

# Distribution décentralisée de médicaments au Burundi : Rapport final

## Contexte

Le projet " Meeting Targets and Maintaining Epidemic Control " (EpiC) a reçu des fonds du Headquarters Bridge Funds (HBF) et de la Sustainable Financing Initiative (SFI) de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) pour soutenir la distribution décentralisée de médicaments (DDD) pour la thérapie antirétrovirale (ART) au Burundi. L'initiative EpiC DDD a été mise en œuvre en coordination avec le Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS/IST) du Burundi et d'autres programmes dans le pays, soutenus par le Plan d'Urgence du Président américain pour la lutte contre le Sida (PEPFAR) (c'est-à-dire, Reaching an AIDS-Free Generation [RAFG] ; Reaching Impact, Saturation and Epidemic Control [RISE] ; et Population Services International [PSI]/U.S. Department of Defense [DOD]) afin de décongestionner les structures sanitaires et d'améliorer la continuité des traitements pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Les activités de la DDD ont été conçues pour soutenir les programmes du PEPFAR afin d'élargir l'accès au traitement par l'intensification du modèle des points de distribution communautaire du TAR (PODI).

Le Burundi a adopté le modèle PODI dans ses directives nationales en 2016 et a approuvé la distribution des antirétroviraux (ARV) par PODI en 2020. Dans le contexte de COVID-19, le PNLS / IST a également élaboré un plan de mise à l'échelle de la distribution multi mensuelle (MMD) d'urgence en mai 2020 pour offrir une MMD de trois mois (3-MMD) aux clients stables et instables sous TAR, y compris les enfants et les femmes enceintes et allaitantes. En collaboration avec les partenaires d'exécution (PEPFAR), l'équipe EpiC a soutenu les établissements pour augmenter le nombre de PODI et de clients inscrits pour recevoir la MMD grâce à ce modèle. L'initiative a également soutenu le développement de systèmes d'information pour saisir les données afin d'améliorer les soins aux clients et de documenter les processus, les résultats et les leçons apprises afin d'informer la mise à l'échelle nationale.

## Modèle PODI

Pour former un PODI, les prestataires de soins de santé invitent les PVVIH qui résident dans la même région à se réunir dans leur établissement pour recevoir des informations sur le modèle PODI. Un groupe PODI peut alors être créé parmi ceux qui décident de s'inscrire. Chaque PODI

*EpiC est un accord de coopération mondial dédié à la réalisation et au maintien du contrôle de l'épidémie de VIH. Il est dirigé par FHI 360 avec les principaux partenaires Right to Care, Palladium International, Population Services International (PSI) et Gobe Group. Pour plus d'informations sur EpiC, y compris les domaines dans lesquels nous offrons une assistance technique, cliquez [ici](#).*

est dirigé par une personne vivant avec le VIH choisie par les membres du groupe. Le rôle du leader du PODI est de coordonner le groupe, de décider du lieu de renouvellement, d'aller chercher les médicaments à l'établissement de santé au nom des membres du groupe, de distribuer le paquet d'ARV à chaque membre au lieu de réunion spécifié, de faire un rapport à la structure sanitaire sur ceux qui ont reçu leurs recharges, et de retourner tous les ARV non distribués aux structures sanitaires dans les 48 heures. Les prestataires de santé sont chargés d'emballer les médicaments nécessaires pour chaque groupe PODI, de les distribuer au responsable PODI, et de s'assurer que le responsable PODI rende compte s'il a pu distribuer tous les ARV et retourne tous les ARV non distribués. Les membres du PODI peuvent également recevoir de l'isoniazide et du co-trimoxazole pour le traitement préventif de la tuberculose dans leur trousse à pharmacie. Au cours des réunions, les responsables du PODI organisent des séances de counseling sur l'observance, rappellent les tests de charge virale (VL) et facilitent les discussions sur des sujets tels que les activités génératrices de revenus.

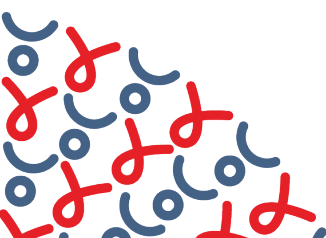
## Réalisations clés

D'août 2020 à avril 2021, l'initiative EpiC DDD au Burundi a mis en œuvre les activités énumérées dans le tableau 1.

**Tableau 1. Activités clés mises en œuvre entre août 2020 et avril 2021**

Août – Septembre 2020	Octobre 2020	Novembre – Décembre 2020	Janvier – Mars 2021	Mars 2021	Avril 2021
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réalisation de l'évaluation de base de PODI</li> <li>▪ Conception et développement des outils et du matériel PODI</li> <li>▪ Sélection de deux provinces et planification d'un projet pilote</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Validation des outils PODI</li> <li>▪ Mise en œuvre initiée à Gitega et Bujumbura City</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutien à la mise en œuvre de PODI dans les deux provinces</li> <li>▪ Distribution d'outils et de matériel PODI aux chefs PODI (sac, parapluie, registre, stylo, savons, masques).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déploiement de PODI dans huit provinces supplémentaires</li> <li>▪ Soutien aux partenaires d'exécution pour la mise en œuvre de PODI dans leurs zones d'appui.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discussion sur l'utilisation potentielle de l'application DDD pour les PODI.</li> <li>▪ Transfert des activités DDD vers les partenaires de mise en œuvre cliniques actuels.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuite du transfert des activités DDD vers les partenaires de mise en œuvre cliniques actuels.</li> <li>▪ Préparer le rapport final des activités de la DDD</li> </ul>

Sous la direction du PNLIS et des districts sanitaires, l'initiative DDD a soutenu des sessions de formation pour 247 prestataires de santé et 826 responsables de PODI. Fin avril 2021, 740 PODI avaient été créés dans 10 provinces et 7 803 PVVIH s'étaient inscrites au modèle PODI. Les activités de DDD ont continué à être étendues à d'autres provinces et étaient disponibles dans 10 des 18 provinces, notamment Bujumbura Mairie, Bujumbura Rural, Gitega, Kirundo, Mwaro, Bururi, Rutana, Rumonge, Muramuya et Makamba (voir Figure 1). Dans chaque province, des séances d'orientation ont été organisées pour les principales parties prenantes, notamment



l'équipe de santé du district, les prestataires de santé et les responsables de PODI. EpiC a aidé les établissements à mettre en place de nouveaux PODI dans leurs zones de desserte, à augmenter le nombre de bénéficiaires dans chaque PODI et à distribuer le TAR par le biais des PODI.

### IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES

L'équipe EpiC a impliqué les principales parties prenantes à toutes les étapes des activités de la DDD. Avant le lancement des activités, l'USAID / Burundi a approuvé l'étendue des travaux, qui a été présentée au PNLS / IST. Avec l'assistance technique (AT) d'EpiC, le PNLS / IST a dirigé les activités de la DDD, y compris l'évaluation de base, la conception des outils de la DDD, la mise en œuvre du modèle PODI et l'extension des activités à d'autres provinces. Les partenaires d'exécution du PEPFAR ont également été engagés et ont participé à la mise en œuvre du PODI dans les provinces qu'ils soutiennent. Chaque partenaire d'exécution a collaboré avec les équipes des districts sanitaires respectifs, les établissements de santé et les dirigeants communautaires pendant la mise en œuvre.

Les dirigeants des réseaux de PVVIH ont été sensibilisés à la DDD, et plus particulièrement au modèle PODI, et ont été impliqués dans la sensibilisation et la mobilisation de leurs membres pour l'inscription aux PODI. Des réunions bihebdomadaires avec USAID / Burundi, RAFG et RISE ont été organisées pour suivre et coordonner la mise en œuvre en cours. En outre, sous la coordination du PNLS, des réunions ont été organisées avec d'autres parties prenantes, notamment l'Organisation mondiale de la santé, le Fonds mondial et la Croix-Rouge, pour partager les leçons apprises et les pratiques prometteuses et discuter des défis et des améliorations à apporter aux approches de mise en œuvre. Au cours de ces réunions, l'équipe DDD d'EpiC a plaidé pour la diversification des modèles de DDD afin d'offrir des options supplémentaires aux clients, en particulier ceux des zones urbaines où les PODI ne sont pas aussi populaires ou pratiques.

### ÉVALUATION DE BASE

Gitega et Bujumbura City, deux provinces qui comptent 48 % des PVVIH au Burundi, ont été sélectionnées pour l'évaluation rapide du paysage afin de comprendre comment le modèle PODI était mis en œuvre. Vingt et un sites à fort volume ont été sélectionnés, composés de sites comptant 300 clients ou plus à Bujumbura City et 200 clients ou plus à Gitega.

**Figure 1. Carte des provinces dans lesquelles EpiC a mis en œuvre le modèle PODI**



L'évaluation rapide a été menée en août 2020 et visait à évaluer l'état d'avancement de la mise en œuvre du modèle PODI, l'acceptation / l'adhésion à l'approche PODI parmi les bénéficiaires, l'engagement des établissements et des prestataires de santé dans le processus, la prestation de services au sein des PODI, ainsi que les outils et matériels nationaux de prestation de services différenciés (DSD) existants qui pourraient être adaptés aux PODI.

### Constatations

Dans les 14 sites évalués, seuls 766 clients (8% des 15 016 sous traitement) étaient inscrits dans les 82 PODI existants. Le taux d'inscription dans les PODI était plus élevé à Gitega, une zone rurale (15 % dans l'ensemble, mais plus élevé dans certains établissements, notamment à Kibimba [31 %], Mutaho [55 %] et Mutoyi [60 %]), qu'à Bujumbura City (5 %), une zone urbaine. Dans les zones rurales, le principal obstacle à l'accès au traitement était la longue distance à parcourir pour se rendre à l'établissement, ce à quoi s'attaque le modèle PODI. Dans les zones urbaines, les transports sont facilement accessibles aux PVVIH pour se rendre dans les établissements de santé, et la distance n'est pas un problème majeur. Les participants ont également exprimé leur inquiétude quant à la stigmatisation de la prise de médicaments dans la communauté.

Les réunions des PODI et le ramassage des ART ont eu lieu au domicile du responsable PODI ou d'un autre membre de PODI, dans des églises ou des écoles voisines. Au cours des réunions, le chef du PODI distribuait des ARV à chaque membre du groupe et faisait un rapport à l'établissement. Dans 11 des 14 sites (78%) évalués, les PODI ont également mené des activités d'association villageoise d'épargne et de prêt (VSLA).

Autres résultats clés :

- Certains établissements à fort volume (CPAMP / HPRC, Centre SOS et CDS Mushasha) n'avaient pas de PODI.
- Quatre des six établissements qui desservaient des populations clés (PC) ont inscrit des personnes PC dans des PODI.
- Dans les sites disposant de PODI fonctionnels, les clients ont demandé certains services supplémentaires, notamment des séances d'éducation thérapeutique (66%) et des services de dépistage de la charge virale (54%) dans lesquels des échantillons de sang étaient prélevés et les résultats rendus lors des réunions de PODI.
- Un besoin a été exprimé pour la standardisation du modèle PODI afin de guider tous les partenaires pendant la mise en œuvre, y compris le développement d'outils et de matériels PODI standardisés.

## ASSISTANCE TECHNIQUE ET CRÉATION DE LA DEMANDE

Une assistance technique a été fournie pour harmoniser et normaliser les étapes de mise en œuvre du modèle PODI et le système de communication des données. Des formations, des orientations et des séances de sensibilisation ont été organisées pour les parties prenantes impliquées dans le modèle PODI, y compris les équipes sanitaires de district, les prestataires de soins de santé et les responsables PODI communautaires. Les sessions étaient axées sur les critères d'éligibilité pour l'inscription au PODI, les avantages du modèle, le fonctionnement du PODI, les rôles et responsabilités des responsables du PODI et l'utilisation des outils de collecte et de suivi des données. Un guide de mise en œuvre des procédures opérationnelles standard (POS) a été élaboré, et les outils de reporting DSD ont été adaptés au modèle PODI.

Des réseaux de PVVIH et d'agents de santé communautaires ont été mobilisés pour créer la demande, communiquer les avantages du modèle PODI à leurs pairs et encourager leur participation au modèle. Les prestataires de santé ont été engagés pour aider à identifier les participants éligibles, fournir du counseling sur les avantages du modèle PODI, inscrire les clients stables et mettre en place des groupes PODI.

## Principaux résultats

Quatre indicateurs et objectifs personnalisés du DDD ont été fixés pour le Burundi, et tous ont été atteints (tableau 2).

**Tableau 2. Objectifs et réalisations en mars et avril 2021**

Indicateurs	Objectifs pour mars 2021	Réalisation jusqu'en mars 2021	Réalisation jusqu'en mars 2021 (%)	Réalisation à ce jour (Avril 2021) (%)	
DDD_HF : Nombre d'établissements de santé / sites autonomes à partir desquels les clients sont transférés vers des points de collecte de DDD (PuP) ou d'autres modalités de DDD pour les ARV pour le traitement et / ou la PrEP	50	54	108%	128%	
Nombre de PuP de DDD et d'autres modalités de DDD fournissant des ARV et de la PrEP aux clients transférés des établissements de santé	469	541	115%	139%	
TX_CURR_DDD : Nombre d'adultes et d'enfants ayant actuellement accès aux ARV par le biais des PuP de la DDD ou d'autres modalités de la DDD	4698	5760	123%	167%	
Nombre de personnes formées / recyclées en DDD	Travailleurs de la santé	100	247	247%	247%
	Responsables des PODI	900	826	92%	92%

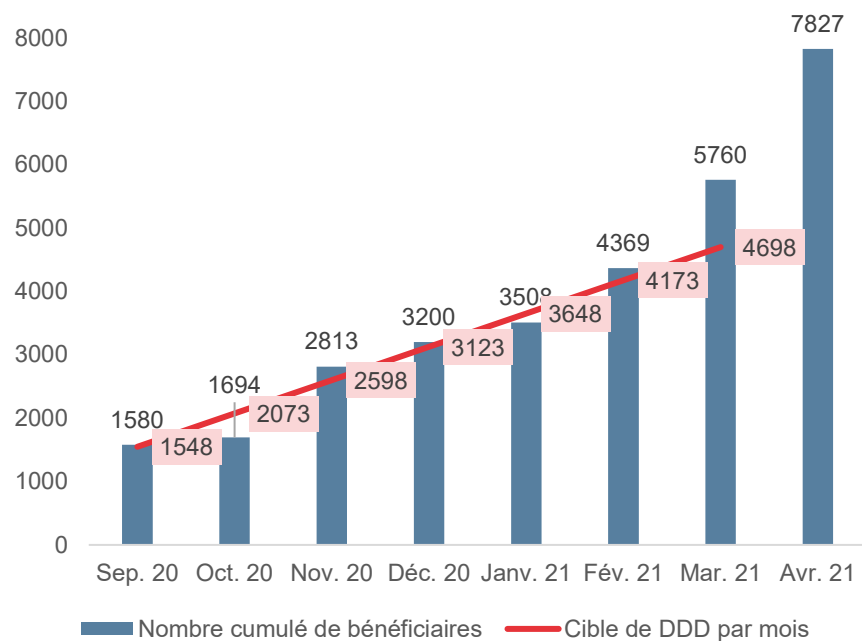
Les indicateurs ont été régulièrement suivis pendant la mise en œuvre des activités. Les objectifs ont été atteints grâce à une collaboration étroite avec les partenaires d'exécution de PEPFAR existantes dans chaque province et le leadership du PNLS.

Le nombre de PVVIH inscrites au modèle PODI a augmenté régulièrement de septembre 2020 à avril 2021 (Figure 2), ainsi que le nombre de PODI établis (Figure 3). À la fin de l'initiative EpiC DDD, le modèle PODI était mis en œuvre dans les établissements à fort volume (ceux comptant plus de 100 clients sous TAR) dans 10 des 18 provinces.

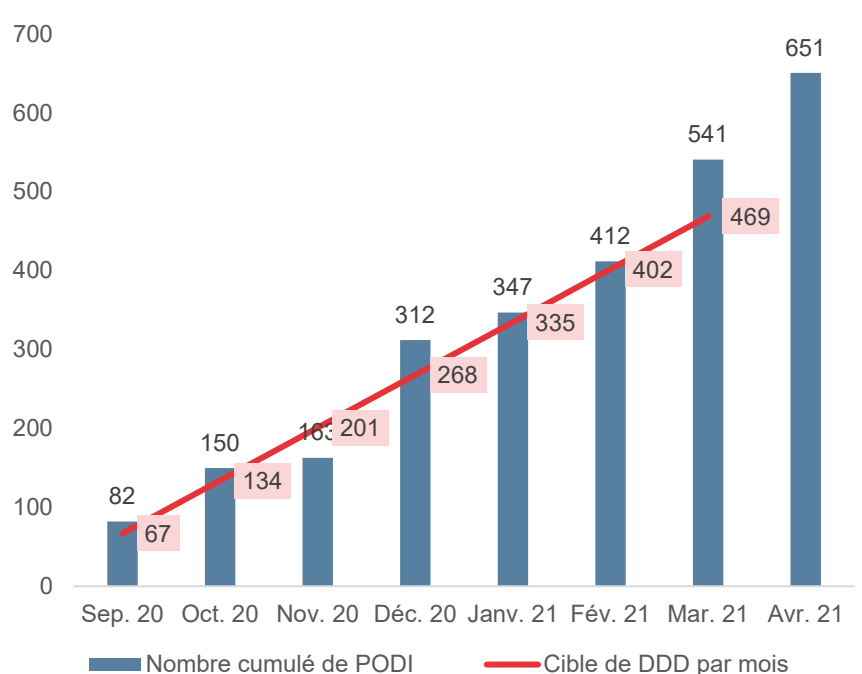
Le nombre cible de bénéficiaires à inscrire d'ici mars 2021 était de 4 698 PVVIH, alors que le projet a inscrit 5 760 PVVIH (123 % de l'objectif) à cette date (Figure 2).

Le nombre cible de PODI à établir d'ici mars 2021 était de 469, et le projet en a établi 541 (139% de l'objectif) (Figure 3). L'installation et l'inscription des PODI ont continué à augmenter jusqu'en avril 2021 (Tableau 3).

**Figure 2. Nombre cumulé de bénéficiaires de PODI par mois**



**Figure 3. Nombre cumulé de PODI établis par mois**



**Tableau 3. Mise à l'échelle des PODI par province d'octobre 2020 à avril 2021**

Province	TX_CURR en février 2021	PVVIH stables	Nombre de PODI établis	Nombre de bénéficiaires de PODI	% de clients PVVIH stables inscrits dans des PODI
Bujumbura	1,878	1,329	28	461	35%
Bujumbura Mairie	21,040	14,010	132	2,164	15%
Bururi	1,710	1,110	22	150	14%
Muramvya	1,098	958	26	223	23%
Makamba	2,171	1,444	11	290	20%
Gitega	6,484	5,211	240	2,468	47%
Kirundo	6,354	4,042	98	1246	31%
Mwaro	967	739	17	141	19%
Rumonge	1,566	961	37	255	27%
Rutana	1,106	815	40	429	53%
<b>Total</b>	<b>44,374</b>	<b>30,619</b>	<b>651</b>	<b>7,827</b>	<b>26%</b>

### Enseignements tirés et recommandations

Les expériences de mise en œuvre et les enseignements tirés ont été continuellement documentés tout au long de l'initiative et ont été partagés avec toutes les structures impliquées dans l'extension de DDD par le biais de visites et de réunions régulières d'assistance technique. Les défis rencontrés et les stratégies proposées pour les résoudre sont résumés dans le tableau 4.

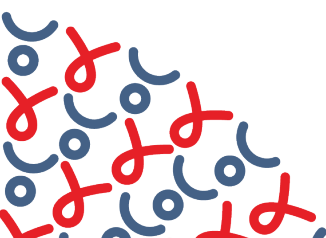
Les principaux enseignements et recommandations tirés de l'initiative EpiC DDD au Burundi sont les suivants :

- L'engagement et la coordination avec les parties prenantes sous la direction du PNLS dès le début du processus ont permis une plus grande adhésion de toutes les parties prenantes tout au long de la mise en œuvre.
- Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, les approches de DSD, en particulier la DDD par le biais des PODI, ont offert une valeur ajoutée en limitant les contacts entre les PVVIH et les prestataires de santé et ont facilité la décongestion des sites à fort volume, réduisant potentiellement le risque de transmission de la COVID-19 dans les établissements.
- L'intégration de témoignages de bénéficiaires des PODI a contribué à créer une demande d'inscription au PODI dans d'autres provinces.

- Le fait que les leaders des PODI aient pris l'initiative de sensibiliser et d'encourager leurs pairs au sein de la communauté a permis d'améliorer l'inscription des bénéficiaires aux PODI.
- L'implication des travailleurs de la santé tout au long du processus d'établissement des PODI - y compris dans la programmation des rendez-vous de renouvellement, l'utilisation des outils DDD existants et le mentorat des PODI existants dans la communauté - a été déterminante pour le succès du modèle. Les établissements de santé où l'engagement des prestataires était moindre ou, où ils étaient plus réticents ont enregistré des taux d'inscription plus faibles.
- Une fois que le PODI fonctionne bien, elle peut être utilisée pour la collecte d'échantillons de charge virale et le retour des résultats.

**Tableau 4. Défis et solutions du modèle PODI**

	Niveau individuel	Niveau communautaire	Niveau du système de santé
<b>Défis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stigmatisation et peur d'être identifié comme une personne vivant avec le VIH si la distribution se fait dans la communauté.</li> <li>▪ Faible taux d'inscription au modèle PODI chez les adolescents.</li> <li>▪ Faible taux d'inscription au modèle PODI en milieu urbain.</li> <li>▪ Parmi les PVVIH, la peur d'être déconnecté de l'établissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les agents communautaires n'étaient pas suffisamment impliqués par les agents de santé, mais les agents communautaires étaient une force nécessaire pour atteindre les PVVIH dans la communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un seul modèle de DSD est approuvé par les directives nationales actuelles.</li> <li>▪ Certains sites / agents de santé étaient réticents, car ils se sentaient déconnectés de leurs clients.</li> <li>▪ Les outils de suivi et les procédures opérationnelles standard étaient en cours d'élaboration au début de la mise en œuvre, et leur finalisation a pris du temps, ce qui a eu un impact sur le déploiement des PODI.</li> <li>▪ Les outils de la plateforme nationale (DHIS2 et SIDA Info) n'incluaient pas encore la composante DSD.</li> </ul>
<b>Stratégies à mettre en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Continuer à sensibiliser les PVVIH à l'adhésion aux PODI en soulignant leurs avantages et leur valeur ajoutée.</li> <li>▪ Proposer d'autres types de modèles de DSD : cliniques de week-end pour les adolescents, modèle de pharmacie privée pour les milieux urbains et groupes de TAR en établissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Former les travailleurs communautaires et les impliquer dans la sensibilisation et l'engagement des personnes vivant avec le VIH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibiliser et former les agents de santé à l'approche DDD.</li> <li>▪ Diversifier les modèles de DSD.</li> <li>▪ Standardiser les outils de DSD et les adopter comme outils nationaux (DHIS2, EMR national [logiciel SIDA Info]).</li> </ul>





## Plan de transition

Avant que le soutien d'EpiC aux activités de DDD ne prenne fin en mars 2021, un plan de transition comprenant les activités clés, le calendrier d'achèvement et les projets / partenaires d'exécution responsables de chaque activité a été élaboré pour maintenir les activités de DDD dans le cadre des programmes PEPFAR actuels au Burundi (Tableau 5).

**Tableau 5. Plan de transition pour la poursuite de la mise en œuvre de la DDD au Burundi au-delà de la période d'appui d'EpiC Burundi**

Activités	Résultat attendu	Responsable
Organiser un atelier avec le PNLS / IST et les partenaires d'exécution pour partager les progrès et les résultats du modèle DDD	Engagement de toutes les parties prenantes à poursuivre la mise à l'échelle du modèle DDD dans les provinces restantes.	FHI 360
Diffuser le guide de mise en œuvre des POS et les outils standard développés et validés par le PNLS / IST et les partenaires d'exécution aux nouveaux sites engagés dans le DDD	Diffusion des outils et du matériel de DDD dans les nouveaux sites engagés dans le DDD	PNLS, EpiC, RISE, PSI, RAFG
Étendre le modèle PODI à d'autres sites à fort volume dans les provinces soutenues par RAFG, RISE, PSI et EpiC Burundi	Mise en place de PODI dans des établissements ayant un volume élevé de PVVIH dans d'autres sites et provinces	RAFG, RISE, PSI
Continuer à soutenir les établissements de santé pour mettre en œuvre le modèle PODI (par exemple, visites sur site, supervision)	Mise en œuvre continue du modèle PODI dans les sites où des PODI ont été établis	RAFG, RISE, PSI
Continuer à fournir une assistance technique, un encadrement et un suivi aux groupes PODI existants	Les groupes PODI existants restent fonctionnels et bien soutenus	RAFG, RISE, PSI
Étendre le modèle PODI aux patients clés	Tous les centres d'accueil existants doivent devenir des points de distribution des traitements antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH	EpiC
Évaluation des résultats cliniques de la DDD (continuité du traitement et suppression de la charge virale)	Évaluation et diffusion des résultats cliniques de la DDD pour les sites mettant en œuvre le modèle PODI pendant 12 mois ou plus.	RAFG, RISE, EpiC, PSI

*Ce rapport est rendu possible grâce au généreux soutien du peuple américain à travers l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et le Plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida (PEPFAR). Le contenu est la responsabilité de FHI 360 et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID, du PEPFAR ou du gouvernement des États-Unis.*