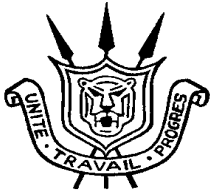


REPUBLICQUE DU BURUNDI



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET
DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



CONSEIL NATIONAL DE
LUTTE CONTRE LE SIDA
SECRETARIAT EXECUTIF
PERMANENT

**POLITIQUE NATIONALE DE PREVENTION DE LA
TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT**

Novembre 2010

PREFACE

Le Burundi ayant souscrit aux exigences internationales dans le cadre de la conférence internationale sur la population et le développement tenue au Caire en 1994 ainsi qu'aux objectifs du Millénaire pour le développement fixés à New York en 2000, se fixe comme objectif la concrétisation de ses engagements à travers la présente Politique Nationale de la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant.

La vision de cette politique est d'améliorer la santé maternelle et infantile afin de parvenir à une « élimination virtuelle de l'infection à VIH chez le nourrisson et le jeune enfant, pour ouvrir au Burundi, la voie vers une génération sans VIH et sans SIDA ».

L'enquête nationale de séroprévalence de l'infection par le VIH au BURUNDI, réalisée par le Centre de Formation et de Recherche en Médecine et Maladies Infectieuses (CEFORMI) en 2007 confirme la plus grande vulnérabilité de la femme par rapport au VIH.

En effet, la prévalence globale au BURUNDI est de 2,97% dont 2,91% chez la femme contre 2,81% chez l'homme.

En pondérant les milieux et en considérant les sexes la séroprévalence chez la femme est estimée à 5,95% en zone urbaine, à 4,94% en zone semi-urbaine et à 2,63% en zone rurale alors qu'elle n'est que de 3,10% en zone urbaine, de 3,80% en zone semi-urbaine et de 2,77% en zone rurale chez l'homme.

En absence des mesures de prévention, le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant est important allant jusqu'à 40 % et 95 % des infections à VIH pédiatriques sont dues à la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant.

Les axes stratégiques de cette politique s'inspirent des 4 piliers de la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant recommandés par l'OMS afin d'intégrer effectivement les services de PTME dans les services de la Santé de la Reproduction.

La réussite de la mise en œuvre de la présente Politique interpelle l'engagement ferme des décideurs politiques, des professionnels de santé, de la population burundaise et tous les partenaires au développement.

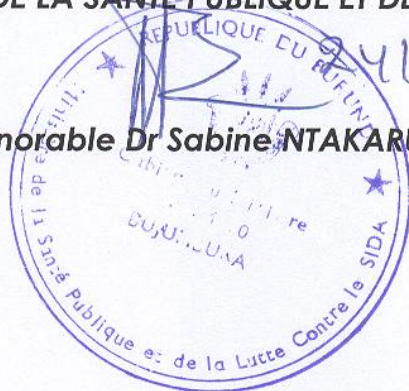
Ainsi donc, une collaboration étroite entre toutes les parties prenantes et une coordination de toutes les interventions pour éviter des chevauchements seront nécessaires à travers un cadre permanent de consultations.

Sachant que l'amélioration de la santé maternelle et infantile incluant la PTME est un facteur majeur de développement, nous ne doutons pas que tous ensemble, nous réussissons le pari de l'amélioration considérable des différents indicateurs de ce volet clé dans la prévention du VIH.

Luttons ensemble pour la protection de l'enfant BURUNDAIS.

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Honorable Dr Sabine NTAKARUTIMANA



Comité de Pilotage

1. Monsieur NTAKIYIRUTA Joseph, Chef de cabinet au Ministère de la Santé Publique, Président
2. Docteur BIRINTANYA Norbert, Directeur Général de la Santé Publique, Vice- Président
3. Docteur BARANKENYEREYE Véronique, Directrice de l'USLS/Santé, Secrétaire
4. Docteur MBONIHANKUYE Damien, Coordonnateur a.i du projet APRODIS et Expert chargé de la Prise en charge Médicale et de la PTME, Membre
5. Docteur NIMPAGARITSE Damien, Directeur technique du SEP CNLS, Membre
6. Docteur KANYOGE Céline, Chef de service PTME à l'USLS/santé, membre
7. Docteur NTAHOBARI Stanislas, OMS, Membre
8. Docteur MANIRAKIZA Déo, UNICEF, Membre
9. Docteur NDABIHORE Nina, Directeur de la prise en Charge Globale au MLS, Membre
10. Docteur GAHUNGU Georges, Directeur du PNSR, Membre
11. Docteur MATITUYE Bède, FHI, membre
12. Docteur NIYONGERE Jeanne Odette, CHUK, Membre
13. Docteur, BARAMPERANYE Evelyne, CNR, Membre
14. Docteur NTIRAMPEBA Léonard, USLS/Santé, Membre
15. Docteur VAUBOURG Danielle, Projet Esther, Membre
16. Docteur, MAGONYAGI Yolande, Yolande, UNFPA, Membre
17. Docteur NTIZAHUVYE Séraphine, CMC Buyenzi, Membre
18. Docteur HARERIMANA Salvator, Médecin Gynécologue, Membre
19. Docteur NJIMBERE Amélie, Médecin pédiatre, Membre
20. Madame PRICE Félicia, Fondation Clinton, Membre
21. Madame NTAHOMPAGAZE Thérèse, expert chargé de la coordination des activités de prévention au projet APRODIS, Membre

Les Consultants

1. Docteur Jacques NDIKUBAGENZI
2. Madame Diane MPINGANZIMA

TABLE DES MATIERES

Sommaire Exécutif.....	9
I.INTRODUCTION.....	12
II.CONTEXTEGENERAL.....	14
II.1. Situation géographique, démographique et socio-économique.....	14
II.2. Situation sanitaire.....	14
II.2.1. Organisation du système national de Santé	14
II.2.2. Profil épidémiologique du Burundi.....	15
III. ANALYSE SITUATIONNELLE DES INTERVENTIONSDE LUTTE CONTRE LE SIDA.....	20
III.1. Données scientifiques sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant.....	20
III.2. Repères historiques des programmes de prévention de la TME.....	21
III.2.1. Au niveau international.....	21
III.2.2. Au niveau national.....	21
III.3. Etat des lieux de la PTME au Burundi.....	22
III.3.1. Analyse de la couverture des services visant la PTME.....	22
III.3.2. Analyse critique des défis relevés dans la mise en œuvre de la politique PTME en cours.....	25
IV. POLITIQUE NATIONALE EN MATIERE DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT.....	27
IV.1. Vision, Objectifs et principes directeurs de la politique nationale PTME.....	27
IV.1.1. La Vision.....	27
IV.1.2. But et Objectif.....	27
IV. 1.3. Principes Directeurs de la politique Nationale en Matière de la prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant.....	27
I.V.2. Les grandes orientations stratégiques de la politique nationale en matière de la PTME.....	29
IV.2.1. Orientation stratégique 1 : Renforcement/intensification des interventions visant la prévention primaire du VIH chez les personnes en âge de procréer en particulier les femmes	30
IV.2.2. Orientation stratégique 2 : Conseil et Dépistage du VIH et stratégie de communication du VIH dans le cadre de la PTME.....	30
IV.2.3. Orientation stratégique 3 : Intégration des interventions de PTME aux services de Santé maternelle et infantile.....	31
IV.2.4. Orientation stratégique 4 : Intégration des services VIH dans les services de la santé sexuelle et reproductive et vive versa.....	32
IV.2.5. Orientation stratégique 5 : Usage des antirétroviraux pour la PTME.....	33
IV.2.6. Orientation stratégique 6 :Pratiques obstétricales à moindre risque.....	34
IV.2.7. Orientation stratégique 7 : Prise en charge de l'enfant né de mère séropositive.....	34
IV.2.8 : Orientation stratégique 8 : Normes et procédures pour le suivi post-partum de la femme	36
IV.2.9. Orientations stratégique 9 : Mobilisation sociale en faveur de la PTME.....	36
IV.2.10. Orientations stratégiques 10 : Renforcement et amélioration du Cadre de Coordination et de suivi-évaluation des activités PTME.....	37

<i>V. STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE PTME.....</i>	<i>39</i>
<i>VI. SUIVI EVALUATION DELA MISEEN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE</i>	
<i>PTME.....</i>	<i>41</i>
<i>VI.1. Organisations et fonctionnement des services PTME.....</i>	<i>41</i>
<i>VI.1.1. Considérations Générales.....</i>	<i>41</i>
<i>VI.2. Minimum Requis.....</i>	<i>41</i>
<i>VI.3. Les indicateurs clés pour le suivi évaluation de la mise en œuvre de la Politique nationale.....</i>	<i>43</i>
<i>Références bibliographiques.....</i>	<i>44</i>
<i>Annexe.....</i>	<i>45</i>

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

AFADS	Acceptable, Faisable, Accessible,. Durable et Sûr
AGR	Activité Génératrice de Revenu
APRODIS	Appui au programme de Décentralisation et de l'Intensification de la Lutte contre le SIDA
ARV	Antirétroviraux
BPS	Bureau Provincial de Santé
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDS	Centre de Santé
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CHUK	Centre Hospitalo- Universitaire de Kamenge
CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA
CNPK	Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge
CPLR	Clinique Prince Louis Rwagasore
CPN	Consultation Périnatale
DND	Données non disponibles
HMK	Hôpital Militaire de Kamenge
HPRC	Hôpital Prince Régent Charles
HR	Hôpital Régional
IEC	Information-Education-Communication
IST	Infection Sexuellement transmissible
MLS	Ministère de la Lutte contre le SIDA
MSP	Ministère de la Santé Publique
OIR	Organisation à Inspiration Religieuse
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSC	Organisation de la Société Civile
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCR	Polymerase chain reaction
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification familiale

PMA	Paquet Minimum d'Activité
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PPE	Prophylaxie Post- Exposition
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
PVVS	Personnes Vivant avec le SIDA
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
SEP/ CNLS	Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA
NFS	Numération Formule Sanguine
SR	Santé Reproductive
TME	Transmission Mère- Enfant
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USLS /santé	Unité Sectorielle de Lutte contre le SIDA du Ministère de la Santé Publique
VIH/SIDA	Virus Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'immunodéficience acquise

Sommaire Exécutif

Au Burundi, l'épidémie à VIH est de type généralisé. La propagation par voie sexuelle est la première voie de propagation tandis que La transmission du VIH de la mère à l'enfant reste la seconde voie de contamination et le principal mode par lequel les enfants s'infectent. D'après différentes enquêtes de séroprévalence réalisées dans le pays, le sexe féminin reste le plus touché comparé au sexe masculin .En tenant compte de cette séroprévalence du VIH qui est élevée chez le sexe féminin et si on considère le taux de fertilité élevée chez les femmes burundaises, le nombre d'enfants à risque d'être infecté par le VIH est très élevé. Par ailleurs, les études ont montré que l'élimination virtuelle de la transmission du VIH de mère à l'enfant était possible en offrant au couple mère enfant un paquet de services comprenant l'usage des antirétroviraux pendant la grossesse et la période de l'allaitement dans un environnement d'un bon système d'accompagnement pré et post partum et de suivi des nourrissons.

Depuis 2004, dans le souci d'orienter les interventions visant la PTME, le Burundi s'est doté d'une politique nationale en la matière. Etant donné la dynamique de la recherche en matière du VIH ,l'adoption internationale de nouvelles approches jugées plus efficaces et rentables ,la révision régulières des protocoles en matière de prestations en rapport avec l'infection à VIH, cette politique était devenue inadaptée pour répondre aux défis de l'heure notamment de passage à l'échelle des services PTME dans un environnement d'alignement aux nouvelles recommandations de l'OMS. C'est pour toutes ces raisons que cette politique vient d'être revissée pour inclure les nouvelles approches issues du consensus international ainsi que les orientations nationales jugées adaptées pour accélérer le passage à l'échelle. Les orientations de cette nouvelle politique sont développées dans un document comprenant 6 grandes parties :

La première partie est introductive et reprend le parcours du Burundi pour assoir la PTME. Il décrit les principaux documents qui ont été produits et sont notamment la stratégie nationale de prise en charge des PVVIH, le guide des normes et standards d'accréditation des sites ARV, CDV et PTME ainsi que la politique nationale en matière de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

La deuxième partie parle du contexte général du Burundi en présentant la situation géographique, démographique et socio-économique, la situation sanitaire avec une emphase sur l'organisation nationale du système de santé. Le contexte décrit aussi le profil épidémiologique du Burundi en mettant en exergue les principales causes de morbidité et mortalité (le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, le VIH/SIDA, la tuberculose, les traumatismes et brûlures) , les indicateurs de santé avec un bilan sombre vu les chiffres de mortalité. La situation épidémiologique du VIH au Burundi est également

décrit avec des groupes vulnérables (les jeunes et les femmes) et les plus à risques (les Professionnelles de sexe et les déplacés).

S'agissant de la troisième partie, elle fait une analyse situationnelle des interventions visant la PTME. Dans ce chapitre sont présentées les données scientifiques sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant, les repères historiques au niveau international et national des programmes de prévention de la TME.

On trouve également dans ce chapitre un tableau qui renseigne sur l'état des lieux de la PTME au Burundi avec une analyse de la couverture des services visant la PTME et des défis relevés dans la mise en œuvre de la politique PTME en cours et qui inspirent le développement de la présente politique.

Concernant la quatrième partie, elle est le point central de ce document car il énonce la politique nationale en matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans sa version actualisée. De ce fait, cette partie présente d'abord la Vision, objectifs et principes directeurs de la nouvelle politique nationale PTME. Ensuite, le chapitre donne les grandes orientations stratégiques de la politique nationale en matière de la PTME qui sont repris ci-dessous :

- Renforcement et intensification des interventions de prévention du VIH
- Conseil et Dépistage Volontaire (CDV) et stratégie de communication du VIH dans le cadre de la PTME
- Intégration des interventions de PTME aux services de Santé maternelle et infantile
- Intégration du VIH dans le service de santé reproductive
- Usage des antirétroviraux pour la PTME
- Pratiques obstétricales à moindre risque
- Prise en charge de l'enfant né de mère séropositive (Prise en charge nutritionnelle de l'enfant né de mère séropositive; Prise en charge médicale de l'enfant né de mère séropositive et diagnostic du VIH chez un enfant né de mère séropositive).
- Normes et Procédures pour le suivi post-partum de la femme.
- Mobilisation sociale en faveur de la PTME (élaboration des supports /guide IEC pour la mobilisation sociale en faveur de la PTME, l'implication des hommes en faveur de la PTME, le renforcement des acteurs de la société civile impliqués dans le programme PTME)
- Renforcement et amélioration du Cadre de coordination et de suivi-évaluation des activités PTME.

Quant à la cinquième partie, elle revient sur les stratégies de mise en œuvre de la politique nationale PTME. Ces stratégies sont la mise en place d'un comité technique national de suivi des activités PTME ; l'élaboration d'un plan opérationnel de la politique et des plans d'action annuels, la promotion de la décentralisation et l'intégration des services, l'amélioration de la qualité et l'utilisation des services PTME et celle de l'efficacité des interventions PTME et de prise en charge pédiatriques.

La dernière partie traite du suivi évaluation de la mise en œuvre de la politique nationale PTME ainsi que l'organisation et le fonctionnement des services PTME (considérations Générales et minimum Requis). Cette partie se clôture par une présentation des indicateurs clés pour le suivi évaluation de la mise en œuvre de la politique nationale.

Recommandations :

La sensibilisation au dépistage du VIH doit être systématiquement offerte à toutes les couches et catégories sociales et ou professionnelles de toute la population,

Les responsables à tous les niveaux sont appelés à être des acteurs actifs et des modèles dans la lutte contre le SIDA

Le dépistage pré-nuptial est à encourager chez tous les futurs couples,

La lutte contre les IST est à concevoir comme moteur de prévention du VIH,

Les jeunes doivent être encadrés pour retarder les premiers rapports sexuels,

L'accessibilité du préservatif féminin et masculin est un élément essentiel de prévention.

Quelque soit le type d'exposition, l'accès au service de prise en charge post exposition est à promouvoir.

IV.2.2.Orientation stratégique 2 : Conseil et Dépistage du VIH et stratégie de communication du VIH dans le cadre de la PTME

I.INTRODUCTION

Au Burundi comme dans d'autres pays d'Afrique Subsaharienne, l'évolution et l'ampleur de l'épidémie du VIH/SIDA sont très préoccupantes. Aujourd'hui, le SIDA n'est pas seulement une maladie, il est un fléau national voire même international. A ce titre, sa gestion devient une mission hautement prioritaire et d'une grande portée stratégique pour notre pays.

Elle demande à tous, les institutions de l'Etat, la société civile, le secteur privé, les communautés et les partenaires internationaux d'associer toutes leurs forces et former un front commun, pour donner une dimension nouvelle à la lutte et réduire les facteurs de risque et de vulnérabilité des individus, des familles et des communautés.

A l'instar des autres pays africains, le Burundi a adhéré à toutes les initiatives internationales de lutte contre le SIDA : **La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA (UNGASS, Juin 2001), à l'initiative 3x5 et à l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien.** Dans le respect de ces principes, et pour mieux coordonner les interventions de riposte à la pandémie, le pays a mis en place des structures de lutte contre le SIDA dont le Ministère chargé de lutte contre le SIDA, un conseil National de lutte contre le SIDA avec un Secrétariat Exécutif Permanent (SEP/CNLS), les unités sectorielles dans tous les ministères en vue d'asseoir une lutte multisectorielle.

Le pays dispose d'une politique nationale de lutte contre le SIDA qui est mise en œuvre à travers l'élaboration des plans stratégiques nationaux à court et à moyen terme respectivement de **1999 à 2001**, puis de **2002-2006** suivis de celui de **2007-2011** qui est en vigueur à ce jour. Dans le souci de mieux intégrer les activités de lutte contre le SIDA dans le secteur de la santé publique, ces dernières ont été intégrées dans le PNDS. Pour permettre à USLS/santé de mieux orienter la lutte dans le secteur, un plan stratégique 2010-2015 de lutte contre le SIDA/IST dans le secteur de la santé vient d'être validé et diffusé.

Tous ces documents donnent une orientation nationale globale quant en ce qui concerne la lutte contre le VIH au Burundi.

Pour faciliter la mise en œuvre des différents plans stratégiques, d'autres documents d'orientations techniques spécifiques ont été élaborés :

En 2004, le pays a mis en place une stratégie nationale de prise en charge des PVVIH avec comme objectif global d'assurer l'accès aux soins de toutes les PVVS et personnes affectées du VIH/SIDA.

Le cadre global de la stratégie tient compte des besoins, de la demande des bénéficiaires mais également de la qualité de l'offre.

Pour rendre la stratégie plus opérationnelle, le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de ses partenaires a élaboré un document de simplification et d'harmonisation des protocoles thérapeutiques aussi bien pour les infections opportunistes que pour les traitements antirétroviraux. Ce document de guide a été actualisé en 2008.

En 2005, Un guide des normes et standards d'accréditation des sites ARV, CDV et PTME a été élaboré et diffusé.

Depuis 2004, le Burundi s'est doté également d'une politique nationale en matière de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ce document de politique présente les axes stratégiques pour mieux prendre en charge les femmes enceintes séropositives et pour réduire le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Dans le souci de répondre à la dynamique des stratégies d'intervention et des nouvelles recommandations proposées par les Organisations Internationales (OMS, ONUSIDA,..), ces documents sont sujets à une mise à jour régulière. La présente révision de la politique nationale en matière de la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant s'inscrit dans ce cadre. La nouvelle Politique tâchera donc à fournir des nouvelles orientations nationales en la matière en tenant compte des nouvelles avancées scientifiques, des recommandations issues du consensus international et des défis enregistrés dans la mise en œuvre de l'actuelle politique.

II. CONTEXTE GENERAL

II.1. Situation géographique, démographique et socio-économique

Le Burundi est un pays enclavé situé à cheval entre l'Afrique de l'Est et centrale. Il est limité au Nord par le Rwanda, au Sud et à l'Est par la Tanzanie et à l'Ouest par la République Démocratique du Congo¹.

Sa superficie est de 27.834 km² incluant la surface des eaux territoriales.

La population est de 8.053.574 d'habitants (en 2008) dont 93% habitent en milieu rural et 46,1% sont des enfants de moins de 15 ans². La densité de la population est de 289 habitants par km², ce qui classe le Burundi parmi les pays d'Afrique les plus densément peuplés.

Depuis la crise de 1993, le PIB a diminué de 3% en moyenne par an, portant à ce jour la baisse cumulée de la production à 30%.

Au cours de l'exercice 2006, le Burundi a bénéficié d'un allègement de la dette dans le cadre de l'initiative pays pauvres très endettés.

Au niveau de l'Education, le taux d'alphabétisation des adultes est passé de 37% en 1990 à 58,9% en 2003. Le taux brut de scolarisation était de 86% pour les garçons et 69% pour les filles en 2004. En 2005, ce taux était de 79,54% avec un taux de scolarisation brute au primaire pour les filles de 71,71% suite à la mesure présidentielle de gratuité des frais scolaires (2).

II.2. Situation sanitaire

II.2.1. Organisation du système national de Santé

Le Système de santé du Burundi est organisé sous forme de pyramide à 3 niveaux:

Le niveau central qui est responsable de (i) la définition de la politique sanitaire et l'élaboration des stratégies d'intervention; (ii) la planification, l'administration et la coordination du secteur de la santé; (iii) la définition des normes de qualité, leur suivi et leur évaluation.

Le niveau intermédiaire est composé de 17 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) qui sont chargés de la coordination des activités sanitaires au niveau provincial, de l'appui aux Districts Sanitaires et aux Centres de santé ainsi que la formation du personnel de santé de son ressort.

¹ Profil sanitaire du Burundi 2007

² Rapport annuel EPISTAT 2006

Le niveau périphérique est composé de Districts Sanitaires au nombre de 45 et 636 Centres de Santé répartis dans toutes les Communes du Pays.

Le District Sanitaire est l'entité opérationnelle la plus périphérique du Ministère de la Santé Publique couvrant une population entre 150.000 et 250.000 habitants et environ 10 à 15 Centres de Santé.

L'organisation du système de soins se décline en 4 paliers :

Le Centre de Santé qui est le premier contact de la population avec le système de soins et représente le niveau le plus périphérique du système de soins ;

Les Hôpitaux de première référence qui sont les Hôpitaux de Districts ;

Les Hôpitaux de deuxième référence qui sont des Hôpitaux régionaux au nombre de quatre ;

Les Hôpitaux de référence nationale dont le Centre Hospitalo-universitaire de Kamenge (CHUK), l'Hôpital Prince Régent Charles (HPRC), la Clinique Prince Louis Rwagasore (CPLR), l'Hôpital Militaire de Kamenge (HMK) et le Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge (CNPK).

La carte sanitaire du Burundi indique que le pays dispose de 636 Centres de santé fonctionnels, dont 63% relèvent du secteur public ainsi que 47 hôpitaux dont 5 hôpitaux de deuxième référence et 4 hôpitaux spécialisés³. Le secteur privé à but non lucratif est essentiellement constitué de centres de santé (33% de l'ensemble) appartenant aux confessions religieuses.

II.2.2. Profil épidémiologique du Burundi.

II.2.2.1. Principales causes de morbidité et mortalité.

L'état de santé de la population se caractérise par une forte charge de morbi-mortalité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles.

Le Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010 a mis un accent particulier sur la lutte contre 3 pathologies que sont **le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose** sans toutefois oublier les autres maladies transmissibles et non transmissibles.

II.2.2.2. Principaux indicateurs de santé au Burundi

Le profil épidémiologique du Burundi présente un tableau relativement sombre au vu des chiffres de mortalité. En effet, le ratio de mortalité maternelle reste très élevé à 869 pour 100.000 naissances vivantes⁴.

³ Politique Nationale de Contractualisation au Burundi

⁴ Enquête Ménage de Base pour le suivi et l'évaluation de l'impact de l'appui au système de remboursement du paquet minimum des services de santé (PMS 2009)

Les décès maternels représentent près de 40% de l'ensemble des décès des femmes en âge de procréer et restent liés aux principales causes que sont : l'hémorragie (25%), les avortements compliqués (10%), l'obstruction du travail (8%), l'éclampsie (13%) et l'infection puerpérale (15%).

Le taux de mortalité infantile est estimé à 110 pour 1000 naissances vivantes tandis que le taux de mortalité juvénile (moins de 5 ans) est à 176 pour 1000 naissances vivantes¹². La mesure Présidentielle de gratuité des soins de maternité et des enfants de moins de cinq ans adoptée depuis 2005 est venue apporter une réponse à ces défis.

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 44 ans au Burundi.

Le taux de couverture vaccinale (enfants complètement vaccinés, rougeole) est très appréciable au Burundi et est estimé à 83,9% pour l'année 2008.

Le taux d'accouchement assisté en milieu de soins est passé de 22,9% en 2006 à 56,3% en 2008 et à 64,4 % en 2009 grâce notamment à la mesure de gratuité des soins pour les accouchements instaurée depuis 2006.

Le taux de couverture contraceptive est de 22,7 % chez les femmes dont l'âge est compris entre 15 à 49 ans.

Le Burundi connaît épisodiquement des périodes de famine liées aux perturbations climatiques, faisant de la malnutrition un véritable problème de santé publique. C'est ainsi que le taux de malnutrition modéré chez les enfants de moins de 5 ans est de 35% tandis que le taux de malnutrition sévère chez le même groupe cible est de 6%.

II.2.2.3. Situation épidémiologique du VIH/SIDA au BURUNDI

Tableau 1 : Données synthétiques des enquêtes nationales de séroprévalence réalisées au Burundi

Types de Population	Strates/sexe	Enquête 1 (1989-90)	Enquête 2 (2002)	Enquête 3 (2007)
Pop. générale		Milieu urbain : 11,27%	3,2%	2,97%
		Milieu semi urbain : 14,70%		
		Milieu rural : 0,73%		
	Hommes	DND	2,6%	2,81%

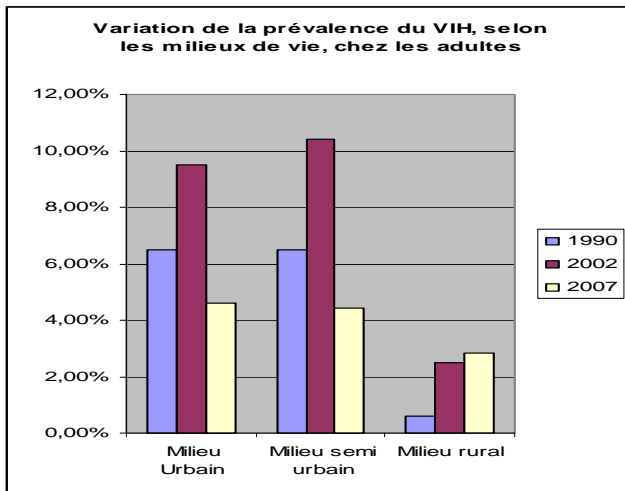
	Milieu Urbain	DND	5,5%	3,10
	Milieu semi urbain	DND	6,8%	3,80
	Milieu rural	DND	2,1%	2,77
	Femmes	DND	3,8%	2,91%
	Milieu Urbain	DND	13%	4,59%
	Milieu semi urbain	DND	13,7%	4,94%
	Milieu rural	DND	2,9%	2,63%
Jeunes de 15-24 ans	Milieu Urbain	10,23%	4%	3,77%
	Milieu semi urbain	9,23%	6,6%	4%
	Milieu rural		2,2%	2,93%
15 -49 ans		DND	DND	3,58%
	Homme	DND	DND	3,24%
	Femme	DND	DND	4,02%
Professionnel s de sexe		DND	DND	38%
	Milieu urbain	DND	DND	29%
	Milieu rural	DND	DND	46%
Déplacés		DND	DND	4,46%

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 trois enquêtes nationales de séroprévalence réalisées respectivement en 1989-90, en 2002 et en 2007. La comparaison des tendances est reprise dans le tableau ci-dessus.

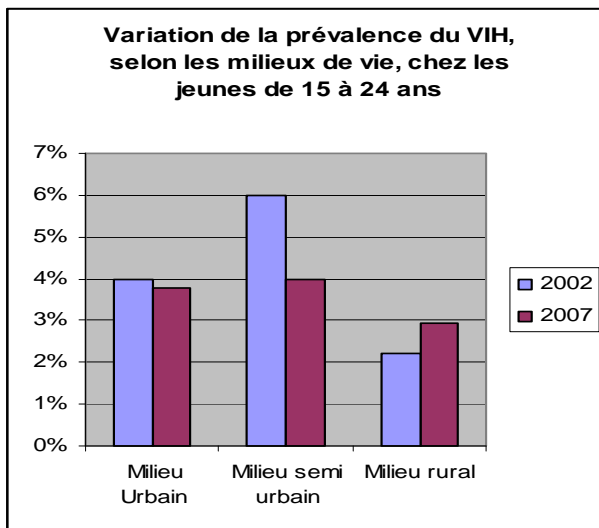
En comparant les résultats des deux premières enquêtes on observe une augmentation du taux de séroprévalence globale qui est plus marquée en zone rurale où le taux a quadruplé de 1989 en 2002. L'enquête de 2002 a également mis en évidence la plus grande vulnérabilité de la femme vis-à-vis du VIH et ceci 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.

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. Selon le sexe, la séroprévalence est de 2,81% chez les hommes contre 2,91% chez les femmes⁵

D'après les résultats de ces trois enquêtes, l'épidémie du VIH au Burundi est de type généralisée.



Les groupes les plus vulnérables demeurent encore les jeunes et les femmes alors que dans les groupes les plus à risques, on compte les professionnelles de sexe et les déplacés.



La séroprévalence globale du VIH chez les professionnelles du sexe est de 38% dans l'ensemble, avec des variations sensibles : 29% à Bujumbura et 46% à l'intérieur du pays.

⁵ Enquête de séroprévalence nationale 2007

Le taux de séroprévalence du VIH/SIDA est comparable à celui du Rwanda (3,1%) et de la RDC (3,2%). Certains Pays voisins comme le Kenya, la Tanzanie et l'Ouganda ont des taux de séroprévalence estimés à 6%⁶.

Tableau 2 : Aperçu synoptique des tendances en besoin de services par rapport à la situation épidémiologique du BURUNDI (Estimations Spectrum 2009)⁷

Années	Nouvelles infections	Besoins des TARV chez les adultes (>15 ans)	Besoins des TARV chez les enfants (<15 ans)	Besoins totaux en TARV	Nombre de femmes enceintes VIH+	Décès dus au Sida
2 008	17 013	48 358	7 457	55 815	17 226	18 072
2 009	17 264	49 707	7 731	57 438	17 078	17 277
2 010	17 310	51 322	7 897	59 219	16 972	16 315
2 011	17 370	52 877	8 156	61 033	16 897	15 714
2 012	17 427	54 381	8 461	62 842	16 841	15 115
2 013	17 406	55 921	8 809	64 730	16 803	14 544
2 014	17 439	57 574	9 188	66 762	16 802	14 028
2 015	17 518	59 354	9 584	68 938	16 852	13 560

III. ANALYSE SITUATIONNELLE DES INTERVENTIONS VISANT LA PTME

III.1. Données scientifiques sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant

La transmission mère-enfant du VIH (TME) est la principale cause d'infection à VIH chez l'enfant. Environ 95% des enfants infectés par le VIH le sont devenus par cette voie. La TME peut survenir au cours de la grossesse, au cours du travail et de l'accouchement ou au cours de l'allaitement maternel. En l'absence de toute intervention et sans allaitement maternel, le risque de TME est de 15 à 30%. L'allaitement maternel par une mère vivant avec le VIH augmente ce risque de 5 à 20%, le risque total de TME atteignant alors 20 à 45%⁸. Ce risque peut être réduit à moins de 2% par l'utilisation d'un paquet d'interventions comportant : la prophylaxie antirétrovirale (ARV) prise par la mère pendant la grossesse et le travail, et par l'enfant pendant les premières semaines de vie ; interventions obstétricales telles que l'accouchement par césarienne élective (pratiquée avant le

⁶ www.unicef.org

⁷ Plan sectoriel Santé 2010-2015 face au VIH/SIDA/IST

⁸ De Cock KM et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283(9):1175-1182

début du travail et avant la rupture des membranes) ; et absence totale d'allaitement maternel⁹.

Grâce à ces interventions, les nouveaux cas d'infection par le VIH chez l'enfant deviennent maintenant de plus en plus rares dans de nombreux pays, notamment les pays riches.

En situation de ressources limitées, comme au Burundi, la césarienne électorale est rarement faisable. De plus l'allaitement au sein est le seul moyen accessible pour nourrir ces bébés. Dans de telles situations, les efforts visant à prévenir l'infection à VIH se sont initialement concentrés sur la réduction de la TME pendant la grossesse, le travail et l'accouchement. Pour accroître l'efficacité des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME), de nombreux pays durement touchés par l'épidémie ont adopté des schémas prophylactiques d'ARV plus efficaces initiés pendant la grossesse, le risque de transmission au cours de la grossesse et de l'accouchement étant alors réduit à 2 à 4%¹⁰. Malgré l'utilisation de ces schémas prophylactiques, les nourrissons restaient toujours exposés à un risque important d'infection au cours de l'allaitement maternel.

Pour répondre à ce défi, l'OMS a publié en Décembre 2009, des nouvelles recommandations visant à commencer la trithérapie antirétrovirale plus tôt, à partir de la 14 S.A et à la poursuivre pendant toute la période d'allaitement. Le Burundi a déjà adopté cette stratégie.

III.2. Repères historiques des programmes de prévention de la TME

III.2.1. Au niveau international

Les premières recommandations de l'OMS sur l'utilisation des ARV pour la PTME ont été publiées en 2000¹¹. Ces recommandations ont été mises à jour en 2004, avec l'adoption de schémas prophylactiques simplifiés et standardisés. Depuis lors, d'importantes données ont été publiées sur des schémas prophylactiques ARV plus efficaces, sur l'efficacité réelle des ARV pour prévenir la TME, sur la toxicité éventuelle des ARV chez la femme enceinte, sur les résistances pouvant apparaître après l'utilisation d'une prophylaxie ARV chez la femme et sur les implications de celles-ci sur les futures options de traitement. Une expérience

⁹ Dorenbaum A et al. Two-dose intrapartum/newborn nevirapine and standard antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV transmission: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288(2):189–198.

¹⁰ Lallemand M et al. Single-dose perinatal nevirapine plus standard zidovudine to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in Thailand. *New England Journal of Medicine*, 2004, 351(3):217–228

¹¹ *New Data on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Their Policy Implications: conclusions and recommendations*. WHO Technical Consultation on Behalf of the UNFPA/ UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency Task Team on Mother-to-child Transmission of HIV. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/RHR/01.28) (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/new_data_prevention_mtct_hiv/index.html, accessed 12 July 2006).

considérable a aussi été acquise dans la mise en œuvre et le passage à l'échelle des programmes de PTME.

Dans ce contexte, l'OMS organise régulièrement des consultations techniques afin de passer en revue les données disponibles et l'expérience des

Programmes, et d'actualiser régulièrement les recommandations sur l'utilisation des ARV pour le traitement de la femme enceinte et pour la prévention de l'infection à VIH chez l'enfant. Tous les pays sont alors appelés à faire l'adaptation de protocoles nationaux en vue de s'aligner aux recommandations de l'OMS.

III.2.2. Au niveau National

Le programme PTME a été initié en phase pilote au Burundi en Septembre 2000, au Centre Communautaire de Buyenzi, avec l'appui financier de l'UNICEF. En 2002, les activités de ce site PTME pilote ont été évaluées. Les résultats de cette évaluation ont montré qu'il était possible de faire l'extension de ces services PTME vers d'autres structures de soins notamment de l'intérieur du Pays. Pour mieux orienter cette décentralisation, une politique nationale PTME a été élaborée en 2003, validée et diffusée en 2004. L'évaluation de la mise en œuvre de cette politique réalisée en 2006 par l'USLS/Santé en charge de la coordination des activités PTME au sein du Ministère de la santé Publique, a montré que des résultats aient été enregistrés mais qu'il persistait une insuffisance de couverture et a recommandé la révision de la politique pour mieux intégrer les nouvelles approches stratégiques telles que proposées par l'OMS en collaboration avec les autres partenaires internationaux.

III.3. Etat des lieux de la PTME au Burundi

III.3.1. Analyse de la couverture des services visant la PTME

Selon le rapport de USLS/Santé de 2008, la couverture générale de la PTME est estimée à 9,9% et le taux d'acceptation des tests pendant les CPN demeure très bas (39% en 2008). Ceci témoigne de la faiblesse de mise en œuvre de la politique PTME de 2004 qui stipulait atteindre au moins 1 site PTME par Commune en fin 2005 soit 129 sites au total, effectif qui était non encore atteint en 2008.

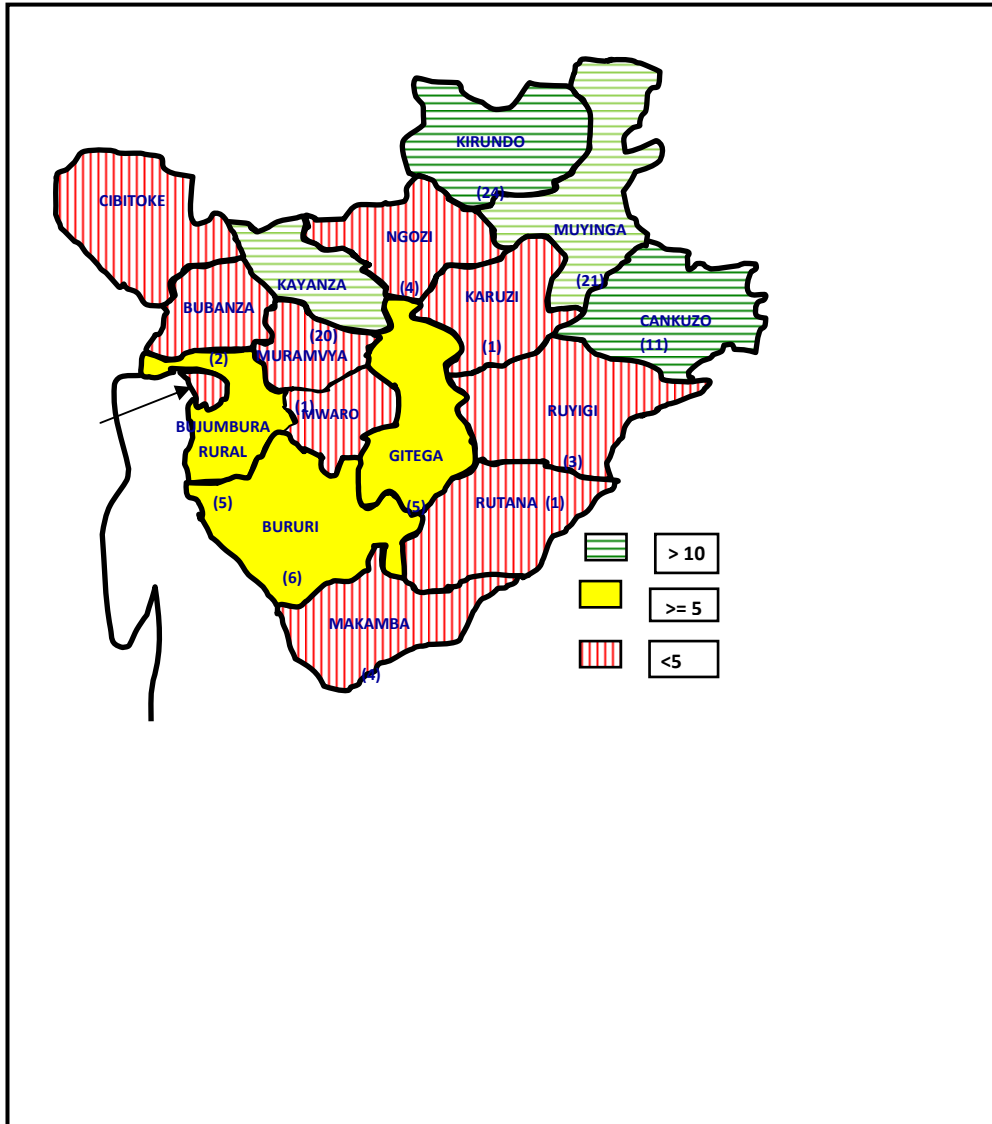
Tableau 3. Couverture des services PTME en fin Décembre 2009¹²

<i>Province</i>	<i>Districts</i>	<i>Struct avec CPN</i>	<i>PTME</i>	<i>Couv %</i>
Bubanza	2	18	2	11%
Bujumbura Mairie	3	14	4	29%
Buja Rural	3	35	8	22%
Bururi	4	50	7	14%
Cankuzo	2	20	12	60%
Cibitoke	2	31	2	6%
Gitega	4	39	3	8%
Karusi	2	20	6	30%
Kayanza	3	31	22	70 %
Kirundo	4	34	24	70%
Makamba	2	32	3	9%
Muramvya	2	18	1	6%
Muyinga	3	30	22	73 %
Mwaro	2	21	2	10%
Ngozi	3	39	3	8%
Rutana	2	29	1	3%
Ruyigi	3	27	15	55%
Total	45	465	137	29 %

Le dénominateur est le nombre total de structures qui dispensent des services de CPN.

¹² USLS/Santé :Rapport Annuel 2009

Carte1. Répartition des sites PTME par Province en fin Septembre 2009¹³



¹³ SEP/CNLS, Rapport fin Septembre 2009

Tableau 4 : Evolution du nombre des sites PTME par province, 2006-2009¹⁴

Province	2006	2007	2008	2009
BUBANZA	2	2	2	2
BUJUMBURA MAIRIE	2	2	2	4
BUJUMBURA RURAL	1	1	3	8
BURURI	2	2	2	7
CANKUZO	1	1	1	12
CIBITOKÉ	1	1	2	2
GITEGA	1	1	5	3
KARUSI	0	1	1	6
KAYANZA	2	2	9	22
KIRUNDO	9	9	19	24
MAKAMBA	0	0	2	3
MURAMVYA	1	1	1	1
MUYINGA	1	8	6	22
MWARO	0	1	1	2
NGOZI	2	2	3	3
RUTANA	0	0	1	1
RUYIGI	2	3	3	15
Total Sites	27	37	63	137

Selon ce tableau, bien que la couverture reste faible, il est à constater que des efforts ont été consentis dans l'accréditation de sites.

¹⁴ SEP/CNLS, Rapport fin Décembre 2009

III.3.2. Analyse critique des défis relevés dans la mise en œuvre de la politique PTME en cours.

Une analyse de la situation réalisée conjointement par les différents intervenants en matière de PTME a permis d'identifier les goulots d'étranglement dans la mise en œuvre de la PTME et de proposer des mesures de correction en vue de renforcer les résultats attendus de la PTME et la prise en charge pédiatrique du VIH au Burundi.

Ci-dessous sont repris les principaux dysfonctionnements identifiés :

- Faible taux d'adhésion CPN précoces, lié à divers facteurs (culturels, faible accessibilité géographique des services PTME).
- Non intégration systématique du conseil au Dépistage du VIH dans les séances de CPN, dans les salles de travail et de maternité. Pour les quelques femmes ayant accepté le test, le taux de récupération du résultat semble faible, la proposition de donner le résultat le même jour viendrait comme une solution.
- Il y a absence de protocole PTME commun dans toutes les structures et un besoin d'uniformiser le protocole PTME dans les différents sites avec une mise en place d'une équipe de suivi des activités de PTME.
- La faiblesse dans la gestion des approvisionnements des ARV et autres intrants pour le protocole PTME dans les sites PTME .Elle handicape la prise en charge des femmes enceintes séropositives, ceci est lié parfois aux circuits d'approvisionnement non adaptés et à l'absence de délégation de la prescription dans un contexte où les médecins ne sont pas encore disponibles dans les centres de santé.
- Une insuffisance de suivi des nourrissons et des enfants nés de mères séropositives. Des problèmes de suivi du nourrisson né de mère séropositive handicapant la PTME doivent faire objet d'une attention particulière (absence de traitement ARV dans les maternités des CDS où accouchent les mères, absence de carnet de suivi du nourrisson dans lequel tous les actes posés chez la maman et son enfant doivent être notés, faible sensibilisation des mères sur la nécessité du suivi du nourrisson et le respect du calendrier vaccinal, faible adhésion au dépistage précoce des enfants).
- Un faible appui nutritionnel des *enfants après le sevrage*. La pauvreté des familles ne permet pas de bien nourrir l'enfant après le sevrage, et beaucoup d'enfants présentent un risque important de développer la malnutrition.
- La faible implication des partenaires apparaît comme un problème crucial au bon déroulement des activités PTME.

- La faible réceptivité des mères au programme de planification familiale liée à la mentalité pro nataliste de la population burundaise, aux croyances socioculturelles et religieuses nécessite une sensibilisation des leaders communautaires y compris les leaders religieux, et l'ensemble de la communauté pour inverser la tendance, la planification familiale étant perçue comme paquet à offrir à la femme séropositive après accouchement.
- Une faible implication communautaire dans la PTME
 Une faible implication communautaire dans la PTME explique l'ampleur accrue de la stigmatisation des femmes enceintes séropositives, non adhésion des partenaires et les difficultés de communication des couples à propos de la PTME. En vue de renforcer cette implication communautaire dans la PTME, il faudrait intégrer les informations sur la PTME dans toutes les structures de prise en charge des PVVIH, multiplier les séances d'information pour la population générale sur la PTME, organiser des séances d'information chez les jeunes en milieu scolaire et universitaire et chez les non scolarisés et les déscolarisés. De plus il faudrait mettre à contribution le réseau des relais communautaires et les leaders religieux dans les différents programmes verticaux. Une autre stratégie incontournable pour réussir la PTME est l'implication des hommes pour une gestion familiale de la PTME.
- Les messages IEC en faveur de la PTME ne sont pas harmonisés.
- Insuffisance d'un plateau technique dans le suivi biologique (dosage des CD4, charge virale et d'autres examens jugés importants pour le suivi biologique)
- Un faible partenariat entre les différents départements du Ministère (USLS, PNSR et programme nutrition) mais également entre le MSP et MLS ainsi qu'une faible coordination entre les partenaires et les acteurs avec un besoin de définition du rôle de chacun.
- Des insuffisances sont également relevées en matière de coordination des activités visant la PTME et la gestion du Programme. La création d'un cadre de coordination national impliquant le PNSR et USLS/Santé constitue une priorité.
- Insuffisance en matière de gestion des approvisionnements en intrants PTME pouvant s'expliquer par une faible implication de l'USLS dans l'estimation des besoins au niveau national et le suivi de l'utilisation des intrants dans les structures de soins (Ruptures fréquentes des stocks en réactifs et panne des équipements nécessitant l'amélioration du système de suivi des stocks et d'approvisionnement au niveau des BPS).
- Insuffisance de Suivi et évaluation des activités (définir des indicateurs clés, avec canevas standard à utiliser par tous les intervenants, standardiser les outils de collecte de données, besoin d'évaluation du programme, de supervision formative régulière, coordination entre les différents intervenants).

- Insuffisance et instabilité ressources humaines en qualité et en quantité avec comme amplificateur un manque de délégation des tâches et une faiblesse d'opérationnalisation de la stratégie de référence et contre référence.
- Pour répondre à ces défis, la formation continue des prestataires y compris les aides-soignants devient un impératif.

Tenant compte de ces défis, de la dynamique des approches visant la PTME, des évidences scientifiques, des recommandations et consensus internationaux, la politique Nationale en matière de la PTME est révisée et est reformulée ci-dessous.

IV. POLITIQUE NATIONALE EN MATIERE DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT.

IV.1. Vision, Objectifs et principes directeurs de la politique nationale PTME

IV. 1.1.La Vision

La vision de la nouvelle politique vise l'adoption des nouvelles stratégies à mettre en œuvre, dans un cadre d'intervention mieux coordonné et bien suivi, pour arriver à réduire le risque de transmission du VIH de la Mère à l'Enfant.

IV. 1.2. But et Objectif

Le but de cette politique est de fournir une mise à jour sur les approches à utiliser dans la mise en œuvre des services de prévention du VIH de la mère à l'enfant ; et de parvenir à ***l'élimination virtuelle de l'infection à VIH chez le nourrisson et le jeune enfant, pour ouvrir au Burundi, la voie vers une génération sans VIH et sans SIDA.***

Son objectif est d'optimiser la santé maternelle et infantile en prévenant la transmission du VIH aux enfants nés des mères séropositives tout en offrant aux femmes les conditions sociales et de soins nécessaires pour l'acceptabilité et la faisabilité des services PTME dans un continuum de soins.

IV.1.3. Principes Directeurs de la Politique Nationale en matière de la prévention de la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant

Les principes guidant la politique PTME incluent les impératifs du Plan stratégique national 2007- 2011 et ceux guidant la mise en œuvre du plan stratégique du secteur de la santé face au VIH/SIDA/IST 2010-2015. Ces Principes sont les suivants:

Leadership de Soutien : les leaders politiques du pays à tous les niveaux et ceux d'autres secteurs de la société civile devraient assurer la mise en œuvre de Cette politique

Communication Effective : la communication claire et continue est un élément essentiel pour l'accomplissement des buts de la politique PTME.

Partenariats Effectifs: Tous les secteurs publics et d'autres parties prenantes de la société seront impliqués dans la riposte au VIH à travers la PTME.

Réduction des inégalités et de la pauvreté : les interventions de PTME décrites dans cette politique seront bénéfiques à tous les nécessiteux en facilitant l'accès aux services sanitaires pour toute la population burundaise et en établissant des liens avec d'autres programmes de développement.

Utilisation des évidences (preuves) scientifiques : les intervenants en matière de PTME seront tenus informés des progrès scientifiques réalisés dans le domaine de la PTME

Renforcement des Services de consultation prénatale : Renforcement du système de Santé et sociaux, y compris la capacité organisationnelle des Organisation de la Société Civile et Organisation à Inspiration Religieuse pour assurer des services de maternité de qualité.

Approche familiale: Tous les services PTME devraient rechercher dans la mesure du possible l'adhésion des partenaires des femmes nécessitant les services PTME y compris le dépistage des enfants descendant de cette famille.

Approche basée sur les droits et la vie : Toutes les interventions en faveur des femmes enceintes et leurs enfants en bas âge (mineurs) devraient être envisagés dans le cadre des droits de l'homme en optimisant la sauvegarde de la santé physique, mentale et psychosociale de la mère et de l'enfant.

- **Droit à l'information**: Les femmes enceintes et toutes les femmes en âge de procréer ont le droit d'avoir des informations les aidant à se prévenir contre l'infection au VIH pour elles –mêmes et leurs enfants. Toutes les femmes enceintes ont le droit et la responsabilité de connaître leur statut sérologique et de recevoir l'appui nécessaire des services de prévention et de traitement du VIH pour elles mêmes et leurs enfants. Les services de consultations prénatales devraient être des points d'entrée pour les services PTME.
- **Protection et respect des enfants**: L'impact du VIH sur les droits des enfants est énorme. L'intérêt supérieur de l'enfant sera recherché dans toutes les interventions PTME. Ceci inclue particulièrement le droit pour l'enfant à bénéficier des traitements prophylactiques quelles soient les considérations morales et spirituelles de leurs parents.

Devoir et responsabilité de tout le personnel soignant : c'est le devoir et la responsabilité de tous les prestataires soignants d'aider les femmes enceintes à connaître leur sérologie et de référer les femmes séropositives aux sites PTME.

IV. 2. Les grandes orientations stratégiques de la politique nationale en matière de la PTME.

Les orientations stratégiques de la politique Nationale PTME s'inspirent des données de la littérature et des recommandations internationales. Ainsi, pour une réduction significative de l'infection à VIH chez l'enfant, l'Organisation Mondiale de la Santé et les autres agences des Nations Unies préconisent une approche élargie basée sur quatre piliers :

- 1) La prévention primaire du VIH ciblant principalement les femmes en âge de procréer,
- 2) La prévention des grossesses non désirées chez les femmes VIH+,
- 3) Les interventions "spécifiques" PTME ciblant la femme enceinte VIH+,
- 4) La prise en charge de la femme séropositive, de son enfant et de sa famille.

Approche élargie pour la prévention de l'infection à VIH chez l'enfant

Toutes les femmes (en âge de procréer)	—————▶	prévenir l'infection au VIH
Femmes infectées par le VIH	—————▶	prévenir les grossesses non désirées
Femmes infectées par le VIH	—————▶	prévenir la transmission du VIH à l'enfant
Femmes VIH+, son enfant et sa famille	—————▶	assurer soins et support

Les grandes orientations stratégiques de la politique nationale concernent les interventions suivantes :

- 1) Renforcement/intensification des interventions visant la prévention primaire du VIH chez les personnes en âge de procréer en particulier les femmes.
- 2) Le conseil et dépistage du VIH et la stratégie de communication dans le cadre de la PTME,
- 3) Intégration des interventions de PTME aux services de Santé maternelle et infantile
- 4) Intégration des services VIH dans les services de la santé sexuelle et reproductive et vice versa.
- 5) L'usage des antirétroviraux chez femmes enceintes séropositives,
- 6) Les pratiques obstétricales à moindre risque,
- 7) La Prise en charge de l'enfant né de mère séropositive

- 8) Les Normes et Procédures pour le suivi post-partum de la femme.
- 9) Les activités de Mobilisation sociale en faveur de la PTME y compris l'implication des partenaires.
- 10) Le Renforcement et amélioration du Cadre de coordination et de suivi-évaluation des activités PTME.

IV.2.1. Orientation stratégique 1 : Renforcement/intensification des interventions visant la prévention primaire du VIH chez les personnes en âge de procréer en particulier les femmes

En vue de renforcer la prévention primaire du VIH, il faut renforcer et intensifier les séances d'information pour la population générale sur l'intérêt du dépistage du VIH en impliquant les responsables à tous les niveaux et dans toutes les catégories sociales et professionnelles, organiser des séances d'information chez les jeunes en milieu scolaire et universitaire et chez les non scolarisés et les déscolarisés. De plus il faut mettre à contribution le réseau des relais communautaires et les leaders religieux dans les activités visant la prévention primaire. Il est également nécessaire d'asseoir un bon programme de lutte contre les IST. La prise en charge post exposition contribuera également à prévenir l'infection à VIH chez les personnes ayant été victimes des accidents de primo -exposition au VIH.

Recommandations :

La sensibilisation au dépistage du VIH doit être systématiquement offert à toutes les couches et catégories sociales et ou professionnelles de toute la population,

Les responsables à tous les niveaux sont appelés à être des acteurs actifs et des modèles dans la lutte contre le SIDA

Le dépistage pré-nuptial est à encourager chez tous les futurs couples,

La lutte contre les IST est à concevoir comme moteur de prévention du VIH,

Les jeunes doivent être encadrés pour retarder les premiers rapports sexuels,

L'accessibilité du préservatif féminin et masculin est un élément essentiel de prévention.

Quelque soit le type d'exposition, l'accès au service de prise en charge post exposition est à promouvoir.

IV.2.2.Orientation stratégique 2 : Conseil et Dépistage du VIH et stratégie de communication du VIH dans le cadre de la PTME

Le dépistage volontaire du VIH est un processus à travers lequel la femme enceinte reçoit l'information (ou le conseil) appropriée afin de prendre la décision (ou non) de subir un test de dépistage de l'infection à VIH. Le conseil pour un dépistage prénatal de l'infection par le VIH est la première étape d'un long processus ciblé sur la prévention de la transmission mère -enfant mais aussi sur les soins de familles infectées.

Il doit être intégré à l'ensemble du dispositif d'offre de soins, public et parapublic et à toutes les actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Recommandations :

Le dépistage du VIH doit être systématiquement offert aux femmes enceintes en CPN ou en maternité en suivant la stratégie de test et conseil à l'initiative du prestataire.

Le PNSR est appelé à inclure le conseil et dépistage du VIH parmi les critères de qualité d'une CPN

Toute femme doit recevoir, en groupe ou individuellement, information et conseil pré-test.

La confidentialité sur les données personnelles doit être garantie pendant tout le processus du dépistage.

Le consentement, écrit ou verbal, doit toujours être recherché.

Le test VIH doit se faire en suivant l'algorithme de dépistage en vigueur.

Le conseil post-test doit toujours être individuel.

Quel que soit le résultat, le dépistage du partenaire doit être encouragé et offert.

Le dépistage en couple doit être encouragé

Si la femme est vue en travail, il faut proposer un test et prélever, le counseling devra être approfondi en post- partum

Si la femme n'a pas été testée pendant la grossesse, il faut proposer un test dans le suivi post- partum ou lors des consultations de suivi de l'enfant /vaccination.

IV.2.3.Orientation stratégique 3 : Intégration des interventions de PTME aux services de Santé maternelle et infantile.

Les programmes de prévention de l'infection à VIH chez le nourrisson et le jeune enfant offrent l'opportunité d'améliorer les soins de santé de la mère et de l'enfant et de renforcer le système national de santé. L'amélioration de la qualité des services de SMI et l'intégration dans ces services d'une série d'interventions clés pour la PTME visent à assurer que les femmes :

(1) aient un meilleur accès à une prise en charge de qualité, que ce soit en période anténatale, pendant le travail et l'accouchement ou en période postnatale, y compris au conseil et au soutien en matière d'alimentation de l'enfant ;

(2) utilisent les services existants plus souvent et plus tôt au cours de leur grossesse qu'elles ne le font actuellement. *Le PNSR et l'USLS /santé mettront en place un comité technique conjoint pour le suivi de cette intégration qui est un impératif pour le passage à l'échelle de la PTME.*

Recommandations :

Le dépistage du VIH doit être systématiquement offert aux femmes enceintes en CPN ou en maternité en suivant la stratégie de test et conseil à l'initiative du prestataire.

Si la femme n'a pas été testée pendant la grossesse et ou pendant le travail, elle recevra le conseil au dépistage du VIH lors des séances de suivi post partum.

Lors des séances de vaccination, consultation des nourrissons, un counselling de groupe sera offert dans l'objectif de tester les femmes n'ayant pas fait le test pendant la grossesse. Le consentement, écrit ou verbal, doit toujours être recherché.

Les enfants souffrant de malnutrition seront systématiquement testés au VIH après l'obtention d'un consentement de leurs parents

IV.2.4. Orientation stratégique 4 : Intégration des services VIH dans les services de la santé sexuelle et reproductive et vice versa.

Cette orientation stratégique vise l'intégration du conseil PF en post partum dans tous les sites PTME d'une part et l'intégration du conseil au dépistage du VIH chez toutes les femmes bénéficiant des services PF. Les prestataires des structures de prise en charge et ou de traitement ARV seront également formés en PF en vu d'offrir un conseil sur la PF à toutes les femmes sous traitement ARV ou en attente du traitement ARV et de donner et ou référer pour une méthode visant la PF. Il est également recommandé d'intégrer la PTME dans les services de santé reproductive des jeunes, ceci pour préparer la jeunesse à la problématique de la PTME en vue de susciter leur adhésion au dépistage pré-nuptiale et à la gestion de la sexualité dans le contexte du VIH.

Recommandations :

Toutes les femmes reçues dans le service de PF seront systématiquement conseillées pour le dépistage du VIH.

Toutes les femmes séropositives en âge de procréer suivies au niveau des services de prise en charge de l'infection par le VIH recevront un conseil pour la planification familiale en vue d'éviter les grossesses inattendues chez les femmes séropositives

Les jeunes qui fréquentent les centres de santé sexuelle recevront également le conseil au dépistage du VIH.

IV.2.5. Orientation stratégique 5: Usage des antirétroviraux pour la PTME

Pour parvenir à éliminer l'infection à VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants, toutes les femmes qui ont besoin de TAR doivent y avoir accès. Toutes les femmes séropositives ou testées VIH+ en CPN devront bénéficier d'une évaluation clinique et immunologique en vue de décider sur le besoin de traitement ARV,

Si la femme est en indication de traitement, le traitement sera institué au cas contraire si la femme n'est pas en indication, elle prendra les médicaments ARV juste pour la PTME. Les nouveau-nés bénéficieront également des ARV.

La durée ainsi que les molécules à utiliser seront régulièrement fournis dans le document de protocole national en matière de l'utilisation des Antirétroviraux.

L'algorithme actuel validé et diffusé en Janvier 2010 est en annexe et fait parti intégrante de cette politique nationale de la PTME.

Les recommandations qui sont consignées dans le document de protocole national sur le traitement ARV seront suivies dans la mise en œuvre de cette stratégie.

IV.2.6. Orientation stratégique 6 : Pratiques obstétricales à moindre risque.

Les pratiques obstétricales quelque peu traumatiques comme l'amniocentèse, l'usage des forceps ou de la ventouse et la pratique de l'épisiotomie "de routine" peuvent augmenter le risque de contamination et sont à limiter chez les femmes séropositives.

La rupture de la poche des eaux plus de quatre heures avant l'expulsion est associée avec une augmentation de risque de transmission et devrait également être évitée. L'usage systématique du partogramme prévient le travail prolongé et permet de prendre des décisions obstétricales rapides et appropriées.

La césarienne électorive peut réduire de 50% le risque de transmission mère-enfant du VIH mais l'application d'une telle intervention chez toutes les femmes séropositives n'est pas nécessairement appropriée vu les contraintes en ressources humaines, matérielles et financières. La césarienne en "routine" aurait un impact sur le futur obstétrical des populations vivant loin des centres médicaux : toutes les grossesses futures des femmes avec antécédent de césarienne deviennent des grossesses à risque et il n'existe pas de garantie que ces patientes auront accès au service de santé.

Recommandations :

En CPN, éviter si possible l'amniocentèse.

En salle de travail, utiliser systématiquement le partogramme.

Éviter ou laisser pour indication obstétricale stricte les manœuvres suivantes :

La rupture précoce de la poche des eaux

L'usage de la ventouse ou du forceps

L'épisiotomie

Les touchers vaginaux intempestifs

La césarienne n'est réalisée que pour des indications obstétricales.

Effectuer une désinfection vaginale après chaque toucher vaginal.

Prévenir les hémorragies de la délivrance ou le travail prolongé.

IV.2.7.Orientation stratégique 7 : Prise en charge de l'enfant né de mère séropositive

IV.2.7.1.Orientations sur la Prise en charge nutritionnelle de l'enfant né de mère séropositive

L'allaitement au sein augmente de 10 à 20% le risque de transmission mère-enfant du VIH mais d'autre part, dans les situations de ressources limitées, l'alimentation au lait artificiel augmente le risque de morbidité et mortalité liées à la malnutrition, aux maladies infectieuses ou diarrhéiques. Pour préconiser l'allaitement artificiel, il est donc important de balancer ces risques. La décision finale peut être très difficile. La baisse de la charge virale induite par un traitement de type trithérapie diminue le risque de transmission par le lait maternel. L'allaitement protégé est conseillé compte tenu du contexte socio-économique de nos populations avec un risque accru de décès par infections du nourrisson allaité artificiellement.

Recommandations

Dans le contexte burundais, l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois en association à un traitement ARV est recommandé.

Accompagner la mère dans le processus de suivi du Protocole PTME surtout en pré et post partum.

Encourager l'implication du partenaire pour faciliter l'adhésion au protocole PTME

Pour les enfants allaités au sein pendant plus de 6 mois, la mère poursuivra la trithérapie ARV jusqu'au sevrage réel, il est alors clair qu'à partir de six mois, l'alimentation mixte soit possible.

IV.2.7.2.Orientations sur la Prise en charge médicale de l'enfant né de mère séropositive.

Après la naissance, dans les 48 heures, l'enfant reçoit les ARVs tel que préconisé dans le protocole validé et diffusé en janvier 2010 et qui est en annexe.

Tout comme les autres enfants, les enfants nés des mères séropositives suivront le calendrier vaccinal du PEV. Cependant, avant l'administration de chaque vaccin, le prestataire devra examiner l'enfant en vue de la recherche éventuelle des signes d'immunodépression.

A six semaines de la vie, l'enfant sera mis sous Cotrimoxazole pour la prévention primaire des infections opportunistes.

IV.2.7.3. Orientations sur le diagnostic du VIH chez un enfant né de mère séropositive.

Le diagnostic classique du VIH chez l'enfant se base sur la recherche des anticorps anti VIH, test possible à 18 mois suite à l'existence dans le corps de l'enfant, des anticorps anti VIH maternel. Ce retard de diagnostic a longtemps retardé la prise en charge des enfants infectés.

A ce jour, il existe un autre moyen de faire un dépistage précoce en utilisant le prélèvement sur DBS et en faisant l'analyse par PCR. Cette technique permet de détecter le VIH chez un enfant de 6 semaines de vie.

Tous les enfants nés des mères séropositives seront alors prélevés pour DBS/PCR à 6 semaines de vie. L'algorithme à suivre est en annexe et fait parti du document de la présente politique PTME.

RECOMMANDATIONS

Continuer à apporter le support psychosocial (matériel y compris si possible) pour l'alimentation et au besoin référer aux organisations à base communautaire.

Appliquer le calendrier vaccinal.

Instaurer la prophylaxie des infections opportunistes en utilisant du cotrimoxazole.

Prélever l'enfant pour PCR à 6 semaines de vie, à 6 mois puis à 6 semaines après le sevrage afin d'établir un diagnostic précoce et d'intensifier la prise en charge.

Si l'une des analyses PCR revient positif, mettre l'enfant sous ARV sans tarder.

Le diagnostic par la recherche des anticorps à 18 mois et dans tous les cas, au moins 3 mois après la fin de l'allaitement est une nécessité.

Référer les enfants diagnostiqués VIH+ au centre de traitement du VIH/SIDA.

IV.2.8.Orientation stratégique 8 : Normes et Procédures pour le suivi post-partum de la femme.

Le suivi post-partum de la femme séropositive devrait aussi se focaliser sur l'offre du planning familial et le support (ou la référence pour) une prise en charge médicale et psychosociale.

Recommandations :

Offrir une méthode de planification familiale sûre.

Offrir un support médical et psychosocial.

Référer toutes les femmes séropositives à un centre de prise en charge du VIH/SIDA.

Préconiser la pratique systématique des rapports sexuels protégés (condom, préservatifs féminins).

IV.2.9.Orientations Stratégique 9 : Mobilisation sociale en faveur de la PTME

IV.2.9.1.Elaboration des supports /guide IEC pour la mobilisation sociale en faveur de la PTME

Les outils IEC existants portent sur la sensibilisation en général et les messages de la PTME accusent un manque d'harmonisation et de standardisation .L'élaboration de ces outils et matériels IEC /PTME donnera une réponse à ce défis.

IV.2.9.2.Orientations sur l'implication des hommes en faveur de la PTME.

Les évaluations antérieures ont montré que les hommes ne s'impliquent pas assez au programme PTME. Néanmoins, il n'y a pas de données fiables permettant l'adoption des interventions spécifiques. Une étude sur l'implication des hommes est donc recommandée. Les recommandations et les résultats de cette étude seront complémentaires à cette politique.

IV.2.9.3. Orientations sur le renforcement des acteurs de la société civile impliqués dans le programme PTME

Au Burundi, les organisations de la société civile ont joué le rôle de pionnier dans les activités de lutte contre le SIDA en particulier en matière de prise en charge. Le constat est que l'implication des ONGs locales en PTME reste faible. Pour faciliter un passage à l'échelle, l'identification et le renforcement des capacités des ONGs impliquées en PTME sera faite. Ces dernières seront alors des vrais acteurs de sensibilisation communautaire.

IV.2.9.4. Orientation sur l'implication des responsables administratifs à tous les niveaux.

En vue de renforcer la prévention primaire du VIH, il faut renforcer et intensifier les séances d'information pour la population générale sur l'intérêt du dépistage du VIH en impliquant les responsables à tous les niveaux et dans toutes les catégories sociales et professionnelles, Les autorités administratives au plus haut niveau et à la base tacheront à rappeler à la population le combat de lutte contre le VIH/sida en général et la PTME en particulier.

Recommandations :

Encourager la création des organisations communautaires à vocation PTME.

Identifier dans chaque communauté les hommes champions qui sensibiliseront leurs pairs à l'adhésion au programme de la PTME,

Intégrer la dimension de la PTME dans tous les discours des dirigeants,

Assurer la promotion de la consultation prénatale en couple pour faciliter le dépistage du couple,

IV.2.10. Orientations stratégiques 10 : Renforcement et amélioration du Cadre de coordination et de suivi-évaluation des activités PTME.

Les évaluations antérieures de la politique PTME ont relevé des faiblesses importantes en matière de coordination et de suivi-évaluation du Programme PTME. Ces orientations stratégiques vont concerner les aspects suivants :

IV.2.10.1. Renforcement du cadre institutionnel au niveau national pour faciliter la mise en œuvre de cette politique nationale PTME.

Les activités visant la PTME étant à cheval entre le PNSR et USLS/Santé, un comité technique de suivi des activités et de coordination PTME incluant les deux programmes sera mis en place par le Ministère de tutelle. Les termes de références de ce comité technique seront consignés dans le plan opérationnel.

IV.2.10.2.Elaboration d'un plan opérationnel de mise en œuvre de cette politique nationale en matière de la PTME.

Pour mieux se fixer sur les cibles par période, un plan opérationnel de mise œuvre de cette politique sera élaboré.

IV.2.10.3.Elaboration d'un plan action annuel de mise en œuvre de cette politique nationale PTME

Pour mieux se fixer sur les cibles annuelles de mise en œuvre de la politique, un plan d'action annuel sera élaboré au niveau national, intermédiaire, district et périphérique. Le comité technique national, le PNSR et USLS/Santé accompagneront le processus de planification annuel.

Recommandations :

Elaborer les outils standardisés pour un meilleur suivi du programme de la PTME,

Mettre en place un comité technique pour le suivi des activités PTME

Elaborer des plans annuels de travail pour faciliter l'évaluation des activités visant la PTME,

Donner plus de visibilité l'organe de coordination des activités PTME

**V. STRATEGIES DE MISE EN OEUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE
PTME**

Les stratégies suivantes permettront de mettre en œuvre cette politique nationale PTME :

STRATEGIE 1. METTRE EN PLACE UN COMITE TECHNIQUE NATIONAL DE SUIVI DES ACTIVITES PTME

STRATEGIE 2. ELABORER UN PLAN OPERATIONNEL DE LA POLITIQUE ET DES PLANS D'ACTION ANNUELS.

STRATEGIE 3 : PROMOUVOIR LA DECENTRALISATION ET L'INTEGRATION DES SERVICES

Cette stratégie nécessite:

Un plaidoyer et mobilisation de tous les partenaires au tour de cette politique.

Privilégier le processus basé sur l'approche District pour la mise à échelle de la PTME et soins pédiatriques.

Une mobilisation de partenaires pour appuyer techniquement et financièrement les districts dans l'élaboration de leurs plans de mise à échelle au niveau provincial.

La décentralisation de la mise en œuvre de la PTME au niveau de district devra être accompagnée par le développement des capacités, la réallocation des fonds et l'appui intensif en termes de supervision formative.

La supervision soutenue par les équipes cadres des BDS pour l'encadrement et supervision formative des sites PTME en particulier sur la prescription et le suivi des traitements ARV dans le cadre de la délégation des tâches des médecins vers les paramédicaux (task shifting, mentora, tutora).

La mise en œuvre du dépistage de routine du VIH dans les services de santé maternelle et infantile.

STRATEGIE 4 : AMELIORER LA QUALITE ET L'UTILISATION DES SERVICES PTME.

Cette stratégie implique la possibilité d'intégrer dans les services au niveau des centres de santé ayant les services PTME une possibilité d'effectuer l'analyse des CD4, charge virale et d'autres examens paracliniques pour permettre un grand nombre de femmes séropositives sous PTME et leurs partenaires, d'accéder au traitement ARV.

Développer des mécanismes permettant un suivi adéquat de femmes séropositives en PTME et leurs familles au niveau des structures de santé et au niveau communautaire.

Une mobilisation communautaire à travers l'implication des ONGs locales permettra de créer un réseau de sensibilisation communautaire.

STRATEGIE 5 : AMELIORER L'EFFICACITE DES INTERVENTIONS PTME ET DE PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUES.

Renforcer les liens et synergies entre les sites PTME, ARV et d'autres services de santé pour assurer l'accès de femmes enceintes séropositives, femmes séropositives allaitantes et à leurs enfants à la prise en charge globale.

Offrir un paquet complet de soins aux femmes enceintes et leurs familles.

Etablir un système de référence et contre référence de mères vers les différents services.

Initier l'approche familiale en CDV/PTME/ARV pour renforcer le suivi intégré du couple mère et enfant et du partenaire.

Instaurer le système d'accréditation et autres motivations pour les sites PTME modèles pour stimuler la performance et la motivation du staff.

Faire des activités de suivi à base communautaire (visite à domicile, sensibilisation, dialogues communautaires, forum de discussions ...)

Intégrer la prise en charge psychologique des femmes et couples sous PTME (cadre de concertation des affectés et infectés, mise en place de groupe de support et suivi PTME et prise en charge pédiatrique, renforcer la capacité de ces groupes de support à travers les microprojets & assurance maladies, les actions de participation dans le suivi de malades et participation à la mobilisation au niveau communautaire par les PVVIH pairs éducateurs ou des hommes modèle visant à promouvoir la participation des hommes

VI. SUIVI EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE PTME

VI.1. Organisations et fonctionnement des services PTME

VI.1.1. Considérations Générales

La PTME doit être partie intégrante du paquet minimum des soins offerts à la femme enceinte ;

L'offre de la PTME doit être intégrée dans les services de routine comme la consultation prénatale, la maternité, la planification familiale, la consultation des nourrissons, etc.

Comme l'offre de la PTME dépendra du niveau de l'institution médicale qui prend en charge la femme ; la référence à un niveau de santé supérieur doit toujours être envisagée.

Le circuit de référence et contre référence des PVVIH a été récemment actualisé

(Documents de directives de référence et contre références).

VI.2 Minimum Requis

La mise en place de la PTME, quel que soit le niveau de santé considéré, doit prendre en compte (1) la mise à niveau de la structure de santé, (2) l'adaptation du système de suivi et évaluation, ainsi que (3) la mobilisation communautaire.

La mise à niveau de la structure de santé :

Ressources humaines : l'introduction de la PTME augmente de façon importante la charge de travail, essentiellement à cause du conseil et dépistage. Il est important de renforcer quantitativement et qualitativement les équipes.

Espace de travail : les conditions de l'environnement doivent être en mesure d'accommoder la charge de travail supplémentaire : avec la PTME. Il faut agrandir/adapter la salle d'attente, augmenter et adapter les locaux d'examen et de conseil pour assurer des délais d'attente raisonnables et garantir une discrétion audio et visuelle.

Le minimum d'équipements et consommables pour les activités de routine ainsi que pour la PTME doivent être en place : exemples : matériel d'IEC (Information Education et Communication) pour les séances d'information, disponibilité des ARV ou des kits de tests VIH.

Mise en place de la PPE : la prophylaxie post exposition doit être disponible. Le paquet doit inclure la conduite à tenir ainsi que les ARV.

Intégration : les procédures décrites ici doivent être intégrées dans les processus/actions de routine des services de santé concernés.

Coordination : pour que les femmes vues et enrôlées dans la PTME en CPN soient suivies de façon appropriée en maternité, il faut que l'information sur leur statut sérologique soit partagé tout en garantissant la confidentialité requise ; un système discret de codification et des rencontres de coordination entre les services doit être mis en place. La coordination entre les différentes formations médicales offrant la PTME doit aussi être mise en place.

Fiches des patientes : la fiche CPN ou de maternité doit être adaptée pour inclure les informations suivantes : "oui ou non" si le conseil pré-test a été fait, "oui ou non" si résultat a été communiqué à la patiente, résultat + ou -, "oui ou non" si un régime ARV a été initié, éventuellement quel régime, la méthode d'alimentation choisie.

L'adaptation du système de suivi et évaluation :

Utilisation des informations collectées : les informations récoltées doivent non seulement être agrégées et analysées mais surtout discutées avec les structures de santé afin de maintenir l'effort d'une perpétuelle amélioration du service offert.

La communication et la mobilisation communautaire :

La sensibilisation de la communauté et le plaidoyer pour l'utilisation de la PTME sont importants car ils diminuent la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, corrigent les mauvaises pratiques et facilitent la tâche des conseillers. Les femmes enceintes se présentent en consultation ou en maternité avec un bon bagage d'information et ne se sentent pas surpris par le test VIH. Tous les canaux et acteurs doivent être utilisés pour passer le message de la PTME : les médias audiovisuels, la presse, les affiches, les travailleurs sociaux, les leaders communautaires et religieux, les spécialistes de l'IEC.

VI.3. LES INDICATEURS CLES POUR LE SUIVI EVALUATION DE LA MISE EN OEUVRE DE LA POLITIQUE NATIONAL

Nombre de structures de soins ayant intégré la PTME dans les services de santé maternelle et infantile.
Pourcentage de couverture des sites PTME par province sanitaire.
Nombre de prestataires formés en PTME et prise en charge pédiatrique.
Nombre de femmes conseillées, testées et ayant récupéré le résultat
Nombre de femmes ayant reçu les ARVS pour la PTME
Nombre de partenaires conseillés et testés et ayant récupéré le résultat
Nombre de femmes recevant le counselling sur l'alimentation de l'enfant dans le contexte du VIH.
Nombre d'enfants nés de mères positives ayant reçu la prophylaxie aux ARVS
Nombre d'enfants recevant le Cotrimoxazole en prophylaxie
Nombre d'enfants nés de mères positives suivis et testés (test rapide à 18mois ou DBS)
Nombre d'enfants testés VIH + sous traitement.

Références bibliographiques

CNLS Burundi, Guide de formation sur la prise en charge des PVVIH, modules de formation à l'intention des prestataires de soins, mars 2005.

Family Health International. Reducing mother-to-child transmission of HIV: A strategic framework. *Washington, DC, June 2001.*

<http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/eau635cfyv45mvwlkmiwrgoimuqs6wgorcb2szmke7iifsrhqrsgzkqiai7rpq2wki5pcszm4xueg/MTCTStrategyFinal.pdf>

MSPLS, Enquête ménage de base pour le suivi et l'évaluation de l'impact de l'appui au système de remboursement du Paquet Minimum des Services de santé (PMS 2009). Rapport Définitif, Juillet 2010

MSP, lettre du Ministre sur la décentralisation de la PEC du VIH , septembre 2009

OMS, nouvelles recommandations : prévenir la transmission mère-enfant, décembre 2009.

UNICEF, enfants du monde, 2009

République du Burundi, Ministère de la Santé Publique, les schémas de traitements ARV au Burundi, mai 2008

République du Burundi, Ministère de la Santé Publique, Politique nationale PTME, 2003

République du Burundi, Ministère de la Santé Publique, la politique nationale d la santé 2005-2015

République du Burundi, Ministère de la Santé Publique, PNDS 2006-2010

République islamique de Mauritanie, Ministère de la santé et des affaires sociales, Prévention de la transmission mère-enfant du VIH, PTME, Politique et recommandations

WHO. *Antiretroviral Drugs For Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants; Guidelines on Care, Treatment and Support for Women living with HIV/AIDS and Their Children in Resource-Constrained Settings*, Geneva, 2004.

<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en/arvdrugswomenguidelinesfinal.pdf>

Annexe

Activités de PTME par niveau de soins

Niveau	Activités
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information/Sensibilisation : mobilisation communautaire (Agents de santé communautaire, leaders communautaires, associations de lutte contre le SIDA,...) ▪ Référence vers les CDS pour les services de PTME
CDS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IEC, ▪ CPN, ▪ CDV, ▪ Prophylaxie ARV ▪ Dosage de l'hémoglobine, ▪ Suivi de la grossesse ▪ Accouchement eutocique ▪ Vaccination ▪ Prélèvement DBS ▪ Suivi du traitement par les ARV
Hôpital de District	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitalisation ▪ Suivi biologique et immunologique
Hôpital provincial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge des I.O compliquées ▪ Examens spécialisés non disponibles à l'hôpital de district

Hôpital régional	<ul style="list-style-type: none">▪ Soins spécialisés non offerts à l'hôpital provincial▪ Examens paracliniques non disponibles à l'hôpital provincial
Hôpital de référence national/INSP	<ul style="list-style-type: none">▪ soins spécialisés▪ Examens paracliniques non disponibles à l'hôpital régional