semestrielles sur l'utilisation des ressources allouées à la mise en œuvre de la réponse au VIH	u Matériel Roulant int de sa mission.	Assurer les frais de fonctionnement du SEP/CNLS	Assurer la rémunération des primes du personnel du SEP/CNLS	Produit 5,1.3 : La coordination de la réponse communauta	Etablir une cartographie des intervenants par Province/commune/ Colline/Quartier	Etablir un plan d'action commun des acteurs communautaires dans la Province et une répartition des tâches par commune	Organiser des réunions d'échanges d'expériences et de partage de bonnes pratiques entre intervenants	Produire un plan d'action spécifique pour les villes et les centres urbains.	Produit 5.1.4 : La coordination multisectorielle est assurée et décentralisée	Mener un plaidoyer auprès des Ministères pour intégrer la dimension VIH dans les plans d'action des Ministères	Mener un plaidoyer auprès des collectivités locales pour intégrer la dimension VIH dans les plans d'action des Ministères	Renfoncer les capacités des membres des USLS	Appuyer les USLS pour la mise en place de la paire éducation dans les Ministères	Organiser des réunions de coordination, d'échange d'expérience et de bonnes pratiques entre les USLS
5.1.2.5	5.1.2.6	5.1.2.7	5.1.2.8	ļ	5.1.3.1	5.1.3.2	5.1.3.3	5.1.3.4		5.1.4.1	5.1.4.2	5.1.4.3	5.1.4.4	5.1.4.5

114 013	454 450	124 420	1 439	18 659	37 077	146 879		17 000	220 150	200.000	220 000	1 620	157 250
												ŧ	
												ŧ	
								anté.				F	
								eur de la s				ŀ	
								e du secte					
								la repons					
								an alknan				F	
							lo mico on						
Rémunération du personnel, fournitures de bureaux, fournitures eau et électricité, gardiennage, équipement informatione.	Réunion semestrielle de coordination pour 30 participants	ue est assurée	Atelier de 3 jours pour 20 participants en 2019	Une réunion trimestrielle d'une journée regroupant 60 participants	Réunion trimestrielle de 20 participants pour chaque comité (5 comités)	Comité national de 34 personnes chaque trimestre Comité provincial de 10 personnes chamine frimestre	dans ses capacités de coordination et d	Prestations de 2 consultants internationaux pendant 10 jours	Stage de formation de 7 personnes pendant 10 jours chaque année	Achat de 10 camionnettes	Payer les frais de fonctionnement mensuels	Payer les primes mensuelles du personnel du PNLS	Il s'agit d'une formation de 10 jours à l'étranger à raison de 5 personnes par an
Appuyer le fonctionnement des comités provinciaux de lutte contre le SIDA	Organiser les réunions de coordination des CPLS	Produit 5.1.5 : La coordination thématique est assurée	Elaborer /actualiser les TDrs /cahiers de charge des différents comités thématiques (é-TME, Gestion intrant VIH/IST, Suiviévaluation, Prévention et traitement, Droits Humains et Genre).	Tenir une réunion trimestrielle de coordination des intervenants dans la lutte contre le VIH	Appuyer la mise en place /redynamisation et le fonctionnement des comités Thématiques.	Appuyer le fonctionnement du Comité National et des Comites provinciaux de coïnfection TB/VIH.	cé d	Assurer la formation de 15 membres du personnel pour répondre aux besoins du programme.	Appuyer les missions d'échanges d'expériences avec d'autres pays pour 7 membres du personnel.	Doter le PNLS du Matériel Roulant pour l'accomplissement de sa mission.	nt du	_	Assurer la Formation du Personnel du Programme pour l'acquisition de l'expertise requise (finance et Comptabilité, audit, gestion
5.1.4.6	5.1.4.7		5.1.5.1	5.1.5.2	5.1.5.3	5.1.5.4		5.1.6.1	5.1.6.2	5.1.6.3	5.1.6.4	5.1.6.5	5.1.6.6

	programmatique, planification suiviévaluation,).		
5.1.6.7	Elaborer un plan de mobilisation des ressources pour le financement du programme Médicale.	Prestation d'un consultant national 87 pendant 15 jours	3 750
	Effet 5.2 : Le système d'information sanitaire de routine (V	ire de routine (VIH) est renforcé et opérationnel	
	Produit 5.2.1: Les documents des normes	Produit 5,2.1: Les documents des normes des systèmes d'information sont produits et diffusés	
5.2.1.1	Elaborer un manuel opérationnel de suivi- évaluation		5.494
5.2.1.2	Elaborer un plan d'assurance qualité des données		5 494
	Produit 5.2.2: Le système de gestion des	Produit 5.2.2 : Le système de gestion des informations VIH/sida et IST est renforcé et opérationnel	
5.2.2.1	Tenir la réunion trimestrielle du groupe technique S&E sur le VIH		11 278
5.2.2.2	200	Atelier de 5 jours pour 30 personnes en 2019	6 145
5.2.2.3	Multiplier les outils standardisés de collecte des données sanitaire		3 373
5.2.2.4	Former/recycler les prestataires sur la nouvelle base de données SIDA-INFO	Formation de 1200 prestataires en 40 sessions de 30 participants chacune pendant 4 jours	142 562
5.2.2.5	Assurer la maintenance du parc informatique dédié au suivi évaluation et finance aux niveaux central, intermédiaire et périphérique.		161 837
5.2.2.6	Payer mensuellement les connexions internet pour l'échange de données en ligne	Frais de connexion internet pour 686 sites ARV	694 488

5.2.2.7	Organiser des missions de supervision d'encadrement, dépannage aux niveaux des sites de PEC pour les bases de	Descente trimestrielle de l'informaticien+ chauffeur pendant 5	
donnée Former	données SIDA info. Former et recycler 2 personnes par FOSA		7.027
Organit Isers d	Organiser une participation de 4 Super users de la DSNIS à une Academie	de 5 jours en 2019 Stage de formation de 4 personnes pendant 15 jours chacun	49 156
Organi var an les BF	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	6 044
Organi par an CDS	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 iours	205 272
)rgani alidat	Organiser des ateliers trimestriels de validation des données TB/VIH et PALU	Atelier trimestriel de 5 jours pour 20 personnes dans chaque BPS	88.040
riganis onnée iructur	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
onnée ar Dis	Organiser des audits semestriels des données VIH/TB au niveau de 2 structures par District par le niveau central.		108 785
rganis Jalité	Organiser des réunions d'analyse de la qualité des données	Atelier semestriel de 30 personnes p	1
rgani: nappi nnée	Organiser 1 mission internationales par an en appui à l'assurance qualité des données du DHIS2	_	15 000
rganis supe veau anciè	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
rganis supe rs le r	Organiser trimestriellement des missions de supervision integrée du niveau central vers le niveau provincial (Programme, Finance, S/E, Coordination)	Supervision trimestrielle de 3 personnes + chauffeur pendant 5 jours	12 087

	Effet 5.3 : Le système de surveillance du VIH Sida est renforcé et opérationnel	AH Sida est renforcé et opérationnel
	Produit 5.3.1 : Les rapports de surveillance sentinelle du	e sentinelle du VIH sont disponibles chaque année
5.3.1.1	Organiser la surveillance du VIH dans les sites sentinelles	Formation de 40 prestataires des sites sentinelles pendant 3 jours en 5.031
5.3.1.2	Collecte mensuelle des données des sites sentinelles	Descente de 4 équipes de 2 personnes+ chauffeur pendant 5 jours
	Produit 5.3.2 : Les résultats (études /rec	Produit 5.3.2 : Les résultats (études /recherches/évaluations et enquêtes) sont disponibles et utilisés pour la prise de décision
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
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
	Effet 5.4 : Les résultats et les interventio	Effet 5.4 : Les résultats et les interventions du programme national sont connus par les populations
	Produit 5.4.1 : Les résultats en matières d	Produit 5.4.1 : Les résultats en matières de VIH /SIDA sont disséminés à travers différents canaux d'information.
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
5.4.1.2	Payer l'hébergement du site web du PR	Contrat annuel avec un hébergeur de sites web
5.4.1.3	Organiser une journée d'information sur la situation épidémiologique du VIH et SIDA	Atelier annuel d'une journée pour 60 15 094 participants
5.4.1.4	Produire, Multiplier et diffuser le bulletin épidémiologique annuel du VIH/Sida/IST	Imprimer 50 copies du bulletin 7 027 épidémiologique
	Effet 5.5 : Un système de planification ax	Effet 5.5 : Un système de planification axé sur les résultats est mis en place et opérationnel à tous les niveaux
	Produit 5.5.1: Un plan annuel consolidé(F	Produit 5.5.1: Un plan annuel consolidé(PAC) de tous les intervenants en matière du VIH est disponible
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
5.5.1.2	Organiser des réunions d'orientation, de revues et de planification incluant le	Atelier semestriel de 30 participants chaque chacun pendant 2 jours dans chaque

Page 113 sur 122

B,