

## Informations du pays : BURUNDI

### I. Coup d'œil sur l'état de la situation

Le Burundi est caractérisé depuis son indépendance en 1962 par des conflits cycliques d'une rare violence dont le plus grave est la guerre civile qui perdure depuis 1993. Le Burundi a une population totale d'environ 7 211 350 habitants sur une superficie de 27 834 km (UNFPA). La tranche d'âge de moins de 15 ans totalise 48% de la population alors que l'espérance de vie à la naissance est de 47.6 ans. La PIB par habitant est de 90 USD. On notera que 68 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté.

Concernant le VIH/SIDA, les données épidémiologiques clés pour l'année 2005 sont les suivantes :

| Libellé  | %          | Source                                     |
|--|------------|--|
| Taux de prévalence chez l'adulte (15-49 ans)                   | 4%         | Enquête nationale de séroprévalence (2002) |
| Personnes vivant avec le VIH/ Adultes (15-49)/                 | 220 000    | Idem                                       |
| Jeunes (15 – 24)/ vivant avec le VIH                           | 46 916     | Idem                                       |
| Femmes (15-49) vivant avec le VIH                              | 130 000    | idem                                       |
| Nombre de préservatifs masculins distribués                    | 10 399 064 | Rapport Annuel CNLS 2005                   |
| Nombre total de personnes ayant eu accès aux services de CDV   | 70628      | Idem                                       |
| Nombre de femmes enceintes ayant eu accès aux services de PTME | 2007       | Idem                                       |
| Nombre de patients en attente d'un traitement                  | 25 000     | Enquête nationale de séroprévalence (2002) |
| Nombre de personnes sous traitement                            | 6416       | Rapport CNLS 2005                          |
| Nombre de décès (adultes et enfants)                           | 40 000     | Enquête nationale de séroprévalence        |

De ce tableau, il ressort que peu de patients sont sous traitement ARV et peu de femmes ont accès aux services PTME

### Indicateurs de base pour la mise en œuvre de la déclaration d'engagement pour l'année 2005

| Domaine  | Indicateur     | Source de données                                 |
|--|----------------|---|
| 1. Montants nationaux engagés par le gouvernement pour lutter contre le VIH/SIDA   | 44 000 000\$   | Revue à mi-parcours du PAN et Rapport CNLS (2005) |
| 2. Pourcentage d'écoles dans lesquelles les enseignants ont été formés à une éducation VIH/SIDA basée sur les compétences psychosociales et qui l'ont dispensée au cours de la dernière année scolaire | 78.87%         | Rapport du ministère de l'éducation (2005)        |
| 3. Pourcentage de grandes entreprises/sociétés qui ont mis en place des politiques et des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail  | 68.75%         | Enquête sur le lieu de travail (2005)             |
| 4. Pourcentage de patients atteints d'IST fréquentant des centres de soins de santé qui ont été correctement diagnostiqués, traités et conseillés  | Non disponible |   |
| 5. Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME   | 13.21%         | Rapport CNLS(2005)                                |

| Domaine  | Indicateur     | Source de données                                      |
|--|----------------|--|
| 6. Pourcentage de personnes ayant une infection à VIH avancée qui reçoivent une association d'antirétroviraux  | 25.66%         | Rapport CNLS(2005)                                     |
| 7. Pourcentage de jeunes gens âgés de 15 à 24 ans qui, à la fois, ont des connaissances exactes des manières de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses sur la transmission du virus | 3.61%          | BSS (Enquête de surveillance des comportements ; 2004) |
| 8. Pourcentage de jeunes gens âgés de 15 à 24 ans qui déclarent utiliser un préservatif lors de rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal non cohabitant   | 50.60%         | BSS (Enquête de surveillance des comportements ; 2004) |
| 9. Ratio de scolarisation actuelle des orphelins par rapport aux non-orphelins, âgés de 10 à 14 ans  | Non disponible |  |
| 10. Pourcentage de jeunes gens de 15 à 24 ans qui sont infectés par le VIH   | 2.71%          | Enquête nationale de séroprévalence (2002)             |
| 11. Pourcentage de nourrisson infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le virus  | 1.86%          | Rapport CNLS(2005)                                     |

### Quelques commentaires sur le tableau ci-dessus

Le secteur privé a d'abord hésité à s'impliquer dans la lutte contre le SIDA. Mais aujourd'hui à travers l'association des employeurs du Burundi (AEB), efforts remarquables sont envisagés et un comité interentreprises de lutte contre le SIDA vient d'être mis en place (CIELS).

Il est à déplorer que la prévalence des IST classiques reste peu documenté au Burundi. Très peu de cas d'IST sont notifiés par les hôpitaux. Il est important de noter que très peu de centres de santé ont la capacité de poser le diagnostic précis d'infection gonococcique et de syphilis symptomatique. Le diagnostic n'est que présomptif. Par ailleurs la collecte de cet indicateur tel qu'il est décrit n'est pas possible dans les établissements de soins burundais.

De même les orphelins sont pris dans la catégorie des OEVs (Orphelins et autres enfants vulnérables) et de ce fait il n'y a pas un indicateur spécifique pour cette seule catégorie.

## II. Vue d'ensemble de l'épidémie du SIDA

Après les premiers cas de la maladie du SIDA observés au BURUNDI dès 1983, la maladie a continué sa progression en particulier depuis la crise de 1993 à cause des effets des conflits armés sur les populations comme les déplacements des populations, les destructions d'infrastructures, la détérioration de la situation économique et sociale.

Malgré l'apparition de nouveaux cas, les autorités sanitaires de l'époque n'ont pas pris des mesures appropriées pour juguler l'épidémie. La première réaction interviendra plus tard avec la création au niveau du ministère de la santé publique d'un service national de la lutte contre les MST/SIDA qui deviendra plus tard le Programme National de Lutte contre le SIDA et les Maladies Sexuellement Transmissibles (PNLS/MST). Le contrôle de dons de sang par la sérologie commencera en 1987 avec la disponibilité des tests de dépistage.

Afin de mesurer l'ampleur de l'épidémie, des enquêtes de séroprévalence ont été menées respectivement en 1989-90 et en 2002. Mais de façon générale, les données en particulier sur la séroprévalence sont à l'heure actuelle insuffisantes. Une autre enquête est prévue en 2006/2007 ce qui explique l'absence des données récentes dans ce domaine.

La situation épidémiologique du VIH/SIDA place le Burundi parmi les pays très touchés au monde (16ème) avec une séroprévalence nationale des plus de 15 ans de 6 % au début de l'année 2004 (rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004, ONUSIDA). Les taux les plus élevés mais qui semblent

se stabiliser depuis quelques années, s'observent dans les zones urbaine et semi-urbaine respectivement à 9,5% et 10,5%. En zone rurale où vivent 90% de la population, le taux relativement faible de 2,5% ne doit pas faire oublier sa progression fulgurante puisqu'il a triplé en dix ans. Le Burundi compte environ 250.000 PVVS dont 220 000 adultes (15-49 ans) parmi lesquels 130 000 femmes.

Cette progression en zone rurale s'explique par les effets de la guerre comme les déplacements de population, le nombre important de veufs ou de veuves, la séparation de nombreux ménages, la paupérisation croissante de la population, l'augmentation des maladies sexuellement transmissibles et le faible accès aux moyens d'information et de communication.

La grande vulnérabilité de la femme par rapport au VIH est une réalité au Burundi avec une prévalence beaucoup plus élevée chez la femme dans tous les milieux même si elle est moins forte en milieu rural (13% chez les femmes et 5,5 % chez les hommes en zone urbaine, 10,5% chez les femmes et 6,8 % chez les hommes en zone semi urbaine, 2,9% chez les femmes et 2,1 % chez les hommes en zone rurale).

Cette grande vulnérabilité de la femme est liée à l'accès limité à l'information du fait d'un niveau bas d'instruction, les femmes sont économiquement dépendantes et culturellement soumises à leurs maris. Dans la situation de conflit les femmes sont exposées à la violence domestique ou non en particulier celle vivant dans les camps de déplacés ou de regroupement.

Selon l'ONUSIDA, le nombre de décès est de 25 000 en 2004 tandis que le nombre d'orphelins du fait du SIDA est estimé à 200 000.

Même si les orphelins sont accueillis dans des familles, le dénuement qui frappe la plupart des ménages, ils sont considérés comme une charge supplémentaire aggravant ainsi l'appauvrissement de la communauté. Ces orphelins se trouvent ainsi dans une situation de vulnérabilité dans les domaines de l'alimentation, les soins de santé et l'éducation dans la mesure où les familles tendent à veiller d'abord à leurs propres enfants déjà nombreux. Ces enfants ne reçoivent rien en héritage de leurs parents qui meurent dans un état de détresse économique à cause de l'incapacité physique et des dépenses prohibitives en soins de santé.

Les données de surveillance biologique dans les sites sentinelles chez les femmes enceintes bien que irrégulières montrent une diminution progressive de la séroprévalence du VIH. Cela est en corrélation avec les données de l'enquête de séroprévalence de 2002 qui montrent un infléchissement de la courbe en milieu urbain et semi-urbain. Par contre la progression observée en milieu rural ne se manifeste au niveau des sites sentinelles.

Séroprévalence du VIH/SIDA par site sentinelle chez la femme enceinte (15-24 ans)

| Site                 | 1999   | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  | 2004  |
|----------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| CMC Buyenzi (urbain) | 15.95% | 13.9% | 16.0% | 13.2% | 13.2% | 12.6% |
| Gitega (semi-urbain) | 13.1%  | 11.1% | 8.7%  | 5.3%  | 3.4%  | 6.5%  |
| Rumonge(semi-urbain) | 11.2%  | 5.0%  | 12.8% | 7.4%  | 6.8%  | 3.9%  |
| Kayanza(semi-urbain) | 5.5%   | 11.6% | 5.6%  | 11.1% | 5.4%  | 4.8%  |
| Muramvya (rural)     | 7.4%   | 3.7%  | 3.5%  | 3.4%  | 4.8%  | 2.2%  |
| Ijenda               | 2.6%   | 3.8%  | 1.1%  | 0.8%  | 2.1%  | 0.9%  |
| Kiremba              | 0.9%   | 2.2%  | 1.6%  | 2.0%  | 2%    | 0.2%  |

Source : USLS/Santé, Bulletin épidémiologique 2004

### III. Riposte nationale à l'épidémie du SIDA

La lutte contre le SIDA a réellement commencé au BURUNDI en 1987 avec le lancement du Programme National de Lutte contre le SIDA et les Maladies sexuellement transmissibles (PNLS/MST). Ce programme était surtout axé sur la prévention et l'amélioration des connaissances de l'épidémie sur base des recherches en matière de séroprévalence et de comportements. Le PNLS/MST souffrait d'un manque de ressources humaines et de ressources financières.

La survenue de la crise a freiné considérablement la lutte contre le VIH/SIDA au BURUNDI même si des plans à moyen terme ont été régulièrement confectionnés jusqu'en 2003. Le véritable tournant historique dans la lutte contre le SIDA a été préparé en 2002 pour être mis en œuvre dès le début de l'année 2003.

En effet dès l'année 2001, les autorités nationales au plus haut niveau, ont pris un engagement politique en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA en mettant en place une structure nationale chargée de la lutte contre cette maladie. Le Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS) a été créé par Décret présidentiel N° 100/077 du 18 juillet 2001. Le Décret N° 100/032 du 1<sup>er</sup> mars 2002 portant modification du Décret n° 100/015 du 04 février 2002 en définit l'organisation, le fonctionnement et la composition. Afin d'assurer une meilleure visibilité et une autorité nécessaire pour garantir une coordination multisectorielle, le CNLS a été rattaché à la Présidence de la République et un Ministère à la Présidence chargé de la Lutte contre le SIDA a été mis en place. Cette volonté politique vient d'être encore une fois réaffirmée en maintenant ce ministère après la nomination d'un nouveau gouvernement issu des élections démocratiques. Son organe technique, le Secrétariat Exécutif Permanent, doté d'une autonomie de gestion et de ressources plus substantielles, est devenu plus opérationnel dans son rôle de coordination technique.

Afin d'assurer une large couverture des services VIH, un processus de décentralisation administrative a été mis en place. L'organisation de la réponse nationale à l'épidémie du VIH/SIDA correspond actuellement à la structure administrative et communautaire du pays jusqu'au niveau de la colline, entité la plus périphérique précédant le ménage. Des comités de lutte contre le SIDA ont été mis en place à différents niveaux (provincial, communal, zonal, collinaire) et forment un réseau communautaire dense qui a permis le passage à l'échelle pour les interventions de lutte contre le SIDA.

De plus, le Burundi a souscrit aux Trois Principes fondamentaux «three ones» qui sont un seul cadre d'action contre le VIH/SIDA, une seule instance nationale de coordination des activités de tous les partenaires, un système commun de suivi et évaluation comme cela est prôné par le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA «ONUSIDA».

Le Plan d'Action National de Lutte contre le SIDA a été élaboré en 2002 et couvre la période 2002-2006. Conformément aux propositions de la revue à mi-parcours, il comprend maintenant 5 axes et 16 programmes prioritaires (lignes directrices) :

#### - Axe A : Prévention :

- P1 Réduction des comportements à haut risque par des actions IEC
- P2 Promotion de l'utilisation du préservatif
- P3 Dépistage volontaire et anonyme du VIH/SIDA
- P4 Diagnostic précoce et traitement des IST
- P5 Réduction des risques de transmission par voie sanguine
- P6 Réduction des risques de transmission de la mère à l'enfant

**- Axe B : Prise en charge Médicale et Psychosociale.**

P7 Prise en charge psychosociale des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA

P8 Capacités de diagnostic et traitement des maladies opportunistes

P9 Amélioration de l'accès aux antirétroviraux

**- Axe C : Prise en charge socio-économique.**

P10 Promotion des droits et de la protection des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA et des groupes vulnérables

P11 Prise en charge des orphelins du SIDA et autres enfants vulnérables

P12 Activités génératrices de revenus en faveur des PVVS et des personnes économiquement affectées par le VIH/SIDA.

**- Axe D : Renforcement des capacités Institutionnelles :**

P13 Renforcement des capacités des organisations de la société Civile :

13 a) Associations et ONG /ASBL nationales, régionales et locales

13 b) Organisations du secteur privé

P14 Renforcement des capacités d'élaboration, de coordination et de suivi-évaluation des plans d'action sectoriels et des plans d'actions décentralisés.

**- Axe E : Gestion et Coordination de la Réponse.**

P15 Système d'information pour la Gestion du Plan d'Action

P16 Renforcement de la Coordination nationale

**IV. Principaux obstacles rencontrés et actions nécessaires pour atteindre les buts/objectifs de l'UNGASS**

Des carences de couverture des services essentiels existent, plus importantes les unes que les autres. A l'analyse des programmes prioritaires du Plan National d'Action 2002-2006, ceux qui sont adressés à la prise en charge des malades et de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sont peu couverts.

L'accès aux ARV reste limité si l'on compare les besoins et les ressources disponibles. Seul le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme était le seul partenaire aujourd'hui qui finançait l'accès aux ARV. Aujourd'hui, il est rejoint par la Banque mondiale. Peu de partenaires de développement important ont accepté la prise en charge sociale (appui alimentaire notamment).

On constate aussi que la prise en charge des infections opportunistes n'est pas optimale à travers les structures de soins. En effet, les ressources humaines (médecins, psychologues, infirmiers, conseillers, laborantins et pharmaciens) accusent un déficit tant qualitatif que quantitatif.

Les structures décentralisées du Conseil National de Lutte contra le SIDA (CNLS) du Burundi qui sont en place doivent être consolidées et pérennisées pour assurer la coordination, la supervision, le suivi et l'évaluation mais aussi pour garantir la qualité des services.

Malgré des progrès enregistrés dans certains secteurs (défense, travail, affaires sociales), la réponse du secteur public reste faible. En particulier, il faut souligner le manque de ressources humaines du secteur de la santé.

A l'exception de quelques entreprises, telles que la Brarudi, (Brasserie du Burundi), la réponse du secteur privé est également assez faible.

La décentralisation de la prise en charge médicopsychosociale est encore insuffisante.

Un plan de suivi-évaluation jeune et rendu faible par la complexité en termes d'indicateurs et d'outils de collecte de données.

Les actions envisagées pour surmonter ces problèmes sont les suivantes :

- Renforcer au plan technique et sectoriel, les unités du secteur public, un accent particulier devra être mis sur le secteur de la santé ;
- Mener un plaidoyer soutenu en direction des nouvelles autorités du Pays, afin qu'elles s'approprient véritablement le PANLS et assurent l'allocation de ressources nationales en faveur de la lutte contre le SIDA.
- Renforcer en ressource humaine la cellule d'appui de la société civile, au niveau de secrétariat Permanent de façon que les OSC reçoivent l'appui technique et le suivi nécessaires (en termes d'élaboration de projet et organisation de forums de partenariat).
- Mettre en place un mécanisme de revue du projet soumis au secrétariat permanent pour financement dans le cadre du MAP, qui soit à la fois compétent et rapide, y compris le recours à un mécanisme indépendant ;
- Assurer un plaidoyer soutenu pour dynamiser la réponse du secteur privé.
- Revoir les textes fondateurs du CNLS afin d'élargir la composition de l'assemblée générale à d'autres ministères clés, au secteur privé, et aux représentants des partenaires internationaux (SNU, Bilatéraux, etc.)
- Renforcer et accélérer le processus de décentralisation qui devrait également concerner l'autorité sur les ressources financières.
- Apporter un appui technique à l'unité de suivi-évaluation et mobiliser les ressources nécessaires à cet effet ;
- Renforcer l'unité de suivi évaluation en ressources humaines particulièrement au niveau décentralisé ;
- Accroître les capacités de présenter l'information selon la cible à laquelle elle est destinée ;
- Mettre en place un groupe de travail, comprenant les partenaires clés, pour aider à simplifier le système de suivi évaluation actuel, et à en piloter l'opérationnalisation ;
- Afin d'accélérer l'opérationnalisation de la base des données, poursuivre le plan de mise en réseau Internet les différents niveaux du système de suivi évaluation. Il est donc important de renforcer les compétences à la fois des équipes en charge du suivi évaluation, à la fois des utilisateurs, afin que les premiers récoltent, analysent et pressentent une information fiable et que les seconds l'utilisent effectivement comme aide à la décision

## **V. Appui nécessaire des partenaires au développement dans le pays**

Pour atteindre les objectifs de l'UNGASS, le Burundi doit attendre des partenaires un engagement financier pour faciliter la mise en œuvre du PANLS. La structure de coordination des Nations Unies, de même que la coopération bilatérale sont interpellés en particulier à collaborer étroitement avec le gouvernement du Burundi et les organisations non gouvernementales et du secteur privé en vue mieux orienter et mieux répartir les ressources nécessaires et disponibles en matière de lutte contre le SIDA. Ce ci se fait à travers le Groupe technique ONUSIDA, le Groupe thématique ONUSIDA élargie, le Groupe de Coordination des points focaux ONUSIDA, le Groupe Technique restreint de travail et le Groupe d technique de travail.

## VI. Cadre de suivi et d'évaluation

Le Burundi est doté d'un plan commun de suivi et évaluation : Plan national de suivi –évaluation des activités de lutte contre le SIDA au Burundi. Il est conforme et intégré dans le PANLS. Il a été élaboré suivant un processus participatif rassemblant les responsables de la coordination, les acteurs d'exécution du PANLS et les partenaires au développement. Il répond à l'exigence au niveau mondial des besoins en matière de suivi évaluation autour des indicateurs liés à la déclaration des Nations Unis sur le VIH/SIDA, et d'autres éléments de base ayant trait au fonctionnement et à l'obligation de rendre compte. Ce plan comprend une série de 51 indicateurs d'apport (ressources), de processus, de produit, de résultat et d'impact. Il indique également les outils de collecte de données, la méthode de collecte, les sources de données ainsi que la périodicité.

Il a été mis en place au niveau du SEP/CNLS une unité de suivi évaluation. Elle comprend trois sous unités : (i) planification, suivi évaluation (ii) diffusion de l'information (iii) base nationale de données et appui informatique.

Le plan national de suivi évaluation est aujourd'hui mis en œuvre mais le fait qu'il comporte un nombre relativement élevé d'indicateurs et d'outils de collectes de données le rend complexe. C'est l'un des points faibles du dispositif. Les responsables du SEP CNLS en sont conscient et sont disposés à y apporter les ajustements nécessaires. Les partenaires, notamment le Système des Nations Unis ont une responsabilité d'apporter l'appui technique nécessaire à ce jeune système.

### ANNEXES

ANNEXE 1 : Processus de consultation/de préparation pour le rapport national de surveillance du suivi de la *déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA*.

ANNEXE 2 : Questionnaire sur l'indice composite des politiques nationales (via le CRIS)

ANNEXE 3 : Formulaire de déclaration nationale pour les indicateurs sur les programmes, les connaissances, les comportements et les impacts (via le CRIS)