

REPUBLIQUE DU BURUNDI



**MINISTERE DE LA SANTÉ
PUBLIQUE**

**Plan Stratégique National de Lutte Contre le
Paludisme 2026-2030**

Mai 2026



PRÉFACE

Le Ministère de la Santé Publique a initié et mis en œuvre avec l'appui des partenaires au cours de l'année 2025, la revue à mi-parcours des performances du Programme National de Lutte contre le Paludisme, à l'échéance de son plan stratégique de 5^{ème} génération (2021-2027). Cette revue a permis d'identifier les progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme au cours de la période 2021-2025, les facteurs favorables et défavorables qui influencent la lutte contre le paludisme dans le pays. Les constats, conclusions et recommandations issues de ce processus ont servi de base à l'élaboration du présent plan stratégique de 6^{ème} génération 2026-2030 en conformité avec le Plan Stratégique mondial de lutte contre le paludisme 2016-2030 et le Plan National de Développement sanitaire 2020-2027 du Burundi.

Ce Plan Stratégique National de 6^{ème} génération comporte sept (7) axes stratégiques à savoir : (i) le renforcement des capacités institutionnelles du programme ; (ii) l'Amélioration de la gestion des approvisionnements et des Stocks ; (iii) la consolidation du cadre de prévention ; (iv) le renforcement du cadre de prise en charge ; (v) le renforcement du cadre de communication ; (vi) l'amélioration de la surveillance et de la riposte ; (vii) l'amélioration du cadre de suivi-évaluation et recherche opérationnel.

Le présent Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2026-2030 est le fruit de l'engagement conjoint du Gouvernement du Burundi, des partenaires au développement, des services techniques du ministère en charge de la santé et des acteurs de terrain. Il constitue un cadre de référence définissant les orientations stratégiques, les modalités de mise en œuvre et les ressources nécessaires pour renforcer la lutte contre le paludisme au cours des cinq prochaines années. Il constitue en outre un document de plaidoyer à l'adoption des interventions innovantes et de mobilisation des ressources pour l'atteinte des objectifs ambitieux que le Burundi s'est fixé pour la période 2026-2030.

Le Gouvernement du Burundi appelle l'ensemble des parties prenantes à s'approprier de ce plan et à harmoniser leurs interventions afin de garantir une mise en œuvre efficace et durable des stratégies retenues, en vue d'atteindre l'objectif d'un Burundi sans décès lié au paludisme d'ici 2030.

Au nom du Gouvernement du Burundi et du Ministère de la Santé Publique, nous adressons nos sincères remerciements à l'ensemble des partenaires techniques et financiers, aux cadres du système de santé ainsi qu'à tous les acteurs engagés dans la lutte contre le paludisme, dont les contributions précieuses ont permis l'élaboration de ce Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2026-2030, au service d'un Burundi sans paludisme.

Le Ministre de la Santé Publique

Dr Fidèle NKEZABAHIZI



Table des matières

PRÉFACE	i
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	v
RÉSUMÉ.....	vii
CHAPITRE I : CONTEXTE DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME.....	1
I.1. Contexte et justification	1
I.2. Situation géographique du Burundi	2
I.3. Situation Démographique du Burundi	3
I.4. Écosystème, environnement, transmission du paludisme	3
I.5. Climat et Santé.....	4
I.5.1. Contexte	4
I.5.2. Interactions entre changement climatique et paludisme	5
I.5.3. Vulnérabilités locales et implications pour la riposte nationale	5
I.6. Caractéristiques socio-économiques	7
I.7. Système national de santé et lutte contre le paludisme.....	8
I.7.1. Réforme administrative et organisation du secteur de la santé.....	8
I.7.2. Organisation du système de santé	9
I.8. Financement de la lutte contre le paludisme.....	12
I.9. Collaboration et coordination	13
CHAPITRE II : SITUATION NATIONALE DU PALUDISME	14
II.1. Situation du paludisme au Burundi	14
II.1.1. Épidémiologie du paludisme	14
II.1.2. Évolution de la morbidité et la mortalité du Paludisme	16
II.1.3. Parasites responsables du paludisme et vecteurs du paludisme	18
II.1.4. Évolution du profil entomologique.....	19
II.2. Performance du programme durant les cinq années du PSN.....	22
II.2.1. Niveau d'atteinte des Objectifs du PSN 2021-2027	22
II.2.2. Performance de la mise en œuvre des plans d'actions annuels	23
II.2.3. Performance de la gestion du programme	23
II.2.4. Performance de la gestion des achats et du stock (GAS)	24
II.2.5. Performance de la Consolidation du cadre de prévention avec trois domaines des prestations (MII, PID et TPIg)	24
II.2.6. Performance de la prise en charge	25
II.2.7. Performance de l'amélioration des services offerts aux populations clés	25
II.2.8. Performance de l'amélioration de la surveillance	25

II.2.9. Amélioration du cadre de suivi-évaluation et recherche sur le paludisme	25
II.2.10. Niveau d'atteinte des indicateurs du cadre performance	26
II.3. Analyse des FFOM de la mise en œuvre de la lutte antivectorielle	27
II.3.1. Renforcement des Capacités institutionnelles du programme	27
II.3.2. Consolidation du cadre de prévention	28
II.3.3. Prise en Charge des cas	30
II.3.4. Gestion des Achats et des Stocks	31
II.3.5. Renforcement du cadre de communication	32
CHAPITRE III : CADRE STRATÉGIQUE DU PSN	37
III.1. Vision du Programme	37
III.2. Mission du Programme	37
III.3. Défis du plan stratégique	37
III.4. Principes directeurs	38
III.5. Enjeux	38
III.6. Objectifs	39
III.6.1. Objectifs globaux	39
III.6.2. Objectifs spécifiques	39
III.6.3. Axes stratégiques	40
III.6.4. Principales priorités et stratégies de lutte	42
III.6.5. Description des stratégies de lutte par domaine d'interventions	43
CHAPITRE IV : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PSN	64
IV.1. Administration et Gestion du Plan Stratégique	64
IV.2. Mécanismes de coordination	64
IV.3. Budget et Plan de mobilisation des ressources	65
IV.3.1. Résumé du budget du PSN 2026-2030	65
IV.3.2. Plan de mobilisation de ressources	67
CHAPITRE V : CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION DU PSN	69
V.1. Système d'Information Sanitaire de Routine	70
V.2. Cadre de Suivi-Évaluation	71
V.3. Suivi des données de routine	71
V.4. Évaluation des effets et impact des interventions	72
V.5. Cadre de performance	73
V.6. Dissémination et utilisation des informations sur le paludisme	84
BIBLIOGRAPHIE	86
ANNEXE	89
ANNEXE : Plan de mise en œuvre sur les trois ans	89

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Sources de financements de la lutte contre le paludisme 2021-2025 (en Fbu)	12
Tableau 2: Taux de Mobilisation et d'absorption des ressources financières 2021-2025	12
Tableau 3: Analyse des carences de financement en 2021-2025	13
Tableau 4: Évolution des cas et des décès liés au paludisme présumé par tranche d'âge 2021-2024	16
Tableau 5: Taux d'inoculation Entomologique observé dans les sites sentinelles	19
Tableau 6: Priorisation des tests de sensibilité	20
Tableau 7: Susceptibility of An. gambiae s.l. to Insecticides (2023)	21
Tableau 8: Taux de réalisation des activités par axe stratégique	22
Tableau 9: Performance de la mise en œuvre physique des activités des PAA, 2021- 2025 .	23
Tableau 10: Évolution des indicateurs du cadre de Performance 2021 à 2025	26
Tableau 11: Résumé du budget par Axe Stratégique	65
Tableau 12: Cadre de Performance du PSN 2026-2030	74

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Nombre de cas confirmés de paludisme au Burundi pour la période 2016-25 (moyenne à gauche) et pour 2025 (droite)	6
Figure 2: Illustration de zones d'impacts des inondations en 2024 (impacts agrégés)	7
Figure 3: Ancien et nouveau découpage administratif	9
Figure 4: Stratification du paludisme au Burundi	15
Figure 5: Stratification du paludisme au Burundi Chez les moins de 5 ans	16
Figure 6: Évolution de l'incidence du paludisme présumé dans la population générale, chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans de 2021 à 2024 au Burundi	16
Figure 7: Taux de mortalité lié au paludisme pour 100 000 habitants de 2021 à 2024	17
Figure 8: Létalité hospitalière attribuable au paludisme de 2021 à 2024	17
Figure 9: Répartition spécifique des moustiques anophèles par site sentinelle	19
Figure 10: Résumé du budget par domaine de prestation de service et par année	66

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACT	Combinaison Thérapeutique à base de dérivé d'Artémésinine
AQ	Amodiaquine
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
AOI	Appel d'Offres International
ASC	Agent de Santé Communautaire
BM	Banque Mondiale
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCM	Commission nationale de Coordination du Fonds Mondial
CSC	Changement Social et Comportemental
CRS	Catholic Relief Services
CSE	Centre de la Surveillance Epidémiologique
CIP	Communication Interpersonnelle
CPN	Consultation prénatale
CDS	Centre de Santé
CU	Couverture Universelle
DDT	Dichloro-Diphényl-Trichloro-Ethane
DGSP	Direction Générale de la Santé Publique
DPSP	Direction provinciale de la Santé Publique
DLM	Direction de Lutte contre la Maladie
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSNIS	Direction du Système National d'Information Sanitaire
FM	Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDSN/MICS	Enquête démographique et de santé et à Indicateurs multiples
ENP	Enquête Nationale sur le Paludisme
FM	Fonds Mondial
GAS	Gestion des Approvisionnements et des Stocks
GAVI	Alliance Mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation
GRH	Gestion des Ressources Humaines
GE	Goutte Épaisse
IEC	Information, Education ,Communication
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
Kdr	Knock down resistant
LAL	Lutte anti Larvaire
LAV	Lutte AntiVectorielle
LMTC	Projet de Lutte contre les Maladies Transmissibles et Carentielles
MAPR	La Mission d'Assainissement de la Plaine de la Rusizi
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MCD	Médecin Chef de District
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide

MICS	Enquête par grappe à indicateurs multiples
MIS	Enquête sur les indicateurs du paludisme
MSP	Ministère de la Santé Publique
OCB	Organisation Communautaire de Base
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PECADOM	Prise en Charge à Domicile
PEC	Prise En Charge
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PAA	Plan d'Action Annuel
PIB	Produit Intérieur Brut
PID	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PD	Partenaires au Développement
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	Ressources Humaines
RPP	Revue des Programmes du Paludisme
RS	Recherche Scientifique
RBM	Roll Back Malaria
RO	Recherche Opérationnelle
RPP/RMP	Revue du Programme Paludisme /Revue à mi-parcours
SE	Suivi Evaluation
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SNU	Système des Nations Unies
SNIS	Système National de l'Information Sanitaire
SP	SulfadoxinePyriméthamine
SIMR	Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte
SSP	Soins de Santé Primaires
TET	Test d'Efficacité Therapeutique
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TDR	Test de Diagnostic Rapide
UNICEF	Fonds de Nations Unies pour L'Enfance
USAID	Agence des États Unis d'Amérique pour le Développement International
WHOPES	World Health Organization Pesticides Evaluation Scheme

RÉSUMÉ

Le paludisme demeure le défi majeur de santé publique au Burundi, se classant comme la première cause de morbidité avec une incidence de 458,3 pour 1000 habitants en 2024 selon la Direction du Système National de l'Information Sanitaire (DSNIS). Cette pathologie monopolise plus d'un quart (25,4%) des consultations médicales et engendre 13,2% des décès hospitaliers, malgré un taux de létalité maintenu à 0,9%. Face à ce fardeau, le pays a intensifié ses interventions au cours du cycle 2021-2025, notamment par des campagnes de distribution de masse de moustiquaires imprégnées (2022 et 2025), le renforcement de la prise en charge des cas selon les directives nationales (clinique et communautaire), la mise à échelle du traitement préventif intermittent (TPI) chez la femme enceinte et l'introduction innovante de la chimioprévention pérenne (CPP) chez les enfants de moins de 5 ans en décembre 2024. Ces efforts, complétés par une surveillance entomologique accrue et une riposte proactive aux flambées épidémiques, témoignent d'un engagement constant du gouvernement et de ses partenaires.

Sur le plan de la performance et du financement, l'État et les partenaires du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) ont mobilisé des ressources selon leurs avantages comparatifs respectifs. Pour la période 2021-2025, le financement prévu s'élevait à 581,1 milliards de Fbu, dont 423,6 milliards de Fbu ont été effectivement mobilisés. Les dépenses se sont élevées à 380,1 milliards de Fbu, affichant un taux de mobilisation de 72,8% et une performance d'absorption solide de 89,7%. En termes de mise en œuvre physique, les indicateurs de couverture et d'accès ont progressé de façon significative, bien que l'analyse de l'exécution révèle une performance brute de 27% et une performance ajustée de 41%.

En réponse aux contraintes persistantes identifiées lors de la revue à mi-parcours (RMP) de fin 2025, le PNLN engage une transition décisive vers le cycle 2026-2030. Ce nouveau cadre stratégique marque le passage d'une approche uniforme à une stratégie de haute précision fondée sur la stratification sous-nationale (SNT). En s'appuyant sur des évidences scientifiques et un alignement rigoureux sur les normes mondiales de l'OMS, le Burundi vise désormais une priorisation infranationale des ressources. Cette réforme ambitionne de transformer les leçons apprises en piliers d'efficacité pour assurer une inversion durable de la courbe de morbi-mortalité.

Le PNLN, conformément à la mission qui lui est assignée, doit doter la population burundaise des services les plus efficaces, efficaces et équitables afin de réaliser la vision du MSP d'arriver à Zéro décès dû au paludisme à l'horizon 2030. Pour y parvenir, le programme s'est fixé deux objectifs majeurs, à savoir : (i) de réduire la morbidité due au paludisme à 351 pour 1000 habitants d'ici 2030 et (ii) de réduire la mortalité palustre à 3 pour 100 000 habitants d'ici 2030.

Cette ambition repose sur sept (7) axes stratégiques prioritaires qui seront déclinés en plusieurs domaines de prestation de services :

- Le renforcement des capacités institutionnelles du Programme ;
- L'amélioration de la gestion des approvisionnements et des stocks (GAS) ;

- La consolidation du cadre de prévention ;
- Le renforcement du cadre de prise en charge ;
- Le renforcement du cadre de communication ;
- L'amélioration de la surveillance et de la riposte ;
- Amélioration du cadre de suivi-évaluation et recherche opérationnelle.

La mise en œuvre des interventions de ce plan stratégique suivra les procédures administratives et de gestion selon les directives du MSP. Pour les crédits alloués par l'État à la lutte contre le paludisme ainsi que ceux alloués par les partenaires techniques et financiers utilisant les procédures pays, le PNLP veillera à leur utilisation conformément aux procédures décrites dans le PNDS. Pour sa mise en œuvre, les activités prévues dans le Plan stratégique seront déclinées annuellement dans le Plan d'actions annuel du PNLP.

Un cadre de performance sera adjoint au plan d'action annuel (PAA) du PNLP qui servira à alimenter le projet annuel de performance (PAP) du programme, la coordination et gestion administrative du secteur auquel il est rattaché.

Relativement aux activités de lutte contre le paludisme menées au niveau des provinces, elles sont inscrites dans le PAA du PNLP et dans celui des provinces qui en sont les maîtres d'œuvre.

L'atteinte des objectifs du plan stratégique nécessite des ressources dont une première évaluation sera faite dans le plan d'action budgétisé. Le MSP mettra en œuvre une démarche proactive pour mobiliser les ressources permettant au PNLP et à ses partenaires techniques de réaliser les interventions déclinées dans ce plan stratégique.

La mobilisation et l'utilisation des financements se feront suivant l'approche sectorielle et conformément aux principes en vigueur dans les instances de planification et de gestion financières. Ces principes prennent en compte, les partenaires au développement qui sont alignés aux procédures nationales de gestion et ceux qui présentent des particularités qui les amènent à adopter des procédures spécifiques.

Le budget global de ce PSN s'élève à **649 652 711 171 FBu** sur la période de 2026-2030, soit **10 535 FBu** par habitant et par an. Le budget global est réparti sensiblement dans les mêmes proportions entre 16% et 18% sur les 5 ans sauf en 2028 où il atteint 31% du fait de la campagne de masse MII pour la mise en œuvre des campagnes CU.

La plus grande partie du budget en dehors de l'acquisition des intrants est consacrée à la stratégie de consolidation du cadre de prévention (47%), suivie de la prise en charge des cas de paludisme (17%).

CHAPITRE I : CONTEXTE DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

I.1. Contexte et justification

Au Burundi, le paludisme demeure un problème majeur de santé publique et reste une des principales priorités nationales en santé. Les données de la Direction du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS) placent le paludisme en première cause de morbidité et une des principales causes de mortalité avec une incidence de 458,3 pour 1000 habitants en 2024 ; il représente 25,4% des motifs de consultation et 13,2% des causes des décès hospitaliers pour la même année. Le taux de létalité dans les hôpitaux est de 0,9%¹.

Afin de réduire le fardeau de la maladie, des interventions techniques incluant la prévention, la prise en charge des cas et la surveillance épidémiologique ainsi que des interventions de soutien sont mises en œuvre à l'échelle nationale. Dans ce cadre, le Ministère de la Santé Publique a inscrit le renforcement de la lutte contre le paludisme parmi les priorités du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2019-2023. Par ailleurs, les différentes réformes sanitaires visant l'amélioration de l'accès aux soins, combinées à la mise en œuvre successive de quatre plans stratégiques nationaux de lutte contre le paludisme (2008–2012, 2013–2017, 2018–2023 et 2021-2027), témoignent de l'engagement continu du Gouvernement du Burundi et de l'ensemble des partenaires dans le contrôle de cette maladie.

Les principales stratégies de lutte contre le paludisme adoptées sur le plan international et au niveau du pays reposent sur la prise en charge des cas de paludisme à travers l'utilisation des Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) dans les structures de soins, le renforcement des capacités pour la confirmation des cas (par microscopie et des tests de diagnostic rapide) avant le traitement, la lutte anti vectorielle à travers l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticides (MII), l'aspersion intra domiciliaire (PID) ainsi que la surveillance des vecteurs par la recherche entomologique, les interventions de soutien comme la communication, le suivi évaluation, la surveillance et la riposte ainsi que la capacitation du programme à bien coordonner toutes les actions précitées sont aussi prioritaires.

Au cours des cinq dernières années du présent plan stratégique, d'importants efforts ont été déployés dans le sens de la mise à échelle de ces stratégies axées essentiellement sur :

- Le renforcement de la prise en charge des cas selon les directives nationales au niveau des formations sanitaires et au niveau de la communauté ;
- La consolidation de la lutte anti vectorielle marquée par : (i) les campagnes de distribution de masse des MII pour la couverture universelle (2022 et 2025) ; (ii) la distribution continue en routine aux groupes vulnérables (femmes enceintes et enfants

¹ Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida, *Annuaire des Statistiques Sanitaires 2021, 2022, 2023, 2024 VF.pdf*

de moins de 5 ans), et (iii) la pulvérisation intra domiciliaire au niveau de 4 districts sanitaires prioritaires et par la surveillance entomologique dans 8 sites sentinelles ;

- La mise à échelle du traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte introduit dans le pays en 2015 ;
- La Chimio prévention pérenne du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans introduite en décembre 2024 ;
- La redéfinition des messages clés dans le cadre de la communication pour le changement social et comportemental (CCSC) ;
- La riposte aux flambées du paludisme déclaré de 2018, 2019, 2024 et 2025 ;
- La réalisation d'enquêtes sur la prise en charge des cas de paludisme et sur la gestion des flambées dans le cadre du Suivi Évaluation.

Malgré ces efforts et les avancées enregistrées, la mise en œuvre de la lutte contre le paludisme a également été confrontée à des contraintes. Conformément aux bonnes pratiques en matière de gestion des programmes de santé, le PNLP a entrepris en fin 2025, une revue à mi-parcours (RMP) du PSN 2021-2027 pour la période 2021-2025.

Cette revue conjointe était opportunité pour toutes les parties prenantes dans la lutte contre paludisme au Burundi de :

- Discuter de l'évolution de la situation épidémiologique, du niveau d'exécution des activités et de l'évolution des indicateurs, de la qualité des prestations des services, des capacités du programme pour mettre en œuvre les activités, du niveau de mobilisation des ressources nationales et du soutien financier des partenaires traditionnels du programme ;
- Identifier une nouvelle dynamique de financement multisectoriel ;
- Dégager les leçons apprises, et de les partager avec d'autres intervenants ;
- Adopter des mesures correctrices en cas de besoin.

La revue à mi-parcours constitue un outil de gestion fondé sur les preuves de la performance du programme dans le but de le réorienter et le renforcer pour de meilleurs résultats et impacts. Suite à la validation du rapport de la revue à mi-parcours, le PNLP a procédé à la mise à jour du PSN sur la période 2026 - 2030 pour l'adapter aux résultats et au contexte épidémiologique et socio-économique actuel et pour mieux s'aligner à la stratégie mondiale définie par l'OMS. Ce processus intervient dans un contexte où le Burundi a entamé recensement (fin 2025) un processus de stratification sous nationale du paludisme pour permettre l'utilisation des données au niveau infranational pour la prise de décision basée sur des évidences et ainsi mieux prioriser les interventions à l'échelle nationale.

I.2. Situation géographique du Burundi

Le Burundi est situé à cheval entre l'Afrique de l'Est et l'Afrique centrale. Il est frontalier au Nord avec le Rwanda, au Sud et à l'Est avec la Tanzanie et à l'Ouest avec la République Démocratique du Congo. Le Burundi s'étend sur une superficie de 27.834 km² incluant la

surface des eaux territoriales. Son relief est dominé par de hauts plateaux au centre, de la Crête Congo-Nil, de la plaine de l'Imbo à l'Ouest et de la dépression de Kumoso.

Le Burundi est un pays enclavé d'Afrique de l'Est, situé dans la région des Grands Lacs, entre les méridiens 29° et 31° Est et les parallèles 2° et 4° Sud. D'une superficie totale de 27 834 km², il partage ses frontières avec le Rwanda au Nord, la Tanzanie à l'Est et au Sud, et la République Démocratique du Congo à l'Ouest.

Son relief accidenté influence directement la stratification épidémiologique du paludisme et se divise en quatre zones naturelles (i) la Plaine de l'Imbo (Ouest) : Zone de basse altitude (774m - 1000m) au climat chaud et humide, propice à une transmission pérenne et intense, (ii) la Crête Congo-Nil : Zone de haute altitude (plus de 2000m) au climat frais, où la transmission est traditionnellement plus faible mais sujette à des poussées épidémiques, (iii) les Plateaux Centraux : Altitude moyenne (1500m - 2000m) avec une transmission modérée à élevée selon les saisons et (iv) les Dépressions de l'Est et du Sud (Kumoso et Nkoma) : Zones chaudes favorisant une forte endémicité.

Le pays dispose d'un réseau hydrographique dense (Lacs Tanganyika, Cohoha, Rweru et nombreux marais) qui constitue un réservoir permanent de gîtes larvaires, justifiant ainsi l'importance des interventions de lutte anti vectorielle sur l'ensemble du territoire.

I.3. Situation Démographique du Burundi

La population du Burundi a été estimée à 12 332 788 habitants en 2024 et un indice synthétique de fécondité de près de 5,5 enfants par femme (EDS III 2016-2017) et un taux d'accroissement de 2,7% (RGPHAE 2024). Elle est composée de 5 901 069 hommes soit 47,8% et de 6 431 719 femmes soit 52,1%. L'effectif de ménages ordinaires est évalué à 2 724 457 dont 85,7% représentent les ménages agricoles. La taille moyenne des ménages ordinaires est de 4,5 personnes contre 4,6 personnes pour les ménages agricoles (RGPHAE 2024). Le taux brut de mortalité est de 10,27 pour 1000 habitants et une espérance de vie à la naissance de 59,7 ans en 2020. La densité de la population est de 489 habitants au Km² traduisant un accroissement important de la population (RGPHAE 2024)².

I.4. Écosystème, environnement, transmission du paludisme

Le Burundi possède une riche biodiversité (Parc national de la Kibira, le Parc national de la Ruvubu, et la Réserve naturelle de la Rusizi) et divers écosystèmes (montagnes, zones humides, savanes), influencés par un climat tropical d'altitude avec des saisons de pluies et de sécheresse. Les défis environnementaux majeurs sont la dégradation des sols et la déforestation.

La déforestation, la surexploitation des sols, et les problèmes d'assainissement sont les menaces principales et constituent des défis majeurs de la biodiversité du pays.

Le Burundi est structuré en 11 régions naturelles basées sur le relief, le climat et l'histoire, incluant l'Imbo (plaine de la Ruzi), le Mimirwa (montagnes occidentales), le Mugamba (crête centrale fraîche), le Kirimiro (plateaux centraux), le Buyenzi, le Buyomgoma, le Bweru, le Mosso, le Bututsi et le Buragane. Ces zones couvrent un paysage varié allant des plaines côtières du lac Tanganyika aux hauts plateaux.

² République du Burundi, Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPHAE) 2024

8

La diversité du relief reflète la diversité climatique, où la répartition des précipitations est inégale dans l'espace malgré la modestie des dimensions territoriales du pays. Le Burundi connaît ainsi quatre saisons : la petite saison des pluies s'étend de mi-Septembre à mi-Décembre, la petite saison sèche de mi-Décembre à mi-Février et la grande saison des pluies dure de mi-Février à Mai et la grande saison sèche de Juin à mi-Septembre (PNA-Burundi 2023). Pour la période 2026-2030, le Programme national de Lutte contre le Paludisme (PNLP) choisit donc une stratégie de précision. Cette approche adapte les interventions aux particularités de chaque région pour garantir une efficacité maximale.

I.5. Climat et Santé

I.5.1. Contexte

Le changement climatique constitue un facteur de plus en plus important influençant la dynamique de transmission des maladies vectorielles, notamment le paludisme. Le Burundi est particulièrement vulnérable aux aléas climatiques en raison de sa forte densité de population, de sa dépendance à l'agriculture pluviale et de la fréquence croissante d'événements climatiques extrêmes tels que les inondations, les glissements de terrain et les pluies intenses.

Les projections climatiques pour l'Afrique de l'Est indiquent une augmentation progressive des températures et une variabilité accrue des précipitations, susceptibles de modifier la distribution géographique et la saisonnalité de la transmission du paludisme. Les précipitations abondantes favorisent la formation de gîtes larvaires pour les moustiques vecteurs, tandis que l'augmentation des températures peut accélérer le cycle de développement du parasite et du vecteur (cycle sporogonique).

Au cours de ces dernières années, plusieurs événements climatiques extrêmes ont affecté le Burundi, notamment des inondations liées aux pluies torrentielles et à la montée du niveau du lac Tanganyika, qui ont entraîné des déplacements de populations et une pression accrue sur les services de santé. Dans ce contexte, l'intégration des considérations climatiques dans la lutte contre le paludisme est essentielle pour renforcer la résilience du système de santé et préserver les progrès réalisés dans la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à cette maladie.

Le Burundi intégrera les données climatiques dans la planification de la lutte antipaludique à travers : (i) le développement d'un système d'alerte précoce croisant les données météorologiques et épidémiologiques pour anticiper les pics de transmission ; (ii) l'intégration de la surveillance climat-informée dans le DHIS2 ; (iii) le renforcement de la résilience communautaire dans les zones à risque d'inondation (plaines de l'Imbo, rives du lac Tanganyika) par des interventions préventives ciblées ; (iv) l'élaboration d'activités éligibles au financement climat-santé dans le cadre de la demande de financement GC8 (PAAR). Le Burundi pourrait être éligible à des financements supplémentaires pour les activités liées à l'impact du climat sur le paludisme, comme indiqué dans la lettre d'allocation du GC8.

I.5.2. Interactions entre changement climatique et paludisme

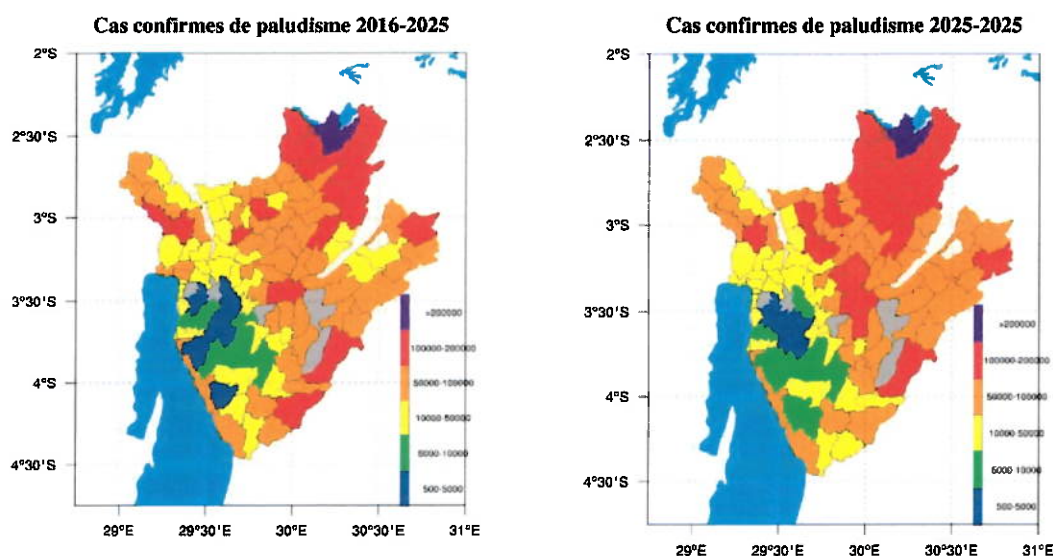
Les facteurs climatiques tels que la température, les précipitations et l'humidité influencent directement la transmission du paludisme. Une augmentation des températures peut accélérer le développement du parasite *Plasmodium* dans le moustique (sporogonie), accélérer le cycle de vie du moustique et augmenter la densité des vecteurs, tandis que les pluies abondantes favorisent la formation de gîtes larvaires propices à la prolifération des moustiques vecteurs.

La variabilité climatique peut également modifier la saisonnalité de la transmission et favoriser l'apparition de flambées épidémiques dans certaines zones. Les zones d'altitude modérée, historiquement moins exposées, pourraient devenir plus favorables à la transmission en raison de l'augmentation des températures.

Les événements climatiques extrêmes, notamment les inondations et les glissements de terrain, peuvent également accroître la vulnérabilité des populations en entraînant des déplacements de population, une détérioration des conditions de logement et une augmentation de l'exposition aux vecteurs. Ces situations peuvent également perturber l'accès aux services de santé et compromettre la continuité des interventions de prévention, de diagnostic et de traitement.

I.5.3. Vulnérabilités locales et implications pour la riposte nationale

Au Burundi, le paludisme demeure l'une des principales causes de morbidité et de mortalité (Fig. 1). Les communes du Nord (Busoni, Ntega, Kirundo, Giteranyi et Muyinga) sont les plus affectées par le paludisme en moyenne (Fig. 1). Une augmentation notable des cas de paludisme sur les communes du Nord et du centre du pays est observée en 2025, notamment à Gitega et Butaganzwa. Ces communes se situent à des altitudes moyennes comprises entre 1200 et 1500 m.



8

Figure 1: Nombre de cas confirmés de paludisme au Burundi pour la période 2016-25 (moyenne à gauche) et pour 2025 (droite)

Source : données du ICN-PNLP Burundi.

Les communes les plus affectées par le paludisme en moyenne sur la période 2016-25 : Busoni (256163 cas moyens annuels) ; Ntega (176266) ; Kirundo (174676) ; Giteranyi (168238) ; Muyinga (148479).

Communes les plus affectées par le paludisme en moyenne en 2025 : Busoni (248690) ; Muyinga (190428) ; Giteranyi (186155) ; Gitega (180592) et Butaganzwa (178317).

Les conditions climatiques du pays, caractérisées par deux saisons des pluies, favorisent la reproduction des moustiques vecteurs et contribuent à une transmission importante dans l'ensemble du territoire. Certaines zones écologiques présentent une vulnérabilité particulière aux interactions entre climat et transmission du paludisme, notamment les zones basses, les plaines et les régions proches des plans d'eau comme le lac Tanganyika. Les épisodes d'inondations peuvent entraîner la formation de nouveaux gîtes larvaires et contribuer à l'augmentation de la transmission dans certaines zones. L'augmentation des cas observée dans ces zones d'altitude moyenne pourrait constituer un signal précoce d'une expansion altitudinale de la transmission, potentiellement associée à l'augmentation des températures liée au changement climatique. Une légère augmentation du nombre de cas de paludisme a également été observée en 2025 dans certaines communes situées à proximité du lac Tanganyika. Les événements climatiques extrêmes dans certaines zones du pays ont perturbé le fonctionnement du système de santé, notamment en endommageant les infrastructures sanitaires, en isolant certaines communautés et en perturbant la chaîne d'approvisionnement des intrants essentiels de lutte contre le paludisme.

De façon générale, les inondations sont devenues plus fréquentes et plus sévères, en particulier depuis l'influence du phénomène El Niño 2023–2024, qui a provoqué des pluies torrentielles, des glissements de terrain et des crues dans de nombreuses provinces. Plus de 237.000 personnes ont été affectées et plus de 42.000 déplacées durant la saison des pluies en 2023. Les rapports humanitaires et météorologiques identifient des zones particulièrement vulnérables (selon l'ancienne découpage) : Bujumbura Mairie et Bujumbura Rural (notamment les quartiers proches du lac Tanganyika et de la rivière Rusizi) ; Provinces de l'Ouest (Rumonge, Cibitoke) ; Nord du pays (Ngozi, Kayanza) ; Plaine de l'Imbo, et toutes les Communes riveraines du lac Tanganyika. Ces zones apparaissent régulièrement dans les rapports de catastrophes naturelles. (Voir figure 2).

Dans ce contexte, l'intégration des considérations climatiques dans la planification des interventions de lutte contre le paludisme est essentielle pour améliorer l'anticipation des fluctuations de transmission et renforcer l'efficacité des interventions.

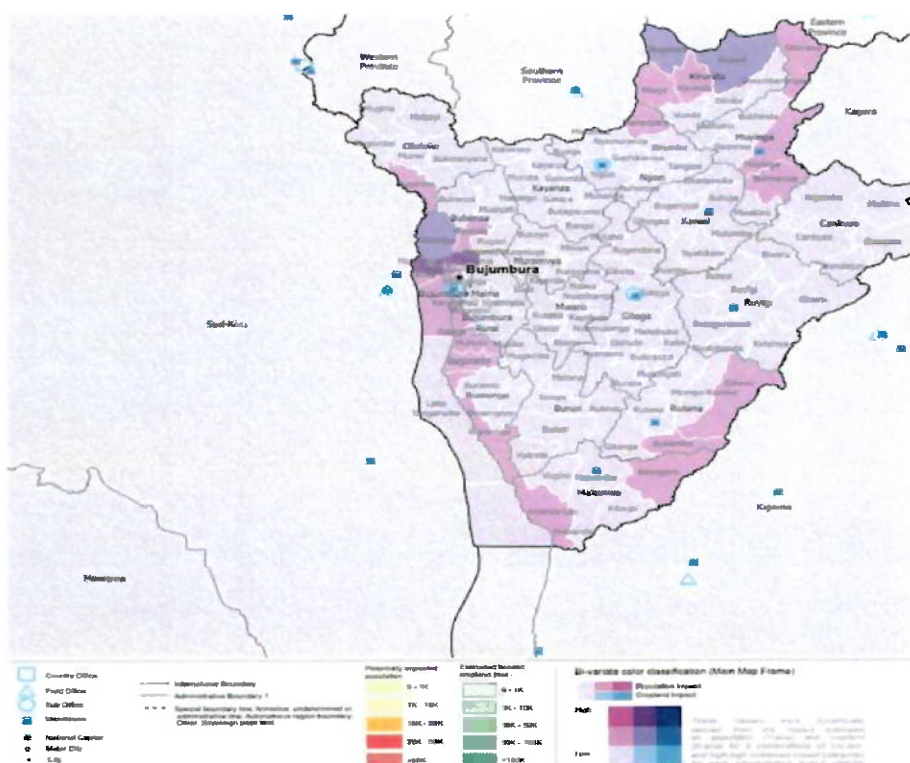


Figure 2: Illustration de zones d'impacts des inondations en 2024 (impacts agrégés)

I.6. Caractéristiques socio-économiques

En 2025, le Burundi demeure confronté à des défis socio-économiques structurels majeurs, malgré une relative stabilisation politique observée ces dernières années. En 2025, l'économie burundaise demeure caractérisée par une vulnérabilité structurelle importante. Selon les estimations de la Banque mondiale et du FMI (2024), la croissance du PIB réel se situe entre 3 % et 4 %, un taux insuffisant pour compenser une croissance démographique annuelle d'environ 3,1 %. Le PIB par habitant reste l'un des plus faibles au monde, estimé à environ 300 à 350 USD par an, plaçant le Burundi parmi les pays à très faible revenu.

L'économie nationale repose essentiellement sur : (i) L'agriculture (plus de 30 % du PIB et 80–85 % de l'emploi) ; (ii) Les exportations de café, thé et or, principales sources de devises. La faible diversification économique rend le pays vulnérable aux chocs extérieurs et climatiques. Le Burundi demeure l'un des pays les plus pauvres du monde. Selon la Banque mondiale (2023–2024) : Environ 65 à 75 % de la population vit sous le seuil de pauvreté nationale, l'Indice de Développement Humain (IDH) classe le pays parmi les derniers au niveau mondial³.

Sur le plan social, la pauvreté touche une large majorité de la population. L'insécurité alimentaire et la malnutrition chronique demeurent préoccupantes, particulièrement en milieu rural. Le système de santé reste sous-financé et manque d'infrastructures adéquates. Dans le

³ "Sub-national HDI - Subnational HDI - Global Data Lab". globaldatalab.org. Retrieved 2025-11-14.

secteur de l'éducation, bien que le taux de scolarisation primaire ait progressé, la qualité de l'enseignement est freinée par l'insuffisance des ressources matérielles et humaines.

Le marché du travail est dominé par le secteur informel, avec un fort taux de sous-emploi, notamment chez les jeunes. L'industrialisation demeure limitée et les opportunités d'investissement sont freinées par un climat des affaires encore fragile et un accès restreint au financement.

Cependant, des perspectives d'amélioration existent. Le renforcement de la gouvernance économique, la modernisation de l'agriculture, l'investissement dans les infrastructures (énergie, transport, eau) et l'amélioration du climat des affaires pourraient favoriser une croissance plus inclusive et durable. La coopération internationale et les réformes structurelles seront déterminantes pour soutenir le développement socio-économique du pays.

I.7. Système national de santé et lutte contre le paludisme

I.7.1. Réforme administrative et organisation du secteur de la santé

En 2025, le Gouvernement du Burundi a engagé une réforme territoriale majeure, réduisant le nombre de provinces de 18 à 5, fixant les communes à 42 et portant les districts sanitaires de 52 à 56. Dans la plupart des cas, une commune correspond à un district, avec quelques subdivisions supplémentaires pour les communes les plus étendues. Cette réforme vise à renforcer la décentralisation et l'efficacité administrative.

Parallèlement à cette réforme administrative, des changements institutionnels sont intervenus fin 2025. Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) est devenu le Ministère de la Santé Publique (MSP), et le Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme (PNILP) a été renommé Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Le présent document utilise les dénominations actuelles (MSP et PNL) sauf dans les références à des documents antérieurs à cette transition.

La phase de transition s'accompagne d'ajustements opérationnels, notamment en matière d'organisation des équipes et de clarification des rôles entre niveaux et de ressources humaines.

Ces évolutions peuvent temporairement influencer la mise en œuvre des activités et la structuration des données. Elles posent également un enjeu de comparabilité avec les données antérieures, en particulier celles du précédent Plan Stratégique National (PSN).

Réforme administrative au Burundi - ancien et nouveau découpage administratif

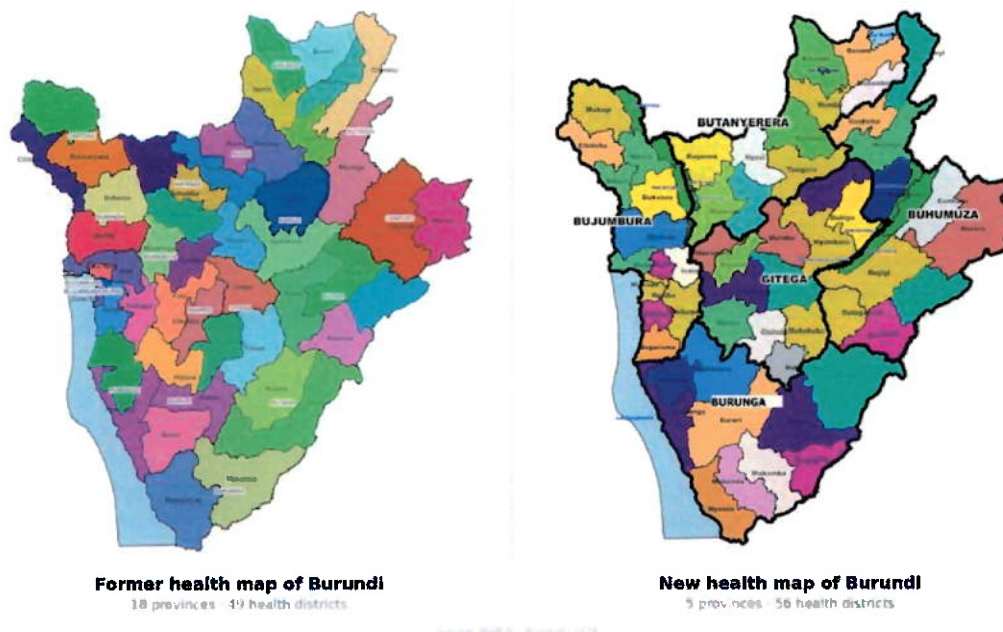


Figure 3: Ancien et nouveau découpage administratif

I.7.2. Organisation du système de santé

Le système de santé du Burundi est organisé sous forme pyramidale et s'articule sur 4 niveaux : central, intermédiaire, périphérique et communautaire. Ces niveaux sont articulés selon une organisation hiérarchique centrée sur le district sanitaire (DS).

Le niveau central : le niveau central comprend le Cabinet du Ministre, le secrétariat permanent, l'Inspection Générale du ministère de la Santé Publique, les directions générales chargées des programmes, les actions, les directions, les services et les cellules.

Les directions sont subdivisées en autant de services que de besoins. Une ordonnance du ministre détermine l'organisation et le fonctionnement des directions des services et des cellules qui se rapportent à chaque programme budgétaire. En outre, sont sous tutelle du ministère de la santé publique les administrations personnalisées de l'Etat qui sont (i) le secrétariat exécutif permanent du conseil national d'élimination du paludisme, de la tuberculose/Lèpre et du VIH/Sida (SEP/CNEPTLS), (ii) l'institut national de santé publique (INSP), (iii) le centre national de transfusion sanguine (CNTS), (iv) l'autorité burundaise de régulation des médicaments humains et des aliments (ABREMA) et (v) le programme national de la santé de la reproduction (PNSR).

Les établissements publics à caractère administratif (EPA) sont également sous tutelle du ministère de la santé publique. Ils comprennent (i) le centrale d'achat des médicaments essentiels du Burundi (CAMEBU), (ii) les hôpitaux nationaux de référence, (iii) le centre national de référence en kinésithérapie et réadaptation médicale, (iv) le centre national d'appareillage orthopédique et de réadaptation (CNAR), (v) le centre neuropsychiatrique de Kamenge (CNPK) et (vi) le centre nationale de référence en oncologie.

Le centre des opérations des urgences de santé publique (COUSP) est un service placé sous la tutelle directe du ministre ayant la santé publique dans ses attributions

Le niveau déconcentré (intermédiaire) : le niveau déconcentré (intermédiaire) constitué par 5 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS). Le BPS est coordonné par le Médecin Directeur Provincial de la santé (MDPS). Son aire de responsabilité (AR) correspond à la circonscription de la province administrative.

Les directions provinciales sont sous tutelle administrative du Gouverneur de province. Le Ministre ayant la santé publique dans ses attributions gardent la tutelle technique.

Le niveau opérationnel : Le système de santé est organisé en départements communaux de santé au niveau communal. Il comprend l'inspection communale de la santé, les districts sanitaires et les services zonaux de santé

Ce niveau est composé de 56 districts sanitaires comprenant les bureaux de district sanitaire et les formations sanitaires dont les hôpitaux de district, les hôpitaux communaux, les centres de santé et les postes de soins collinaires. L'encadrement des structures sanitaires privées, confessionnelles et associatives est du ressort du bureau du district sanitaire. Le district sanitaire est dirigé par le médecin chef de district sanitaire et son aire de responsabilité est définie par les normes sanitaires. Le bureau de district sanitaire est constitué par l'équipe cadre du district sanitaire.

Le niveau communautaire : le volet communautaire comprend les relais communautaires qui sont les associations locales, les agents de santé communautaire, les comités de santé, les accoucheuses traditionnelles et les guérisseurs traditionnels, etc. Ces relais ont pour rôle d'assurer certaines prestations au niveau communautaire et servent de pont entre la communauté et le centre de santé. De façon opérationnelle, les prestations offertes au niveau communautaire sont sous la responsabilité du Centre de Santé.

I.7.3. Structure organisationnelle de la lutte contre le paludisme

Les principaux jalons de la lutte contre le paludisme au Burundi, se résument en trois cadres institutionnels successifs :

La Mission d'Assainissement de la Plaine de la Rusizi (MAPR), le projet de Lutte contre les Maladies Transmissibles et Carencielles (LMTC), le Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). La lutte contre le paludisme entreprise dans les années 1920-1950 se limitait au dépistage passif et au traitement des cas.

Vers les années 1950, le paludisme persistait et menaçait de s'aggraver suite à l'introduction des cultures irriguées et au mouvement des populations des plateaux (non immunes) vers la plaine de l'Imbo. Entre 1952 et 1957 des Pulvérisations Intra Domiciliaires (PID) à la Dichloro Diphenil Trichoréthane (DDT) ainsi que le mazoutage des marais ont permis de réduire sensiblement la transmission. La chimioprophylaxie à la chloroquine était réservée aux nourrissons vus en consultation et aux migrants venant des hauts plateaux.



Mission d'Assainissement de la Plaine de la Rusizi (MAPR de 1966 à 1984) :

Le projet MAPR (Mission d'Assainissement de la Plaine de la Rusizi) financé par le Gouvernement du Burundi et le Royaume de Belgique a été mis en place au sein du Ministère de la Santé Publique avec pour but principal la lutte contre la schistosomiase et le paludisme. Pendant 18 ans, la MAPR a mené les interventions suivantes : (i) des aspersions intra domiciliaires à Gihanga, (ii) des opérations larvicides des gîtes découverts et (iii) distribution de la chloroquine aux malades et la chimio prophylaxie aux femmes enceintes et écoliers.

Projet de Lutte contre les Maladies Transmissibles et Carentielles (LMTC de 1984 à 2008) :

Le projet LMTC a pris la relève du projet MAPR de 1984 à 2008. Créé en 1984 par une convention entre les Gouvernements Belge et Burundais dans le cadre de la lutte contre les 4 maladies à transmission vectorielle (paludisme, onchocercose, schistosomiase et helminthiases) et la lutte contre la malnutrition. Lors de la crise de 1993, le financement du projet s'est arrêté avec le départ des coopérants belges et le projet LMTC a survécu avec le financement de l'État et la contribution d'autres partenaires.

Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme (PNLP) :

C'est en janvier 2009 qu'une ordonnance ministérielle a créé le PNL. Depuis lors, le programme de lutte contre le paludisme opère dans un cadre mieux organisé pour ne s'occuper que du paludisme. Ce Programme a bénéficié du soutien du gouvernement du Burundi et de nombreux partenaires (fonds Mondial, USAID et autres bilatéraux). Le renforcement de ses capacités managériales a atteint un niveau tel qu'il fut élu comme récipiendaire principal de la subvention du fonds Mondial 2016-2017.

A côté de la coordination de la lutte contre le paludisme au niveau central, les activités de la lutte contre le paludisme sont aussi intégrées dans le paquet d'activités de prévention et de prise en charge des maladies au niveau déconcentré et décentralisé.

Le PNL met en œuvre la lutte antivectorielle à travers la distribution des MII et la PID, appuyées par une surveillance entomologique. Celle-ci repose sur neuf sites sentinelles créés depuis 2013, dont huit étaient fonctionnels avant le gel du financement de l'USAID en février 2025. Les activités sont soutenues par un insectarium à Gihanga, où sont réalisés les principaux tests entomologiques, tandis que les analyses PCR sont effectuées à l'INSP depuis 2024.

I.8. Financement de la lutte contre le paludisme

Analyse du paysage du financement de la lutte contre le paludisme

- Tendances de la participation financière des partenaires du programme :**

Au cours de la période 2021-2025, l'État et les partenaires du PNLP ont eu à financer différentes interventions de lutte contre le paludisme selon l'avantage comparatif des uns et des autres (Tableau 1). Le montant le plus important est considéré par le FM à travers ses subventions dans la période considérée, suivi de l'État burundais qui fournit l'essentiel des intrants de lutte contre le paludisme.

Tableau 1: Sources de financements de la lutte contre le paludisme 2021-2025 (en Fbu)

Année	2021	2022	2023	2024	2025	Total 2021-2025
Source de financement						
FM	22 047 051 611	67 925 178 640	30 891 255 861	40 202 332 973	125 956 765 369	287 022 584 455
USAID	14 904 024 643	13 051 566 491	19 568 435 147	28 492 368 997	31 141 534 775	107 157 930 053
UNICEF	572 294 438	389387472	680901315	523087980	287097326	2 452 768 530
OMS	422814720,2	850 457 633	499 562 342	163 334 043	76 877 501	2 013 046 239
ENABEL				125 963 600	77 745 000	203 708 600
MSF	3 687 477	130 097 476	435 289	85 227 702		219 447 944
APM		22 523 215				22 523 215
World vision		418 620 000				418 620 000
ETAT	5 019 500 000	5 019 500 000	5 019 500 000	5 019 500 000	4 019 500 000	24 097 500 000

Source : PSN et rapports financiers des PTFs 2021 à 2025

- Tendances des ressources mobilisées et des dépenses du programme :**

Au cours de la période 2021 -2025, le financement prévu dans le PSN s'élevait à 581 123 076 692 F Bu dont 423 608 129 036 Fu ont été mobilisés et un montant de 380 123 042 507 FBu a été dépensé, soit un taux de mobilisation de 72,8% et d'absorption de 89,7%. (Tableau 2).

Tableau 2: Taux de Mobilisation et d'absorption des ressources financières 2021-2025

	2021	2022	2023	2024	2025	Total 2021-2025
A total planifié PSN/an	86117258662	130525056709	87195860740	174868217112	102416683468	581123076 692
B.Total mobilisé/an	42969372890	87807330927	56660089953	74611815295	161559519971	423608 129036
Taux de mobilisatio/an	49,90 %	67,27 %	64,98 %	42,67 %	157,70 %	72,89 %
Total dépensé	38350855118	87806865496	53225883382	65118466902	135620971612	380123042507
Taux d'absorption	89,25%	100,00%	93,94 %	87,28 %	83,94%	89,73 %

Source : PSN et rapports financiers des PTFs 2021 à 2025

- **Analyse des carences de financement dans le contexte des besoins budgétaires**

Au cours de la période 2021-2025, le financement prévu dans le PSN s'élevait 581 123 076 692 F Bu dont 423 608 129 036 FBu ont été mobilisé d'où des carences de financement globaux de l'ordre de 157 514 947 655 FBu ; Soit environ 27% du PSN non financé.

Tableau 3: Analyse des carences de financement en 2021-2025

Item	Année					Total 2021-2025
	2021	2022	2023	2024	2025	
A total planifié PSN par an	86 117 258 662	130 525 056 709	87 195 860 740	174868217 112	102 416 683 468	581 123 076 692
B.Total mobilisé par an	42 969 372 890	87 807 330 927	56 660 089 953	74 611 815 295	161 559 519 971	423 608 129 036
C.carence de financement(A-B)	43 147 885 773	42 717 725 782	30 535 770 787	100256401 817	-59 142 836 503	157 514 947 655
%Gap financier par an(C/A)	50 %	33 %	35 %	57 %	-58 %	27 %

I.9. Collaboration et coordination

Le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) assure le leadership technique et la coordination globale des interventions de lutte contre le paludisme au Burundi. Des mécanismes de coordination existent aux niveaux central et décentralisé afin de soutenir la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités du PSN Paludisme.

Au niveau central, la collaboration entre le PNLP et les directions concernées du Ministère de la Santé Publique (planification, suivi-évaluation, approvisionnement, surveillance épidémiologique, finances) a contribué à l'alignement des interventions du paludisme avec les politiques nationales de santé. Des cadres de concertation avec les partenaires au développement (Fonds mondial, OMS, UNICEF, ONG, PNUD etc...) ont permis une meilleure complémentarité des interventions et un appui technique ciblé.

Au niveau décentralisé, la coordination entre le PNLP, les Bureaux Provinciaux de la Santé et les districts sanitaires a facilité la mise en œuvre opérationnelle des activités, notamment lors des campagnes de prévention, des supervisions et du suivi des indicateurs de performance. L'implication des autorités locales et des acteurs communautaires a renforcé l'acceptabilité et l'appropriation des interventions.

CHAPITRE II : SITUATION NATIONALE DU PALUDISME

II.1. Situation du paludisme au Burundi

II.1.1. Épidémiologie du paludisme

La stratification sous nationale réalisée en 2024, combinant les données sur l'incidence, le testage, la prévalence des parasites ainsi que l'accès géographique aux soins a dégagé un profil plus réaliste, montrant les strates suivantes :

1. Une zone à transmission très élevée avec comme incidences couvrant généralement la région du Nord-Est et une seule commune du Nord-Ouest (Cibitoke) et étendue sur 11 des 42 communes, soit 26% du territoire national comprenant une grande partie traditionnellement connue, comme pourvoyeur de la majorité des cas de paludisme ;
2. Une zone à transmission élevée couvrant 16 communes, soit 40% du territoire constitué de la ceinture passant du Centre-Est au Sud-Est, tout au long de la frontière tanzanienne ;
3. Une zone à transmission modérée qui s'étend à 4 communes soit 10% constituée d'une partie du centre et une commune (Matongo) se trouvant à cheval de la région du centre et du nord ;
4. Une zone à faible transmission s'étendant sur 7 communes soit 17% constituée des communes se trouvant sur la côte Sud-ouest comprenant les communes urbaines de la province de Bujumbura.
5. Une zone à très faible transmission couvrant 2 communes du sud (Bururi et Matana) et une commune de Rwibaga traditionnellement connue comme région à très faible risque de transmission du paludisme.

Incidence de paludisme simple chez la population générale

Median Malaria Incidence by District (ADM2), Burundi
N2 (Reporting-rate-adjusted). 3-year median comparison

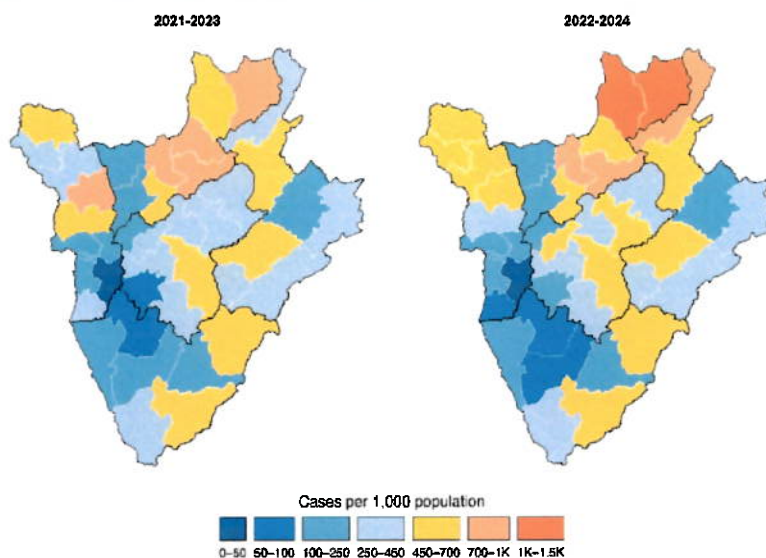


Figure 4: Stratification du paludisme au Burundi

Incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans

Stratification du paludisme au Burundi
Incidence chez les enfants de moins de 5 ans, 2024

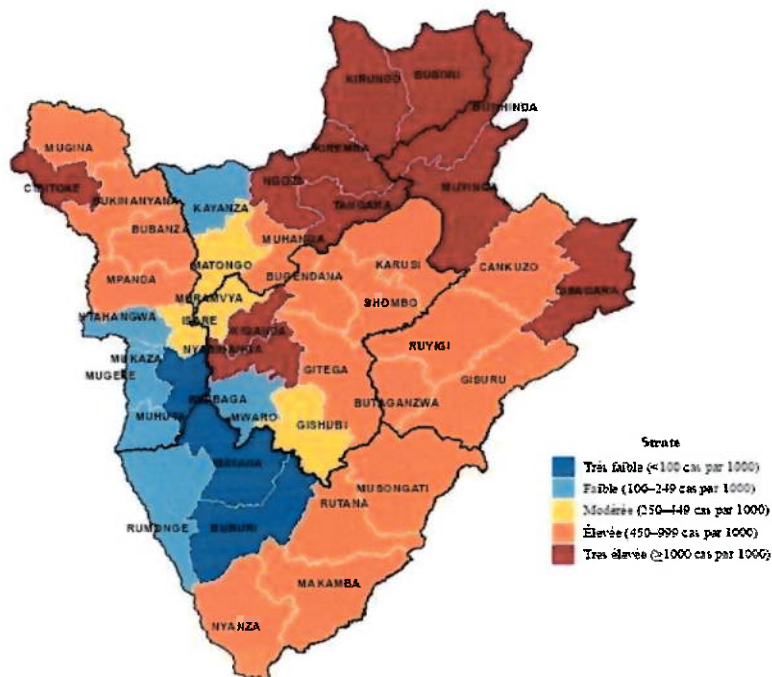


Figure 5: Stratification du paludisme au Burundi Chez les moins de 5 ans

II.1.2. Évolution de la morbidité et la mortalité du Paludisme

L'incidence du paludisme a connu une légère baisse dans la population générale comme chez les femmes enceintes entre 2021 et 2023 avec une légère hausse entre 2023 et 2024. Cependant, il faut remarquer que chez les enfants de moins de 5 ans, la diminution des cas a été plus importante après 2022 du fait probablement de la campagne de masse de MII réalisée la même année.

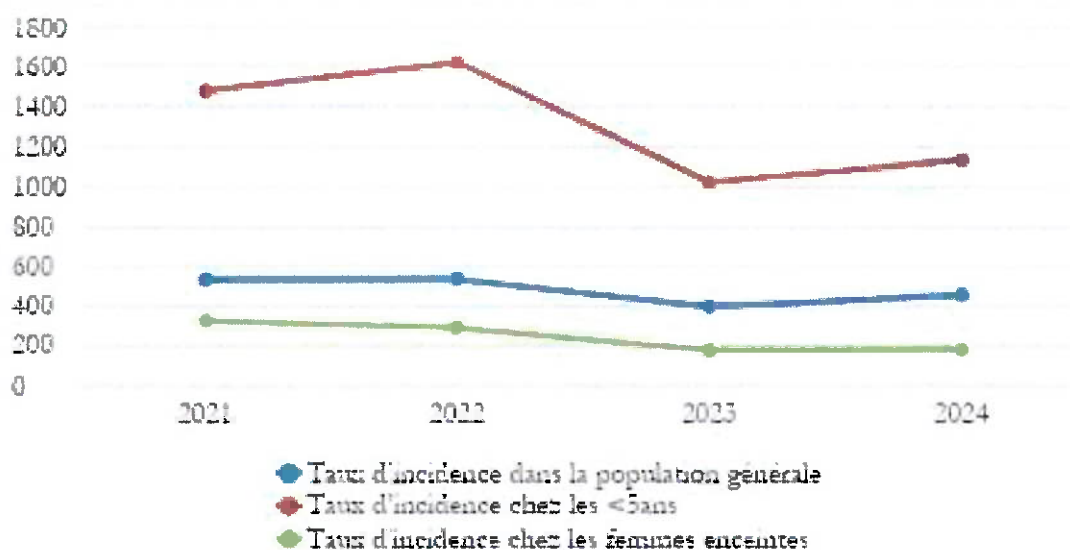


Figure 6: Évolution de l'incidence du paludisme présumé dans la population générale, chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans de 2021 à 2024 au Burundi

Il apparaît sur le tableau 4, que les enfants de moins de 5 ans portent environ entre 33% et 37% de la charge de la morbidité et environ 33% à 42% de celle de la mortalité liée au paludisme de tous les décès dus au paludisme entre 2021 et 2024.

Tableau 4: Évolution des cas et des décès liés au paludisme présumé par tranche d'âge 2021- 2024

Tranche d'âge	2021		2022		2023		2024	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Moins de 5ans	2 325 307	767	2 438 411	883	1 752 828	916	1 415 029	664
Ratio	39%	33%	37%	36%	33%	42%	38%	37%
Plus de 5ans	3 696 526	1 528	4 142 805	1 545	3 568 804	1 269	2 349 528	1 140
Ratio	61%	67%	63%	64%	67%	58%	62%	63%
Total	6 011 833	2 295	6 581 216	2 428	5 321 632	2 185	3 764 557	1 804

La mortalité liée au paludisme a progressivement diminué entre 2021 et 2023. Toutefois, une augmentation des décès a été notifiée entre 2023 et 2024, suivant la même tendance que celle du nombre de cas.



Figure 7: Taux de mortalité lié au paludisme pour 100 000 habitants de 2021 à 2024

Paradoxalement, entre 2022 et 2023, la létalité hospitalière n'a pas suivi la même évolution que le taux de mortalité globale lié au paludisme.

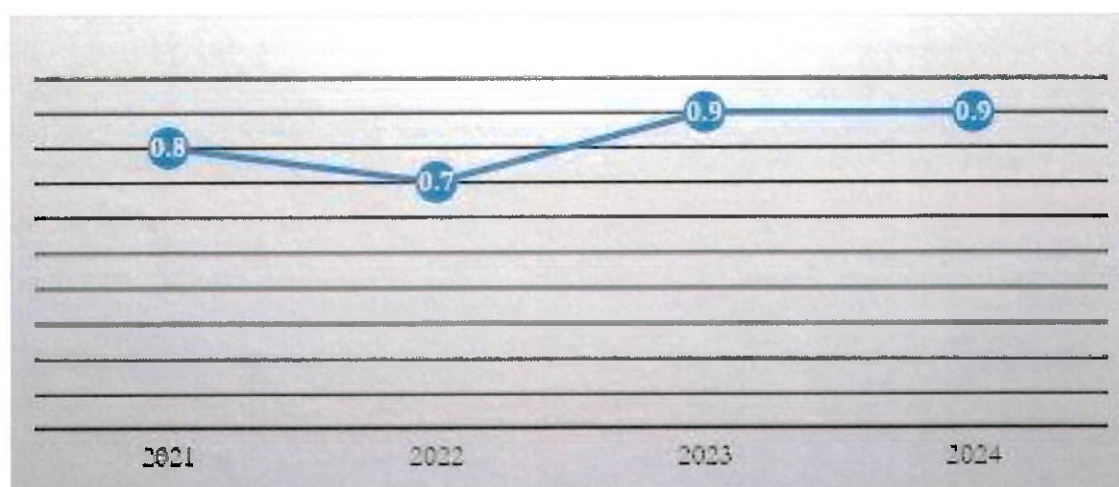


Figure 8: Létalité hospitalière attribuable au paludisme de 2021 à 2024

II.1.3. Parasites responsables du paludisme et vecteurs du paludisme

II.1.3.1. Les parasites responsables du Paludisme

Les données de l'EDSB III, 2016-2017 montrent que parmi les six espèces plasmodiales responsables du paludisme chez l'homme, trois existent au Burundi : *Plasmodium falciparum*, responsable des formes graves (81,6%), *Plasmodium malariae* (12,5%) et *Plasmodium Ovale* (5,8 %). Selon les données de l'enquête sur les indicateurs du paludisme (MIS 2012), 12 % des cas de paludisme sont des infections mixtes. Ces dernières sont constituées par le *P. falciparum* avec *P. malariae*, *P. falciparum* avec *P. Ovale* ou *P. malariae* et *P. ovale*⁴.

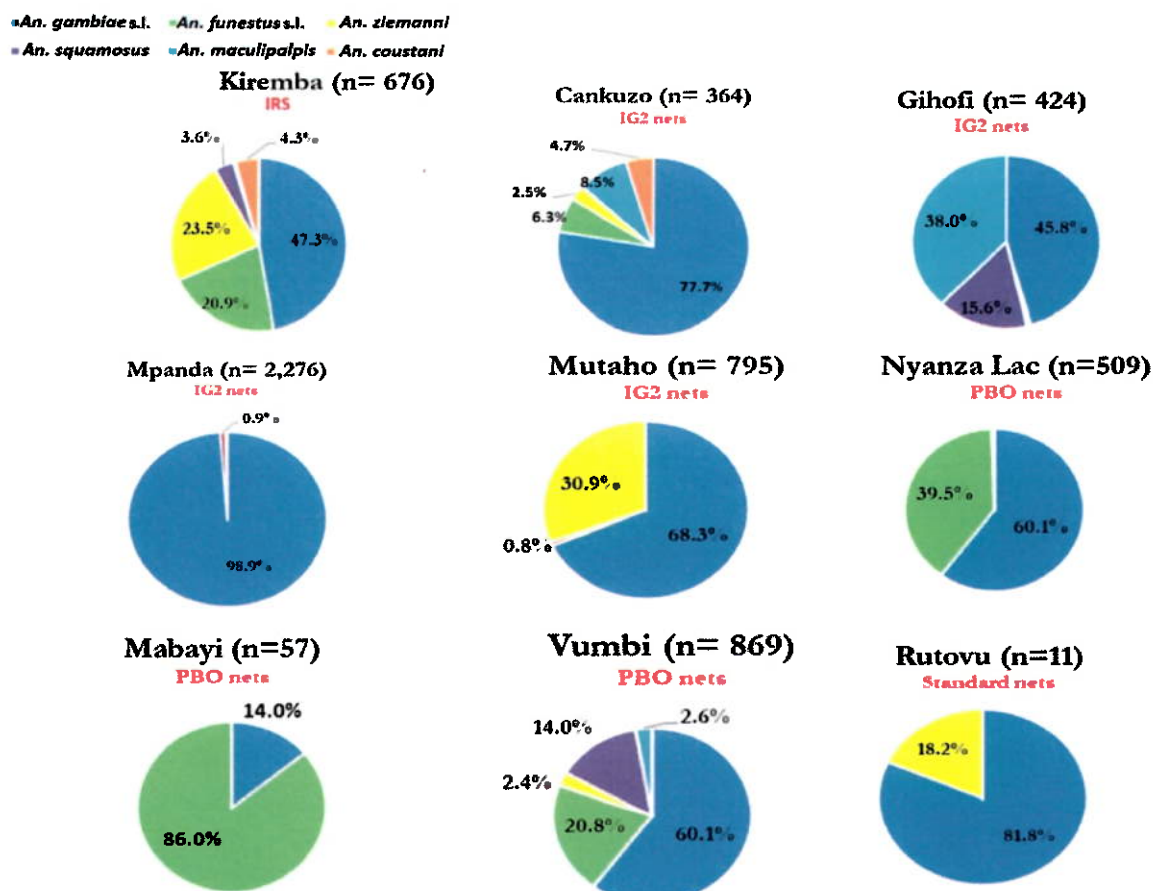
II.1.3.2. Répartition géographique des vecteurs dans les différents sites sentinelles de surveillance du paludisme

L'analyse de l'abondance vectorielle révèle, selon le rapport de la dernière enquête entomologique 2023, une hétérogénéité marquée de la présence d'*An. funestus s.l.*, qui perd sa position de deuxième vecteur principal dans plusieurs sites au profit de vecteurs secondaires, tandis qu'*An. gambiae s.l.* demeurerait le vecteur ultra-dominant partout :

- **Émergence de vecteurs secondaires** : Dans les sites IG2 (Cankuzo, Gihofi, Mutaho) et le site PID (Kiremba), *An. funestus s.l.* est supplanté par des espèces telles qu'*An. maculipalpis* ou *An. ziemanni*. Ce changement de tendance, amorcé pour certains sites dès 2018 ou 2022, rompt avec la prédominance historique du binôme *An. gambiae* / *An. funestus*.
- **Stabilité des sites PBO** : Contrairement aux sites IG2, les sites dotés de moustiquaires PBO ainsi que celui de Mpanda conservent une composition classique où les deux vecteurs majeurs restent prédominants.
- **Limites d'échantillonnage** : À Rutovu (moustiquaires standards), la faible densité de moustiques collectés (n=11) ne permet pas de dégager une tendance significative.

⁴ Enquête EDSB III, 2016-2017, MSPLS, 2016

Figure 9: Répartition spécifique des moustiques anophèles par site sentinelle



Source : Burundi 2021-2022 Entomological Report_Final Clean-4.pdf

II.1.4. Évolution du profil entomologique

Tendances des taux d'inoculation entomologique et du comportement des vecteurs :

Le risque de transmission du paludisme, calculé sous forme d'EIR (Indice d'Inoculation Entomologique) d'octobre 2022 à septembre 2023 à travers les sites sentinelles, est présenté à dans le tableau 5.

Tableau 5: Taux d'inoculation Entomologique observé dans les sites sentinelles

Month	Total collected	HBR	SPZ rates	Nightly EIR	Monthly EIR
October	414	2.88	0.00	0.00	0.00
December	901	6.26	0.00	0.00	0.00
February	546	3.79	0.00	0.00	0.00
April	611	4.24	0.02	0.08	2.27
June	450	3.13	0.03	0.08	2.44
August	213	1.66	0.02	0.04	1.07

12-month EIR	5.78
--------------	------

La transmission globale a été intense et, comme le montre la Figure 8, l'EIR était élevé en avril (2,27 piqûres infectantes/personne/mois (pi/p/m)) et en juin (2,44 pi/p/m), les périodes habituelles de forte transmission au Burundi. L'EIR cumulé estimé pour l'ensemble des sites sentinelles au cours de la période de collecte était de 5,78 piqûres infectantes par personne par semestre. Ce chiffre est très sensiblement inférieur à celui de la période 2021-2022, qui s'élevait à 43,95 piqûres infectantes par personne et par an.

L'EIR mensuel moyen pour *An. gambiae* s.l. (0,86 pi/p/m) était supérieur à l'EIR moyen pour *An. funestus* s.l. (0,10 pi/p/m) ($p=0,01$). Les piqûres infectantes d'*An. gambiae* s.l. n'étaient pas significativement différentes des EIR cumulés observés ($p=0,88$).

Situation et tendances de la répartition géographique et chimique de la résistance aux insecticides :

Selon le rapport récent 2022 à 2023 de la surveillance entomologique pour évaluer la sensibilité du vecteur local du paludisme aux insecticides utilisés dans la lutte antivectorielle au Burundi, l'*Anopheles gambiae* s.l. s'est révélé sensible à la plupart des insecticides testés, bien qu'une résistance possible ait été notée au bendiocarbe (Mabayi), à la perméthrine (Kiremba et Mpanda) et à l'alpha-cyperméthrine (Vumbi). Le vecteur était sensible aux insecticides prioritaires dans tous les sites : (1) sensibilité totale à la clothianidine et au chlorfénapyr à Kiremba, (2) sensibilité totale à la deltaméthrine à Nyanza-Lac, Mabayi, Vumbi et Rutovu, et (3) sensibilité totale à l'alpha-cyperméthrine et au chlorfénapyr à Cankuzo, Gihofi, Mpanda et Mutaho.

Le taux de mortalité à 24 heures (72 heures pour le chlorfénapyr) a toujours été inférieur à 5% dans les témoins, et aucun ajustement n'a été nécessaire via la formule d'Abbott. Dans l'ensemble, les résultats de cette année ne diffèrent pas significativement des schémas observés ces dernières années, indiquant soit une sensibilité totale, soit une très faible fréquence de résistance.

Tableau 6: Priorisation des tests de sensibilité

Interventions	Insecticide prioritized
IRS with Fludora Fusion: Kiremba	• Clothianidin (4µg per bottle) • Deltamethrin (0.05%)
PBO nets (Permanet3.0): Nyanza Lac, Mabayi, Vumbi	• Deltamethrin (0.05%)
IG2 nets: Cankuzo, Gihofi, Mpanda, Mutaho	• Alpha-cypermethrin (0.05%) • Chlorfenapyr (100µg per bottle)
Yorkool nets: Rutovu	• Deltamethrin (0.05%)

Tableau 7: Susceptibility of *An. gambiae* s.l. to Insecticides (2023)

	Clothianidin		Chlorfenapyr		Pirimiphos-methyl		Bendiocarb		Deltamethrin		Permethrin		Alpha-cypermethrin	
District	%	# Tested	%	# Tested	%	# Tested	%	# Tested	%	# Tested	%	# Tested	%	# Tested
Kiremba (IRS)	100 S	100	100 S	60	100 S	100	100 S	100	100 S	100	94.4 PR	90	100 S	100
Mabayi	100 S	80	100 S	80	100 S	100	96 PR	100	100 S	100	99 S	100	100 S	100
Mpanda	100 S	80	100 S	100	100 S	100	100 S	90	100 S	100	97 PR	100	100 S	100
Vumbi	100 S	80	-	-	-	-	-	-	100 S	100	98 S	100	96 PR	100
Nyanza Lac	-	-	100 S	100	-	-	-	-	100 S	100	100 S	100	100 S	100
Mutaho	-	-	100 S	100	-	-	-	-	-	-	-	-	100 S	100
Gihofi	-	-	100 S	100	-	-	-	-	100 S	100	-	-	100 S	100
Cankuzo	-	-	100 S	100	-	-	-	-	-	-	-	-	100 S	100
Rutovu	-	-	-	-	-	-	-	-	100 S	100	100 S	93	100 S	70

II.2. Performance du programme durant les cinq années du PSN

II.2.1. Niveau d'atteinte des Objectifs du PSN 2021-2027

La performance globale de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme est observée à travers les éléments du plan de suivi évaluation du programme. Les indicateurs de couverture et d'accès, des différentes mesures de prévention et de prise en charge du paludisme sélectionnés pour suivre la performance de la mise en œuvre ont progressé de façon significative entre 2021 et 2025. Pour le PSN 2021-2027, sur l'ensemble des 5975 activités planifiées, en tout 1631 ont été réalisées avec une performance brute 27% et une performance ajustée 41%.

Les performances de mise en œuvre par axe stratégique sont présentées dans le tableau 6. Globalement, le niveau de mise en œuvre du PSN a été faible que ce soit pour le PSN dans son ensemble ou pour les axes stratégiques pris séparément (<75%). Seul l'axe stratégique 3 concernant la lutte anti vectorielle a pu atteindre un taux de performance ajustée de 67% du fait de la réalisation des campagnes de distribution de masse (CDM) de 2022 et 2025.

Tableau 8: Taux de réalisation des activités par axe stratégique

Axes Stratégiques PSN		# activités Planifiées	# activités réalisées	Performance physique brute	Performance physique ajustée
Axe 1 : Renforcement des capacités institutionnelles du programme		225	149	66%	35%
Axe 2 : Amélioration de la gestion de l'approvisionnement et du stock		70	42	60%	40%
Axe 3 : consolidation des interventions de prévention (MIILDA, PID, TPIg)		700	257	37%	67%
Axe 4 : Renforcement du cadre de prise en charge		1529	254	17%	24%
Axe 5 : Amélioration des services offerts aux populations clés		27	13	48%	36%
Axe 6 : Renforcement du cadre de communication		2893	637	22%	40%
Axe 7 : Amélioration du cadre de surveillance		420	249	59%	40%
Axe 8 : Amélioration du cadre de suivi évaluation et recherche sur le paludisme		111	30	27%	47%
TOTAL PSN	Nombre d'activités planifiées	5975	1631	27%	41%
	% total d'activités	79%	21%		

II.2.2. Performance de la mise en œuvre des plans d'actions annuels

De 2021 à 2025, le taux net de réalisation des activités programmées dans les différents plans d'actions annuels a varié de 64,3% en 2022 à 77,2 % en 2023. Le taux total net de réalisation des activités est de 72,8% pour la période. L'année qui a connu un taux net d'exécution relativement faible est 2022. Pour cette année le taux enregistré est en dessous de 65%.

En ce qui concerne le taux brut, il a évolué de 64,3% à 79,1%. Le total pour l'ensemble des années est de 74,3%.

Pour le Plan d'action annuel 2025, sur 158 activités planifiées, 125 sont réalisées ou sont en cours de réalisation, soit un taux brut de 79,1%. Les activités totalement réalisées sont au nombre de 111 soit un taux de 70,2% de l'ensemble des activités programmées. Celles en cours de mise en œuvre sont au nombre de 14, soit un taux de 8,8% du total des activités prévues dans le PAA 2025.

Tableau 9: Performance de la mise en œuvre physique des activités des PAA, 2021- 2025

Années	Activités prévues PAA (2)	Nbre activités réalisées (3)	Taux net de réalisation (4) = (3)/(2)	Nbre de activités en cours (S1) (5)	Taux brut de réalisation (6) = (3+5)/(2)	Importance relative % (7) = (3)/ (Total activités réalisées)
2021	171	129	75,4%	0	75,4%	100%
2022	174	112	64,3%	0	64,3%	100%
2023	198	153	77,2%	0	77,2%	100%
2024	193	146	75,6%	0	75,6%	100%
2025	158	111	70,2%	14	79,1%	100%
Total	894	651	72,8%	14	74,3%	100%

Source : Évaluation PAA PNLP 2021-2022-2023 -2024-2025

II.2.3. Performance de la gestion du programme

La revue du programme 2021-2025 a mis en évidence des efforts soutenus en matière d'organisation et de coordination du programme. Toutefois, la performance globale dans ce domaine demeure limitée par des contraintes persistantes liées aux capacités institutionnelles et managériales, affectant la planification opérationnelle, le suivi rapproché des activités et la coordination entre les différents niveaux du système de santé. Le niveau de performance dans la gestion et la coordination du programme reste toujours faible malgré les progrès notés ces dernières années. Au niveau national, il faut toujours noter la part très faible du budget de l'État dédiée à la santé en générale et au paludisme en particulier, en-deçà des engagements de la Déclaration d'Abuja. Aucun financement n'est documenté au niveau provincial et district sur la période 2021-2025, avec une dépendance quasi totale aux partenaires (FM, PMI, OMS, PNUD). L'amélioration de la gestion financière avec l'acquisition du logiciel de gestion financière et comptable sera un gage de succès dans le cadre de la reddition des comptes comme souhaité par l'État et les Partenaires au Développement.

II.2.4. Performance de la gestion des achats et du stock (GAS)

La GAS en matière de lutte contre le paludisme est bien assurée par le PNLP, qui s'appuie sur les structures du Ministère de la Santé Publique et ses partenaires pour l'exécution de cette fonction. Si les missions d'achat, de stockage, de régulation et de distribution menées avec la CAMEBU et l'ABREMA garantissent une disponibilité théorique des produits sur tout le territoire, on observe des ruptures quasi permanentes au niveau périphérique. Cette situation est fortement aggravée par la pénurie récurrente de carburant, qui handicape lourdement le transport des intrants vers les structures de soins. Par ailleurs, bien que le Système d'Information et de Gestion Logistique (SIGL) ait été renforcé, l'absence d'analyse des données logistiques au niveau des Districts Sanitaires et des FOSA limite encore sa fonctionnalité optimale et la réactivité du système.

Malgré les mécanismes existants de gestion des approvisionnements, la performance dans ce domaine reste variable. Des difficultés persistantes dans la planification, la coordination logistique et le suivi des stocks ont limité la disponibilité continue des intrants, en particulier au niveau périphérique, avec un impact sur la mise en œuvre des interventions.

II.2.5. Performance de la Consolidation du cadre de prévention avec trois domaines des prestations (MII, PID et TPIg)

La consolidation du cadre de prévention du paludisme au Burundi entre 2021 et 2025 montre des performances hétérogènes selon les interventions. La distribution et l'utilisation des MII, notamment chez les femmes enceintes, atteignent des niveaux élevés et conformes aux cibles du PSN, traduisant une bonne intégration des services de prévention aux CPN. En revanche, la couverture du TPIg 3 demeure insuffisante et inférieure aux cibles du PSN, en raison des contraintes liées à la consultation prénatale tardive, à des facteurs socioculturels, d'insuffisances opérationnelles (faible planification des activités de suivi et d'intégration des services..) visant à améliorer la performance.

La performance des interventions de prévention apparaît contrastée selon les modalités. Si certaines interventions ont atteint des niveaux de couverture satisfaisants, des défis persistent en matière de continuité, notamment, la surestimation des cibles pour le cas de la stratégie de la distribution continue, le ciblage géographique et d'adhésion des populations, limitant l'impact global attendu de ces stratégies.

La distribution continue réalisée depuis Octobre 2022 dans les districts sanitaires Ngozi et Giteranyi n'a pas montré son impact sur la réduction des cas de paludisme.. Le retard de démarrage, l'utilisation des moustiquaires standards, les difficultés d'approvisionnement liés à la complexité du circuit des MII jusqu'au bénéficiaire, l'insuffisance de financement alloué au suivi des activités, l'inadéquation des moyens logistiques des districts pour rendre disponible les MII dans les CDS ont, jusqu'ici, handicapé la mise en œuvre de cette stratégie.

II.2.6. Performance de la prise en charge

La revue du programme révèle une baisse encourageante de l'incidence du paludisme passant de 537,6 pour 1 000 en 2021 à 458,3 pour 1 000 en 2024 malgré un taux de performance ajusté de 24 % et un taux brut de 17 %. Cependant, la prise en charge reste freinée par des contraintes opérationnelles majeures, notamment les ruptures de stock répétitives d'intrants à tous les niveaux qui compromettent l'exactitude des données, l'insuffisance des ressources pour les formations et le suivi sur le terrain ainsi que les difficultés de rapportage dans les hôpitaux liées au retard d'intégration de la CIM-11.

Pour garantir une couverture effective, il est donc impératif de renforcer la gestion logistique, l'harmonisation du système d'information sanitaire et la supervision des différents niveaux de soins.

II.2.7. Performance de l'amélioration des services offerts aux populations clés

La revue du programme a mis en évidence une reconnaissance institutionnelle de l'importance des populations clés dans la lutte contre le paludisme, notamment à travers la désignation d'un point focal dédié. Toutefois, la mise en œuvre des interventions ciblant ces populations demeure limitée, en raison de l'insuffisance des mécanismes de coordination, des moyens financiers, de planification opérationnelle et de suivi spécifiques. Les cadres de concertation avec les partenaires et les acteurs communautaires restent peu structurés, et l'absence de collaboration transfrontalière formalisée constitue une contrainte majeure dans les zones frontalières. Ces constats soulignent la nécessité de renforcer le cadrage stratégique, la coordination et le suivi des interventions en faveur des populations clés.

II.2.8. Performance de l'amélioration de la surveillance

La revue montre que le système de surveillance épidémiologique du paludisme est opérationnel et intégré au dispositif national de surveillance des maladies à potentiel épidémique. Toutefois, sa performance demeure limitée par des contraintes persistantes liées à la qualité des données, à la mise à jour et à l'utilisation des seuils épidémiques, à l'insuffisance des capacités techniques et à la faible opérationnalisation des mécanismes de coordination multisectorielle. Au cours de la période 2021–2025, des actions de riposte ont été mises en œuvre dans certains districts à forte charge de morbidité, notamment à Kirundo et Vumbi. Ces interventions traduisent l'existence de capacités de réaction, tout en soulignant la nécessité de renforcer l'anticipation, l'analyse des données et la coordination afin d'améliorer la gestion des situations à risque épidémique.

II.2.9. Amélioration du cadre de suivi-évaluation et recherche sur le paludisme

La revue a mis en évidence que le PNLP dispose des principaux outils normatifs nécessaires au fonctionnement du suivi-évaluation, notamment un plan de suivi-évaluation et des outils de collecte des données. Toutefois, ces outils restent sous-exploités et insuffisamment intégrés, en particulier entre le DHIS2, les données issues des interventions de LAV et celles de la surveillance entomologique. Le renforcement du système de suivi-évaluation nécessite une

meilleure opérationnalisation du plan de suivi-évaluation à tous les niveaux, une utilisation plus systématique des données pour la prise de décision, ainsi qu'une amélioration de la coordination et de l'intégration des différentes sources d'information.

II.2.10. Niveau d'atteinte des indicateurs du cadre performance

La performance globale de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme est observée à travers les éléments du plan de suivi évaluation du programme. Les indicateurs de couverture et d'accès, des différentes mesures de prévention et de prise en charge du paludisme, sélectionnés pour suivre la performance de la mise en œuvre ont évolué de façon significative entre 2021 et 2025.

Tableau 10: Évolution des indicateurs du cadre de Performance 2021 à 2025

Indicateurs	2020 Données de Base (Annuaire Statistique)	2021	2022	2023	2024
Incidence des cas confirmé du paludisme tous cas confondus pour 1000 habitants	470,4	537,6	539,7	399,1	458,3
Taux d'incidence du paludisme pour 1000 habitants chez les <5ans	1353,2	1478,2	1619,5	1025,6	1136,6
Taux d'incidence du paludisme pour 1000 habitants chez les >5ans	314	415,3	431,9	262,5	334
Proportion des consultations dues au paludisme	27%	31,4%	32,9%	20,9%	25,4%
Nombre de cas de paludisme hospitalisés pour 10 00 habitants par an	238,7	254,66	250,83	158,08	193,61
Taux d'incidence du paludisme pour 1000 habitants chez les femmes enceintes	303,2	328,1	291,2	174,6	177,2
Taux de mortalité lié au paludisme dans les FOSA pour 1000 Habitants	27,7	20,5	18,9	13,8	16,3
Taux de positivité des tests de diagnostic du paludisme (Microscopie et/ou TDR) chez les patients (externes et hospitalisés)	52,4	49,6	53,9	53,7	52,4
Létalité hospitalière attribuable au paludisme	1,1	0,8	0,7	0,9	0,9
Proportion de cas de paludisme simple confirmés ayant reçu un traitement antipaludique conformément à la politique nationale dans les FOSA (%)	92,2	97,7	98,1	94,3	97
Proportion de femmes ayant reçu au moins 3 doses de TPI _g au cours des CPN durant leurs grossesses	57,0	50,5	58,8	80,3	52,0
Taux de possession des MII dans les ménages	Évaluation post campagne 2022		89,5		
Pourcentage de la population ayant dormi sous moustiquaires	Évaluation post campagne 2022		91,4		

% d'enfants < 5 ans dormant sous MII	Évaluation post campagne 2022		93,3		
% de femmes enceintes dormant sous MII	Évaluation post campagne 2022		94,9		
Pourcentage de cas suspects de paludisme soumis à un test de diagnostic de paludisme (TDR ou microscopie)		99,9	99,9	99,9	99,9

II.3. Analyse des FFOM de la mise en œuvre de la lutte antivectorielle

II.3.1. Renforcement des Capacités institutionnelles du programme

- *Limites et propositions d'amélioration*

Faiblesses	Propositions d'amélioration
• Ressources nationales pour la lutte contre le paludisme limité ; • Faible couverture des interventions clés (MII de la DC -TPIg etc.....) • Retard dans la distribution des intrants à tous les niveaux (MII - ACT-TDR) • Données épidémiologiques, logistiques et financières incomplètes et non à jour • Faible implication de certaines populations dans la lutte contre le paludisme • Résistance des vecteurs aux insecticides dans certaines zones • Dépendance excessive aux fin ; • manque de structuration formancements extérieurs ; • Diminution croissante du financement extérieure de certains espaces de coordination. • Irrégularité des réunions de coordination, en particulier avec les partenaires et les niveaux décentralisés. • Circulation de l'information perfectible entre les services du niveau central, provincial et district, affectant parfois la réactivité opérationnelle. • Le problème de la qualité des données qui conduit à la multiplicité des outils de gestion et de rapportage utilisés par les partenaires, limitant l'harmonisation et l'analyse consolidée des performances.	• Renforcement de la gouvernance et de la coordination ; • Améliorer la planification budgétaire basée sur les résultats • Créer un cadre régulier de concertation avec les partenaires au développement • Optimisation de la gestion financière • Former les gestionnaires aux règles de passation de marchés et la gestion accès sure les résultats • Suivre trimestriellement l'exécution budgétaire avec des ajustements rapides • Renforcer des réunions trimestrielles sur la qualité des données en collaboration avec la DSNIS et les partenaires au

• Implication encore limitée des secteurs connexes (autres ministères, secteurs sociaux) dans une approche multisectorielle de lutte contre le paludisme. • Instabilité du personnel du PNLP	développement • Organiser des réunions de coordination transfrontalière entre le Burundi et ses pays voisins.
---	---

• **Principaux Défis pour la période 2026-2030 et actions correctrices**

- Gouvernance et gestion financière : Renforcer les mécanismes de coordination institutionnelle et l'efficacité de la gestion budgétaire du programme.
- Pilotage de la performance : Garantir la mise en œuvre effective des recommandations issues des revues de performance pour une amélioration tangible des indicateurs de lutte contre le paludisme.
- Capital humain : Assurer la disponibilité et la montée en compétences d'un personnel qualifié, en adéquation avec les besoins opérationnels du terrain.
- Coordination transfrontalière de la lutte contre le paludisme : organiser des réunions de coordination avec les pays voisins, favoriser la création d'accords formels (Mémoire d'entente) de partage de données entre les programmes nationaux de lutte contre le paludisme.

II.3.2. Consolidation du cadre de prévention

• **Limites et propositions d'amélioration**

Faiblesses	Propositions d'amélioration
• Suspension de mise en œuvre de la PID depuis 2025 pour l'efficacité des interventions à haut impact (PID remplacée par les MII), • Manque de financement pour l'appui des activités de surveillance entomologique et de la PID • Absence de formation/recyclages du personnel sur la surveillance entomologique • Faible capacité technique du PNLP en matière de la surveillance entomologique • Les groupements spéciaux pour la DCC ne sont pas pris en compte dans les planifications	• Maintenir la PID en dehors des campagnes MII: mener la PID dans un contexte de prévention de flambées épidémiques (dans les communes où l'incidence est supérieure à 2000 cas/1000 habitants) et dans un cadre de maîtrise des cas • Redynamiser la surveillance entomologique dans les 08 sites existants (enquêtes entomologiques mensuelles) ; • Renforcer les capacités du personnel du programme et du niveau opérationnel sur la surveillance entomologique, • Intégrer les groupements spéciaux pour la DCC ; • Assurer l'approvisionnement des MII

• Circuit parallèle des MII de la DCC (le circuit des MII de la DCC est différent de celui des autres produits de santé) • Absence des données entomologiques au niveau du programme • Absence des MII dans la communauté en dehors des campagnes et DCC • Courte durabilité des moustiquaires dans les ménages; • Résistance croissante des vecteurs du paludisme aux insecticides ; • Changement de comportement des vecteurs qui piquent en dehors des maisons (50%). • Absence de mécanismes de destruction des MII usagées issues de la campagne et de la DCC • Absence du plan de suivi des recommandations issues des missions des supervisions ce qui impacte la mise en oeuvre correctrice des mesures correctrices	de DCC et des MII de routine à partir de la CAMEBU) • Mettre en place une stratégie préventive adaptée aux piqûres extra domiciliaires (gestion des gîtes larvaires,déploiement des émanateurs spatiaux etc). • Redynamiser le service de surveillance entomologique ; • Intégrer les données de la surveillance entomologique dans le DHIS2 • Elaborer une stratégie de gestion des MII usées • Elaborer une stratégie de marketing social • Collaborer avec le PNSR pour la mise en oeuvre des CPN de groupes dans le but d'améliorer la couverture en TPIg • Améliorer la qualité des données via un suivi mensuel et aussi des réunions trimestrielles • Mettre en place un plan de suivi de recommandation afin d'assurer la mise en œuvre effective des actions correctives et l'amélioration continue des performances
---	--

• **Principaux Défis pour la période 2026-2030 et actions correctrices**

- Pérennisation du financement : Garantir la disponibilité durable des ressources pour les interventions clés, telles que la surveillance entomologique, les campagnes d'aspersion (PID), ainsi que l'approvisionnement continu en moustiquaires (MII) et en traitements préventifs (SP) la sulfadoxine-pyriméthamine
- Faible capacité fonctionnelle de l'insectarium de Gihanga: Renforcer le fonctionnement de l'insectarium de Gihanga
- Faible capacité technique du PNLP en matière de la surveillance entomologique: · Doter le PNLP de deux personnes expertes en entomologie pour suppléer l'expertise internationale antérieurement octroyée par PMI.
- Sécurité sanitaire et surveillance vectorielle : Réactiver et renforcer la surveillance entomologique face aux menaces émergentes, notamment l'introduction d'*Anophèles stephensis* et la circulation de *Plasmodium vivax*.
- Accessibilité et équité universelle dans l'offre des outils de prévention: la couverture ainsi que l'utilisation des MII distribuées en campagne ou dans la routine accuse un gap, elle n'est pas à 100% pour la disponibilité et l'utilisation n'est pas satisfaisante. Le pays compte susciter la demande des MII au sein de la population en mettant en place l'approche de marketing social et la stratégie de distribution des MII par le canal scolaire.

- Optimisation de la prévention : Accroître la couverture des interventions préventives et l'utilisation effective des moyens de protection. Cela implique de renforcer l'adhésion au TPIg3 chez les femmes enceintes via les CPN de groupes, tout en intensifiant la chimioprévention à base de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) chez les enfants de moins de 5 ans et en promouvant l'usage systématique des MII au sein des ménages.
- L'évidence de l'existence des moustiques qui piquent en dehors des ménages ou très tôt dans la soirée : élaborer et mettre en œuvre la stratégie de lutte antilarvaire (gestion des gîtes larvaires), utilisation des appâts sucrés toxiques attractifs etc.
- Destruction des MII usées de la CDM et de la DCC: Élaborer une stratégie de gestion des MII usées afin d'assurer la sécurité sanitaire et environnementale de la population.
- Absence de suivi des recommandations : Élaborer un plan de suivi des recommandations afin de garantir que les mesures correctrices sont effectivement mises en œuvre.
- Faible couverture de la TPI3 chez les femmes enceintes : Introduire la nouvelle stratégie du TPIg au niveau communautaire dans les 4 DS du Fonds Mondial pour booster la performance.

II.3.3. Prise en Charge des cas

- *Limites et propositions d'amélioration*

Faiblesses	Propositions d'amélioration
• Retard de mise en oeuvre de l'étude- d'Efficacité Thérapeutique (TET) ; • Non -respect des DNLN particulièrement dans le secteur privé; • Rupture de stock de certains d'intrants au pays ; • Manque de financement pour rendre opérationnel la PECADOM dans les 6 districts restants; • Insuffisance des supervisions formatives au niveau communautaire ; • Insuffisance des financements pour la mise en œuvre des certaines activités ; • • Faible qualité des données logistiques et épidémiologiques • Le contrôle qualité du diagnostic fait irrégulièrement, • faible adhésion aux procédures opérationnelles standards (POS) du diagnostic biologique • du Absence du plan de suivi des recommandations issues des missions de supervision	• Mobiliser les ressources financières pour la réalisation des TET selon la périodicité recommandée • Renforcer les capacités des prestataires de santé (Secteur public et privé) et des agents de santé communautaires sur l'application des directives nationales de lutte contre le paludisme, • Consolider les bonnes pratiques de confirmation biologique des cas de paludisme avant tout traitement, conformément aux directives nationales en vigueur ; • Poursuivre et consolider la mise à échelle de l'approche PECADOM dans les districts sanitaires, en tenant compte des capacités opérationnelles et des priorités programmatiques ; • Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de prise en charge du paludisme, en cohérence avec

	l'organisation des services de santé et les mécanismes existants; • Mettre en place un plan de suivi de • recommandation afin d'assurer la mise en œuvre effective des actions correctives et l'amélioration continue des performances
--	--

● **Principaux Défis pour la période 2026-2030 et actions correctrices**

- Sécurisation de la chaîne d'approvisionnement : Garantir la disponibilité continue des intrants de diagnostic et de traitement, afin d'éliminer les ruptures de stock récurrentes dans les formations sanitaires et au niveau communautaire.
- La stratégie de prise en charge au niveau communautaire: mobiliser les partenaires au développement pour soutenir les interventions communautaires
- Renforcement du diagnostic biologique : Renforcer les capacités de confirmation microscopique,
- Optimisation de l'Assurance Qualité : Institutionnaliser un système d'assurance qualité robuste,
- Renforcement de la Veille Sanitaire : Consolider le système opérationnel de pharmacovigilance, le contrôle qualité des médicaments et la surveillance continue de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques.
- Faire un plaidoyer auprès du MSP et des partenaires au développement pour l'appui au secteur privé dans la mise en œuvre des directives au niveau du secteur privé.
- Opérationnalisation du plan de suivi : Élaborer un plan de suivi des recommandations afin de transformer les audits en actions correctrices concrètes.

II.3.4. Gestion des Achats et des Stocks

● **Limites et propositions d'amélioration**

Faiblesses	Propositions d'amélioration
• Insuffisance de la logistique pour assurer la distribution des intrants au niveau des BDS; • Faible qualité des données logistiques • Irrégularité dans la réalisation de l'assurance qualité post-achat (au niveau pays) non effectuée • Conditions de stockage non optimales • Pharmacovigilance non assurée les médicaments antipaludiques • Rupture de stock de certains d'intrants	• Renforcer les systèmes d'information logistique afin d'améliorer la planification, la quantification, le suivi et la disponibilité des intrants antipaludiques ; • Renforcer et structurer les mécanismes nationaux de contrôle de qualité des produits de santé, en cohérence avec les dispositifs existants • Redynamiser le système de pharmacovigilance .

au pays dû au retard de livraison • Absence de planification préalable des stocks d'intrants antipaludiques pour soutenir efficacement la riposte aux flambées du paludisme.	• Mettre en place un système de prévision et de gestion anticipée des stocks d'intrants antipaludiques pour la riposte aux flambées du paludisme
---	--

• **Principal défis pour la période 2026-2030 et action correctrice**

- Sécurisation de la chaîne d'approvisionnement pour garantir la disponibilité permanente des intrants antipaludiques dans les formations sanitaires et au niveau communautaire.
- Renforcement des capacités des gestionnaires de pharmacie en matière de gestion de la chaîne logistique.
- Mobilisation des partenaires pour l'appui continue des études d'efficacité des médicaments.
- Instauration d'un circuit d'approvisionnement distinct pour les intrants antipaludiques entre les CDS et les agents de santé communautaires afin de garantir leur disponibilité continue, réduire les ruptures et renforcer l'efficacité de la lutte contre le paludisme.
-
- Élaboration d'un plan d'approvisionnement d'urgence pour garantir la disponibilité lors des ripostes épidémiques.

II.3.5. Renforcement du cadre de communication

• **Limites et propositions d'amélioration**

Faiblesses	Propositions d'améliorations
• Faible implication du secteur privé dans la communication pour la prévention du paludisme • Insuffisance dans le suivi des activités de communication • Absences de cadre de coordination multisectorielle de lutte contre le paludisme • Insuffisance des ressources pour pérenniser les interventions • Faible participation du niveau communautaire • Usages des moustiquaires à d'autres fins autres que la prévention du Paludisme • Les rumeurs et certaines croyances religieuses qui	• Renforcer les capacités des intervenants communautaires et du personnel impliqué dans les activités IEC/CSC, notamment en communication pour le développement (C4D) ; • Améliorer la coordination et le suivi des interventions de communication, afin d'assurer une meilleure cohérence et complémentarité entre les acteurs ; • Actualiser la cartographie des intervenants en communication pour améliorer la planification et le ciblage des activités ; • Promouvoir le dialogue communautaire comme levier central pour renforcer l'adhésion des

prêchent la guérison du paludisme par la prière. • Faible implication des prestataires privés (pharmacies et cliniques) dans le respect des protocoles nationaux de diagnostic (TDR) et de traitement (CTA). • Déficit d'intégration des données du secteur privé dans le système national de surveillance épidémiologique. • Insuffisance des mécanismes de participation communautaire au-delà des seuls agents de santé communautaire (ASC). • Faible mobilisation des leaders d'opinion et des structures confessionnelles dans les stratégies de prévention et de prise en charge. • Non-alignement opérationnel avec les recommandations stratégiques du « Big Push » (Pilier 2) concernant l'engagement du secteur privé. • Persistance de barrières religieuses avec des courants prêchant la guérison par la seule prière au détriment du recours aux soins.	populations aux mesures de prévention et de prise en charge du paludisme ; • Renforcer les capacités des cliniques et pharmacies privées pour l'usage systématique des TDR et le respect des protocoles CTA nationaux ; • Garantir la remontée systématique des informations sanitaires du secteur privé dans le système national (DHIS2) pour une visibilité épidémiologique totale ; • Mobiliser les leaders d'opinion, les organisations confessionnelles et les associations locales au-delà du rôle des seuls agents de santé communautaire ; • Aligner l'implication du secteur privé et de la société civile sur les piliers du Big Push et les directives de haut niveau sur l'engagement communautaire. • Documenter et approfondir l'analyse des déterminants socioculturels des comportements, en vue d'éclairer l'adaptation des stratégies de communication. • Déterminer et exploiter les nouveaux canaux de communication les plus utilisés.
---	---

• **Principaux Défis pour la période 2026-2030 et actions correctrices**

- Gouvernance de la communication : Harmoniser et coordonner les interventions d'IEC/CSC (Information, Éducation, Communication /Changement Social et Comportemental) à tous les échelons du système de santé.
- Adaptation des supports et outils : Développer et diversifier les matériels de communication pour garantir une adéquation avec les contextes locaux et les spécificités des groupes cibles.
- Renforcement du capital humain : Doter le programme de ressources humaines qualifiées et dédiées à la communication et à la mobilisation sociale, avec un accent particulier sur le renforcement du pilotage au niveau central.

II.3.6. Amélioration de la surveillance

- *Limites et propositions d'amélioration*

Faiblesses	Propositions d'améliorations
• Insuffisance de personnel formé aux méthodes avancées d'analyse et de modélisation ; • Manque d'outils informatiques dédiés à la modélisation au niveau du programme ; • Qualité insuffisante des données produites ; • Insuffisance de financement des activités de surveillance et de riposte ; • Manque d'une plate-forme fonctionnelle d'analyse multisectorielle ; • Faible appropriation des activités de riposte par certains districts sanitaires ; • Faible détection précoce des cas au niveau opérationnel. • Absence de capacités de détection aux frontières	• Renforcer les capacités techniques du personnel par des formations certifiantes en modélisation épidémiologique et analyse de données complexes ; • Doter le programme de logiciels spécialisés ; • Standardiser les procédures de collecte et institutionnaliser des audits de qualité des données (DQA) à tous les niveaux ; • Plaidoyer pour la mobilisation de ressources additionnelles et sécuriser des lignes budgétaires pérennes pour la sécurité sanitaire ; • Développer et opérationnaliser une plateforme numérique intégrée pour la centralisation et l'analyse croisée des données santé/climat/environnement ; • Assurer une appropriation des activités de riposte aux équipes cadres de district (ECD) via des contrats de performance et un coaching technique de proximité • Finaliser le processus de conception du NMDR afin de faciliter son exploitation pour le suivi quotidien. • Optimiser le système d'alerte précoce par l'intégration de la surveillance communautaire digitale et le soutien aux diagnostics rapides, en s'appuyant notamment sur les données en temps réel générées par Malariya Pi dans les zones de déploiement (suivi du taux de positivité, type de TDR utilisé, concordance diagnostique) pour enrichir la détection précoce des anomalies épidémiologiques et des problèmes de chaîne d'approvisionnement. • Installer et équiper des postes de contrôle sanitaire • aux points d'entrée (PoE) stratégiques pour le dépistage systématique des populations mobiles.

II.3.7. Amélioration du cadre de suivi-évaluation et recherche

- *Limites et propositions d'amélioration*

Faiblesses	Propositions d'améliorations
- Irrégularité dans la réalisation des enquêtes, audits et évaluations programmées - Absence d'un plan national de recherche sur le paludisme ; - Manque d'interopérabilité entre le SNIS et les autres plates-formes utilisées dans la lutte contre le paludisme (TSINDA Malaria, Kobo Collect, Medexis, etc.) ; - Insuffisance d'indicateurs clés liés au paludisme dans le SNIS ; - Faible intégration des données multisectorielles (agriculture, mines, environnement, urbanisme,...) dans la planification et l'orientation des interventions de lutte contre le paludisme ; - Faible réactivité au feed-back sur l'analyse des données transmis du niveau central vers les niveaux intermédiaire et périphérique ; - Insuffisances dans l'interprétation, l'analyse et l'utilisation des données relatives au paludisme pour la prise de décision ; - Suivi insuffisant des indicateurs du paludisme, y compris ceux liés aux nouvelles stratégies mises en œuvre ; - Faible suivi de la mise en œuvre des recommandations et des plans d'amélioration de la qualité des données issus des missions de supervision et de coordination ; - Coordination insuffisante des activités, entravant parfois la mise en œuvre efficace des plans établis.	- Élaborer un plan national de recherche sur le paludisme qui guide les priorités de recherche, favorise la collaboration et facilite le financement de projets de recherche pertinents ; - Promouvoir et mettre en œuvre des protocoles d'interopérabilité entre le SNIS et les autres plates-formes utilisées dans la lutte contre le paludisme (comme Malaria Pi/Audere Health Pulse AI, TSINDA Malaria, Kobo Collect, Medexis,...) afin d'assurer un échange fluide de données ; - Utiliser les données de routine et multisectorielles tels que l'agriculture, les mines, l'environnement et l'urbanisme dans le cadre de la planification des interventions de lutte contre le paludisme ; - Établir des mécanismes clairs pour garantir que le feed-back sur l'analyse des données transmis du niveau central aux niveaux intermédiaires et périphériques soit pris en compte rapidement et efficacement ; - Former/renforcer les capacités des acteurs concernés sur l'interprétation et l'analyse des données relatives au paludisme afin de renforcer leur capacité à utiliser ces données pour la prise de décision stratégique ; - Mettre en place un système de suivi régulier des indicateurs liés au paludisme, y compris ceux relatifs aux nouvelles stratégies mises en œuvre ; - Assurer le suivi systématique des recommandations et des plans d'amélioration de la qualité des données issus des missions de supervision et de coordination ; - Renforcer la coordination structurée et régulière des activités de lutte contre le paludisme afin de faciliter la mise en œuvre

Faiblesses	Propositions d'améliorations
- Faible coordination des activités planifiées. - Absence du plan de suivi des recommandations issues des missions des supervisions ce qui impacte la mise en oeuvre correctrice des mesures correctrices - Absence du plan d'amélioration de la qualité des données - Absence des groupes de travail technique transfrontalier sous la direction des PNLP	efficace des plans établis et d'éviter les chevauchements ou les lacunes. - Renforcer la qualité des données à travers un suivi mensuel et l'organisation de réunions trimestrielles en collaboration avec la DSNIS et les partenaires aux développement - Mise en place d'un groupe de travail technique transfrontalier - Réunions annuelles conjointes de planification et d'évaluation pour suivre les progrès et aligner les stratégies

● **Principaux Défis pour la période 2026-2030 et actions concrètes**

- Pérennisation de la surveillance : Garantir la régularité des enquêtes épidémiologiques et sécuriser la continuité de la surveillance entomologique pour anticiper les risques de résurgence ou d'émergence.
- Transformation digitale et Interopérabilité : Renforcer le Système d'Information Sanitaire (SNIS) en assurant l'interopérabilité entre les différentes plates-formes de données pour une vision intégrée de la lutte.
- Culture de la donnée et Aide à la décision : Promouvoir l'utilisation systématique des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour orienter les choix stratégiques et opérationnels.
- Qualité et Fiabilité de l'information : Améliorer l'exhaustivité, la promptitude et la validité des données collectées afin de disposer d'indicateurs de performance robustes.
- Gouvernance Multisectorielle : Institutionnaliser une coordination et une intégration multisectorielle (Approche "One Health") pour une réponse globale et concertée contre le paludisme.
- Intégration et Synergie des interventions : Réussir la transition vers un modèle de prestations intégrées (Vaccin, MII, Nutrition) pour maximiser l'efficacité opérationnelle et renforcer les soins de santé primaires.
- Optimisation et Mutualisation des ressources : Rationnaliser les coûts de mise en œuvre dans un contexte de ressources limitées en s'appuyant sur des plateformes de santé existantes (PEV de routine, MTN).
- Opérationnalisation du cadre « Big Push » : Transformer les directives stratégiques d'intégration en actions concrètes au niveau opérationnel pour accroître la couverture sanitaire globale.

Pérennité du modèle intégré : Garantir la continuité et la fluidité des services de santé intégrés en s'inspirant des meilleures pratiques régionales tout en s'adaptant aux spécificités locales.

CHAPITRE III : CADRE STRATÉGIQUE DU PSN

III.1. Vision du Programme

" À l'horizon 2030, Zéro décès dû au paludisme au Burundi. "

III.2. Mission du Programme

La mission du Programme National de Lutte contre le Paludisme est de doter la population vivant sur le territoire Burundais des outils et services les plus efficaces de lutte contre le paludisme de manière efficiente et équitable.

III.3. Défis du plan stratégique

Le plan stratégique de lutte contre le paludisme 2026-2030 résulte du besoin d'alignement au plan national de développement du Burundi 2018-2027 révisé pour s'aligner sur la vision 2040-2060, poussant ainsi le programme à définir les objectifs et les cibles du cadre de performance jusqu'en 2030 articulés autour des priorités suivantes :

- **Renforcement de la capacité managériale** : la réorganisation institutionnelle de l'unité de coordination nationale constitue le premier défi à relever afin non seulement de combler les lacunes en matière de ressources humaines mais aussi d'indiquer les mécanismes de coordination à mettre en place afin de faciliter la circulation de l'information et le niveau de visibilité institutionnelle souhaitée pour le PNLP afin de renforcer davantage son leadership ;
- **Renforcement de la décentralisation des activités de lutte** : décentralisation effective de la lutte contre le paludisme au niveau des provinces et districts sanitaires à travers le renforcement de leur capacité en ressources humaines, matérielles et financières et un appui technique continu ;
- **Renforcement de la mobilisation de ressources locales** : Renforcer le cadre d'investissement afin d'obtenir l'engagement, la contribution et l'investissement de l'État dans la lutte contre le paludisme et de renforcer davantage l'implication du partenariat public-privé; la mise en place d'un Comité de Coordination de la Lutte contre le Paludisme (CCLP) avec tous les partenaires au développement impliqués dans la lutte serait un gage de succès pour relever ce défi ;

- **Disponibilité permanente des intrants jusqu'au niveau communautaire :** renforcement du dispositif de quantification et consolider les mécanismes de suivi de la consommation à tous les niveaux à travers des rapprochements périodiques des données de consommation aux données épidémiologiques ;
- **Renforcement de la collaboration multisectorielle pour la prévention et la prise en charge précoce des épidémies :** mise en place d'une plate-forme opérationnelle qui informera de manière régulière des risques d'épidémies au regard de l'analyse et de la diffusion des informations croisées des secteurs de la météorologie, de l'agriculture et de la santé ;
- **Renforcement de la surveillance, du suivi évaluation et de la recherche :** assurer l'interopérabilité entre le DHIS2 et les autres bases de données du paludisme, promouvoir la culture de l'utilisation des données au niveau des districts et FOSA, élaborer un plan de recherche et assurer la réalisation régulière d'enquête, renforcer l'effectif et les capacités du personnel impliqué dans la surveillance, y compris le renforcement des capacités de détection aux frontières, le suivi évaluation et la recherche.

III.4. Principes directeurs

Le succès de la lutte contre le paludisme au Burundi dépend essentiellement des principes directeurs suivants :

- la santé pour tous et l'éthique dans le domaine des droits humains
- l'acceptabilité, l'efficacité et la qualité de soins de santé;
- la décentralisation effective des interventions;
- la collaboration multisectorielle, la coordination efficace, le partenariat, la durabilité et la décentralisation ;
- l'équité, la solidarité, la prise en compte du genre et des droits humains;
- la gestion axée sur les résultats, la redevabilité mutuelle et l'alignement.

III.5. Enjeux

- **Gouvernance :** La gouvernance et le système de suivi financier sont performants.
- **Mobilisation des ressources :** L'investissement de ressources financières est efficace pour la pérennisation des services.
- **Cadre multisectoriel de mise en œuvre :** Le cadre multisectoriel est bien coordonné et mis en œuvre efficacement au niveau central et décentralisé.
- **Système d'approvisionnement et de stock :** Le système de gestion des approvisionnements et stock est efficace.

- **Système communautaire** : Le système communautaire est renforcé pour apporter une contribution efficace à la riposte nationale.
- **Genre et droits humains** : Les obstacles liés au respect des Droits Humains et à l'équilibre de genre sont réduits.
- **Surveillance et système de suivi et d'évaluation et recherche** : Le système de surveillance, suivi évaluation et recherche est performant et permet ainsi de générer des informations pour la riposte aux épidémies et la prise de décisions stratégiques
- **Système de communication** : Le système de communication stratégique est efficace.

III.6. Objectifs

III.6.1. Objectifs globaux

- Réduire la morbidité liée au paludisme à 358 pour 1000 habitants d'ici 2030 ;
- Réduire la mortalité palustre à 3 pour 100000 habitants la mortalité liée au Paludisme d'ici 2030.

III.6.2. Objectifs spécifiques

Pour atteindre les objectifs globaux, les objectifs spécifiques suivants sont définis à travers deux orientations stratégiques à l'horizon 2030 :

- *Assurer la couverture universelle à travers la mise à échelle rapide d'interventions efficaces de prévention et de prise en charge en vue de la pré-élimination d'ici 2030 :*
 - Assurer et maintenir une couverture universelle des ménages en MII et atteindre au moins 80% de taux d'utilisation dans la population générale ;
 - Assurer et maintenir une couverture d'au moins 95% des structures en aspersion intra domiciliaires dans les zones ciblées ;
 - Assurer qu'au moins 80 % des gîtes larvaires identifiés dans les zones cibles sont traités ;
 - Assurer la couverture en TPIg3 selon les directives nationales d'au moins 80% des femmes enceintes venues en CPN ;
 - Assurer la prise en charge conformément à la politique nationale de 100% des cas suspects de paludisme reçus dans les formations sanitaires ;
 - Assurer la prise en charge conformément à la politique nationale de 100% des cas suspects de paludisme au niveau communautaire ;
 - S'assurer qu'au moins de 90% des formations sanitaires et ASC disposent continuellement de stock d'intrants antipaludiques ;
 - Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme ;
 - Renforcer les capacités managériales, techniques et institutionnelles du programme national de lutte contre le paludisme à tous les niveaux.

- *Intensifier la surveillance épidémiologique et entomologique pour générer des données probantes pour la réorientation du programme d'ici 2030 :*
 - Assurer la disponibilité des ressources humaines, matérielles et logistiques en quantité et qualité suffisantes pour le suivi et l'évaluation des interventions de lutte contre le paludisme au niveau du PNLN ;
 - Assurer qu'au moins 95% des données sur le paludisme (y compris les résultats de recherche) sont captées, analysées pour la prise de décision et diffusées ;
 - Assurer la détection précoce de 100% des épidémies de paludisme ;
 - Maîtriser 100% des épidémies détectées dans les deux semaines de leur détection.
 - Intégrer la surveillance du paludisme dans les prestations sanitaires aux frontières

III.6.3. Axes stratégiques

Les axes stratégiques du plan sont déclinés en différents domaines de prestations de services (DPS) :

- **Axe Stratégique 1 : Renforcement des capacités institutionnelles du Programme.**
 - DPS 1 : Gestion du Programme
- **Axe Stratégique 2 : Amélioration de la Gestion des Approvisionnements et des Stocks.**
 - DPS 2 : Gestion Approvisionnement et Stock (GAS)
- **Axe Stratégique 3 : Consolidation du cadre de prévention.**
 - DPS 3 : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides (MII)
Emanateurs spatiaux et Appâts Sucrés Toxiques Attractifs (ATSB)
comme outil complémentaire pour réduire la densité vectorielle dans les zones à forte transmission
 - DPS 4 : Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID)
 - DPS 5 : Lutte anti-larvaire
 - DPS 6 : Traitement Préventif Intermittent pendant la grossesse (TPIg)
 - DPS 7 : Chimio Prévention Pérenne du paludisme (CPP)
 - DPS 8 : Vaccination
- **Axe Stratégique 4 : Renforcement du cadre de prise en charge.**
 - DPS 9 : Prise en Charge des Cas au niveau des Fosa
 - DPS 10 : Prise en Charge des Cas au niveau Communautaire

- DPS 11 : Diagnostic biologique
- **Axe Stratégique 5 : Renforcement du cadre de communication.**
 - DPS 12 : Communication et Mobilisation sociale
- **Axe Stratégique 6 : Amélioration de la Surveillance et de la Riposte.**
 - DPS 13 : Surveillance et Riposte
- **Axe Stratégique 7 : Amélioration du cadre de suivi évaluation et recherche sur le paludisme.**
 - DPS 14 : Suivi
 - DPS 15 : Évaluation
 - DPS 16 : Recherche/Enquêtes

III.6.4. Principales priorités et stratégies de lutte

III.6.4.1. Axes prioritaires d'intervention

- **Prévention Vectorielle :**
 - MII : Maintien de la distribution de routine (via le PEV et les CPN), la distribution continue dans la communauté, marketing social et organisation de campagnes de masse (CDM)
 - PID (Pulvérisation Intra-Domiciliaire) : Priorisation stricte dans 11 communes à haute incidence (>1000 cas pour 100 000 hab) et comme outil de riposte aux épidémies.
 - Lutte anti-larvaire: destruction mécanique des gîtes larvaires orientée dans les zones rizicoles et urbaines sans canalisation avec prédominance des gîtes artificielles aggravées par les eaux de pluies.
- **Chimioprévention :**
 - TPIg : Optimisation de la couverture via les visites de CPN et extension au niveau communautaire (TPIg-comm) dans les zones pilotes.
 - CPP : Priorisation dans les communes à forte incidence (>250/1000) et selon la prévalence de l'anémie grave.
 - Vaccin Antipaludique : Déploiement en phase 1 dans 21 communes sélectionnées selon l'incidence et la mortalité et passage à l'extension dans toutes les communes en 2027.
- **Prise en Charge (PEC) :**
 - Maintien de la PEC dans les structures sanitaires, avec un renforcement spécifique de la prise en charge communautaire (iCCM/PECADOM).

III.6.4.2. Orientations Stratégiques Transversales

- **Ciblage et Priorisation (Stratification) :** Utilisation de la microstratification (notamment en zone urbaine comme Bujumbura) pour concentrer les ressources là où la transmission est la plus élevée.
- **Optimisation de la qualité des Données :** Amélioration de la qualité des données de routine pour guider les décisions.
- **Efficience et Coût-efficacité :** Recherche de solutions pour réduire les coûts (ex: PID) et maximiser l'impact des campagnes de masse ou du marketing social.
- **Scénarisation :** Élaboration de différents scénarios allant du maintien du plan précédent à des plans prévoyant des réductions opérationnelles ou l'introduction sélective de nouvelles interventions (CPP, VAP).

III.6.5. Description des stratégies de lutte par domaine d'interventions

III.6.5.1. Renforcement de la gestion du programme

La gestion du programme présente des défis majeurs à relever afin d'améliorer notablement la performance dans la mise en œuvre des interventions. Elle nécessite des actions concrètes notamment en matière de gouvernance, de décentralisation de la coordination, de renforcement des ressources humaines au niveau opérationnel, de fonctionnalité du partenariat et des instances de coordination, de renforcement des compétences au niveau de l'unité de coordination et de plaidoyer pour la mobilisation des ressources afin d'atteindre les objectifs.

Objectif :

Objectif spécifique 1 : Renforcer les capacités managériales, institutionnelles, techniques, matériels et logistiques du programme national de lutte contre le paludisme à tous les niveaux.

Description des interventions :

- **Élaboration des documents normatifs de lutte contre le paludisme**

L'actualisation du cadre normatif pour le cycle 2026-2030 repose sur un processus rigoureux de recevabilité et de planification stratégique. Ce chantier technique débute par une évaluation à mi-parcours du PSN 2026-2030, étayée par des ateliers de revue interne et externe visant à confronter les données programmatiques aux réalités du terrain. Ces analyses critiques feront l'objet d'une présentation officielle à Bujumbura, servant de base à l'atelier de révision globale du PSN. Parallèlement, pour garantir la viabilité des interventions, un plan de mobilisation des ressources sera élaboré, accompagné d'un document stratégique définissant les priorités de recherche et les notes conceptuelles nécessaires à la sécurisation des financements, notamment auprès du Fonds Mondial.

- **Renforcement des capacités à tous les niveaux**

L'efficacité du programme repose sur une mise à niveau structurelle et continue des compétences administratives et biomédicales. Au niveau de l'unité de coordination centrale, l'accent est mis sur la modernisation des conditions de travail et la capacitation du personnel du PNLP via l'acquisition de matériel informatique adapté. Un vaste programme de formation et de recyclage est prévu, ciblant la maîtrise de la gestion financière, de l'audit interne et de l'épidémiologie d'intervention. Ce renforcement technique inclut également une expertise pointue en entomologie et en paludologie pour le personnel technique des Districts Sanitaires (DS), garantissant ainsi une gestion décentralisée et rigoureuse de la lutte contre le paludisme.

Afin de pérenniser les acquis et d'assurer une autonomie technique durable, le plan intègre la formation de formateurs pour des laborantins spécialisés en maintenance préventive de premier degré. Parallèlement, la gouvernance du programme sera consolidée par l'opérationnalisation de comités multisectoriels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Un plaidoyer stratégique sera mené auprès du gouvernement et des partenaires au développement pour optimiser la coordination des interventions, avec une priorité absolue sur la fluidification de la chaîne logistique pour sécuriser l'acheminement des intrants jusqu'au niveau communautaire.

- **Plaidoyer et mobilisation des ressources**

La stratégie de financement reposera sur une approche structurée visant à combler durablement les gaps financiers du programme. La première étape consistera à établir une cartographie dynamique des interventions et des acteurs afin de disposer d'un outil de coordination précis pour mesurer les besoins réels et élaborer un plan de mobilisation robuste. Dans l'optique du cycle de financement GC8, une note conceptuelle stratégique sera rédigée pour sécuriser les subventions du Fonds Mondial, en veillant au strict respect de la politique révisée de co-financement (STC). Cela implique un plaidoyer direct auprès du Ministère des Finances, en coordination avec le CCM, pour garantir des engagements domestiques ciblés et vérifiables sur des lignes budgétaires récurrentes (diagnostics, RHS/ASC, mécanismes de gratuité). Parallèlement, le programme explorera des mécanismes innovants recommandés par ALMA, tels que le Debt2Health, l'utilisation de fonds domestiques via Wambo.org, et les financements liés au climat et à la santé. L'accent sera également mis sur le développement du partenariat public-privé (PPP) par l'organisation d'ateliers de mobilisation à Bujumbura destinés à intégrer le secteur privé dans le financement de la lutte antivectorielle. Enfin, la visibilité et l'engagement seront portés par l'organisation de journées spéciales pilotées par des comités multisectoriels, assurant ainsi une souveraineté financière et une synergie d'action optimale entre le Gouvernement, les partenaires et le secteur privé.

- **Renforcement de la coordination**

Pour le cycle 2026-2030, l'efficacité du PNLP reposera sur une gouvernance axée sur la transparence et la synergie d'action. La pierre angulaire de cette stratégie sera la cartographie dynamique des partenaires, élaborée par une expertise nationale, permettant d'aligner précisément les interventions sur les priorités nationales via un memorandum d'orientation actualisé. La recevabilité sera assurée par des réunions de coordination trimestrielles, véritables plateformes de partage de succès et de résolution de défis. Cette rigueur programmatique sera complétée par un audit interne annuel, dont les conclusions guideront la planification du renforcement des capacités et le recrutement stratégique de personnel additionnel.

Sur le plan opérationnel, la performance du programme sera sécurisée par une optimisation de l'environnement de travail et une logistique robuste. Cela inclut la réhabilitation des infrastructures du PNLP et la garantie de sa continuité de service (fonctionnement, communication, maintenance). Pour assurer une supervision de proximité efficace, une dotation rationnelle en carburant et un entretien rigoureux du parc automobile et moto seront garantis, facilitant ainsi la fluidité des flux d'information et de supervision entre le niveau central et les districts sanitaires.

Sur le plan de la collaboration avec les pays voisins, le PNLP mettra en place des cadres de coopération afin de planifier et de mettre en œuvre des interventions coordonnées et synchronisées avec les pays limitrophes.

Coût des interventions :

AXE STRATEGIQUE	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
Gestion du Programme	597.327.979	926.116.551	258.966.540	1.255.982.295	149.850.235	3.188.243.601
Total	597.327.979	926.116.551	258.966.540	1.255.982.295	149.850.235	3.188.243.601

III.6.5.2. Gestion approvisionnement et stock (GAS)

Objectifs :

Objectif spécifique 1 : S'assurer qu'au moins de 90% des formations sanitaires et ASC disposent continuellement de stock d'intrants antipaludiques.

Description des interventions :

- **Acquisition des intrants de lutte contre le paludisme**

Le PNLP s'appuie sur les différentes structures du Ministère de la Santé Publique et les partenaires pour l'exécution des fonctions du système GAS. La CAMEBU est la structure en charge de l'achat des médicaments essentiels y compris les intrants de lutte contre le paludisme pour le compte du Gouvernement du Burundi. Le stockage des intrants de lutte contre le paludisme est assuré par la CAMEBU moyennant des frais de stockage et de gestion suivant une convention Ad Hoc. En ce qui concerne les achats, le Gouvernement possède différentes sources d'appui au financement dont les principales sont le Fonds Mondial à travers le PNUD, le Département d'Etat Américain, MSF et l'OMS. L'acquisition des intrants se fait conformément aux règles, procédures et directives en matière de passation des marchés édictées par le Gouvernement burundais pour les achats effectués par la CAMEBU d'une part et aux procédures internationales pour les produits achetés sur fonds d'appui des partenaires d'autre part.

L'ABREMA, autorité de régulation du secteur pharmaceutique assure le suivi de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale (PPN), l'enregistrement et le contrôle des importations des produits pharmaceutiques, la pharmacovigilance, l'assurance et le contrôle qualité des médicaments. Actuellement, le Gouvernement du Burundi s'est doté d'un outil de gestion logistique électronique, eLMIS (Medexis), qui se trouve à son étape d'implémentation. Bien que Medexis possède des défis à corriger, il est utilisé à tous les niveaux du système de la chaîne d'approvisionnement national excepté à la CAMEBU. L'impossibilité d'utiliser Medexis hors connexion ne permet pas son exploitation optimale dans le contexte de la faible connexion internet.

Les produits de lutte contre le paludisme sont mis à disposition des districts sanitaires mensuellement, à base d'une commande faite par les DS et validée par le PNLP en fonction des données épidémiologiques du SNIS. Cependant, les données de consommation utilisées extraites du SNIS sont limitées par leur qualité et leur complétude.

Dans le but d'améliorer la gestion des approvisionnements et des stocks, le PNLP avec l'appui de l'État et de ses partenaires souhaite mettre en place une politique d'amélioration du système GAS consistant à :

- La création d'un comité technique de quantification, approvisionnement et gestion des intrants antipaludiques par ordonnance du Ministre de la Santé publique .
- L'amélioration de la capacité, des conditions de stockage et de distribution de la CAMEBU avec le financement du Fonds Mondial.
- La formation des agents du niveau central au logiciel de gestion informatisée eLMIS et l'outils de quantification QAT (quantification analytics tools) pour assurer une gestion correcte et un suivi efficace des intrants antipaludiques.
- L'implication du secteur privé pour une meilleure disponibilité des intrants par des plaidoyers.
- L'analyse trimestrielle des données logistiques pour en améliorer la qualité.
- La quantification annuelle des intrants antipaludiques
- La revue trimestrielle du plan d'approvisionnement des intrants antipaludiques
- Intégration de la gestion des MII de la DCC dans la chaîne d'approvisionnement des intrants antipaludiques (Comme MII de distribution de routine)

● **Amélioration de l'assurance qualité des intrants antipaludiques**

Pour garantir la disponibilité permanente de produits sûrs, efficaces et conformes aux normes nationales et internationales, une attention particulière sur les bonnes pratiques d'acquisition et de distribution sera assurée. Le PNLP, en collaboration avec l'ABREMA et ses partenaires, compte renforcer le monitoring et le traitement des effets secondaires qui seraient imputables aux produits de lutte contre le paludisme. Les études d'efficacité thérapeutique des antipaludiques devront inclure une composante de la pharmacovigilance au niveau de site cible de l'étude.

L'expérience pilote de l'outil Malariya Pi dans les districts de Cibitoke et Kirundo a démontré une capacité complémentaire de surveillance de la chaîne d'approvisionnement en produits de diagnostic : l'application, en capturant systématiquement le type de TDR utilisé et une photo du test au moment du soin, a permis d'identifier la circulation de TDR non conformes aux directives nationales (190 tests Pf/Pv non homologués détectés et retirés du circuit). Cette fonctionnalité permet au PNLP de vérifier en temps réel que chaque structure utilise bien les tests qui lui sont assignés, indépendamment de leur provenance, renforçant ainsi le dispositif national d'assurance qualité des intrants de diagnostic. L'extension de cet outil aux zones de déploiement de la PECADOM et de l'iCCM offrira une visibilité en temps réel sur les produits TDR effectivement utilisés sur le terrain à tous les niveaux.

- **Amélioration des conditions de stockage et de gestion des intrants à tous les niveaux**

L'objectif visé est de garantir la qualité, la disponibilité continue et la traçabilité des produits tout au long de la chaîne d'approvisionnement. Différentes activités seront menées à un rythme régulier. Des formations des responsables de pharmacie, des spot check et de missions de supervisions formatives seront menées pour vérifier la conformité aux bonnes pratiques de stockage et de distribution. L'utilisation de Medexis au niveau de la CAMEBU serait importante pour la traçabilité des intrants et une bonne visibilité des données en temps réel.

Coût des Interventions :

DPS	2026	2027	2028	2029	2030
INTRANTS	42436760.704	42.495.260.704	34.363.693.478	42.670.760.704	42.729.260.704
MII	11.490.380.772	12.232.195.872	102.305.993.712	13.267.059.780	12.714.500.292
PID	42.522.211.581	44.005.867.791	-	44.005.867.791	44.005.867.791
ACTIVITES	266.371.270	543.402.270	266.371.270	543.402.270	266.371.270
TOTAL	96 715 724 327	99 276 726 637	136 936 058 460	100 487 090 545	99 716 000 057

III.6.5.3. Consolidation du cadre de prévention (MII, PID, TPIg, CPP)

La couverture universelle en MII sera assurée à travers quatre canaux de distribution :

- (i) la campagne nationale de distribution de masse des MII tous les 3 ans ;
- (ii) la distribution de routine des MII aux femmes enceintes en 1ère CPN et aux enfants de 18 mois lors de l'administration de la deuxième dose du vaccin contre la rougeole-rubéole (RR2) ;
- (iii) la distribution continue à travers le canal communautaire. Pour assurer une mise en oeuvre efficace de cette stratégie et avoir un impact, les MII seront achetées et prépositionnées à la CAMEBU (voir défis au point II.2.5); et
- (iv) la distribution des MII lors des urgences et des catastrophes et aux populations clés selon leurs catégories quand c'est faisable.

La stratégie de prévention pour le cycle 2026-2030 repose sur une approche intégrée et de haute précision, visant à rompre la chaîne de transmission du paludisme par la synergie entre une lutte antivectorielle exhaustive et des interventions de chimioprévention ciblées. S'appuyant sur les acquis du cycle précédent, le programme s'engage à maintenir une couverture universelle résiliente à travers des campagnes de masse triennales (échéance 2028) et une optimisation des circuits de routine, tout en étendant la distribution communautaire à 14 districts sanitaires prioritaires en 2029.

Cette protection physique sera renforcée dans les "hotspots" épidémiologiques par une aspersion intra-domiciliaire (PID) atteignant 95% de couverture, sécurisée par une surveillance entomologique rigoureuse. Parallèlement, le Burundi franchit une étape décisive dans la protection des groupes vulnérables en institutionnalisant le Traitement Préventif Intermittent

(TPIg) pour 80% des femmes enceintes et en portant à échelle la Chimio-prévention Pérenne (CPP) pour 50% des nourrissons éligibles. Enfin, l'intégration stratégique de la vaccination antipaludique dans 21 communes cibles vient compléter cet arsenal, marquant la volonté du pays de transformer les innovations technologiques en piliers d'efficience pour atteindre l'objectif Zéro décès à l'horizon 2030.

Objectifs :

Objectif spécifique 1 : Assurer et maintenir une couverture universelle des ménages en MII et atteindre au moins 80% de taux d'utilisation dans la population générale.

Objectif spécifique 2 : Assurer et maintenir une couverture d'au moins 95% des structures en asperersion intra domiciliaires dans les zones ciblées.

Objectif spécifique 3 : Assurer la couverture en TPIg selon les directives nationales d'au moins 80% des femmes enceintes venues en CPN.

Objectif spécifique 4 : Assurer la couverture en CPP selon les directives nationales d'au moins 90% des enfants cibles au niveau des zones éligibles.

Interventions MII :

- **Campagne de distribution de masse**

Dans le cadre de l'accélération de la couverture universelle, les campagnes de masse sont tenues tous les 3 ans, comme recommandé par l'OMS. La dernière campagne de distribution gratuite de masse a eu lieu en 2025 ; la prochaine sera menée au niveau national en 2028 sur une période courte de 4 mois. En ce qui concerne la quantification, le principe d'estimation basé sur une MII pour 1,8 personne sera maintenu.

Une campagne de distribution de masse des MII sera organisée en 2028 selon le principe d'une MII pour deux personnes ou par espace de couchage y compris les populations clés et les groupements spéciaux. Ces derniers recevront des MII spécifiques qui répondent aux conditions de vie dans leurs milieux. Concernant les moustiques exophiles, une stratégie de prévention adaptée sera élaborée.

Un dénombrement des ménages précédera l'acquisition des MII lors de cette campagne. Une micro planification aux différents niveaux (central, provincial, district) précisera les activités pré campagnes, per campagnes et post campagnes à mettre en œuvre en plus des plans logistiques, de mobilisation sociale et de suivi évaluation de la campagne qui seront développés.

La distribution proprement dite se fera selon une approche intégrée impliquant toutes les parties prenantes (communautés, l'administration locale, Partenaires au développement, leaders religieux, le niveau périphérique du MSP, les corps en uniforme, etc.) pour garantir l'acceptabilité et la bonne utilisation.

Lors de la campagne de distribution de masse (CDM) de 2019, le pays a introduit les moustiquaires imprégnées au PBO dans l'ancienne province sanitaire de Kirundo (4 districts sanitaires) pour pallier les problèmes de résistance aux pyréthrinoïdes. Pour des raisons de financement, tous les districts sanitaires n'ont pu être couverts, ces moustiquaires de nouvelle génération étant plus coûteuses que les MII conventionnelles.

Une enquête rapide et un suivi de la durabilité des moustiquaires après chaque campagne de distribution de masse seront organisés, afin d'éclairer la politique nationale sur la fréquence de remplacement des MII.

- **Distributions de routine**

Afin de maintenir une couverture universelle optimale entre les campagnes de masse, le Burundi a renforcé ses mécanismes de distribution continue à travers plusieurs canaux stratégiques. Au niveau des formations sanitaires (Fosa), l'intégration systématique de la distribution des MII est assurée lors de la première consultation prénatale (CPN1), quel que soit l'âge de la grossesse, ainsi que lors de l'administration de la deuxième dose du vaccin contre la rougeole et la rubéole (RR2) chez les enfants de 18 mois.

En complément de ce canal sanitaire, un guide méthodologique sera élaboré pour optimiser les circuits alternatifs, notamment le marketing social et le canal communautaire. Capitalisant sur les phases pilotes lancées en 2022 dans les districts de Ngozi et Giteranyi, la distribution communautaire sera désormais étendue à 5 districts sanitaires prioritaires sur les 56 que compte le nouveau découpage administratif et sanitaire du pays. Pour garantir la performance de ce système, des missions périodiques de supervision de la gestion des stocks seront rigoureusement menées dans toutes les structures de soins, assurant ainsi la traçabilité des intrants et la pérennité de la protection des groupes les plus vulnérables.

- **Distribution Continue (au niveau communautaire)**

Initiée en 2021, la stratégie de distribution continue via le canal communautaire a été mise en œuvre successivement dans le district de Ngozi (octobre 2021) et celui de Giteranyi (novembre 2022). Cette approche visait initialement le remplacement progressif des moustiquaires usées entre deux campagnes de masse. Cependant, la mise en œuvre a été confrontée à des ruptures répétitives d'intrants (Moustiquaires), entravant la continuité de l'offre au niveau des centres de santé (CDS).

Face à ces défis logistiques, le PSN 2026-2030 prévoit l'organisation d'un atelier d'échanges technique pour analyser les goulots d'étranglement rencontrés dans ces districts pilotes. Cette revue critique est un préalable indispensable avant d'envisager l'extension de la stratégie à l'ensemble du territoire national, initialement projetée pour 2028. Ces MII de la DCC seront ramenées dans le circuit habituel d'approvisionnement des produits de santé. L'objectif est de stabiliser la chaîne d'approvisionnement afin que ce canal communautaire puisse constituer, à terme, une alternative viable et pérenne aux campagnes de distribution de masse (CDM).

La distribution continue au niveau communautaire en marketing social: le Burundi étant en phase de couverture universelle des interventions à haut impact, se référant au taux de couverture



qui n'est pas encore maximale (moins de 100 % de possession), dans le but de remplacer les MII reçues en campagne, d'assurer la disponibilité des MII aux occasions manquées ou insuffisance de MII reçues en campagne et pour répondre à la courte durabilité des MII, le présent PSN compte étendre la disponibilité des MII à travers marketing social. Cette approche de distribution sera mise en œuvre après la campagne de distribution de masse des MII de 2028 dans tout le pays. Ces MII seront stockées chez le partenaire et mises à la disposition des pharmacies de gros qui seront identifiées aux chefs lieux des Provinces et signeront un contrat de prestation avec les distributeurs/points de vente au niveau local. Avant la mise en œuvre de cette approche, une réunion d'échange est indispensable pour statuer sur la faisabilité de cette dernière.

Interventions PID :

- **Renforcer les interventions de PID**

La Pulvérisation Intra-Domiciliaire (PID) constitue une intervention majeure et complémentaire à l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII), particulièrement dans les zones à haut risque épidémique. Cette méthode de prévention garantit des résultats probants lorsqu'elle est exécutée au moment opportun avec une couverture optimale. A ce titre, les interventions passées dans quatre districts sanitaires ont déjà permis de protéger plus de 90 % de la population ciblée. Pour le cycle 2026-2030, la priorité sera accordée aux districts les plus pourvoyeurs de cas, identifiés selon la récente stratification épidémiologique. La stratégie repose sur un passage annuel unique utilisant des insecticides à longue rémanence afin de briser durablement la chaîne de transmission. Tenant compte du profil épidémiologique et la priorisation du SNT, le Burundi mettra en œuvre la PID en réponse aux flambées dans 11 communes: 6 communes où l'incidence est supérieure à 2000 cas/1000 habitants (Gisagara, Busoni Kirundo, Kiganda, Nyabihanga et Cibitoke), dans les communes où se faisait la PID et dans les zones à DCC (Muyinga, Kiremba, Tangara, Ngozi, Butihinda). Pour soutenir cette ambition, un plan de mobilisation de fonds sera élaboré en étroite collaboration avec les partenaires au développement, avec pour objectif ultime de couvrir 100 % des zones ciblées et de transformer ainsi cette intervention en un levier d'élimination locale du paludisme.

- **Renforcement de la surveillance entomologique**

L'efficacité de la lutte anti-vectorielle repose sur un suivi biologique et écologique rigoureux des vecteurs. À cet effet, des missions mensuelles de prospection larvaire et d'enquêtes entomologiques de cinq jours seront systématiquement conduites dans les huit sites sentinelles fonctionnels. Ces activités incluent l'élevage en insectarium des anophèles issus de la prospection larvaire pour la réalisation de tests de sensibilité aux insecticides de santé publique.

Afin de caractériser précisément la dynamique de transmission, le dispositif sera complété par des analyses de laboratoire avancées, notamment à Gihanga, pour l'exécution des tests ELISA (recherche de l'indice sporozoïtique) et des tests PCR (identification moléculaire des espèces et des mécanismes de résistance).

En outre, une surveillance transfrontalière sera mise en œuvre dans 5 sites prioritaires à savoir les points d'entrée de kobero, Rumandari, Gasenyi-Nemba et Cijongo. Ce suivi mensuel, couplé à une évaluation annuelle de la résistance vectorielle, permettra une mise à jour dynamique du profil entomologique national et garantira l'adéquation des interventions (MII et PID) avec les

réalités biologiques et écologiques du terrain. Ceci permettra aussi de détecter et de suivre une probable émergence des parasites et vecteurs d'exportation (*Plasmodium vivax* et/ou *anopheles stephensi*).

- **Suivi de la rémanence des insecticides**

Afin de garantir l'impact durable des interventions de lutte antivectorielle (LAV), un dispositif rigoureux de suivi biologique sera déployé sur l'ensemble des 11 Communes à PID. Dans les districts ayant bénéficié de la pulvérisation intra-domiciliaire (PID), un suivi systématique de la rémanence des insecticides sera effectué pour déterminer la durée réelle de protection résiduelle sur les parois. Parallèlement, la bio-efficacité des moustiquaires imprégnées (MII), distribuées via les différents canaux (masse et routine), fera l'objet d'évaluations périodiques pour valider leur capacité létale contre les vecteurs locaux.

Les données issues de ces suivis, combinées aux indicateurs collectés dans les sites sentinelles permettent une mise à jour annuelle du profil entomologique national. Ces évidences scientifiques serviront de base à l'actualisation régulière du plan national de gestion de la résistance des vecteurs, assurant ainsi un ajustement dynamique des directives et le maintien de l'efficacité optimale des stratégies MII et PID face aux pressions environnementales et biologiques.

Gestion des gîtes larvaires

Stratégies complémentaires de lutte anti-vectorielle

La gestion des gîtes larvaires constitue une mesure complémentaire à la distribution des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide et à la Pulvérisation Intradomiciliaire (PID). Elle est classée parmi les « autres mesures de lutte antivectorielle » et doit être mise en œuvre en synergie avec les secteurs concernés, sous la supervision du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP Burundi), en impliquant notamment les communautés locales, les ONG actives sur le terrain, les associations locales, les Organisations à base communautaires (OBC) ainsi que les services de l'assainissement et de l'urbanisation.

Cette stratégie vise à réduire la densité larvaire dans les gîtes de développement et/ou à assurer la destruction des gîtes temporaires, contribuant ainsi à la réduction de la transmission du paludisme, qui demeure un problème de santé publique majeur au Burundi.

Une étude d'efficacité des larvicides doit être menée au préalable, en tenant compte des spécificités des gîtes larvaires burundais, notamment :

- la qualité physicochimique des eaux (pH, turbidité, matières organiques) propres aux milieux lacustres, marécageux et périurbains du pays ;
- l'état de salubrité des gîtes, souvent influencé par les pratiques locales de gestion des déchets et des eaux usées.

Que ce soient des larvicides de synthèse ou des larvicides biologiques (tels que *Bacillus thuringiensis israelensis* — Bti), leur efficacité est directement conditionnée par ces facteurs environnementaux locaux.

Le succès de ces stratégies repose fortement sur l'adoption des bonnes pratiques de prévention par les communautés. Ces pratiques doivent être définies en tenant compte des réalités socioculturelles et des modes de vie au Burundi, puis implémentées à travers des séances de formation et de sensibilisation menées en Kirundi, au niveau des collines, des quartiers et des écoles, en partenariat avec les agents de santé communautaire (ASC) et les responsables de collines.

La mise en œuvre de la gestion des gîtes larvaires nécessite au préalable une cartographie exhaustive des gîtes larvaires, adaptée aux réalités géographiques et climatiques du Burundi. Ces gîtes doivent être classés comme suit :

- Gîtes permanents : lacs (dont le lac Tanganyika et ses abords), bassins versants, retenues d'eau, mares, zones marécageuses (comme la plaine de l'Imbo), système lagunaire et cours d'eau à faible débit ;
- Gîtes saisonniers : flaques d'eau en saison des pluies (d'octobre à mai), flaques résiduelles en saison sèche dans les lits des rivières (Rusizi, Ntakangwa, Muha...), flaques au niveau des carrières et des chantiers de construction en expansion périurbaine ;
- Gîtes temporaires : contenants abandonnés tels que boîtes de conserve, pneus usagés, jarres cassées, sachets plastiques et récipients de stockage d'eau non couverts, fréquents dans les zones à faible accès à l'eau potable.

Cette classification permettra une opérationnalisation optimale du traitement et l'élaboration d'un programme de lutte adapté au type de gîte, aux saisons et aux zones géographiques prioritaires du Burundi (milieu urbain, périurbain et rural).

Renforcement des interventions de gestion des gîtes larvaires

Afin d'améliorer la qualité et la couverture de ces interventions, le Programme prévoit les actions suivantes :

- **Elaboration d'un manuel de référence** sur la gestion des gîtes larvaires, avec l'appui d'un consultant international mobilisé pendant 15 jours pour la rédaction et l'organisation d'une session de formation initiale ;
- **Formation des formateurs** sur l'identification, la géolocalisation et le traitement des gîtes larvaires, en vue de démultiplier les compétences au niveau local ;
- **Formation des agents de terrain** sur l'identification et le traitement des gîtes, afin de garantir une mise en œuvre homogène et de qualité sur l'ensemble des zones d'intervention ;
- **Missions trimestrielles de sensibilisation** ciblant les communautés et les acteurs locaux sur l'importance du traitement régulier des gîtes larvaires ;

- **Activités d'assainissement et d'hygiène du milieu** axées sur la réduction et l'élimination des gîtes larvaires artificiels au niveau des ménages ou dans les grandes villes spécialement au moment de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le paludisme (récipients d'eau non couverts, déchets solides, eaux stagnantes, etc.)

Renforcement de la surveillance entomologique

Le renforcement de la surveillance entomologique vise la collecte, l'analyse et l'interprétation continue des données sur le moustique vecteur du paludisme en vue d'éclairer la prise de décision sur les interventions de lutte contre le paludisme. Cette intervention permet d'évaluer les risques de transmission du paludisme, d'anticiper les épidémies, de suivre la densité, la répartition et la résistance du vecteur aux insecticides. De plus, un suivi de la rémanence des insecticides dans les districts ayant bénéficié de la PID sera régulièrement réalisé.

Un plan et des directives pour la gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides seront régulièrement mis à jour afin d'assurer le maintien de l'efficacité des interventions de lutte antivectoriel. Un profil entomologique du paludisme sera annuellement mis à jour à partir des données collectées dans les sites sentinelles.

Interventions TPIg :

- **Prévention pendant la grossesse**

La stratégie nationale de prévention du paludisme chez la femme enceinte est mise en œuvre conformément aux directives du PNLP. Elle repose sur un paquet d'interventions obligatoires délivrées lors des consultations prénatales (CPN), incluant la remise systématique d'une moustiquaire imprégnée d'insecticides (MII) dès la première visite (CPN1) et l'administration du traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine-Pyriméthamine sous observation directe. Ce traitement préventif est initié dès la 15^{ème} semaine d'aménorrhée et renouvelé avec un intervalle d'un mois afin de garantir une couverture optimale de la mère et du fœtus jusqu'à l'accouchement. La réussite de cette intervention dépend de la synergie opérationnelle entre les services de lutte contre le paludisme (PNLP) et de santé de la reproduction (PNSR), visant à améliorer la couverture en TPI3, indicateur clé de la réduction de la morbi-mortalité liée au paludisme gestationnel au Burundi. Le programme Paludisme et celui de la Santé de la reproduction échangeront sur les synergies de mise en œuvre visant à motiver et à respecter le calendrier des consultations prénatales précoces afin d'obtenir la cible escomptée de 80% des femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de SP.

Interventions CPP :

- **Chimioprévention pérenne du nourrisson**

La stratégie de la chimioprévention du paludisme pérenne (CPP) consiste à une administration de la SP chez les enfants de 9, 12, 15, 18, et 24 mois en fonction du poids de l'enfant pendant les séances de vaccination. C'est en 2023 que le Burundi a adopté la CPP comme stratégie de lutte

contre le paludisme, en l'intégrant dans ses directives nationales de lutte contre le paludisme. La mise en œuvre la stratégie CPP a débuté en 2025 à travers une phase pilote au niveau des 5 districts de Gitega, Mutaho, Makamba, Nyanza-lac et Cibitoke où l'incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans était plus élevée.

Interventions liées au vaccin antipaludique RTS,S/AS01 :

- **La vaccination antipaludique**

La stratégie nationale de vaccination contre le paludisme au Burundi repose sur une intégration rigoureuse du vaccin RTS,S/AS01 dans le système de santé pour atteindre l'objectif de 95 % de couverture vaccinale dans tous les districts sanitaires d'ici 2027. Le schéma vaccinal complet à quatre doses est administré à des âges clés de 6, 7, 9 et 18 mois pour assurer une protection durable, avec un suivi attentif des indicateurs de perte (drop-out) entre les doses. L'extension géographique est progressive : après avoir couvert 25 districts en 2025, le programme s'étendra à l'ensemble des 56 districts sanitaires en 2027.

Pour garantir le succès de ce déploiement, un cadre de coordination formel PNLP-PEV sera instauré, co-présidé par les deux entités. Ce mécanisme comprend des réunions techniques mensuelles, un plan de travail annuel conjoint et une supervision opérationnelle unifiée. Les responsabilités sont clairement définies : le PEV assurera l'approvisionnement, la gestion de la chaîne de froid, la prestation et la pharmacovigilance, tandis que le PNLP se concentrera sur la communication communautaire et la surveillance épidémiologique des cas.

Mécanisme formel de coordination

- **Intégration et Synergie** : Le vaccin est couplé aux contacts de routine, notamment à 18 mois avec la deuxième dose du vaccin antirougeoleux-antirubéoleux (RR2), afin de limiter les occasions manquées. Cette stratégie inclut également la co-livraison avec les MII en routine.
- **Logistique et Chaîne de Froid** : Une évaluation préalable des capacités de stockage sera réalisée avant toute extension. Les innovations inclueront le suivi à distance de la température des réfrigérateurs et une quantification précise des besoins pour minimiser les ruptures de stock et les pertes vaccinales.
- **Pharmacovigilance Renforcée** : La surveillance des MAPI sera intensifiée via la formation des prestataires et la notification systématique dans le DHIS2. Une investigation rapide des cas graves est prévue et sera assurée par un comité d'experts national.
- **Surveillance Moléculaire et Adaptabilité** : Le Burundi renforcera ses études d'efficacité thérapeutique (TES) et la surveillance des marqueurs de résistance (K13, pfhrp2/3). Un plan de contingence pour les thérapies multiples de première ligne (MFT) sera élaboré dès 2027, prévoyant des combinaisons alternatives comme l'artésunate-pyronaridine pour une réponse rapide en cas de résistance confirmée.

Une évaluation post-introduction (PIE) sera menée 6 à 12 mois après chaque phase pour identifier et lever les goulots d'étranglement opérationnels.

Coût des interventions :

DPS	2026	2027	2028	2029	2030
PRE_MII	138.181.005	2.185.711.429	22.484.550.807	31.732.287.926	2.942.965.433
PRE_PID	-	32.512.303.618	-	-	-
PRE_CPP	6.719.625	56.076.750	26.878.500	26.878.500	26.878.500
PRE_TPIg	-	14.234.250	-	-	-
TOTAL	144900630	34768326047	22511429307	31759166426	2969843933

III.6.5.4. Renforcement du cadre de prise en charge

Objectifs :

Objectif spécifique 1 : Assurer la prise en charge conformément à la politique nationale de 99% des cas suspects de paludisme reçus dans les formations sanitaires.

Objectif spécifique 2 : Assurer la prise en charge conformément à la politique nationale de 100% des cas suspects de paludisme au niveau communautaire .

Description des interventions :

- **Confirmation biologique systématique de tous les cas suspects de paludisme et traitement des cas confirmés dans les formations sanitaires**

Le Burundi s'engage vers une confirmation diagnostique systématique (99 %) de tous les cas suspects de paludisme par l'utilisation généralisée des tests de diagnostic rapide (TDR) et de la microscopie de qualité. Cette rigueur diagnostique conditionne l'accès au traitement, lequel est administré exclusivement selon les directives nationales actualisées basées sur les combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA). Ce déploiement stratégique sur l'ensemble du territoire vise à rationaliser l'usage des antipaludiques, à limiter l'émergence de résistances et à réduire drastiquement la mortalité hospitalière par une prise en charge précoce et conforme aux standards de l'OMS.

- **Confirmation systématique de tous cas suspects de paludisme et traitement des cas confirmés dans la communauté :**

En plus de l'iCCM et dans le but d'accroître l'accès aux services de santé, la prise en charge communautaire a été étendue aux plus de 5 ans dans 27 sur les 35 DS (19 sur 24 communes) qui étaient éligibles pour la PECADOM. Le PNLP poursuivra alors sur ce niveau par un renforcement de capacités à travers des formations et des supervisions sur la mise en œuvre des directives nationales de lutte contre le paludisme (DNLP) au niveau communautaire ainsi que le démarrage de la stratégie PECADOM dans les 8 DS restants (5 communes).

Le PNLP collaborera également avec les services en charge des approvisionnements pour s'assurer de la disponibilité permanente des intrants de prise en charge dans la communauté.

Depuis août 2025, l'outil numérique Malariya Pi (Audere HealthPulse AI) est déployé dans les districts sanitaires de Cibitoke et Kirundo. Environ 25 % des cas de paludisme au Burundi étant

pris en charge par les agents de santé communautaire, cet outil constitue un levier stratégique pour améliorer la qualité de la prise en charge communautaire à grande échelle. Au cours de ses neuf premiers mois d'opération, l'application a soutenu plus de 73 000 visites patients et près de 45 000 tests rapides de paludisme numérisés, constituant l'un des plus grands ensembles de données de tests paludéens numérisés au niveau communautaire dans la région.

La revue d'impact réalisée en avril 2026 a mis en évidence quatre axes d'impact distincts, positionnant Malariya Pi non seulement comme un outil d'aide au diagnostic individuel, mais comme une plateforme d'intelligence systémique :

(i) Surveillance des produits et intégrité de la chaîne d'approvisionnement : l'application a identifié et permis le retrait de TDR non approuvés distribués par la CAMEBU sans validation préalable du PNLP (190 photos de tests Pf/Pv non homologués identifiées), démontrant une capacité inédite de pharmacovigilance en temps réel.

(ii) Validation stratégique du TDR Pf/Pan : parmi les 22 756 tests Pf/Pan réalisés et interprétés par l'IA, 1,7 % ont révélé une infection exclusivement non falciparum (379 cas), confirmant que ces patients auraient été non diagnostiqués avec un TDR Pf seul. Ces données soutiennent le choix stratégique du PSN en faveur des TDR Pf/Pan et justifient leur extension aux ASC.

(iii) Précision diagnostique et supervision ciblée : avec un taux de concordance global IA/agent de santé de 96,5 % sur 34 738 tests, le système a permis d'identifier 17 ASC à discordance récurrente (3 % des 595 utilisateurs actifs), permettant une supervision ciblée fondée sur les données. Des améliorations concrètes ont été documentées, dont une récupération de +64,7 points de pourcentage.

(iv) Suivi du taux de positivité des tests : bien que la fenêtre d'observation soit encore insuffisante pour des conclusions définitives, le système fournit les données nécessaires au suivi de l'impact sur les indicateurs épidémiologiques de routine.

Le déploiement progressif de Malariya Pi prévoit une extension de 2 à 4 districts sanitaires en 2026 (sur financement Enabel), puis aux 11 communes à risque élevé (15 DS) en 2027-2028, et enfin à l'ensemble des 42 communes iCCM/PECADOM (46 DS) d'ici 2030. L'intégration avec la plateforme OpenCareNet permettra d'étendre l'outil à l'ensemble des conditions prises en charge par les ASC dans le cadre de l'iCCM, tandis que l'intégration dans le DHIS2 améliorera la qualité des données communautaires. Ce déploiement s'inscrit en cohérence avec la Stratégie Nationale de Santé Communautaire (SNSC) 2025-2029, en particulier la digitalisation des données communautaires (OS 5.2), l'institutionnalisation du monitoring en temps réel (OS 6.1) et le renforcement de la supervision de soutien des ASC (OS 3.4).

Le coût par district comprend un investissement unique de 251 940 000 FBU (équipement en smartphones et formation initiale) et un coût récurrent annuel de 66 313 600 FBU (recharge, supervision, usage IA), auxquels s'ajoute une infrastructure partagée de 60 996 000 FBU/an. Le budget total estimé sur 2026-2030 est de 18 286 954 400 FBU, détaillé dans le tableau ci-dessous. Les sources de financement restent à définir entre Enabel et d'autres partenaires impliqués dans la santé communautaire et le soutien aux ASC dans le cadre de la SNSC 2025-2029.

Année	DS total	Nvx DS	Invest. (FBU)	Récurrent (FBU)	Total (FBU)
2026	4	2	503 880 000	326 250 400	830 130 400
2027	9	5	1 259 700 000	657 818 400	1 917 518 400
2028	15	6	1 511 640 000	1 055 700 000	2 567 340 000
2029	30	15	3 779 100 000	2 050 404 000	5 829 504 000
2030	46	16	4 031 040 000	3 111 421 600	7 142 461 600
Total		44	11 085 360 000	7 201 594 400	18 286 954 400

Taux de conversion appliqué : 1 EUR = 3 400 FBU (taux indicatif BRB). Invest. = équipement + formation (unique). Récurrent = recharge + supervision + LA + infrastructure partagée (annuel).

- **Renforcement des capacités sur le diagnostic et la prise en charge des cas**

Le renforcement des capacités se poursuivra avec les formations des équipes cadres des districts sanitaires. Les laborantins et les microscopistes seront formés sur les techniques de diagnostic biologique du paludisme, les prestataires de soins sur la prise en charge des cas au niveau des FOSA publiques, confessionnelles et privées ainsi qu'au niveau communautaire conformément aux nouvelles directives.

Des sessions de briefing des étudiants et professeurs de la faculté de médecine et des enseignants des écoles paramédicales sur les nouvelles DNLP seront aussi organisées.

En outre, des missions de supervisions intégrées à différents niveaux de la pyramide sanitaire seront intensifiées et permettront de remédier à l'application lacunaire des DNLP en général et dans le secteur privé en particulier.

Pour la coordination du partenariat public-privé, la bonne harmonisation de la PEC et le strict respect de la politique du pays par le secteur privé particulièrement en matière de gratuité de la prise en charge, le gouvernement du Burundi mettra en place un mécanisme d'approvisionnement et de contrôle dudit secteur qui passera entre autres par l'approvisionnement en intrants de qualité avec un label différent de ceux du secteur public, le suivi, le contrôle et le rapportage régulier des données sanitaires.

- **Développement des directives, normes et protocoles de diagnostic et traitement du paludisme**

La révision des directives se fera chaque fois qu'il y aura des changements significatifs.

- **Les tests d'Efficacité Thérapeutique**

Afin de garantir la pérennité des protocoles de traitement nationaux, le Burundi maintient un dispositif de veille pharmacologique rigoureux. Les Tests d'efficacité thérapeutique (TET) seront conduits de manière systématique tous les deux ans dans les sites sentinelles, conformément aux standards de l'OMS. Ces études cliniques visent à détecter précocement toute émergence de résistance de *Plasmodium falciparum* aux molécules de première et seconde intention (AL, DHA-PPQ).

- **Surveillance moléculaire de la résistance**

En complément des études d'efficacité thérapeutique, le PNLP mettra en œuvre une surveillance moléculaire ciblée dans les sites sentinelles nationaux. Celle-ci comprend la détection des marqueurs de résistance aux antipaludiques (mutations *kelch13*, *pfcrt*, *pfmdr1*), ainsi que l'identification moléculaire des espèces plasmodiales par PCR, permettant notamment de documenter les espèces émergentes. Ces activités seront conduites en collaboration avec l'INSP

et avec l'appui technique de partenaires internationaux.

Traitements multiples de première ligne

L'émergence et la propagation de la résistance aux antipaludiques constituent une menace importante pour la lutte contre le paludisme et son élimination. Une résistance partielle aux artémisinines, caractérisée par la présence de mutations du gène *Pfkelch13* et un retard d'élimination du parasite, est apparue dans plusieurs pays africains. Si cette résistance partielle n'entraîne pas à elle seule l'échec du traitement par ACT, une résistance supplémentaire aux médicaments associés compromettrait l'efficacité globale des ACT. Pour faire face à cette menace, l'OMS recommande d'utiliser plusieurs thérapies de première ligne afin de minimiser les risques de résistance. L'introduction progressive de cette intervention au Burundi dans les communes transfrontalières vise à minimiser la pression de sélection de la résistance aux médicaments antipaludiques.

Conformément aux recommandations de l'OMS (août 2025) et à l'analyse SNT, la stratégie MFT sera déployée de manière progressive. Les combinaisons thérapeutiques retenues par le PNLP sont : l'artéméter-luméfantrine (AL), l'artésunate-amodiaquine (AS-AQ), la dihydroartémisinine-pipéraquine (DHA-PPQ) et l'artésunate-pyronaridine (PA). La mise en œuvre débutera par un pilotage dans les communes de Kirundo et Muyinga, puis sera étendue aux 19 communes transfrontières identifiées par l'analyse SNT (Butihinda, Cankuzo, Gisagara, Gisuru, Muyinga, Makamba, Musongati, Nyanza, Rutana, Busoni, Kayanza, Kiremba, Kirundo, Ngozi, Bukinanyana, Cibitoke, Mpanda, Mugina et Ntahangwa), avant une extension progressive à l'ensemble des communes endémiques si les ressources le permettent. Cette stratégie nécessite un renforcement préalable de la chaîne d'approvisionnement pour assurer la disponibilité simultanée des différentes CTA, une adaptation des protocoles de formation des prestataires à tous les niveaux (FOSA et ASC), et un suivi renforcé de l'efficacité thérapeutique par le biais des études TES et de la surveillance moléculaire du paludisme (mutations *Pfkelch13*). L'intégration du MFT dans la formation des ASC sera réalisée dès que le PNLP aura validé le protocole opérationnel correspondant.

La stratégie MFT s'appuiera sur les données probantes issues de deux sources complémentaires. D'une part, une étude d'efficacité thérapeutique (TES), coordonnée par PATH-REACH, est en cours et fournira des résultats au cours de l'année 2026. D'autre part, un programme de surveillance moléculaire du paludisme (MMS) sera mis en œuvre par l'INSP en partenariat avec l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers. Ce programme, dont le financement est en cours de finalisation, débutera par une phase pilote dans un site sentinelle des districts à haut risque (Cibitoke ou Kirundo), avant une extension progressive à un réseau de sites sentinelles dans les provinces prioritaires. Il permettra la détection des marqueurs de résistance aux antipaludiques (mutations *Pfkelch13*), des délétions *hrp2/hrp3* susceptibles de compromettre la fiabilité des TDR, et la caractérisation de la diversité génétique des parasites circulants. Les données moléculaires seront intégrées dans le NMDR, permettant au PNLP de disposer d'indicateurs moléculaires de routine pour guider l'adaptation des politiques thérapeutiques et diagnostiques. Cette initiative s'inscrit dans l'alignement avec la feuille de route de l'Africa CDC pour la surveillance génomique du paludisme et répond à un besoin urgent, la résistance partielle aux

artémisinines ayant été documentée dans les pays limitrophes (Rwanda, Ouganda, RDC) et chez un voyageur en provenance du Burundi.

Coût des Interventions :

DPS	2026	2027	2028	2029	2030
PEC_FOSA	2972250	142182980	970824870	575459340	76264500
PEC_COM	783013586	1517256658	1184775508	795319741	16408206
PEC_LAB	329744828	719267080	607674133	104072580	-
TOTAL	1115730664	2378706718	2763274511	1474851661	92672706

III.6.5.5. Renforcement du cadre de communication

Les stratégies de plaidoyer, d'IEC/CSC et de mobilisation sociale constituent des interventions transversales contribuant à l'atteinte des objectifs du Plan stratégique national de lutte contre le paludisme.

Objectifs :

Objectif spécifique 5 : Amener au moins 80 % de la population à adopter des comportements favorables à la prévention et à la prise en charge précoce du paludisme d'ici à la fin de l'année 2030

Description des interventions :

• **Renforcement du cadre de communication**

Les interventions de communication priorisées ont la vocation de soutenir de manière transversale, à travers un plan de communication mis à jour, les autres interventions de prévention et de prise en charge du paludisme en vue de contribuer à l'atteinte des objectifs du PSN 2026-2030.

• **Communication et Mobilisation sociale**

Par rapport à la prévention, des activités d'information et de communication pour le changement social et comportemental seront mis en œuvre à travers des canaux et des outils réputés efficaces pour atteindre le maximum des cibles. Il s'agit des réunions de mobilisation, des séances de sensibilisation dans les écoles, de diffusions des contenus préalablement conçus sur les radios communautaires ainsi que l'utilisation des outils imprimés (Affiches, banderoles, des badges, des T-shirts et casquettes) en vue d'informer et de mobiliser la communauté à bien répondre aux services de prévention (consultation prénatale, prise des doses recommandées de TPIg, la PID, la DCC ainsi que la CDM 2028).

Concernant la prise en charge, il est prévu de produire et de multiplier des dépliants à l'intention des ASCs sur les nouvelles directives de lutte contre le paludisme. Ces supports seront appuyés par la diffusion des contenus spécifiques dans les espaces des radios communautaires. Ils seront aussi renforcés par des approches de communication à travers des réunions et des séances de sensibilisation.

Il est incontournable que ces interventions soient menées efficacement sans qu'il y ait des interventions de renforcement des capacités du PNLP, de son personnel et des intervenants au niveau communautaire. Il s'agira d'organiser à travers tout le pays des séances d'information et de renforcement de capacités des comités de santé (COSA) sur l'approche du « Suivi Dirigé par la Communauté » en vue de leur doter des compétences leur permettant de contribuer à la réussite de la prise en charge et de la prévention du paludisme. Il est aussi prévu de doter le service IEC du PNLP des équipements roulants (1 Véhicule Ciné mobile) et audiovisuels (caméra photo) pour bien accomplir ses missions.

Coût des Interventions :

DPS	2026	2027	2028	2029	2030
IEC/COM	18.085.000	934.895.257	1.636.141.463	317.928.863	317.928.863
TOTAL	18.085.000	934.895.257	1.636.141.463	317.928.863	317.928.863

III.6.5.7. Surveillance épidémiologique et réponse aux épidémies

Objectif :

Objectif spécifique 6 : Assurer la détection précoce et le contrôle de 100 % des épidémies de paludisme via un système d'alerte performant sur l'ensemble du territoire d'ici à fin 2030

Description des interventions :

- **Renforcement du système de surveillance :**

Cette intervention vise à renforcer les capacités du système de surveillance à répondre de manière efficace aux besoins de données et d'informations permettant de suivre les tendances de la maladie, détecter et investiguer les alertes, et d'organiser la riposte rapide en cas d'épidémies avérées. Elle vise aussi à évaluer de façon périodique la fonctionnalité et les performances du système de surveillance du paludisme (l'architecture, la gestion du système, les acteurs impliqués, les capacités techniques et matérielles, les outils de collecte, traitement, l'analyse et l'utilisation des données générées ainsi que l'assurance qualité des données) en vue de son renforcement. Elle vise en outre à définir et élaborer des stratégies de surveillance en rapport avec les faciès épidémiologiques du paludisme et la nouvelle stratification au Burundi.

- **Détection précoce de toutes les épidémies de paludisme au niveau de toutes les zones à risque d'épidémie :**

Cette intervention vise une détection précoce et une gestion urgente des épidémies. Elle consiste à suivre, analyser et partager régulièrement les données multisectorielles (données épidémiologiques, météorologiques et agriculture, etc.) à tous les niveaux pour une prise décision

basée sur les évidences. La collecte et l'analyse des données constituent le point d'entrée pour la surveillance.

- **Renforcement des capacités institutionnelles et techniques en matière de gestion des épidémies :**

Cette intervention vise à doter le programme des compétences requises pour détecter et gérer les épidémies. Elle consiste à former le personnel du niveau central (cartographie et modélisation des dynamiques épidémiologiques), à former/recycler les prestataires des soins à tous les niveaux sur l'outil de suivi des seuils épidémiques, à élaborer et diffuser un guide des normes et directives de gestion des épidémies du paludisme (manuel de surveillance) et organiser des ateliers d'analyse des données du paludisme dans le cadre multisectoriel (Météorologie, agriculture, environnement, santé, etc...). Le PNLP participe aux réunions de la plateforme nationale sur la gestion des risques et catastrophes.

- **Riposte rapide et efficace à toutes les épidémies détectées :**

Cette intervention vise à gérer efficacement toutes les épidémies. Elle consiste à investiguer toute situation alarmante, à actualiser le plan de préparation et de riposte aux épidémies du paludisme et organiser efficacement la riposte en cas d'épidémie détectée afin de la maîtriser. Un manuel de surveillance et riposte sera élaboré en alignement avec le manuel OMS de Surveillance, Suivi et Évaluation.

Une plateforme multisectorielle d'alerte croisant données épidémiologiques, météorologiques et agricoles sera opérationnelle, permettant un déclenchement de la riposte sous 72h via le CARP (Centre d'Alerte et de Réponse Rapide).

- **Renforcement de la surveillance entomologique :**

Le renforcement de la surveillance entomologique vise la collecte, l'analyse et l'interprétation continue des données sur le moustique vecteur du paludisme en vue d'éclairer la prise de décision sur les interventions de lutte contre le paludisme. Cette intervention permet d'évaluer les risques de transmission du paludisme, d'anticiper les épidémies, de suivre la densité, la répartition et la résistance du vecteur aux insecticides. De plus, un suivi de la rémanence des insecticides dans les districts ayant bénéficié de la PID sera régulièrement réalisé.

Un plan et des directives pour la gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides seront régulièrement mis à jour afin d'assurer le maintien de l'efficacité des interventions de lutte antivectoriel. Un profil entomologique du paludisme sera annuellement mis à jour à partir des données collectées dans les sites sentinelles.

Coût des interventions :

DPS	2026	2027	2028	2029	2030
SUR/RIP	847.930.980	1.513.286.995	860.777.103	247.355.441	247.355.441
TOTAL	847.930.980	1.513.286.995	860.777.103	247.355.441	247.355.441

III.6.5.7. Amélioration du cadre de suivi évaluation et recherche



Objectif :

Objectif spécifique 1 : Atteindre, d'ici à 2030, un taux de complétude d'au moins 95 % des données épidémiologiques et des résultats de recherche sur le paludisme, afin de garantir une prise de décision éclairée et une diffusion régulière de l'information sanitaire.

Objectif spécifique 2 : Augmenter annuellement d'au moins 5% le taux d'utilisation et la concordance des données épidémiologiques du paludisme(DQA et PRISM).

Description des interventions :

• **Amélioration de la gestion des données de routine sur le paludisme :**

Cette intervention vise la qualité des données. Elle permet de disposer des données de routine et d'évidences complémentaires afin de documenter les acquis et les progrès, informer la prise de décisions pour la planification et la mise en œuvre des interventions. Elle repose sur le renforcement des compétences techniques en analyse prédictive et visualisation via des tableaux de bord dynamiques, l'institutionnalisation de mécanismes rigoureux d'assurance qualité et de redevabilité pour transformer les données en évidences stratégiques, ainsi que la sécurisation d'une logistique informationnelle garantissant la disponibilité permanente des outils de collecte, physiques et numériques, à tous les niveaux du système de santé, y compris le milieu communautaire. Dans cette optique, l'intégration des données issues des plateformes numériques de santé communautaire (Malariya Pi/OpenCareNet) dans le DHIS2 constituera un axe prioritaire, permettant de disposer de données individuelles et géolocalisées sur la qualité du diagnostic et de la prise en charge au niveau de chaque ASC, et d'améliorer significativement la complétude et la concordance des données communautaires dans le SNIS.

• **Évaluation des progrès des indicateurs du programme paludisme à travers les études et la recherche opérationnelle :**

Cette intervention vise à consolider la base d'évidences scientifiques du programme à travers le renforcement de la recherche opérationnelle et des enquêtes périodiques. Elle s'articule autour de la définition d'un agenda national de recherche prioritaire et de la conduite d'études ciblées pour documenter l'impact des interventions, identifier les goulots d'étranglement opérationnels et orienter l'adaptation des stratégies de lutte vers l'élimination du paludisme.

• **Renforcement des capacités en suivi évaluation et recherche du PNLP, et renforcement de la qualité des données :**

Cette intervention vise à institutionnaliser une culture de la performance par le renforcement des compétences techniques des acteurs en suivi-évaluation et en recherche opérationnelle. Elle intègre un dispositif rigoureux d'audits périodiques de la qualité des données au niveau des districts, garantissant la fiabilité des indicateurs stratégiques et la robustesse du système d'information sanitaire pour une prise de décision éclairée.

• **Évaluation de la mise en œuvre du PSN :**

Cette intervention garantit l'alignement opérationnel du programme à travers un suivi rigoureux de la mise en œuvre du Plan de Travail Budgétisé Annuel (PTBA) par des revues trimestrielles de performance et repose sur des ateliers annuels de planification inclusive avec l'ensemble des

parties prenantes. Il sera jalonné par une évaluation à mi-parcours en 2028 ainsi qu'une évaluation finale en 2030, afin de mesurer l'impact des interventions et de réorienter les priorités stratégiques vers l'atteinte des objectifs nationaux.

Coût des interventions

DPS	2026	2027	2028	2029	2030
S&E_Suivi	253 526 503	444 211 490	251 581 140	239 126 490	515 985 583
S&E_Recherche	1 748 750 158	378 008 165	680 362 928	524 626 250	680 362 928
TOTAL	2 002 276 661	822 219 655	931 944 068	763 752 740	1 196 348 511

CHAPITRE IV : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PSN

IV.1. Administration et Gestion du Plan Stratégique

Le PNLP à travers ses différents services assure la direction de la lutte contre le paludisme au Burundi depuis la conception jusqu'à l'évaluation.

Au niveau interne, l'élaboration d'un rapport trimestriel d'exécution permettra d'assurer le suivi de la mise en œuvre des activités prévues dans le PAA tant dans son volet programmatique que financier. A la fin de chaque année, un rapport annuel permettra de décliner la performance annuelle dans la mise en œuvre du PSN.

La mise en œuvre des interventions de ce plan stratégique suivra les procédures administratives et de gestion selon les directives du MSP. Pour les crédits alloués par l'État à la lutte contre le paludisme ainsi que ceux alloués par les partenaires techniques et financiers utilisant les procédures pays, le PNLP veillera à leur utilisation conformément aux procédures décrites dans le PNDS.

Pour sa mise en œuvre, les activités prévues dans le Plan stratégique seront déclinées annuellement dans le Plan d'actions annuel du PNLP.

Un cadre de performance sera adjoint au PAA du PNLP qui servira à alimenter le projet annuel de performance (PAP) du programme, la coordination et gestion administrative du secteur auquel il est rattaché.

Relativement aux activités de lutte contre le paludisme menées au niveau des provinces, elles sont inscrites dans le PAA du PNLP et dans celui des provinces qui en sont les maîtres d'œuvre. Pour une mise en cohérence de ces activités inscrites à la fois dans les PAA du PNLP et des provinces, il est prévu la participation du PNLP aux activités d'élaboration du PAA des provinces. En outre, le transfert de ressources du PNLP vers les provinces pour la mise en œuvre des activités planifiées au niveau des provinces et districts sanitaires amène à explorer les voies d'une signature de convention de partenariat ou de contrats d'objectifs et de moyens avec les provinces pour formaliser le devoir de redevabilité qui pèse sur celles-ci.

Par ailleurs, le MSP a mis en place un dispositif qui permet aux partenaires de financer directement les PAA des régions dans lesquelles ils interviennent. Un support est soumis pour l'élaboration des rapports d'exécution financière et technique permettant de prendre en compte les activités menées sur le terrain.

Pour les financements reçus directement des partenaires au développement, le PNLP dispose d'un manuel de procédures et d'un logiciel qui permet une gestion, un reporting et un contrôle par partenaire.

IV.2. Mécanismes de coordination

Les mécanismes de coordination du plan stratégique 2026-2030 comprennent les mécanismes internes au PNLP, les mécanismes de coordination du niveau central et les mécanismes de coordination au niveau provincial.

Conformément aux orientations du cadre Big Push contre le paludisme et aux exigences du Fonds Mondial pour le GC8, le Burundi s'engagera à développer et maintenir un plan opérationnel

unique chiffré et optimisé, servant de référence commune à l'ensemble des partenaires techniques et financiers. Le CCLP, une fois opérationnel au niveau national et décliné au niveau des communes, assurera une revue périodique conjointe des engagements des partenaires par zone géographique, permettant d'identifier les lacunes de couverture et d'éviter les duplications. Ce mécanisme intégrera un dialogue régulier sur l'alignement stratégique, incluant l'adaptation aux évolutions du paysage du financement extérieur.

Au niveau interne des réunions hebdomadaires sont organisées réunissant les chefs de services et les responsables de projets spécifiques. Ces réunions permettent d'assurer un suivi rapproché de la mise en œuvre. Tous les mois ces réunions sont élargies à l'ensemble des agents du PNLP.

Au niveau central, le PNLP s'intègre dans le dispositif de coordination mis en place par le MSP.

La revue annuelle conjointe est centrée sur l'examen du rapport de performance national. Elle est menée par les ministères concernés, les acteurs nationaux et les partenaires techniques et financiers. Les réunions du comité de pilotage et du Comité de coordination des Partenaires de la Lutte contre le Paludisme (CCPLP) serviront de support à la coordination spécifique de la lutte contre le paludisme.

Enfin, les réunions de coordination des provinces médicales serviront aussi de plateforme de coordination des activités de lutte contre le paludisme. Elles impliquent les districts sanitaires et les structures provinciales de la santé, notamment les hôpitaux et les dépôts pharmaceutiques au niveau des districts. Il en est de même pour les instances plus élargies à tous les secteurs de développement notamment les comités provinciaux, départementaux et locaux de développement.

IV.3. Budget et Plan de mobilisation des ressources

IV.3.1. Résumé du budget du PSN 2026-2030

Tableau 11: Résumé du budget par Axe Stratégique

AXES STRATEGIQUES		Budget	%
AXE STRATEGIQUE 1	GP	3 188 243 601	0,49%
AXE STRATEGIQUE 2	GAS	533 131 600 026	82,12%
AXE STRATEGIQUE 3	PREV	92 394 602 995	14,23%
AXE STRATEGIQUE 4	PEC	7 838 440 835	1,21%
AXE STRATEGIQUE 5	COM	3 249 629 444	0,50%
AXE STRATEGIQUE 6	SURV	3 716 705 961	0,57%
AXE STRATEGIQUE 7	M&E	5 716 541 634	0,88%
TOTAL BUDGET		649 235 764 495	100,00%

Proportion du budget par année

Le budget global de ce PSN s'élève à 649.235.764.495 FBu soit 224649053 USD sur la période de 2026-2030, pour une population estimée 12.332.788 a en 2024 ; soit un investissement moyen annuel de 10 529 FBu/habitants et par an. L'année 2028 prend 36% du budget global car correspondant à l'année de positionnement des achats de MILDA pour la mise en œuvre de la campagne CU en MII.

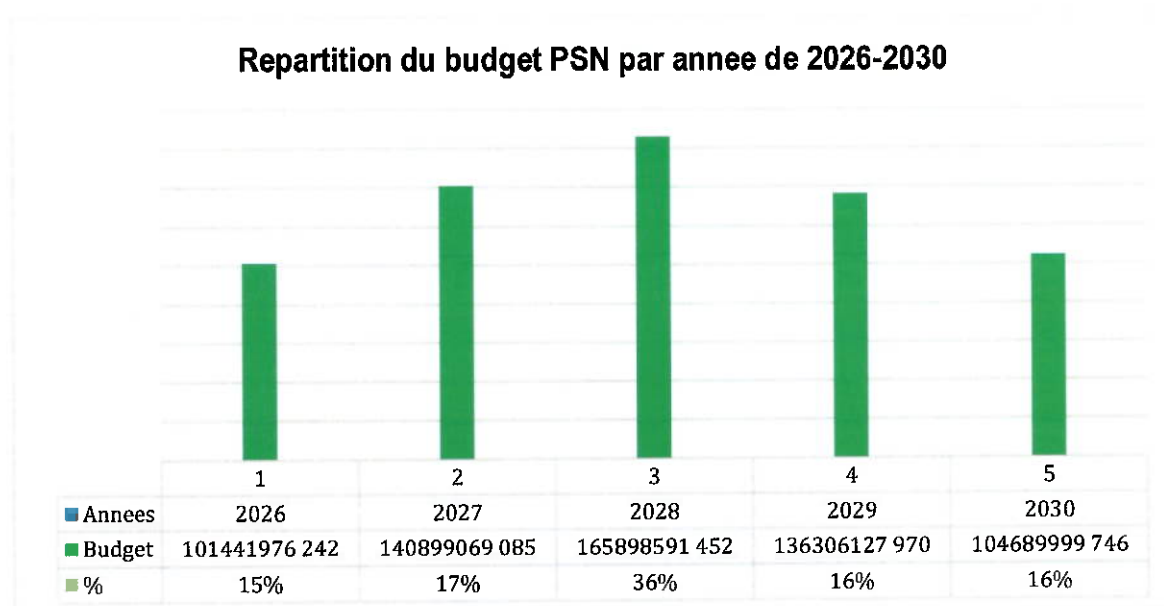


Figure 10: Résumé du budget par domaine de prestation de service et par année

La structuration du budget par domaine d'intervention répond aux exigences du PNLP et de ses partenaires en termes de bonne planification et de répartition des ressources. Ainsi, la plus grande partie du budget en dehors de l'acquisition des intrants (87%) est consacrée aux interventions de prévention (7,41%) notamment les MII, la PID, la CPP et le TPIg. La prise en charge des cas de paludisme (diagnostic et traitement) représente 1,45%.

DPS	2026	2027	2028	2029	2030		%
GP	597 327 979	926 116 551	258 966 540	1 255 982 295	149 850 235	3 188 243 601	0,49%
GAS_INTRANTS	42 436 760 704	42 495 260 704	34 363 693 478	42 670 760 704	42 729 260 704	204 695 736 294	31,54%
GAS_MII	11 490 380 772	12 232 195 872	102 305 993 712	13 267 059 780	12 714 500 292	152 010 130 428	23,42%
GAS_PID	42 522 211 581	44 005 867 791	-	44 005 867 791	44 005 867 791	174 539 814 954	26,90%
GAS_ACTIVITE S	266 371 270	543 402 270	266 371 270	543 402 270	266 371 270	1 885 918 350	0,29%
PREV_MII	138 181 005	2 185 711 429	22 484 550 807	31 732 287 926	2 942 965 433	59 483 696 601	9,17%
PREV_PID	-	32 512 303 618	-	-	-	32 512 303 618	5,01%
PREV_CPP	6 719 625	56 076 750	26 878 500	26 878 500	26 878 500	143 431 875	0,02%

PREV_TPIg	-	14 234 250	-	-	-	14 234 250	0,00%
PEC_FOSA	2 972 250	142 182 980	970 824 870	575 459 340	76 264 500	1 767 703 940	0,27%
PEC_COM	783 013 586	1 517 256 658	1 184 775 508	795 319 741	16 408 206	4 296 773 700	0,66%
PEC_LAB	329 744 828	719 267 080	607 674 133	104 072 580	-	1 760 758 620	0,27%
IEC/COM	18 085 000	934 895 257	1 636 141 463	317 928 863	317 928 863	3 224 979 444	0,50%
SUR/RIP	847 930 980	1 513 286 995	860 777 103	247 355 441	247 355 441	3 716 705 961	0,57%
S&E_SUIV		444 211 490	251 581 140	239 126 490	515 985 583	1 704 431 205	0,26%
S&E_REC	1 748 750 158	378 008 165	680 362 928	524 626 250	680 362 928	4 012 110 429	0,62%
TOTAL	101 188 449 739	140 620 277 860	165 898 591 452	136 306 127 970	104 689 999 746	648 956 973 270	100,00%

IV.3.2. Plan de mobilisation de ressources

L'atteinte des objectifs du plan stratégique nécessite des ressources dont une première évaluation sera faite dans le plan d'action budgétisé. Le MSP mettra en œuvre une démarche proactive pour mobiliser les ressources permettant au PNLP et à ses partenaires techniques de réaliser les interventions déclinées dans ce plan stratégique.

La mobilisation et l'utilisation des financements se feront suivant l'approche sectorielle et conformément aux principes en vigueur dans les instances de planification et de gestion financières. Ces principes prennent en compte, les partenaires au développement qui sont alignés aux procédures nationales de gestion et ceux qui présentent des particularités qui les amènent à adopter des procédures spécifiques.

Pour maintenir ses acquis, le PNLP prévoit de combiner ses efforts de prévention et de traitement de la maladie avec, d'une part la mobilisation systématique de ressources financières et d'autre part, un plaidoyer constant envers les institutions nationales et internationales afin de consolider le soutien à la lutte contre le paludisme à tous les niveaux.

Les efforts de plaidoyer consisteront à établir et favoriser un environnement propice à la bonne exécution des stratégies de lutte contre le paludisme, notamment à travers la mobilisation de ressources financières durables et d'un soutien fort au plus haut niveau des instances gouvernementales. Sur le long-terme, l'objectif ultime sera de garantir l'appui nécessaire à la réalisation des objectifs du PNLP en générant des données justifiant la mise en place de politiques nationales éclairées et assurant la mobilisation de ressources financières dédiées à l'élimination du paludisme. La stratégie de plaidoyer développée prendra en compte les intervenants majeurs dans la lutte contre le paludisme et se construira autour des cibles identifiées comme essentielles à la réalisation des objectifs du PNLP : (i) Leaders politiques ; (ii) Ministères clés ; (iii) Partenaires financiers nationaux et internationaux, du secteur privé local aux instances de financement internationales ; (iv) Leaders communautaires ; (v) Partenaires d'exécution.

Les activités de plaidoyer viseront à encourager un processus décisionnel informé quant à la mise en place de politiques nationales. Elles faciliteront la création d'un environnement favorable à la mise à l'échelle des interventions de lutte contre le paludisme. En ce qui concerne le plaidoyer envers le secteur public, la stratégie se concentrera sur l'élaboration ou l'ajustement de politiques et lois essentielles à la bonne mise en œuvre des stratégies du PNLP. Un soutien fort et continu au niveau du MSP sera nécessaire pour la réalisation des objectifs. En outre, le travail de plaidoyer devra également inclure la hausse de la demande

pour les interventions de lutte contre le paludisme, ce qui aidera à renforcer la transparence des programmes exécutés.

Enfin, l'intensification des interventions de lutte contre le paludisme nécessiteront des investissements importants de la part des partenaires stratégiques. Le PNLP fera appel à ses partenaires pour renforcer la volonté collective, mobiliser et sensibiliser les populations cibles. Le secteur privé sera considéré comme un partenaire essentiel dans le développement d'une base solide qui assurera les efforts futurs. La stratégie de plaidoyer sera accompagnée d'une matrice de financement (ou matrice des contributions) permettant de fixer les engagements de l'État et ceux des partenaires.

La mobilisation des fonds se fera sur la base d'une programmation annuelle et des extraits sous forme de requêtes trimestrielles qui précisent les activités à mener et les besoins de financement correspondants. Les décaissements se feront toujours sur cette base et en fonction des résultats atteints ainsi que des justifications comptables. Le système de contrôle et d'audits interne et externe du cadre stratégique sera renforcé pour garantir la transparence et la confiance mutuelle.

CHAPITRE V : CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION DU PSN

Le cadre de suivi et d'évaluation se compose des éléments suivants : (i) Le cadre de performance, (ii) Le système de gestion des données et, (iii) Les mécanismes de coordination du suivi et de l'évaluation. Le suivi-évaluation est un volet important dans la mise en œuvre de ce présent plan stratégique. Il permet de garantir la qualité des activités réalisées, d'améliorer la coordination, de suivre régulièrement les interventions à tous les niveaux (central, provincial, district et communautaire), d'apprécier leurs effets et de partager les informations. Il offre aux différents acteurs, l'opportunité d'identifier les problèmes et de proposer des stratégies correctrices.

Le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique sera inscrit dans un processus continu de collecte et d'utilisation de données dans le but de s'assurer que les activités à tous les niveaux se déroulent de manière satisfaisante. L'analyse systématique des données permettra à tous les niveaux de faire des ajustements si nécessaire.

L'évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique se fera à mi-parcours (en 2028) et à la fin (en 2030) ; l'accent sera mis à chaque fois sur les résultats obtenus et les ajustements stratégiques nécessaires pour l'atteinte des objectifs.

Il est décrit ci-dessous le cadre de suivi évaluation, l'organisation globale du système de suivi évaluation, les indicateurs de résultats/performance, les principes de base et procédures opérationnelles.

Pour le programme de lutte contre le paludisme, la surveillance, le suivi, l'évaluation et la recherche opérationnelle constituent une importante composante. Elle consiste en l'instauration d'un système de collecte et d'exploitation des données sur le paludisme à travers tout le pays, la mise en place de mécanismes de suivi-évaluation solides, opérationnels et adaptés au contexte épidémiologique et socio-sanitaire du pays.

Les données épidémiologiques disponibles sont saisies dans la base des données en ligne DHIS2 du MSP. Ces données proviennent essentiellement des FoSa (CDS, hôpitaux communaux, hôpitaux de district, hôpitaux de deuxième référence, hôpitaux nationaux, hôpitaux privés) et de la communauté.

Pour les données spécifiques au paludisme, un référentiel national des données du paludisme (NMDR) sera mis en place et utilisé par le PNLP en collaboration avec la DSNIS. Cet outil innovant interopérable avec d'autres sources de données, puisera essentiellement toutes les données en rapport avec le paludisme dans le système national d'information sanitaire (DHIS2). Il permettra de dégager des analyses plus poussées sur les tendances du paludisme par une combinaisons des données épidémiologiques, démographiques, climatiques, logistiques, entomologique et environnementales, tout en permettant au SNIS d'assurer en permanence le suivi de la qualité de données et l'automatisation des bulletins de surveillances épidémiologique dans l'approche « one health »

Le développement du NMDR a atteint fin 2025 la phase de configuration et de paramétrage de ses modules prioritaires (données HMIS, données d'enquêtes, données entomologiques et climatiques). La phase suivante (2026) prévoit le développement de produits de données avancés, notamment un bulletin épidémiologique automatisé et un tableau de bord prédictif, avant une

phase de pérennisation institutionnelle visant à assurer l'autonomie du PNLP et de la DSNIS dans la gestion et l'exploitation de l'outil. Parallèlement, une analyse approfondie de la qualité des données (DQA) a été réalisée en 2025 et a identifié des lacunes importantes dans la complétude et la concordance des données transmises au DHIS2 par les niveaux périphériques. Un plan d'amélioration de la qualité des données est en cours de validation et sera mis en œuvre progressivement à partir de 2026, avec pour objectif d'atteindre 75 % des problèmes de qualité prioritaires résolus d'ici fin 2026 et 90 % d'ici fin 2027.

Dans cette perspective d'intégration des données, le PNLP assurera l'interopérabilité entre les plateformes numériques de santé communautaire, notamment Malariya Pi/Audere HealthPulse AI et OpenCareNet, et le DHIS2. Cette intégration permettra d'alimenter directement le système national d'information sanitaire avec des données de qualité contrôlée provenant du niveau communautaire, où environ 25 % des cas de paludisme sont pris en charge. L'expérience pilote dans les districts de Cibitoke et Kirundo a démontré que les données numérisées de Malariya Pi offrent une granularité et une fiabilité supérieures aux données de routine actuelles, notamment sur la concordance diagnostique individuelle, le type de TDR utilisé et le suivi de la qualité de la prise en charge au niveau de chaque ASC.

En principe, ces données sont analysées sous une périodicité hebdomadaire et mensuelle à tous les niveaux, traitées par la DSNIS et le programme puis partagées avec les autres partenaires œuvrant dans la lutte contre le paludisme.

V.1. Système d'Information Sanitaire de Routine

La structure centrale de coordination et de gestion de l'information sanitaire est la Direction du Système National d'Information Sanitaire dont la mission est de coordonner, centraliser, analyser, actualiser, conserver, diffuser l'information sanitaire ainsi que de concevoir des procédures et des mécanismes uniformes de notification des données.

Les données de routine en rapport avec le paludisme sont collectées à travers un système intégré, la base du DHIS2 du SNIS. Le PNLP organise des réunions trimestrielles de coordination des partenaires pour la planification et le suivi des activités planifiées. Un suivi hebdomadaire, mensuel et trimestriel des indicateurs du programme est effectué à travers les données du MSP dans le cadre de la surveillance de routine et permet de renseigner tous les indicateurs relatifs au programme de lutte contre le paludisme.

L'analyse et la validation des données au niveau opérationnel permettent de découvrir la discordance entre les différents outils de collecte des données et la notification des cas. Le programme de lutte contre le paludisme a contribué au renforcement des capacités des services en charge de la gestion des données sanitaires et de la communication à travers des propositions tenant en compte l'appui des services stratégiques du ministère.



V.2. Cadre de Suivi-Évaluation

Les procédures de suivi évaluation seront basées sur le Plan de suivi-évaluation du PNLP. Le plan de suivi-évaluation facilite la mesure du progrès en conformité avec les indicateurs de résultat décrits pour chaque objectif. Le plan combine le suivi des données de routine, des enquêtes dans les structures cibles et une évaluation finale afin de déterminer les effets et l'impact du projet.

Le plan prend également en compte l'élaboration de rapports périodiques, la transmission et le retour continu d'informations. La qualité des services offerts sera mesurée au moyen d'évaluations rapides des pratiques au sein des structures publiques et privées. Le changement de comportement des prestataires (y compris les acteurs communautaires) et des membres de la communauté sera mesuré par des enquêtes de connaissances, d'attitudes et de pratiques (CAP). Un cadre de performance sera élaboré pour un suivi du processus des résultats et de l'impact. Il définit les indicateurs à chaque niveau depuis le processus, les résultats, les effets et l'impact des interventions. A chaque niveau, les cibles sont données par année, et en ce qui concerne les indicateurs de processus, des cibles trimestrielles seront déclinées dans les plans de mise en œuvre. Dans une perspective de mieux rendre compte, le cadre de performance est un outil de redevabilité du PNLP, des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme et des différents acteurs de mise en œuvre sur le terrain.

V.3. Suivi des données de routine

La structure du système national d'information de routine est construite sur le modèle de la pyramide sanitaire pour laquelle l'information sanitaire part du niveau communautaire et remonte jusqu'au niveau central en passant par les CDS, DS et le niveau intermédiaire.

Les outils d'enregistrement et de collecte de données disponibles dans les centres de santé et aux niveaux des hôpitaux sont standardisés et recueillent les informations dont les programmes ont besoin.

Les données primaires sont produites par les groupements d'agents de santé communautaires et les FOSA. Ces dernières sont ensuite analysées, validées et transmises aux différents niveaux hiérarchiques de la pyramide sanitaire jusqu'au niveau central à un rythme régulier et programmé. La DSNIS procède ensuite à la compilation nationale pour la production des rapports.

Le circuit de l'information de routine sur les maladies à potentiel épidémique dont le paludisme est unique, des FOSA à la DSNIS en passant par les districts sanitaires.

Les données en rapport avec le paludisme sont transmises quotidiennement. Les enquêtes et les études qui sont régulièrement commanditées par le MSP via le Programme, en collaboration avec les PAD (comme l'EDS, l'EIPB, l'EUV, l'enquête PEC, l'enquête MIS) constituent les principales sources des données pour les indicateurs de résultats et d'impact sur la lutte contre le paludisme.

Les partenaires contribuent à l'opérationnalisation du système de collecte des données de routine, des enquêtes et des études.

8

Le centre de santé compile ses données , celles des Groupements d'Agents de Santé Communautaire, et celles des frontières avant de faire la saisie dans DHIS2. Le District sanitaire analyse les données des FoSa de son ressort dans DHIS2.

L'analyse des données est faite à chaque niveau avant la transmission au niveau central. Cependant, la qualité de l'analyse n'est pas souvent substantielle. Le manque d'appropriation des outils de suivi des seuils épidémiques d'une part et l'absence des outils de ces derniers dans certaines structures d'autre part font que certaines flambées épidémiques ne soient pas signalées à temps. Il en est de même de l'information logistique dont l'analyse de la gestion des intrants projetée sur les cas rapportés devra faire l'objet de plus d'attention.

V.4. Évaluation des effets et impact des interventions

Le gouvernement burundais s'est engagé depuis 2010 avec ses partenaires à mener des évaluations périodiques complètes de la performance de son programme paludisme. Ces évaluations sous forme de revues à mi-parcours ou finale visent une meilleure planification et la mobilisation des ressources nécessaires adaptées au contexte épidémiologique national. Le but de la Revue du Programme Paludisme (RPP ou MPR) est d'évaluer les stratégies d'intervention et la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme au Burundi en vue de dégager la vision stratégique pour 2026-2030 conformément aux orientations techniques de l'OMS et aux stratégies recommandées dans le « Plan Mondial de Lutte contre le Paludisme 2016-2030 » et de renforcer la performance du programme en vue d'une meilleure efficacité des interventions.

L'évaluation à mi-parcours du Plan Stratégique sera réalisée en T3 de 2028 et se fera suivant une double approche Revue Interne et Revue Externe selon les recommandations et les outils de l'OMS.

L'évaluation finale du plan stratégique sera réalisée en T1 de 2030. Il s'agira d'une évaluation globale de l'impact, sur l'ensemble des 4 années de mise en œuvre. L'évaluation portera sur l'atteinte des objectifs du plan stratégique, et servira à fixer le prochain plan.

La revue finale de 2030 va constituer une étape indispensable à la formulation du nouveau Plan Stratégique National 2030-2035, avec comme objectifs de :

- effectuer la revue de l'épidémiologie du paludisme ;
- passer en revue la structure, l'organisation et la gestion du programme, les directives politiques dans le système de santé ;
- évaluer les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs nationaux dans le domaine de la lutte contre le paludisme ;
- effectuer la revue de la performance du programme par domaine thématique et à tous les niveaux du système de santé ;
- définir les prochaines étapes pour l'amélioration de la performance du programme et y compris la révision des politiques et directives de lutte contre le paludisme ;



- Les mécanismes et modalités d'évaluation du plan stratégique reposeront sur les différentes enquêtes menées au niveau national et qui ont un haut niveau de validité et de représentativité. Il s'agit notamment de :
 - Enquête sur la surveillance du paludisme
 - Enquête d'évaluation de la disponibilité des intrants chez l'utilisateur final
 - Enquête sur la qualité de la prise en charge du paludisme
 - Enquête entomologique,
 - Étude de suivi de l'efficacité des médicaments,
 - Enquête CAP sur l'utilisation des MII,
 - Stratification épidémiologique de la transmission du paludisme,
 - Les articles scientifiques, etc.

Les études seront confiées à des Cabinets spécialisés/institutions de recherche en santé publique et dans la conduite des enquêtes et études d'envergure. L'irrégularité de certaines enquêtes ainsi que la sous exploitation des statistiques de l'État Civil influent sur la qualité des dénominateurs pour le calcul des indicateurs.

V.5. Cadre de performance

Un cadre de performance sera élaboré pour un suivi du processus des résultats et de l'impact. Il sert de document cadre dans la dynamique du PNLP, selon les directives du MSAS de mettre en place un système de gestion axé sur les résultats. Ce cadre de performance définit les indicateurs à chaque niveau depuis le processus, les résultats, les effets et l'impact des interventions. A chaque niveau, les cibles sont données par année, et en ce qui concerne les indicateurs de processus, des cibles trimestrielles seront déclinées dans les plans de mise en œuvre. Dans une perspective de mieux rendre compte, le cadre de performance est un élément contractuel entre le PNLP et les partenaires impliqués dans le financement des interventions. Il servira de document contractuel entre le PNLP et les différents acteurs de mise en œuvre sur le terrain.

8

Tableau 12: Cadre de Performance du PSN 2026-2030

Code	Indicateur	Baseline 2024	2026	2027	2028	2029	2030	Source	Méthode	Fréquence
IMPACT										
IMP1	Incidence du cas de paludisme confirmés dans les formations sanitaires et au niveau communautaire (pour 1000 habitants)							Annuaire Statistique	Routine	Annuelle
IMP2	Incidence du paludisme chez les enfants < 5 ans (pour 1000 habitants)	1136,6						Annuaire Statistique	Routine	Annuelle
IMP3	Incidence du paludisme chez les ≥5 ans et plus (pour 1000)	334						Annuaire Statistique	Routine	Annuelle

IMP4	Incidence du paludisme chez les femmes enceintes (pour 1000 habitants)	177,2	131,0	116,6	106,1	98,7	93,8	Annuaire Statistique	Routine	Annuelle
IMP5	Taux de mortalité liée au paludisme (pour 100 000 habitants)	16,3	11,8	9,6	7,3	5,1	3	Annuaire Statistique	Routine	Annuelle
EFFET/OUTCOME										
EFF1	Taux de létalité hospitalière liée au paludisme (%)	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	Annuaire Statistique	Routine	Annuelle
EFF2	Proportion de la population ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) la nuit précédente (%)		ND		95			Rapport-Evaluation post-compagne/résultats 2022 et 2026	Enquête, observation sur terrain	3-5 ans
EFF3	Proportion des enfants de moins de 5 ans de la population dormant sous une		90		90			Rapport-Evaluation post-compagne/résultats	Enquête, observation sur terrain	3-5 ans

2

	MII la nuit précédant l'enquête									2022 et 2026		
EFF4	Proportion des femmes enceintes dormant sous une MII la nuit précédant l'enquête	90				90				Rap. post- compagne	Enquête, observation sur terrain	3-5 ans
EFF5	Taux de positivité des tests de diagnostic (TDR/Microscopie) (%)	52,40	52,36	52,36	52,36	52,36	52,36	52,36	52,36	DHIS2	Routine	Annuelle
EFF6	Nombre total de cas de paludisme confirmés tous les âges	5 859 861	5 210 939	5 204 173	5 197 472	5 190 706	5 183 940			Annuaire statistiques	Routine	Annuelle
EFF7	Proportion des consultations dues au paludisme (%)	25,2	21,8	20,4	19,0	17,6	16,2			Annuaire statistiques	Routine	Annuelle
EFF8	Nombre de cas hospitalisés pour paludisme (pour 10 000 habitants)	194	145	126	107	88	70			Annuaire statistiques	Routine	Annuelle

OUTPUT/COUVERTURE									
OUTP 1	Proportion de ménages qui possèdent des MII selon les normes (1 moustiquaire pour deux personnes) lors des campagnes de distribution de masse	95							Annuelle
OUTP 2	Taux de couverture en MII lors de la vaccination des enfants (%)	80	80	80	80	80	80	80	Annuelle
OUTP 3	Taux de couverture en MII chez les femmes enceintes lors de la CPNI (%)	74,5	80	80	80	80	80	80	Annuelle
OUTP 4	Nombre de MII distribuées lors de la distribution continue dans les districts sanitaires cibles	114 028	347 146	173 573	451 922	1351375	2788255	Annuaire statistiques	Annuelle

OUTP 5	Nombre de moustiquaires distribuées lors de la campagne de distribution de masse en raison d'une MII pour deux personnes	7 391 547 (2025)				7 170 106					Plan d'action CDM 2025	Microplanification	Une fois
OUTP 6	Couverture en ménages de la pulvérisation intra-domiciliaire (IRS/PID) (%)	95	95	95	95	95	95	95	95	95	Rapport de Campagne IRS	Enregistrement continu	Annuelle
OUTP 7	Couverture en population de la pulvérisation intra-domiciliaire (IRS/PID) (%)	95	95	95	95	95	95	95	95	95	Rapport de Campagne IRS	Enregistrement continu	Annuelle
OUTP 8	Proportion de cas suspects testés dans les formations sanitaires (FOSA) TDR//Microscopie (%)	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	Annuaire statistiques	Routine	Annuelle
OUTP 9	Proportion de cas suspects testés au niveau communautaire (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	Rapportage ASC / iCCM / PECADOM)	Routine	Annuelle
OUTP 10	Proportion de cas confirmés de	97	98	100	100	100	100	100	100	100	Annuaire statistiques	Routine	Annuelle

	paludisme simple traités selon le protocole national en FOSA (%)											
OUTP 11	Proportion de cas confirmés traités selon le protocole au niveau communautaire (%)	101,3	100	100	100	100	100	100	100	Annuaire statistiques	Routine	Annuelle
OUTP 12	Proportion des femmes enceintes ayant reçu ≥3 doses TPIg	52 (Années 2024)	59,2	62,8	66,4	70,0	73,6	Annuaire Statistiques	Routine	Annuelle		
OUTP 13	Proportion de nourrissons ayant reçu la chimio prévention complète du paludisme selon le schéma national (5 doses) (%)	ND	3	6	9	12	15	DHIS2	Routine	Annuelle		
OUTP 14	Taux de mobilisation des budgets de lutte contre le paludisme (%)	72.89	73	73,5	74	74,5	75	Rapport Financier	Routine	Annuelle		
OUTP 15	Taux d'exécution des budgets de	84,9	91	92	93	94	95	Rapport Financier	Routine	Annuelle		

OUTP 19	Pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock en intrants antipaludiques au cours de la période	95,5	99,5	100	100	100	100	100	100	DHIS2	Routine	Annuelle
OUTP 20	Proportion de FOSA n'ayant pas connu de rupture de stock en intrants de prévention (SP, MII)		100	100	100	100	100	100	100	DHIS2	Routine	Annuelle
OUTP 21	Proportion de fosa n'ayant pas connu de rupture de stock en intrants de prise en charge (AL, TDR, art inj)		100	100	100	100	100	100	100	DHIS2	Routine	Annuelle
OUTP 22	Pourcentage des activités réalisées par rapport aux activités mentionnées dans le Plan annuel d'activité du Programme	83,3	85	85	85	85	85	85	85	Rapport	Routine	Annuelle

OUTP 23	Cas de paludisme grave	126573	112556	112410	112265	112119	111973	Ann. statistiques	Routine	Annuelle
OUTP 24	Cas de paludisme grave référés par la communauté	9 266	9 169	9 121	9 072	9 024	8 975	Ann. statistiques	Routine	Annuelle
OUTP 25	Proportion de cas de paludisme chez les moins de cinq ans (total des moins de 5 ans *100/total cas confirmés)	42,5	42,0	40,5	39,1	37,6	36,2	Ann. statistiques	Routine	Annuelle
OUTP 26	Total cas de paludisme chez les moins de 5 ans	2 490 571	1 762 977	1 691 381	1 619 590	1 547 995	1 476 400	Ann. stat.	Routine	Annuelle
OUTP 27	Tot. cas paludisme confirmés chez les plus de 5 ans	3 369 29	3 447 963	3 512 792	3 577 882	3 642 711	3 707 540	Ann. Stat	Routine	Annuelle
OUTP 28	Tot. cas paludisme confirmés chez les femmes enceintes	118 627	107 301	97 985	88 668	79 352	70 035	An. Stat	Routine	Annuelle
OUTP 29	Proportion des consultations dues au paludisme (%)	25,2	21,8	20,4	19,0	17,6	16,2	An. Stat	Routine	Annuelle
OUTP 30	Pourcentage de flambées /épidémies de paludisme	DN	100	100	100	100	100	Rapport d'activités	Routine	Annuelle

8

V.6. Dissémination et utilisation des informations sur le paludisme

Les informations générées par le suivi/évaluation seront diffusées régulièrement aux acteurs, décideurs et partenaires. Les supports de diffusion retenus sont :

- **Pour les données épidémiologiques :**

Ces données parviennent au PNLP sous forme de rapport d'activités ou de rapport d'enquêtes et sont saisies dans la base des données nationales pour faciliter l'analyse. Ces données sont fournies au moyen des indicateurs. Les tendances épidémiologiques des affections prises en compte qu'elles proviennent de données de routines ou de données d'enquêtes doivent impérativement faire l'objet d'alerte.

Un Bulletin épidémiologique sera produit avec une périodicité régulière. Sa dimension qui ne dépassera pas une dizaine de pages résumera toutes les informations stratégiques pertinentes sur l'évolution de l'affection au sein de la population. Ce bulletin sera transmis à tous les acteurs par voie électronique et/ou physique si un financement est disponible pour les éditions.

- **Pour les données programmatiques :**

Le programme stocke toutes les données issues des différents secteurs, et des niveaux décentralisés et sectoriels, sur les activités de riposte au Paludisme dans la base des données centrale du DHIS2. Les données programmatiques sont analysées au même titre que les données épidémiologiques. Une triangulation de toutes ces données est impérative pour permettre que les résultats programmatiques éclairent les résultats épidémiologiques.

- **Pour les données financières :**

Le Programme rassemble les données financières sur les dépenses/fonds mobilisés pour la lutte contre le paludisme dans la base de données nationale. Une analyse d'efficacité périodique est impérativement effectuée. Elle aura pour but d'éclairer les choix d'investissement dans la riposte nationale à la maladie.

Une fois les données analysées, les résultats de l'analyse doivent être mis à la disposition non seulement des décideurs et partenaires au développement, mais aussi à celle des acteurs qui fournissent ces données. En effet, elles ne sont plus seulement des données, elles deviennent des informations stratégiques à utiliser autant que possible en temps opportun au risque de les voir devenir obsolètes.

Le partage de l'information permettra à toutes les parties prenantes à quelque niveau que ce soit d'être au même niveau d'informations sur la trajectoire de l'affection et sur l'ensemble des interventions à mener. Pour cela, un plan de dissémination des données et d'utilisation de l'information est établi. Il sera dynamique pour répondre au mieux aux besoins opérationnels.

La mise en œuvre du plan de dissémination de données et d'utilisation de l'information s'assurera entre autres, qu'aucune donnée n'est produite inutilement et que toutes les données soient utilisées principalement pour les besoins de la mise en œuvre du Plan Stratégique National.



Le partage des données se fait au moyen des rapports d'activités qui sont produits mensuellement, trimestriellement ou annuellement. Un rapport annuel sera produit et largement diffusé au cours d'une session annuelle rassemblant toutes les parties prenantes. L'information produite aidera à la prise de décision mais surtout pour contrôler la maladie et son impact sur les populations pour la recherche de financement et l'amélioration des interventions.

Elle permettra en outre de :

- Contribuer à la mise en œuvre du plan stratégique ;
- Contribuer à la réalisation des engagements pris par le pays au niveau sous régional et international ;
- Justifier les financements reçus des partenaires ;
- Montrer l'efficacité du programme et ;
- Documenter les meilleures pratiques.

Un tableau de bord présentant les utilisateurs potentiels des données, institutionnels et individuels, sera annuellement établi ainsi que les canaux de transmission desdites données et les contraintes de cette transmission. Un rapport de dissémination sera régulièrement élaboré et mis à jour.



BIBLIOGRAPHIE

1. Annuaire des Statistiques Sanitaires du Burundi (2021, 2022, 2023, 2024). Direction du Système National d'Information Sanitaire, Bujumbura, Burundi (p. 12). Ministère de la Santé Publique (MSP) / DSNIS. (2024).
2. Cadre de performance et redevabilité financière pour les Récipiendaires Principaux. Guide de gestion des subventions de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Genève : Le Fonds mondial. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. (2023).
3. Cadre continental de lutte et d'accélération de l'élimination des épidémies de paludisme à l'horizon 2030. Addis-Abeba : Union Africaine. Alliance des Dirigeants Africains contre le Paludisme (ALMA). (2025).
4. Chimio-prévention du paludisme pérenne (CPP) et saisonnière (CPS) : Guide pratique pour les pays d'Afrique subsaharienne. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2022).
5. Code de la Santé Publique de la République du Burundi. Cadre légal des obligations de déclaration obligatoire des maladies à potentiel épidémique, Bujumbura, Burundi. Ministère de la Santé Publique (MSP). (2020).
6. Déclaration d'Abuja sur le Financement de la Santé : Suivi des engagements étatiques des 15 % du budget national. Addis-Abeba : Union Africaine. Commission de l'Union Africaine. (2001).
7. Directives opérationnelles pour le huitième cycle de reconstitution des ressources (GC8) : Orientations sur la politique révisée de co-financement et de viabilité (STC). Genève : Le Fonds mondial (p. 15). Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. (2025).
8. Directives pour la surveillance épidémiologique et le suivi-évaluation des programmes de lutte contre le paludisme. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2024).
9. Efficacy and vector susceptibility mapping for Next-Generation Nets (PBO and Dual-Active Ingredient Nets) in East and Southern Africa. Gavi Vaccine Alliance joint report, Genève (p. 28). World Health Organization (WHO). (2023).
10. Ending Cholera : A Global Roadmap to 2030. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Global Task Force on Cholera Control (GTFFC). (2017).
11. Enquête Nationale sur le Paludisme (ENP) : Rapport d'évaluation opérationnelle. Analyse de la performance des cliniques de soins de jour, Bujumbura, Burundi. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). (2021).
12. Enquête sur les Indicateurs du Paludisme au Burundi (MIS 2012). Rapport national sur les infections mixtes et la prévalence parasitaire, Bujumbura, Burundi (p. 27). Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS). (2013).
13. Évaluation de la Prise en Charge du Paludisme (Enquête PEC). Audit de conformité des prestataires de soins publics aux directives de traitement, Bujumbura, Burundi. Ministère de la Santé Publique (MSP). (2023).

8

14. Framework for the response to *Anopheles stephensi* invasion in Africa. Stratégie d'urgence pour la sécurité sanitaire et la veille entomologique face aux vecteurs émergents. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2023).
15. Guide des mécanismes innovants de financement de la santé : Analyse comparée de Debt2Health et de la plateforme d'achats Wambo.org avec fonds nationaux. Nairobi. African Leaders Malaria Alliance (ALMA Finance). (2025).
16. Guide National de Prise en Charge Précocement Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). Directives cliniques pour le niveau opérationnel, Bujumbura, Burundi. Direction de Lutte contre la Maladie (DLM). (2022).
17. Lettre d'allocation budgétaire et exigences de co-financement ciblé pour la République du Burundi (Cycle GC8/PAAR). Genève (p. 15). Fonds Mondial / CRSPC (Malaria Secondary Co-investment Group). (2026).
18. Malaria Vaccine Rollout and Support Guidelines (2025-2030): Addressing drop-out rates for the 4th dose of RTS,S/AS01 and R21 vaccines in Sub-Saharan Africa. Genève. GAVI, The Vaccine Alliance. (2024).
19. Management of Insecticide Resistance in Malaria Vectors. Recommandations techniques du sous-comité WHOPEs sur l'usage alterné des pyréthrinoides et du chlorfénapyr. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2022).
20. Note d'Orientation sur la Prise en Charge à Domicile (PECADOM). Document cadre de déploiement des agents de santé communautaire (ASC) dans les districts pilotes, Bujumbura, Burundi. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). (2019).
21. Operational Field Manual for Targeted Vector Control: Deploying Spatial Repellents and Attractive Toxic Sugar Baits (ATSB) in High-Transmission Hotspots. Genève. Roll Back Malaria (RBM) Partnership to End Malaria. (2024).
22. Plan Multisectoriel Stratégique d'Élimination du Choléra (PMSEC 2023-2027) au Burundi. Cadre de synergie WASH et surveillance communautaire, Bujumbura, Burundi. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS). (2023).
23. Plan National d'Adaptation aux Changements Climatiques (PNA-Burundi 2023). Bujumbura, Burundi (p. 14). Ministère de l'Environnement, de l'Agriculture et de l'Élevage. (2023).
24. Plan National de Développement (PND) du Burundi 2018-2027 Révisé. Alignement macroéconomique et Vision 2040-2060, Bujumbura, Burundi. Ministère des Finances, du Budget et de la Planification Économique. (2024).
25. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II & III). Document d'orientation stratégique de la pyramide sanitaire burundaise, Bujumbura, Burundi (p. 12). Ministère de la Santé Publique (MSP). (2020).
26. Position paper on the Malaria Vaccines (RTS,S/AS01 and R21/Matrix-M). Schéma vaccinal complet à 4 doses et coordination avec le PEV. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2024).
27. Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) et Régulation des Marchés. Procédures d'homologation et d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) des antipaludiques, Bujumbura, Burundi. Autorité Burundaise de Régulation des Médicaments à usage humain et des Aliments (ABREMA). (2022).

8

28. Procédures harmonisées d'achat et d'approvisionnement via les plateformes mondiales. Note d'information technique sur l'intégration du catalogue Wambo.org. Genève : Le Fonds mondial. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. (2024).
29. Rapport de la stratification sous-nationale de la transmission du paludisme au Burundi. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), Bujumbura, Burundi (p. 10). Ministère de la Santé Publique (MSP). (2026).
30. Rapport de la Revue à Mi-Parcours (RMP) du PSN 5ème Génération (2021-2027). Évaluation des performances physiques et financières sur la période 2021-2025, Bujumbura, Burundi (pp. 5, 10, 13). Ministère de la Santé Publique (MSP). (2025).
31. Rapport de l'Enquête de Vérification de la Disponibilité des Intrants (EUV / End-User Verification). Analyse des ruptures de stock de CTA au niveau périphérique, Bujumbura, Burundi. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). (2024).
32. Rapport Mondial sur le Paludisme 2025 (World Malaria Report). Analyse des tendances épidémiologiques et impact d'El Niño en Afrique de l'Est. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2025).
33. Rapport Technique de la Surveillance Entomologique d'*Anopheles gambiae* s.l. au Burundi. Rapport d'activité annuel de l'insectarium de Gihanga, Bujumbura, Burundi (pp. 26, 28). Institut National de Santé Publique (INSP). (2023).
34. Recensement Général de la Population, de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage (RGPHAE 2024). Bureau Central du Recensement, Bujumbura, Burundi (p. 14). République du Burundi. (2024).
35. Stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016–2030 : mise à jour 2021. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2021).
36. Stratégie Nationale de Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC) en Santé. Plan d'action pour les outils de sensibilisation et d'andragogie, Bujumbura, Burundi. Ministère de la Santé Publique (MSP). (2021).
37. Système de Classification Internationale des Maladies — 11e Révision (CIM-11)
38. Manuel de codification pour la notification hospitalière de la morbidité palustre. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2022).
39. Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB III 2016-2017). Bujumbura, Burundi (pp. 14, 27). Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS). (2016).

8

ANNEXE

ANNEXE : Plan de mise en œuvre sur les trois ans

ACTIVITES	2026	T2	T4	2027	T2	T3	T4	2028	T2	T3	T4
	T1		T1 3	T1				T1			
Axe stratégique 1 : Renforcement des capacités institutionnelles du programme.											
Elaborer un plan de mobilisation des ressources	-	-	-	-	-	-	29.253.316	-	-	-	-
Organiser un atelier de mobilisation des ressources privées des sociétés privées, entreprises	-	-	10.057.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Organiser à Bujumbura un atelier d'une journée pour la mobilisation des ressources avec tous les partenaires au développement	-	-	-	-	14.506.000	-	-	-	-	-	-
Evaluer à mi-parcours le PSN 2026-2030	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73.624.305
Extension et équiper les Bureaux du PNLP	-	-	532.311.870	-	-	-	-	-	-	-	-
Equiper les bureaux du PNLP	-	-	-	-	-	231.500.000	-	-	-	-	-
Assurer le fonctionnement du PNLP	-	-	10.467.853	10.467.853	10.467.853	10.467.853	10.467.853	10.467.853	10.467.853	10.467.853	10.467.853

Former/recycler l'équipe du PNILP en administration, finances, comptabilité et audit	-	-	-	-	-	-	240.804.000	-	-	-	-	-	-
Former l'équipe finance sur l'Excel avance	-	-	-	-	-	-	6.939.000	-	-	-	-	-	-
Assurer la formation des formateurs à l'étranger de 4 laborantins sur la maintenance préventive 1er degré	-	-	-	-	-	120.402.000	-	-	-	-	-	-	-
Assurer une formation internationale de 4 Cardes du PNILP en Paludologie (Voir la direction)	-	-	-	-	-	-	120.402.000	-	-	-	-	-	-
Assurer les frais de communication du secrétaire et président de chaque comité	-	-	-	423.529	423.529	423.529	423.529	423.529	423.529	423.529	423.529	423.529	423.529
Assurer le carburant de fonctionnement des véhicules et motos : 30 l par semaine pour véhicules et 10litres par semaine pour motos et les frais d'entretien	-	-	-	2.868.235	2.868.235	2.868.235	2.868.235	2.868.235	2.868.235	2.868.235	2.868.235	2.868.235	2.868.235
Recruter un Consultant national pour élaborer un document contenant la monographie des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme (Voir la direction)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16.092.000
Organiser un atelier de présentation du document (50 personnes pendant 1 jour à Bujumbura)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19.400.000	-

Recruter deux Consultants nationaux pour appuyer le PNLP pour l'élaboration des notes conceptuelles du Fonds Mondial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Organiser un atelier pour élaborer un document détaillant les principaux sujets de recherche, les notes conceptuelles pour le financement du Fonds Mondial	-	-	-	-	12.460.000	-	-	-	-	-	-	-
Assurer 2 retraites pour l'élaboration des notes conceptuelles du Fonds Mondial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assurer l'entretien, la maintenance et l'assurance des véhicules	-	-	-	17.702.941	17.702.941	17.702.941	17.702.941	17.702.941	17.702.941	17.702.941	17.702.941	17.702.941
Procéder à l'assurance des bureaux et stocks du PNLP	-	-	-		24.000.000	-	-	-	24.000.000	-	-	-
Réaliser un inventaire annuel des immobilisations du PNLP				23.496.550								
Axe stratégique 2 : Amélioration de la gestion de l'approvisionnement et du stock.												
Acquérir annuellement des médicaments Pour le traitement du Paludisme au pays	8.701.732.725		8.701.732.725		8.701.732.725		8.701.732.725		8.701.732.725		8.701.732.725	
Acquérir annuellement des médicaments pour la chimioprévention du	-		1.826.106.152	-		1.826.106.152	-		-		1.826.106.152	-

Tenir 13 Réunions du Comité Technique /sous-comités en dehors des retraites (1 journée chacune)	-	-	-	28.844,8 16	28.844.816	-	-	-	-	-	-
Organiser un atelier de Macroplanification (deux retraites) à NGOZI pendant 5 jours pour la CDM 2028	-	-	-	-	-	-	58.272.4 00	58.272.4 00	-	-	-
Organiser un atelier de formation de superviseurs nationaux sur la Microplanifications pendant 5 jours 54 participants	-	-	-	-	-	-	35.339.6 80	-	-	-	-
Organiser une microplanification au niveau de 56 districts sanitaires) aux chefs-lieux des Communes pendant 5 jours	-	-	-	-	-	-	1.784.94 0.880	-	-	-	-
Tenir un atelier de compilation des microplans : deux retraites à NGOZI	-	-	-	-	-	-	77.365.2 00	-	-	-	-
Tenir un atelier de formation des superviseurs du niveau périphérique et intermédiaire sur le dénombrement, 3 jours au niveau de 42 Communes	-	-	-	-	-	-	714.750. 783	-	-	-	-

Tenir un atelier de formation des superviseurs du niveau périphérique et intermédiaire sur la distribution, 3 jours au niveau de 42 Communes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	823.466.833	-	-	-
Tenir un atelier de formation des vérificateurs communaux chargé de la préparation des états de paie pendant 2 jours à Ngozi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tenir une formation de 3 jours des dénombreurs au niveau de 56 districts	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.739.941.840	-	-
Assurer la mise en œuvre du dénombrement pendant 10 jours au niveau de 56 DS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.916.691.000	-	-
Assurer la vérification des Présences des acteurs pour Préparation des Paiements des acteurs du dénombrement (10 NC pour collecter les listes de présence ; 168 vérificateurs communaux)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	135.739.500	-	-
Assurer la vérification des Présences des acteurs pour Préparation des Paiements des acteurs de la distribution digitalisé (10 NC pour collecter les listes de présence ; 168 vérificateurs communaux)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82.594.200	-	-

Tenir un atelier d'analyse et de validation des données du dénombrement au niveau de 56 DS pendant 3 jours CDM 2028	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	374.660.160	-	-
Mener une mission de la logistique des MII au niveau 3 entrepôts régionaux pendant 10 jours	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20.790.000	-	-
Tenir un atelier de formation des formateurs nationaux sur la logistique pendant 5 jours à Bujumbura	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16.906.616	-	-
Tenir un atelier de Formation des équipes de distribution : Equipe de distribution, gestionnaires de sites, superviseurs de proximité dans au niveau des 56 districts pendant 3 jours	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.034.476.020	-	-
Assurer la réception officielle des MII pendant 2 jours à l'intérieur du pays	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15.055.460	-	-
Acquérir les outils et les équipements du dénombrement des ménages à Bujumbura pendant 2 jours	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.863.161.100	-	-
Acquérir les outils et les équipements de distribution à Bujumbura pendant 2 jours	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	153.433.574	-	-
Assurer le colisage des intrants destinés à la distribution digitalisée des MII	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78.734.113	-	-

Assurer la mise en œuvre de la distribution digitalisée des MII au niveau de 56 DS pendant 6 jours (PNLP, ECD)	-	-	-	-	-	-	-	-	3.081.923.475	-	-	-
Assurer la coordination du dénombrement digitalisé pour la CDM 2028 au niveau national pendant 4 jours (COPL)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25.113.750	-	-
Assurer la coordination de la distribution digitalisée des MII pour la CDM 2028 au niveau national pendant 4 jours (COPL)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	518.057.120	-	-
Tenir un atelier d'analyse et de validation des données de la distribution des MII au niveau de 56 DS pendant 3 jours CDM 2028	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	518.057.120	-
Organiser un atelier d'élaboration de rapport CDM 2028 pendant 5 jours à Ngozi (par le COTEC)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69.641.600	-
Organiser un atelier de finalisation du rapport CDM 2028 à Bujumbura pendant 4 jours	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11.885.990	-
Organiser un atelier de validation de rapport CDM 2028 à Bujumbura pendant 2 jours	-	2.658.582	-	2.658.582	-	2.658.582	-	2.658.582	-	-	-	2.658.582
Assurer le suivi de la gestion des MII de routine au niveau de 56 DS, de 748 CDS et	-	-	-	-	17.165.050	-	-	-	17.165.050	-	-	17.165.050

Assurer la formation de chefs de groupes, pour la mise en œuvre des opérations PID dans 11 communes pendant 5 jours								520.160.129					
Formation de 5469 Aspergeurs, des 1 826 chefs d'équipes, des 15 Magasinières et hygiénistes pendant 3 jours au niveau des communes								2.376.160.264					
Assurer les opérations de pulvérisation intradomiliaire pendant 15 jours au niveau des communes								6.012.993.469					
Assurer la Supervision de la mise en œuvre de la PID au niveau du District et commune								267.676.175					
Assurer la supervision de la mise en œuvre de la PID au niveau BPS et Représentant du Gouverneur								6.900.488					
Assurer la Supervision au niveau Environnemental								19.023.750					
Assurer le suivi de la campagne PID par le niveau central & Reporting								239.521.500					
Organiser Deux missions par commune pour la collecte et saisie des listes de présence des Chefs de groupes, Chefs d'Equipe et Aspergeurs + préparation des ordres de paiements électroniques pendant la mise en œuvre de la PID								86.595.000					

Recruter un consultant pour assurer la formation des personnes en matière de la PID						7.292.610						
Recruter un consultant pour assurer la formation sur la gestion des gîtes larvaires pendant 15 jours						21.877.830						
Tenir une formation de 3 jours sur l'identification et traitement des gîtes larvaires au niveau de 5 communes (les TPS/point focal communautaire						77.461.250						
Mener des activités d'hygiène trimestrielles pour supprimer des gîtes larvaires artificiels dans les ménages (frais de collation des ASC).					56.250.000							
Tenir un atelier de 20 Personnes à Bujumbura pour l'élaboration du manuel de gestion des gîtes larvaires pendant 5 jours				-	9.222.375	-	-	-	-	-	-	-
Tenir un atelier de formation de 20 personnes du NC sur le manuel parlant la gestion des gîtes larvaires à Bujumbura pendant 3 jours					4.736.445			-				-
Tenir un atelier de formation de 20 formateurs sur l'identification géolocalisation et traitement des gîtes larvaires à Bujumbura pendant 5 jours					13.204.575	-	-	-	-	-	-	-
Tenir une mission trimestrielle de sensibilisation					24.650.000							

sur la gestion des gites larvaires à Bujumbura pendant 2 jours																				
Tenir une mission d'assainissement du milieu une fois par l'an dans les villes	-				71.388.750															
Mener trimestriellement des supervisions formatives sur la CPP dans 5DS				6.719.62 5	6.719.625	6.719.625	6.719.62 5	6.719.62 5	6.719.62 5	6.719.62 5	6.719.62 5	6.719.625	6.719.62 5	6.719.625						
Mener une évaluation de la stratégie CPP	-	-	-		29.198.250	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mener une évaluation de la stratégie TPIg communautaire	-	-	-		-	-	-	14.234.2 50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assurer l'approvisionnement trimestriel des CDS destinées à la DCC dans 14Communes pendant 5 jours (au niveau de 20 DS)	-	-	-	-	-	-														
Organiser une mission de supervision et de suivi semestriel de la mise en oeuvre de la stratégie da la DCC pendant 5 jours au niveau de 14 communes 2029-2030 à DCC (1 superviseurs par DS)	-	-	-	-																
un atelier d'échange et d'évaluation annuel de la stratégie DCC à Gitega pendant 2 jours dans 14 Communes de 2029-2030	-	-	-	-																

Organiser un atelier d'analyse semestriel et validation des données de la DCC pendant 3jours au niveau de 14 Communes	-	-	-	-														
Organiser un atelier de formation des équipes du pool opérationnel sur la stratégie de la DCC et la gestion logistique pendant 3jrs (PNLP, SRC ,ECD, Titulaires , TPS/ PFSC) dans 12 Communes (2029)	-	-	-	-														
Assurer l'encadrement mensuel des ASC-DCC par les TPS au niveau communautaire	-	-	-	-														
Organiser une réunion de coaching mensuel sur terrain pour renforcer les capacités des ASC au reporting et à l'élaboration des rapports	-	-	-	-														
Acquérir les outils de collecte des données de DCC	-	-	-	-														28.489,215
Axe stratégique 4 : Renforcement du cadre de prise en charge.																		.247
Tenir 3 ateliers de 30 personnes pendant 5 jours chacun pour la révision des directives nationales de lutte contre le paludisme et des algorithmes (2023) à Ngozi	-	-	-	-	-	23.687.220	23.687.220	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Organiser un atelier de 50 personnes pour la validation des DNLp révisées à Bujumbura	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10.173.600	-	-	-	-	-	-	-

Multiplier et disséminer les livrets des DNLp révisés dans toutes les FOSA	-	-	-	-	-	-	-	-	135.405.000	-	-	-
Former un pool national de 30 formateurs sur les DNLp à Gitega									29.757.870			
Former 159 formateurs du niveau opérationnel sur les directives révisées à Ngozi et à Gitega										152.572.820		
Former 1500 prestataires des CDS et 390 prestataires des hôpitaux sur les DNLp révisées											238.483.420	238.483.420
Organiser une mission de supervision annuelle dans 56 DS sur la mise en œuvre des Nouvelles directives de lutte contre le Paludisme (couplée à la restitution)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Multiplier les algorithmes : 6 types d'Algorithmes (1 Exemple est constitué de 6 Algorithmes)									11.737.500	11.737.500	11.737.500	11.737.500
Tenir 3 ateliers de 30 personnes pour l'élaboration du guide d'implémentation MFT pendant 5 jours à Ngozi									-	-	47.758.440	95.516.880
Tenir 1 atelier de 30 personnes pour la validation du guide d'implémentation MFT à Bujumbura					-	-						6.479.520
Tenir 1 atelier de 30 personnes pour l'élaboration des modules						-	-	-	-	-	-	-

8

de formation sur le MFT pendant 3 jours à Bujumbura													
Former 72 prestataires et 10 membres des ECD sur le MFT pendant 2 jours à Ngozi												13.512.220 20	13.512.2
Organiser une mission de supervision trimestrielle dans les 2 DS mettant en œuvre le MFT				2.972.25 0	2.972.250	2.972.250	2.972.25 0	2.972.25 0	2.972.25 0	2.972.25 0	2.972.250	2.972.25 0	2.972.250
Multiplier et disséminer les livrets et les algorithmes de la stratégie MFT				-		-	-	-	-	-		-	-
Organiser trimestriellement la supervision formative sur les prestations de laboratoire (POS) et le contrôle qualité des lames pour évaluer les compétences des laborantins et microscopistes dans les 14 BDS				1.901.63 2	1.901.632	1.901.632	1.901.63 2	1.901.63 2	1.901.63 2	1.901.63 2	1.901.632	1.901.63 2	1.901.632
Former 112 laborantins superviseurs des hôpitaux de 56 BDS sur les méthodes de diagnostic biologique du Paludisme (6 sessions de 20 personnes) pendant 5 jours à Gitega				48.992.9 47	-	48.992.9 47	-		-	-		-	-
Former 1500 laborantins/microscopistes des FOA des 56 BDS sur les méthodes de diagnostic biologique du Paludisme (60 sessions de 25 personnes)				-	-	-	173.357. 154	173.357.15 4	173.357. 154	173.357. 154	173.357. 154	173.357. 154	-

8

[illegible]

Acheter 350 smartphones pour l'implémentation de Malaria Pi	-			-	-	-	-	245.000.000	-	-	-	-	-
Axe stratégique 5 : Renforcement du cadre de communication													
Mettre à jour le plan de communication aligné au PSN 2026-2030	-	-	-	-	-	27.278.000	-	-	-	-	-	-	-
Célébrer la Journée Mondiale de la lutte contre le paludisme	-		-	-	-	-	14.494.681	-	-	-	-	14.494.681	-
Produire et diffuser des émissions spécifiques au niveau des zones à haut risque d'épidémie de paludisme à travers les radios communautaire et des SMS envoyés par les opérateurs de la téléphonie mobile	-	-	-			1.665.398	1.665.398	1.665.398	1.665.398	1.665.398	1.665.398	1.665.398	1.665.398
Diffuser des SMS sur le paludisme à travers les usagers des opérateurs téléphoniques (1 message clés trimestriellement s à 500000 abonnés) à partir du T1 2027						625.000	625.000	625.000	625.000	625.000	625.000	625.000	625.000
Animer annuellement des séances de sensibilisation sur la lutte contre le paludisme dans les ECOFO et au niveau communautaire dans 5 districts à haut risque à partir de T1 2027	-	-	-	-	-	169.899.688		-	-	-	169.899.688	-	-
Mener 56 séances de dialogue communautaire sur la prévention du paludisme chez	-	-	-	-	-	30.356.725	30.356.725	30.356.725	30.356.725	30.356.725	30.356.725	30.356.725	30.356.725

8

[illegible]

Organiser une séance de renforcement de capacité de 30 journalistes des radios communautaires sur la lutte contre le paludisme pendant 3 jours (T3 2027)	-	-	-	-	-	-	-	33.521.000	-	-	-	-
Former/Recycler annuellement les TPS et les ASC sur la communication pour l'adhésion au TPIg et d'autres mesures de prévention à partir de T2 2028 dans 5 DS à faible taux de couverture	-	-	-	-	89.610.000	-	-	-	-	-	-	-
Former le pool national des formateurs qui va former les formateurs du niveau district pour Renforcer les capacités des COSA sur le suivi dirigé par la communauté en matière de lutte contre le paludisme à partir de T2 2027	-	-	13.125.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Atelier de Formation des formateurs (par province, 2 formateurs par DS) sur le suivi dirigé par la communauté en matière de lutte contre le paludisme à partir de T2 2027	-	-	-	-	-	-	-	97.961.400	-	-	-	-
Renforcer les capacités des COSA sur le suivi dirigé par la communauté en matière de lutte contre le paludisme (une séance par DS à partir de T2 2027) à raison de 14 DS par an	-	-	-	-	-	-	-	-	559.697.600	-	-	-

2

[illegible]

[illegible]

Organiser un atelier de délaboration des SOPs transfrontalières pour la notification des épidémies suspectées dans un délai de 24 à 72 heures pendant à Gitega (OIM,PNL,P,SRC,PAD) dans le cadre de la surveillance entomologique	-	-	-	58.964.0 20	-	-	-	-	-	-	-	-
Organiser un atelier de validation des SOPs transfrontalières pour la notification des épidémies suspectées dans un délai de 24 à 72 heures pendant à Muramya (OIM,PNL,P,SRC,PAD) dans le cadre de la surveillance entomologique	-	-	-	23.196.1 20	-	-	-	-	-	-	-	-
Organiser un atelier de divulgateur des SOPs transfrontalières pour la notification des épidémies suspectées dans un délai de 24 à 72 heures pendant 3 jours (OIM,PNL,P,SRC,PAD) Bujumbura, Rumonge, Makamba, Muyinga(Kobero), Cibitoke dans le cadre de la surveillance entomologique	-	-	-	-	-	133.056.20 0	-	-	-	-	-	-
Organiser un atelier de formation et de mise en place d'équipes rapides transfrontalières d'intervention rapide avec des	-	-	-	-	-	-	102.794. 800	-	-	-	-	-

[illegible]

PNLP_BURUNDI_PSN_2026-2030

de la surveillance entomologique												
Assurer le monitoring mensuel de la rémanence des insecticides utilisés lors de la PID pour évaluer leur bio-efficacité résiduelle.	-	-	-	-	-	-	193.712.138	193.712.138	193.712.138	193.712.138	-	
Organiser un atelier trimestriel de revue et d'analyse des données de rémanence des insecticides (PID) pour l'aide à la décision.	-	-	-	-	-	-	10.761.750	10.761.750	10.761.750	10.761.750	-	
Elaborer et diffuser semestriellement à tous les acteurs les rapports d'analyse utilisant les données multisectorielles (météo, agriculture etc.).	-	-	-	2.127.778	-	-	2.127.778	-	2.127.778	-	2.127.778	
Elaborer et diffusion du manuel de surveillance du paludisme	-	-	-	30.568.750	-	-	-	-	-	-	-	
Renforcer les capacités du personnel du niveau central sur les méthodes de cartographie et de modélisation (recrutement du consultant, formation)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Actualiser annuellement un plan de préparation et de riposte aux épidémies du paludisme (le plan de riposte aux épidémies sera adapté en fonction de la situation	-	-	-	33.000.000	-	-	-	-	-	-	-	

Renforcer les capacités des cadres du niveau central, intermédiaire et périphérique sur l'outil de suivi des seuils épidémiques intégré dans NMDR	-	12.664.379	-	12.664.379	-	126.643.792	-	-	-	-	-	-	-	-
Axe stratégique 7 : Amélioration du cadre de suivi évaluation et recherche sur le paludisme														
Mettre à jour le guide d'analyse des données sur le paludisme avant fin 2028	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23.059.650	-	-	-	-
Organiser annuellement un atelier de revue et d'échange sur les indicateurs de lutte contre le paludisme avec les BPS, BDS et partenaires à partir de T1 2027 à Bujumbura	-	-	-	70.141.080	-	-	70.141.080	-	-	-	-	-	-	-
Tenir des ateliers de mise à jour le plan de suivi évaluation en 2026 et en 2029	71.774.094	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Organiser trimestriellement un atelier de coordination des partenaires au développement ;	4.880.000	4.880.000	4.880.000	4.880.000	4.880.000	4.880.000	4.880.000	4.880.000	4.880.000	4.880.000	4.880.000	4.880.000	4.880.000	4.880.000
Tenir annuellement une réunion du groupe thématique S&E pour travailler sur les thématiques prioritaires en matière du paludisme ;	-	-	24.960.000	-	-	-	-	24.960.000	-	-	24.960.000	-	-	-
Organiser biannuellement un atelier de renforcement de capacités du personnel du PNILP sur l'exploitation et l'utilisation des résultats de recherche ;	-	-	-	16.898.250	-	-	-	16.898.250	-	-	-	-	-	16.898.250

Organiser annuellement un atelier de renforcement de capacités des cadres du niveau central, intermédiaire et périphérique en traitement, analyse et utilisation des données multisectorielles (NMDR) dans la planification des interventions ;	-	-	-	18.109.845	-	-	-	-	-	-	-	18.109.845
Former le personnel du service S&E dans les domaines clés tels que l'épidémiologie d'intervention en 2026	-	-	-	12.767.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Organiser un atelier semestriel d'analyse des données du paludisme incluant les études et les enquêtes à l'endroit des BPS et BDS	-	8.899.617	-	8.899.617	-	8.899.617	-	8.899.617	-	8.899.617	-	-
Organiser un atelier semestriel d'analyse et de correction des données du paludisme à l'endroit des BDS et FOA	-	30.546.540	-	30.546.540	-	30.546.540	-	30.546.540	-	30.546.540	-	-
Réaliser annuellement une revue des causes de décès liés au paludisme au niveau des 16 hôpitaux de district les plus pourvoyeurs des décès liés au paludisme	29.551.250	-	-	29.551.250	-	-	-	29.551.250	-	-	-	-
Etude de la stratification des espèces plasmodiales en 2026	-	-	-	340.482.470	-	-	-	-	-	-	-	-
Etude d'impact de l'intégration du nouveau paquet préventif (CPP, Vaccin RTS,MID) sur l'incidence du paludisme	232.829.760	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Révision des outils		10.605.00	-	-		-	-	-	-	-	-
Enquête sur les comportements liés au paludisme (ECP) et la dissémination de ses résultats	495.075.000	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Réaliser deux enquêtes sur la qualité de prise en charge du paludisme	-	-	-	-	-	348.456.915	-	-	-	-	-
Réaliser une étude d'efficacité thérapeutique des ACT en 2026 en 2028 et 2030	650.811.678				-			-	650.811.678		
Conduire le DQA					215.690.000				-		

Annexe 2 : Budget PSN sur 3 ans

ACTIVITES	2.026	T1	T2	T3	T4	2.027	T1	T2	T3	T4	2.028	T1	T2	T3	T4
Axe stratégique 1 : Renforcement des capacités institutionnelles du programme.															
Elaborer un plan de mobilisation des ressources	-		-		-	-		-		29.253.316	-		-		-
Organiser un atelier de mobilisation des ressources privées des sociétés privées, entreprises	-		-		10.057.000	-		-			-		-		-

8

Organiser à Bujumbura un atelier d'une journée pour la mobilisation des ressources avec tous les partenaires au développement	-	-	-	-	-	-	14.506.00	-	-	-	-	-
Evaluer à mi-parcours le PSN 2026-2030	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73.624.305
Extension et équiper les Bureaux du PNLP	-	-	-	-	532.311.870	-	-	-	-	-	-	-
Equiper les bureaux du PNLP	-	-	-	-	-	-	231.500.000	-	-	-	-	-
Assurer le fonctionnement du PNLP	-	-	-	-	10.467.853	10.467.853	10.467.853	10.467.853	10.467.853	10.467.853	10.467.853	10.467.853
Former/recycler l'équipe du PNLP en administration, finances, comptabilité et audit	-	-	-	-	-	-	240.804.000	-	-	-	-	-
Former l'équipe finance sur l'Excel avance	-	-	-	-	-	-	-	6.939.000	-	-	-	-
Assurer la formation des formateurs à l'étranger de 4 laborants sur la maintenance préventive 1er degré	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assurer une formation internationale de 4 Cardes du PNLP en Paludologie (Voir la direction)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assurer les frais de communication du secrétaire et président de chaque comité	-	-	-	-	423.529	423.529	423.529	423.529	423.529	423.529	423.529	423.529

Assurer le carburant de fonctionnement des véhicules et motos : 30 l par semaine pour véhicules et 10litres par semaine pour motos et les frais d'entretien	-	-	-	2.868.235	2.868.235	2.868.235	2.868.235	2.868.235	2.868.235	2.868.235	2.868.235	2.868.235	2.868.235
Recruter un Consultant national pour élaborer un document contenant la monographie des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme (Voir la direction)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16.092.000	-
Organiser un atelier de présentation du document (50 personnes pendant 1 jour à Bujumbura)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19.400.000	-	-
Recruter deux Consultants nationaux pour appuyer le PNILP pour l'élaboration des notes conceptuelles du Fonds Mondial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Organiser un atelier pour élaborer un document détaillant les principaux sujets de recherche, les notes conceptuelles pour le financement du Fonds Mondial	-	-	-	-	12.460.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Assurer 2 retraites pour l'élaboration des notes conceptuelles du Fonds Mondial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assurer l'entretien, la maintenance et l'assurance des véhicules	-	-	-	17.702.941	17.702.941	17.702.941	17.702.941	17.702.941	17.702.941	17.702.941	17.702.941	17.702.941	17.702.941
Procéder à l'assurance des bureaux et stocks du PNILP	-	-	-	-	24.000.000	-	-	-	24.000.000	-	-	-	-

8

Réaliser un inventaire annuel des immobilisations du PNL P				23,496,550										
Axe stratégique 2 : Amélioration de la gestion de l'approvisionnement et du stock.														
Acquérir annuellement des médicaments Pour le traitement du Paludisme au pays	8.701.732.725		8.701.732.725		8.701.732.725		8.701.732.725		8.701.732.725		8.701.732.725		8.701.732.725	
Acquérir annuellement des médicaments pour la chimioprévention du Paludisme chez les femmes et enfants au pays		-	1.826.106.152											
Acquérir annuellement des tests de dépistage rapide du Paludisme (TDR) au pays		-	13.792.009.381											
Acquérir annuellement les réactifs et consommables pour la Microscopie	-	-	680.592.704											
Acquérir des MII pour la prévention du Paludisme (CDM2028, Routine et Continu)	11.490.380.772	-												
Acquérir 100 nouveaux microscopes pour remplacement des vétustes et pour les nouveaux centres de santé jusqu'en 2030	-	-	58.500.000											
Acquérir annuellement des Insecticides et les consommables pour la PDD dans 12 communes	-	-	42.522.211.581											
Créer chaque année, une stock stratégique des intrants de lutte contre le paludisme pour les situations des catastrophes naturels et les guerres (ACT, TDR, MII)	-	-	8.676.087.016											

f

Analyser trimestriellement les données logistiques des intrants de lutte contre le paludisme du niveau opérationnel	6.516.000	6.516.000	6.516.000	6.516.000	6.516.000	6.516.000	6.516.000	6.516.000	6.516.000	6.516.000	6.516.000	6.516.000
Organiser une évaluation sur l'utilisation des intrants de lutte contre le Paludisme au niveau Fosa et communautaire tous les 2ans à partir de 2027	-	-	-	-	277.031.000	-	-	-	-	-	-	-
Réaliser chaque année des spot check sur l'utilisation des intrants de lutte contre le paludisme (efficacité, gestion, proportion d'utilisation des différentes présentations, conditions de stockages)	-	68.850.000	-	-	68.850.000	-	-	-	68.850.000	-	-	-
Analyser semestriellement les effets indésirables notifiés par les prestataires sur les médicaments anti paludiques	-	1.900.000	-	1.900.000	-	1.900.000	-	1.900.000	-	1.900.000	-	1.900.000
Organiser des sessions annuelles de quantification	27.975.000	-	-	-	27.975.000	-	-	-	27.975.000	-	-	-
Tenir une réunion trimestrielle de mise à jour du plan d'approvisionnement au niveau national	1.590.000	1.590.000	1.590.000	1.590.000	1.590.000	1.590.000	1.590.000	1.590.000	1.590.000	1.590.000	1.590.000	1.590.000
Assurer trimestriellement la supervision intégrée dans 6 DS sur la gestion des intrants (médicaments, TDR et MII) et le système d'information sanitaire.	33.330.568	33.330.568	33.330.568	33.330.568	33.330.568	33.330.568	33.330.568	33.330.568	33.330.568	33.330.568	33.330.568	33.330.568
Axe stratégique 3 Consolidation du cadre de prévention.												

8

Tenir 7 Réunions pour 24 personnes du comité de pilotage à Bujumbura pour 1 jour chacune	-	-	-	7.935.900	7.935.900	-	-	-	-	-	-	-	-
Tenir 13 Réunions du Comité Technique /sous-comités en dehors des retraites (1 journée chacune)	-	-	-	28.844.816	28.844.816	-	-	-	-	-	-	-	-
Organiser un atelier de Macroplanification (deux retraites) à NGOZI pendant 5journs pour la CDM 2028	-	-	-	-	-	-	58.272.400	58.272.400	-	-	-	-	-
Organiser un atelier de formation de superviseurs nationaux sur la Microplanifications pendant 5 jours 54 participants	-	-	-	-	-	-	-	35.339.680	-	-	-	-	-
Organiser une microplanification au niveau de 56 districts sanitaires) aux chefs-lieux des Communes pendant 5 jours	-	-	-	-	-	-	-	1.784.940.880	-	-	-	-	-
Tenir un atelier de compilation des microplans: deux retraites à NGOZI	-	-	-	-	-	-	-	-	77.365.200	-	-	-	-
Tenir un atelier de formation des superviseurs du niveau périphérique et intermédiaire sur le dénombrement, 3 jours au niveau de 42 Communes	-	-	-	-	-	-	-	-	714.750.783	-	-	-	-

2

Tenir un atelier de formation des superviseurs du niveau périphérique et intermédiaire sur la distribution, 3 jours au niveau de 42 Communes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	823.466.833	-	-	-
Tenir un atelier de formation des vérificateurs communaux chargé de la préparation des états de paie pendant 2 jours à Ngozi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tenir une formation de 3 jours des dénombreurs au niveau de 56 districts	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.739.941.840	-	-
Assurer la mise en œuvre du dénombrement pendant 10 jours au niveau de 56 DS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.916.691.000	-	-
Assurer la vérification des Présences des acteurs pour Préparation des Paiements des acteurs du dénombrement (10 NC pour collecter les listes de présence ; 168 vérificateurs communaux)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	135.739.500	-	-
Assurer la vérification des Présences des acteurs pour Préparation des Paiements des acteurs de la distribution digitalisé (10 NC pour collecter les listes de présence ; 168 vérificateurs communaux)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82.594.200	-	-
Tenir un atelier d'analyse et de validation des données du dénombrement au niveau de 56 DS pendant 3 jours CDM 2028	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	374.660.160	-	-

8

[illegible]

Assurer la coordination de la distribution digitalisée des MII pour la CDM 2028 au niveau national pendant 4 jours (COPIL)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	518.057.120	-	-
Tenir un atelier d'analyse et de validation des données de la distribution des MII au niveau de 56 DS pendant 3 jours CDM 2028	-	-	-	-	-	-	-	-	-	518.057.120	-	-
Organiser un atelier d'élaboration de rapport CDM 2028 pendant 5 jours à Ngozi (par le COTEC)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69.641.600	-	-
Organiser un atelier de finalisation du rapport CDM 2028 à Bujumbura pendant 4 jours	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11.885.990	-	-
Organiser un atelier de validation de rapport CDM 2028 à Bujumbura pendant 2 jours	-	2.658.582	-	2.658.582	-	2.658.582	-	2.658.582	-	2.658.582	-	2.658.582
Assurer le suivi de la gestion des MII de routine au niveau de 56 DS, de 748 CDS et communauté une fois le semestre (PNLP) pendant 5 jours	-	-	-	-	-	17.165.050	-	17.165.050	-	17.165.050	-	17.165.050
Organiser un atelier d'analyse et validation des données de la stratégie nationale de Distribution de routine Semestriel à Gitega, Bujumbura, Burunga et Buhumuza	-	-	-	-	-	38.187.482	-	38.187.482	-	38.187.482	-	-
Réaliser une vérification semestrielle de l'utilisation effective des MII distribuées aux femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans au niveau de 56 DS	24.020.781	24.020.781	24.020.781	24.020.781	24.020.781	24.020.781	24.020.781	24.020.781	24.020.781	24.020.781	24.020.781	24.020.781

8

1.Acquérir du matériel de protection pour la PID	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Organiser un atelier de formation de 30 superviseurs NC sur la PID à Bujumbura pendant 5jours	-	-	-	-	14.603.250	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Réunion d'orientations des chefs collines pour le suivi des opérations PID	-	-	-	-	154.052.500	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mobilisation à travers les radios communautaires et la communication de proximité pour la PID								24.645.000						
Validation des données et la formation des acteurs PID								70.053.500						
Assurer la formation de chefs de groupes, pour la mise en œuvre des opérations PID dans 11 communes pendant 5jours								520.160.129						
Formation de 5469 Aspergeurs, des 1 826 chefs d'équipes, des 15 Magasiniens et hygiénistes pendant 3 jours au niveau des communes								2.376.160.264						
Assurer les opérations de pulvérisation intradomiliaire pendant 15 jours au niveau des communes								6.012.993.469						
Assurer la Supervision de la mise en œuvre de la PID au niveau du district et commune								267.676.175						
Assure la supervision de la mise en œuvre de la PID au niveau BPS et Représentant du Gouverneur								6.900.488						

2

Assurer la Supervision au niveau Environnemental								19.023.750						
Assurer le suivi de la campagne PID par le niveau central & Reporting								239.521.500						
Organiser Deux missions par commune pour la collecte et saisie des listes de présence des Chefs de groupes, Chefs d'Equipe et Aspergeurs + préparation des ordres de paiements électronique pendant la mise en œuvre de la PID								86.595.000						
Organiser une Mission de supervision des activités aménagement des puisards								47.628.694						
Organiser un atelier d'analyse et validation des données après la MEO de la PID à Bujumbura pendant 2 jours								46.379.763						
Assurer la logistique (transport, stockage des insecticides et équipements)							91.435.550							
Préparer la logistique des intrants de la PID									62.734.963					
Organiser une mission de la Maintenance des pompes sur terrain									109.181.250					
Assurer la Logistique directe au niveau des communes								134.175.000						

8

Assurer la Logistique inverse au niveau des DS						134.175.000					
Organiser un Inventaire et rangement matériel PID à Gihanga après Campagne PID pendant 10jours						6.727.500					
Assurer la Gestion des Déchets liquides et Solides (Aménagement des puits, construction des douches pour opérateurs, équipement des aires de lavage)						1.099.800.000					
Recruter un consultant pour assurer la formation des personnes en matière de la PID						7.292.610					
Recruter un consultant pour assurer la formation sur la gestion des gîtes larvaires pendant 15jours						21.877.830					
Tenir une formation de 3jours sur l'identification et traitement des gîtes larvaires au niveau de 5 communes (les TPS/point focal communautaire						77.461.250					
Mener des activités d'hygiène trimestrielles pour supprimer des gîtes larvaires artificiels dans les ménages (frais de collation des ASC).						56.250.000					
Tenir un atelier de 20 Personnes à Bujumbura pour l'élaboration du manuel de gestion des gîtes larvaires pendant 5jours				-		9.222.375	-	-	-	-	-

Tenir un atelier de formation de 20 personnes du NC sur le manuel parlant la gestion des gîtes larvaires à Bujumbura pendant 3 jours				-	4.736.445		-						-
Tenir un atelier de formation de 20 formateurs sur l'identification géolocalisation et traitement des gîtes larvaires à Bujumbura pendant 5 jours					13.204.575	-	-						-
Tenir une mission trimestrielle de sensibilisation sur la gestion des gîtes larvaires à Bujumbura pendant 2 jours					24.650.000								
Tenir une mission d'assainissement du milieu une fois par l'an dans les villes	-				71.388.750								
Mener trimestriellement des supervisions formatives sur la CPP dans 5DS				6.719.625	6.719.625	6.719.625	6.719.625	6.719.625	6.719.625	6.719.625	6.719.625	6.719.625	6.719.625
Mener une évaluation de la stratégie CPP	-	-	-		29.198.250	-	-						-
Mener une évaluation de la stratégie TPIg communautaire	-	-	-		-	-	-	14.234.250	-	-	-	-	-
Assurer l'approvisionnement trimestriel des CDS destinées à la DCC dans 14 Communes pendant 5 jours (au niveau de 20 DS)	-	-	-	-	-	-							
Organiser une mission de supervision et de suivi semestriel de la mise en œuvre de la stratégie de la DCC pendant 5 jours au niveau de 14 communes 2029-2030 à DCC (1 superviseurs par DS)	-	-	-	-									

[illegible]

Organiser un atelier de 50 personnes pour la validation des DNL.P révisées à Bujumbura	-	-	-	-	-	-	-	10.173.600				
Multiplier et disséminer les livrets des DNL.P révisés dans toutes les FOSA	-	-	-	-	-	-	-	135.405.000	-	-	-	-
Former un pool national de 30 formateurs sur les DNL.P à Gitega								29.757.870				
Former 159 formateurs du niveau opérationnel sur les directives révisées à Ngozi et à Gitega									152.572.820			
Former 1500 prestataires des CDS et 390 prestataires des hôpitaux sur les DNL.P révisées										238.483.420	238.483.420	
Organiser une mission de supervision annuelle dans 56 DS sur la mise en œuvre des Nouvelles directives de lutte contre le Paludisme (couplée à la restitution)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Multiplier les algorithmes : 6 types d'Algorithmes (1 Exemple est constitué de 6 Algorithmes)								11.737.500	11.737.500	11.737.500	11.737.500	
Tenir 3 ateliers de 30 personnes pour l'élaboration du guide d'implémentation MFT pendant 5 jours à Ngozi								47.758.440	95.516.80			
Tenir 1 atelier de 30 personnes pour la validation du guide d'implémentation MFT à Bujumbura				-	-						6.479.520	
Tenir 1 atelier de 30 personnes pour l'élaboration des modules de formation sur la MFT pendant 3 jours à Bujumbura						-	-		-	-		

8

Former 72 prestataires et 10 membres des ECD sur la MFT pendant 2 jours à Ngozi									13.512.2	13.512.220	
Organiser une mission de supervision trimestrielle dans les 2 DS mettant en œuvre le MFT				2.972.250	2.972.250	2.972.250	2.972.250	2.972.250	2.972.250	2.972.250	2.972.250
Multiplier et disséminer les livrets et les algorithmes de la stratégie MFT				-	-	-	-	-	-	-	-
Organiser trimestriellement la supervision formative sur les prestations de laboratoire (POS) et le contrôle qualité des lames pour évaluer les compétences des laborantins et microscopistes dans les 14 BDS				1.901.632	1.901.632	1.901.632	1.901.632	1.901.632	1.901.632	1.901.632	1.901.632
Former 112 laborantins superviseurs des hôpitaux de 56 BDS sur les méthodes de diagnostic biologique du Paludisme (6 sessions de 20 personnes) pendant 5 jours à Gitega	48.992.947	-	-	48.992.947	48.992.947	-	-	-	-	-	-
Former 1500 laborantins/microscopistes des FOSA des 56 BDS sur les méthodes de diagnostic biologique du Paludisme (60 sessions de 25 personnes)	-	-	-	173.357.154	-	173.357.154	173.357.154	173.357.154	173.357.154	173.357.154	-
Organiser des sessions de briefing de 3 jours à l'intention des finalistes des écoles paramédicales et des facultés de médecine sur les DNL			29.200.890	29.200.890		29.200.890	29.200.890	29.200.890		29.200.890	29.200.890
Assurer la formation de 3 jours pour 56 laborantins du niveau											

opérationnel sur la maintenance des microscopes à Bujumbura																			
Former /recycler 7050 ASC sur iCCM/ PECADOM			389.455. 768	389.455. 768		389.455.7 68	389.455. 768	389.455. 768			389.455. 768		389.455. 768	389.45 5.768	389.455 .768				
Organiser une mission de supervision trimestrielle dans 14 DS sur la mise en œuvre des Nouvelles directives de lutte contre le Paludisme au niveau communautaire				2.200.41 9	2.200.4 19	2.200.419	2.200.41 9	2.200.41 9			2.200.41 9	2.200.41 9	2.200.41 9	2.200.4 19	2.200.4 19				
Multiplier et disséminer 8 algorithmes des procédures opératoires de diagnostic biologique (microscopique et TDR) du paludisme							31.300.0 00	31.300.0 00											
Organiser une formation de 2 jours pour 40 prestataires et membres des ECD sur l'application Malaria pi à Kirundo et à Cibitoke						-		13.250.0 00						-	-				
Organiser une formation de 2 jours pour 300 ASC sur l'application Malaria pi à Kirundo et à Cibitoke								87.481.1 50						-	-				
Acheter 350 smartphones pour l'implémentation de Malaria Pi	-			-	-	-	245.000. 000	-						-	-	-			
Axe stratégique 5 : Renforcement du cadre de communication																			
Mettre à jour le plan de communication aligné au PSN 2026-2030	-	-	-	-	27.278. 000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Célébrer la Journée Mondiale de la lutte contre le paludisme	-		-	-	-	14.494.68 1	-	-	-	-	-	-	-	14.494.6 81	-	-	-	-	-

9

Produire et diffuser des émissions spécifiques au niveau des zones à haut risque d'épidémie de paludisme à travers les radios communautaire et des SMS envoyés par les opérateurs de la téléphonie mobile	-	-	-	-	1.665.398	1.665.398	1.665.398	1.665.398	1.665.398	1.665.398	1.665.398	1.665.398	1.665.398
Diffuser des SMS sur le paludisme à travers les usagers des opérateurs téléphoniques (1 message clés trimestriellement s à 500000 abonnés) à partir du T1 2027	-	-	-	-	625.000	625.000	625.000	625.000	625.000	625.000	625.000	625.000	625.000
Animer annuellement des séances de sensibilisation sur la lutte contre le paludisme dans les ECOFO et au niveau communautaire dans 5 districts à haut risque à partir de T1 2027	-	-	-	-	169.899.688	-	-	169.899.688	-	-	-	-	-
Mener 56 séances de dialogue communautaire sur la prévention du paludisme chez les femmes enceintes à partir de T1 2027	-	-	-	-	30.356.725	30.356.725	30.356.725	30.356.725	30.356.725	30.356.725	30.356.725	30.356.725	30.356.725
Mener des séances d'information et de mobilisation de la communauté sur la PID (une mobilisation par Commune cible de la PID)	-	-	-	-	736.500	736.500	736.500	736.500	736.500	736.500	736.500	736.500	736.500
Acquérir des outils de communication pour la CDM 2028	-	-	-	-	154.146.250	-	-	-	-	-	-	-	-
Organiser 5 réunions de mobilisation provinciale pour la CDM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Organiser 42 réunions de mobilisation communale pour la CDM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

8

Former/Recycler les TPS et les ASC sur la communication pour l'adhésion au TPIg et d'autres mesures de prévention T2 2028 dans 2 DS faible taux de couverture	-	-	-	-	-	91.190.000	-	-	-	-	-	-	-
Acquérir un appareil photos et accessoires	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25.000.000	-
Acquérir un véhicule équipé de ciné mobile	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	250.000.000	-	-
Produire et multiplier des dépliants à l'intention des ASCs sur les nouvelles directives de lutte contre le paludisme à partir au T1 2027	-	-	-	-	-	94.025.000	-	-	-	-	-	-	-
Organiser une séance de renforcement de capacité de 30 journalistes des radios communautaires sur la lutte contre le paludisme pendant 3 jours (T3 2027)	-	-	-	-	-	-	33.521.000	-	-	-	-	-	-
Former/Recycler annuellement les TPS et les ASC sur la communication pour l'adhésion au TPIg et d'autres mesures de prévention à partir de T2 2028 dans 5 DS à faible taux de couverture	-	-	-	-	89.610.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Former le pool national des formateurs qui va former les formateurs du niveau district pour Renforcer les capacités des COSA sur le suivi dirigé par la communauté en matière de lutte contre le paludisme à partir de T2 2027	-	-	13.125.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



Atelier de Formation des formateurs (par province, 2 formateurs par DS) sur le suivi dirigé par la communauté en matière de lutte contre le paludisme à partir de T2 2027	-	-	-	-	-	-	-	97.961.400	-	-	-	-
Renforcer les capacités des COSA sur le suivi dirigé par la communauté en matière de lutte contre le paludisme (une séance par DS à partir de T2 2027) à raison de 14 DS par an	-	-	-	-	-	-	-	-	-	559.697.600	-	-
Renforcer les capacités du personnel du PNL.P sur l'évaluation des interventions de la communication pour le changement social et comportemental (CCSC) spécifiques au paludisme, T2 2028	-	-	4.960.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Organiser deux réunions de mobilisations communales en faveur de la redynamisation de la stratégie de distribution continue des moustiquaires en T3 2027(Commune Ngozi et Giteranyi)	-	-	-	-	-	-	17.634.744	-	-	-	-	-
Produire et diffuser trimestriellement des spots dans les radios communales sur la prévention et la prise en charge du paludisme : TPlg, CPP, Consultation précoce et prise correcte des médicaments (36 diffusions de spot /trimestre/radio sur 5 radios à partir du T1 2027)	-	-	-	-	11.600.000	-	-	-	-	-	-	-
Axe stratégique 6 : Amélioration de la surveillance et de la riposte.												

Assurer une surveillance épidémiologique (situation hebdomadaire, investigation des flambées par les DS et mission d'investigation conjointes)	-	-	23.824.400	-	-	23.824.400	-	-	-	23.824.400	-	-
Organiser un atelier d'harmonisation des systèmes de collecte et de rapportage des données transfrontalières à Bujumbura pendant 5 jours (OIM, PNLP, DSNIS, SRC, PAD) dans le cadre de la surveillance entomologique	-	-	-	-	229.513.400	-	-	-	-	-	-	-
Assurer une surveillance entomologique (enquêtes entomologiques et prospections larvaires, enquêtes entomologiques transfrontalières et le suivi mensuel du degré de la rémanence) : Menier régulièrement des activités de surveillance entomologique dans les sites sentinelles (Assistance technique)	-	-	-	6.999.059	6.999.059	6.999.059	6.999.059	6.999.059	6.999.059	6.999.059	6.999.059	6.999.059
Organiser un atelier de formation /recyclage du staff de la cellule entomologie du PNLP et des TPS responsables des sites sentinelles à Gitega pendant 5 jours par le consultant	-	-	87.146.785	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Menier une mission de 5 jours mensuellement de prospection larvaire et enquête entomologique dans les sites sentinelles	-	-	-	22.547.238	22.547.238	22.547.238	22.547.238	22.547.238	22.547.238	22.547.238	22.547.238	22.547.238

Réaliser mensuellement les tests de sensibilité sur les Anophèles issus de la prospection à Gihanga			1.301.91 7	1.301.91 7	1.301.9 17	1.301.917	1.301.91 7	1.301.91 7	1.301.91 7	1.301.9 17	1.301.9 17
Réaliser Trimestriellement les Tests ELISA et PCR à GIHANGA et à IUNSP			3.609.18 0	3.609.18 0	3.609.1 80	3.609.180	3.609.18 0	3.609.18 0	3.609.18 0	3.609.1 80	3.609.1 80
Mener un atelier semestriel d'analyse et validation des données sur la surveillance entomologique (à Bujumbura pendant 3jrs, 10 pers PNLP, 11 pers des sites sentinelles, 11 SIS des DS, 2 pers DSNIS)				1.510.39 2	1.510.3 92	1.510.392		1.510.39 2		1.510.39 2	1.510.3 92
Tenir un Atelier de 2 jours d'analyse des données des enquêtes, prospections larvaires et présentation du rapport annuel de surveillance entomologique, à Bujumbura au T4 par un consultant international				13.176.1 54		-				-	
Organiser un atelier de paramétrage des données entomologiques dans le DHIS2 et personnel du PNLP à Ngozi pendant 5 jours par le consultant			19.053.1 70								
Organiser une formation des SIS des 8 BDS sur la saisie des données entomologiques dans le DHIS2 et personnel du PNLP à Gitega pendant 5 jours			15.116.5 10								
Assurer la saisie des données entomologiques au DHIS2			50.844	50.844	50.844	50.844	50.844	50.844	50.844	50.844	50.844
Achat du Matériel pour équiper les sites sentinelles et Insectarium			131.220. 000								

Achat des Consommables pour les 8 sites sentinelles et l'Insectarium de Gihanga			181.589.360				-			-	
Echange d'expérience à l'étranger					67.801.040						
Former 2 personnes en entomologie à l'étranger						221.899.720					
Rendre fonctionnel l'Insectarium de Gihanga : Equiper l'Insectarium de Gihanga			126.420.000								
Doter de l'Insectarium de Gihanga de deux agents			1.333.333	1.333.333	1.333.333	1.333.333	1.333.333	1.333.333	1.333.333	1.333.333	1.333.333
Assurer l'élevage des larves, des moustiques adultes et des animaux d'expérience (cobayes et lapins)			851.433	851.433	851.433	851.433	851.433	851.433	851.433	851.433	851.433
Assurer la prospection larvaire, la capture par prokopack et l'élevage dans 3 sites transfrontaliers (Gitega, Kobero et Bujumbura) dans le cadre de la surveillance des vecteurs invasifs (Exemple d'Anopheles stephensi)		-	14.022.900	14.022.900	14.022.900	14.022.900	14.022.900	14.022.900	14.022.900	14.022.900	14.022.900
Réaliser l'identification des espèces en provenance du terrain dans le cadre de la surveillance de l'Anopheles stephensi			455.500	455.500	455.500	455.500	455.500	455.500	455.500	455.500	455.500
Organiser un atelier d'élaboration des SOPs transfrontalières pour la notification des épidémies suspectées dans un délai de 24 à 72 heures pendant à Gitega (OIM,	-	-		58.964.020		-	-	-	-	-	-

(PNLP,OIM SRC,PAD)Bujumbura, rumonge , kobero dans le cadre de la surveillance entomologique																				
Organiser un atelier d'élaboration de cartes de risque pour prioriser les interventions préventives de lutte vectorielle et la préposition des intrants une fois l'année à GITEGA dans le cadre de la surveillance entomologique	-	-	-		100.181 .200	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Organiser un atelier de partage des données pour prioriser les interventions préventives de lutte vectorielle semestriellement dans le cadre de la surveillance entomologique	-	-	-		-	19.249.08 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assurer le monitoring mensuel de la rémanence des insecticides utilisés lors de la PID pour évaluer leur bio-efficacité résiduelle.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	193.712. 138	193.712. 138	193.712. 138	193.712. 138	193.71 2.138	-	-	-	-	-	-
Organiser un atelier trimestriel de revue et d'analyse des données de rémanence des insecticides (PID) pour l'aide à la décision.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10.761.7 50	10.761.7 50	10.761.7 50	10.761.7 50	10.761. 750	-	-	-	-	-	-
Elaborer et diffuser semestriellement à tous les acteurs les rapports d'analyse utilisant les données multisectorielles (météo, agriculture etc..).	-	-	-	2.127.77 8		2.127.778	-	2.127.77 8	-	2.127.77 8		2.127.77 8	-	2.127.7 78	-	-	-	-	-	-
Elaborer et diffusion du manuel de surveillance du paludisme	-	-	-	30.568.7 50		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

8

Etude de la stratification des espèces plasmodiales en 2026		-	-	340.482.470	-	-	-	-	-	-
Etude d'impact de l'intégration du nouveau paquet préventif (CPP, Vaccin RTS,MII) sur l'incidence du paludisme	232.829.760	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Révision des outils		10.605.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Enquête sur les comportements liés au paludisme (ECP) et la dissémination de ses résultats	495.075.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Réaliser deux enquêtes sur la qualité de prise en charge du paludisme	-	-	-	-	-	348.456.915	-	-	-	-
Réaliser une étude d'efficacité thérapeutique des ACT en 2026 en 2028 et 2030		650.811.678	-	-	-		-	650.811.678		
Conduire le DQA						215.690.000		-		

8