

**Conseil National de lutte contre le Sida**  
**Secrétariat exécutif permanent.**

[www.cnlsburundi.bi](http://www.cnlsburundi.bi)

REPUBLIQUE DU BURUNDI



***Secrétariat Exécutif Permanent du CNLS***

**Bilan des Réalisations  
du Plan d'Action National  
de Lutte contre le SIDA 2011**

## TABLE DES MATIERES

<b>I. RESUME EXECUTIF.....</b>	<b>5</b>
<b>II. INTRODUCTION .....</b>	<b>20</b>
<b>III. LES REALISATIONS TECHNIQUES .....</b>	<b>24</b>
<b>IV. REALISATIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES .....</b>	<b>55</b>
<b>V. CONTRAINTES, LECONS TIREES ET PERSPECTIVES .....</b>	<b>64</b>
<b>VI. CONCLUSION .....</b>	<b>65</b>

## ***LISTE DES ABBREVIATIONS***

AC	: Animateur Communautaire
AGR	: Activités Génératrices de Revenus
ANECCA	: African Network to Care for Children with AIDS
APRODIS	: Appui au Programme de Décentralisation et d'Intensification de la Lutte contre le Sida
ARV	: Antirétroviraux
ASBL	: Association Sans but Lucratif
BPS	: Bureau Provincial de Santé
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CDV	: Centre de Dépistage Volontaire
CHUK	: Centre Hospitalier Universitaire de Kamenge
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
COCOLS	: Comité Communal de lutte contre le SIDA
CPLS	: Comité Provincial de lutte contre le SIDA
FWA	: Friends Women's Association
GIPA	: Grande Implication des Personnes vivant avec le VIH et le sida
GTE	: Groupe thématique ONUSIDA élargi
GTZ	: Coopération Technique Allemande
IEC	: Information-Education-Communication
IO	: Infection Opportuniste

IPPTE	: Initiative des Pays Pauvres Très Endettées
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
OEV	: Orphelins et autres Enfants Vulnérables
OSC	: Organisations de la Société Civile
PAN	: Plan d'Action National
PEC	: Prise en charge
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
PMLSAO	: Projet Multisectoriel de lutte contre le SIDA et d'Appui aux Orphelins
PSI	: Population-Santé-Information
PTPCE	: Projet de Travaux Publics et de Création d'Emploi
SEP/CNLS	: Secrétariat Exécutif du Conseil National de lutte contre le SIDA
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNU	: Système de Nations Unies
USLS	: Unité Sectorielle de lutte contre le SIDA
UNICEF	: United Nations Children Fund
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

## I. RESUME EXECUTIF

### **But 1 : Réduction de la transmission des IST/VIH par le renforcement et l'élargissement des interventions de prévention**

#### *Résultats obtenus*

Au cours de l'année 2011, la sensibilisation par des animateurs communautaires et pairs éducateurs s'est poursuivie à travers 130 260 séances tenues et la formation de 4 863 pairs éducateurs. Les séances ont pu toucher dans l'ensemble 2 646 364 personnes dont 521 563 ont bénéficié du thème sur les connaissances générales tandis que les autres thèmes comme le dépistage volontaire, la PTME, la promotion du préservatif, la PEC des PVVS, la PEC des OEV, l'impact du VIH/sida, les violences sexuelles, la protection des droits des PVVS et de ceux des OEV ont touché respectivement 388 914; 561 800; 377 597; 165 193; 120 913; 205 185; 107 860 ; 95 832 et 101 507 personnes. Les personnes issues des GPHR (Groupes de personnes à haut risque) au nombre de 84 736 dont 925 issues des minorités sexuelles (825 homosexuels) ont bénéficié d'un paquet approprié de services de prévention. Les personnes à haut risque ont été ciblées par 62 sous projets financés à travers tout le pays et proviennent des groupes suivants : jeunes des collèges communaux, travailleurs saisonniers, Batwa, pêcheurs, travailleuses de sexe, démobilisés, célibataires géographiques, etc. Une action spécifique a été faite en faveur de 21 448 travailleuses de sexe dans le cadre du projet « Provision d'un paquet intégré de services VIH/SR aux Travailleuses de Sexe de la Mairie de Bujumbura et du centre urbain de Rumonge » et du Projet PRIDE Société Civile. Ce projet qui a été exécuté par l'ONG internationale PSI-Burundi en collaboration avec quelques associations de lutte contre le SIDA a aussi produit dans ce cadre le rapport de l'étude Tracking Results Continious (TRAC) dont la validation a été faite au cours du 2ème trimestre 2011.

La distribution et la vente des préservatifs se sont poursuivies au cours de cette année 2011.

Sur les 15 000 000 préservatifs masculins prévus pour 2011, 8 353 675 ont été distribués et 165 484 préservatifs féminins ont été distribués sur les 60 000 prévus ; au total 8 519 159 préservatifs ont été distribués au cours de l'année 2011. PSI Burundi a vendu 2 000 260 préservatifs au cours de la même période sur 1 425 000 prévus, soit un taux de réalisation de 140%.

On notera également que 1 288 764 préservatifs masculins et 40 980 préservatifs féminins ont été distribués gratuitement dans le cadre de la convention SEP/CNLS-PSI pour la mise en œuvre du projet susmentionné, 180 000 gels lubrifiants ont été distribués aux minorités sexuelles et travailleuses du sexe. Un accent particulier a été mis sur l'autonomisation du réseau de distribution du préservatif de marketing social dans le souci de bâtir un système perenne de collaboration avec le secteur privé. A ce jour, PSI/Burundi a mis en place un réseau de 25 grossistes distributeurs du préservatif Prudence Class® possédant chacun un réseau de détaillants pour divers produits alimentaires et de grande consommation par lequel le préservatif Prudence Class® a été introduit pour une circulation rapide et autonome sur l'ensemble du pays.

Par ailleurs, l'équipe de vente de PSI/Burundi s'est attelée à l'animation et au suivi des points de vente du réseau des grossistes et semi-grossistes dans le but de redynamiser et d'agrandir le réseau de distribution du préservatif de marketing social. Cette stratégie vise d'une part, à étendre la couverture des points de vente en préservatifs Prudence Class® et d'autre part, à augmenter le taux de pénétration du produit afin qu'il soit à portée de main des groupes cibles prioritaires.

La proportion des préservatifs vendus par rapport aux préservatifs masculins distribués est de : 19%, soit 2 000 260 sur 10 353 935 qui est la totalité des vendus et des préservatifs distribués.

Au cours de cette année 2011, le dépistage volontaire du VIH a concerné 514 548 tests sur les 177 176 prévus pour l'année soit 290% et 13 020 cas parmi eux sont positifs soit un taux de 2,5%. Le nombre de dépistés ayant récupéré les résultats est de 510 224 personnes soit 99%. Cette activité est réalisée dans 549 CDV sur 200 CDV attendus pour 2011, soit un objectif atteint à plus de 271%. Des réactifs pour le dépistage du VIH y compris dans le cadre de la PTME ont été acquis. Des prestataires au nombre de 84 ont été formés à la manipulation des tests de dépistage rapide du VIH selon le nouvel algorithme.

Nous avons noté cependant une rupture des tests de dépistage de confirmation au cours du premier semestre de cette année 2011. Cela a été dû d'une part au test de confirmation Génie II qui n'était plus fabriqué alors que le Génie III qui l'a remplacé n'était pas encore préqualifié par l'OMS et ne pouvait donc pas être accepté par les bailleurs de fonds. Par ailleurs, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida a initié une revue de l'algorithme de dépistage qui a abouti pour le test de confirmation à HIV 1/2 STAT-PAK Dipstick tests qui est déjà réceptionné.

Les infections sexuellement transmissibles ont fait objet des interventions au cours de cette année 2011 notamment par la disponibilisation des médicaments et 64 338 cas ont été diagnostiqués et traités.

Au niveau de la sécurité transfusionnelle, on notera que toutes les 40 709 poches de sang collectées sur les 30 000 prévues (CNTS, CRTS Ngozi et CRTS Gitega) ont été testées à 100 % pour le VIH et les autres infections transmissibles par le sang.

Quant à la PTME, 2 670 nouvelles mères enceintes séropositives et 2039 nouveau-nés ont bénéficié du traitement prophylactique ARV au cours de cette même année 2011. Des prestataires au nombre de 186 ont été formés sur la prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH. L'appareil PCR a été rendu fonctionnel depuis la fin de l'année 2011 à l'INSP et des tests ont été effectués.

La circoncision masculine a été introduite parmi les stratégies de réduction de la transmission du VIH et 4245 personnes ont pu être circoncises.

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

- Des possibilités d'assurer un meilleur suivi de cette réponse sont garanties grâce aux comités provinciaux de suivi évaluation mis en place avec un mandat approprié pour ces responsabilités ;
- La promotion de la gestion basée sur les résultats auprès des acteurs de terrain prédispose aux meilleurs résultats ;
- Les documents d'opérationnalisation de la circoncision masculine sont prêts pour mettre à l'échelle cette stratégie avérée de prévention ; l'indicateur « circoncision masculine » a déjà été intégré dans les indicateurs du Manuel de procédures du Financement basé sur la performance (FBP) ;
- Les activités sont désormais intégrées au sein des structures sanitaires (structures offrant CDV-PTME-ARV et activités nutritionnelles à la fois);
- Le système de référence et contre référence est fonctionnel ;
- L'opérationnalisation de la circoncision masculine a déjà démarré et est effective dans les structures de soins.
- L'intégration du dépistage du VIH et de la PTME dans les centres de santé est l'une des stratégies tenues en compte par l'engagement politique pour accélérer la couverture de la PTME

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

- La couverture des CDV n'est pas encore suffisante surtout en milieu rural. Dans l'ensemble, il y a 1 CDV pour 16 635 personnes.
- Les structures de soins elles- mêmes qui devraient intégrer les services CDV sont encore au stade de 1/12 000 personnes alors que la norme de l'OMS est de 1/10 000 personnes ;
- Dans certaines structures, les personnes qui font le dépistage sont obligées de revenir un autre jour pour récupérer les résultats. Pourtant, l'algorithme utilisé permet de donner les résultats immédiatement et rien n'empêcherait que le prestataire fasse à la fois le conselling pré test, le prélèvement ainsi que l'annonce de résultats.
- L'insuffisance de sites PTME dans la plupart de provinces et très peu de femmes enceintes qui se font dépister ;
- Les prestataires de santé éprouvent des difficultés à faire le suivi des bébés nés de mères sous protocole PTME;
- Certains clients doivent parcourir de longues distances (plus de 15 km) pour avoir accès aux services PTME ;
- Il y a persistance de comportements à risque de propagation du VIH tel que la polygamie saisonnière, le non usage du préservatif, la forte présence des femmes à partenaires multiples ;
- L'alimentation alternative du nourrisson né d'une mère séropositive reste problématique et les médiateurs de santé sont confrontés régulièrement à ce problème notamment l'insuffisance ou manque de lait de substitution;
- La non adhésion des partenaires des femmes à partenaires multiples à l'usage du préservatif ;

- Les ruptures de stock en tests rapides de première intention ou de confirmation ont de manière générale handicapé la prise en charge globale, le dépistage en particulier
- L'insuffisance d'intégration de la PTME dans les services de santé de la reproduction occasionne des déperditions de femmes enceintes venues en CPN en particulier;

## **But 2 : Amélioration du bien-être et de la qualité de vie des PVVIH et des personnes affectées par le VIH et le sida**

### ***Résultats obtenus :***

Au niveau de la prise en charge des infections opportunistes, 64 247 cas d'infections opportunistes ont été traités sur 48 603 prévus pour toute l'année (soit 132% de l'objectif annuel). Quant au renforcement des capacités, 98 prestataires ont été formés sur la prise en charge de la coinfection TB-VIH. Pour le traitement ARV, 26 402 PVVS ont été traités enfants et adultes confondus, sur 25 500 prévus dans le PSN 2007-2011 pour l'année 2011, soit 103% de l'objectif fixé. Le taux de rétention après 12 mois de traitement ARV est à 90%. Cependant au regard des besoins, le résultat atteint représente 39% de la couverture des besoins. Par manque de disponibilité de fonds, seulement 242 prestataires de soins sur 900 prévus, soit 27% ont été formés sur la dispensation du traitement antirétroviral. La prise en charge psychosociale est généralement faite au niveau des organisations de la société civile (OSC). Les principales OSC qui interviennent dans ce domaine sont : la SWAA à travers ses 8 antennes, l'ANSS à travers ses 4 antennes, la Nouvelle Espérance, le Service Yezu Mwiza, l'ALCS Tabara, Nturingaho, le CED Caritas, la FVS à travers ses 3 antennes, l'association RAMA, l'ACVS, APECOS, IZERE Kirundo etc. Au total 30 723 PVVIH ont bénéficié d'une prise en charge psychosociale dans toutes les structures. La formation sur la prise en charge psychosociale a touché 311 prestataires. Sur un nombre de 15 553 PVVIH prévu, 11 054 personnes ont bénéficié d'un soutien nutritionnel.

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

- Les activités de soins, traitement et soutien sont intégrées car les structures offrent à la fois des services CDV – PTME – ARV – IO - Appui nutritionnel et PEC psychosociale;
- Le personnel a été bien formé pour le volet du suivi biologique ;
- Il y a ouverture progressive de sites de traitement ARV ;
- En général, il existe une bonne collaboration entre les structures publiques et privées ;
- Les fonds pour l'achat des médicaments y compris les ARV sont disponibles.

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

- Il y a absence d'appui nutritionnel aux PVVIH qui ne sont pas sous ARV;
- Il y a absence de moyens de transport pour les visites à domicile et de soutien matériel.
- Les PVVIH non encore sous ARV hospitalisées les plus démunis manquent d'assistance ;

- Les sites de prescription en ARV sont encore en nombre insuffisant ;
- Le suivi immunovirologique des patients est insuffisant à cause du problème de maintenance des équipements.

### **But 3 : Réduction de la pauvreté et des autres déterminants de la vulnérabilité face au VIH**

#### ***Résultats obtenus :***

Les activités génératrices de revenus en faveur des PVVIH les plus démunies ont été financées pour les bénéficiaires membres du Réseau Burundais des Personnes vivant avec le VIH et les autres bénéficiaires non membres du réseau. Ainsi, 5 744 PVVIH (dont 3175 TS séropositives) ont été soutenues économiquement à travers les AGR tandis que 586 PVVIH ont été réinsérées dans les activités socioprofessionnelles après la formation.

Dans le domaine de l'appui aux orphelins et enfants vulnérables, un appui a été apporté à 91 572 OEV pour leur scolarisation. Une assistance médicale a été apportée à 24 878 enfants affectés par le SIDA y compris l'assistance psychologique pour 14 343 et la prise en charge nutritionnelle pour 6 496 d'entre eux. Une formation sur les droits de l'enfant a été donnée à 1 040 membres des comités de protection de l'enfant. Grâce aux médiations communautaires initiées par les comités collinaires de protection des enfants, 2514 OEV ont bénéficié de l'appui pour la protection de leurs droits. Dans le cadre de la concertation avec les partenaires intervenant dans la prise en charge des OEV, 5 réunions de coordination ont été organisées par le Ministère en charge de la Solidarité nationale et au cours de ces réunions, une présentation des résultats de l'actualisation de la base de données sur les OEV a été faite de même que la restitution des résultats de l'Etude sur la fonctionnalité des comités de protection de l'enfant (CPE) et leurs besoins en renforcement des capacités. Au cours de cette année 2011, deux autres rapports d'étude sur les OEV ont été produits à savoir le rapport final de l'Etude d'évaluation des besoins des enfants affectés par le VIH et le sida réalisée dans le cadre du PMLS II et le rapport de l'Analyse de la situation de référence des OEV dans le cadre du projet PRIDE. Les organisations de la société civile ont continué le combat pour la promotion des droits des PVVIH et des OEV notamment les antennes du RBP+. Dans ce cadre, 73 PVVIH ont bénéficié d'une assistance juridique.

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

- L'appui en AGR bien organisé atténue la vulnérabilité socio-économique des enfants chefs de ménage et améliore la qualité de vie des PVVIH.
- Les comités de protection des enfants dont les capacités sont renforcées constituent une source sûre et pérenne de protection des droits des OEV.
- Il y a des efforts de coordination visibles dans le domaine des OEV.

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

- Un nombre important d'OEV et un appui minime par rapport aux effectifs ;
- La scolarisation des OEV n'est pas tout à fait gratuite à cause des frais connexes ;
- L'insuffisance de familles tutrices pour les orphelins vivant avec le VIH et le sida liée à la stigmatisation qui persiste ;
- Un manque de soutien nutritionnel pour les OEV en général.

### **But 4 : Amélioration de la Gestion et de la Coordination de la Réponse nationale multisectorielle au VIH et le sida dans le respect des « Trois Principes ».**

#### ***Résultats obtenus :***

Les outils standardisés de collecte ont été produits et ont été diffusés dans certaines provinces et vont l'être incessamment dans d'autres qui restent sur financement du projet PRIDE. La formation des formateurs sur le SIG a été organisée en 2010 et la formation élargie sera organisée après acquisition de nouvelles licences. L'appui à l'amélioration des données sanitaires a eu lieu, les audits des données des 4 trimestres ont été organisés. La capacité de recherche du CNR a été renforcée. Plusieurs sessions de formation des formateurs et des prestataires sur l'utilisation de sida info ont été organisées (formations et recyclage).

La production des rapports trimestriels de suivi du plan d'action national de lutte contre le SIDA 2011 a été poursuivie.

Des sessions de coordination des organisations de la société civile ont eu lieu sur des thématiques d'actualité qui consistaient à les familiariser sur le nouveau mode de partenariat prenant en compte les différentes sources de financement et les priorités basées sur la production des résultats. Cela s'est fait à travers des ateliers régionaux qui ont eu le bénéfice d'accélérer la mise sur pied des comités provinciaux de suivi évaluation scellant ainsi un mécanisme de partenariat CPLS-OSC. Des fois, ces réunions ont donné lieu à la révision des contrats des OSC pour que leurs activités contribuent à alimenter le cadre de résultats.

Au niveau des efforts de mobilisation des ressources, on notera l'invitation par le Fonds Mondial à soumettre la demande de la deuxième phase qui a été acceptée par principe mais l'accord de don n'est pas encore signé. A cause de la crise financière mondiale, le Round 11 au Fonds Mondial a été annulé alors qu'il constituait une opportunité de mobilisation de fonds.

Nous noterons cependant que pendant la période sous analyse, le second projet multisectoriel de lutte contre le Sida financé par la Banque Mondiale a été clôturé au 30 juin 2011 et que le financement additionnel qui avait été demandé par le Gouvernement du Burundi n'a pas été obtenu auprès de cette institution. Une période de grâce de 4 mois a été obtenue auprès de la Banque mondiale pour élaborer le rapport d'achèvement et permettre la clôture définitive du PMLS II. La majorité du personnel du SEP/CNLS qui émargeait sur ce projet a dû être renvoyé.

Des activités de plaidoyer et de mobilisation de ressources pour le fonctionnement du SEP/CNLS sont en cours auprès du Gouvernement et du Fonds Mondial.

***Les forces et opportunités :***

- Les équipes techniques ont des profils requis et de l'expérience pertinente face à leur mandat ; toutes les structures participent à la collecte des données dans les provinces ;
- Les fiches de collecte utilisées par les structures associatives et publiques sont remises aux structures de coordination : CPLS/ OSC/ BPS/District.

***Les faiblesses***

- La question de pérennisation de la structure centrale de coordination du SEP/CNLS se pose depuis la clôture du MAP II à la fin du mois de juin 2011 ;
- Presque tous les COCOLS ont été mis en place, mais rares sont ceux qui sont fonctionnels ;
- Une faiblesse des structures décentralisées qui conditionnent leur fonctionnement à l'existence du financement des activités des CPLS.

**TABLEAU 1 : RECAPITULATIF DES INDICATEURS DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2011**

<b>Indicateurs d'impact et de Résultats</b>	<b>Données de base en décembre 2010</b>	<b>Prévisions annuelles 2011</b>	<b>Réalisations annuelles 2011</b>	<b>Taux de réalisation</b>	<b>Observations</b>
Nombre de pairs éducateurs formés et AC			4 863		
Nombre de séances de sensibilisation tenues par les AC et pairs éducateurs	243 906		130 260		
Nombre de personnes sensibilisées par ces pairs éducateurs et AC et par thème :					
- Connaissance et prévention du VIH/IST	866 314		521 563		

- Dépistage volontaire	823 267		388 914		
- PTME	636 134		561 800		
- Promotion du préservatif	576 073		377 597		
- Prise en charge des PVVIH	197 557		165 193		
- Prise en charge des OEV	127 197		120 913		
- Impact du VIH/SIDA	312 180		205 185		
- Violences sexuelles	196 472		107 860		
- Protection des droits des PVVIH	141 344		95 832		
- Protection des OEV	75 414		101 507		
Nombre de préservatifs masculins distribués	13 347 561	15 000 000	8 353 675	56%	La nouvelle politique nationale du préservatif recommande d'augmenter progressivement la part relative au marketing social du préservatif pour la pérennité
Nombre de préservatifs féminins distribués	172 910	60 000	165 484	276%	
Nombre de préservatifs vendus		1 425 000	2 000 260	140%	

Nombre de préservatifs masculins distribués par PSI	1 462 956	1 500 000	1 288 764	86%	
Nombre de préservatifs féminins distribués par PSI		59 500	40 980	69%	
Couverture en matière de conseil et dépistage volontaire (nombre de CDV)	394	200	541	271%	
Nombre de personnes conseillées et dépistées pour le VIH	433 771	177 176	514 548	290%	
% de séropositifs parmi les personnes dépistées volontairement	5,3%	5%	2,67%		La performance est bonne par rapport à cet indicateur car la tendance observée est la baisse ce qui est souhaitable (diminution du taux chez les personnes dépistées en général et dans la population générale ce qui corrobore avec les données des enquêtes BSS de seconde génération et EDS)
Le nombre de dépistés ayant récupéré les résultats	392 838	177 176	510 224	288%	
Nombre de cas d'IST dépistés et traités selon l'approche syndromique	43 453	16 290	64 338	395	Les efforts de sensibilisation de la population sur les IST ont amené les personnes souffrant d'IST à se faire soigner dans les centres de santé diminuant ainsi

					l'automédication et faisant augmenter les effectifs dans les structures de soins. Les résultats atteints vont nous permettre de revoir les cibles pour la deuxième phase.
Nombre de poches de sang collectées et testées pour le VIH au CNTS	27 692	30 000	40 709	136%	Les poches ont toutes été testées (VIH, HBV, HVC et syphilis) avant la transfusion à 100%.
Taux de séroprévalence du VIH chez les donneurs de sang	0.41%	0,2%	0,49%	40.81%	
Nombre de femmes enceintes séropositives recevant une prophylaxie antirétrovirale complète pour réduire le risque de transmission mère-enfant	2 662	6 318	2 670	42%	La non adhésion des hommes à la PTME et le faible taux de dépistage parmi les femmes enceintes. Les cibles avaient été également trop ambitieuses car elles étaient fixées en fonction des estimations de l'ancienne version Spectrum qui surestimait les besoins (Une nouvelle version a été conçue par ONUSIDA et de nouvelles estimations ont été faites).
Nombre de nouveau-nés de mères séropositives ayant reçu un traitement prophylactique	979	6 318	2 039	32.27%	
% de femmes enceintes fréquentant les cliniques de		94%	98.72%	104.2%	

CPN dépistées pour le VIH					
% de femmes enceintes séropositives parmi celles qui ont fait un dépistage pour le VIH lors d'une CPN		5%	0.84%		La performance souhaitée est de voir la séroprévalence chez les femmes enceintes descendre jusqu'à 5%, elle est descendue jusqu'à 0.84%, l'indicateur tend à la baisse ce qui est souhaitable.
Nombre de femmes bénéficiant d'un accompagnement psychosocial dans le cadre du programme PTME		2 114	278	13%	
Nombre de cas d'IO traités	24 898	48 603	64 247	132.19%	
Nombre de personnes sous ARV adultes	16 807	23 460	24 475	104%	
Nombre d'enfants sous ARV	1867	2 040	1 927	94%	
Nombre d'enfants et d'adultes sous ARV	18674	25 500	26 402	104%	
Nombre de sites de surveillance sentinelle des IST/VIH et le sida fonctionnels.	8	40	8	20%	
Nombre de structures sanitaires dispensant un traitement antirétroviral	97	66	125	189.39%	

Nombre de personnes bénéficiant de la circoncision masculine			4245	114.85%	
Nombre de cas d'IO traitées		48 603	64 247	132.19%	
Nombre de prestataires de soins formés sur le traitement antirétroviral		900	109	12%	
Nombre de structures sanitaires dispensant un traitement antirétroviral		66	105	159%	
Nombre de PVVIH bénéficiant d'un soutien nutritionnel		15 553	11 054	71%	
Nombre de PVVIH insérées et/ou réinsérées dans les activités socioprofessionnelles		510	586	114%	
Nombre de PVVIH démunies et de personnes affectées bénéficiant d'un soutien économique		9 000	5 744	63%	
Nombre de PVVIH bénéficiant d'une prise en charge psychosociale		34 000	3 723	90%	
Nombre de projets financés en faveur des OEV et leurs familles d'accueil		50	96	192%	

Nombre de bénéficiaires des sous projets financés en faveur des OEV		70 000	37 522	53%	
Nombre d'OEV (filles et garçons) âgés de moins de 18 ans vivant dans une famille d'accueil ayant reçu un appui		70 000	37 522	53%	
Nombre de comités collinaires de protection des droits des OEV		2 800	2 339	83%	
Nombre d'OEV ayant bénéficié d'un appui pour la protection de leurs biens	4 181	2 500	3 200	128%	
Nombre d'OEV bénéficiant d'une prise en charge médicale		10 000	24 878	248%	
Nombre d'OEV bénéficiant d'une prise en charge psychologique		16 000	14 343	89%	
Nombre d'OEV scolarisés		70 000	91 572	130.82%	
Nombre d'OEV bénéficiant d'une prise en charge nutritionnelle		ND	6 496		
Nombre de PVVIH et de personnes affectées ayant bénéficié d'une assistance juridique	215	200	73	36%	

Nombre de structures offrant une assistance juridique aux PVVIH, aux personnes affectées et aux groupes vulnérables (OEV, victimes des violences sexuelles, ...)		8	58	725%	
Nombre de communes bénéficiant d'un SIG informatisé	0	129			
% de communes produisant des rapports d'analyse de la réponse pour des fins de planification à leur niveau	100%	100%			
Existence d'un système de surveillance des résistances cliniques et biologiques du VIH aux différentes thérapies	Oui	Oui	Oui		Une surveillance assurée par le CNR
% de réalisation des réunions du CNLS par rapport au nombre statutaire	50%	100%			
% de réalisation des réunions des CPLS, COCOLS et CLS par rapport au nombre statutaire	100% (CPLS et COCOLS), 50% pour CLS	100%			
% de réalisation des réunions de coordination des appuis aux OSC et OIR tenant compte du code de	50%	100%			

financement					
Nombre de projets de la société civile et des organisations à inspiration religieuse financés	65	500	188	37%	
Nombre d'acteurs du secteur privé disposant d'un plan d'action en exécution	55	65	13	20%	

% des ressources financières mobilisées par rapport aux besoins du PAN 2007-2011 (en BIF)	36 850 819 680	19 238 890 177	52%	PRIDE (Gouvernement, Société Civile,) PMLS II, Gouvernement
Montant des fonds nationaux déboursés par le Gouvernement pour la lutte contre le SIDA (en BIF)	845 000 000	425 000 000	50%	Fonds cogérés par le MSPLS et le SEP : le budget de fonctionnement pour 89 millions a été réservé pour le second semestre correspondant à la période de grâce du PMLS II.
Taux de décaissement des fonds mobilisés pour la mise en œuvre (en BIF)	19 238 890 177	11 675 580 324	60.7%	

## I. INTRODUCTION

Le plan stratégique de lutte contre le SIDA 2007-2011 s'exécute à travers des projets diversifiés même si les gaps de financements persistent.

Le Secrétariat Exécutif Permanent du CNLS gère deux projets d'envergure nationale qui sont entrés en vigueur depuis 2009. Il s'agit du Second Projet Multisectoriel de lutte contre le sida financé par l'IDA à travers la Banque Mondiale et le projet PRIDE financé par le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria. Ce dernier comprend aussi un canal de financement additionnel géré pour le compte de la société civile par le Réseau Burundais des Personnes vivant avec le VIH, RBP+. Un autre projet limité aux populations transfrontalières sur l'axe nord du pays est financé par la GLIA.

Dans le cadre de la coopération bilatérale il faut signaler le projet d'appui aux provinces de Rutana et de Ruyigi financé par la coopération allemande (GTZ aujourd'hui GIZ) et le projet financé par l'USAID dans les provinces de Kayanza, Muyinga, Kirundo et très récemment Karuzi exécuté par FHI. A ces projets s'ajoutent les interventions appuyées et gérées par le Gouvernement grâce aux fonds IPPTE et les interventions appuyées par les ressources mobilisées directement par les organisations de la société civile dont des ONG Internationales, des associations nationales sans but lucratif et des entreprises telles que la BRARUDI, la SOCABU, etc. Notons également que, quel que soit l'intervenant, les résultats obtenus sont imputables à un travail en synergie notamment avec les structures du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le sida, d'autres ministères clés et les autorités administratives décentralisées. La dimension multisectorielle autour des trois principes de l'ONUSIDA reste tout de même un idéal vers lequel tendent les efforts de lutte contre le sida au Burundi.

L'un des principaux enjeux mis en exergue par le plan stratégique 2007-2011 était que les groupes à haut risque n'avaient pas fait l'objet d'une attention suffisante dans la mise en œuvre du plan précédent. Ainsi, au cours de la mise en œuvre des actions 2011, le SEP-CNLS a continué à assurer la réponse initiée en 2010 pour ces groupes à haut risque en vue d'améliorer son cadre de résultats dans le cadre du Projet Multisectoriel de Lutte contre le Sida 2. A côté de ce volet préventif exécuté à travers la composante Organisation de la Société Civile, le volet clinique est très fortement appuyé à travers la convention avec le Ministère de la santé publique qui applique la contractualisation généralisée pour l'achat des performances depuis avril de l'année 2010.

Ce rapport présente donc les performances de la réponse apportée aux principaux défis dans les domaines de la prévention, la prise en charge clinique et la gestion et coordination.

## *Prévention*

Grâce aux apports de plusieurs partenaires, les interventions de prévention ont été maintenues en faveur de la population générale. La réponse en faveur des groupes à haut risque a été accélérée avec le recadrage du PMLS 2 recommandé au mois de février 2010 par une mission de supervision de la Banque Mondiale. Malheureusement, le projet financé par cette dernière et qui avait mis les moyens et le temps nécessaire pour trouver une stratégie efficace visant notamment les TS vient d'être clôturé sans montrer comment se fera la relève. Pourtant, une étude de synthèse épidémiologique<sup>1</sup> a confirmé que ces groupes ne sont pas tous ciblés de manière spécifique et qu'ils sont exposés au risque élevé de contamination par le VIH. Il s'agit des corps en uniforme, des personnes déplacées, des homosexuels, des usagers des drogues, des couples discordants, des communautés de pêcheurs, des camionneurs de longue distance, et les travailleuses de sexe dont la séroprévalence atteint 24% pour la tranche de 15- 25 ans et plus de 50% pour la tranche d'âge de 25- 39 ans. La séroprévalence est plus élevée chez les travailleuses de sexe du milieu rural : 29.4% que dans le milieu urbain : 8.3% selon l'étude BSS de 2011. Ce qui présagerait l'accès difficile aux préservatifs selon la synthèse épidémiologique. En plus, même pour la population adulte en général, l'usage des préservatifs est très bas sachant que même les méthodes de prévention sont moins connues (8% chez les déplacés). On comprend donc le besoin de poursuivre et d'intensifier la distribution du préservatif selon la politique nationale et de promouvoir la CCC au sein de ces groupes particuliers.

Les infections sexuellement transmissibles sont identifiées parmi les cofacteurs de l'infection à VIH et c'est dans ce sens qu'au-delà du VIH, le dépistage a été et reste un défi qu'il faut sans cesse documenter et promouvoir étant de surcroît un service en amont d'autres services comme celui de la prise en charge. Un suivi particulier est donc justifié dans le cas des groupes à haut risque comme les femmes enceintes et les travailleuses de sexe pour réussir entre autres la PTME et l'offre des services cliniques.

Pour la PTME, elle devrait être accompagnée par la couverture géographique des sites de consultation prénatale (CPN) dans laquelle elle s'intégrerait par le biais du dépistage initié par le prestataire lui-même. Or, ce n'est pas encore le cas. Grâce aux échanges avec différentes missions d'appui au programme national, on a compris que tant que la femme, comme tout autre client par ailleurs, n'est pas informée des résultats de son test de dépistage immédiatement et sans personne interposée entre elle et le prestataire, ce service sera toujours déficitaire. Malheureusement, le protocole actuel ne donne pas cette opportunité.

La Circoncision masculine (CM) a déjà été prônée comme voie de prévention complémentaire au Burundi. La stratégie pour la mettre à l'échelle a été développée par les consultants recrutés pour proposer un plan d'actions opérationnelles, une stratégie de communication et un manuel de procédures. Actuellement, la circoncision masculine a déjà commencé et on enregistre un taux de réalisation confortable par rapport aux cibles du Projet PRIDE qui atteint 113%.

---

<sup>1</sup> Réalisée au mois de juillet 2010 sur financement de la Banque Mondiale

### ***Services cliniques :***

Au niveau des services cliniques, un certain nombre de sites de traitement ARV étaient déjà disponibles et les équipements pour avoir les normes exigées ont été fournis. Il est important de suivre l'évolution de ce service avec une attention particulière au taux de survie que ce soit pour les enfants et pour les adultes. Cela étant un résultat important, des moyens pour assurer la couverture géographique et des cibles doivent être mis en œuvre. Mais cette couverture restait faible dans ce contexte brossé ici, même si encore une fois, la connaissance de la sérologie est déterminante pour que les sites ne soient pas des infrastructures non sollicitées à plein régime.

Ainsi, en plus de la couverture géographique encore insuffisante en sites de dépistage et de l'absence du dépistage initié par le prestataire avec remise des résultats immédiats, d'autres services sociaux ont un effet sur ce service notamment l'assurance que les personnes infectées reçoivent un traitement gratuit et des appuis psycho social et économique. Les AGR et la prise en charge des OEV répondent à cet impératif comme pont entre la prévention et la prise en charge clinique. Mais il n'y a pas assez de moyens pour offrir ces services.

### ***Gestion et coordination :***

La gestion et la coordination est un axe important de la réponse pour assurer l'unicité des 3 principes directeurs prônés par l'ONUSIDA à savoir un même plan d'action, un même plan de suivi-évaluation et une même coordination.

La gestion accuse non seulement des gaps financiers mais elle risque de s'aggraver avec l'arrêt de l'appui de la Banque Mondiale. L'Etat devrait aussi honorer ses engagements financiers convenus avec les bailleurs pour soutenir les activités de lutte contre le sida.

Quant à la coordination, elle est assurée par le SEP-CNLS sous la tutelle administrative du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida et du CNLS et en partenariat avec des instances clés en l'occurrence le GTO et le CNCA. Il est attendu des clarifications sur le nouveau cadre institutionnel afin de voir si le SEP-CNLS gardera ou améliorera ses prérogatives dans la mobilisation des ressources tant internes qu'externes.

L'unité de suivi évaluation dispose d'un plan national de suivi-évaluation et des ressources humaines aux niveaux central et décentralisé qui s'occupent de la supervision des intervenants, de la collecte, de la saisie et de la consolidation des données avant l'analyse et l'exploitation pour la prise des décisions. Mais le constat est que ces unités ne sont pas très stables particulièrement au niveau décentralisé. Il faudrait remédier à la cause profonde de cette instabilité. Le processus d'harmonisation des outils de collecte a été bien terminé et ils sont en cours de distribution mais les outils de diffusion tels qu'une base Sida Info, un centre de documentation et un site web prévus sont toujours à améliorer.

Il est à signaler que le rapportage trimestriel agrégé en semestre puis en 9 mois et enfin annuel repose essentiellement sur les réalisations dans le cadre des projets gérés directement au niveau du SEP-CNLS. Des rapports plus documentés sur la réponse nationale sont souvent le fruit des revues complètes à mi-parcours ou de fin du plan stratégique. Le flux des données n'était pas encore maîtrisé et ne l'est toujours pas pour canaliser toutes les informations permettant la confection des rapports intégrés.



### III. REALISATIONS TECHNIQUES

**But 1 : Réduction de la transmission des IST/VIH par le renforcement et l'élargissement des interventions de prévention**

**Programme 1 : Réduction de la transmission sexuelle du VIH et des autres IST**

*Résultats attendus à décembre 2011 :*

- Sensibilisation par des actions de proximité et de communication de masse (y compris les campagnes médiatiques) sur la prévention d'au moins 1 million de personnes par 6 650 animateurs communautaires et par les pairs éducateurs déjà formés,
- Financement de sous projets en faveur des groupes à risques (Travailleuses de sexe, déplacés, homosexuels, usagers de drogue, handicapés, femmes en situation monoparentale, les détenus),
- Distribution d'au moins 15 millions de préservatifs masculins et 60.000 préservatifs féminins,
- La politique nationale du préservatif actualisée et diffusée,
- 480 professionnels de santé et conseillers formés,
- Au moins 300 centres de dépistage équipés et fonctionnels,
- Réactifs disponibles pour dépister au moins 177 176 cas,
- Médicaments disponibles pour traiter environ 16 290 cas d'IST.

*Réalisations annuelles 2011*

Les réalisations dans ce programme au cours de cette année ont porté essentiellement sur :

- 40 journalistes et 40 responsables des médias qui ont été formés sur la collecte et le traitement de l'information relative à la santé de la reproduction prenant en compte la problématique du VIH/SIDA.
- 200 émissions et articles sur la prévention du VIH et la santé de la reproduction produits et diffusés.
- Trois DVD sur la campagne PTME multipliés en 280 exemplaires distribués chez les partenaires.
- 73 pairs éducateurs des universités publiques et privées ont été formés sur la communication pour le changement de comportement et l'éducation par les pairs pour la prévention du VIH et la santé de la reproduction.
- 900 pairs éducateurs des jeunes scolarisés formés sur la communication pour le changement de comportement et l'éducation par les pairs pour la prévention du VIH et la santé de la reproduction. Ils ont ensuite sensibilisé 40 105 pairs de leurs établissements respectifs.

- 199 pairs éducateurs des militaires formés sur la CCC et la prévention du VIH /IST dans quatre régions militaires.
- 200 pairs éducateurs des policiers formés et recyclés sur la CCC et le VIH/SIDA/IST.
- 976 jeux concours organisés dans 976 écoles secondaires.
- 264 pairs éducateurs des leaders des Eglises formés.
- La distribution de 8 353 675 préservatifs masculins par les services décentralisés du CNLS et du Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida.
- 165 484 préservatifs féminins acquis et mis à la disposition du PNSR pour en assurer la gestion ont été distribués avec l'appui du projet PRIDE.
- 180 000 sur 792 000 dosettes de gel lubrifiant à usage intime disponibles sont en train d'être distribués chez les utilisateurs.
- Distribution de 5 234 kits de sensibilisation dans le cadre de la prévention du VIH et du SIDA chez les groupes à haut risque.
- Distribution de 34 863 trousseaux de prévention dans le cadre de la provision d'un paquet de services aux travailleuses de sexe.
- Le rapport d'étude qualitative d'acceptabilité des préservatifs féminins déjà transmis et validé par le comité de pilotage.
- Conception et production d'un magazine sur le SIDA « HORUGAVYE » en 5 000 exemplaires.
- Réalisation d'une étude MAP pour identifier les sites de concentration des travailleuses de sexe, les points chauds et les services disponibles pour les travailleuses de sexe dans les zones d'intervention.
- Réalisation d'une étude Trac/CAP pour identifier les facteurs d'opportunités de capacités et de motivation de l'utilisation du condom chez les travailleuses de sexe et leurs recours aux services de prise en charge tant clinique que sociale.

La sensibilisation par des animateurs communautaires et pairs éducateurs s'est déroulée en 130 260 séances tenues tandis que 4 863 pairs éducateurs (jeunes scolarisés, professionnels de sexe, détenus et PVVIH) ont été formés au cours de cette année 2011. Ces séances ont pu toucher 2 646 364 personnes dans l'ensemble. 521 563 personnes ont bénéficié du thème sur les connaissances générales tandis que les autres thèmes comme le dépistage volontaire, la PTME, la promotion du préservatif, la PEC des PVVS, la PEC des OEV, l'impact du VIH/sida, les violences sexuelles, la protection des droits des PVVS et de ceux des OEV ont touché respectivement 388 914; 561 800; 377 597; 165 193; 120 913; 205 185; 107 860; 95 832 et 101 507 personnes. Quant aux personnes issues des GPHR, elles ont été ciblées par 279 sous projets financés à travers tout le pays dont 72 financés par le PMLS 2.

Les résultats déjà atteints par ces sous projets au cours de cet exercice sont 21 448 TS qui ont bénéficié d'un paquet approprié de services de prévention et 107 231 issus d'autres groupes à haut risque: 27 612 jeunes, 1 350 travailleurs saisonniers, 8 220 rapatriés, 10 336 déplacés, 330 Batwa, 1 711 pêcheurs, 400 prisonniers, 3000 usagers de drogue, 26 645 cible PTME, 10 836 OEV. Sur 21 448 TS touchées au cours de cette année 6 290 TS ont été encadrées par PSI-Burundi dans le cadre de l'exécution de son projet financé par le SEP/CNLS couvrant la ville de Bujumbura et le centre urbain de Rumonge.

La distribution et la vente des préservatifs se sont poursuivies au cours de cet exercice 2011 comme nous le montre le tableau suivant.

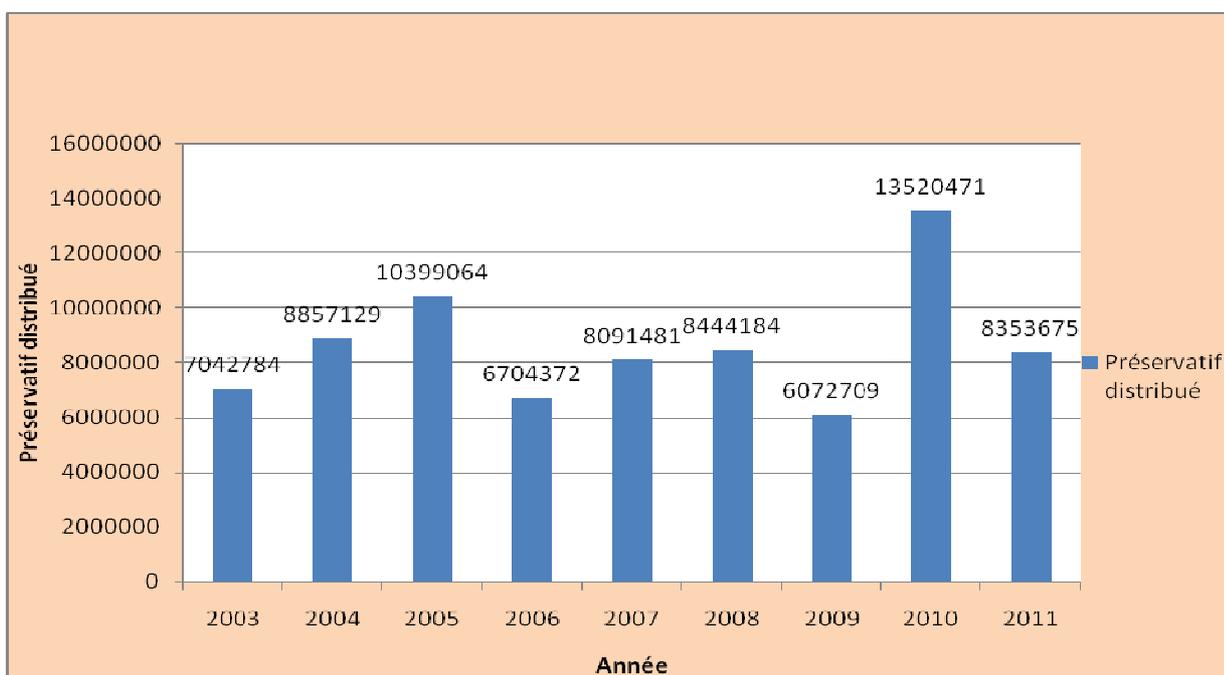
Les activités en faveur des minorités sexuelles ont été exécutées par 11 organisations locales dans le cadre des appuis apportés par le projet PRIDE, la Fondation Roi Baudouin et l'ONG Heartland Alliance. C'est ainsi que 825 homosexuels et 100 filles et femmes bisexuelles et lesbiennes ont eu accès aux différents services de lutte contre le SIDA. Parmi ces effectifs, un total de 115 personnes ont fréquenté un centre de bien être appelé « REMURUKA » et 35 ont bénéficié des services de santé individualisés, 15 des services de counseling individualisé, 17 des services de counseling en groupe et 21 ont des services de réintégration sociale.

Dans le cadre de l'amélioration de la coordination des actions de prévention, les Eglises ont procédé à la mise en place et à l'ouverture solennelle des activités du réseau appelé BUNERELA+.

Une approche appelée SAVE et Anti SSDDIM a été introduite par l'Eglise anglicane et a été vulgarisée dans les provinces de Bururi, Muyinga, Ngozi, Gitega et Makamba ; au total 264 pairs éducateurs ont été formés.

La formation des leaders religieux des Eglises et Mosquées sur cette approche a touché 359 personnes.

**Graphique 1: Nombre de préservatifs distribués de 2003-2011**



Source : CPLS, CMLS

En effet, 8 353 675 préservatifs masculins ont été distribués par les AC au sein de la population sur les 15 000 000 prévus par le PSN soit 55.69% c'est-à-dire qu'une autre partie est encore dans les stocks des COCOLS et CLS. Cette surestimation a été due au fait que les années antérieures on avait supposé que les préservatifs distribués par PNSR aux CPLS étaient tous consommés alors que les CPLS sont des niveaux intermédiaires de distribution avant d'arriver aux consommateurs (population). La population devrait savoir que le préservatif joue un rôle important dans la prévention non seulement du VIH/sida mais aussi des grossesses non désirées et des autres IST. 165 484 préservatifs féminins sur 60 000 prévus dans le PSN ont été distribués. Notons également que la politique nationale du préservatif préconise l'augmentation progressive de la part du marketing social du préservatif.

Au cours de cet exercice 2011, PSI Burundi a distribué 2 000 260 préservatifs masculins et 40 980 féminins dans le cadre de projet ci haut-cité tandis qu'il a vendu 1.255 680 préservatifs Prudence Class® à travers le réseau de marketing social.

Un accent particulier a été mis sur l'autonomisation du réseau de distribution du préservatif de marketing social dans le souci de bâtir un système pérenne de collaboration avec le secteur privé. A ce jour, PSI/Burundi a mis en place un réseau de 11 grossistes distributeurs du préservatif Prudence Class® possédant chacun un réseau de détaillants pour divers produits alimentaires et de grande consommation par lequel le préservatif Prudence Class® a été introduit pour une circulation rapide et autonome sur l'ensemble du pays.

Par ailleurs, l'équipe de vente de PSI/Burundi s'est attelée à l'animation et au suivi des points de vente du réseau des grossistes et semi-grossistes dans le but de redynamiser et d'agrandir le réseau de distribution du préservatif de marketing social. Cette stratégie vise d'une part, d'étendre la couverture des points de vente en préservatifs Prudence Class® et d'autre part, d'augmenter le taux de pénétration du produit afin qu'il soit à portée de main des groupes cibles prioritaires.

La proportion des préservatifs vendus de la marque CLASS est légèrement supérieure à celle de préservatifs masculins distribués au cours de cet exercice, ceci peut être justifié par la modicité de la somme demandée pour l'achat de cette marque sensée être préférée par les jeunes et promue par PSI. L'approche de distribution des préservatifs par le marketing est à promouvoir car elle donne plus d'assurance sur la pérennisation de l'accès du préservatif et de son utilisation par la population bénéficiaire.

Il faut souligner aussi que :

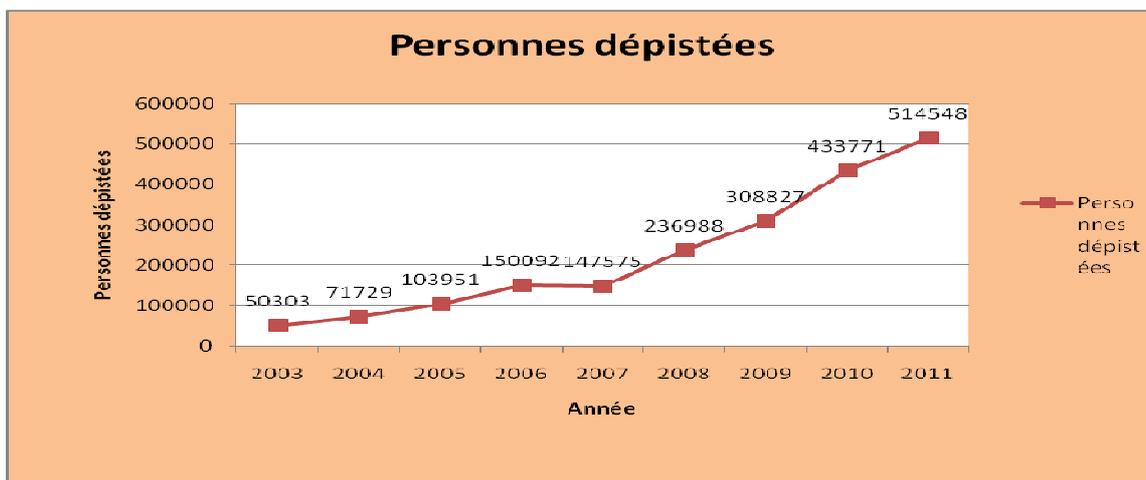
- Le dépistage à l'initiative du prestataire a été intégré dans le document de directives nationales CTV avec le financement OMS. Le module de formation y relatif (module du participant et guide du facilitateur) a été élaboré par un consultant national.
- Un atelier d'intégration du CTV a été organisé en faveur de 29 membres du comité pédagogique.
- 2 ateliers d'échange et de coordination entre les responsables chargés du dépistage volontaire du VIH ont été organisés par les CPLS/BPS en faveur de 72 responsables des CDV dont 34 à Bujumbura et 38 à Kayanza.
- 367 lauréats des écoles paramédicales (édition 2010-2011) ont été formés sur le dépistage à l'initiative de prestataire et sur la lutte contre le Sida en général dans le cadre de la convention avec l'USLS/Santé pour l'année 2010.

- Un pool 29 formateurs a été constitué lors du séminaire de formation organisé à Ngozi dont 22 enseignants des écoles paramédicales, 3 membres de la cellule technique chargée de l'enseignement paramédicale au MSPLS et 4 membres du service technique de l'USLS/Santé.
- 11 ateliers ont été organisés par les CPLS/BPS en faveur de 361 responsables des CDV à Bujumbura-Mairie, à Kayanza, à Bujumbura-Rural, à Muramvya, à Gitega, à Ruyigi, à Kirundo, à Cankuzo, à Karuzi, à Bururi, à Makamba et à Muyinga.
- La livraison de 103 réfrigérateurs est faite et les démarches d'exonération sont en cours.
- La chaîne ELISA a été livrée à l'INSP.

Le dépistage volontaire du VIH a concerné 514 548 dont 13 020 ont été testés positifs soit un taux de 2.5%. Cette activité est réalisée dans 541 CDV sur 200 CDV attendus pour 2011 dans le PSN, soit un objectif atteint à 271%. Des réactifs pour le dépistage du VIH y compris dans le cadre de la PTME ont été acquis grâce aux fonds du projet PRIDE. Des prestataires au nombre de 84 ont été formés à la manipulation des tests de dépistage rapide du VIH selon le nouvel algorithme.

Nous noterons cependant que pendant la période sous revue, le programme national de lutte contre le Sida a connu une rupture assez prolongée de tests rapides de confirmation. Cette situation a été d'abord provoquée par le fait que le test de confirmation Genie II n'est plus fabriqué et que le Genie III qui l'a remplacé n'a pas encore été préqualifié par l'OMS. Il a fallu alors attendre également la finalisation du travail de revue de l'algorithme de dépistage par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida. Le test rapide HIV 1/2 STAT-PAK Dipstick a été sélectionné, a été commandé et est disponible dans les centres de dépistage du VIH.

Graphique 2 : Evolution des effectifs de personnes dépistées de 2003-2011



Source : CPLS, CMLS

Néanmoins, depuis 2003, nous remarquons que seulement 2 016 969 personnes ont été dépistées sur 8 038 618 d'habitants, soit un taux de 25.09% de personnes qui ont fait faire le test de dépistage

volontaire. Cet effectif est encore très bas si on postule que chaque personne devrait connaître son statut sérologique alors que toutes les personnes dépistées ne récupèrent pas leurs résultats ; néanmoins il y a lieu d'espérer parce qu'au cours de cette année 2011 sur les 514 548 cas dépistés, 510 224 cas ont récupéré les résultats c'est-à-dire 99%. Cette belle performance a été atteinte suite au renforcement de la politique du dépistage initié par le prestataire qui consiste à donner les résultats immédiatement après le dépistage. Il faut aussi se féliciter de la diminution du taux des séropositifs parmi les cas dépistés parce qu'aujourd'hui il est à 2.5% alors qu'en 2010 il était de 5.3% c'est-à-dire une baisse de presque la moitié.

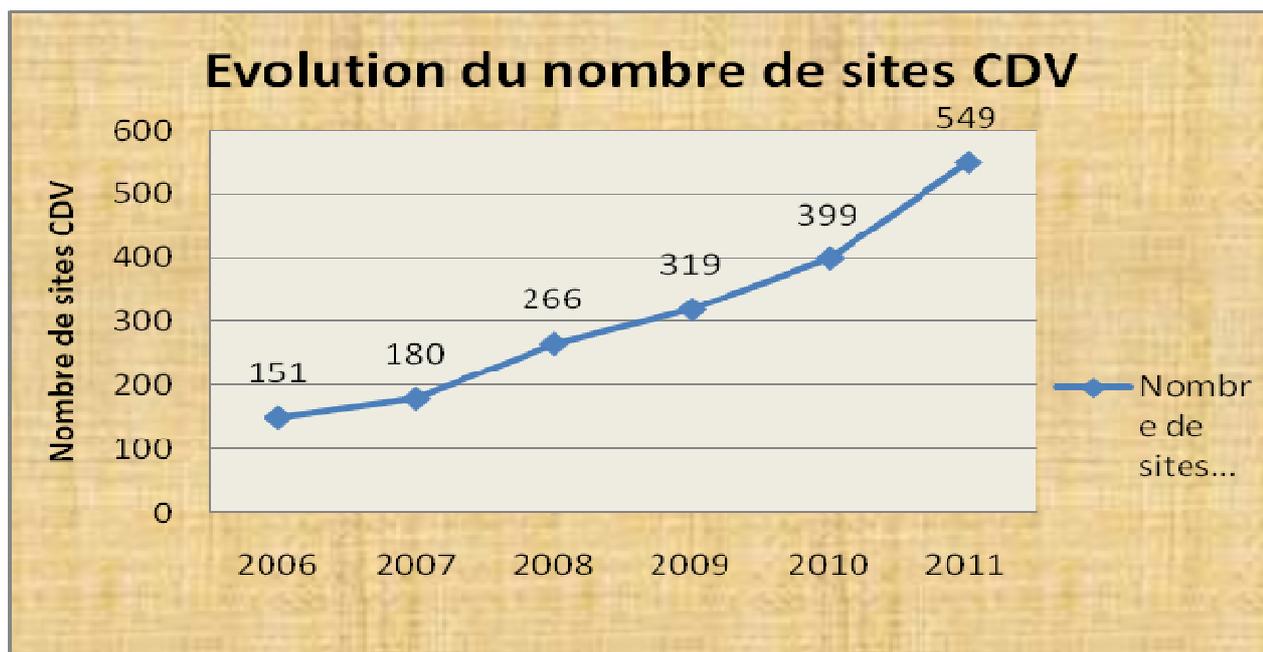
**Tableau 2 : Evolution du nombre des CDV par province, 2006 à 2011**

<b>Province</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
BUBANZA	4	4	8	9	21	23
BUJUMBURA MAIRIE	22	25	31	36	45	50
BUJUMBURA RURAL	6	9	19	19	36	35
BURURI	12	14	16	24	22	50
CANKUZO	4	4	11	12	12	22
CIBITOKÉ	5	7	7	7	20	40
GITEGA	19	22	34	40	40	48
KARUSI	4	8	8	8	8	23
KAYANZA	11	11	16	23	23	26
KIRUNDO	12	14	20	26	26	36
MAKAMBA		9	12	12	27	28
MURAMVYA	5	5	6	9	10	23

MUYINGA	11	13	22	25	30	37
MWARO	5	6	6	8	10	11
NGOZI	11	11	11	14	14	29
RUTANA	4	5	23	30	30	4
RUYIGI	10	13	16	17	25	34
Total Sites	<b>151</b>	<b>180</b>	<b>266</b>	<b>319</b>	<b>399</b>	<b>549</b>

Source : CPLS, CMLS

Graphique 3 : Evolution du nombre de sites CDV



Source : USLS Santé

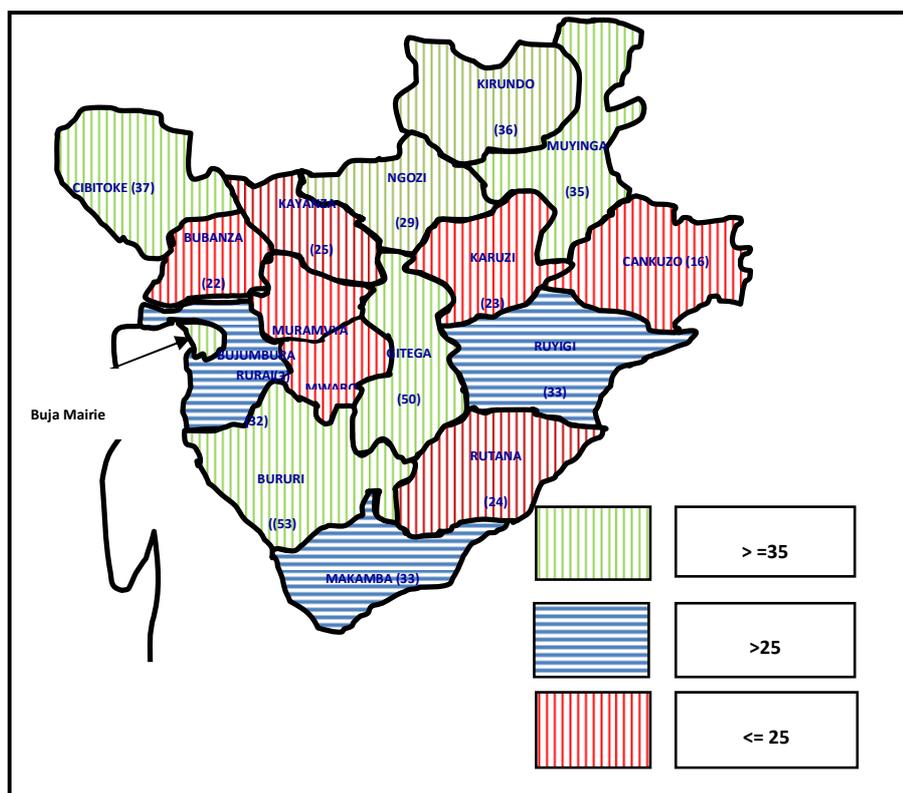
Le nombre de CDV croît d'une année à une autre même si des efforts doivent être maintenus.

**Tableau 3 : Couverture géographique et administrative des CDV par province en 2011**

Province	Géographique			Administration		Total CDV
	Nombre de structures de soins (Hôpital, CDS,...)	Nombre de sites CDV Urbains	Nombre de sites CDV ruraux	Nombre de sites CDV publics	Nombre de sites CDV privés (OSC ou OIR)	
BUBANZA	40	1	22	22	1	23
BUJUMBURA MAIRIE	113	50	0	24	26	50
BUJUMBURA RURAL	71	0	35	34	1	35
BURURI	90	7	43	32	18	50
CANKUZO	29	2	20	16	6	22
CIBITOKÉ	61	1	39	39	1	40
GITEGA	60	13	35	28	20	48
KARUSI	23	3	20	20	3	23
KAYANZA	49	2	24	19	7	26
KIRUNDO	47	4	32	27	9	36
MAKAMBA	46	5	23	23	5	28
MURAMVYA	27	0	23	22	1	23
MUYINGA	51	3	34	21	16	37

MWARO	28	11	0	11	0	11
NGOZI	58	6	23	20	9	29
RUTANA	41	5	29	25	9	34
RUYIGI	37	4	30	32	2	34
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>117</b>	<b>432</b>	<b>415</b>	<b>134</b>	<b>549</b>
Source: BPS						

Figure 1 : Répartition des CDV par province en 2011



**Tableau 4 : Population par province et nombre de centres de santé et d'hôpitaux et le nombre de CDV<sup>2</sup>**

Provinces	Population	Nombre de Centres de santé (CDS, hôpitaux)	Nombre de CDV	taux de structures de soins offrant le service CDV	Ratio CDS (Hôp.) et population	Ratio CDV et population
Bubanza	348 188	40	23	58	8705	15139
Bujumbura Mairie	478 155	113	50	44	4231	8389
Bujumbura Rural	565 070	71	35	49	7959	15272
Bururi	570 929	90	50	56	6344	12147
Cankuzo	221 391	29	22	76	7634	18449
Cibitoke	460 626	61	40	66	7551	12795
Gitega	715 080	60	48	80	11918	16252
Karusi	433 061	23	23	100	18829	19685
Kayanza	586 096	49	26	53	11961	25482
Kirundo	636 298	47	36	77	13538	18715
Makamba	428 917	46	28	61	9324	13404

<sup>2</sup> Source : Résultats préliminaires du 3<sup>ème</sup> recensement général de la population et de l'habitat

Muramvya	294 891	27	23	85	10922	14042
Muyinga	632 346	51	37	73	12399	18067
Mwaro	269 048	28	11	39	9609	26905
Ngozi	661 310	58	29	50	11402	19450
Rutana	336 394	41	34	83	8205	10512
Ruyigi	400 818	37	34	92	10833	16033
<b>Total</b>	<b>8 038 618</b>	<b>871</b>	<b>549</b>	<b>63,0</b>	<b>9229</b>	<b>14 831</b>

**Tableau 4 : Population par province et nombre de centres de santé et d'hôpitaux et le nombre de CDV<sup>3</sup>**

Sources : CPLS, CMLS

Dans ce tableau on voit qu'on a en moyenne 1CS pour 9229 habitants (les normes OMS indiquant 1CS pour 10.000 habitants); normalement le dépistage du VIH devrait être intégré dans les soins de santé du 1er échelon, et ainsi, on voit que sur 871 structures de santé seulement 549 dépistent soit une proportion de 63%. Même si les 62,9% des CDV se trouvent en milieu rural, il est généralement reconnu que plus de 90% de la population vit en milieu rural et conséquemment ce milieu devrait bénéficier d'infrastructures dans les mêmes proportions.

L'intégration du dépistage devrait être systématique dans l'offre de services des centres de santé mais il s'avère que des provinces comme celles de Cibitoke, Karuzi, Bujumbura Rural, Bujumbura Mairie, Muramvya et Ngozi intègrent si peu le dépistage alors qu'elles ont par ailleurs une couverture sanitaire relativement bonne.

Les infections sexuellement transmissibles ont fait objet des interventions au cours de cette année, notamment par la disponibilisation des médicaments et 64338 cas ont été traités sur 16 290 prévus.

Formation des professionnels:

<sup>3</sup> Source : Résultats préliminaires du 3<sup>ème</sup> recensement général de la population et de l'habitat

- 56 prestataires médicaux, sociaux et juridiques ont été formés sur la prise en charge globale des victimes de viols.
- 141 Responsables des CDV ont participé aux réunions thématiques.
- 25 Conseillers chargés du CDV ont participé à la réunion d'échange et de coordination.
- 367 lauréats des écoles paramédicales (édition 2010-2011) ont été formés sur le dépistage à l'initiative de prestataire et sur la lutte contre le Sida en général.
- 29 membres du comité pédagogique issus du service chargé de l'enseignement paramédical au MSPLS, des membres du comité pédagogique chargé d'élaborer le référentiel infirmier A2 au MSPLS et l'USLS/Santé ont participé à l'atelier de réflexion pour l'intégration du CTV dans les écoles paramédicales.
- 29 participants dont la plupart sont des enseignants des écoles paramédicales ont pris part à la formation des formateurs constituant ainsi un pool de formateurs en la matière.

Les modules de formation sur le dépistage en y intégrant l'approche de dépistage à l'initiative du prestataire sont en cours d'élaboration.

Ces activités permettront sans nul doute d'accroître l'implication des prestataires dans l'offre de service de dépistage du VIH visant l'augmentation de l'adhésion du public aux services de dépistage précoce du VIH, ce qui leur permettra l'accès aux programmes de prévention et de prise en charge adéquate.

## **Programme 2 : Réduire la transmission du VIH par voie sanguine**

### ***Résultats attendus à décembre 2011***

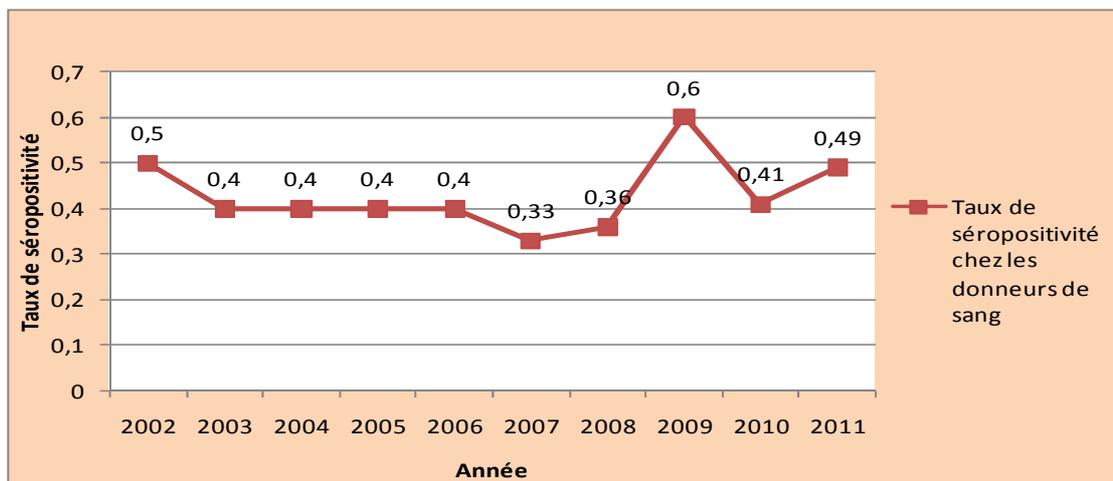
- Disponibiliser les kits pour dépister 30 000 donneurs de sang,
- Un module de déchets biomédicaux élaboré et diffusé,
- 2 structures de soins équipées en matériel de traitement de déchets médicaux,
- Une consultation d'identification, quantification et description du matériel pour la gestion des déchets biomédicaux est effectuée.

### ***Réalisations au 31 décembre 2011***

Au niveau de la sécurité transfusionnelle, on notera que toutes les 40 709 poches de sang collectées (CNTS, CRTS Ngozi et CRTS Gitega) sur les 30 000 prévues ont été testées à 100 %. Sur le total des poches de sang testées, le taux de séropositivité pour le VIH est de 0,49% contre le taux de 0.20% prévu par le PSN.

L'étude sur les déchets médicaux est terminée. Le processus d'acquisition des équipements en matériel de traitement de déchets médicaux l'est aussi. Signalons aussi que toutes les structures de soins disposent d'un équipement de base pour la sécurisation et la prévention contre l'exposition au sang.

**Graphique 4 : Evolution du taux de séroposivité du VIH et le sida chez les donneurs de sang de 2002 à 2011**



L'existence d'associations de donneurs de sang, le contrôle de qualité et de fiabilité des tests réalisés dans les centres de transfusion ont réduit sensiblement les risques de transmission du VIH par voie sanguine au Burundi. Selon la synthèse épidémiologique réalisée en 2010, ce taux est peut-être le fait que probablement les personnes qui se savent séro+ ne vont pas donner leur sang pour prélèvement ou encore à cause de la fidélisation des donneurs.

Néanmoins, des difficultés persistent pour faire fonctionner les CRTS. Les capacités du CNTS et des CRTS sont encore insuffisantes. Le CNTS ne supervise pas les CRTS en raison de leur ancrage institutionnel. Soulignons le faible engouement de la population pour le don de sang. Une nouvelle stratégie pour la mobilisation de la population au don de sang devrait être mise en place le plus rapidement possible.

**Programme 3: Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant**

**Résultats attendus à décembre 2011 :**

- 68 sites PTME fonctionnels,
- 6 318 femmes sous PTME et 6 318 nouveau-nés,
- Des supervisions trimestrielles des sites PTME sont effectuées.

### *Réalisations annuelles 2011*

Dans le cadre du PTME, 188 sites PTME sont fonctionnels et ont pu toucher 2 670 nouvelles mères enceintes séropositives et 1 927 nouveau-nés qui ont bénéficié du traitement prophylactique ARV au cours de cette année.

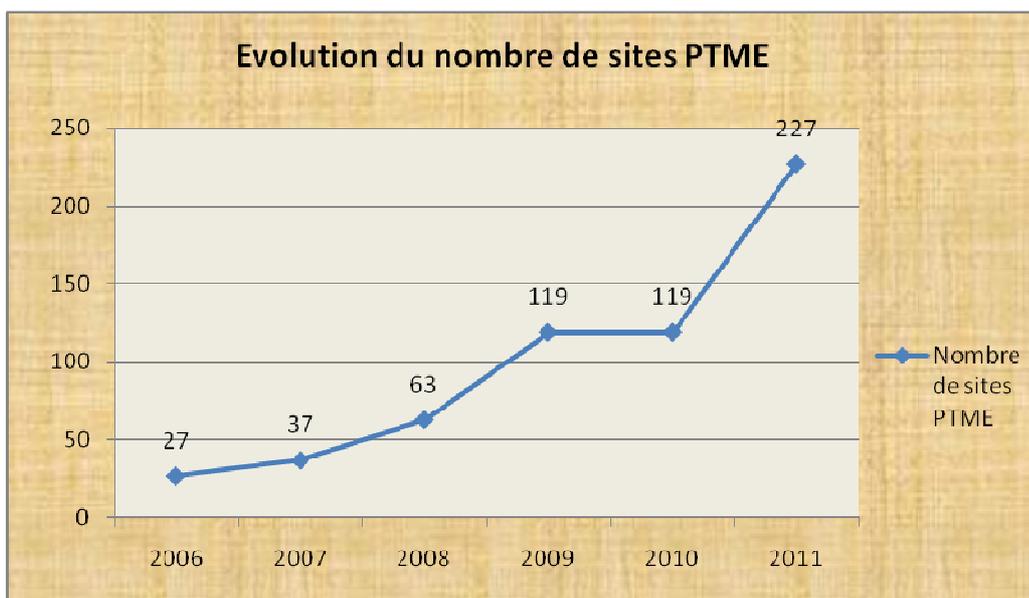
**Tableau 5 : Evolution du nombre des sites PTME par province, 2006-2011**

Province	2006	2007	2008	2009	2010	2011
BUBANZA	2	2	2	2	2	5
BUJUMBURA MAIRIE	2	2	2	5	5	14
BUJUMBURA RURAL	1	1	3	5	5	15
BURURI	2	2	2	6	6	12
CANKUZO	1	1	1	11	11	12
CIBITOKÉ	1	1	2	2	2	4
GITEGA	1	1	5	5	5	16
KARUSI	0	1	1	2	2	10
KAYANZA	2	2	9	20	20	26
KIRUNDO	9	9	19	24	24	33
MAKAMBA	0	0	2	4	4	7
MURAMVYA	1	1	1	1	1	6
MUYINGA	1	8	6	21	21	37

MWARO	0	1	1	2	2	5
NGOZI	2	2	3	4	4	6
RUTANA	0	0	1	2	2	4
RUYIGI	2	3	3	3	3	15
Total Sites	27	37	63	119	119	227

Source : USLS Santé

Graphique 5 : Evolution du nombre de sites PTME de 2006 à 2011



Source : USLS Santé

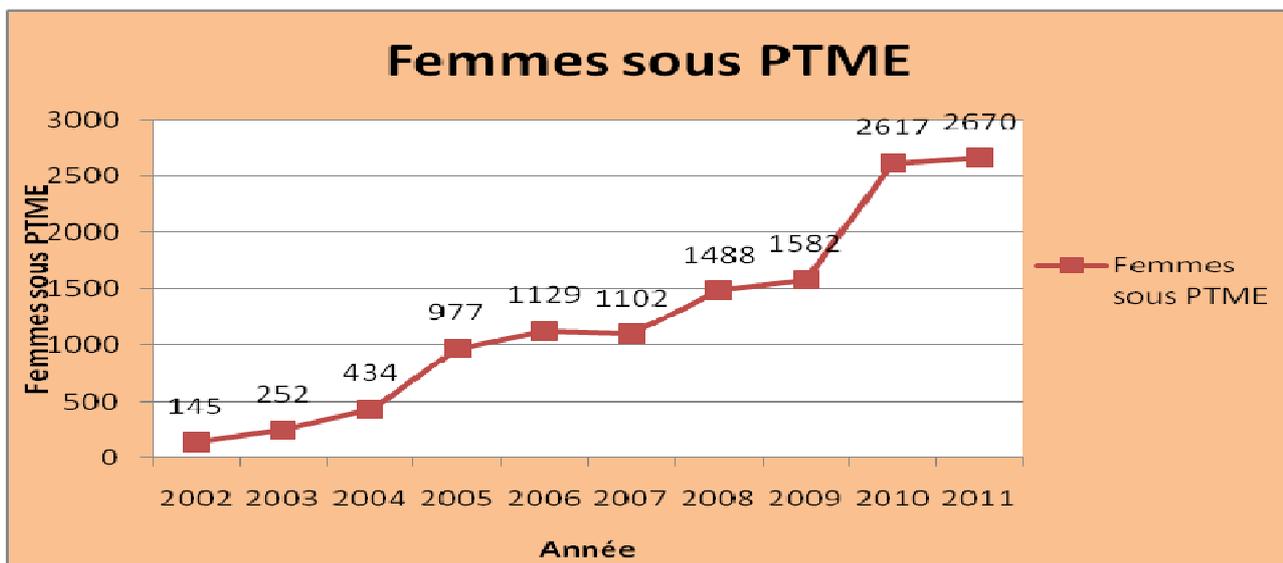
On voit que le nombre de sites a évolué positivement même si des efforts importants restent à investir.

**Tableau 6 : Couverture géographique et administrative des sites PTME par province**

Province	Géographique		Administration		Total sites
	Urbains	Ruraux	Publics	Privés (OSC ou OIR)	
BUBANZA	1	4	2	3	5
BUJUMBURA MAIRIE	14	0	10	4	14
BUJUMBURA RURAL	0	15	13	2	15
BURURI	3	9	8	4	12
CANKUZO	1	11	12	0	12
CIBITOKÉ	1	3	1	3	4
GITEGA	7	9	8	8	16
KARUSI	1	9	9	1	10
KAYANZA	2	24	15	11	26
KIRUNDO	4	29	24	9	33
MAKAMBA	2	5	5	2	7
MURAMVYA	4	2	4	2	6
MUYINGA	1	36	31	6	37
MWARO	0	5	5	0	5
NGOZI	1	5	5	1	6
RUTANA	3	1	4	0	4
RUYIGI	2	13	13	2	15
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>180</b>	<b>169</b>	<b>58</b>	<b>227</b>

Source : CPLS, CMLS

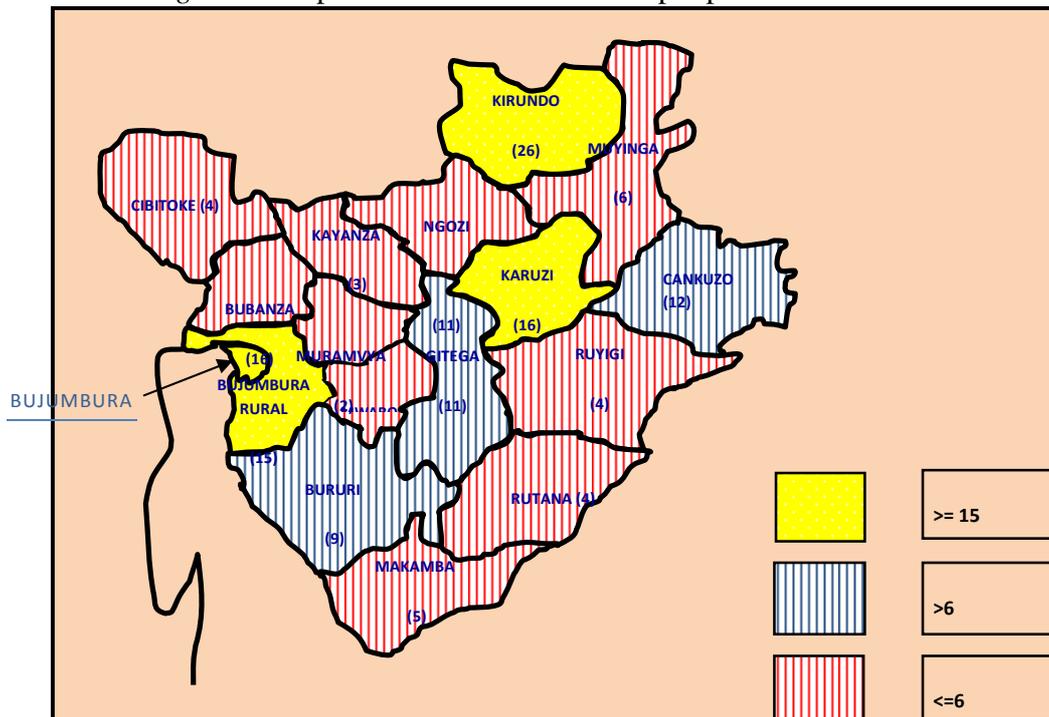
**Graphique 6: Evolution du nombre de femmes sous Protocole PTME (de 2002 au 31 décembre 2011)**



Comme on le remarque sur le graphique ci dessus il y a un petit écart positif entre le nombre de femmes sous PTME de 2011 et celui de 2010 alors qu'il y a un écart considérable entre le nombre de site PTME de 2011 et 2010. Cela est dû au fait que les ateliers de formation qui ont eu lieu (186 prestataires formés) dans ce secteur n'ont pas encore produit des effets escomptés car en effet, la quasi totalité des sites PTME tenus par les infirmiers n'offrent pas des ARV dans le cadre de la PTME, ce qui entraîne une déperdition de femmes enceintes séropositives qui n'accèdent pas à l'hôpital à cause de la longue distance et de la pauvreté. Malgré cela, il y a une évolution ascendante des femmes qui adhèrent à ce programme. C'est probablement le fait que de plus en plus la sensibilisation intègre ce thème de même que les sites PTME s'accroissent. Toutefois, cet accroissement de femmes sous PTME n'est pas dans les proportions idéales dans la mesure où toutes les structures de consultations prénatales n'ont pas encore intégré ce service qui, pourtant, ne demande pas des coûts supplémentaires. Malgré cette évolution croissante des effectifs pour la PTME, le chemin pour arriver à l'accès universel est encore très long. Beaucoup d'efforts importants sont encore nécessaires pour améliorer l'accès à la PTME à de nombreuses femmes enceintes séropositives ; ce qui doit se traduire par une intensification et une amélioration de la qualité de la sensibilisation ainsi qu'une meilleure intégration de la PTME dans les activités de prévention et de la promotion de la santé en général ; et de la santé de la reproduction en particulier. Un plan de passage à l'échelle de la PTME vient d'être diffusé en décembre 2011 et mis sur la fourniture du paquet complet de la PTME y compris la prescription de la prophylaxie antirétrovirale dans tous les centres de santé qui offrent le service de consultation prénatale.

Cependant, cette stratégie à elle seule ne suffirait pas pour atteindre l'accès universel et il serait nécessaire d'identifier tous les blocages et ou goulots d'étranglements qui surviennent à chaque porte d'entrée menant vers l'accès à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant afin de proposer des solutions adaptées permettant un passage à l'échelle et éviter les déperditions. Exemple : promotion des CPN, promotion du dépistage, information sur les sites PTME existants, mise en place des services d'accompagnement psychosocial des femmes séropositives surtout celles qui sont nouvellement testées, implications des partenaires des femmes enceintes. L'appareil PCR a été rendu fonctionnel depuis la fin de l'année 2011 à l'INSP et des tests ont été effectués.

Figure 2 : Répartition des sites PTME par province en 2011 :



**But 2 : Amélioration du bien-être et de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et des personnes affectées par le VIH et le sida**

Programme 4: Prophylaxie, Diagnostic et Traitement des IO et Continuum de soins

**Résultats attendus à décembre 2011**

- Les algorithmes de diagnostic clinique et de prophylaxie des IO élaborés
- Liste nationale des médicaments pour le traitement des IO mise en place
- Achat de médicaments contre les IO pour traiter au moins 48 603 PVVIH
- Achat des équipements et consommables médicaux et de laboratoire

- 15.000 PVVIH bénéficient des soins à domicile

#### ***Réalisations au 31 décembre 2011***

- Le cotrimoxazole est distribué normalement aux structures de PEC.
- Les médicaments contre les IO sont distribués normalement aux structures de PEC.

Ainsi au niveau de la prise en charge des infections opportunistes, au cours de cet exercice 2011, 64 247 PVVIH ont été traités contre les IO sur 48 603 prévus pour toute l'année (soit 132.19% de l'objectif annuel).

### **Programme 5 : Amélioration de l'accès aux ARV et promotion de l'adhésion à la démarche de soins**

#### ***Résultats attendus à décembre 2011***

- 66 structures de soins dispensant un traitement antirétroviral,
- 900 prestataires de soins formés sur les ARV,
- 25 500 PVVIH sous ARV,
- Des supervisions trimestrielles des sites de traitement seront effectuées.

#### ***Réalisations au 31 décembre 2011***

- La formation /recyclage a été faite dans toutes les provinces et 655 prestataires ont été formés ;
- 111 personnes formées sur Sage Saari ou sur la nouvelle version v5 de SIDA-INFO qui intègre actuellement la gestion des médicaments ARV et IO.
- Deux sessions de formation universitaire continue diplômante sur la prise en charge globale ont eu lieu aux mois de juin et novembre 2011. Cette formation a concerné 49 participants de la 5<sup>e</sup> promotion et 47 de la 6<sup>e</sup> promotion.
- 46 spectrophotomètres ont été réceptionnés et sont en cours de distribution ;
- 38 compteurs d'hématologie ont été réceptionnés et sont en cours de distribution.
- Les équipements informatiques ont été acquis et distribués ;
- 208 alvéoles de 3 palletiers ont été livrés à la CAMEBU et seront installés après les travaux de réhabilitation de la CAMEBU ;
- Le gerbeur électrique a été livré à la CAMEBU ;
- Une cerceuse a été livrée à la CAMEBU ;
- Une filmeuse a été livrée à la CAMEBU ;
- Deux congélateurs (-80,-20°) sont déjà livrés et reçu par la CAMEBU ;
- 51 climatiseurs ont été livrés et distribués aux structures de prise en charge. Le contrat d'installation est en cours de négociation.
- Les médicaments sont régulièrement soumis au contrôle de qualité ;

- Les réactifs pour les appareils des CD4 ont été achetés et ont été distribués aux laboratoires ;
- 125 sites dispensent un traitement antirétroviral sur 66 prévues en 2011, soit 189.39% de l'objectif annuel,
- 26 402 PVVS ont reçu le traitement antirétroviral soit à 104%% de l'objectif du PSN sachant que 1 927 enfants reçoivent le traitement soit 94% de l'objectif du PSN et les adultes 24 475 soit 104%.

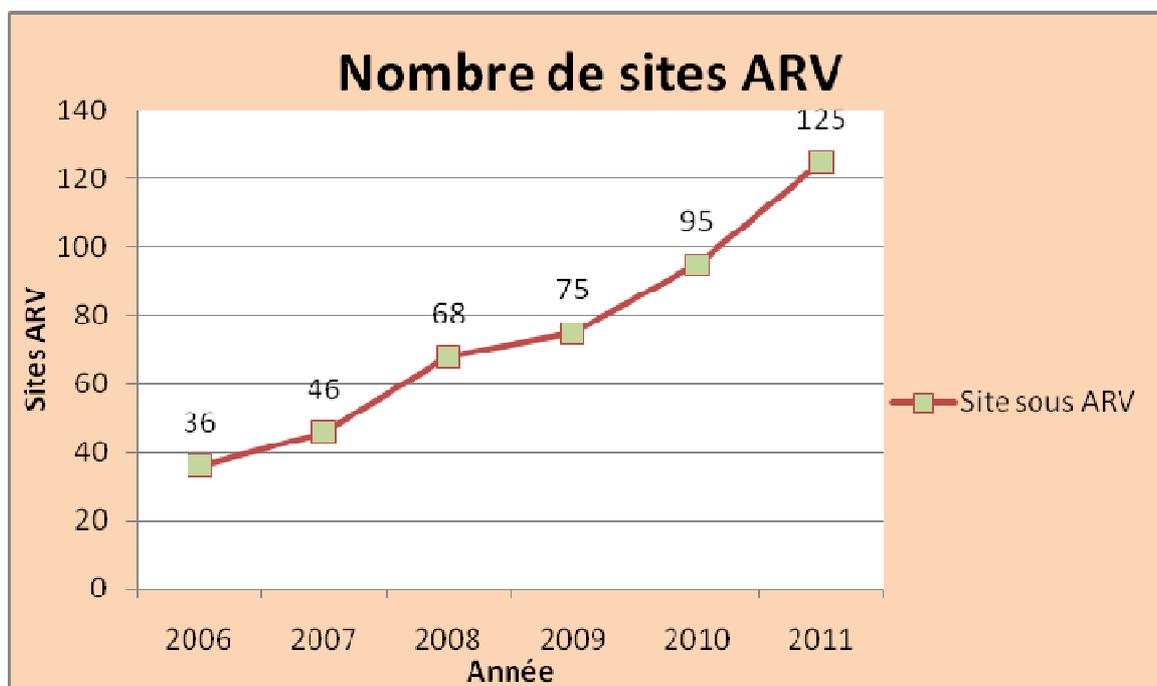
**Tableau 7 : Evolution du nombre des sites ARV par province, 2006-2011**

Province	2006	2007	2008	2009	2010	2011
BUBANZA	1	1	2	2	2	3
BUJUMBURA MAIRIE	16	17	20	21	34	30
BUJUMBURA RURAL	2	2	4	6	8	12
BURURI	1	2	6	6	6	9
CANKUZO	1	1	1	2	2	2
CIBITOKÉ	1	1	2	2	3	4
GITEGA	3	5	8	8	8	11
KARUSI	0	1	1	1	1	16
KAYANZA	1	2	3	3	3	3
KIRUNDO	2	2	4	4	4	4
MAKAMBA	1	2	2	3	4	5

MURAMVYA	1	1	2	2	3	4
MUYINGA	1	1	1	1	1	3
MWARO	0	1	1	2	4	6
NGOZI	2	2	4	4	4	4
RUTANA	0	1	3	3	3	4
RUYIGI	3	4	4	5	5	5
<b>Total Sites</b>	<b>36</b>	<b>46</b>	<b>68</b>	<b>75</b>	<b>95</b>	<b>125</b>

**Source :** CPLS, CMLS

**Graphique 7 : Evolution du nombre de sites ARV de 2006 à décembre 2011**



Source : CPLS, CMLS

On voit sur cette courbe que le nombre de sites va croissant même si des efforts restent à fournir.

**Tableau 8 : Couverture géographique et administrative des sites ARV par province**

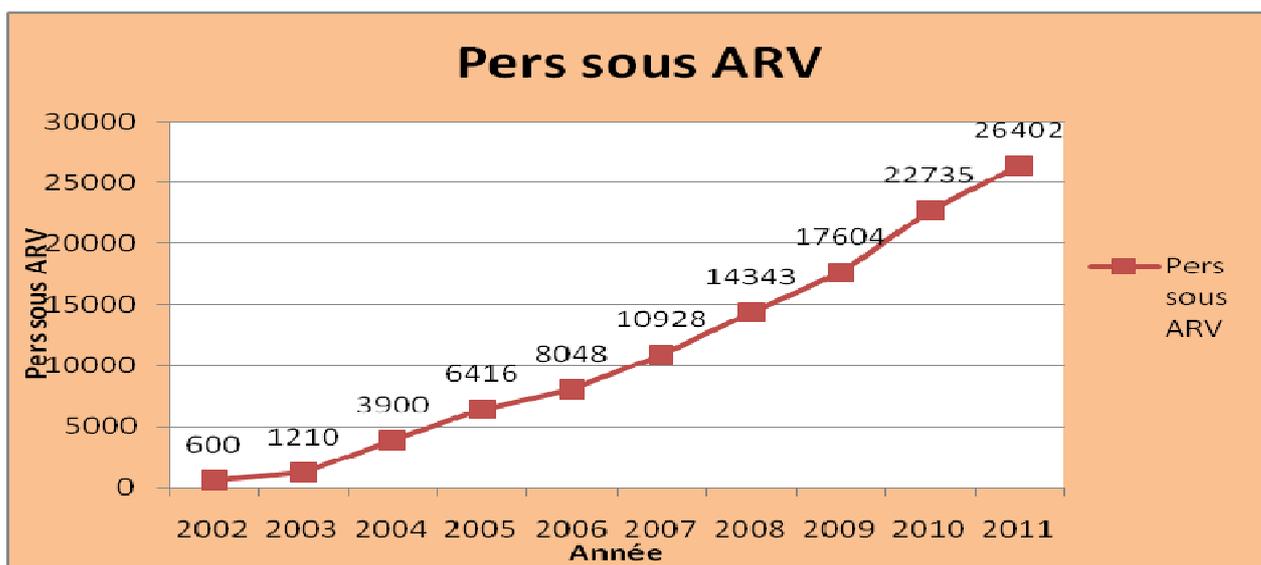
Province	Géographique		Administration		Total sites ARV
	Sites urbains / Chef lieu des provinces	Sites ruraux	Sites publics	Sites privés (OSC, OIR)	
BUBANZA	2	1	1	2	3
BUJUMBURA MAIRIE	30	0	10	20	30
BUJUMBURA RURAL	1	11	10	2	12

BURURI	3	6	7	2	9
CANKUZO	1	1	2	0	2
CIBITOKÉ	1	3	3	1	4
GITEGA	5	6	2	9	11
KARUSI	1	15	16	0	16
KAYANZA	1	2	2	1	3
KIRUNDO	3	1	1	3	4
MAKAMBA	4	1	3	2	5
MURAMVYA	3	1	3	1	4
MUYINGA	3	0	1	2	3
MWARO	0	6	5	1	6
NGOZI	1	3	2	2	4
RUTANA	2	2	3	1	4
RUYIGI	3	2	2	3	5
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>61</b>	<b>73</b>	<b>52</b>	<b>125</b>

Source : CPLS, CMLS

A la fin de l'année 2010, les sites urbains représentaient 67,3% des sites ARV et 48,4% des sites étaient publics. Pour cette année 2011, les sites urbains représentent 51 % des sites ARV et 61% des sites sont publics. Cela montre un effort qui a été fait pour décentraliser ce service dans le milieu rural mais il faudrait intensifier l'accréditation des sites publics avec les standards reconnus.

**Graphique 8 : Evolution de l'effectif de PVVIH sous ARV de 2002 à 2011**



**On voit une évolution sensible chaque année des personnes sous ARV grâce au concours de l'Etat et de ses partenaires dans l'achat des produits et dans la formation des prestataires. Le financement basé sur les performances (FBP) a également contribué dans cette évolution.**

La société civile a été pionnière dans l'offre de ce service, mais il est remarquable de voir l'implication actuelle des structures de santé publique. Au cours de l'année 2011, la part du nombre de personnes sous ARV dans le secteur public a augmenté jusqu'à atteindre 44% alors qu'au cours de 2010 elle était à 40%. Il faudrait certainement être vigilant pour les structures publiques qui se multiplient considérablement afin qu'elles emboîtent le pas de la société civile en ce qui concerne la qualité, étant donné qu'elles n'ont probablement pas assez ou pas du tout des médiateurs chargés d'apporter un appui psychosocial aux patients. Ceci doit être une première préoccupation dans le sens où le rôle de la société civile semble être obligé de céder sa place au secteur public.

Malgré cette note suffisamment positive, au regard des besoins, le résultat atteint représente 39% de la couverture des besoins. Ceci est dû aux sites qui sont encore en petit nombre et qui sont localisés dans les milieux urbains pour la plupart alors que 90% de la population est essentiellement rurale. Afin de parvenir à l'accès universel à la prévention, aux soins, traitements et soutien des PVVIH en 2015, le plan stratégique national de lutte contre le sida place au centre de la prise en charge l'approche de décentralisation, intégration et transfert de compétences du traitement antirétroviral dans le paquet minimum de services des structures de soins.



travers ses 4 antennes, la Nouvelle Espérance, l'ALCS Tabara, Nturengaho, le CED Caritas, la FVS à travers ses 3 antennes, l'association RAMA, l'ACVS, APECOS, IZERE Kirundo, Service Yezu Mwiza, etc. Au total 30 723 PVVIH ont bénéficié d'une prise en charge psychosociale dans toutes les structures. 210 prestataires ont été formés sur la prise en charge psychosociale.

En dehors des structures qui disposent des médiateurs de santé, il faut remarquer que la prise en charge psychosociale n'est pas suffisamment faite dans les structures publiques de prise en charge car le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida ne recrute ni de psychologues (alors qu'une filière de psychologie clinique existe), ni d'assistantes sociales pour compléter les équipes de prise en charge composées uniquement de médecins et d'infirmières. Le recrutement de psychologues dans les structures de soins peut constituer une valeur ajoutée dans la qualité des soins, et pas seulement pour la prise en charge des PVVIH, mais pour tous les malades en général.

Les associations ont assuré l'éducation nutritionnelle et 11 054 PVVIH ont bénéficié d'un soutien nutritionnel dont 4 090 par le RBP+.

### **But 3 : Réduction de la pauvreté et des autres déterminants de la vulnérabilité face au VIH**

Programme 7 : Activités génératrices de revenus en faveur des personnes économiquement affectées par le VIH et le sida.

#### ***Résultats attendus à décembre 2011***

- Financement des sous projets d'AGR en faveur des PVVIH et personnes affectées.
- Insérer ou réinsérer 200 PVVIH dans les activités socioprofessionnelles.

#### ***Réalisations au 31 décembre 2011***

Au cours des consultations communautaires en vue de l'élaboration du Cadre Stratégique de Croissance Economique et de Lutte contre la Pauvreté et de la définition des axes stratégiques, la lutte contre le VIH et le sida a constitué l'une des préoccupations ; elle a été identifiée comme l'un des axes stratégiques pour la lutte contre la pauvreté. Bien que la politique générale du gouvernement mette en avant les interventions de la lutte contre le VIH et le sida, les budgets qui y sont alloués restent encore faibles. Cette intégration reste faible, en particulier au niveau décentralisé.

Les activités génératrices de revenus en faveur des PVVH les plus démunies ont été financées pour les bénéficiaires membres du Réseau Burundais des Personnes vivant avec le VIH et des autres bénéficiaires non membres du réseau. Nous notons que 5 744 PVVIH ont été soutenus économiquement à travers les AGR. Aussi, 586 PVVH ont été réinsérées dans les activités socioprofessionnelles après la formation et ce type d'appui a été apporté à travers la société civile.

### **Programme 8 : Prise en charge des orphelins et enfants vulnérables (OEV) à cause du VIH et le sida**

#### ***Résultats attendus à décembre 2011 :***

- Scolarisation d'au moins 21 400 OEV,
- Assistance médicale de 10 000 enfants infectés et ou affectés par le SIDA,
- Financement des AGR en faveur de 400 OEV chefs des ménages démunis,
- Assurer la protection des droits pour 2 500 OEV lésés,
- Formation de 1000 personnes membres des comités de protection,
- 3 réunions de coordination du Cadre de concertation et de coordination des actions en faveur des OEV,
- Mener une étude d'évaluation des besoins des enfants affectés par le VIH et le sida.

### ***Réalisations au 31 décembre 2011***

Un appui a été apporté à 91 572 OEV pour leur scolarisation. Une assistance médicale a été apportée à 24 878 enfants affectés par le SIDA y compris l'assistance psychologique pour 14 343 et la prise en charge nutritionnelle pour 6 496 d'entre eux. 1 040 membres des comités de protection ont été formés sur les droits de l'enfant. 424 OEV ont été protégés dans leurs droits grâce aux médiations communautaires initiées par les comités collinaires de protection des enfants. Dans le cadre de la concertation avec les partenaires intervenant dans la prise en charge des OEV, 5 réunions de coordination ont été organisées par le Ministère en charge de la Solidarité nationale et au cours de ces réunions, une présentation des résultats de l'actualisation de la base de données sur les OEV a été faite. La restitution des résultats de l'étude sur la fonctionnalité des comités de protection a été également faite. Au cours de cette même année, deux autres rapports d'étude sur les OEV ont été produits à savoir le rapport final de l'Etude d'évaluation des besoins des enfants affectés par le VIH et le sida réalisé dans le cadre du MAPII et le rapport de l'Analyse de la situation de référence des OEV dans le cadre du projet PRIDE.

### **Programme 9 : Promotion des droits des personnes vivant avec le VIH et sida et des autres groupes vulnérables**

#### ***Résultats attendus à décembre 2011***

- Au moins 200 PVVIH et personnes affectées bénéficient d'une assistance juridique.
- Adoption des textes législatifs (mesures d'application) de la loi portant protection juridique des droits des PVVS.
- 8 structures offrant une assistance juridique financées pour mettre en place un mécanisme de veille et de prévention en matière de droits des PVVIH et les autres groupes vulnérables.
- Sensibilisation des acteurs clés en matière de réduction de la stigmatisation basée sur le VIH et le sida et le genre.

***Réalisations au 31 décembre 2011:***

Les organisations de la société civile ont continué le combat pour la promotion des droits des PVVIH. Dans ce cadre, 73 ont bénéficié d'un appui pour la protection de leurs biens et 1 040 comités collinaires ont été mis en place pour la protection des droits des OEV.

Les antennes du RBP+ ont continué le combat pour la promotion des droits des PVVIH. Dans ce cadre, 103 OEV et autres groupes vulnérables (PVVIH, victimes des violences sexuelles) ont bénéficié d'une assistance juridique.

**But 4 : Amélioration de la Gestion et de la Coordination de la Réponse nationale multisectorielle au VIH et le sida dans le respect des « Trois Principes ».**

**Programme P10 : Accroissement des performances du Système d'Information pour la Gestion de la réponse nationale au VIH et le sida :**

***Résultats attendus à décembre 2011***

- Produire et diffuser régulièrement les outils de collecte standardisés,
- Faire une enquête socio comportementale,
- Contribuer à la formation des intervenants à l'utilisation de la nouvelle base de données SIDA INFO,
- Signer un contrat de maintenance hardware,
- Assurer la formation des composantes IT sur la mise à jour du site,
- Acquisition anti virus,
- Formation de 40 personnes sur SIDA INFO,
- Missions de supervisions trimestrielles de collecte, de contrôle de qualité de données organisées.

***Réalisations au 31 décembre 2011:***

Les outils standardisés de collecte ont été commandés sur financement du projet PRIDE. La formation élargie sur le SIG est prévue après acquisition de nouvelles licences. La capacité de recherche du CNR a été renforcée. La formation sur l'utilisation de sida info a été organisée dans toutes les provinces.

La production des rapports trimestriels de suivi du plan d'action national de lutte contre le SIDA 2011 a été poursuivie.

Des ateliers de ciblage dans le cadre de la prévention ont été organisés dans les quatre régions au profit des 17 provinces qui ont été initiées sur le cadre de résultats et l'importance des données épidémiologiques.

Les antivirus pour les sites de prise en charge ont été réceptionnés et ont été installés au cours de cette année 2011.

L'appui à l'amélioration des données sanitaires a eu lieu, la collecte active et l'audit des données des quatre trimestres de l'année 2011 ont été en effet organisés à travers toutes les Provinces.

Une grande enquête de seconde génération a été conduite en mars 2011 en faveur des groupes à haut risque.

### **Programme 11 : Coordination de la réponse multisectorielle décentralisée & Appui à la mise en œuvre.**

#### ***Résultats attendus à décembre 2011***

- Acquisition de matériel informatique pour le niveau décentralisé,
- Appuyer le pilotage de la décentralisation de la lutte contre le SIDA en vue d'une coordination de proximité, (supervisions, collecte des données, fonctionnement),
- Formation de 30 points des USLS sur le mainstreaming,
- Au moins 2 réunions du CNLS organisées,
- Elaboration et appui à la mise en œuvre de 17 Plans d'action des CPLS,
- Appui aux CPLS en ressources humaines pour la mise en œuvre de leurs plans d'action.

#### ***Réalisations au 31 décembre 2011***

Un équipement informatique composé de 91 machines a été réceptionné et ont été distribuées aux structures de prise en charge. Le pilotage du niveau décentralisé est coordonné à travers un travail continu de supervision de la collecte des données. Le fonctionnement est assuré en continue.

Des sessions de coordination des organisations de la société civile ont eu lieu sur des thématiques d'actualité qui consistaient à les familiariser sur le nouveau mode de partenariat prenant en compte les différentes sources de financement et les priorités basées sur la production des résultats.

Dans ce cadre, un code de financement de la société civile sur les fonds du PMLS 2 a été partagé de même que la gestion d'autres sources telles que PRIDE et PBF a été expliquée afin de mieux agir au service des populations les plus prioritaires face aux différentes interventions.

Au niveau des efforts de mobilisation des ressources, on notera l'invitation par le Fonds Mondial à soumettre la demande de la deuxième phase et sa préparation. L'accord de principe est acquis et les négociations sont en cours.

Certains CPLS n'avaient pas de Conseillers Techniques et cette lacune a été comblée. PRIDE est venu au secours du maintien de la décentralisation en reprenant les salaires des COR, des CT, des CSE et de quelques staffs du niveau central initialement pris en charge par l'IDA. Mais les démissions sont nombreuses et les remplacements prennent du temps. Il faudra voir la solution à envisager s'il était démontré que ce sont des salaires qui ne sont pas motivants.

En ce qui concerne les USLS, la supervision et l'accompagnement technique de cinq plans d'action de 5 secteurs se sont poursuivis à travers la disponibilité des experts du SEP-CNLS. Trente (30) points focaux des USLS ont bénéficié d'une formation en mainstreaming.

#### **Programme 12 : Gestion financière et mobilisation des ressources.**

##### ***Résultats attendus à décembre 2011 :***

- Fonds disponibles pour la mise en œuvre du PSN,
- Procédures de gestion financière du SEP/CNLS disponibles auprès des partenaires du niveau décentralisé,
- Organisation des missions trimestrielles de supervision de la gestion financière au niveau décentralisé,
- Rapport d'audit disponible,
- Disponibilisation du logiciel de gestion financière auprès des partenaires de mise en œuvre,
- Formation des partenaires de mise en œuvre sur les procédures et logiciels de gestion.

##### ***Réalisations au 31 décembre 2011 :***

En 2008, le SEP/CNLS a pu mobiliser pour la mise en œuvre du plan d'action national de lutte contre le sida 2007-2011, des fonds auprès de la Banque Mondiale et du Fonds Mondial, ainsi qu'au niveau des agences du système des Nations Unies et des fonds IPPTE. Au cours de cet exercice 2011, une partie de fonds mobilisés auprès du Fonds Mondial à travers le projet PRIDE, a permis d'exécuter les activités de prévention, de prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH ; ainsi que le développement des

activités de réduction de l'impact socio-économique de la pandémie au niveau des PVVIH et de leurs familles.

#### IV. REALISATIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES

##### REALISATIONS FINANCIERES PAR PROJET.

**Tableau 9 : REALISATIONS FINANCIERES PAR BUT, PAR PROGRAMME ET PAR PROJET : 2<sup>ème</sup> PMLS**

Libellés	IDA			Autres bailleurs		
	Prévisions annuelles	Réalisations annuelles	% de réalisation	Prévisions annuelles	Réalisations annuelles	% de réalisation
Réalisations financières par programme						
<b>Composante 1: Services préventifs visant les groupes à haut risque</b>	<b>3 356 621 786</b>	<b>3 462 497 386</b>	<b>103</b>	<b>649 520 400</b>	<b>612 843 953</b>	<b>94</b>
P1 : Réd. transm. Sexuelle du VIH et des autres IST	2 116 442 156	2 215 373 756	<b>105</b>	633 144 400	592 381 251	<b>94</b>
P2 : Réd. Trans. du VIH par voie sanguine	649 280 202	649 280 202	<b>100</b>	-	2 018 321	
P3 : Réduction de la Transmission de la. Mère-enfant	590 899 428	597 843 428	<b>101</b>	16 376 000	18 444 381	<b>113</b>
<b>Composante 2: Services curatifs basés sur les performances attendues et ciblant les groupes à haut risque</b>	<b>500 480 410</b>	<b>545 834 319</b>	<b>109</b>	<b>106 479 600</b>	<b>87 723 043</b>	<b>82</b>

P4 : Proph/Diag/Trait. Infect. Opportunistes et continuum des soins						
P5: Amél. accès aux ARVs et promotion de l'adhésion à la démarche des soins	500 480 410	545 834 319	<b>109</b>	106 479 600	87 723 043	<b>82</b>
Programme 6: Prise en charge psychologique et nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH en vue de consolider l'adhésion à la démarche de soin						
<b><i>Composante 3 : Réduction de la pauvreté et d'autres facteurs de vulnérabilité</i></b>	<b>292 293 286</b>	<b>292 293 286</b>	<b>100</b>	-	<b>43 160 143</b>	
P7 : Activités génératrices de revenus en faveur des personnes économiquement affectées par le VIH/SIDA	21 943 834	21 943 834	<b>100</b>		14 386 714	
P8 : Prise en charge Orphelins et Autres enfants vulnérables	250 438 572	250 438 572	<b>100</b>		14 386 714	
P9 : Promotion des. droits des PVVIH et des personnes affectées pour leur insertion sociale plus harmonieuse en tenant compte du genre	19 910 880	19 910 880	<b>100</b>		14 386 715	

<b>Composante 4: Amélioration de la gestion et de la coordination de la réponse nationale</b>	<b>853 629 189</b>	<b>846 144 147</b>	<b>99</b>	<b>99 074 556</b>	<b>214 426 269</b>	<b>216</b>
P10 : Accroître les performances du SIG de la réponse nationale au VIH et au SIDA	252 229 788	252 229 788	<b>100</b>		1 192 252	
P11 : Coordination de la réponse multisectorielle et décentralisée /Appui à la mise en oeuvre	13 548 535	30 977 717	<b>229</b>	10 074 556	6 133 204	<b>61</b>
P 12 : Mobilisation et Gestion des ressources financières	587 850 866	562 936 642	<b>96</b>	89 000 000	207 100 813	<b>233</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>5 003 024 671</b>	<b>5 146 769 138</b>	<b>103</b>	<b>855 074 556</b>	<b>958 153 408</b>	<b>112</b>

Source : Comptabilité SEP-CNLS

## Commentaires.

De manière générale, l'année 2011 a été marquée par le déblocage des dernières tranches en direction des organisations de la société civile ciblant les groupes à plus haut risque, les déclarations des formations sanitaires accusent un retard de plus ou moins deux mois avant d'être transmis au SEP/CNLS.

P1. Les actions du programme 1 : Toutes les activités du programme ont été totalement exécutées à temps et à un taux très satisfaisant à l'exception des dépenses relatives au financement basé sur les performances pour lesquelles les déclarations des mois d'avril à juin 2011 portant sur le dépistage volontaire et la circoncision masculine et s'élevant à BIF **294 033 886** ont été honorées au cours du second semestre 2011. Le PSI a connu un retard de déblocage de dernière tranche suite aux délais pris dans le traitement de la demande de paiement direct pour un montant de BIF 331 741 214.

P3. Les réalisations du programme 3 sont de 101% pour le financement de l'IDA et 113% pour les autres bailleurs alors qu'elles ne devraient pas dépasser les 100% si on a bien planifié. Toutefois le dépassement des décaissements pour les autres bailleurs peut se justifier du fait qu'un bailleur de fonds peut apporter son aide sans qu'il fût sur la liste des prévisions.

P5. Le programme 5 : les dépenses portent sur le FBP et sont relatives à la prise en charge des PVVIH jusqu'au mois de mars 2011, les dépenses de cette rubrique concernant les mois d'avril 2011 à juin 2011 et s'élevant à BIF 134 273 460 ont été décaissées au cours du 2<sup>ème</sup> semestre 2011.

P6 : Il n'y avait pas d'actions prévues sur ce programme en ce qui concerne le projet IDA. Ce volet a été pris en considération par les autres projets de lutte contre le Sida.

P7 : Le programme est réalisé à 100% car tous les fonds portant sur les sous-projets en faveur des personnes économiquement affectées par le VIH/SIDA ont été totalement décaissés.

P8. Le programme est réalisé à 100% car toutes les activités du programme OEV ont été réalisées et les budgets alloués aux sous-projets ont été totalement décaissés et même le déblocage d'un montant BIF 23 695 000 prévu après approbation du rapport final de l'étude relative à l'état des lieux des enfants affectés par le VIH a été effectué au deuxième semestre 2011.

Pour cette troisième composante, les autres bailleurs ont apporté une contribution s'élevant à BIF 43 160 143 tous les programmes confondus.

P10. Le programme a été réalisé à 100% et porte essentiellement sur la mise à jour de la base OEV, la multiplication et diffusion des documents stratégiques, l'enquête socio-comportementale, la formation sur le SIG et l'appui à l'amélioration des données sanitaires. Le déblocage de la dernière tranche de BSS 2010 est intervenu au début du second semestre de 2011, ce qui a permis d'atteindre ce taux.

P11 : Les dépenses du programme concernent l'appui à la coordination, supervision et collecte des données au niveau décentralisé, l'acquisition des équipements informatiques du même niveau ainsi que les missions intégrées. Seule la réunion semestrielle de coordination au niveau central s'est tenue en janvier.

P12. Le programme 12 concerne principalement les frais de fonctionnement et les salaires du personnel.

## **Les autres bailleurs :**

Notons aussi que le Gouvernement du Burundi a prévu un budget de BIF 845 000 000 destiné à appuyer les animateurs communautaires, le fonctionnement du SEP/CNLS et le financement basé sur la performance respectivement pour un montant de BIF 400 000 000 , BIF 89 000 000 et BIF 356 000 000. Notons que les décaissements n'ont intervenu qu'au cours du second semestre de l'année, mais les engagements étaient déjà faits en bonne partie au premier semestre. Le taux des réalisations dépasse 100% pour le cas de la composante 4 dans son P12. Cela est dû au fait que la prévision des dépenses de fonctionnement était centrée uniquement sur les fonds IPPTE, mais d'autres dépenses ont été effectuées sur d'autres fonds tels que les dépenses sur le compte ressources internes, compte Unicef et divers frais bancaires.

**Tableau 10 : REALISATIONS FINANCIERES DU PROJET PRIDE AU 31 DECEMBRE 2011 (en BIF)**

Libellé	Prévisions annuelles	Réalisations semestrielles	% de réalisation
<b>Composante 1: Services préventifs visant les groupes à haut risque</b>	<b>6 226 069 656</b>	<b>5 099 032 643</b>	<b>81.90</b>
Programme 1 : Réduction de la transmission sexuelle du VIH et des autres IST	3 599 836 624	2 753 558 276	76.49
Programme 2 : Réduire la transmission du VIH par voie sanguine	1 331 029 002	1 094 225 767	82.21
Programme 3: Réduction de la transmission de la mère à l'enfant	1 295 204 029	1 251 248 579	96.61
<b>Composante 2:Services curatifs basés sur les performances attendues et ciblant les groupes à haut risque</b>	<b>8 087 253 708</b>	<b>6 866 844 818</b>	<b>84.91</b>
Programme 4 : Prophylaxie, Diagnostic et Traitement des infections opportunistes et continuum des soins	3 635 713 846	3 092 425 385	85.06
Programme 5: Amélioration de l'accès aux antirétroviraux et promotion de l'adhésion à la démarche de soins	4 398 031 716	3 741 890 271	85.08
Programme 6: Prise en charge psychologique et nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH en vue de consolider l'adhésion à la démarche de soin	53 508 146	33 590 123	62.78
<b>Composante 3 : Réduction de la pauvreté et d'autres facteurs de vulnérabilité</b>	<b>19 942 500</b>	<b>14 662 001</b>	<b>73.52</b>
Programme 7: Amélioration de la situation socio-économique des	3 613 399	1 473 757	40.79

PVVIH et des personnes affectées			
Programme 8: Prise en charge des Orphelins et autres Enfants Vulnérables (O.E.V.)	16 328 816	13 183 244	80.77
Programme 9: Promotion des droits des PVVIH et des autres groupes vulnérables			
<b>Composante 4: Amélioration de la gestion et de la coordination de la réponse nationale</b>	<b>2 844 034 428</b>	<b>2 247 496 119</b>	<b>79.02</b>
Programme 10: Accroître les performances du Système d'Information pour la Gestion de la réponse nationale au VIH et au SIDA	910 043 424	826 774 451	90.85
Programme 11: Coordination de la réponse multisectorielle et décentralisée / Appui à la mise en œuvre	132 565 980	92 942 009	70.11
Programme 12: Mobilisation et gestion des ressources financières	1 801 425 024	1 327 779 660	73.71
<b>TOTAL</b>	<b>17 177 300 292</b>	<b>14 228 035 581</b>	<b>82.25</b>

Le taux d'exécution du Projet est de 82.25%. Ce taux est satisfaisant et va encore s'améliorer avec les trois mois de prolongation qui ont été accordés au projet.

### II.3. REALISATIONS ADMINISTRATIVES

- Le Projet a contribué dans la préparation de plusieurs réunions du Country Coordinating Mechanisms (CCM) pour apprécier l'état d'avancement du Projet.
- Différentes réunions de l'équipe de coordination ont été organisées dans le cadre de la mise en œuvre du projet.
- Des missions de supervision formative ont été organisées dans les différents sites de prise en charge pour améliorer la qualité des données et assurer l'encadrement des utilisateurs de SIDA-INFO.
- Des audits de données ont été organisés chaque trimestre dans tous les sites.
- L'équipe de coordination a également participé à l'encadrement des missions du LFA.
- L'équipe fournit également des données aux différents partenaires qui en ont besoin pour leurs interventions.
- L'équipe de coordination en collaboration avec les partenaires a procédé à l'élaboration de la deuxième phase du projet PRIDE.

**Tableau 11 : REALISATIONS FINANCIERES CONSOLIDEES AU 31 DECEMBRE 2011 (en BIF).**

Libellé	Prévisions		Taux
	annuelles	Réalisations	d'exécution
Composante 1: Services préventifs visant les groupes à haut risque	10 232 211 842	9 174 373 982	89,66
Programme 1 : Réduction de la transmission sexuelle du VIH et des autres IST	6 349 423 180	5 561 313 283	87,59
Programme 2 : Réduire la transmission du VIH par voie sanguine	1 980 309 204	1 745 524 290	88,14
Programme 3: Réduction de la transmission de la mère à l'enfant	1 902 479 457	1 867 536 388	98,16
Composante 2: Services curatifs basés sur les performances attendues et ciblant les groupes à haut risque	8 694 213 718	7 500 402 180	86,27
Programme 4 : Prophylaxie, Diagnostic et Traitement des infections opportunistes et continuum des soins	3 635 713 846	3 092 425 385	85,06
Programme 5: Amélioration de l'accès aux antirétroviraux et promotion de l'adhésion à la démarche de soins	5 004 991 726	4 375 447 633	87,42
Programme 6: Prise en charge psychologique et nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH en vue de	53 508 146	33 590 123	62,78

consolider l'adhésion à la démarche de soin			
Composante 3 : Réduction de la pauvreté et d'autres facteurs de vulnérabilité	312 235 786	350 115 430	112,13
Programme 7: Amélioration de la situation socio-économique des PVVIH et des personnes affectées	25 557 233	37 804 305	147,92
Programme 8: Prise en charge des Orphelins et autres Enfants Vulnérables (O.E.V.)	266 767 388	278 008 530	104,21
Programme 9: Promotion des droits des PVVIH et des autres groupes vulnérables	19 910 880	34 297 595	172,26
Composante 4: Amélioration de la gestion et de la coordination de la réponse nationale	3 796 738 173	3 308 066 535	87,13
Programme 10: Accroître les performances du Système d'Information pour la Gestion de la réponse nationale au VIH et au SIDA	1 162 273 212	1 080 196 491	92,94
Programme 11: Coordination de la réponse multisectorielle et décentralisée / Appui à la mise en œuvre	156 189 071	130 052 930	83,27
Programme 12: Mobilisation et gestion des ressources financières	2 478 275 890	2 097 817 115	84,65
<b>TOTAL</b>	<b>23 035 399 519</b>	<b>20 332 958 127</b>	<b>88,27</b>

## V. CONTRAINTES, LECONS TIREES ET PERSPECTIVES

### 1. FAIBLESSES ET CONTRAINTES

Le SEP-CNLS n'a toujours pas réussi à mobiliser l'entièreté de la contrepartie financière gouvernementale tel que stipulé dans l'accord de don du PMLS II ce qui a constitué une menace constante quant aux engagements de part et d'autre.

La clôture du projet PMLS II a entraîné le départ d'un personnel nécessaire à la gestion du Secrétariat exécutif Permanent du CNLS avec toutes les conséquences sur les résultats enregistrés.

Les départs du personnel surtout au niveau décentralisé handicapent les activités étant donné que les procédures de recrutement sont longues et coûteuses.

Enfin, parmi les contraintes, nous notons des insuffisances qui persistent dans la collecte et l'analyse de données surtout en ce qui concerne la périodicité de transmission de rapport ainsi que dans la maîtrise du circuit de données et ce malgré les efforts réels consentis pour l'amélioration du système de suivi et évaluation y compris l'existence d'un plan de suivi et évaluation et des cadres chargés du suivi évaluation affectés dans tous les CPLS pour appuyer notamment la collecte et l'analyse de données dans le domaine du VIH/sida dans les provinces. Il se pose un réel problème de collaboration dans la collecte et l'analyse de données sanitaires se traduisant concrètement par la discordance des données contenues dans les rapports du SEP/CNLS et de l'USLS Santé alors que la source de données (le Bureau Provincial de Santé) est censée être la même.

### 2. LECONS APPRISES ET PERSPECTIVES

Compter sur un seul bailleur est une contrainte et avoir intégré un objectif de mobilisation des ressources est salutaire car la question reste une préoccupation permanente afin que demain d'autres portes puissent s'ouvrir pour continuer et intensifier la lutte. En effet, il fut une époque où la perception était que le VIH était le mieux financé, mais grâce à ces efforts de communication sur les gaps financiers accompagnés d'une solide justification, cette perception est modifiée et il faudrait poursuivre pour que le Gouvernement le maintienne dans les priorités à faire figurer dans le plan d'actions prioritaires de la Banque Mondiale pour l'Afrique, pour le Burundi en l'occurrence.

La gestion du projet PRIDE qui est à la fin de la deuxième année d'exécution est un défi dans ce combat de mobilisation des ressources, sa réussite a garanti l'accord de financement de la deuxième phase par le FM. L'insuffisance actuelle de ressources financières dans le domaine de la lutte contre le VIH et le sida montre la nécessité de continuer à mettre davantage d'accent dans la mobilisation de ressources tout en faisant le plaidoyer pour une plus grande diversification de sources de financement afin de ne pas se trouver au dépourvu lors du retrait

d'un Bailleurs de fonds. Il est à ce niveau recommandé de poursuivre la sensibilisation des Autorités Burundaises à s'investir pour que le CNLS ait accès aux financements d'autres partenaires et que ces ressources puissent être accrues sur base des résultats obtenus ; les promesses sont là et commencent à être concrétisées pour 2012 pour le PEPFAR. Les efforts faits par le Gouvernement du Burundi pour mobiliser localement les fonds pour appuyer davantage le programme de lutte contre le Sida doivent être poursuivis dans le cadre des fonds IPSTE, où le Gouvernement du Burundi s'est engagé à contribuer dans la mise en oeuvre pour un montant de 3 millions USD par an. Une ligne budgétaire relative à la lutte contre le Sida a été ouverte dans la loi des Finances pour le Secrétariat Exécutif Permanent du CNLS et concrétise ainsi l'appui du Gouvernement à la coordination technique de la lutte contre le Sida.

Conformément aux constats faits durant l'année dernière et les recommandations des différentes missions de supervision de la Banque Mondiale, le SEP-CNLS devra continuer à mettre plus d'accent dans l'appui à des secteurs clés qui présentent des avantages comparatifs pour obtenir des résultats rapides pour la mise en oeuvre du plan stratégique de la lutte contre le Sida. Ainsi donc, l'amélioration et l'élargissement de la prise en charge passent par le renforcement du secteur de la santé, dans ses structures publiques et privées. Il faut poursuivre la décentralisation afin d'améliorer l'accès aux services. C'est une stratégie à développer et à soutenir car elle motive les intervenants, multiplie les bénéficiaires et améliore la qualité des services. Les efforts devront être poursuivis pour mieux coordonner les activités de suivi et évaluation.

## **VI. CONCLUSION**

La Direction du SEP-CNLS, son personnel et ses partenaires tant institutionnels qu'opérationnels sont conscients que la prévention doit toujours être couplée avec la prise en charge globale des personnes infectées et affectées. Les années précédentes ont connu des approches de prévention ciblant la population en général et cela était pertinent dans le sens où le niveau des connaissances du VIH était dans l'ensemble trop bas. Même si le changement de comportement n'a pas suivi, il est tout de même heureux de constater qu'à travers l'enquête nationale de séroprévalence combinée socio comportementale, le niveau de connaissances de la population s'est nettement amélioré.

Concernant le projet PRIDE, à la fois dans ses buts prévention, prise en charge et réduction d'impact, il est l'espoir à travers les décaissements futurs du FM, synonyme de la poursuite de nos ambitions en matière de lutte contre le sida.

Avec l'amélioration de la connaissance de l'épidémie, des actions ciblant les groupes à haut risque doivent se poursuivre. Heureusement, l'étude BSS+ est terminée et nous a guidé quant à l'orientation des actions à mener et à intégrer dans la planification sur les cinq prochaines années.

Déjà pour les travailleuses de sexe, PSI dispose des résultats de l'étude TRAC ce qui constitue un atout important pour la couverture des cibles de Bujumbura Mairie, Rumonge et ailleurs.

Aussi, nous avons remarqué la nécessité de revoir le circuit d'accréditation des CDV/PTME en accompagnant la mise à niveau du plateau technique de toute formation sanitaire pour qu'elle soit en mesure de prester.

Il faudrait dans la même logique harmoniser pour que les CDV puissent sans exception organiser le conselling pré et post test, le prélèvement et l'annonce des résultats immédiatement après par un même prestataire. Cela améliorerait davantage la demande du dépistage en incluant les clients qui anticipent qu'ils ne seraient pas en mesure de faire le test et récupérer les résultats en deux temps différents.

Enfin, le SEP-CNLS fait face aux gaps financiers pour une réponse appropriée aux gaps programmatiques et une sensibilisation de nos partenaires qui croient le contraire surtout depuis l'annonce du financement FM est à envisager. Cela sera possible du moment que le gouvernement lui-même a accordé un financement dans la concrétisation de cet engagement qui sera gage de sa volonté aux yeux des bailleurs.