



ONUSIDA

PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR ONUDC
UNICEF OIT
PAM UNESCO
PNUD OMS
UNFPA BANQUE MONDIALE



**RAPPORT D'ACTIVITES SUR LA LUTTE CONTRE LE
SIDA ET RAPPORT SUR LES PROGRES ENREGISTRES
VERS UN ACCES UNIVERSEL (BURUNDI), 2015**

Juin 2015

TABLE DES MATIERES

I. Introduction

II. Aperçu de la situation

II.1. Participation des partenaires au processus d'élaboration du rapport

II.2. Situation actuelle de l'épidémie

II.3. Récapitulatif des indicateurs de l'UNGASS

III. Riposte nationale à l'épidémie de sida

III.1. Implication au plus haut niveau

III.2. Prévention

III.3. Soins traitement et appui

III.4. VIH/sida et droits de l'homme

III.5. Ressources

III.6. Renforcement de la coordination, suivi-évaluation

IV. Meilleures pratiques

V. Principaux obstacles et mesures correctives

VI. Recommandations

Liste des références et sources de données

ANNEXE : INDICATEURS DE BASE POUR LE SUIVI DE LA DECLARATION POLITIQUE DE L'ONU SUR LE VIH/SIDA DE 2011

LISTE DES BREVIATION ET SIGLES

AES	: Accidents d'exposition au sang
ARV	: Antirétroviraux
CDI	: Consommateurs de drogues injectables
CRIS	: Système d'information sur la réponse des pays
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CTV	: Conseil et test volontaire
FM	: Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
FHI	: Family Health International
HSH	: Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IST	: Infections sexuellement transmissibles
LCS	: Lutte contre le sida
NU	: Nations Unies
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PEC	: Prise en charge
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	: Professionnel (le)s du sexe
PTME	: Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PVVIH	: Personnes vivant avec le VIH
PSN	: Plan stratégique national de lutte contre le sida
SNU	: Système des Nations Unies
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquis
SR	: Santé reproductive
UDI	: Usager de drogues injectables
UN	: Nations Unies
UNDAF	: Plan cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la population
UNHCR	: Haut commissariat aux réfugiés
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNESCO	: Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNIFEM	: Fonds de développement des Nations Unies pour la femme
UNGASS	: Session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le
VIH/sida acquise	: Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'Immunodéficience

I. INTRODUCTION

Le Burundi met en œuvre depuis 2002 un vaste programme visant la riposte nationale contre le sida, afin d'atteindre les objectifs fixés à travers les plans stratégiques nationaux 2002-2006, 2007-2011, 2012-2016 et 2014-2017. Ce programme vise à assurer un accès universel à des services de prévention, de soins et d'appui de qualité en matière de VIH/sida. Il s'inscrit pleinement dans le cadre de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida (UNGASS) et par delà des ODM.

Au cours de cette période, l'Etat du Burundi a inscrit la lutte contre le VIH/SIDA au premier plan à travers la mise en place d'un Programme National de Lutte Contre le SIDA et du SEP/CNLS qui sont sous le tuteur du Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA.

Les appuis les plus importants proviennent des partenaires dont les plus importants sont : le Fonds Mondial, USAID, les agences du système des Nations Unies et la coopération bilatérale. Un rôle majeur a été joué par les organisations de la société civile et les organisations confessionnelles. Une forte implication du secteur de la santé s'observe avec une augmentation des sites ARVs, des sites CDV et des sites PTME.

Même si les efforts déjà faits sont importants, des défis majeurs restent en termes de décentralisation et de couverture pour viser l'accès universel aux services de prévention, de prise en charge et de réduction de l'impact.

Le présent rapport de situation nationale présente un résumé des réalisations du Burundi dans la mise en œuvre de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Le présent rapport met en évidence les progrès enregistrés dans la réponse nationale au sida au cours des deux dernières années 2013-2014. Il est le fruit d'une large concertation entre le Conseil National de lutte contre le Sida (CNLS) et ses partenaires que sont les départements ministériels, la société civile, et les organisations confessionnelles, les ONG internationales, la coopération bilatérale et le système des nations unies.

Après un aperçu de la situation de l'épidémie du VIH/sida au Burundi, le rapport relate les progrès réalisés en rapport avec les indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011. Il met ensuite en exergue les principaux obstacles et défis à surmonter pour renforcer la riposte nationale au VIH/sida en vue d'atteindre l'accès universel.

II. APERÇU DE LA SITUATION

II.1. PARTICIPATION DES PARTENAIRES AU PROCESSUS D'ÉLABORATION DU RAPPORT

Les mécanismes de participation des partenaires, recommandés pour la préparation de ce rapport national, ont été pris en compte. Ceux-ci incluent la consultation des organisations non gouvernementales, des personnes vivant avec le VIH, des secteurs publics et privés et des agences des Nations Unies et de coopération multilatérale et bilatérale.

L'élaboration du rapport est passée par plusieurs étapes menées en concertation avec les différents partenaires, sous la coordination du Conseil National de lutte contre le sida et avec l'appui et la collaboration étroite de l'ONUSIDA, de l'OMS et de l'UNICEF. Le processus a suivi les étapes suivantes :

- Mise en place d'un comité de suivi et définition du processus et des étapes pour l'élaboration du rapport.
- Recueil des données sur les activités à travers des formulaires adressés aux différents partenaires et services impliqués dans la riposte nationale.
- Synthèse des données disponibles et calcul des indicateurs de suivi et évaluation recommandés.
- Organisation le 07 avril 2015, d'un atelier pour finaliser et valider le rapport. Cet atelier a regroupé des représentants des différents partenaires nationaux et internationaux.
- Intégration des observations et recommandations de l'atelier de validation et de consensus sur le rapport

II.2. SITUATION ACTUELLE DE L'ÉPIDÉMIE

Prévalence du VIH dans la population générale

Le premier cas de sida a été notifié au Burundi en 1983. L'importance de l'infection a été évaluée dans la population générale grâce à quatre enquêtes nationales de séroprévalence réalisées respectivement en 1989-90, en 2002, en 2007 et 2010-2011.

La première enquête d'envergure nationale fut conduite en 1989 auprès des adultes âgés de 15-44 ans et a révélé des séroprévalences de 1% dans les zones rurales, de 14.7% en zone semi-urbaine et de 15.2% en zone urbaine.

La deuxième enquête nationale de séroprévalence a été réalisée en 2002 auprès 5.569 personnes âgées de 12 ans et plus. Cette enquête a montré une prévalence nationale du VIH égale à 3.2%.

La troisième enquête nationale de séroprévalence menée en 2007 auprès de 18.000 personnes âgées de 18 mois et plus a trouvé que la séroprévalence nationale de la population âgée de 18 mois et plus est de 3,0% (soit 2,8 % en milieu rural, 4,4 % en milieu semi - urbain et 4,6 % en milieu urbain).

L'Enquête Démographique et de Santé réalisée en 2010 auprès de 8 087 personnes âgées de 15-49 ans, indique que le taux de séroprévalence du VIH dans la population de 15-49 ans est estimé à 1,4 % (soit 1,0% en milieu rural, 4,1 % en milieu urbain).

Prévalence du VIH dans les populations clés

L'étude PLACE réalisée en 2013 a estimé à environ 51 482 le nombre de PS répartis sur tout le territoire national dont 14 562 dans la zone de Bujumbura-Mairie (28%), 10 007 dans les autres zones urbaines (20%) et 26 913 dans les zones rurales (52%). La séroprévalence de ces PS est estimée selon l'étude à 21,3% soit 15 fois la moyenne nationale.

Les MSM avec une taille estimée à 9 346 sont majoritairement concentrés au niveau de Bujumbura-Mairie avec une population de 5 385 soit 58% de la taille, dans les autres zones urbaines 2 245 soit 24% et dans les zones rurales 1 716 soit 18%. Leur prévalence au VIH est de 4,8% soit 3,5 fois la moyenne nationale.

En ce qui concerne la consommation de drogues au Burundi, l'étude PLACE 2013 estime à 10,2% le taux des consommateurs de drogues dans les ZIP de Bujumbura-Mairie, 2,7% dans celles des ZIP des autres zones urbaines et 1,7% dans celles des zones rurales ; moins de 1% de ces populations utilisent la drogue injectable. La prévalence du VIH n'a pas été estimée.

50% de toutes les nouvelles infections apparaissent chez les moins de 25 ans dont 25% concernent la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Féminisation de l'épidémie

L'enquête de 2002 a également mis en évidence la plus grande vulnérabilité de la femme vis-à-vis du VIH et ceci dans toutes les zones. 13% contre 5,5%, 13,7% contre 6,8% et 2,9% contre 2,1%, respectivement en zone urbaine, semi urbaine et rurale dans la population totale.

Les données de 2007 montrent une séroprévalence de 2,81% chez les hommes contre 2,91% chez les femmes¹. Au niveau de la population âgée de 15 à 49 ans, la séroprévalence du VIH est de 3,58% dont 3,24% chez le sexe masculin et 4,02% chez le sexe féminin avec une variabilité prononcée en milieux urbains et semi-urbains.

L'Enquête Démographique et de Santé réalisée en 2010, indique que le taux de séroprévalence du VIH dans la population de 15-49 ans est estimé à 1,4 %. Chez les femmes de 15-49 ans, ce taux, estimé à 1,7 %, est supérieur à celui observé chez les hommes du même groupe d'âges (1,0 %).

Hétérogénéité géographique de la prévalence du VIH

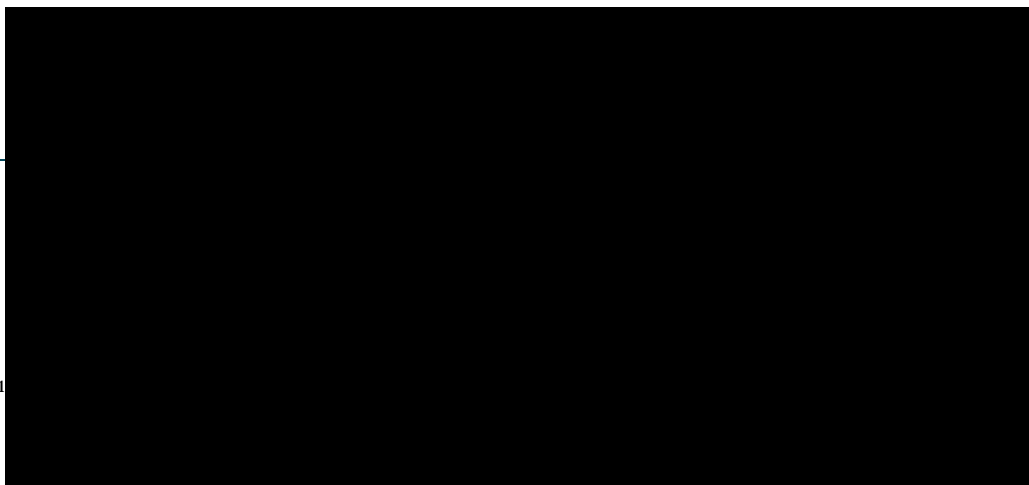
La première enquête nationale de séroprévalence du VIH a montré une séroprévalence de 6,5% dans la population adulte des zones urbaines et semi urbaines et de 0,6% en milieu rural ; dans celle de 2002 les taux étaient de 10,4% en zone semi urbaine, de 9,5% en zone urbaine et de 2,5 % en zone rurale.

En comparant les résultats des deux premières enquêtes on observe une augmentation du taux de séroprévalence globale qui est plus marquée en zone rurale où le taux a quadruplé de 1989 à 2002. La troisième enquête réalisée en 2007 montre un taux de séroprévalence globale de 2,97 % dans la population générale avec un taux de 4,59 % en zone urbaine, de 4,41 % en zone semi urbaine et de 2,82 % en zone rurale.

L'Enquête Démographique et de Santé réalisée en 2010 auprès de 8 087 personnes âgés de 15-49ans, indique que le taux de séroprévalence du VIH dans la population de 15-49 ans est estimé à 1,4 % avec un taux de 1,0% en milieu rural et 4,1 % en milieu urbain.

Hétérogénéité de l'épidémie en fonction de l'âge

Les données de l'enquête de séroprévalence du VIH de 2007 ont montré que la population active est la plus touchée par l'épidémie.



Graphique 1: Taux de séroprévalence du VIH par tranche d'âge et par milieu, Enquête nationale de Séroprévalence 2007

Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé réalisée en 2010, montrent que chez les femmes comme chez les hommes, la séroprévalence augmente avec l'âge. Quel que soit le sexe, c'est à moins de 20 ans que la proportion de séropositifs est la plus faible (0,2 % chez les femmes et 0,3 % chez les hommes). Chez les femmes, la séroprévalence atteint un maximum de 3,7 % dans le groupe d'âges 35-39 ans et, après cet âge, elle diminue pour s'établir à 2,4 % dans le groupe d'âges 45-49 ans. Globalement, la même tendance s'observe chez les hommes, la prévalence passant d'un niveau très faible à 15-19 ans à un maximum de 3,3 % à 40-44 ans, soit plus tardivement que chez les femmes. Après cet âge, comme chez les femmes, la séroprévalence diminue (2,1 % dans le groupe d'âges 45-49 ans). Dans tous les groupes d'âges, la proportion de femmes séropositives est nettement supérieure à celle des hommes, à l'exception des groupes d'âges 15-19 ans (0,3 % pour les hommes et 0,2 % pour les femmes) et 40-44 ans (3,3 % dans les deux cas).

Vulnérabilité des jeunes face au VIH

La séroprévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans en 2007 est de 3,77% contre 4% en 2002 en milieu urbain, 4% en milieu semi-urbain contre 6% en 2002 ; 2,93% en milieu rural contre 2,2%.

L'Enquête Démographique et de Santé réalisée en 2010 montre que la prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est estimée à 0,5 %. Elle est de 1,4% en milieu urbain et 0,4 % en milieu rural.

Par ailleurs, les malades du sida représentent plus de 70% des patients hospitalisés dans les services de médecine interne des hôpitaux de Bujumbura. Les rapports 2007 du Centre antituberculeux de Bujumbura (CATB) et du Sanatorium de Kibumbu montrent que 26% des tuberculeux sont également infectés par le VIH.

Les projections SPECTRUM montrent une tendance à la baisse avec des taux de prévalence dans la population de 15-49 ans de 1,30 % en 2012, 1,20% en 2013, 1,11% en 2014 et 1,04% en 2015. Suite à cette hypothèse forte de diminution de la prévalence du VIH, il s'en est suivi une baisse des besoins estimés en PTME qui étaient initialement estimés à environ 17.000 femmes chaque année.

II.3. RECAPITULATIF DES INDICATEURS DE BASE POUR LE SUIVI DE LA DECLARATION POLITIQUE DE L'ONU SUR LE VIH/SIDA DE 2011

N°	INDICATEURS	RESULTATS 2013	RESULTATS 2014	Commentaires
Objectif 1.D'ici à 2015, réduire de 50 % le taux de transmission du VIH par voie sexuelle				
1.1	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH	45,07%	45,07%	Rapport EDS 2010
1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	4,85%	4,85%	Rapport EDS 2010
1.3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	1,09%	1,09%	Rapport EDS 2010
1.4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport	14,29%	14,29%	Rapport EDS 2010
1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	16,7%	16,7%	Rapport EDS 2010
1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH	2,56%	2,56%	Rapport EDS 2010
1.7	Pourcentage, parmi les professionnel(le)s du sexe possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	31,2%	31,2%	BSS 2011
1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	91,2%	91,2%	BSS 2011
1.9	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	65,8%	65,8%	BSS 2011
1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	19,8%	19,8%	BSS 2011

N°	INDICATEURS	RESULTATS 2013	RESULTATS 2014	Commentaires
1.11	Pourcentage, parmi les populations possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus (MSM)	21,4%	21,4%	BSS2011
1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	34,5%	34,5%	BSS2011
1.13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	23,2%	23,2%	BSS2011
1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	2,4%	2,4%	BSS2011
Objectif 3. Enrayer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants d'ici à 2015, et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida1				
3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	60,15%	72,32%	Nous remarquons une nette évolution de la couverture en PTME
3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	8,37%	8,37%	
3.3	Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	24,54%	23,05%	Nous remarquons une légère diminution de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
3.4	Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu les résultats - au cours de leur grossesse, durant le travail et l'accouchement, et pendant la période post-partum (≤ 72 heures) - y compris celles dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH était déjà connu	51,2%	83,76%	
3.5	Pourcentage de femmes enceintes consultant dans les services de soins prénatals, dont le partenaire masculin a été dépisté pour le VIH	3,2%	ND	
3.6	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'éligibilité à l'accès au traitement antirétroviral a été évalué selon les critères cliniques ou immunologiques (numération des CD4)	60,15%	72,32%	

3.7	Pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH, recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) dans les six premières semaines de vie (c'est à dire la transmission en période de postpartum précoce, autour de leurs six premières semaines)	32,9%	ND	
3.8	Nourrissons nés de femmes séropositives au VIH, recevant des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH durant la période de l'allaitement au sein	32,9%	ND	
3.9	Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) dans les deux mois suivant leur naissance	32,9%	47,62%	
3.10	Distribution des pratiques d'alimentation à l'âge de 3 mois (allaitement au sein exclusif, de substitution, mixte/autre) pour les enfants nés de femmes séropositives au VIH, à la visite DTC3 (3ème dose vaccination diphtérie, coqueluche, tétanos)	2189	2 440	Ce sont des nouveaux nés avec allaitement au sein exclusif,
3.11	Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals au moins une fois durant la période couverte par les données (AU 2011 #11)	NA	415 826	Ce sont des données du rapport CNLS 2014
Objectif 4: d'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH				
4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès	43,30%	43,44%	
4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement	91,40%	90,74%	SIDAINFO
	(a) 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale			
	(b) 24 mois après le début du traitement parmi les patients ayant débuté le traitement antirétroviral en 2010,	88,42%	85,86%	SIDAINFO
(c) 60 mois après le début du traitement parmi les patients ayant débuté le traitement antirétroviral en 2007	83,25%	80,82%	SIDAINFO	
4.3	4.3a Nombre d'établissements de santé qui dispensent des traitements antirétroviraux (TAR)	152	185	
	4.3b Nombre d'établissements de santé qui dispensent la thérapie antirétrovirale pédiatrique	152	185	
4.4	Pourcentage des établissements de santé délivrant des antirétroviraux et ayant connu une rupture de stocks pour au moins un antirétroviral dans les 12 derniers mois (AU 2011 #H1)	8	ND	

4.6	Nombre d'adultes inscrits pour la première fois à un programme de soins avant le traitement antirétroviral (pré-TAR) au cours de la période considérée (2014)	ND	283	
Objectif 5 : Réduire de 50 pour cent le nombre de décès liés à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH à l'horizon 2015				
5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	ND	ND	
5.2	Nombre d'établissements de santé (dispensant des traitements antirétroviraux) qui respectent des pratiques attestées de lutte contre l'infection, notamment de lutte antituberculeuse	152	185	Rapport CNLS 2014, ce sont des Hôpitaux et Centres de santé sites ARV
5.3	Pourcentage d'adultes et d'enfants nouvellement pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH et ayant débuté une thérapie contre la tuberculose latente (thérapie préventive par isoniazide)	ND	ND	
5.4	Pourcentage d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH de patients dépistés pour la tuberculose à leur dernière visite	ND	ND	
Objectif 6. Réduire, d'ici à 2015, le déficit mondial de ressources pour la riposte au sida, et parvenir à un investissement mondial annuel de USD 22-24 milliards dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire				
6.1	Dépenses nationales et internationales consacrées à la riposte au sida	40 245 539 US dollars	19 468 354 US dollars	La diminution fait suite au fait que les données de PEPFAR n'ont pas été renseignées
Objectif 7.Éliminer les inégalités entre les sexes				
7.1	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	ND	ND	Les rapports de l'EDS 2010 ont montré que 46.1% de toutes les femmes de 15-49 ans pensent qu'il est justifié que-un mari batte sa femme, quand la femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son conjoint. Nous avons aussi 19.3% d'hommes de 15-49 ans pensent qu'il est justifié que-un mari batte sa femme, quand la femme refuse d'avoir des

				rappports sexuels avec est son conjoint.
Objectif 10. Renforcer l'intégration du VIH				
10.1	taux actuel de fréquentation des orphelins âgés de 10 à 14 ans dans les écoles primaires et secondaires.	75%	75%	Rapport EDS 2010
	taux actuel de fréquentation des orphelins âgés de 10 à 14 ans dans les écoles primaires et secondaires, dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux.	91%	91%	
10.2	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	ND	ND	<p>Le rapport du CNLS 2014 montre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 602 PVVIH de Ruyigi et 39 PVVIH de Rutana ont bénéficié des soins à domicile et palliatifs et 2 440 enfants sous ARV. - Appui alimentaire à 1 316 PVVIH par PAM, 1 642 orphelins et enfants infectés ou affectés par le VIH/sida par la Maison Shalom, - Distribution d'un kit scolaire à 123 928 OEV dans 12 Provinces du pays : Bubanza, Marie, Bujumbura, Bururi, Cankuzo, Cibitoke, Gitega, Kayanza, Mwaro, Muramvya, Rutana, Ruyigi. - 61 OEV de Ruyigi ont été formés en métier par Maison Shalom

III. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA

Cette section du rapport souligne les efforts déployés par le Gouvernement du Burundi et ses partenaires dans la riposte à l'épidémie du VIH/sida.

Elle focalise l'attention sur les progrès réalisés au cours de l'année 2014 en mettant en exergue les efforts déployés par rapport aux différents domaines de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida.

Des indicateurs actualisés des progrès, résultats et impact de la riposte nationale sont présentés dans les différentes parties de cette section du rapport.

III.1. IMPLICATION AU PLUS HAUT NIVEAU

Au plus haut niveau de l'Etat, le Président de la République du Burundi considère la lutte contre le VIH/sida comme un défi incontournable. La participation marquée lors des événements nationaux et mondiaux de lutte contre le SIDA témoigne de l'attention que le Gouvernement porte aux défis lancés par la pandémie.

Un Conseil National de lutte contre le SIDA dirigé au plus haut niveau par le Président de la République est opérationnel depuis 2001, avec une décentralisation de cette structure au niveau des 17 provinces et 129 communes du pays.

Des campagnes multiples ont été menées par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA. Il faut signaler ici une implication marquée du Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA à travers une approche de décentralisation par la mise en place des districts sanitaires, l'accréditation des nouveaux sites CTV, PTME et ARV. Les nouvelles directives du ministère allant dans le sens de la mise en place des CTV et des sites PTME dans tous les CPN offre de nouvelles perspectives de passage à l'échelle.

Le transfert des compétences aux personnels infirmiers pour la prescription des ARVS est en voie d'opérationnalisation. Une politique de délégation de tâches du médecin au personnel infirmier est déjà opérationnelle.

Le Ministère de la solidarité Nationale a inscrit dans ses priorités la prise en charge des orphelins et en l'occurrence des OEVs infectés et affectés. Des comités locaux de protection des OEVs ont été mise en place et le Ministère de la solidarité est entrain de procéder à leur décentralisation sur toutes les collines en collaboration avec les administrations provinciales et communales.

De l'appui direct en termes de subsides et autre appui ponctuels ont été apportés aux orphelinats, centre de handicapés et autres centres sociaux. Les groupes vulnérables au VIH/sida dont les rapatriés et les déplacés ont été assistées par le ministère de la solidarité pour l'accès aux soins et à d'autres formes d'aides.

L'année 2014 a été caractérisée par une intensification et un élargissement du rôle de la société civile. Les associations, les confessions religieuses, le secteur privé ont accru leur apport dans les domaines de la prévention, de la prise en charge psychosociale et médicale ;

La participation de la société civile se matérialise aussi par sa participation à toutes les instances de coordination et de décision en matière de la lutte contre le SIDA entre autre l'Assemblée Générale du CNLS, le CCM Burundi et d'autres

Le rôle des personnes vivant avec le VIH/SIDA a été très important au niveau de tout le pays dans les activités de sensibilisation des pairs pour l'adoption d'une vie positive et la mobilisation communautaire pour la réduction de nouvelles infections. Au niveau de la prise en charge médicale, les organisations confessionnelles, les associations et le secteur privé continuent à jouer un rôle de premier plan avec plus de 50 % des patients sous traitements.

L'implication du secteur de l'emploi se manifeste à travers un rôle joué par l'association des employeurs du Burundi. Des initiatives locales et régionales ont été faites et en particulier au niveau de l'EAC ; le leadership de l'association des employeurs du Burundi est une réalité en matière de lutte contre le SIDA. Par ailleurs le ministère en charge de l'emploi a organisé plusieurs réunions de sensibilisation des fonctionnaires et ouvriers du pays au cours de la période sous revue. Une sensibilisation sur les directives BIT et leur applicabilité dans le contexte du pays a été fait.

III. 2 Prévention

Au cours de cette année 2014, la sensibilisation par les animateurs communautaires et pairs éducateurs s'est poursuivie à travers 243 230 séances tenues. Les séances ont pu toucher dans l'ensemble 4 652 133 personnes dont 867 132 ont bénéficié du thème sur les connaissances générales tandis que les autres thèmes ont touché les effectifs ci-après : le dépistage volontaire 1 029 783, la PTME 712 474, la promotion du préservatif 631 073, la prise en charge des PVVIH 228 258, la prise en charge des OEV 160 268, l'impact du VIH & SIDA 409 932, les violences sexuelles 186 797, la protection des droits des PVVIH 131 976 et des OEV 247 044 et la circoncision masculine 47 396. En effet les lignes téléphoniques d'information, de soutien et d'orientation sur les IST/VIH et le Sida (SOS/SIDA) dont les numéros d'appel sont 22 25 56 56 et 22 22 24 65 ont continué de fonctionner durant toute l'année 2014.

La distribution et la vente des préservatifs se sont poursuivies durant cette année 2014 et sur les 10 080 000 préservatifs masculins et féminins prévus, 5 917 401 préservatifs masculins et 84 191 préservatifs féminins ont été distribués ; au total 6 001 592 préservatifs ont été mis à la disposition des utilisateurs. PSI Burundi a vendu 3 774 060 préservatifs au cours de la même période dans le cadre du marketing social du préservatif sur les 6 750 000 prévus pour l'année 2014. Un accent particulier a été mis sur l'autonomisation du réseau de distribution du préservatif à travers le 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 30 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 distribués par rapport aux préservatifs vendus est de 62,88% soit 3 774 060 des préservatifs vendus sur 6 001 592 représentant la totalité des préservatifs distribués.

En matière de communication sociale, il est important de souligner le rôle positif joué par les médias burundais écrits et audiovisuels. Les journalistes ont bénéficié des activités de renforcement des capacités à travers des ateliers organisés par l'institut PANOS PARIS, le SEP/CNLS, et le réseau burundais des personnes vivant avec le VIH/SIDA en collaboration avec l'association burundaise des radiodiffuseurs (ABR).

Plusieurs médias organisent des émissions, des reportages, des spots publicitaires et éléments du journal en rapport avec la lutte contre le SIDA ;

Les médias participent activement aux efforts de prévention, de plaidoyer, de mobilisation politique et de lutte contre la discrimination et stigmatisation. Toutes les radios privées, confessionnelles, et la radiotélévision publique sont impliquées dans les actions de lutte contre le SIDA ;

Il est utile de souligner l'émergence des radios communautaires qui place la lutte contre le sida au centre de leurs priorités. (RPA, Star Fm, Umuco FM, Ijwi ry'abakenyezi).

Implication des leaders religieux,

Les responsables religieux encadrent la majorité des centres de dépistage dans le pays. Une ouverture et une visibilité des PVVIH parmi les chrétiens et les pasteurs des églises, traduisent déjà un changement majeur des principes, d'attitude, d'acceptation et de tolérance.

Plusieurs initiatives de prévention et de prise en charge sont en cours au niveau des églises, ce qui traduit une dynamique nouvelle et novatrice au niveau confessionnel. Ceci représente un espoir nouveau dans le cadre de la mobilisation communautaire.

En matière de prévention auprès de jeunes et des femmes ;

La question de la prévention auprès des jeunes a été une préoccupation majeure des stratégies nationales de réduction des nouvelles infections. Pour le PSN 2014-2017, la catégorie des jeunes scolarisés et non scolarisés est une cible prioritaire des interventions au Burundi. Des pairs éducateurs au niveau de cette catégorie ont été formés, des clubs stop sida sont encadrés et contribuent aux efforts de prévention.

La catégorie des femmes et particulièrement des femmes vulnérables a fait l'objet d'une attention particulière dans le PSN 2014-2017, à travers le renforcement des capacités des associations féminines, l'organisation des séances de sensibilisations au niveau communautaire.

La Santé Reproductive ;

L'année 2014 a été caractérisée par un regain d'intérêt pour les activités de santé reproductive. Dans l'élaboration du PSN 2014-2017, la Santé Reproductive a été prise en compte de manière spéciale, et aujourd'hui les organisations communautaires commencent à s'impliquer dans la SR au coté et en complémentarité avec les structures sanitaires.

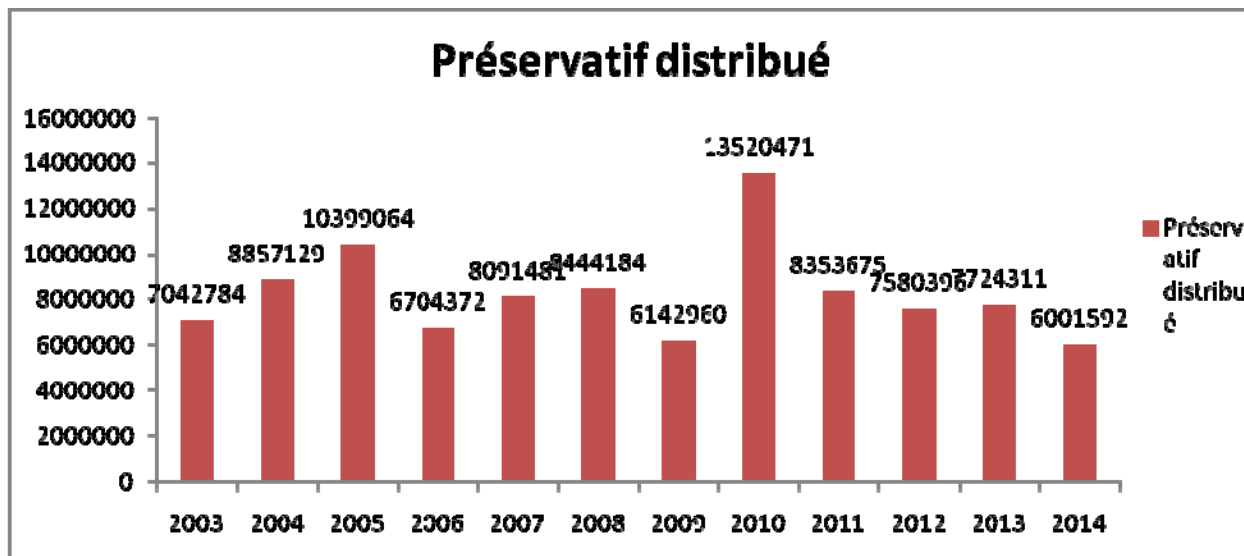
Les programmes d'intervention de proximité auprès des groupes les plus exposés ;

Au cours de l'année 2014, des actions ciblées ont été menées aux près des groupes à haut risque et particulièrement les travailleuses de sexe, les détenus, les MSM, les jeunes, les hommes en uniforme, les déplacés, les usagers de drogues et les rapatriés.

La stratégie a été la formation des groupes de pairs au sein des populations concernées, la distribution du préservatif, l'accès au test, la distribution des trousse de prévention pour les professionnelles de sexe identifiés. Notons que malgré la pénalisation de l'homosexualité, des actions en faveur de cette cible se sont poursuivies

La circoncision masculine a été poursuivie parmi les stratégies de réduction de la transmission du VIH et 20 671 hommes ont pu être circoncis dans le cadre de la convention qui lie le SEP/CNLS et les structures de prise en charge.

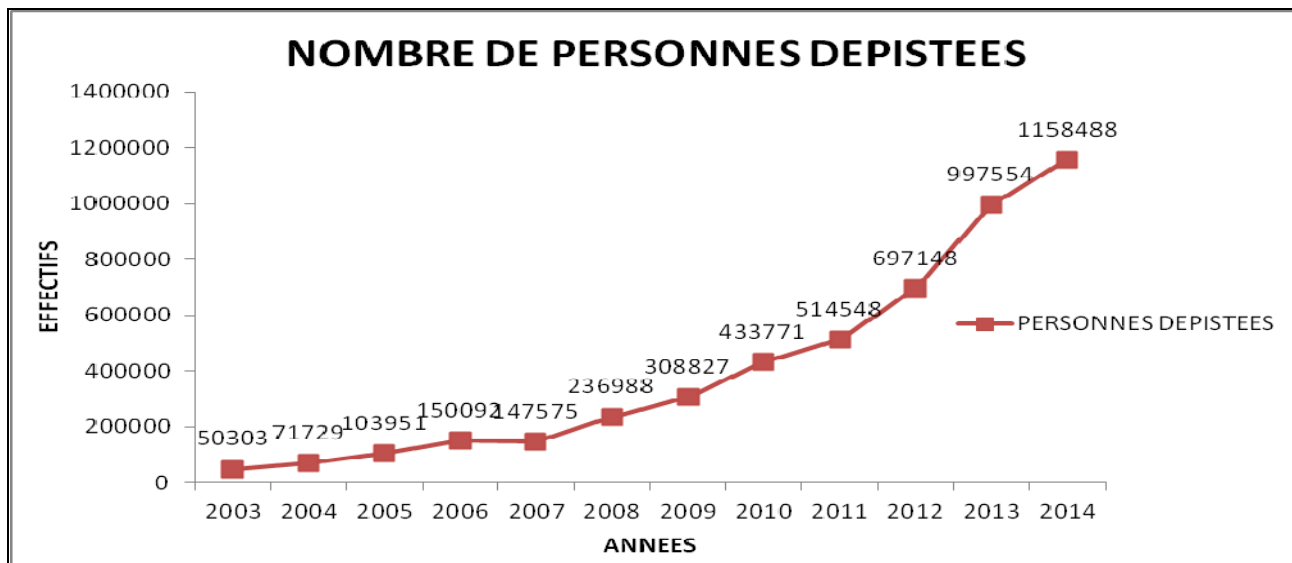
La distribution et la vente des préservatifs se sont poursuivies durant l'année 2014 et la proportion des préservatifs masculins vendus par rapport aux préservatifs distribués est de : 62,88% soit 3 774 060 des préservatifs vendus sur 6 001 592 représentant la totalité des préservatifs distribués.



Graphique 2: Evolution du nombre des préservatifs distribués de 2003 à 2014

Au cours de cette période de l'année 2014, le *conseil et le dépistage du VIH* a concerné 1 158 488 personnes sur les 1 055 317 prévus pour cette année soit 109,8% et 15 213 cas parmi eux sont positifs soit un taux de 1,31%. Le nombre de dépistés ayant récupéré les résultats est de 1 155 051 personnes soit 99,70%. Cette activité a été réalisée dans 789 centres de dépistage sur près de 925 accrédités. Des réactifs pour le dépistage du VIH y compris dans le cadre de la PTME ont été acquis.

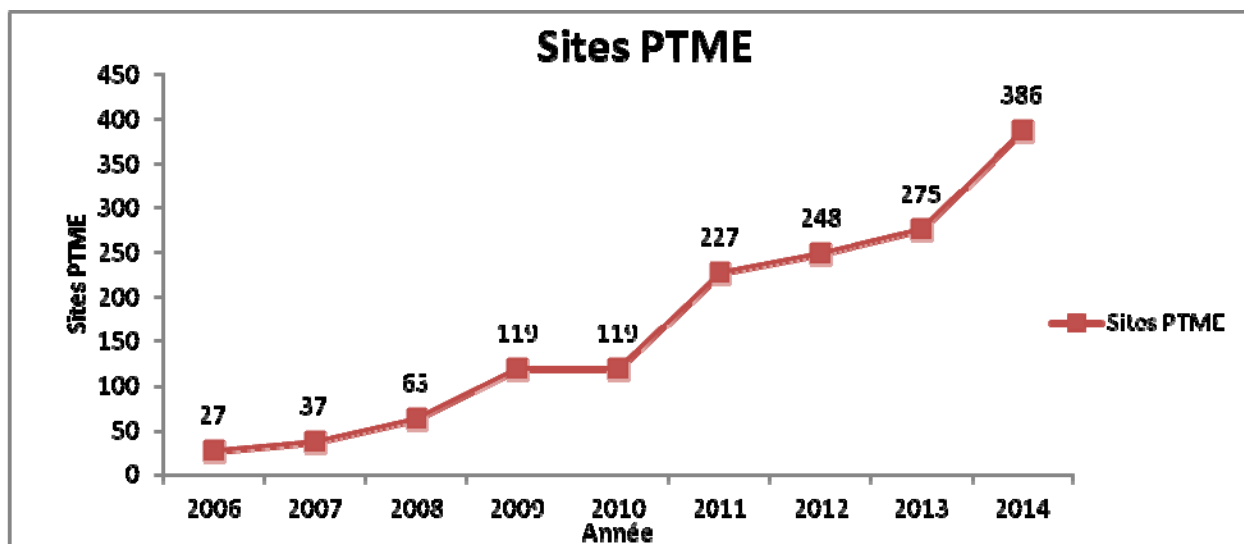
Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida a initié une revue de l'algorithme de dépistage qui a abouti pour le test de confirmation à HIV 1/2 STAT-PAK Dipstick tests qui est utilisé actuellement sur terrain.



Graphique 3 : Effectif de personnes dépistées de 2003 à 2014

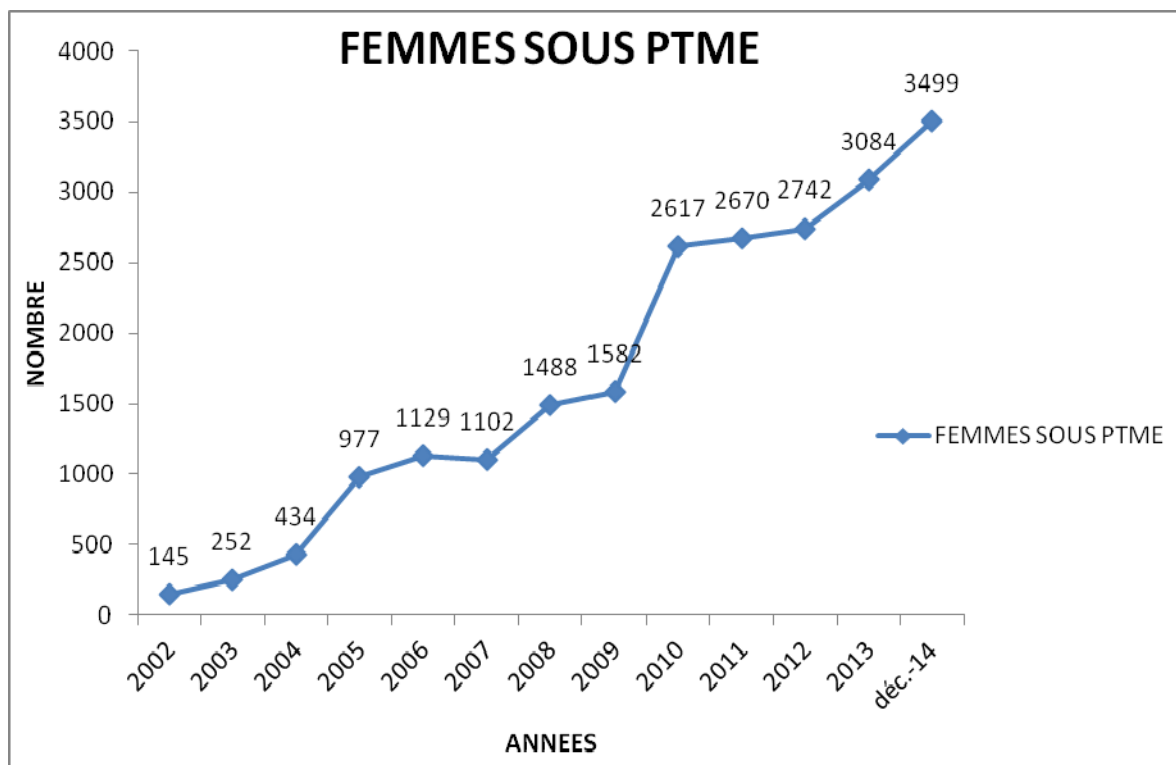
Les infections sexuellement transmissibles ont fait objet des interventions au cours de cette période, notamment par la disponibilité des médicaments et 110 765 cas ont été diagnostiqués et traités.

Quant à la PTME, 3 499 nouvelles mères enceintes séropositives et 2 304 nouveau-nés ont bénéficié du traitement prophylactique ARV au cours de cette même période alors que 4 838 étaient dans le besoin soit un taux de couverture de 72,32%. Le nombre de sites PTME n'ont cessé d'augmenter car ils sont passés de 27 en 2006 à 386 en 2014 comme l'indique le graphique suivant.



Graphique 4 : Evolution du nombre des sites PTME par province, 2006-2014

Nous remarquons que le nombre de sites a évolué positivement même si des efforts importants restent à déployer.



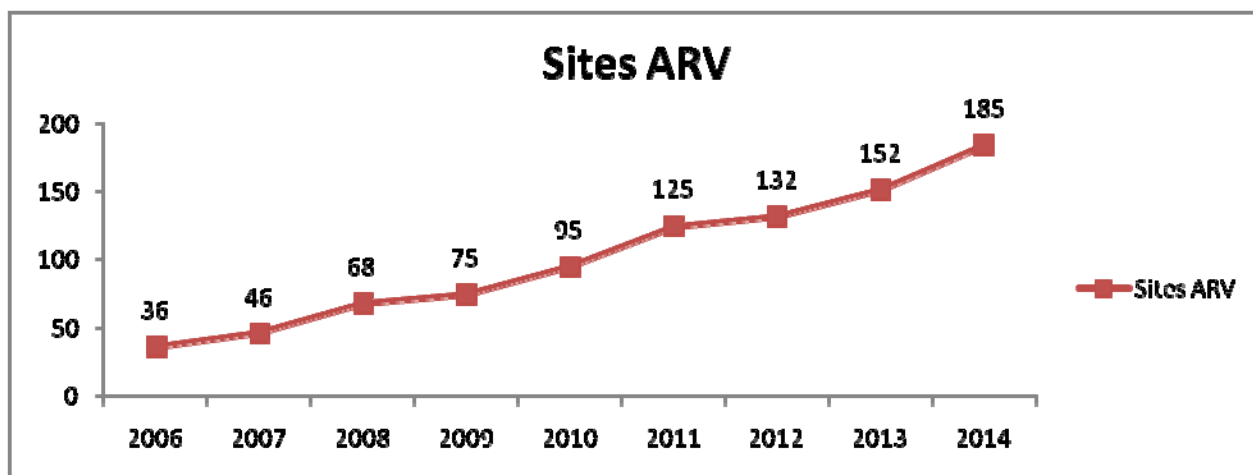
Graphique 5: Evolution du nombre de femmes sous PTME de 2002 à 2014

Notez qu'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 a été 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.

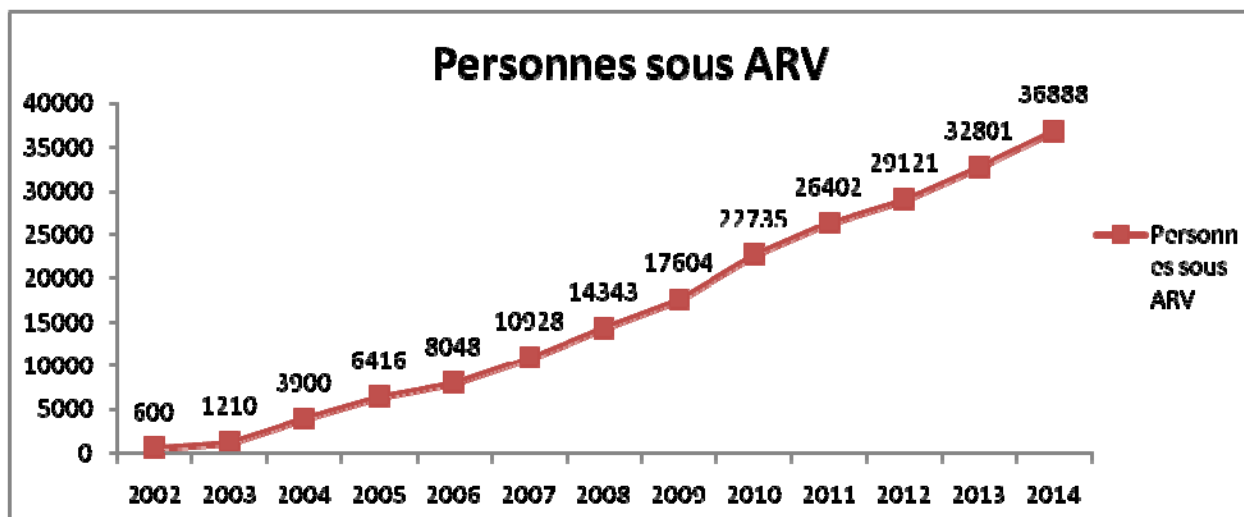
III. 3 Soins, traitement et appui

Au niveau de la prise en charge des infections opportunistes, 61 556 cas d'infections opportunistes ont été traités. Pour le traitement ARV, 36 888 PVVIH ont été traités dont 2 440 enfants et 34 448 adultes, sur 48 092 prévus dans le PSN 2012-2016 pour l'année 2014. 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, Nturengaho, le CED Caritas, la FVS à travers ses 3 antennes, l'association RAMA, l'ACVS, APECOS, IZERE Kirundo etc.



Graphique 8 : Evolution du nombre de sites ARV de 2006 à 2014

Cette courbe montre que le nombre de sites va croissant même si des efforts restent à fournir.



Graphique 6 : Evolution de l'effectif de PVVIH sous ARV de 2002 à 2014

Chaque année les personnes sous ARV augmente 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) contribue également dans cette évolution.

La société civile a été pionnière dans l'offre de ce service, mais il est remarquable de voir l'implication actuelle du secteur public. Au cours de l'année 2014, la part du nombre de personnes sous ARV du secteur public a augmenté jusqu'à atteindre 54,05% alors qu'au cours de 2010 elle était à 40%.

Pour améliorer la gestion des stocks d'ARV ;

L'application du logiciel de traitement des données SIDA info et le logiciel de gestion des médicaments a été développée et installée au niveau des sites ARV. Des activités de supervision formative des utilisateurs se sont poursuivies au cours de la période sous revue.

Le logiciel SIDA info permet de visualiser en temps réel le nombre de personnes vivant avec le VIH, le nombre de patients traités, les schémas thérapeutiques utilisés et les stocks disponibles. Les données fournies par SIDA info, sont utilisées pour la planification des besoins en achats des ARV, des médicaments pour les infections opportunistes, des réactifs pour le suivi biologique des malades sous traitement (CD4 et charge virale). Actuellement, SIDA info est opérationnel au niveau des sites de traitements ARV réparties sur tout le territoire national.

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.

En matière d'appui psychosocial des personnes vivant avec le VIH ;

Le plan stratégique national définit un paquet de services psychosociaux et psychologique que doivent bénéficier les personnes vivant avec le VIH et leurs ayants droits.

Il s'agit des services d'accompagnements psychologique , des services de soins à domicile , un appui nutritionnel , la scolarisation des orphelins , l'accès aux soins pour les OEVs , l'accès aux ressources pour l'auto prise en charge (micro crédits , subvention pour l'agriculture) , l'apprentissage des métiers pour l'auto réinsertion sociale etc...

- 15 213 personnes testées séropositives ont bénéficié des séances d'accompagnement et soutien psychologique pour la gestion de la séropositivité au cours du counseling post-test
- 4087 nouveaux cas enrôlés aux ARV ont bénéficié chacun 3 séances de préparation à la prise de traitement ARV, soit 12 261 séances
- 36 888 PVVIH ont bénéficié des séances de suivi pour l'observance du traitement ARV
- 185 structures ARV sur les 285 prévues sur l'année 2014 ont offert des ARV et font la prise en charge psychosociale de ces PVVIH
- 3252 visites à domicile ont été réalisées par les 271 médiateurs de santé répartis dans les sites ARV et PTME pour offrir des soins et soutien à domicile et soins palliatifs aux PVVIH,
- 82 nouveaux médiateurs ont été recrutés pour assurer l'accompagnement et le soutien psychosocial aux malades et aux personnes affectées dans le cadre du continuum de soins.
- 600 exemplaires du dossier ETP pour adultes et adolescents ont été multipliés,

- 1500 exemplaires de la stratégie nationale de prise en charge psychosociale des PVVIH et de son guide ont été multipliés chacun.
- 360 dossiers ETP pour enfants ont été distribués et expliqués aux prestataires par les 4 psychologues du projet PRIDE lors des supervisions formatives dans 73 structures de prise en charge,

Dans ce dispositif de prise en charge psychosociale, l'équipe des médiateurs de santé mise en place dans les sites de prise en charge a révolutionné l'approche de l'offre de soins dans les formations sanitaires ou la prise en compte des besoins non médicaux prend place dans la démarche des soins.

Le dispositif des médiateurs de santé a contribué à l'amélioration de l'observance des thérapies antirétrovirales particulièrement dans les sites publics nouvellement impliqués dans le traitement ARV.

Des groupes d'auto support des personnes vivant avec le VIH ont été mis en place par le RBP+ au niveau de toutes communes du pays. Le succès de ces groupes d'auto support a impliqué non seulement une adhésion au traitement mais aussi une implication des personnes vivant avec le VIH /sida à la réponse globale contre la pandémie.

III.4. VIH/sida et droits de l'homme

L'implication des Leaders religieux

Les confessions religieuses burundaises contribuent énormément aux efforts de prévention et de prise en charge. Elles sont particulièrement très active dans le domaine médical, la prévention axée sur la fidélité et l'abstinence et l'assistance psychologique et psychosociale.

Malgré leur opposition officielle à l'usage du préservatif, les leaders des confessions religieuses ne condamnent pas l'usage du préservatif dans le cadre des couples discordant et dans le planning familial.

Aujourd'hui des témoignages des responsables religieux infecté par le VIH contribuent à modifier les pensées et les attitudes des confessions religieuses, les interpelle à plus d'actions et d'ouverture pour faire face aux effets néfastes du VIH/SIDA.

Les questions de droits, égalité, émancipation ; la question de la reconnaissance des droits à certains groupes dont les MSM, les femmes à partenaires multiples restent problématique et spécialement pour les MSM qui sont criminalisés depuis 2008. L'environnement sous régional risquant de rendre plus problématique la question avec la même dynamique dans la Communauté Est Africaine y compris, pour les travailleuses de sexe.

Il est à noter que la problématique des droits humains affecte particulièrement les femmes et les orphelins. Des actions de plaidoyer sont en cours pour faire adopter un texte qui donne droit de succession à la fille et un texte spécifique pour la protection des orphelins

Programmes qui ciblent les groupes à hauts risques.

Les programmes de réduction de l'impact via des micros crédits, des formations professionnelle pour l'apprentissage de nouveaux métiers (couture, broderie, maçonnerie, menuiserie, art culinaire, apiculture etc...)

Les AGR sont organisées aussi bien pour les PVVIH, les PS, les orphelins chefs de ménage, les veuves etc... Des actions de promotion de santé de la reproduction auprès des jeunes filles et femmes en âge de procréer sont menées dans les structures publiques, privées et associatives.

L'accès à l'éducation pour les OEVs, aux ressources pour les familles vulnérables.

Au cours de cette période, l'aboutissement des négociations de financements entre le BURUNDI et le Fonds Mondial va permettre d'appuyer la scolarisation de plus de 140 000 OEVS sur 3 ans.

Une loi sur la succession est sur la table du parlement burundais sur le droit de succession de la fille burundaise. La vulnérabilité de la femme étant dans le contexte de la culture burundaise fortement influencé par son statut sociale, qui ne lui donne pas le droit de propriété sur les biens des parents ou les biens familiaux.

L'adoption d'un nouveau code pénal en 2009 a fait évoluer un certains nombre d'aspects qui valorise la femme et lui assure protection contre la domination et l'exploitation dans le ménage, au travail et dans la famille.

III. 5. Ressources

Le Burundi ayant évolué ces dernières années dans un contexte aigu de crise politique et économique, tous les plans stratégiques sont largement financés par l'appui extérieur.

Pour l'année 2014, les parts du Gouvernement dans le financement de la lutte contre le SIDA s'élèvent à 2% sans tenir compte de son apport au niveau des ressources humaines, équipements, des structures de prise en charge et le renforcement des capacités des prestataires.

La part importante provient respectivement du Fonds Mondial et du Gouvernement Américain même si son rapport n'a pas été fourni. L'année 2014 a été marquée par une contribution du SNU. L'ONUSIDA, l'OMS et l'Unicef ont apporté plutôt un appui technique.

La coopération bilatérale fournit aussi une contribution à travers des ONG locales et internationales intervenant dans le secteur.

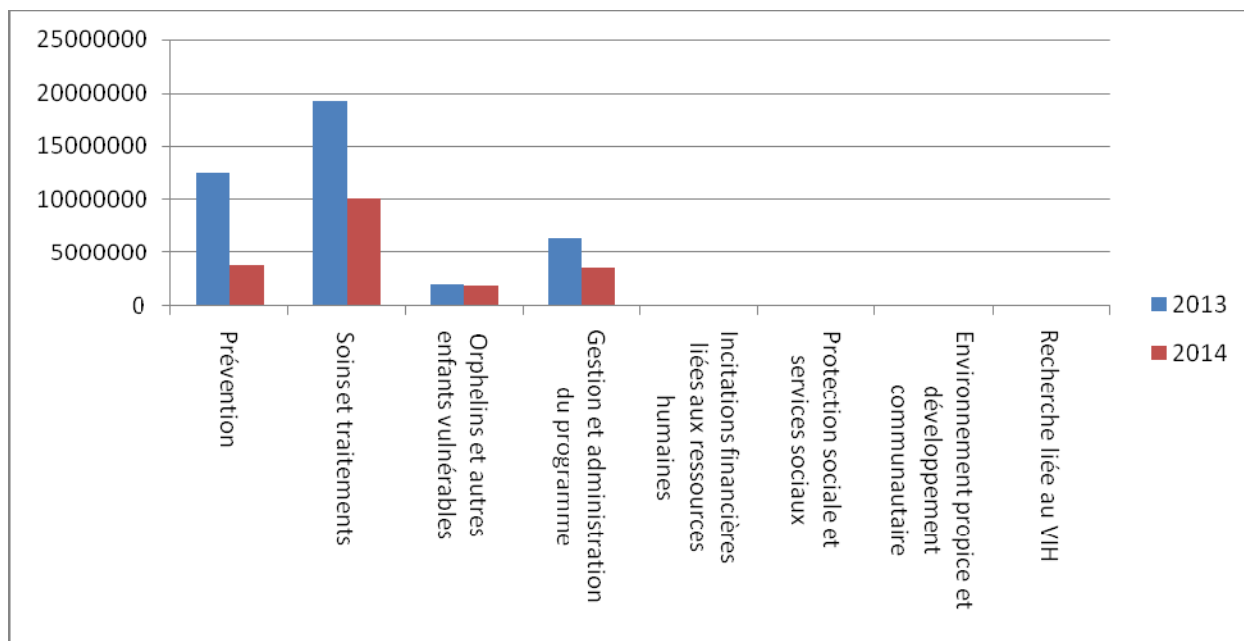
Tableau 1. *Situation des dépenses par source de financement en US dollars, 2013 et 2014*

Source de financement	Dépenses 2013 (USD)	%	Dépenses 2015 (USD)	%
Fonds Public	1 841 735	4,58%	2 180 242	10,60%
Budget d'Etat	1 841 735	4,58%	1 480 774	7,60%
Prêts remboursables	NA		NA	
Autres fonds publics non classés ailleurs	ND		ND	
Autres sources (Collectivités encadrées par FVS)	ND		699 468	3%
Fonds Internationaux	38 265 896	95,08%	17 288 112	89,40%

Bilatéraux(USAID)	8 500 000	21,12%	ND	
Agences du SNU	1 909 147	4,74%	1 384 729	8%
Fonds Mondial	13 692 107	34,02%	15 903 383	87%
Autres sources multilatérales	13 626 573	33,86%	ND	
Autres contributions bilatérales directes	538 069	1,34%	ND	
Fonds Privés	137 908	0,34%		
Institutions et entreprises à but lucratif	137 908	0,34%	ND	
Total général	40 245 539		19 468 354	

Tableau 2. Comparaison des dépenses par intervention en US dollars, 2013 et 2014

intervention	2013	%	2014	%
Prévention	12 537 511	31,15%	3 868 758	19,87%
Soins et traitements	19 244 342	47,82%	10 108 293	51,92%
Orphelins et autres enfants vulnérables	1 976 170	4,91%	1 941 593	9,97%
Gestion et administration du programme	6 475 435	16,09%	3 549 710	18,23%
Incitations financières liées aux ressources humaines	0	0,00%	0	0,00 %
Protection sociale et services sociaux	0	0,00%	0	0,00%
Environnement propice et développement communautaire	6 720	0,02%	0	0,00%
Recherche liée au VIH	5 361	0,01%	0	0,00%
Total général	40 245 539		19 468 354	



Graphique 7 : Evolution des dépenses par intervention (2013-2014)

Les dépenses en 2014 ont diminué car les fonds de PEPFAR n'ont pas été renseignés et les fonds de PRIDE communautaire n'ont pas été décaissés comme prévu.

III 6. Renforcement de la coordination de la réponse nationale, du suivi-évaluation

Le Burundi dispose d'un manuel de suivi évaluation pour le PSN 2014-2017 qui décrit le fonctionnement du système et son articulation avec le système d'information sanitaire, il existe une équipe de suivi/évaluation au niveau central et des unités au niveau des provinces. Le système central basé au niveau du SEP/CNLS qui coordonne la réponse nationale travaille avec les unités de suivi/évaluation au niveau des partenaires du SNU, des ONG internationales et de la société civile. Le système utilise un logiciel SIDA info décentralisé au niveau des partenaires en particulier les sites de traitement ARV.

Les outils standardisés de collecte de données ont été harmonisés et sont entrain d'être imprimés pour leur diffusion, dans les prochains mois, dans les structures de soins réparties à travers tout le pays. L'appui à l'amélioration des données sanitaires a eu lieu, quatre audits de données des structures ont été organisés par le niveau décentralisé et plusieurs autres supervisions ont été organisées par le niveau central. Les intrants pour site sentinelle ont été mis à disposition des ces sites.

IV. Meilleures pratiques

Le dispositif des médiateurs de santé

Parmi les réussites à signaler et à partager, il y a le dispositif des médiateurs de santé présent dans les sites de traitements et dans les CDV en tant que facilitateurs de l'accès aux soins et aux traitements. Ce sont des hommes

et des femmes très engagés au côté des patients et de leurs familles. Ils sont rattachés aux différents sites de traitements et jouent un rôle essentiel dans l'accueil, l'orientation, la fixation des rendez vous avec les médecins, l'accompagnement psychologique, la référence vers d'autres structures offrant une prise en charge non médicale. Leur rôle est devenu essentiel pour les médecins qui ne disposent pas d'assez de temps matériel pour se consacrer correctement aux différents problèmes que rencontrent les patients. Ils ont amélioré l'adhésion au traitement et l'acceptation de la maladie par les patients et leurs familles. Ils ont transformé l'ambiance de l'offre de soins à travers un accueil chaleureux, une orientation et un soutien aux nouveaux patients. Dans les CTV, ils ont augmenté la file active et garantissent un suivi et un accompagnement après l'annonce. Leurs prestations ont transformé à travers leur disponibilité, leur engagement et leur compétence le milieu de soins, et à travers leur action, les structures publiques sont aujourd'hui les plus nombreuses à ouvrir de nouveaux sites, ce qui n'était pas le cas avant.

L'implication de la société civile

Au Burundi, la société civile reste fortement impliquée et de plus dynamique et décentralisée. L'offre de service par la société civile couvre tous les aspects allant de la prévention à la prise en charge médicale et psychosociale avec une présence exclusive pour les interventions de réduction de l'impact. Même si on observe un rôle croissant du secteur public au niveau de la prise en charge médicale, la société civile garde le plus grand contingent de patients sous traitements ARV ; il faut noter que les ressources humaines aujourd'hui performantes au niveau du secteur public ont été majoritairement formées à travers les structures associatives qui ont démarré les premières la mise sous traitement des patients séropositifs.

Le rôle des personnes vivant avec le VIH/SIDA

La qualité des interventions de lutte contre le SIDA au Burundi est fortement influencée par le rôle croissant depuis 2003 des personnes vivant avec le VIH/SIDA ; beaucoup de PVVIH sont aujourd'hui impliquées et décomplexées par rapport à la maladie, elles réussissent à donner une image nouvelle à la maladie et à la personne infectée. On les retrouve dans tous les organes de gestion de la réponse nationale, dans la mise en oeuvre des interventions de préventions auprès des différents groupes à haut risque, on les retrouve aussi dans les activités de prise en charge communautaire aux côtés de leurs pairs et auprès d'autres communautés vulnérables. Nous sommes fiers aujourd'hui d'avoir des victimes qui se transforment en acteurs et en pourvoyeurs de services au lieu d'être des assistés comme c'est le cas dans beaucoup de contextes.

V. Principaux obstacles

En rapport avec la PTME,

- 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 ;

- 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;
- 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;

En rapport avec la prise en charge des PVVIH,

- La prise en charge pédiatrique reste insuffisante ;
- Il y a absence d'appui nutritionnel aux PVVIH qui ne sont pas sous ARV et interruption de la prise en charge nutritionnelle pour ceux qui débutent les ARV par le projet PRIDE communautaire;
- 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 démunies 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.

En rapport avec le suivi-évaluation et la recherche,

- Insuffisance de l'utilisation des outils de collecte de données (formulaire de rapport et SIDA INFO),
- Faible couverture des sites sentinelles au niveau géographique et absence de surveillance sentinelle chez les autres groupes (TS, MSM, Tuberculeux),
- Absence de cartographie pour certains groupes à risque (estimation de la taille des populations à risque),
- Faiblesse de l'assurance qualité des données
- Absence de plan de recherche, ressources humaines et financières pour la recherche.
- Faiblesse dans la coordination des programmes : PNL5 ; PNSR et PNILT

En rapport avec la mobilisation des fonds,

- L'insuffisance actuelle de ressources financières dans le domaine de la lutte contre le VIH et le sida

VI Recommandations

- ✓ Le Gouvernement du Burundi doit mobiliser localement les fonds pour appuyer davantage les activités de lutte contre le Sida sans oublier de diversifier des sources des financements
- ✓ Améliorer le suivi des personnes sous PTME et sous ARV
- ✓ Renforcer la coordination entre les programmes : PNILT, PNSR et PNL5

- ✓ les outils de collecte de données harmonisés doivent être multipliés et diffusés auprès des utilisateurs pour renseigner tous les indicateurs du rapport d'accès universel
- ✓ À partir de maintenant, l'équipe de pilotage doit commencer à penser aux stratégies pour avoir des données de qualité pour 2015
- ✓ Appuyer le PNLS et le SEP/CNLS pour améliorer le système de suivi-évaluation et la recherche
- ✓ Renforcer la supervision formative des sites de prise en charge

Liste des références et sources de données

- 1) Rapport SEP/CNLS 2014
- 2) Rapport EDS 2010
- 3) Rapport BSS 2011
- 4) Rapport PNLS 2014
- 5) Rapport PNILT 2014
- 6) ONUSIDA
- 7) OMS
- 8) UNICEF

Annexe

INDICATEURS DE BASE POUR LE SUIVI DE LA DECLARATION POLITIQUE DE L'ONU SUR LE VIH/SIDA DE 2011

1.1 Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH

La taille de l'échantillon : Nombre de répondants : 5855, source EDS 2010

	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Percentage (%) of respondents who gave correct answers to all 5 questions	45.07	46.51	44.96	48.50	44.48	43.20	46.12
Numérateur Number of respondents age 15-24 who gave correct answers to all 5 questions	2639	774	419	355	1864	1019	845
Dénominateur Number of all respondents age 15-24	5855	1664	932	732	4191	2359	1832
	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Percentage of respondents who gave a correct answer to question 1 "Can the risk of HIV transmission be reduced by having sex with only one uninfected partner who has no other partners?"	86.27	88.22	86.48	90.44	85.52	81.90	90.17
Numérateur Number of respondents/population who gave correct answer to question 1	5051	1468	806	662	3584	1932	1652
Dénominateur Number of all respondents age 15-24	5855	1664	932	732	4191	2359	1832
	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Percentage of respondents who gave a correct answer to question 2 "Can a person reduce the risk for getting HIV by using a condom every time they have sex?"	85.40	89.90	88.84	91.26	83.56	80.12	87.99

Numérateur Number of respondents/population who gave correct answer to question 2	5000	1496	828	668	3502	1890	1612
Dénominateur Number of all respondents age 15-24	5855	1664	932	732	4191	2359	1832
	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Percentage of respondents who gave a correct answer to question 3 "Can a healthy-looking person have HIV" ?	92.45	92.31	90.88	94.13	92.51	91.61	93.78
Numérateur Number of respondents/population who gave correct answer to question 3	5413	1536	847	689	3877	2161	1718
Dénominateur Number of all respondents age 15-24	5855	1664	932	732	4191	2359	1832
	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Percentage of respondents who gave a correct answer to question 4 "Can a person get HIV from mosquito bites ?" (or country specific question)	65.99	68.27	69.10	67.21	65.09	67.10	62.50
Numérateur Number of respondents/population who gave correct answer to question 4	3864	1136	644	492	2728	1583	1145
Dénominateur Number of all respondents age 15-24	5855	1664	932	732	4191	2359	1832
	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Percentage of respondents who gave a correct answer to question 5 "Can a person get HIV from sharing food with someone who is infected ?" (or country specific question)	87.91	90.63	88.84	92.90	86.83	85.80	88.16
Numérateur Number of respondents/population who gave correct answer to question 5	5147	1508	828	680	3639	2024	1615
Dénominateur Number of all respondents age 15-24	5855	1664	932	732	4191	2359	1832

1.2 Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

La taille de l'échantillon : Nombre de répondants : 5755, source EDS 2010

	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Percentage of young women and men aged 15-24 who have had sexual intercourse before the age of 15	4.85	8.35	9.33	7.24	3.34	3.52	3.11
Numérateur Number of young women and men aged 15-24 who have had sexual intercourse before the age of 15	279	139	87	53	140	83	57
Dénominateur Number of all respondents aged 15–24	5755	1664	932	732	4191	2359	1832

1.3 Partenaires sexuels multiples

La taille de l'échantillon : Nombre de répondants : 13148, source EDS 2010

	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Hommes 25-49	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24	Femmes 25-49
Pourcentage (%) Percentage of respondents aged 15-49 who have had sexual intercourse with more than one partner in the last 12 months	1.09	3.14	0.75	1.64	4.73	0.27	0.21	0.33	0.27
Numérateur Number of respondents aged 15-49 who have had sexual intercourse with more than one partner in the last 12 months	143	118	7	12	99	25	5	6	14
Dénominateur Number of all respondents aged 15–49	13148	3759	932	732	2095	9389	2359	1832	5198

1.4 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels

-
La taille de l'échantillon : Nombre de répondants : 119, source EDS 2010

	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Hommes 25-49	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24	Femmes 25-49
Pourcentage (%) Percentage of women and men aged 15-49 who have had more than one sexual partner in the past 12 months who also reported that a condom was used the last time they had sex	Missing	14.29	Missing	Missing	Missing	Missing	Missing	Missing	Missing
Numérateur Number respondents aged 15-49 who have had more than one sexual partner in the past 12 months who also reported that a condom was used the last time they had sex	Missing	17	Missing	Missing	Missing	Missing	Missing	Missing	Missing
Dénominateur Number of all respondents aged 15-49 who reported having had more than one sexual partner in the last 12 months	Missing	119	Missing	Missing	Missing	Missing	Missing	Missing	Missing

1.5 Dépistage du VIH dans l'ensemble de la population

La taille de l'échantillon : Nombre de répondants : 13 148 sources : EDS 2010

	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Hommes 25-49	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24	Femmes 25-49
Pourcentage (%) Percentage of women and men aged 15-49 who received an HIV test in the last 12 months and who know their results	16,7	11,7	6,4	16,9	12,2	18,7	11,4	25,6	19,6
Numérateur Number of respondents aged 15-49 who have been tested for HIV during the last 12 months and who know their results	2 196	440	60	124	256	1 756	269	467	1018
Dénominateur Number of all respondents aged 15-49	13 148	3 759	932	732	2 095	9 389	2 359	1 832	5 198

1.6 Prévalence du VIH chez les jeunes

Source EDS 2010

	Tous / Toutes	15- 19	20- 24
Pourcentage (%) Percentage of young women aged 15-24 who are HIV-infected	2.56	2.56	2.56
Numérateur Number of antenatal clinic attendees (aged 15-24) tested whose HIV test results are positive	28	10	18
Dénominateur Number of antenatal clinic attendees (aged 15-24) tested for their HIV infection status	1094	391	703

3.1. Prevention of Mother-to-Child Transmission

Percentage (%) of HIV-positive pregnant women who received antiretrovirals to reduce the risk of mother-to-child transmission during pregnancy and delivery	72,32
Numerator Number of HIV-positive pregnant women who received antiretroviral drugs during the past 12 months to reduce mother-to-child transmission	3499
Disaggregation by ARV regimen	
1. Lifelong ART	1202
a. newly initiated on ART during the current pregnancy	
CD4 <350	
CD4 >350	
CD4 not known	
b. already on ART at the beginning of the current pregnancy	1202
2. Maternal triple ARV prophylaxis (prophylaxis component of WHO Option B)	2297
3. Maternal AZT (prophylaxis component during pregnancy and delivery of WHO Option A or WHO 2006 guidelines)	
4. Single dose nevirapine (with or without tail) ONLY <i>Please note that the final published value for PMTCT coverage will not include single dose nevirapine. However, this data is collected in the reporting tool during the phase out period.</i>	
5. Other (please comment: e.g. specify regimen, uncategorized, etc.) <i>In the Comment Box, for the women reported as receiving an "Other" regimen, please describe the ARV regimen(s) and the number of women receiving each regimen category.</i>	
Denominator Estimated number of HIV-positive pregnant women within the past 12 months	4838

Source : Rapport SEP/CNLS 2014

3.2. Early Infant Diagnosis

Percentage (%) of infants born to HIV-positive women receiving a virological test for HIV within 2 months of birth	11,55
Numerator Number of infants who received an HIV test within 2 months of birth, during the reporting period. Infants tested should only be counted once	537
Test results	
Positive	22

Negative	559
Indeterminate	
Rejected by laboratory	
Other	
Denominator Number of HIV-positive pregnant women giving birth in the last 12 months	4838

Source: Rapport PNLIS 2014 et FHI

3.3. Mother-to-Child transmission rate (modelled)

Percentage (%) of child infections from HIV-infected women delivering in the past 12 months	47,62
Numerator Estimated number of children who will be newly infected with HIV due to mother-to-child transmission among children born in the previous 12 months to HIV-infected women	2 304
Denominator Estimated number of HIV positive women who delivered in the previous 12 months	4838

Source: SPECTRUM

3.4 Pregnant women who know their HIV status

Comments:

Les outils de rapportage ne permettent pas de désagréger toutes ces données, on a donc le nombre de femmes enceintes dépistées sans distinguer celles connues VIH+, celles testées en travail ou en post partum immédiat

Percentage (%) Percentage of pregnant women who were tested for HIV and received their results - during pregnancy, during labour and delivery, and during the post-partum period (<72 hours), including those with previously known HIV status		83,17%
Number of pregnant women who were tested for HIV in the last 12 months and received their results - during pregnancy, during labour and delivery, and during the post-partum period (<72 hours), including those with previously known HIV status	Total number tested (including previously known positives)	418 777
	Total number tested and received results (including previously known positives)	415 826
	Total number testing positive (including previously known positives)	3 478
(a) Total number of pregnant women attending ANC who were tested during ANC and received results or knew their positive	Number tested (including previously known positives)	Missing

status.	Number tested and received results (including previously known positives)	Missing
	HIV+ out of number tested (including previously known positives)	Missing
(a.i) Number of pregnant women with unknown HIV status attending ANC who were tested during ANC and received results	Number tested	Missing
	Number tested and received results	Missing
	HIV+ out of number tested	Missing
(a.ii) Number of pregnant women with known HIV+ infection attending ANC for a new pregnancy	Number of HIV+ pregnant women	2 304
(b) Number of pregnant women with unknown HIV status attending L&D (labour and delivery) who were tested in L&D and received results	Number tested	Missing
	Number tested and received results	Missing
	HIV+ out of number tested	Missing
(c) Number of women with unknown HIV status attending postpartum services within 72 hours of delivery who were tested and received results	Number tested	Missing
	Number tested and received results	Missing
	HIV+ out of number tested	Missing
Denominator Estimated number of pregnant women		500000

Source: Rapport SEP/CNLS 2014

3.5 Percentage of pregnant women attending antenatal care whose male partner was tested for HIV in the last 12 months

Percentage (%) Percentage of pregnant women attending antenatal care whose male partner was tested for HIV in the last 12 months	ND
Numerator Number of pregnant women attending antenatal care whose male partner was tested in the last 12 months	ND
Denominator Number of pregnant women attending antenatal care	500000

Source: Rapport FHI 2014

3.6 Percentage of HIV-infected pregnant women assessed for ART eligibility through either clinical staging or CD4 testing

Percentage (%) Percentage of HIV-infected pregnant women assessed for ART eligibility through either clinical staging or CD4 testing	72,32%
Numerator Number of HIV-infected pregnant women assessed for ART eligibility	3499
Disaggregation by method of assessment	
Clinical staging only	
CD4 testing	
<i>Women who were assessed both by CD4 testing and by clinical staging should be counted only once, as having been assessed by CD4 testing</i>	
Denominator Estimated number of HIV-infected pregnant women	4838

Source: Rapport SEP/CNLS 2014

3.7 Infants born to HIV-infected women receiving ARV prophylaxis for prevention of Mother-to-child-transmission

	Data value
Percentage (%) Percentage of infants born to HIV-infected women (HIV-exposed infants) who received antiretroviral prophylaxis to reduce the risk of early mother-to-child- transmission in the first 6 weeks (i.e. early postpartum transmission around 6 weeks of age) Note. Ideally countries should capture the percentage of infants who received ARV prophylaxis. If this is not possible then countries should record the percentage of infants who were started on or provided with ARV prophylaxis.	47,62
Numerator Number of infants born to HIV-infected women who received antiretroviral prophylaxis to reduce early mother-to-child transmission (early postpartum, in the first 6 weeks)	2304
Denominator Estimated number of HIV-infected pregnant women giving birth	4838

Source: Rapport SEP/CNLS 2014

3.8 Infants born to HIV-infected women who are provided with ARVs to reduce the risk of HIV transmission during breastfeeding

Percentage (%) Percentage of infants born to HIV-infected women (HIV-exposed infants) who are provided with antiretrovirals (either mother or infant) to reduce the risk of HIV transmission during the breastfeeding period.	47,62
Numerator Number of infants born to HIV-infected women who are breastfeeding and provided an antiretroviral intervention (i.e. maternal or infant ARVs) to reduce mother-to-child transmission through breastfeeding.	2304
Denominator (Estimated) number of infants born to HIV-infected women who are breastfeeding	4838

Source: Rapport SEP/CNLS 2014

3.9 Percentage of infants born to HIV-infected women started on cotrimoxazole (CTX) prophylaxis within two months of birth

Percentage (%) Percentage of infants born to HIV-infected women started on cotrimoxazole	47,62
--	-------

(CTX) prophylaxis within two months of birth	
Numerator Number of infants born to HIV-infected women started on CTX prophylaxis within two months of birth	2304
Denominator Estimated number of HIV-infected pregnant women giving birth	4838

Source: Rapport SEP/CNLS 2014

3.10 Distribution of feeding practices for infants born to HIV-infected women at DTP3 visit

Distribution of feeding practices (exclusive breastfeeding, replacement feeding, mixed feeding/other) for infants born to HIV-infected women at DTP3 visit

Distribution by feeding practice	Exclusive breastfeeding	2304
	Replacement breastfeeding	0
	Mixed feeding/other	0
	Uncategorized/other	0
Number of infants born to HIV-infected women assessed for and whose infant feeding practices were recorded at DTP3 visit		missing

Source: Rapport SEP/CNLS 2014

3.11 Number of pregnant women attending ANC at least once during the reporting period

Comments:

En général les femmes adhèrent aux consultations prénatales. Nous remarquons que les CPN précoces (premier trimestre) demeurent encore à une performance limitée.

Number of pregnant women attending ANC at least once during the reporting period	500000
--	--------

Source: Rapport SEP/CNLS 2014

4.1 ART coverage (adults and children)

	All Adults and Children	Males	Females	<15	<1	1 - 4	5 - 14	15+	Public sector	Private sector
Percentage (%) Percentage of eligible adults and children currently receiving antiretroviral therapy (using WHO eligibility criteria)	43,44			16,72				48,99		
Numerator Number of adults and children with advanced HIV infection who are currently receiving antiretroviral therapy in accordance with the nationally approved treatment protocol (or WHO standards) at the end of the reporting period	36888	12349	24539	2440			1952	34448		
Denominator Estimated number of eligible adults and children (using WHO eligibility criteria). The percentage should be using the WHO criteria (second denominator)	84915			14596				70319		
Denominator Estimated number of eligible adults and children (using national eligibility criteria)	84915			14596				70319		

Number of eligible adults and children who newly initiated antiretroviral therapy during the reporting period: 404

Source: Rapport SEP/CNLS 2014

4.2a HIV Treatment: 12 Months retention

	All	Males	Females	<15	15+
Percentage (%) Percentage of adults and children with HIV known to be on treatment 12 months after initiating antiretroviral therapy If data on 12-month retention are not available for patients that initiated antiretroviral therapy in 2013 specifically, but available for patients that initiated antiretroviral therapy during an earlier time period (e.g. 2012 or 2011), please specify the period in the comment field above: Started antiretroviral therapy between [month]/[year] and [month]/[year]	90,74	88,17	92,19	93,51	90,48
Numerator Number of adults and children who are still alive and on ART at 12 months after initiating treatment	4517	1588	2929	404	4137
Denominator Total number of adults and children who initiated ART during the twelve months prior to the beginning of the reporting period, including those who have died, those who have stopped ART, and those lost to follow-up	4978	1801	3177	432	4572

	Lost to follow-up	Stopped Therapy	Died
Additional info: In addition to 'alive and on ART', please report other outcomes at 12 months after initiating treatment	206	61	194

Source: Rapport SEP/CNLS 2014-SIDAINFO

4.2b HIV Treatment: 24 months retention

Percentage (%)	Percentage of adults and children with HIV still alive and known to be on treatment 24 months after initiation of antiretroviral therapy (among those who initiated antiretroviral therapy in 2012) If data on 24-months retention are not available for patients that initiated antiretroviral therapy in 2012 specifically, but available for patients that initiated antiretroviral therapy during an earlier time period (e.g. 2011 or 2010), please specify the period in the comment field above: Started antiretroviral therapy between [month]/[year] and [month]/[year]	86.6
Numerator	Number of adults and children who were still alive and known to be on treatment 24 months after initiation of antiretroviral therapy	5105
Denominator	Number of adults and children who initiated antiretroviral therapy during 2012 or the specified period (including those who have died since starting therapy, those who have stopped therapy, and those recorded as lost to follow-up at month 24)	5896

Additional info : In addition to 'alive and on ART', please report other outcomes at 24 months after initiating treatment	Lost to follow-up	306
	Stopped therapy	170
	Died	315

Source: Rapport SEP/CNLS 2014

4.2c HIV Treatment: 60 months retention

Percentage (%)	Percentage of adults and children with HIV still alive and known to be on treatment 60 months after initiation of antiretroviral therapy (among those who initiated antiretroviral therapy in 2009) If data on 60-months retention are not available for patients that initiated antiretroviral therapy in 2009 specifically, but available for patients that initiated antiretroviral therapy during an earlier time period (e.g. 2008 or 2007), please specify the period in the comment field above: Started antiretroviral therapy between [month]/[year] and [month]/[year]	82.3
Numerator	Number of adults and children who were still alive and on antiretroviral therapy 60 months after initiating treatment	3773
Denominator	Number of adults and children who initiated antiretroviral therapy during 2009 or the specified period (including those who have died since starting therapy, those who have stopped therapy, and those recorded as lost to follow-up at month 60)	4582

Additional info : In addition to 'alive and on ART', please report other outcomes at 60 months after initiating treatment	Lost to follow-up	371
	Stopped therapy	138
	Died	300

Source: Rapport SEP/CNLS 2014

4.3 Health facilities that offer antiretroviral therapy

4.3a Health facilities that offer antiretroviral therapy

	Total	Disaggregation by public/private:			Disaggregation by health centre type:					
		public	private	Unknown/ unspecified	Hospital	Health centre	ANC	TB service	STI	Unknown/ unspecified
Number of health facilities that offer antiretroviral therapy (ART) (i.e. prescribe and/or provide clinical follow-up)	185	100	85						185	

Source: Rapport SEP/CNLS 2014

4.3b Health facilities that offer paediatric antiretroviral therapy

	Total	Disaggregation by public/private:		
		public	private	Unknown/ unspecified
Number of health facilities that offer paediatric antiretroviral therapy (ART) (i.e. prescribe and/or provide clinical follow-up)	185	100	85	0

Paediatric ART: 386

Source: Rapport SEP/CNLS 2014

4.4 ART Stockouts

Percentage of health facilities dispensing antiretrovirals (ARVs) for antiretroviral therapy that have experienced a stock-out of at least one required ARV in the last 12 months	Missing
Number of health facilities dispensing ARVs that experienced a stock-out of at least one required ARV in the last 12 months	missing
Number of health facilities dispensing ARVs	185

Source: Rapport SEP/CNLS 2014

4.6. HIV Care

Number of adults newly enrolled in pre-antiretroviral therapy (pre-ART) during the reporting period	ND
Number of adults newly enrolled in HIV care (pre-ART or ART) during the reporting period	ND

Source: Rapport SEP/CNLS 2014

5.1. Co-Management of Tuberculosis and HIV Treatment

	All Cases	Males	Females	<15	15+
Percentage (%) Percentage of estimated HIV-positive incident TB cases that received treatment for both TB and HIV	missing				
Numerator Number of people with advanced HIV infection who received antiretroviral combination therapy in accordance with the nationally approved treatment protocol (or WHO/UNAIDS standards) and who were started on TB treatment (in accordance with national TB programme guidelines), within the reporting year	missing				
Denominator Estimated number of incident TB cases in people living with HIV.	missing				

5.2 Health care facilities providing ART for PLHIV with demonstrable infection control practices that include TB control

Number of health care facilities providing ART services for people living with HIV with demonstrable infection control practices that include TB control (consistent with international guidelines)

missing

5.3 Percentage of adults and children newly enrolled in HIV care starting isoniazid preventive therapy (IPT)

Percentage of adults and children newly enrolled in HIV care starting isoniazid preventive therapy (IPT)	
Number of adults and children started in HIV care during the reporting period ('in HIV care' includes people in the pre-ART register and people in the ART register) who also start (i.e. are given at least one dose) isoniazid preventive therapy	missing
Number of adults and children started in HIV care during the reporting period ('in HIV care' includes people in the pre-ART register and people in the ART register)	404

Source: Rapport SEP/CNLS 2014

7.1. Prevalence of Recent Intimate Partner Violence (IPV)

Commentaires : Le rapport de l'EDS 2010 a montré que 46.1% de toutes les femmes de 15-49 ans pensent qu'il est justifié que-un mari batte sa femme, quand la femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son conjoint.

Nous avons aussi 19.3% d'hommes de 15-49 ans pensent qu'il est justifié que-un mari batte sa femme, quand la femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son conjoint.

La taille de l'échantillon : Nombre de répondants :

	Femmes (all)	Femmes 15-19	Femmes 20-24	Femmes 25-49
Pourcentage (%) Proportion of ever-married or partnered women aged 15-49 who experienced physical or sexual violence from a male intimate partner in the past 12 months	missing	missing	missing	missing
Numérateur Women aged 15-49 who currently have or ever had an intimate partner, who report experiencing physical or sexual violence by at least one of these partners in the past 12 months.	missing	missing	missing	missing
Dénominateur Total women surveyed aged 15-49 who currently have or had an intimate partner.	missing	missing	missing	missing

10.1. Orphans and non-orphans school attendance

Current school attendance among orphans and non-orphans aged 10-14

Part A:

Percentage (%) Part A	75.00
Numerator Number of children who have lost both parents and who attend school	126
Denominator Number of children who have lost both parents	168

Part B:

Percentage (%) Part B	91.02
Numerator Number of children both of whose parents are alive, who are living with at least one parent and who attend school	3488
Denominator Number of children both of whose parents are alive who are living with at least one parent	3832

Source: EDS 2010

10.2. Economic support for eligible households

Le rapport du SEP/CNLS 2014, montre que :

- ✓ 602 PVVIH de Ruyigi et 39 PVVIH de Rutana ont bénéficié des soins à domicile et palliatifs et 2 440 enfants sont sous ARV,
- ✓ Appui alimentaire à 1 316 PVVIH par PAM, 1 642 orphelins et enfants infectés ou affectés par le VIH/sida par la Maison Shalom,
- ✓ Distribution d'un kit scolaire à 123 928 OEV dans 12 Provinces du pays : Bubanza, Marie, Bujumbura, Bururi, Cankuzo, Cibitoke, Gitega, Kayanza, Mwaro, Muramvya, Rutana, Ruyigi
- ✓ 61 OEV de Ruyigi ont été formés en métier par Maison Shalom.

Percentage (%) Proportion of the poorest households who received external economic support in the last 3 months <i>Please enter any disaggregated data in the comment fields above</i>	missing
Numerator Number of the poorest households that received any form of external economic support in the last 3 months <i>External economic support is defined as free economic help</i> a) Cash transfer (e.g., pensions, disability grant, child grant, to be adapted according to country context) b) Assistance for school fees c) Material support for education (e.g., uniforms, school books etc) d) Income generation support in cash or kind e.g. agricultural inputs e) Food assistance provided at the household or external institution (e.g., at school) f) Material or financial support for shelter g) Other form of economic support (specify)	missing
Denominator Total number of eligible households <i>Poorest households are defined as a household in the bottom wealth quintile.</i>	missing