



REPUBLIQUE DU BURUNDI



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

**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME
2018-2023**



« Accélérer la réduction de l'incidence du paludisme au Burundi ! »

Juillet 2018

Préface

A l'échéance du Plan Stratégique de 3^{ème} génération (2013-2017), le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA a initié et mis en œuvre avec l'appui des partenaires au cours de l'année 2018, la Revue des Performances du Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme (PNILP). Cette revue a permis d'identifier les progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme au cours de la période 2013-2017, les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces qui influencent la lutte contre le paludisme dans le pays. Les constats, conclusions et recommandations de la revue des performances du Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme (PNILP) ont servi de base à l'élaboration du présent Plan Stratégique de 4^{ème} génération 2018-2023 en conformité avec le Plan Stratégique Mondial de lutte contre le paludisme (GMP) 2016-2030 et le Plan National de Développement Sanitaire 2019-2023.

Ce PSN de 4^{ème} génération (2018-2023) comporte 8 axes stratégiques que sont : (1) le renforcement du cadre de coordination et partenariat, (2) Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock, (3) Consolidation du cadre de prévention, (4) Renforcement du cadre de prise en charge, (5) Amélioration des services offerts aux populations clés, (6), Renforcement du cadre de communication (7) Amélioration de la Surveillance et riposte et (8) Amélioration du cadre de Suivi Evaluation.

La naissance de ce document est le fruit des efforts consentis par les partenaires techniques et financiers engagés dans la lutte contre le paludisme au Burundi, les services techniques du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, des Finances et du Trésor, de la Recherche scientifique, de l'Agriculture et Elevage, Environnement, tourisme, de l'Information et technologie de l'Information ainsi que les acteurs de terrains (Médecins provinciaux et de districts sanitaires).

Il constitue un document qui permet au pays de disposer d'un cadre qui fixe les objectifs, définit les orientations stratégiques, les modalités de mise en œuvre et de suivi-évaluation, identifie les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la lutte contre le paludisme les cinq prochaines années.

La disponibilité de ce document permettra certainement aux partenaires de trouver une ligne de conduite claire pour l'harmonisation des stratégies de lutte contre le paludisme dans un cadre de partenariat élargi entre le secteur public, le secteur privé, les partenaires bi et multi latéraux, les ONGs, les Universités et les Communautés à la base.

Il constitue en outre un document de plaidoyer à l'adoption des interventions innovantes à haut impact et de mobilisation des ressources pour l'atteinte des objectifs ambitieux que le Burundi s'est fixé au cours de la période 2018-2023.

Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA

Dr Thaddée NDIKUMANA



Remerciements.

Le présent document est le fruit de la volonté politique du Gouvernement burundais, de l'appui des partenaires au développement et des cadres et acteurs de terrain.

Le Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme/PNILP remercie vivement le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA pour avoir soutenu l'élaboration de ce Plan par la mise en place d'un comité de pilotage et des comités techniques et sa validation au sein du Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement (CPSD)

Le PNILP trouve ici l'occasion ultime de réitérer les remerciements à tous ceux qui, de près ou de loin, ont bien voulu apporter leur contribution inestimable au processus de la revue des performances du PNILP et à la réalisation de ce travail.

Il s'agit notamment :

- De l'OMS par la mise à contribution des moyens financiers et de ses experts tant nationaux que régionaux à la revue interne et externe des performances du PSN 2013-2017 ;
- L'USAID via ses agences d'exécution : Chemonics, Measure Evaluation, Vector Link, HRH2030, PSI et IHPB ;
- L'UNICEF ;
- MSF/Belgique ;
- World Vision International et CARITAS ; etc.

Nous restons convaincus que le présent plan permettra de mettre à la disposition des partenaires et acteurs, les moyens techniques, financiers et matériels pour une mise en œuvre efficiente des stratégies de lutte contre le paludisme au Burundi.

Le Programme National Intégré de lutte contre le Paludisme

Acronyme et abréviation

AC	Agent Communautaire
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
AL	Arthémeter Luméfantrine
An	<i>Anophèles</i>
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASAQ	Combinaison Artésunate Amodiaquine
BPS	Bureau Provincial de Santé
CCC/IEC	Communication pour le Changement de Comportement/Information-Education-Communication
CH	Centre Hospitalier
CIP	Communication Interpersonnelle
CPN	Consultation Périnatale
CDS	Centre de Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DNIS	Direction du Système National d'Information Sanitaire
DNTP	Directives Nationales de Traitement du Paludisme
DHIS2	District Health Information Software 2
DDT	Dihydro Delta Metrine
DPS	Domaines de Prestation de Services
DS	Districts Sanitaires
DPML	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DGSPS	Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le SIDA
DODS	Direction de l'Offre et de la Demande des Soins
EDSB III, 2016-2017	Troisième Enquête Démographique et de Santé du Burundi
EPS	Education Pour la Santé
EUV	End User Vérification
PAA	Plan D'action Annuel
FM	Fonds Mondial
FOSA	Formations Sanitaires
GAS	Gestion des Achats et Stocks
GE	Goutte Epaisse
GIV	Gestion Intégrée des Vecteurs
IEC	Information-Education-Communication
INSP	Institut National de Santé Publique
IPA	Indice Parasitaire Annuelle
JMLP	Journées Mondiales de Lutte contre le Paludisme
LAV	Lutte anti vectorielle
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA
MTR	Mid Term Review (Revue à Mi-Parcours)
iCCM	Prise en Charge Intégrée des Maladies Communautaires
PNILP	Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme
PDSS	Plan de Développement du Secteur Santé

PEC	Price en Charge
PID	Pulvérisation Intra-Domiciliaire
PMI	President's Malaria Initiative
PRE	Plan de Riposte aux épidémies
PSI	Population Service International
PSNP	Plan Stratégique National du PNILP
PCP	Prise en Charge du Paludisme
PCR	Polymerase Chain Reaction
PTF	Partenaire Technique et Financier
RDT	Rapid Diagnostic Test (test de diagnostic rapide)
RGPH	Recensement général de la Population et de l'Habitat
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPIg	Traitement Préventif Intermittent durant la Grossesse
USAID	United States Agency for International Development

Table des matières

Préface.....	i
Remerciements.....	ii
Acronyme et abréviation.....	iii
I. CONTEXTE.....	1
1.1. Contexte et justification.....	1
1.2. Situation du paludisme au Burundi.....	2
1.2.1. Epidémiologie du paludisme.....	2
1.2.2. Vulnérabilité.....	3
1.2.3. Evolution de l'incidence et de la prévalence parasitaire.....	5
1.2.4. Épidémiologie et Cycle des épidémies de paludisme.....	8
1.2.5. Evolution de la mortalité globale due au paludisme.....	9
1.2.6. Parasites responsables du paludisme.....	9
1.2.7. Vecteurs du paludisme.....	9
1.2.8. Evolution du profil entomologique.....	11
1.2.9. Habitudes de reproduction, de piqûre et de repos des vecteurs.....	11
1.2.10. Densité agressive des vecteurs.....	12
1.2.11. Taux d'inoculation entomologique.....	13
1.2.12. Infection des vecteurs/Taux de sporozoïtes.....	13
1.2.13. Sensibilité des vecteurs aux insecticides.....	14
1.3. Performance du Programme.....	15
1.3.1. Codification du score de performance.....	15
1.3.2. Score global du Programme.....	15
1.3.3. Performance de la lutte anti-vectorielle.....	16
1.3.4. Performance de la prise en charge.....	18
1.3.5. Performance de la gestion du programme.....	20
1.3.6. Performance de la Surveillance, Suivi évaluation.....	22
1.3.7. Performance de la Gestion des Achats et du Stock (GAS).....	24
1.3.8. Performance Communication pour un Changement Social et de Comportement	26
1.3.9. Niveau d'atteinte des indicateurs.....	28
II. PLAN STRATEGIQUE 2018-2023.....	29

2.1. Vision.....	29
2.2. Mission	29
2.3. Défis du plan stratégique	29
2.4. Principes directeurs.....	30
2.5. Enjeux	31
Gouvernance :	31
Mobilisation des ressources :	31
Cadre multisectoriel de mise en œuvre :	31
Système d’approvisionnement et stock :	31
Système communautaire :	31
Genre et droits humains :	31
Surveillance et système de suivi et d’évaluation :	31
Système de communication :	31
2.6. Objectifs généraux	32
2.7. Objectifs spécifiques.....	32
2.8. Axes stratégiques.....	33
2.8.1. Axe stratégique 1 : Renforcement des capacités institutionnelles du programme	
34	
2.8.2. Axe stratégique 2 : Amélioration de la Gestion de l’Approvisionnement et du	40
2.8.3. Axe stratégique 3 : Consolidation des interventions de prévention (MIILDa, PID, Tpig).....	44
2.8.4. Axe stratégique 4 : Renforcement du cadre de prise en charge	54
2.8.5. Axe stratégique 5 : Amélioration des services offerts aux populations clés.....	58
2.8.6. Axe stratégique 6 : Renforcement du cadre de communication	62
2.8.7. Axe stratégique 7 : Amélioration du cadre de Surveillance.....	66
2.8.8. Axe stratégique 8 : Amélioration du cadre de Suivi Evaluation	69
III. PRINCIPALES INTERVENTIONS SELON LES STRATES	72
IV. IMPACT ATTENDU	74
.....	74
V. PAYSAGE DE FINANCEMENT DU PSN	75
BIBLIOGRAPHIE	I
ANNEXES	II

I. CONTEXTE

Pour assurer la pérennité des interventions de lutte antipaludique et pour maximiser le potentiel des investissements dans la lutte antipaludique, les plans stratégiques nationaux de lutte devraient s'inscrire dans la conception plus large des systèmes de santé avec un accent accru porté sur les chaînes d'approvisionnement, l'exploitation des nouvelles technologies de collecte et de gestion des données et l'amélioration de la réglementation et de la surveillance.

1.1. Contexte et justification

Au Burundi, le paludisme demeure un problème majeur de santé publique et compte parmi les principales priorités nationales en matière de santé. Selon les données du SNIS de 2017, le paludisme est la première cause de morbi-mortalité au Burundi avec un taux d'incidence de 815‰. Il constitue 45,4% des motifs de consultation générales enregistrés dans les formations sanitaires en 2017 avec un taux de 50,5% chez les enfants de moins de 5 ans. Il est responsable de 50,8% de décès hospitaliers.

Les différentes réformes sanitaires visant l'amélioration de l'accès aux soins et l'élaboration de deux plans stratégiques (2008-2012 et 2013-2017) témoignent de la volonté du gouvernement et de tous les partenaires à contrôler rapidement cette maladie. Ainsi, 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 Combinaison Thérapeutiques à base d'Artémisinine dans les structures de soins et le renforcement des capacités pour l'utilisation de la microscopie et des tests de diagnostic rapide pour le diagnostic parasitologique et la lutte anti vectorielle à travers l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide et l'aspersion intra domiciliaire.

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

1. Le renforcement de la prise en charge des cas selon les directives nationales au niveau des formations sanitaires et au niveau de la communauté,
2. La consolidation de la lutte anti vectorielle marquée par deux campagnes de distribution de masse des MIILDA pour la couverture universelle, une distribution continue en routine aux groupes vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans), la pulvérisation intra domiciliaire au niveau de 10 districts sanitaires prioritaires et par la surveillance entomologique dans 8 sites sentinelles,

3. La mise à échelle du traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte qui a été introduit dans le pays en 2015,
4. La redéfinition des messages clés dans le cadre de la communication pour le changement de comportement (CCC/IEC),
5. La riposte à l'épidémie du paludisme déclarée en mars 2017,
6. La réalisation d'enquêtes sur la prise en charge des cas de paludisme et sur la gestion de l'épidémie dans le cadre du Suivi Evaluation.

La récente revue (Février 2018) et la revue après action ont permis au PNILP et ses partenaires de passer en revue les performances du programme (64% de réalisation des activités), de constater le faible taux de décaissement des ressources financières (78%), d'identifier les goulots d'étranglement, et de dégager de nouveaux axes stratégiques qui font l'objet de l'élaboration de ce nouveau plan stratégique 2018 - 2023.

1.2. Situation du paludisme au Burundi

1.2.1. Epidémiologie du paludisme

La majeure partie du pays est une zone de transmission permanente durant toute l'année avec des recrudescences saisonnières (2 pics, en avril-mai et novembre-décembre). Ainsi l'endémicité palustre varie d'un endroit à l'autre selon la climatologie et l'altitude. La stratification épidémiologique de 1998 a identifié 3 strates épidémiologiques :

- la zone hyper endémique en dessous de 1.400 m d'altitude où la transmission est intense ;
- la zone méso à hypo endémique située à des altitudes entre 1.400 et 1.750 mètres où la transmission varie de moyen à faible transmission avec un potentiel épidémique élevé et ;
- la zone non endémique située au-dessus de 1.750 mètres d'altitude où on rencontre des cas sporadiques dont certains sont importés.

Cette stratification a identifié 8 provinces sur les 18 comme étant à risque épidémique : Gitega, Karusi, Kayanza, Muramvya, Muyinga, Mwaro, Ngozi et Kirundo. Dans ces 8 provinces habitent 56% de la population.

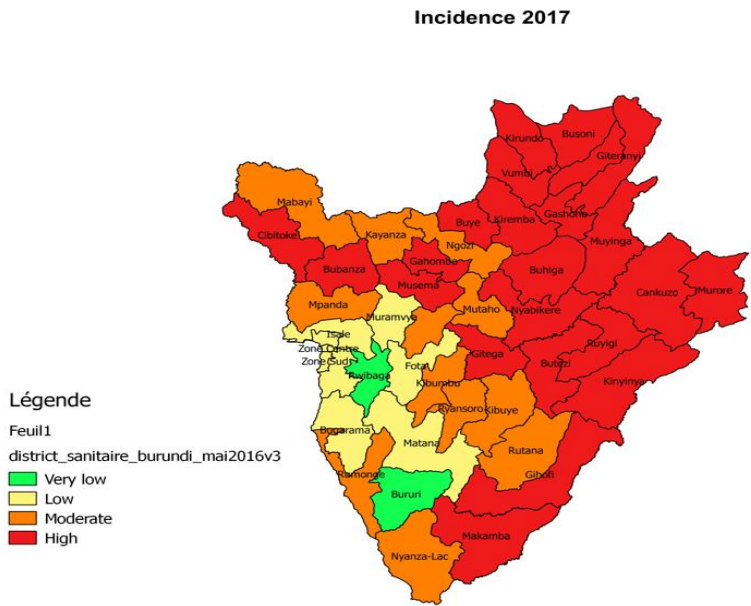


Figure 1 Cartographie de la vulnérabilité en 2017 (Source: PNILP)

Bien que plusieurs facteurs contribuent au risque épidémique, 80% des récentes épidémies sont survenues autour des marais exploités pour la riziculture et/ou les étangs piscicoles abandonnés. Ces aménagements hydro agricoles utilisent aussi des canaux d'irrigation qui favorisent la persistance des gîtes larvaires.

Selon l'incidence la stratification se présente comme suit par districts : 23 districts à forte incidence (≥ 450 cas pour 1000), 12 districts de moyenne incidence (250-450 cas pour 1000), 9 districts de faible incidence (100-250 cas pour 1000) et 2 districts à très faible incidence (< 100 cas pour 1000).

1.2.2. Vulnérabilité

Le score de vulnérabilité a été défini selon cinq indicateurs : l'incidence annuelle, l'incidence du paludisme chez les femmes enceintes, la létalité palustre, le taux de fréquentation des formations sanitaires, l'indice de pauvreté et le taux de malnutrition chronique (par district). Un score a été affecté à chacun de ses critères allant de 1 à 8. Ce score de vulnérabilité a permis de prioriser les districts pour la mise en œuvre des interventions.

Présentement en 2017, 21 districts qui couvrent une population de 4 600 744 habitants présentent un très haut risque de vulnérabilité.

Tableau 1 Classification des districts selon le score de vulnérabilité en 2017

Vulnérabilité	Score	Nombre de Districts	Populations
Très vulnérable	5	21	4 600 744
Vulnérable	4	4	929 320
Vulnérabilité Modérée	3	6	1 321 589
Vulnérabilité Faible	2	9	1 775 928
Très peu vulnérable	1	6	1 350 539
Total		46	9 978 120

CARTE DE VULNERABILITE AU PALUDISME PAR DISTRICT EN 2017

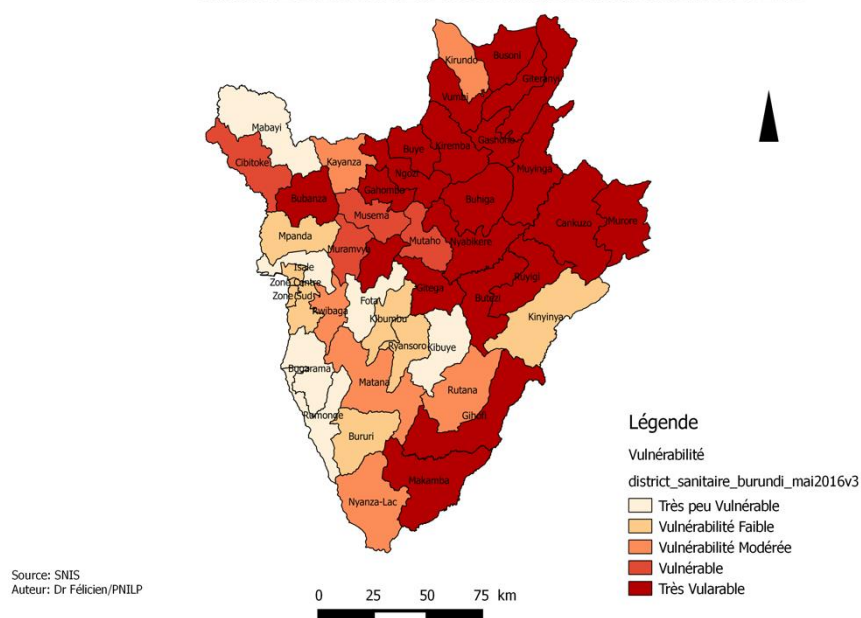


Figure 2 Cartographie de la vulnérabilité en 2017 (Source : PNILP)

1.2.3. Evolution de l'incidence et de la prévalence parasitaire

En 2017, le paludisme demeure la première cause de morbidité avec un taux d'incidence de 815‰ (DSNIS) et une prévalence estimée à 27% (EDSB III, 2016-2017). Il représente 45,4% de l'ensemble des consultations externes enregistrées dans les formations sanitaires en 2017 et 50,5% dans la tranche d'âge des enfants de moins de 5 ans (DSNIS).

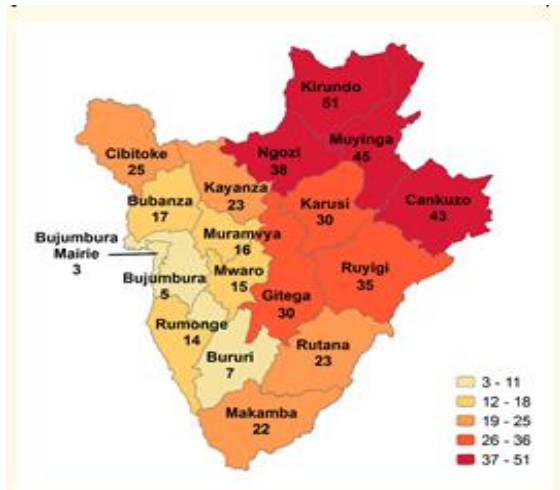


Figure 3 Prévalence du Paludisme (EDSB III, 2016-2017)

Quoique toutes les tranches d'âge à travers tout le pays soient exposées au risque de développer un épisode palustre, les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes sont les plus vulnérables. La prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans a augmenté depuis 2012 (EIPB). Selon les résultats du TDR, elle était estimée à 22% en 2012 contre 38% en 2016-2017 (EDSB III, 2016-2017- et en tenant compte des examens microscopiques positifs, la

prévalence passe de 17% en 2012 à 27% en 2016-2017 (ED SIII).

La proportion d'enfants dont les résultats au TDR se sont révélés positifs varie de manière importante selon certaines caractéristiques sociodémographiques. En effet, elle est nettement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (41 % contre 9 %) et dans les provinces de Kirundo (79 %), Ruyigi (59%), Cankuzo (59 %), Muyinga (57 %) et Ngozi (54 %) que dans les autres provinces, en particulier dans celle de Bujumbura Mairie (4 %), Bururi (5 %) et Bujumbura (7 %).

En fonction des quintiles de bien-être économique, on constate que cette proportion varie de 59 % parmi les enfants des ménages du quintile le plus bas à 13 % parmi ceux dont le ménage est classé dans le quintile le plus élevé.

Les résultats selon l'examen microscopique montrent que la prévalence du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans est de 27 % au niveau national. La prévalence du paludisme est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (29 % contre 6 %).

La figure suivante montre l'évolution des cas de paludisme. On note que les différentes courbes annuelles présentent la même tendance avec deux périodes de haute transmission entre mai à juin et en décembre à janvier. Cependant, pour les années 2014 et 2017, il y a eu une tendance à la baisse au deuxième semestre suite à la PID et à l'organisation des campagnes de distribution des MIILDA au cours de cette période.

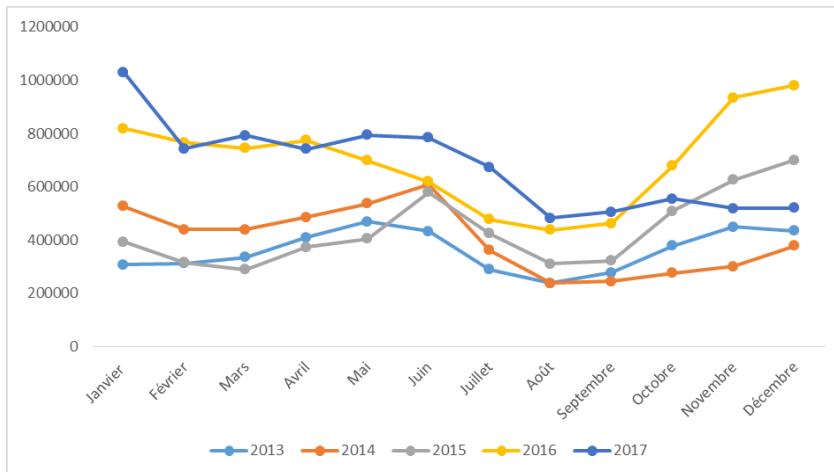


Figure 4 Evolution annuelle des cas de paludisme entre 2013 à 2017 (PNILP)

Les figures suivantes montrent l'évolution de l'incidence du paludisme par district de 2014 à 2017. La forte augmentation de l'incidence concerne particulièrement les districts du Centre, de l'Est, et du Nord du pays.

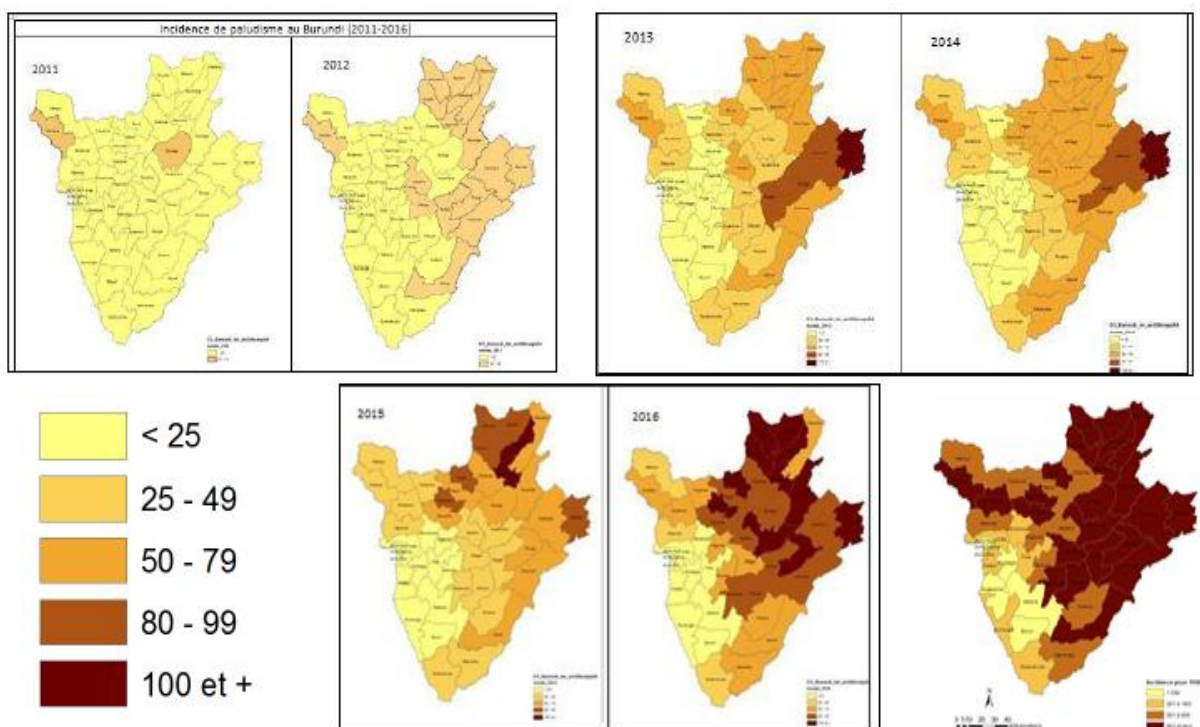
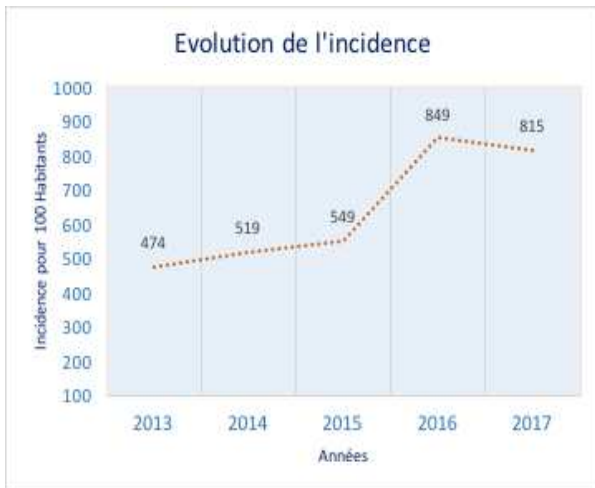


Figure 5 Evolution de l'incidence par districts entre 2011 à 2017 (Source PNILP/OMS)



Cette incidence est passée de 474‰ en 2013 à 815‰ en 2017.

Figure 6 Evolution de l'incidence entre 2013 et 2017 (Source : PNILP/OMS)

1.2.4. Épidémiologie et Cycle des épidémies de paludisme

Le paludisme est depuis longtemps une cause majeure d'épidémies dévastatrices au Burundi. Huit provinces sur les 18 sont considérées comme étant à risque épidémique (Gitega, Karusi, Kayanza, Muramvya, Muyinga, Mwaro, Ngozi et Cankuzo), selon l'ancienne stratification de la transmission du paludisme. Ces provinces représentent 56% de la population du Burundi, mais l'augmentation des cas peut survenir dans toutes les strates au cours des périodes suivant la fin les pics de précipitations.

Le pays a connu plusieurs épidémies dont les plus meurtrières datent de 2001 et 2002 dans les zones méso et hypo endémiques. La dernière épidémie date de l'année 2017. Des interventions intensives ont été implémentées dans les 18 districts sanitaires les plus touchés. L'inversion de la tendance n'a été observée qu'au troisième trimestre de 2017 suite aux interventions de riposte qui ont été menées par le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida en collaboration avec les partenaires et à l'organisation de la campagne de masse de distribution des MIILDA.

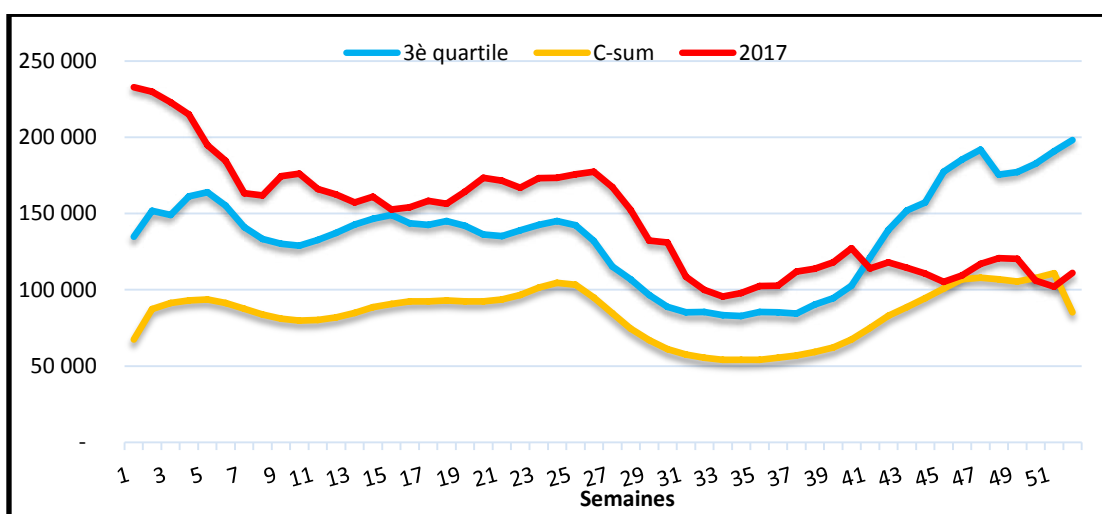
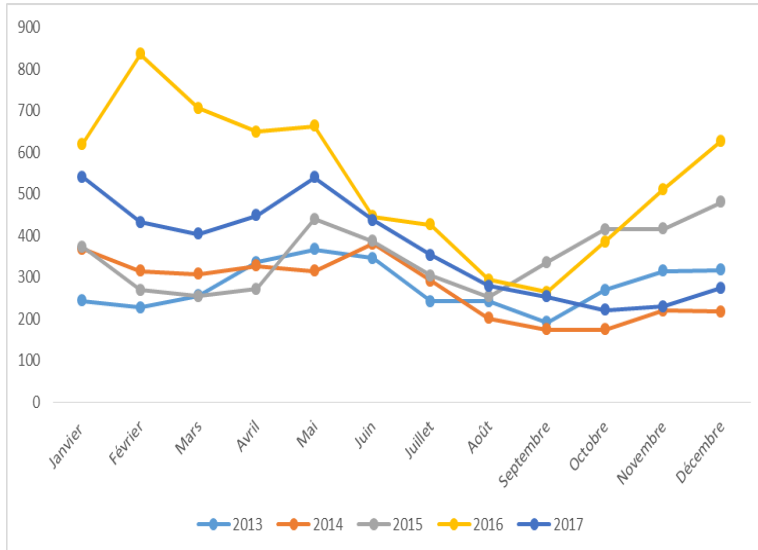


Figure 7 Jaune Courbe d'alerte, Bleu courbe d'épidémie, Rouge : Tendances de 2017 (Source : PNILP)

1.2.5. Evolution de la mortalité globale due au paludisme

Sur le plan socio-économique, la morbidité et la mortalité palustre constituent un lourd fardeau pour les ménages et pour le pays, non seulement à cause des dépenses directes (consultations et hospitalisation), mais aussi des dépenses indirectes liées aux déplacements du malade et des garde-malades, l'absentéisme au travail, l'alimentation, les funérailles, etc.



Sur cette figure, les décès suivent quasiment la même tendance d'évolution que les cas à l'exception de l'année 2016 qui présente un pic en février.

Par ailleurs, 50,8% de décès hospitaliers sont dus au paludisme (DSNIS, 2017).

Figure 8 Evolution de la mortalité liée au paludisme

1.2.6. 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*.

1.2.7. Vecteurs du paludisme

Au Burundi, environ neuf espèces d'anophèles sont présentes dont deux sont des vecteurs primaires principalement impliqués dans la transmission du paludisme : le complexe *Anopheles gambiae* et le groupe *Anopheles funestus*.

Selon les enquêtes effectuées de 2013 à 2017 sur les sites sentinelles par le Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme en collaboration avec le Project USAID/AIRS, 5 espèces de vecteurs appartenant à ces deux groupes sont présentes dans le pays et identifiées par la biologie moléculaire. Il s'agit d'une part de *An. Arabiensis* (25,47%), *An. Coluzzii* (1,91%), *An. gambiae* (72, 35%) et des hybrides *An. gambiae/coluzzii* (0,25%) pour le

complexe *An. gambiae* et d'autre part, de *An. funestus* (96%) et *An. lesoni* (4%) pour le groupe *An. funestus*.

Les activités entomologiques ont été réalisées de 2013 à 2017 dans 8 sites sentinelles. A la fin 2017, les sites retenus étant dans les districts sanitaires de Cankuzo, Kiremba, Gihofi, Mpanda, Mabayi, Nyanza-Lac, Matana et Vumbi.

La distribution de ces vecteurs primaires du paludisme varie selon les sites sentinelles avec la prédominance d'*An. Gambiae* dans les sites du nord (Kiremba, Vumbi, Cankuzo), du sud (Gihofi et Nyanza-Lac) et du nord-ouest (Mabayi).

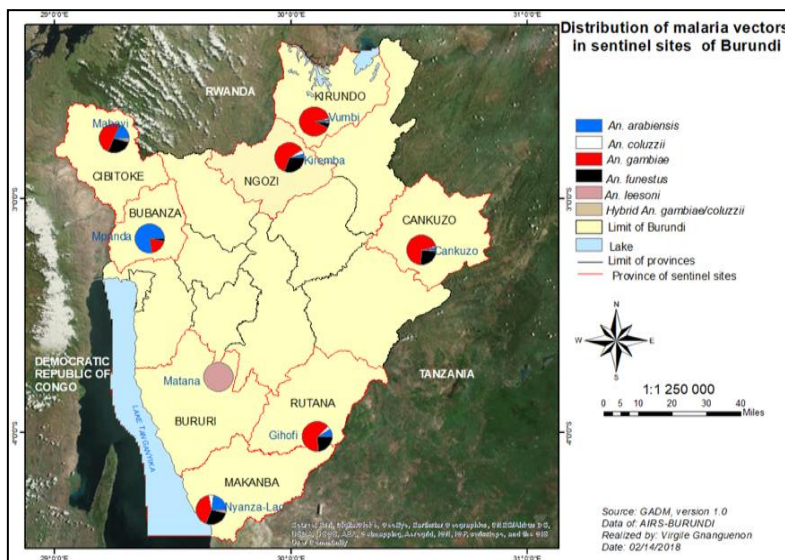


Figure 9 Répartition géographique des vecteurs (Source PNILP)

Anopheles Arabiensis est prédominant à Mpanda (ouest) mais aussi présent en faibles proportions dans tous les autres sites. *Anopheles Coluzzii* est présent en très faible proportions sur tous les sites, excepté à Mpanda, Mabayi, et Matana où il est absent. Dans le groupe *An. Funestus*, *An. Funestus* est

l'espèce la plus retrouvée sur tous les sites, tandis que *An. Leelsoni* était retrouvé en très faibles proportions sur certains sites.

1.2.8. Evolution du profil entomologique

Répartition géographique des sites sentinelles

Actuellement, 8 sites sentinelles sur les 12 prévus sont opérationnels dans le pays. Il s'agit de: Cankuzo, Gihofi, Mpanda, Kiremba, Mabayi, Matana, Nyanza-Lac et Vumbi. (Tableau 2).

Tableau 2 Caractéristiques des sites sentinelles, (PNILP, 2018)

Province	Site	Altitude	Pluviométrie annuelle	Température moyenne	Strata
Cankuzo	Cankuzo	1.500 à 1.800 m	1.200 mm	11°C–26°C	Zones à transmission pérenne du paludisme
Kirundo	Vumbi	1.500 à 1.700m	1.200 à 1.300 mm	14,8° C- 27,1°C	Savane boisée
Rutana	Gihofi	1.260 m	1.175 mm	14°C–28°C	Zones à transmission pérenne du paludisme
Ngozi	Kiremba	1.500 à 1.900m	1.200 à 1.500 mm	17°C–20°C	Zone montagneuse
Cibitoke	Mabayi	1.800 à 2.500 m	1.200 à 2.000 mm	14°C–20°C	Zone montagneuse
Bubanza	Mpanda	15.00m	1.200 à 1.500mm	20°C–27°C	Grand marais avec agriculture irriguée
Makamba	Nyanza – Lac	1.500 à 2.000 m	1.175 à 1.210 mm	17°C - 23°C	Zone de crêtes et reliefs élevés
Bururi	Matana	1.800 à 1.900 m	~ 1.300mm	18 - 25°c	Crête du Nil du Congo Topographie des hautes terres vallonnées

1.2.9. Habitudes de reproduction, de piqûre et de repos des vecteurs

Les collectes de ces vecteurs en 2017 sur les sites sentinelles par spray matinal de bombes aérosol ont montré qu'environ 60% des vecteurs collectés avaient fraîchement pris leur repas de sang pour la production d'œufs tandis que 10% de ces vecteurs portaient déjà des œufs (gravides et semi-gravides). Ces vecteurs pondent généralement leurs œufs dans de petites flaques d'eau stagnante, soit flaques de pluie, soit flaques résiduelles dans les lits de petits ruisseaux artificiels pour l'irrigation de cultures rizicoles ou des jardins, ensoleillées et dépourvues ou couvertes de végétation. Plusieurs autres types de gîtes différents des gîtes caractéristiques de ces vecteurs ont été également observés montrant qu'ils sont aptes à se reproduire dans à peu près n'importe quel type d'eau si l'opportunité se présente.

Les piqûres des vecteurs du complexe *An. gambiae* et du groupe *An. funestus* étaient généralement observées de 18 heures à 6 heures du matin. L'activité de piqûre pour les deux vecteurs était faible aux premières heures de la nuit (18 heures à 23 heures). Elle augmente significativement dans la seconde partie de la nuit (de 00h à 5h du matin).

L'évaluation de leur comportement de repos à l'intérieur des habitations par aspersions matinales de pyréthrine a montré que les vecteurs du complexe *An. gambiae* représentaient 59% des moustiques qui se reposent à l'intérieur des habitations pour digérer leur repas de sang. La plupart des spécimens collectés avaient pris du sang frais (61%). Quant aux individus du groupe *An. Funestus*, ils représentaient 18% des moustiques qui se reposent à l'intérieur des habitations dont la majorité était gorgée de sang frais (57%). La densité de repos de ces vecteurs dans les habitations est en moyenne de six vecteurs par habitation et par jour. Cette densité était plus élevée à Cankuzo, Gihofi, Kiremba, Mpanda, Vumbi et Nyanza-Lac.

1.2.10. Densité agressive des vecteurs

Les études entomologiques de 2013 à 2014 (Rapports USAID/PMI/AIRS) ont montré que la densité agressive des vecteurs sur l'homme variait significativement ($p= 0,009$) entre les sites sentinelles avec une agressivité de 9,89 piqûres/homme/nuit pour le complexe *An. gambiae* et 1,91 piqûres/homme/nuit pour le groupe *An. funestus*.

Le taux moyen de piqûre à l'intérieur des habitations était de 9,76 piqûres/homme/nuit contre 10,33 piqûres/homme/nuit à l'extérieur pour le complexe *An. gambiae*. Pour le groupe *An. funestus*, le taux de piqûre à l'intérieur était de 2,19 piqûres/homme/nuit contre 1,41 piqûres/homme/nuit à l'extérieur. De 2016 à 2017 (Rapports USAID/PMI/AIRS), l'agressivité des vecteurs du paludisme (complexe *An. gambiae* et groupe *An. funestus*) était de 12,44 piqûres/homme/nuit à l'intérieur des habitations contre 14,41 piqûres/homme/nuit à l'extérieur.

1.2.11. Taux d'inoculation entomologique

En général, le taux d'inoculation entomologique a varié tout au long de l'année, avec le taux le plus bas observé au mois d'Août (1 pique infectieuse/personne/mois) et le taux le plus élevé observé en Mars (31 piques infectieuses/personne/mois). Le taux moyen d'inoculation entomologique a montré qu'il existe deux principales périodes de transmission du paludisme dans le pays.

La première (la plus intense) survient entre Février et Juin (5-31 piques infectieuses/personne/mois) et la seconde (la moins intense) survient de Septembre à Décembre (7 -15 piques infectieuses /personne/mois).

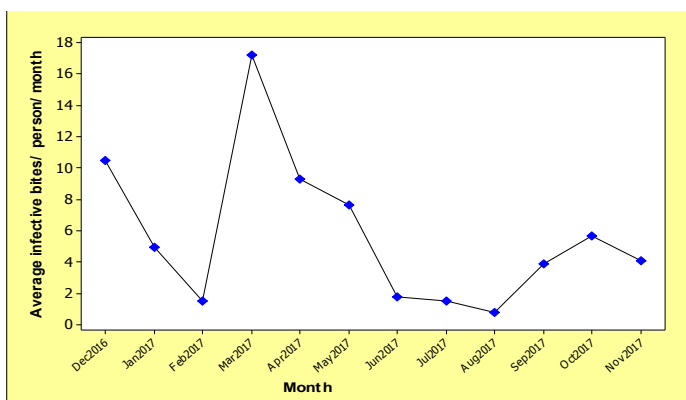


Figure 10 Variation du taux d'inoculation entomologique au cours de l'année (Source : Rapport de surveillance entomologique PNILP 2016-2017)

1.2.12. Infection des vecteurs/Taux de sporozoïtes

Selon les résultats des tests ELISA réalisés entre 2013 et 2014 (Rapports USAID/PMI/AIRS), 1.468 vecteurs ont été testés dont 33 retrouvés porteurs de sporozoïtes, soit un taux d'infectivité de 2,24%. Ce taux d'infectivité varie d'un site à l'autre et était plus élevé à Kiremba et Gihofi. De 2016 à 2017, sur les 3.648 vecteurs testés, 66 étaient porteurs de sporozoïtes soit un taux d'infectivité de 1,81%. Ce taux était plus élevé à Cankuzo, Vumbi, Mabayi et Nyanza-Lac. L'intensité de la transmission du paludisme par site, telle que mesurée par le taux d'inoculation entomologique (TIE) a été particulièrement estimée de Décembre 2016 à Novembre 2017.

1.2.13. Sensibilité des vecteurs aux insecticides

L'évaluation de la sensibilité aux insecticides de 2014 a montré une résistance et une suspicion de résistance aux DDT, à la perméthrine et à la deltaméthrine (Sensibilité : 16-97%) sur tous les sites. Une résistance et une suspicion de résistance au bendiocarb ont été respectivement observées à Mpanda et Cankuzo (89% et 95% de sensibilité). Par contre, une sensibilité au bendiocarb avait été observée sur tous les autres sites (99-100). Une sensibilité au malathion a été également observée sur tous les sites (100% de mortalité). Les données récentes de 2017 sur la sensibilité des vecteurs aux insecticides sont résumées dans le tableau suivant et cartographiées sur la figure suivante. Elles montrent une distribution généralisée de la résistance de vecteurs au DDT et aux pyréthrinoïdes (Permethrine, Alphacypermethrine et Deltamethrine) et un début d'émergence de la résistance aux carbamates. Les vecteurs ont cependant montré une sensibilité aux organophosphorés notamment le Pirimiphos méthyl et le Malathion sur tous les sites.*

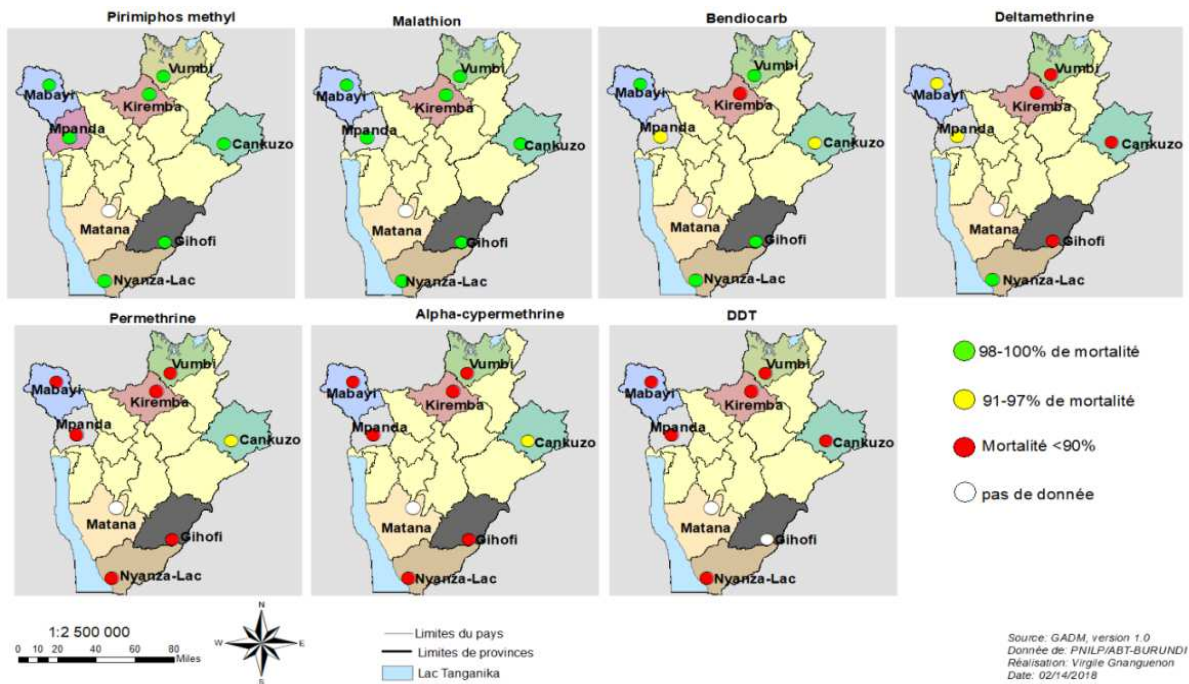


Figure 11 Carte de la résistance des vecteurs aux insecticides (Source : PNILP 2018)

1.3. Performance du Programme

1.3.1. Codification du score de performance

Afin de déterminer le niveau de performance, l'atteinte des indicateurs et les domaines de prestation de service ont été évalués selon les scores suivants.

Tableau 3 Codification du score de performance par DPS

Fortement Adéquat	Adéquat	Existant mais pas adéquat	Pas du tout Adéquat
3	2	1	0

1.3.2. Score global du Programme

Tableau 4 Score global du programme

Objectifs	Stratégies	Activités	Mettre une croix dans l'année/années prévue(s)					Performance physique mise en œuvre en du PSN en 2013-2017				
			2013	2014	2015	2016	2017	Nbre d'activités planifiées	Nbre d'activités réalisées	Performance physique Brut de la mise en œuvre	Score de la complétude de la mise en œuvre (qualité, quantité)	Performance physique Ajustée de la mise en œuvre
PERFORMANCE GENERALE DE LA MISE EN ŒUVRE PHYSIQUE DU PSN 2013-2017							500	329	64%			49%

Le taux d'exécution des activités planifiées durant le PSN 2013-2017 est de 64% et avec performance ajustée de 49% du fait des nombreux obstacles qui ont entravé sa mise en œuvre parmi lesquels :

- L'insuffisance de ressources humaines qualifiées ;
- Le faible système de gestion logistique des intrants ;
- L'absence de données complètes pour les besoins de quantification des intrants au niveau des districts ;
- Le taux de décaissement insuffisant des ressources financières ;
- La faible visibilité institutionnelle.

1.3.3. Performance de la lutte anti-vectorielle

Tableau 5 Score de performance de la lutte antivectorielle

Revue de la performance de la Prévention	
Utilisation des MIILDA comme principale stratégie de prévention communautaire	2,80
Pulvérisation intradomiciliaire	1,33
Gestion intégrée des vecteurs	2,44

✓ MILDA

L'approche stratégique choisie par le PNILP est celle de l'accès universel aux MIILDAS. Un système de distribution de routine efficace est mis sur pied dans toutes les formations sanitaires pour couvrir les groupes cibles constituées par les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans à travers les services de consultations prénatales et de vaccination. En plus de cette distribution de routine ciblant des groupes spécifiques des campagnes de distribution de masse ont été organisées pour couvrir tous les ménages.

Deux campagnes nationales de distribution gratuite de masse de MILDA ont été réalisées en juin 2014 et en septembre 2017. Un total de 11.017.182 MIILDAS ont été distribués dont 4.991.496 MIILDAS en 2014 et 6.025.686 MIILDAS en 2017. La stratégie de distribution pour ces deux campagnes respecte le principe de couverture universelle (1 MILDA pour 2 personnes ou 1 MIILDA par espace de couchage) avec un plafond de 6 MIILDAS par ménage en 2014 et un maximum de 4 MIILDAS par ménage en 2017. Dans le but de bien mener ces différentes campagnes, des plans d'actions globaux détaillés et budgétisés pour chaque campagne ont été élaborés pour indiquer clairement les activités à mener avant, pendant et après la campagne. De plus, des plans spécifiques ont été développés : le plan logistique, le plan de mobilisation sociale et le plan de suivi et évaluation.

Par ailleurs, une distribution de 84.363 MIILDAs et de 122.383 MIILDAs, respectivement en février 2013 et en septembre 2016, a été réalisée aux ménages dits « spéciaux » (les écoles à internats, les confessions religieuses, les orphelinats, les camps militaires et policiers, les homes universitaires et les prisons).

Cependant, force est de constater que malgré la complémentarité de ces canaux de distribution, le pays reste loin d'atteindre la couverture universelle en MIILDAS. Ainsi, selon les données de l'Enquête sur les Indicateurs du Paludisme au Burundi de 2012 (EIPBU), près de deux tiers des ménages (63 %) possédaient au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) et plus d'un quart de ménages (26 %) possèdent au moins une MII pour

deux personnes vivant dans le ménage. Les résultats préliminaires de l'EDS 2016 montrent cependant qu'il y a eu une forte diminution du taux de possession de la MIILDA et par conséquent du taux d'utilisation, passant de 63% à 46% pour la possession et une forte diminution de l'utilisation chez les enfants de moins de 5 ans passant de 54% à 40 % et 56% à 44% chez la femme enceinte. Quant à l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), elle a légèrement augmenté depuis l'EDSB de 2010, passant de 45 % à 54 % chez les enfants de moins de cinq ans et de 50 % à 56 % chez les femmes enceintes pour l'EIPBU 2012.

✓ **PID**

La pulvérisation intra domiciliaire est une stratégie utilisée uniquement dans la lutte contre les épidémies. Au cours de la mise en œuvre du plan stratégique 2013-2017, des campagnes de pulvérisation intra domiciliaires ont été organisées seulement en 2016 et 2017 dans 10 districts sanitaires sur 28 ciblés comme prioritaires. A chaque campagne l'objectif de 90% a été globalement atteint et souvent dépassé. Pour la campagne 2016, le taux de couverture dans les districts Kiremba et Buye a dépassé 100% et dans les districts Muyinga et Gashoho, le taux de couverture a dépassé 95%.

✓ **Gestion vectorielle intégrée**

La gestion vectorielle intégrée est un processus de prise de décisions dans la gestion des populations de vecteurs associant des pratiques de bon sens qui mettent l'accent sur des approches efficaces, sûres, respectueuses de l'environnement et économiques pour lutter contre les vecteurs du paludisme. Elle se fonde sur des critères écologiques, économiques et sociaux et intègre des méthodes multidisciplinaires. Sa mise en œuvre au Burundi est très limitée. Elle devrait aboutir à la mise en place d'un mécanisme intersectoriel opérationnel pour la collaboration et la coordination de tous les secteurs concernés et permettre d'identifier les besoins, lacunes et possibilités existantes pour la lutte anti vectorielle. Ce mécanisme intersectoriel devrait principalement regrouper le ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA, le ministère d'Environnement, de l'Agriculture et de l'élevage, les Municipalités et les établissements de recherche. La dernière revue de l'approche stratégique de la lutte anti-vectorielle du PNILP a permis de dégager les défis suivants :

✓ Défis à relever

- Le faible taux d'utilisation des moustiquaires par la population bénéficiaire ;
- L'absence de suivi dans la communauté de l'utilisation des moustiquaires par les bénéficiaires ;
- L'absence de directives claires qui donnent des orientations aux importateurs des MIILDAS pour le secteur privé ;
- La faible couverture de cette intervention par rapport aux districts prioritaires ;
- Les plans de mise en œuvre de la PID non disponibles au niveau périphérique ;
- L'irrégularité des séances de formation pour l'entretien des pompes de pulvérisation ;
- L'insuffisance de main d'œuvre qualifiée pour la maîtrise des vecteurs au niveau national et des districts ;
- Le recrutement/et/ou l'affectation d'entomologistes au niveau opérationnel.

1.3.4. Performance de la prise en charge

Tableau 6 Score de performance de la prise en charge du paludisme

Revue de la performance de la Prise en charge des cas de paludisme	
Diagnostic du paludisme	2,19
Traitement du paludisme	2,00
Paludisme chez la femme enceinte (TPIg)	3,00
Gestion de l'approvisionnement du programme	2,50
Suivi de l'efficacité potentielle des médicaments	0,33
Pharmacovigilance	1,00
Supervision et renforcement de capacité en matière de PCP	2,29

Les directives nationales de traitement actuellement en vigueur ont été adoptées en 2012. Elles donnent des orientations sur l'approche diagnostique, la nature d'examen de laboratoire à faire selon les circonstances (tests de diagnostic rapides ou microscopie). Le pays s'est par ailleurs aligné aux recommandations de l'OMS de confirmation systématique de tout cas suspects avant l'administration d'un traitement antipaludique qui doit être un CTA.

La mise à échelle et le maintien des interventions clé de prise en charge est le premier axe du PSN 2013-2017. Plusieurs interventions ont été mises en œuvre par le PNILP avec l'appui des partenaires et ont abouti aux résultats ci-après :

- La confirmation systématique de cas avant traitement à travers la mise à échelle des TDR (98% des cas ont été confirmés en 2017, SNIS) ;

- Le traitement précoce et appropriée de tout cas confirmé selon les directives nationales (86,6% ont été traités correctement, EUV, 2017) ;
- L'introduction et l'extension progressive de la prise en charge communautaires (iCCM).
Par ailleurs, les directives de pharmacovigilance et les outils de notifications ont été élaborées par le DPML (PAA DPML 2018).

✓ **Défis à relever**

- L'introduction d'une deuxième molécule de CTA pour le traitement des cas simples de paludisme ;
- La régularité des Test d'Efficacité Thérapeutique ;
- La mise en place d'un groupe thématique de PEC pour appuyer le PNILP dans le cadre de la mise en œuvre des activités du PSN ;
- Le renforcement des capacités du personnel des laboratoires nationaux pour effectuer la PCR ;
- Le renforcement de la collaboration avec les institutions de recherche et le centre national d'excellence pour le paludisme non fonctionnel ;
- L'existence d'un personnel qualifié pour le diagnostic biologique ;
- La disponibilité des outils (ordinogrammes pour le diagnostic et la PEC) en particulier au niveau périphérique ;
- La régularité des missions de supervisions formatives pour s'assurer de l'utilisation de ces outils ;
- La mise en place et/ou le renforcement du système de référence et contre référence avec l'implication active de la communauté ;
- La fonctionnalité du système de pharmacovigilance ;
- La disponibilité des molécules recommandées pour l'application des DNTP dans le secteur privé ;
- La disponibilité de la cartographie des parasites sur le territoire national.

✓ **Prévention du paludisme chez les femmes enceintes**

Le TPIg a été adopté en 2013 et mis en œuvre en 2015 et la mise à échelle progressive pour atteindre la couverture géographique nationale en 2017.

Le plan de suivi évaluation du PSN 2013-2017 a été mis à jour en 2015 pour garantir le suivi de la performance dans la mise en œuvre des interventions de prévention chez la femme enceinte. Ainsi par exemple, les indicateurs du TPIg ont été ajoutés à la liste des indicateurs nationaux.

En 2017, le pourcentage de femmes enceintes reçues en CPN ayant bénéficié de trois doses de TPIg ou plus est estimé à 12,9 % (EDSB III, 2016-2017).

✓ **Défis à relever**

- La remise à niveau des prestataires au niveau de chaque structure qui offre ce service ;
- La disponibilité permanente des intrants à travers l'implication du secteur privé dans l'amélioration de l'acheminement sur les derniers Kilomètres,
- Le renforcement de la sensibilisation des prestataires et des bénéficiaires,
- La recherche des perdues de vue par les ASC ;
- La sensibilisation des femmes enceintes pour une CPN1 précoce au premier trimestre de la grossesse.

1.3.5. Performance de la gestion du programme

Tableau 7 Score de gestion du programme

Revue de la performance de la Gestion du Programme	
Place de la lutte contre le paludisme dans le Programme national de développement	1,20
Place de la lutte contre le paludisme dans le Système de santé	3,00
Adéquation de l'organisation et de la gestion du programme national de lutte contre le paludisme	2,00

Le PNILP est un programme de création récente (janvier 2009). Il est constitué de 4 unités. Ces unités sont dirigées par des chefs d'unités qui sont coordonnés par un Directeur assisté d'un Directeur-adjoint. Le reste du staff du PNILP est composé de 47 personnes réparties comme suit :

- 11 personnes dont 3 médecins, 1 pharmacien, 1 licencié en laboratoire et 6 techniciens A2 dans l'unité de Prise en charge (PEC) ;
- 13 personnes dont 4 licenciés, un technicien A1 et 7 techniciens A2 et 1 agent de l'insectarium dans l'unité de Lutte Anti-Vectorielle (LAV);

- 4 personnes dont 3 médecins et un licencié dans l'unité Suivi - Evaluation ;
- 4 personnes dont 3 licenciés et un technicien A1 dans l'unité d'Information, d'Education, et de Communication pour le Changement de Comportement (IEC/CCC).
- 16 personnes dont 2 licenciés, 1 technicien A1, 1 technicien A2, 8 chauffeurs, 1 planton et 3 veilleurs dans l'unité chargée de l'administration et de la gestion des ressources matérielles et financières.
- 2 secrétaires de Direction du PNILP.

Du point de vue programmatique, dans l'organigramme du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, le PNILP dépend directement de la Direction des Programmes et Projets de Santé (DPPS), qui est supervisée par la Direction Générale de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA ((DGSPLS). Entre 2013 et 2017, la proportion des activités mises en œuvre dans le cadre de la gestion du Programme reste faible. En effet, seules 72,68% des activités planifiées ont été totalement mises en œuvre. Ceci pourrait s'expliquer par les obstacles et entraves suivants :

- La réduction du budget de l'Etat à partir de 2015 suite au contexte socio-politique du pays qui est passé de 9% à 7% pour le secteur de la santé ;
- La forte dépendance de la lutte contre le paludisme à l'appui financier des partenaires ;
- La répartition inéquitable de l'appui financier au niveau du pays et l'insuffisance de ressources de certains domaines de prestation de services par rapport à d'autres. Les domaines qui souffrent le plus du sous financement sont particulièrement la lutte anti vectorielle, la recherche et l'appui institutionnel.
- Les espaces de travail insuffisants mais vétuste et inadéquats, l'insuffisance d'équipements de bureau adéquats et l'insuffisance d'équipements de laboratoire notamment pour la parasitologie et l'entomologie.
- L'absence du système de communication interne entravant la transmission rapide de l'information (absence de téléphone dans les bureaux).

✓ **Défis à relever**

- Le renforcement d'un leadership durable à travers un audit organisationnel et institutionnel ;
- La diminution du « Turn-Over » fréquent de l'équipe de direction qui entrave la pérennité des actions entreprises ;

- La mise à jour du plan de renforcement de capacité ;
- La rénovation des locaux et équipements de travail ;
- L'augmentation du budget de l'Etat dans la lutte contre le paludisme ;
- Le recrutement/affectation de points focaux au niveau de toutes les provinces et districts) ;
- Le renforcement des procédures d'acquisition des intrants antipaludiques ;
- L'actualisation permanente de la cartographie des partenaires ;
- Le renforcement du cadre de collaboration avec les institutions de recherche (INSP, Faculté de Médecine, etc.) ;
- La mise en place d'un cadre formel de concertation et d'évaluation régulière des prestations thématiques de lutte contre le paludisme, Faible collaboration du PNILP avec le secteur privé et associatif ;
- L'évaluation périodique du programme (à mi-parcours et finale).
- Le renforcement de la visibilité du programme.

1.3.6. Performance de la Surveillance, Suivi évaluation

Tableau 8 Score de performance de la surveillance, suivi et évaluation

Revue de la performance du Suivi Evaluation	
Suivi de programme	2,56
Evaluation de programme	1,20
Recherche opérationnelle	0,00
Stockage et utilisation de données et site web	1,50
Système de PRE de paludisme fonctionnel	0,25
Réponse efficace aux épidémies de paludisme et aux urgences	1,00
Plan de surveillance, de suivi et d'évaluation	2,67
Capacité de surveillance, de suivi et d'évaluation	1,25
Surveillance	1,63
Sites sentinelles de surveillance	2,50

La DSNIS est la structure centrale de coordination de l'information sanitaire au sein du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA. Les données de routine en rapport avec le paludisme sont toutes collectées à travers un système intégré, le DHIS2. Le PNILP 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 de la DSNIS dans le cadre de

la surveillance de routine et permet de renseigner tous les indicateurs relatifs au programme de lutte contre le paludisme.

Des enquêtes ponctuelles sont réalisées en complément aux données de routine pour le suivi des indicateurs du programme. On peut citer les enquêtes EUV ainsi que des enquêtes d'évaluation des interventions et de la qualité de la prise en charge. Au niveau national, l'EDS et l'enquête ménage réalisées en 2016-2017, ont fourni des données sur certains indicateurs du paludisme. Ces évaluations permettent de mettre en relief les grandes interventions de lutte contre le paludisme en termes de commodités introduites et les mesures de lutte contre le paludisme prises. La réalisation de l'enquête rapide après la campagne de distribution de MIILDAS a permis de connaître la situation à chaud sur le terrain ainsi que les problèmes rencontrés.

L'analyse et la validation des données au niveau opérationnel permettent de découvrir la discordance entre les données dans la collecte 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 de ses services stratégiques du ministère.

✓ **Défis à relever**

- La mise en place d'un groupe technique de travail en S&E ;
- La diffusion et l'utilisation du plan de suivi évaluation à tous les niveaux ;
- La mise en place d'une ligne budgétaire pour le suivi évaluation ;
- Le partage permanent des résultats ;
- Le renforcement de l'analyse et de l'utilisation des données au niveau opérationnel ;
- La mise en place des seuils épidémiologiques au niveau de tous les centres de santé ;
- Le renforcement de la fonctionnalité de la base de données électronique ;
- L'harmonisation de la définition des cas ;
- Le développement d'un plan de surveillance ;
- Le renforcement et l'élargissement des sites sentinelles à la pharmacovigilance et à la pharmaco résistance ;
- La mise en place d'un réseau de laboratoire pour le contrôle de qualité ;
- L'établissement d'un agenda de recherche pertinent et actualisé

1.3.7. Performance de la Gestion des Achats et du Stock (GAS)

Tableau 9 Score de la performance du GAS

Revue de la performance du GAS	
Gestion de l'approvisionnement du programme	2,50

Chaque produit de lutte contre le paludisme utilisé à l'échelon national (ACT, TDR, MIILDAS, insecticide, Artésunate injectable et SP) a ses propres spécifications techniques définies selon les normes internationales. La mise à jour est faite après changement/révision (politique/stratégie nationale, directives de traitement) et les expériences antérieures. Rappelons que le pays a évolué de la forme séparée ASAQ (2003-2005) aux Co blisters (2005-2008) et enfin aux combinaisons fixes ASAQ (depuis 2009). L'enregistrement des produits est actuellement basé sur le processus administratif débouchant sur une autorisation fournie par la DPML/MSPLS. Une liste de tous les produits pharmaceutiques déjà autorisés à l'importation au Burundi est disponible. L'homologation des produits pharmaceutiques et des réactifs, hormis les produits pré qualifiés par l'OMS, suit les directives nationales. Il est à signaler qu'actuellement les acquisitions des intrants se font via le mécanisme des achats groupés (PPM, VPP, PFSCM). Le tableau suivant établit les taux de réalisation en fonction des besoins estimés durant la période 2013-2017 et les acquisitions réalisées durant la même période.

Tableau 10 Taux de réalisation durant la période de 2013 à 2017

	2013	2014	2015	2016	2017
ACT		136%	10%	219%	308%
Sulfadoxine Pyriméthamine			1890%	0%	69%
Artésunate injectable			21%	56%	104%
TDR			84%	126%	328%
Lames					
Lancettes					
Giemsa				0%	98%
Méthanol				0%	133%
Ethanol				0%	296%
Microscopes					
Huile à immersion				0%	610%
Clindamycine150mg		105%	0%	0%	
Clindamycyne300mg		14%	2%	0%	
Quinine300mg					
MIILDAS				100%	100%
MIILDAS de routine		100%	80%	102%	95%
insecticide de pulvérisation				100%	

Malgré le niveau satisfaisant d'acquisition, les résultats de l'EUUV ont montré que la disponibilité au niveau de l'utilisateur final est de :

- 68.1% pour les TDR ;
- 82,9% pour l'ASAQ ;
- 35.2% pour la quinine cp ;
- 80% pour la quinine injectable ;
- 53.3% pour l'Artésunate injectable ;
- 59,0% pour la Sulfadoxine /Pyriméthamine.

✓ **Défis à relever**

- La disponibilité d'au moins deux molécules d'ACT différentes dans le secteur privé ;
- L'amélioration des conditions de stockage des intrants à tous les niveaux ;
- L'amélioration de la logistique de distribution des intrants jusqu' au niveau des BDS ;
- Le renforcement de la coordination des activités GAS à tous les niveaux à travers la mise en place de comités de coordination SIGL ;

- Le renforcement du système de validation des données à tous les niveaux ;
- Le renforcement du système d'assurance qualité post-achat ;
- Le renforcement et le suivi de la mise en œuvre de la Pharmacovigilance ;
- Le renforcement et le suivi de la mise en œuvre des TET.

1.3.8. Performance Communication pour un Changement Social et de Comportement

Tableau 11 Score de performance d'IEC/CCC

Revue de la performance d'IEC/CCC	
Communication pour un changement de comportement et mobilisation communautaire	2,1

Bien que la communication soit un axe important de soutien pour toutes les stratégies de base, elle n'est pas suffisamment prise en compte dans le programme de lutte contre le paludisme. Ainsi, dans la droite ligne des recommandations de la dernière Revue du Programme Paludisme réalisée en 2011, le Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme (PNILP) a jugé utile de se doter d'un Plan de communication spécifique de lutte contre le paludisme, aligné à la stratégie nationale de communication du MSPLS et au Plan Stratégique du PNILP. Plusieurs techniques de communication ont été utilisées pour véhiculer les messages de prévention et de lutte contre le paludisme :

- Les communications interpersonnelles incluant les rencontres, les visites à domicile, des séances de counseling pendant les consultations prénatale (incluant les messages sur la prévention (MIILDAS et TPIg) et l'Education pour la santé (EPS) ;
- Les médias de masse à travers l'utilisation régulière des radios et télévisions publiques, des radions communautaires pour diffuser les messages de prévention, les ciné-mobiles, les théâtres interactifs de lutte contre le paludisme etc;
- La production et la diffusion des supports de communication (affiches, boites à images, dépliants, etc.)

Durant la mise en œuvre du plan stratégique 2013-2017, des enquêtes sporadiques sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques sur les interventions de lutte contre le paludisme ont été menées. Ces enquêtes ont révélé de manière générale que l'amélioration des connaissances des populations sur le paludisme (cause, symptômes, traitement et mesures préventives) constitue une première étape essentielle pour faire évoluer les comportements,

notamment en ce qui concerne de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action ou le recours précoce aux soins. Les autres défis à relever sont les suivants :

✓ **Défis à relever**

- La mise en place d'un groupe national technique fonctionnel sur le plaidoyer, la communication et la mobilisation communautaire ;
- La mise en place d'une unité de communication au sein du PNILP à la place de la sous unité actuelle qui ne comporte que deux personnes ;
- Le renforcement de la coordination avec les intervenants communautaires dans la mise en œuvre des activités IEC/CCC ;
- L'augmentation du budget alloué à la lutte contre le Paludisme en général et à la communication en particulier ;
- La redéfinition d'indicateurs plus SMART des interventions IEC à base communautaire ;
- L'introduction dans l'Agenda de recherche du PNILP, des thèmes de recherches comportementales plus appropriées ;
- La modernisation des matériels et équipements de sensibilisation du Programme.

1.3.9. Niveau d'atteinte des indicateurs

Tableau 12 Niveau d'atteinte des indicateurs

Indicateur	Niveau 2012	Cible 2017	Résultats obtenus en 2017
Prévalence parasitaire : proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois présentant une infection palustre	17%	4%	27%
Cas de paludisme enregistrés, présumés et confirmés pour 1000 habitants (Incidence)	247	153	815
Nombre de décès de patients hospitalisés dus au paludisme : taux pour 100 000 habitants par an	ND	ND	42,5
Taux de mortalité palustre en milieu hospitalier	37,40%	9,60%	46,00%
Létalité liée au paludisme	1,80%	0,50%	1,40%
Taux de positivité des tests du paludisme (GE/TDR)	ND	ND	64,53%
Pourcentage de BPS et BDS disposant des points focaux fonctionnels	ND	ND	71,88%
Taux de mobilisation des budgets de lutte contre le paludisme	90%	95%	92,44%
Taux d'exécution des budgets de lutte contre le paludisme	ND	ND	78%
Proportion du budget mobilisé localement à travers le partenariat public-privé	ND	ND	ND
Proportion de cas suspect de paludisme soumis à un test parasitologique dans les formations sanitaires	72%	100%	98%
Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique conformément à la politique nationale, dans les formations sanitaires	97%	100%	86,60%
Proportion de cas suspect de paludisme soumis à un test parasitologique au niveau communautaire	85%	85%	57,00%
Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique conformément à la politique nationale au niveau communautaire	85%	85%	79,00%
Pourcentage de femmes bénéficiant de services de soins prénatals ayant reçu au moins 3 doses de traitement préventif intermittent	ND	ND	54,31%
Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de traitement préventif intermittent	ND	90%	48,00%
Proportion de femmes enceintes qui viennent en CPNI et reçoivent les MIILDA	74%	95%	81%
Proportion des enfants de 9 mois venant pour la vaccination contre la rougeole et la rubéole qui reçoivent des MIILDA	80%	95%	86%
Proportion de la population ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente	49%	80%	35%
Proportion de ménages ayant bénéficié de l'aspersion intra domiciliaires dans les zones ciblées	95%	95%	95%
Pourcentage de la population ayant adopté des comportements favorables à la lutte contre le paludisme	77%	90%	77%
Pourcentage formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock en intrants antipaludiques au cours de la période	92%	100%	84%
Pourcentage d'ASC n'ayant pas connu de rupture de stock au cours de la période pour les ACT et TDRs dans les districts sanitaires faisant l'ICCM	ND	ND	91%
Pourcentage de formations sanitaires qui fournissent des données de qualité sur le paludisme	ND	80%	ND
Pourcentage de formations sanitaires présentant leurs rapports dans les délais selon les directives nationales	ND	100%	94,20%
Proportion de rapports reçus des formations sanitaires par rapport aux rapports attendus au cours de la période de rapportage	ND	100%	76,40%
Pourcentage des ASC ayant soumis leur rapport mensuel dans les délais de la communauté au centre de santé	ND	ND	97%
Proportion d'épidémies de paludisme détectées précocement (au cours de la semaine)	ND	90%	ND
Proportion d'épidémies de paludisme détectées et maîtrisées dans les deux semaines	ND	80%	ND

II. PLAN STRATEGIQUE 2018-2023

2.1. Vision

A l'horizon 2025, Zéro Décès dû au paludisme au Burundi.

2.2. Mission

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

2.3. Défis du plan stratégique

Les défis du plan stratégique permettront une meilleure réorientation politique et stratégique. Ils sont articulés autour des priorités suivantes :

Renforcement de la capacité managériale et institutionnelle : Réorganisation institutionnelle du Programme afin non seulement de combler les lacunes en matière de ressources humaines mais aussi de renforcer la visibilité institutionnelle du PNILP ;

Renforcement de la décentralisation des activités de lutte : décentralisation effective de la lutte contre le paludisme au niveau des provinces et districts 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 : Cadre d'investissement afin d'obtenir l'engagement, la contribution et l'investissement de l'Etat dans la lutte contre le paludisme et de renforcer davantage l'implication du partenariat public-privé ;

Disponibilité permanente des intrants jusqu'au niveau communautaire : Renforcement du dispositif de quantification à tous les niveaux et de 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 plateforme 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.

2.4. Principes directeurs

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

1. La santé pour tous et l'éthique dans le domaine des droits humains ;
2. L'acceptabilité, l'efficacité et la qualité de soins de santé ;
3. La décentralisation effective des interventions ;
4. La collaboration multisectorielle, la coordination efficace, le partenariat, la durabilité ;
5. L'Équité, la solidarité, la prise en compte du genre ;
6. Gestion axée sur les résultats, redevabilité mutuelle et alignement.

2.5. 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 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 :

Le système de SE est performant et permet ainsi l'utilisation des informations stratégiques.

Système de communication :

Le système de communication stratégique est efficace.

2.6. Objectifs généraux

1. Réduire la morbidité liée au paludisme d'au moins 60% d'ici 2023 ;
2. Réduire à Zéro la mortalité liée au Paludisme d'ici 2023.

2.7. Objectifs spécifiques

Pour atteindre l'objectif général, les objectifs spécifiques suivants sont définis à travers deux objectifs stratégiques :

A. 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.

1. Assurer et maintenir une couverture universelle des ménages en MIILDAS et atteindre au moins 80% de taux d'utilisation dans la population générale d'ici 2023 ;
2. Assurer et maintenir une couverture d'au moins 95% des structures en aspersion intra domiciliaires dans les zones ciblées ;
3. Assurer la couverture en Tpig selon les directives nationales d'au moins 80% des femmes enceintes d'ici 2023 ;
4. Assurer la prise en charge conformément à la politique nationale de 100% des cas suspects de paludisme reçus dans les formations sanitaires d'ici 2023 ;
5. Assurer la prise en charge conformément à la politique nationale de 100% des cas suspects de paludisme au niveau communautaire d'ici 2023 ;
6. S'assurer qu'au moins de 90% des formations sanitaires et ASC disposent continuellement de stock d'intrants antipaludiques ;
7. Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme d'ici 2023
8. Renforcer les capacités managériales, techniques et institutionnelles du programme national de lutte contre le paludisme à tous les niveaux d'ici 2023 ;

B. Intensifier la surveillance épidémiologique et entomologique pour générer des données probantes pour la réorientation du programme.

9. S'assurer qu'au moins 95% des formations sanitaires fournissent des données de qualité sur le paludisme d'ici 2023 ;
10. Assurer la détection précoce de 100% des épidémies de paludisme d'ici 2023 ;

Maîtriser 100% des épidémies détectées dans les deux semaines d'ici 2023.

2.8. Axes stratégiques

- **Axe Stratégique 1 : Renforcement des capacités institutionnelles du Programme.**
 - DPS 1 : Gestion du Programme
- **Axe Stratégique 2 : Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock.**
 - DPS 2 : Gestion Approvisionnement et Stock (GAS)
- **Axe Stratégique 3 : Consolidation du cadre prévention.**
 - DPS 3 : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MID)
 - DPS 4 : Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID)
 - DPS 5 : Traitement Préventif Intermittent (TPI)
- **Axe Stratégique 4 : Renforcement du cadre de prise en charge.**
 - DPS 6 : Prise en Charge des Cas
- **Axe Stratégique 5 : Amélioration des services offerts aux populations clés**
 - DPS 7 : Populations clés et groupements spéciaux
- **Axe Stratégique 6 : Renforcement du cadre de communication**
 - DPS 8 : Communication et Mobilisation sociale

Axe Stratégique 7 : Amélioration de la Surveillance.

- DPS 9 : Surveillance et Riposte
- **Axe Stratégique 8 : Amélioration du cadre Suivi Evaluation.**
 - DPS 10 : Suivi Evaluation

2.8.1. Axe stratégique 1 : Renforcement des capacités institutionnelles du programme

Domaine de prestation 1 : Gestion Du Programme

Renforcer les capacités managériales et financières du Programme à tous les niveaux.

□ Enjeux

Décentralisation de la lutte contre le paludisme et le renforcement des capacités de l'unité de coordination.

□ Orientations

Renforcement des actions de lutte contre le paludisme au niveau intermédiaire et périphérique.

Renforcement du partenariat public privé à travers la mise en œuvre du plan de mobilisation des ressources.

□ Interventions prioritaires

Cet axe stratégique vise l'amélioration de la gestion de programme, aussi bien au niveau central que périphérique. La disponibilité des ressources financières et humaines sera renforcée afin d'assurer la qualité de mise en œuvre des activités.

- **Elaboration des documents normatifs de lutte contre le paludisme** : En plus des documents existants, d'autres documents seront élaborés entre autres, la politique nationale de lutte contre le paludisme, le manuel des procédures administratives, financières et comptables actualisés et le plan de communication pour la lutte contre le paludisme.
- **Renforcement des capacités à tous les niveaux** : Un accent particulier sera porté sur le renforcement des capacités du niveau périphérique pour accélérer la mise en œuvre des activités du programme. Une base de données des experts par domaine thématique sera fait et capitalisée dans la conduite des études et recherche. Un point focal paludisme au niveau de chaque BPS sera mis en place afin d'améliorer la coordination des points focaux paludisme des BDS. Un plan de perfectionnement sera aussi élaboré.

Au niveau de l'unité de coordination centrale, l'accent sera mis sur les interventions d'investissements et de capacitation du PNILP à produire les résultats avec la disponibilité du

matériel informatique et bureautique adaptés et dans des conditions de travail adéquates.

Plusieurs problèmes interdépendants contribuent à ralentir les efforts déployés. Le principal tient au manque de financement durable aux niveaux national et international...

Considérant la vétusté, l'exiguïté et la non adéquation des locaux du PNILP, les interventions d'investissements vont concerner la réhabilitation/extension des locaux du PNILP et surtout de l'insectarium et l'entrepôt de Gihanga pour améliorer les conditions environnementales de recherche entomologique et l'entreposage du matériel de prévention dans des conditions requises. L'octroi des moyens logistiques et matériel de fonctionnement consistera à la mise à disposition du PNILP du matériel bureautique, équipements informatiques adaptés, des véhicules de terrain tout en assurant leur sécurité, entretien et maintenance.

La formation sur des thématiques clés notamment en entomologie, en gestion financière, en audit comptable, en épidémiologie d'intervention et en paludologie sera dispensée au personnel technique du PNILP et des DS pour leur capacitation dans la gestion du programme et lutte contre le paludisme.

Afin de mieux coordonner les activités, des comités multisectoriels de lutte contre le paludisme seront mis en place d'ici 2019 à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. D'autre part, un plaidoyer sera mené auprès des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et auprès du gouvernement pour une meilleure coordination des interventions surtout dans l'acheminement des intrants du niveau district vers les CDS et le niveau communautaire.

Plaidoyer et mobilisation des ressources : Il s'agira tout d'abord d'établir la cartographie des interventions, des intervenants et les mécanismes de mise en œuvre prévus. Ceci permettra d'avoir un outil efficace de coordination afin de mieux orienter les interventions, mesurer les gaps de financement et mobiliser les partenaires techniques et financiers. Un plan de mobilisation des ressources sera ensuite élaboré et disséminé. Dans ce même ordre d'idées, une note conceptuelle sera élaborée pour obtenir les subventions du Fonds Mondial. Des stratégies de développement du partenariat public privé dans la lutte contre le paludisme seront ainsi mises en place à travers un atelier de mobilisation des entreprises ciblées. Les journées spéciales dédiées à la lutte contre le paludisme seront quant à elles organisées par les comités multisectoriels de pilotage et des comités techniques.

Renforcement de capacité du PNILP à conduire des recherches opérationnelles en collaboration avec les institutions de recherche : En collaboration avec ses partenaires clés (OMS, USAID, UNICEF, MSF, World Vision International, etc.), le PNILP identifiera des sujets clés de recherche afin de documenter l'impact des interventions et renseigner l'état des indicateurs de lutte contre le paludisme. Un ciblage des institutions de recherche sera un préalable pour l'établissement d'un agenda de recherche concerté. Des journées d'échange sur de récents développements scientifiques et de dissémination des résultats de la recherche seront organisées une fois par année. Après approbation, ces résultats de recherche seront

publiés dans des journaux /revues internationaux et alimenteront le site web du PNILP et celui du MSPLS et guideront les interventions de lutte contre le paludisme.

Renforcement de la coordination : Après la mise à jour de la cartographie des partenaires du PNILP, un document d'orientation (aide-mémoire/mémorandum) sur les priorités du PNILP sera élaboré pour guider les interventions des partenaires. Une fois par trimestre, une réunion de coordination sera organisée afin de documenter et partager avec les partenaires les réalisations, les succès, les défis et recommandations d'amélioration de mise en œuvre à tous les niveaux. Pour la continuité du programme de lutte contre le paludisme, une note conceptuelle

Dans le but d'améliorer les performances du PNILP, un audit institutionnel et organisationnel sera commandité par le PNILP. Les résultats validés seront une base de planification de renforcement des capacités et mobilisation de personnel additionnel dans des domaines de prestations ayant indiqué des lacunes.

Résultat Stratégique 1 - Renforcement de la gestion du programme

1.1	Les documents clés : 1) La politique nationale de lutte contre le paludisme, 2) le manuel des procédures administratives financières et comptables revu, 3) un plan de communication pour la lutte contre le paludisme, 4) un plan de mobilisation des ressources sont élaborés (ou mis à jour) et disponibles chez tous les partenaires de la lutte contre le paludisme d'ici fin 2019
1.2	Les locaux du PNILP sont réhabilités avant fin 2019
1.3	7 kits de bureaux de 4 personnes chacun, 16 équipements informatiques (10 laptops, 6 desktops) , 8 appareils de conditionnement d'air et un système téléphonique de communication interne sont acquis avant fin 2019.
1.4	4 techniciens entomologistes sont formés sur les études moléculaires et métaboliques et sur les mécanismes de résistance des vecteurs aux insecticides (2 en 2019 et 2 en 2020)
1.5	2 cadres du service gestion et administration formés en gestion financière et audit d'ici fin 2023
1.6	Deux médecins du PNILP sont formés en épidémiologie d'intervention d'ici fin 2023, 8 cadres formés en paludologie
1.7	1 comité au niveau national avec des sous-comités (LAV, PEC, SE et gestion des épidémies, communication, 18 comités provinciaux et 46 comités au niveau des districts sont mises en place avant fin 2019
1.8	Les 18 BPS et 46 DS disposent de points focaux de lutte contre le paludisme réellement opérationnels à partir de janvier 2020
1.9	Un document contenant la monographie des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme est élaboré et disponible au PNILP au T1 2019
1.10	5 sociétés/entreprises locales privées sont impliquées dans la lutte contre le paludisme d'ici fin 2023
1.11	1 journée dédiée à la lutte contre le paludisme (JNLP et JMLP) est célébrée annuellement à partir de 2018
1.12	Un document détaillant les principaux sujets de recherche est élaboré, validé et partagé avec les principales institutions de recherche et les partenaires au deuxième trimestre 2019
1.13	Des journées d'échanges sur les récents développements scientifiques sont réalisés à partir de Janvier 2019
1.14	4 réunions de coordination des partenaires techniques et financiers sont tenues chaque année
1.15	Le PNILP est audité et réorganisé avant Mars 2019 (organigramme ; description de postes ; manuels de procédures, adéquation profil poste)
1.16	L'extension de l'insectarium de Gihanga, de l'entrepôt PID et la clôture de Gihanga sont réalisés
1.17	Doter des moyens de déplacement pour les activités de lutte contre le paludisme à tous les niveaux
1.18	Entretien et maintenance et fonctionnement des nouveaux véhicules
1.19	Assurances des bureaux et des stocks du PNILP
1.20	Elaboration de la note conceptuelle pour les subventions du Fonds Mondial pour 2019

Indicateurs & Cibles

Cibles DPS							
Indicateurs		2018	2019	2020	2021	2022	2023
1.1	Pourcentage de BPS et BDS disposant de points focaux fonctionnels	72%	86%	100%	100%	100%	100%
1.2	Taux de mobilisation des budgets de lutte contre le paludisme	92%	100%	100%	100%	100%	100%
1.3	Taux d'exécution des budgets de lutte contre le paludisme	78%	86%	94%	100%	100%	100%
1.4	Proportion du budget mobilisée localement à travers le partenariat public-privé	10%	10%	20%	30%	30%	30%

BUDGET-Renforcement de la gestion du programme

Résultat Stratégique I - - RENFORCEMENT DE LA GESTION DU PROGRAMME								
N°	Activités /Indicateur de couverture/produit	TOTAL 2018-2023	Besoins annuels					
			2018	2019	2020	2021	2022	2023
I.1	1) La politique nationale de lutte contre le paludisme, 2) le manuel des procédures administratives financières et comptables revu, 3) un plan de communication pour la lutte contre le paludisme, 4) un plan de mobilisation des ressources (T4 2018) sont élaborés et disponibles chez tous les partenaires de la lutte contre le paludisme d'ici fin 2019	\$13 346 773	\$2 254 504	\$2 200 000	\$2 279 754	\$2 206 257	\$2 206 257	\$2 200 000
I.2	Les Bureaux du PNILP sont réhabilités avant Decembre 2020	\$79 567	\$-00	\$-00	\$79 567	\$-00	\$-00	\$-00
I.3	7 kits de bureaux de 4 personnes chacun, bureautiques, 16 équipements informatiques (10 laptops, 6 desktops), entretien véhicules (18), 8 appareils de conditionnement sont acquis	\$1 960 012	\$-00	\$520 012	\$360 000	\$360 000	\$360 000	\$360 000
I.4	2 techniciens entomologistes sont formés sur les études moléculaires et métaboliques des mécanismes de résistance des vecteurs aux insecticides en 2019 et deux (2) en 2020	\$256 320	\$-00	\$128 160	\$128 160	\$-00	\$-00	\$-00
I.5	2 cadres du service gestion et administration formés en gestion financière et audit d'ici fin 2020	\$10 440	\$-00	\$-00	\$10 440	\$-00	\$-00	\$-00
I.6	Deux médecins du PNILP sont formés en épidémiologie d'intervention d'ici fin 2023 et 8 cadres formés en paludologie d'ici fin 2020	\$509 288	\$23 000	\$120 500	\$365 788	\$-00	\$-00	\$-00
I.7	1 comité au niveau national avec des sous-comités (LAV, PEC, SE et gestion des épidémies, Communication): 25 personnes, 18 comités provinciaux: 15 personnes par province, 46 comités au niveau des districts : 12 personnes sont mises en place d'ici fin 2020	\$762 530	\$-00	\$220 786	\$135 436	\$135 436	\$135 436	\$135 436
I.8	Les 18 BPS et 46 DS disposent de points focaux de lutte contre le paludisme réellement opérationnels à partir de janvier 2020	\$1 804 577	\$-00	\$-00	\$1 457 714	\$108 686	\$119 088	\$119 088
I.9	Un document contenant la monographie des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme est élaboré et disponible au PNILP au T1 2019	\$24 594	\$-00	\$15 280	\$-00	\$-00	\$9 314	\$-00
I.10	5 sociétés/entreprises locales privées sont impliquées dans la lutte contre le paludisme d'ici fin 2023	\$16 903	\$2 817	\$2 817	\$2 817	\$2 817	\$2 817	\$2 817
I.11	2 journées dédiées à la lutte contre le paludisme (JNLP et JMLP) sont célébrées par an à partir de 2019	\$230 863	\$-00	\$46 173	\$46 173	\$46 173	\$46 173	\$46 173
I.12	Un document détaillant les principaux sujets de recherche est élaboré, validé et partagé avec les principales institutions de recherche et les partenaires au deuxième trimestre 2019	\$109 663	\$11 869	\$16 457	\$24 211	\$16 457	\$24 211	\$16 457
I.13	Des journées d'échanges sur les récents développements scientifiques en rapport avec le Paludisme sont réalisés à partir de 2019	\$157 605	\$-00	\$71 088	\$-00	\$15 429	\$55 659	\$15 429
I.14	4 réunions de coordination des partenaires techniques et financiers sont tenues chaque année	\$36 600	\$1 743	\$6 971	\$6 971	\$6 971	\$6 971	\$6 971
I.15	L'unité de coordination du PNILP est auditée et réorganisée avant T2 2019 (organigramme ; description de postes; manuels de procédures, adéquation profil poste)	\$9 743	\$-00	\$7 457	\$2 286	\$-00	\$-00	\$-00
I.16	L'extension de l'insectarium Gihanga, construction d'un entrepôt PID et d'une clôture de l'entrepôt de Gihanga sont réalisées	\$366 982	\$-00	\$309 840	\$57 143	\$-00	\$-00	\$-00
I.17	PNILP est renforcé/doté des moyens de déplacement pour les activités de lutte contre le paludisme à tous les niveaux (2 camions de 10 tonnes pour le service de LAV et 10 véhicules de supervision	\$630 434	\$-00	\$-00	\$-00	\$630 434	\$-00	\$-00
I.18	Entretien, maintenance et fonctionnement des nouveaux véhicules	\$833 143	\$-00	\$-00	\$-00	\$277 714	\$277 714	\$277 714
I.19	Assurance des Bureaux et stocks du PNILP	\$92 571	\$-00	\$-00	\$-00	\$30 857	\$30 857	\$30 857
I.20	Elaboration des notes conceptuelles pour les subventions du Fonds Mondial	\$321 142	\$-00	\$-00	\$134 351	\$122 711	\$64 080	\$-00
Total GP		\$21 559 749	\$2 293 933	\$3 665 542	\$4 956 460	\$3 837 231	\$3 274 499	\$3 210 942

2.8.2. **Axe stratégique 2** : Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock

Domaine de prestation 2 : Gestion Approvisionnement et Stock (GAS)

Disponibilité permanente en médicaments et en produits de lutte contre le paludisme pour au moins 90% des structures sanitaires.

▫ **Enjeux**

Mise en place d'un système de quantification performant.
Acheminement et livraison des intrants à temps jusqu'au niveau communautaire.
Approvisionnement performant en intrants d'urgence
Efficacité et innocuité des produits

▫ **Orientations**

Mise en place d'un système d'information logistique (SIGL) performant
Renforcement des capacités des intervenants de la chaîne d'approvisionnement
Prépositionnement des stocks d'urgence en cas d'épidémie
Redynamisation de la pharmacovigilance et assurer le suivi de l'efficacité des produits

Interventions prioritaires :

Renforcement du processus de quantification des intrants à tous les niveaux :

La quantification des intrants de lutte contre le paludisme utilisés par le PNILP se fait au niveau central selon les principales méthodes développées par USAID à travers le projet DELIVER. Les niveaux intermédiaire et périphérique (districts et les centres de santé) s'approvisionnement conformément aux directives nationales (POS, manuel des outils SIGL). Malgré l'existence de ce dispositif, la disponibilité permanente de ces intrants à tous les niveaux reste problématique, plaçant ainsi le pays dans des situations de commande d'urgence pour pallier aux ruptures de stock. Afin de mettre fin à cette situation, le programme préconise l'augmentation du taux de disponibilité des intrants à 85% à travers

Les difficultés à surmonter pour accélérer les progrès découlent très souvent de la mauvaise gestion des chaînes d'approvisionnement et de l'absence de réglementation du secteur privé.

(1) l'élaboration et la diffusion du manuel de quantification des intrants de lutte contre le paludisme, (2) la formation des membres du sous-comité national de quantification et les membres des équipes cadres des districts sur le manuel de quantification, (3) l'élaboration d'un plan d'approvisionnement des intrants et (4) les réunions de revue du niveau des stocks et du plan d'approvisionnement des intrants.

Acquisition des intrants :

Afin de garantir la disponibilité permanente des intrants, le PNILP veillera au suivi régulier du plan d'approvisionnement. Il veillera en outre que les 46 districts s'approvisionnent selon les directives nationales. Il assurera aussi le suivi mensuel des performances des prévisions et des approvisionnements.

Amélioration des conditions de stockage et de gestion des intrants à tous les

Afin de garantir la qualité des produits et répondre aux exigences de bonnes pratiques de stockage, il est prévu (1) d'acquérir et installer le logiciel adapté pour la gestion informatisée des produits pharmaceutiques au niveau décentralisé ainsi qu'un antivirus pour la protection des outils, (2) de rendre disponible les outils harmonisés de gestion logistique : fiche de stock, registre de dispensation, registre de réquisition interne, bon de commande, (3) de mettre en place un tableau de bord pour orienter l'analyse et la validation des données logistiques, (4) de mettre en place un système de contrôle de l'étiquetage des intrants dans les entrepôts au niveau central, (5) d'organiser des réunions trimestrielles d'analyse des données logistiques et (6) d'acquérir et d'installer des sondes hygromètres dans les entrepôts du niveau central et périphérique.

Amélioration de l'assurance qualité des intrants antipaludiques :

Le suivi de l'innocuité des intrants se fera en collaboration avec l'autorité de réglementation pharmaceutique. Il s'agira notamment (1) d'identifier les sites sentinelles de pharmacovigilance en fonction de l'épidémiologie actuelle du paludisme, (2) de former le personnel des sites sentinelles sur la pharmacovigilance et (3) de rappeler à travers une directive ministérielle l'utilisation des produits figurant sur la liste nationale des médicaments essentiels et homologués. Des missions de suivi de la fonctionnalité des sites sentinelle seront réalisées dans le cadre des supervisions intégrées et de façon spécifique une fois par semestre à partir de 2019.

Résultats Stratégiques 2 - Amélioration de la gestion de l'approvisionnement et du stock

2.1	Le manuel de quantification est disponible et diffusé avant la fin de troisième trimestre 2019
2.2	107 personnes formées (15 du niveau central et 92 des districts) avant la fin du quatrième trimestre 2019
2.3	01 session annuelle nationale de quantification et 01 session semestrielle de quantification au niveau intermédiaire sont réalisées régulièrement jusqu'en 2023
2.4	01 Réunion trimestrielle de revue au niveau national et 01 réunion mensuelle de revue au niveau intermédiaire et périphérique sont tenues régulièrement jusqu'en 2023
2.5	Un tableau de bord mensuel pour le suivi de la mise en œuvre du plan d'approvisionnement est développé et mis à jour régulièrement
2.6	Tous les intrants de lutte contre le paludisme sont disponibles à temps selon le plan d'approvisionnement à partir de Juillet 2018
2.7	Les outils de gestion logistique harmonisés sont disponibles (fiche de stock, registre de dispensation, registre de réquisition interne, bon de commande) à partir de Juillet 2018
2.8	12 sites sentinelles de pharmacovigilance sont mis en place avant Décembre 2018 (Vumbi, Busoni, Gashoho, Giteranyi, Kibuye, Murore, Kinyinya, Gihofi, NyanzaLac, Matana, Mpanda, Gitega)
2.9	36 prestataires des 12 sites sentinelles sont formés sur la pharmacovigilance (2 par sites) avant la fin du deuxième trimestre de 2019
2.10	Les 12 sites sentinelles sont opérationnels avant Décembre 2018 et demeurent fonctionnels jusqu'en fin 2023

□ Indicateurs & Cibles

Cibles DPS		2018	2019	2020	2021	2022	2023
2.1	Pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock en intrants antipaludiques au cours de la période	90%	90%	90%	90%	90%	90%
2.2	Pourcentage d'ASC n'ayant pas connu de rupture de stock au cours de la période pour les ACT et TDRs dans les districts sanitaires faisant l'iCCM	90%	90%	90%	90%	90%	90%
2.3	Pourcentage de sites sentinelles fonctionnel	4	6	8	8	8	8

BUDGET- Amélioration de la gestion de l'approvisionnement et du stock

Résultats Stratégiques 2 - AMELIORATION DE LA GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT ET DU STOCK								
Indicateur de couverture/produit		Besoins						
		TOTAL 2018-2023	2018	2019	2020	2021	2022	2023
2.1	Le manuel de quantification est disponible et diffus avant la fin de T3 2019	\$64 843	\$0	\$35 593	\$0	\$0	\$0	\$29 250
2.2	107 personnes formées (15 du niveau central et 92 des districts) en T4 2019	\$28 623	\$0	\$28 623	\$0	\$0	\$0	\$0
2.3	01 session annuelle national de quantification et 01 session semestrielle de quantification au niveau intermédiaire sont réalisées régulièrement jusqu'en 2023	\$386 743	\$64 457	\$64 457	\$64 457	\$64 457	\$64 457	\$64 457
2.4	01 Réunion trimestrielle de revue au niveau national et 01 Réunion mensuelle de revue au niveau intermédiaire et périphérique sont tenues régulièrement jusqu'en 2023	\$7 200	\$1 200	\$1 200	\$1 200	\$1 200	\$1 200	\$1 200
2.5	Un tableau de bord mensuel pour le suivi de la mise en œuvre du plan d'approvisionnement est développé et mis à jour régulièrement	\$7 200	\$1 200	\$1 200	\$1 200	\$1 200	\$1 200	\$1 200
2.6	Tous les intrants de lutte contre le paludisme sont disponibles à temps selon le plan d'approvisionnement à partir de Juillet 2018	\$50 208 447	\$9 005 186	\$8 852 676	\$8 708 327	\$8 273 498	\$7 872 241	\$7 496 519
2.7	Les Outils de gestion logistique harmonisés sont disponibles (fiche de stock, registre de dispensation, registre de réquisition interne, bon de commande) à partir de Juillet 2018	\$952 314	\$0	\$140 714	\$267 920	\$298 560	\$122 560	\$122 560
2.8	12 sites sentinelles de pharmacovigilance sont mis en place avant Décembre 2018 (Vumbi, Busoni, Gashoho, Giteranyi, Kibuye, Muroro, Kinjinya, Gihofi, NyanzaLac, Matana, Mpanda, Gitega)	\$8 229	\$1 646	\$1 646	\$1 646	\$1 646	\$1 646	\$0
2.10	36 prestataires des 12 sites sentinelles sont formés sur la pharmacovigilance (2 par sites) avant la fin du deuxième trimestre de 2019	\$10 693	\$10 693	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Total Général		\$51 674 291	\$9 081 982	\$9 152 573	\$9 042 350	\$8 638 161	\$8 060 904	\$7 683 536

2.8.3. **Axe stratégique 3** : Consolidation des interventions de prévention (MIILDa, PID, Tpig)
Domaine de prestation 3 : Moustiquaires Imprégnées a Longue Durée d'Action (MILDA)

Protéger au moins 80 % de la population par les MIILDA

▫ **Enjeux**

Couverture universelle en MILDA afin de protéger toute la population y compris les groupements spéciaux et populations clés à travers divers canaux de distribution.

▫ **Orientations**

*Implication des communautés dans la distribution
Distribution continue communautaire de MILDA
Identification et distribution de MILDA au niveau des groupements spéciaux et populations clés.*

▫ **Interventions prioritaires**

La couverture universelle en MIILDAS est assurée à travers quatre canaux de distribution : (i) les campagnes nationales de distribution de masse MIILDAS tous les 3 ans ; (ii) la distribution de routine des MIILDAS aux femmes enceintes et aux enfants de 9 mois, (iii) la distribution continue à travers les ASC et la communauté et (iv) la distribution des MIILDAS aux groupements spéciaux. Les MILDA seront aussi distribués lors des urgences et des catastrophes.

Campagne de distribution de masse : Deux campagnes de distribution gratuite de masse des MIILDAS seront organisées au cours de la période 2018 - 2023 selon le principe d'une MIILDA pour deux personnes. Un dénombrement des ménages précédera l'acquisition des MIILDAS pour chaque campagne. Une micro planification aux différents niveaux (central, provincial, district) précisera les activités précampagnes, 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, PTF, leaders religieux, le niveau périphérique du MSPLS, les corps en uniforme, etc.) pour garantir l'acceptabilité et la bonne utilisation.

Une enquête rapide et un suivi de la durabilité des moustiquaires après chaque campagne de distribution de masse seront organisés afin de renseigner la politique nationale sur le temps de remplacement des MIILDAS.

Un effort concerté visant à optimiser l'utilisation des outils actuellement disponibles, en particulier pour la lutte anti-vectorielle, avec une couverture supérieure à 80 % des populations à risque pourrait réduire sensiblement l'incidence et la mortalité imputable au paludisme.

Distributions de routine : Pour maintenir une bonne couverture en MIILDAS entre les campagnes, la distribution de routine (femmes enceintes et enfants de 9 mois) sera réalisée. Des missions périodiques de supervision de la gestion des MIILDAS seront menées dans toutes les structures de soins qui assurent la distribution.

Distributions aux groupements spéciaux : Afin d'étendre la couverture des MIILDA aux populations clés, les distributions continues aux groupements spéciaux seront renforcées.

Distribution Continue (écoles primaires et au niveau communautaire) : D'ici 2023, de nouveaux canaux de distribution seront initiés (marketing social et distribution dans la communauté) afin de remplacer les moustiquaires détériorées et de maintenir une couverture maximale en MIILDA au niveau des populations. Actuellement, la moustiquaire n'étant pas disponible dans le commerce au Burundi, des campagnes de plaidoyer seront menées auprès des décideurs pour qu'il y ait détaxation des moustiquaires qui entrent dans le pays afin de « booster » la vente des moustiquaires dans les pôles urbains et semi-urbains. En ce qui concerne la distribution continue, une intervention pilote sera initiée dans 2 districts en 2019, 10 districts en 2020 avant sa mise à échelle en 2021 après évaluation. Cette stratégie permettra, principalement au niveau des zones rurales, de remplacer au fur et à mesure les moustiquaires détériorées. Les moustiquaires seront ainsi pré-positionnées au niveau des centres de santé.

Résultats stratégiques 3 : Utilisation efficace des MIILDA par les populations cibles

3.1 Deux campagnes de masse sont réalisées selon les planifications en 2019 et 2022.

3.2 46 BDS sont approvisionnés en MIILDAS chaque trimestre et toutes les MIILDAS planifiées sont distribuées jusqu'en 2023

3.3 Tous les groupes spéciaux identifiés reçoivent semestriellement les MIILDAS planifiées à partir de T1 2019

3.4 Les districts pilotes distribuent les MIILDAS de façon continue selon les prévisions à partir de T1 2019 : 2 districts à partir de 2019 et 10 districts à partir de 2021

□ Indicateurs & Cibles

Cibles DPS								
Indicateurs	2018	2019	2020	2021	2022	2023		
3.1	Proportion de ménages qui possèdent des MIILDAS selon les normes (1 moustiquaire pour deux personnes) lors des campagnes de distribution de masse ;			75%		95 %	95 %	
3.2	Proportion de femmes enceintes qui viennent en CPN1 et reçoivent les MIILDAS		80%	85%	88%	90%	95%	95%
3.3	Proportion des enfants de 9 mois venant pour la vaccination contre la rougeole et la rubéole qui reçoivent des MIILDAS		82%	85%	90%	95%	95%	95%
3.4	80% des enfants de moins de 5 ans de la population dorment sous une MIILDA.		40%	60%	70%	75%	80%	80%
3.5	80% des femmes enceintes dorment sous une MIILDA		44%	60%	70%	75%	80%	80%
3.6	Proportion des populations clés qui reçoivent des MIILDAS (sous forme de routine)		NA	NA	80%	90%	95%	98%

Domaine de prestation 4 : Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID)

Enjeux

Réduction rapide de la transmission dans les zones à risque épidémiologique.

Orientation

*Choix des districts les plus vulnérables
Implication des acteurs communautaires et des niveaux décentralisés dans la mise en œuvre.*

Interventions prioritaires

Les moustiquaires imprégnées et les pulvérisations intra-domiciliaires ciblent respectivement les moustiques endophages et les moustiques endophiles. Pour que l'impact de ces interventions soit optimal, les programmes devraient s'assurer que les vecteurs sont exposés aux insecticides utilisés et y sont sensibles.

La PID est une intervention complémentaire à l'utilisation des MIILDAS dans les zones à grand risque épidémiologique. Les Districts sanitaires les plus pourvoyeurs des cas de paludisme seront identifiés sur la base de la cartographie qui sera actualisée annuellement en fonction du profil

épidémiologique. Un plan de mobilisation des fonds pour la PID sera élaboré, en collaboration avec les PTF, afin de couvrir 100% des zones ciblées. Deux passages pour la PID pourraient être nécessaires avec les carbamates et les organophosphorés. Un suivi régulier de l'impact entomologique et épidémiologique de la PID sera par ailleurs réalisé afin d'améliorer l'impact opérationnel de l'intervention à travers des enquêtes qui seront menées avant et après chaque pulvérisation sur un échantillon de 4 districts.

Résultats stratégiques 4 : Utilisation efficace de la PID au niveau des zones

4.1	Une cartographie des districts à risque épidémique est disponible et réactualisée chaque année pour la mise en œuvre de la PID
4.2	Deux passages de campagne PID sont réalisées chaque année (dans 23 districts sanitaires à risque épidémique ou qui enregistrent le plus de cas de paludisme)
4.3	Evaluation de la rémanence des Insecticides après la PID dans les 23 DS cibles de la PID sera réalisée pour évaluer la rémanence des insecticides
4.4	Une étude environnementale est réalisée avant le premier passage PID et 4 ans après
4.5	Un suivi annuel de la résistance des vecteurs aux insecticides est réalisé selon les normes et directives nationales et internationales
4.6	Le Plan de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides est disponible avant T2 2019

Indicateurs & Cibles

		Cibles DPS					
Indicateurs		2018	2019	2020	2021	2022	2023
4.1	Proportion des structures (habitation et dépendances) des zones à potentiel épidémiques ciblées pour la PID traités	95%	95%	95%	95%	95%	95%
4.2	Proportion de la population des zones d'intervention protégées par la PID	80%	80%	80%	80%	80%	80%

BUDGET-Utilisation des MILDA par les populations cibles

Résultats stratégiques 4 : UTILISATION DES MILDA PAR LES POPULATIONS CIBLES								
	Indicateur de couverture/produit	Besoins	Besoins annuels					
		Totaux 2018-2023	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	2 023
3.1	Deux campagnes de masse sont réalisées selon les planification en 2020 et 2023.	\$65 008 526	\$0	\$30 169 223	\$2 195 308	\$0	\$30 429 204	\$2 214 791
3.2	46 BDS sont approvisionnés en MILDA chaque trimestre et les toutes MILDAs planifiées sont distribués jusqu'en 2023	\$13 373 063	\$2 115 284	\$2 161 672	\$2 212 034	\$2 222 676	\$2 296 029	\$2 365 367
3.3	Tous les groupes spéciaux identifiés reçoivent les MILDAs tous les 3 ans et une visite semestrielle de suivi à partir de T1 2019	\$1 190 666	\$0	\$532 883	\$35 686	\$35 686	\$550 726	\$35 686
3.4	Les districts pilotes distribuent les MILDAS continue selon les prévisions à partir de T1 2019 (4 Provinces pilotes, 11 districts sanitaires en 2019, 15 DS en 2020, 20 DS en 201, 46 DS en 2022 et 46 DS en 2023)	\$15 840 287	\$0	\$476 810	\$2 601 868	\$4 567 401	\$5 103 881	\$3 090 327
GRAND TOTAL		\$95 412 542	\$2 115 284	\$33 340 589	\$7 044 896	\$6 825 764	\$38 379 839	\$7 706 170

BUDGET- Utilisation efficace de la PID au niveau des zones ciblées

Résultats stratégiques 4 : UTILISATION EFFICACIE DE LA PID AU NIVEAU DES ZONES CIBLEES								
N°	Indicateur de couverture/produit	TOTAL 2018-2023	Besoins Annuels					
			2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	2 023
4.1	disponible et réactualisée chaque année pour la mise en œuvre de la PID	PM						
4.1	Deux passages de campagne PID sont réalisées chaque année (dans 23 districts sanitaires à risque épidémique ou qui enregistrent le plus de cas de paludisme)	\$145 264 828	\$6 630 345	\$27 726 897	\$27 726 897	\$27 726 897	\$27 726 897	\$27 726 897
4.2	Evaluation de la rémanence des Insecticides après la PID dans les 23 DS Cibles de la PID	\$1 018 937	\$92 631	\$185 261	\$185 261	\$185 261	\$185 261	\$185 261
4.3	Une étude environnementale est réalisée avant le premier passage PID et 4 ans après	\$38 486	\$0	\$19 243	\$0	\$0	\$0	\$19 243
4.4	Un suivi annuel de la résistance des vecteurs aux insecticides est réalisé selon les normes et directives nationales et internationales	\$441 857	\$73 643	\$73 643	\$73 643	\$73 643	\$73 643	\$73 643
4.5	Le Plan de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides est disponible avant T2 2019	\$45 114	\$0	\$22 557	\$0	\$0	\$0	\$22 557
GRAND TOTAL		\$146 809 222	\$6 796 618	\$28 027 601	\$27 985 801	\$27 985 801	\$27 985 801	\$28 027 601

Domaine de prestation 5 : Traitement Préventif Intermittent (TPI)

Protéger au moins 80 % des femmes enceintes par le TPI conformément aux directives nationales

▫ Enjeux

Amélioration de la prévention du paludisme chez les femmes enceintes par l'augmentation de la couverture en TPI au niveau de toutes les structures de santé publiques et privées.

▫ Orientations

Augmentation de la performance des interventions clés de la chimio prévention.
Implication des ASC dans la recherche des « perdues de vue en CPN ».

▫ Interventions prioritaires

Dans les zones de forte transmission à Plasmodium falciparum, où les taux d'immunité acquise sont généralement élevés, les femmes sont exposées à une infection asymptomatique, qui peut entraîner une anémie maternelle et une parasitémie

Depuis 2015, le Burundi a adopté cette stratégie qui consiste à donner au moins 3 doses de 3 comprimés de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) espacées d'1 mois à partir de la 13^{ème} semaine de d'aménorrhée jusqu'à

l'accouchement. Plusieurs interventions sont retenues afin de renforcer cette stratégie.

Développement des directives, normes et protocoles de la chimio prévention : une mise à jour des documents d'orientation et des modules sera entreprise conformément aux nouvelles directives OMS 2018. Des réunions techniques seront organisées et un atelier national de consensus sera tenu pour la validation. Les nouveaux documents seront multipliés et disséminés à travers toutes les FOSA.

Mise en œuvre de la chimio prévention : La mise en œuvre se fera en collaboration avec le PNSR. Le Programme National de Santé de la Reproduction assure la fourniture du paquet intégré à la femme enceinte au cours de la CPN, y compris le TPIg et participe dans les supervisions formatives sur le TPIg tandis que le PNILP garantit l'approvisionnement en SP et le renforcement de capacités sur le TPIg. La collaboration avec les services de communication visera à impliquer d'avantage les FOSA et les ASC pour sensibiliser les clients à faire les CPN précoces et accroître le nombre de séances de CPN.

Renforcement des capacités : Le renforcement des capacités des prestataires de soins se poursuivra avec des formations/recyclage sur la mise en œuvre des protocoles de chimio prévention. En outre, des missions de supervisions intégrées à différents niveaux, y compris dans les cliniques privées seront intensifiées et permettront de remédier à l'application lacunaire des directives. Des sessions de briefing des étudiants et professeurs de la faculté de

médecine et des enseignants des écoles paramédicales sur les nouvelles DNTP seront aussi organisées. Des missions d'échanges d'expérience sur les bonnes pratiques en matière chimio prévention du paludisme seront par la suite organisées entre districts d'une part et avec d'autres pays d'autre part.

Résultats Stratégiques 5 - Utilisation efficiente du Tpig au niveau des FOSA

5.1	Normes et procédures de TPI à jour et disponible à tous les niveaux avant Décembre 2019
5.2	01 supervision trimestrielle sur le TPIg est menée à partir de T4 2018 jusqu'en 2023
5.3	Tous les ASC procèdent mensuellement à la recherche des FE perdues de vue dans leur zone de responsabilité
5.4	Tous les prestataires qui administrent le TPI sont formés et recyclés tous les trois ans à partir de T1 2019

□ Indicateurs & Cibles

		Cibles DPS					
Indicateurs		2018	2019	2020	2021	2022	2023
5.1	Pourcentage de femmes bénéficiant de services de soins prénatals ayant reçu au moins 3 doses de traitement préventif intermittent	80%	85%	90%	95%	100%	100%
5.2	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de traitement préventif intermittent	40%	50%	60%	70%	80%	80%

BUDGET- Utilisation efficiente du TPI au niveau des FOSA

Résultats Stratégiques 5 - UTILISATION EFFICIENTE DU TPI AU NIVEAU DES FOSA 5								
N°	Indicateur de couverture/produit	TOTAL 2018-2023	Besoins Annuel s					
			2018	2019	2020	2021	2022	2023
5.1	Normes et procédures de TPIg à jour et disponible à tous les niveaux avant Décembre 2018 5	\$26 914	\$0	\$26 914	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2	Mener des supervisions trimestrielles formatives sur le TPIg à partir de 2019	\$1 632 699	\$0	\$0	\$408 175	\$408 175	\$408 175	\$408 175
5.3	Tous les ASC procèdent mensuellement à la recherche des FE perdues de vue dans leur zone de responsabilité	\$1 867 573	\$0	\$509 858	\$339 429	\$339 429	\$339 429	\$339 429
5.4	Atelier de formation/recyclage sur les directives du tpi g révisées pour toutes les FOSA assurats les CPN et accouchement	\$256 363	\$0	\$42 727	\$128 181	\$85 454	\$0	\$0
		\$3 783 549	\$0	\$579 500	\$875 785	\$833 058	\$747 603	\$747 603

2.8.4. Axe stratégique 4 : Renforcement du cadre de prise en charge

Domaine de prestation 6 : Prise En charge des Cas

Prendre en charge correctement 100% des cas de paludisme diagnostiqués

▫ Enjeux

Prise en charge correcte de tous les cas de paludisme au niveau de toutes les formations sanitaires publics et privés y compris le niveau communautaire conformément à la politique nationale

▫ Orientations

Renforcement de la performance au niveau des formations sanitaires publiques et privées.

Renforcement de la performance au niveau des formations sanitaires publiques et privées.

Amélioration des compétences des prestataires.

▫ Interventions prioritaires

La prise en charge précoce et correcte sera renforcée à tous les niveaux et les prestataires seront appelés à appliquer les protocoles de diagnostic et de traitement du paludisme après un renforcement de compétences sur les directives nationales.

Confirmation systématique de tous cas suspects de paludisme et traitement des cas confirmés dans les formations sanitaires : Le déploiement des tests de diagnostic rapide et la microscopie se poursuivra dans tout le pays jusqu'à atteindre une confirmation systématique de tous les cas suspects avant mise sous traitement. De plus, tous les cas diagnostiqués seront traités dans les structures de santé selon les directives nationales de traitement du paludisme mis à jour.

Confirmation systématique de tous cas suspects de paludisme et traitement des cas confirmés dans la communauté : Selon le document d'orientation sur l'iCCM, 40% des enfants de moins de 5 ans sont ciblés par la prise en charge intégrée au niveau communautaire. D'autre part, 20% de la population vivant à plus de 5 km du CDS auront besoin

Une collaboration plus solide avec le secteur privé sera essentielle pour améliorer la qualité de la Prise en Charge des cas et la notification des cas, des issues thérapeutiques et des décès au système national.

des services de santé de proximité. Le PNILP poursuivra l'appui à la DODS pour passer de 32 DS couverts en 2017 à 43 DS d'ici 2023 à travers l'appui à la supervision, la révision des outils de mise en œuvre et la formation des acteurs communautaires. Le PNILP collaborera avec les services en charge des approvisionnements pour s'assurer de la disponibilité permanente des TDR et des ACT dans la communauté.

Renforcement des capacités sur le diagnostic et la prise en charge des cas de paludisme :

Le renforcement des capacités des prestataires de soins se poursuivra avec une intensification de la formation sur des thèmes spécifiques notamment : (1) La prise en charge des cas ciblant les FOSA publiques et privées conformément aux nouvelles DNTP et les techniques de diagnostic biologique du paludisme ciblant les laborantins et les microscopistes de tous les FOSA publiques et privées.

Un diagnostic fonctionnel des laboratoires portant sur la disponibilité et compétences du personnel de laboratoire sera réalisé et servira de base pour l'élaboration d'un plan de renforcement des compétences du personnel des laboratoires.

En outre, des missions de supervisions intégrées à différents niveaux, y compris dans les cliniques privées seront intensifiées et permettront de remédier à l'application lacunaire des DNTP en général et dans le secteur privé en particulier.

Développement des directives, normes et protocoles de diagnostic et traitement du paludisme : Compte tenu du besoin d'alignement aux directives OMS 2015 et des constats des difficultés opérationnelles d'application des DNTP, une révision des DNTP de 2012 sera entreprise. Un document de base pour guider le consensus de révision sera élaboré en tenant compte des données d'efficacité des antipaludiques actuelles, de la politique pharmaceutique et de la dynamique régionale de prise en charge du paludisme. Sous l'assistance technique de l'OMS, des ateliers techniques seront conduites et une réunion nationale de consensus permettra d'adopter les nouvelles orientations. A la suite de cette révision, des algorithmes seront élaborés et distribués dans toutes les structures.

La sécurité pharmacologique constituant une des conditions de réussite du traitement dans la lutte contre le paludisme, la Pharmacovigilance sera aussi renforcée avec une remise à niveau des points focaux provinciaux et districts.

La pérennisation de **la surveillance de l'efficacité thérapeutique** des médicaments antipaludiques sera par ailleurs un objectif à atteindre à travers les sites sentinelles.

Résultats Stratégiques 6 - Renforcement de la prise en charge à tous les niveaux

6.1	100 % de FOSA disposent d'un exemplaire de DNTP révisées.
6.2	100% de structures de soins publics/agrées et privés appliquent correctement les DNTP
6.3	43 districts excepté la Mairie de Bujumbura mettent en œuvre l'ICCM.
6.4	100% des laborantins/microscopistes sont formés/recyclés sur le diagnostic biologique du paludisme,
6.5	100% des laboratoires bénéficient d'un paquet complet d'activités pour l'assurance qualité du diagnostic biologique,
6.6	La cartographie et la stratification parasitologique sont disponibles
6.7	Deux études d'efficacité thérapeutique des ACT sont réalisées (Ans 2019 et 2022).

□ Indicateurs & Cibles

Indicateurs	Cibles DPS						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
6.1	Proportion de cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans les formations sanitaires	85%	85%	95%	95%	100%	100%
6.2	Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique conformément à la politique nationale, dans les formations sanitaires	80%	100%	100%	100%	100%	100%
6.3	Proportion de cas suspect de paludisme soumis à un test parasitologique au niveau communautaire	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.4	Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique conformément à la politique nationale, au niveau communautaire	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.5	Nombre d'experts certifiés en microscopie	3	6	6	9	9	12

BUDGET-Renforcement de la Prise en Charge

Résultats Stratégiques 4 - RENFORCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE								
Indicateur de couverture/produit	TOTAL	Besoins Annuels						
	2018-2023	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
6.1	100 % de FOSA disposent d'un exemplaire de DNTP révisées.	\$341 389	\$0	\$44 100	\$126 594	\$0	\$0	\$170 694
6.2	100% de structures de soins publics/agrées et privés appliquent correctement les DNTP	\$1 439 281	\$163 475	\$163 475	\$356 532	\$397 075	\$163 475	\$195 248
6.3	43 districts exceptés la Mairie de Bujumbura mettent en œuvre l'ICCM.	\$2 263 220	\$339 429	\$452 753	\$339 429	\$339 429	\$365 179	\$427 003
6.4	100% des laborantins/microscopistes sont formés/recyclés sur le diagnostic biologique du paludisme,	\$400 309	\$68 837	\$68 837	\$124 960	\$68 837	\$68 837	\$0
6.5	100% des laboratoires bénéficient d'un paquets complet d'activités pour l'Assurance qualité du diagnostic biologique, du Paludisme	\$1 704 221	\$25 925	\$360 989	\$392 145	\$339 160	\$339 160	\$246 842
6.7	La cartographie et la stratification parasitologique est disponible	\$1 073 324	\$72 689	\$456 935	\$11 821	\$0	\$531 879	\$0
6.8	Deux études d'efficacité thérapeutique des ACT sont réalisées en 2019 et 2022	\$484 596	\$36 345	\$205 953	\$0	\$0	\$242 298	\$0
TOTAL PEC		\$7 706 339	\$706 700	\$1 753 042	\$1 351 480	\$1 144 501	\$1 710 828	\$1 039 787

2.8.5. Axe stratégique 5 : Amélioration des services offerts aux populations clés

Domaine de prestation 7 : Services spécifiques des Populations Clés et Groupements

Spéciaux

Rendre accessible les services de lutte contre le paludisme à au moins 80% des populations clés et groupement spéciaux recensés

1. Enjeux

Etendre l'ensemble des services de lutte contre le paludisme à toutes les populations clés recensées. Mettre un cadre de collaboration transfrontalier pour la prise en charge des populations clés en déplacement.

2. Orientations

*Cartographie exhaustive des groupes de populations clés (zone des résidences, nombre, barrières à l'accès aux services).
Identification d'interventions pertinentes et définition des modalités d'offre de services aux populations clés.*

▫ Interventions prioritaires

En plus de la politique de gratuité de l'Etat envers les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans pour tous les intrants de lutte contre le paludisme, une analyse approfondie des populations clés a été effectuée permettant d'identifier plusieurs groupes de populations clés que sont : les déplacés internes, les populations vivants dans les camps de réfugiés ou de transit, les minorités autochtones (Batwa), les enfants en situation de rue, les populations carcérales, les groupements spéciaux constituent des populations vivants dans les internats, les orphelinats ou les maisons de retraites, les populations ayant un faible accès aux services de santé, les populations indigentes, les travailleurs saisonniers ou les populations vivants dans les zones minières.

L'ensemble de ces populations ont un accès limité aux services offerts par le programme du fait de plusieurs obstacles qui ont été identifiés. Il s'agit notamment d'obstacles financiers, géographiques, socio-culturels, d'obstacles liés au faible niveau d'offre des services, ainsi qu'à la mobilité. Ces obstacles ont été analysés et des approches spécifiques ont été développés et partiellement mises en œuvre dans la subvention du Fonds Mondiale paludisme en cours pour atteindre ces populations.

Dans le cadre de l'intensification de ces approches spécifiques, il a été ainsi retenu de procéder à : (1) des distributions de moustiquaires périodiques au niveau des camps de réfugiés et de transit recensés au niveau du pays, des déplacés internes, des internats, des orphelinats, des hôpitaux avec l'appui des organisations humanitaires encadrant ces camps ou les responsables de ces structures, (2) de renforcer les capacités des points focaux des associations de prise en charge

Le paludisme contribue au cycle de la pauvreté, il se concentre dans les populations vulnérables et celles qui ont peu accès aux services de santé...

des enfants de la rue en prise en charge du paludisme et de les doter d'ACT et de TDR , (3) de renforcer la capacité des infirmiers des maisons carcérales en prise en charge du paludisme et de les doter en ACT et de TDR , (4) d'impliquer des pairs comme points focaux dans la communauté minoritaire BATWA ou au niveau des groupements spéciaux (internats, orphelinats,...), de renforcer leur capacité en prise en charge du paludisme , et (5) de procéder à la PID ciblée dans les maisons carcérales, internats, orphelinats et les hôpitaux dans les 23 DS cibles de la PID.

Ce renforcement des capacités des acteurs des populations clés sera intégré à l'approche district dans le paquet réservé aux prestataires de soins à chaque niveau du système de santé.

En ce qui concerne les populations clés en déplacement entre le Burundi et les pays transfrontaliers (Rwanda, Tanzanie et RDC), il sera procédé à la mise en place d'un cadre de collaboration transfrontalier pour le suivi et la continuité de l'offre de services des populations clés en déplacement (les populations vivants dans les camps de réfugiés ou de transit et toutes autres populations en fréquents déplacements entre ces pays).

Résultats Stratégiques 7- Services spécifiques des populations clés

7.1	La cartographie exhaustive des groupes de populations clés (zone de résidence, nombre, barrières à l'accès aux services) ainsi qu'une évaluation de leurs besoins en matière de prévention et de PEC du paludisme sont disponibles avant décembre 2020.
7.2	Un cadre de collaboration transfrontalier est mis en place avant Juillet 2019 entre Burundi, Rwanda, Tanzanie et RDC pour le suivi et la continuité de l'offre de services des populations clés en déplacement (les populations vivants dans les camps de réfugiés ou de transit et toutes autres populations en fréquents déplacements entre ces pays).
7.3	Un plan d'action transfrontalier est élaboré avant Décembre 2019 entre Burundi, Rwanda, Tanzanie et RDC pour le suivi et la continuité de l'offre de services des populations clés en déplacement (les populations vivants dans les camps de réfugiés ou de transit et toutes autres populations en fréquents déplacements entre ces pays).

□ **Indicateurs & Cibles**

Cibles DPS							
Indicateurs		2018	2019	2020	2021	2022	2023
7.1	Le rapport de la cartographie des populations clés est disponible en 2020 ainsi que le rapport sur l'évaluation de leurs besoins en matière de prévention et de PEC du paludisme.	0%	0%	100%	100%	100%	100%
7.2	Pourcentage de femmes bénéficiant de services de soins prénatals ayant reçu au moins 3 doses de traitement préventif intermittent au niveau des populations clés	NA	NA	80%	100%	100%	100%
7.3	Proportion des populations clés ciblées qui sont couvertes par la PID.	NA	NA	80%	85%	95%	95%

BUDGET-Services spécifiques des populations clés

Résultats Stratégiques 7- SERVICES SPECIFIQUES DES POPULATIONS CLES								
N°	Indicateur de couverture/produit	TOTAL	Besoins Annuels					
		2018-2023	2018	2019	2020	2021	2022	2023
7,1, 7,2 et 7,3	Cartographie des populations clés, évaluation des besoins de prévention et de prise en charge des populations clés, étude sur le risque et la vulnérabilité des populations clés	\$ 95 040	\$ -	\$ 95 040	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
7.4	Un cadre de collaboration transfrontalier est mis en place avant Juillet 2019 entre Burundi, Rwanda, Tanzanie et RDC pour le suivi et la continuité de l'offre de services des populations clés en déplacement (les populations vivants dans les camps de réfugiés ou de transit et toutes autres populations en fréquents déplacements entre ces pays).	\$ 145 286	\$ -	\$ -	\$ 145 286	\$ -	\$ -	\$ -
7.5	Un plan d'action transfrontalier est élaboré avant Décembre 2019 pour entre Burundi, Rwanda, Tanzanie et RDC pour le suivi et la continuité de l'offre de services des populations clés en déplacement (les populations vivants dans les camps de réfugiés ou de transit et toutes autres populations en fréquents déplacements entre ces pays).	\$ 86 514	\$ -	\$ -	\$ 20 343	\$ 22 057	\$ 22 057	\$ 22 057
TOTAL POP CLES		\$ 326 840	\$ -	\$ 95 040	\$ 165 629	\$ 22 057	\$ 22 057	\$ 22 057

2.8.6. Axe stratégique 6 : Renforcement du cadre de communication

Domaine de prestation 8 : Communication et Mobilisation sociale

Faire adopter à au moins 80% de la population des comportements favorables à la prévention et à la prise en charge du paludisme

□ Enjeux

L'atteinte des objectifs de prévention et de prise en charge à travers un changement social de comportement favorable à la santé.

□ Orientations

Elargir les cibles clés de sensibilisation en impliquant tous les acteurs communautaires (groupes d'appui) qui sont (1) les personnes qui pratiquent les comportements souhaités (les responsables des ménages qui utilisent correctement les moustiquaires, les personnes qui consultent précocement etc.) (2) les leaders dans la communauté, (3) les ASC, (4) les autorités administratives, (5) les prestataires et (6) les écoliers.

□ Interventions prioritaires

Il s'agira tout d'abord d'identifier les messages clés adaptés pour la lutte contre le paludisme afin d'élaborer et de diffuser des informations d'éducation et de communication à travers les canaux appropriés. (Radios communautaires, affiches, dépliants, boîtes à image, spots radios et télévision, chansons, feuilleton audiovisuel, théâtres interactifs et marionnettes dans les écoles). Ces supports doivent être accompagnés par la communication interpersonnelle sans occulter la communication de masse. Pour la réussite de ces stratégies de prévention et de prise en charge des cas de paludisme, le dialogue communautaire basé sur les évidences sera privilégié. Les acteurs clés pour la mise en œuvre de cette stratégie sont essentiellement les responsables des ménages qui utilisent correctement les moustiquaires, les leaders communautaires, les ASC, les autorités administratives, les femmes leaders, les Prestataires et les écoliers. Ces entités mobilisatrices contribuent à la sensibilisation en utilisant les supports adaptés et disponibles selon les cibles. La coordination des intervenants sera renforcée par le Programme en collaboration avec les autres partenaires de la Communication.

Une communication bien planifiée et une collaboration étroite avec les chefs des communautés et les populations qui ont déjà adopté les comportements souhaités sont essentiels au succès des programmes de communication.

Chaque année une semaine des journées de sensibilisation au niveau des districts à prévalence élevée du paludisme précèdera la célébration de la journée Mondiale de lutte contre le paludisme.

Une étude anthropologique pour connaître les barrières à l'utilisation correcte des MIILDAS et la consultation précoce sera réalisée. Les résultats de cette enquête permettront d'adapter les messages. Pour la riposte aux épidémies, les actions de communication réalisées au niveau de la communauté seront effectuées à travers les actions de plaidoyers, de communication interpersonnelle et de la communication de masse en utilisant les différents canaux de communication y compris SMS rapide. L'évaluation à mi-parcours et finale de l'impact des messages et des activités de communication communautaire sera effectuée à travers l'approche d'évaluation des étapes du changement de comportement.

□ **Résultats stratégiques 8 : Renforcement du cadre de communication et de mobilisation sociale**

8.1	Le Plan de communication intégré 2018-2023 est élaboré et distribué à tous les PTF avant fin T1 2019
8.2	Des spots spécifiques sont diffusés dans les radios locales au niveau des zones à haut risque d'épidémie et au niveau des autres districts (36 diffusions par trimestre par districts) à partir du T4 2018
8.3	Des spots TV sont diffusés dans la station TV nationale (12 Diffusions par trimestre) à partir du T4 2018
8.4	Les SMS sur le paludisme sont utilisés à travers les usagers des opérateurs téléphoniques (60 messages clés trimestriellement) à partir de T4 2018
8.5	Un feuilleton audiovisuel sur le paludisme est diffusé trimestriellement à partir du T4 trimestre 2018
8.6	Une formation des écoliers sur la lutte contre le paludisme est réalisée à partir de 2019
8.7	Un dialogue communautaire pour les activités de lutte contre le paludisme est mené à partir de 2019
8.8	03 personnes clés de l'unité de communication du PNILP sont formés en techniques de communication en T1 2019
8.9	01 documentaire assurant la visibilité du PNILP dans la lutte contre le paludisme est produit fin T2 2019
8.10	Une enquête socio-anthropologique en lien avec la lutte contre le paludisme est réalisée à partir de T4 2019.
8.11	Deux campagnes de sensibilisation sont réalisées en 2020 et en 2023 pour l'adhésion massive à la PID dans les zones cibles et à la distribution de masse des MIILDA

□ **Indicateurs & Cibles**

Cibles DPS							
Indicateurs		2018	2019	2020	2021	2022	2023
8.1	Proportion des enfants de moins de 5 ans qui utilisent correctement les MIILDAS reçues ;	39,9%	85%	95%	95%	95%	95%
8.2	Proportion des FE qui utilisent correctement les MIILDAS reçues ;	43,8%	100%	100%	100%	100%	100%
8.3	Proportion de malades qui consultent dans les 24 heures après l'apparition des premiers signes de la maladie y compris les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ;	80%	85%	90%	90%	90%	90%
8.4	Proportion de malades qui prennent correctement les médicaments tel que prescrit par les prestataires.	100%	100%	100%	100%	100%	100%

BIDGET-Renforcement du cadre de communication et de mobilisation sociale

Résultats Stratégiques 8- RENFORCEMENT DU CADRE DE COMMUNICATION ET DE MOBILISATION SOCIALE								
N°	Indicateur de couverture/produit	TOTAL 2019-2023	Besoins Annuels					
			2018	2019	2020	2021	2022	2023
8.1	Le Plan de communication intégré 2018-2023 est élaboré et distribué à tous les PTF avant fin TI 2019	\$35 891	\$0	\$35 891	\$0	\$0	\$0	\$0
8.2	Des spots spécifiques sont diffusés dans les radios locales au niveau des zones à haut risque d'épidémie et au niveau des autres districts (36 diffusions par trimestre par districts) à partir du T4 2018	\$294 854	\$14 954	\$53 017	\$56 721	\$56 721	\$56 721	\$56 721
8.3	Des spots TV sont diffusés dans la station TV nationale (12 Diffusions par trimestre) à partir du T4 2018	\$99 264	\$4 727	\$18 907	\$18 907	\$18 907	\$18 907	\$18 907
8.4	Les SMS sur le paludisme sont utilisés à travers les usagers des opérateurs téléphoniques (60 messages clés trimestriellement) à partir de T4 2018	\$54 857		\$10 971	\$10 971	\$10 971	\$10 971	\$10 971
8.5	Un feuilleton radiophonique sur le paludisme est diffusé trimestriellement à partir du T4 trimestre 2018	\$291 200		\$145 600	\$0	\$0	\$0	\$145 600
8.6	La stratégie "Ecolier Contre le Paludisme " est mise en œuvre dans les 23 DS les plus vulnérables à partir de TI 2019	\$1 336 365	\$170 300	\$175 100	\$880 566	\$110 400	\$0	\$0
8.7	Un Dialogue communautaire pour les activités de de lutte contre Paludisme est mené à partir de 2019	\$1 841 611		\$441 779	\$258 137	\$441 779	\$258 137	\$441 779
8.8	03 personnes clés de l'unité de communication du PNILP sont formés en techniques de communication en T1 2019	\$36 720	\$0	\$24 480	\$12 240	\$0	\$0	\$0
8.9	01 documentaire assurant la visibilité de PNILP dans la lutte contre le paludisme est produit fin T2 2019	\$73 111	\$0	\$24 370	\$0	\$24 370	\$0	\$24 370
8.10	Une étude anthropologique et une enquête sur l'évaluation des étapes du changement de comportement sont réalisées tous les deux ans à partir de T4 2019	\$315 101	\$0	\$157 550	\$0	\$0	\$0	\$157 550
8.11	Deux campagnes de sensibilisation sont réalisées en 2020 et en 2023 pour l'adhésion massive à la PID dans les zones cibles et à la distribution de masse des MIILDA	\$49 865	\$0	\$12 466	\$12 466	\$0	\$12 466	\$12 466
TOTAL IEC /CCC		\$4 428 839	\$189 981	\$1 100 132	\$1 250 009	\$663 149	\$357 203	\$868 365

2.8.7. **Axe stratégique 7** : Amélioration du cadre de Surveillance

Domaine de prestation 9 : Surveillance Epidémiologique et Entomologique

Détection dans la semaine de 100% des épidémies avec un système d'alerte précoce et contrôle de 100% de ces épidémies.

□ **Enjeux**

Maitrise effective de toutes les épidémies détectées

□ **Orientations**

Renforcement de la plate - forme de collecte et d'analyse des données multisectorielles (météo, agriculture).

Renforcement de la capacité de réponse aux épidémies.

Amélioration du cadre de surveillance épidémiologique et entomologique

□ **Interventions prioritaires**

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

Le renforcement de la surveillance du paludisme est un aspect indispensable de la planification et de la mise en œuvre des programmes et un facteur crucial pour accélérer les progrès.

épidémies. Elle consiste à suivre et analyser régulièrement les données multisectorielles (météo et agriculture, etc.) et les cas de paludisme à tous les niveaux ainsi que la participation aux réunions de la plateforme nationale sur la gestion des risques et catastrophes.

Renforcement des capacité institutionnelle et technique 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 et organiser deux visites d'échange d'expériences sur l'utilisation des données multisectorielles (Météo, agriculture, etc).

Riposte rapide et efficace à toutes les épidémies détectées dans les deux semaines : Cette intervention vise à détecter et gérer efficacement toutes les épidémies dans les deux semaines. Elle consiste à investiguer toute situation alarmante, à actualiser annuellement le plan de préparation et de riposte aux épidémies du paludisme et organiser efficacement la riposte en cas d'épidémie détectée.

Renforcement de la surveillance entomologique : D’ici 2022 un site sentinelle additionnel, en plus des huit déjà fonctionnels, sera installé afin d’assurer la couverture de toutes les zones géo-épidémiologiques du pays car jusqu’à maintenant le centre du pays n’en dispose pas. Des activités mensuelles de surveillance entomologique et un suivi annuel de la résistance des vecteurs aux insecticides utilisés en santé publique seront régulièrement menées au niveau desdits sites.

Des sites ponctuels seront identifiés dans 4 districts parmi les **23** couverts par la PID afin de connaître la bionomie des vecteurs, leur agressivité, infectivité et le taux d’inoculation entomologique en dehors des sites sentinelles fixes existants. Les activités seront menées une fois par trimestre.

Un plan et des directives pour la gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides seront élaborés afin d’assurer le maintien de l’efficacité des interventions MIIDA et PID. Un profil entomologique de la transmission du paludisme doit être élaboré et régulièrement mis à jour à partir des données collectées dans les sites sentinelles.

Résultat Stratégique 9 – Renforcement du cadre de surveillance et de la riposte

9.1	Les rapports de surveillance hebdomadaires sont élaborés et diffusés aux partenaires toutes les semaines
9.2	La plateforme d’analyse des données multisectorielles est mise en place et fonctionnelle à partir de T4 2018
9.3	Les rapports d’analyse utilisant les données multisectorielles (météo, agriculture etc..) sont élaborés et diffusés trimestriellement à tous les acteurs.
9.4	Tous les prestataires chargés de la détection précoce et de la riposte aux épidémies sont formés et recyclés tous les trois ans à partir de T1 2019
9.5	Les données entomologiques y compris celles de la résistance aux insecticides sont collectées mensuellement au niveau des sites sentinelles d’ici 2023

□ **Indicateurs & Cibles**

		Cibles DPS					
Indicateurs		2018	2019	2020	2021	2022	2023
9.1	Proportion d’épidémies de paludisme détectées précocement (au cours de la semaine)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9.2	Proportion d’épidémies de paludisme détectées et maîtrisées dans les deux semaines	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9.3	Proportion d’enquêtes entomologiques effectuées par rapport aux enquêtes planifiées	100%	100%	100%	100%	100%	100%

BUDGET -Renforcement du cadre de surveillance et riposte

Résultat Stratégique 9 - RENFORCEMENT DU CADRE DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE, ENTOMOLOGIQUE ET DE LA RIPOSTE								
N°	Indicateur de couverture/produit	TOTAL 2018-2023	Besoins Annuels					
			\$2 018	\$2 019	\$2 020	\$2 021	\$2 022	\$2 023
9.1	Les rapports de surveillance hebdomadaires sont élaborés et diffusés aux partenaires toutes les semaines	\$ -	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
9.2	La plateforme d'analyse des données multisectorielles est mise en place et fonctionnelle à partir de T4 2018	\$10 530	\$0	\$0	\$10 530	\$0	\$0	\$0
9.3	Les rapports d'analyse utilisant les données multisectorielles (météo, agriculture etc..) sont élaborés et diffusés trimestriellement à tous les acteurs.	\$13 022 402,29	\$2 161 331	\$2 215 069	\$2 171 517	\$2 161 331	\$2 161 331	\$2 151 823
9.4	9.4 Tous les prestataires chargés de la détection précoce et de la riposte aux épidémies sont formés et recyclés tous les trois ans à partir de T1 2019	\$ 513 142,29	\$0	\$52 630	\$230 256	\$230 256	\$0	\$0
9.5	Les données entomologiques y compris celles de la résistance aux insecticides sont collectées mensuellement au niveau des sites sentinelles d'ici 2023	\$ 515 376,00	\$85 896	\$85 896	\$85 896	\$85 896	\$85 896	\$85 896
TOTAL SURVEILLANCE		\$ 14 061 450	\$ 2 247 227	\$2 353 594	\$2 498 199	\$2 477 484	\$2 247 227	\$2 237 719

2.8.8. Axe stratégique 8 : Amélioration du cadre de Suivi Evaluation

Domaine de prestation 10 : Suivi Évaluation

Amélioration de la qualité des données et intégration de toutes les données du paludisme dans le DHIS2.

Maintenir à au moins 90% le taux de promptitude et de complétude des rapports de toutes les formations sanitaires et ASC.

▫ **Enjeux**

Production des données de qualité à tous les niveaux

▫ **Orientations**

Renforcement du SNIS par l'informatisation des registres des CDS ;

Amélioration du cadre de suivi évaluation

▫ **Interventions prioritaires**

Amélioration de la gestion des données sur

le paludisme : Cette intervention vise la qualité des données et consiste à l'informatisation de tous les registres des

Le renforcement de la surveillance du paludisme est un aspect indispensable de la planification et de la mise en œuvre des programmes et un facteur crucial pour accélérer les progrès.

CDS, une formation des responsables de données sur les outils informatisés de collecte, une analyse mensuelle des données avec un feedback auprès de tous les intervenants ainsi que des supervisions formatives trimestrielles au niveau des BPS/BDS.

Evaluation des indicateurs du programme paludisme à travers les études et la recherche

opérationnelle : Cette intervention vise la bonne documentation des indicateurs de lutte contre le paludisme et consiste à l'élaboration d'un document d'orientation sur les thématiques de recherche en rapport avec le paludisme et à la réalisation des enquêtes (MIS tous les 2ans, Qualité de la prise en charge, entomologie, utilisation des intrants, utilisation de la Moustiquaire, efficacité thérapeutique, stratification épidémiologique sur le paludisme et impact socio-économique du paludisme).

Evaluation du PSN : Cette intervention vise l'amélioration de la performance du programme et consiste à évaluer trimestriellement le PAA, évaluer à mi-parcours le PSN en 2021 et faire une évaluation finale du PSN en 2023.

Résultat Stratégique 10 - Renforcement du cadre de suivi évaluation

10.1	01 manuel d'analyse des données sur le paludisme est élaboré avant fin 2018
10.2	01 atelier de revue et d'échange sur les indicateurs de lutte contre le paludisme avec les BPS, BDS et partenaires est organisé semestriellement à partir de T1 2019
10.3	Le SNIS est appuyé par le PNILP (Ressources humaines et mobilisation des ressources financières) dans le processus d'informatisation des registres des CDS et hôpitaux ;
10.4	01 curriculum de recherche est élaboré et disponible auprès de toutes les institutions de recherche avant fin T1 2019
10.5	Les différentes enquêtes d'évaluation des interventions du programme sont réalisées conformément au calendrier défini avec l'appui des partenaires

□ **Indicateurs & Cibles**

Cibles DPS							
Indicateurs		2018	2019	2020	2021	2022	2023
10.1	Pourcentage de formations sanitaires qui fournissent des données de qualité sur le paludisme	80%	85%	90%	95%	100%	100%
10.2	Pourcentage de formations sanitaires présentant leurs rapports dans les délais selon les directives nationales	80%	85%	90%	95%	100%	100%
10.3	Proportion de rapports reçus des formations sanitaires par rapport aux rapports attendus au cours de la période de rapportage	80%	85%	90%	95%	100%	100%
10.4	Pourcentage des ASC ayant soumis leur rapport mensuel dans les délais de la communauté au centre de santé	90%	95%	100%	105%	100%	100%

BUDGET-renforcement du cadre de suivi-évaluation

Résultats stratégiques 10: RENFORCEMENT DU CADRE DE SUIVI EVALUATION								
N°	Indicateur de couverture/produit	TOTAL 2018-2023	Besoins Annuels					
			\$2 018	\$2 019	\$2 020	\$2 021	\$2 022	\$2 023
10.1	01 manuel d'analyse des données sur le paludisme est élaboré avant fin 2018	\$310 305	\$41 637	\$102 122	\$41 637	\$41 637	\$41 637	\$41 637
10.2	01 atelier de revue et d'échange sur les indicateurs de lutte contre le paludisme avec les BPS, BDS et partenaires est organisé semestriellement à partir de T1 2019	\$441 086	\$73 514	\$73 514	\$73 514	\$73 514	\$73 514	\$73 514
10.3	Le SNIS est appuyé par le PNILP (Ressources humaines et mobilisation des ressources financières) dans le processus d'informatisation des registres des CDS et hôpitaux ;	\$827 429	\$0	\$0	\$413 714	\$413 714	\$0	\$0
10.4	Les différentes enquêtes d'évaluation des interventions du programmes sont réalisées conformément au calendrier défini avec l'appui des partenaires	\$3 131 247	\$123 299	\$1 136 344	\$318 539	\$322 326	\$979 256	\$251 483
TOTAL SUIVI Evaluation		\$4 710 066	\$238 450	\$1 311 980	\$847 404	\$851 191	\$1 094 407	\$366 634

III. PRINCIPALES INTERVENTIONS SELON LES STRATES

Tableau 13 Définition des objectifs et des interventions selon la stratification.

Stratification (OMS)		Interventions	Objectifs	Critères	Nombre de Districts concernés	Populations Couvertes
High	>= 450	PID TDR, ACT, SP, Surveillance Epidémie, Interventions d'appui	Réduire rapidement la transmission à moins de 450	>=450 & Vulnérabilité >=5	21	4 646 020
	>= 450	PID ou MILDA, TDR, ACT, SP Surveillance Epidémie, Interventions d'appui	Réduire la transmission à moins de 250	>=450 et Vulnérabilité < 5	2	478 343
Moderate	>=250 et < 450	MID, TDR, ACT, SP, Surveillance Epidémie, Interventions d'appui	Réduire la transmission à moins de 250	Priorités aux 2 districts les plus vulnérables (V>4) (Ngozi, Kiganda)	12	2 751 322
Low	>=100 et <250	MID, TDR, ACT, SP, Surveillance Epidémie, Interventions d'appui	Réduire la transmission à moins de 100	Priorités aux districts les plus vulnérables (V=3) (Matana, Muramvya)	9	1 834 419
Very low	<100	MID, TDR, ACT, SP, Surveillance Epidémie, Interventions d'appui	Réduire à moins de 100	Priorités aux districts les plus vulnérables (V3) (Rwibaga)	2	268 016

CARTOGRAPHIE DES INTERVENTIONS

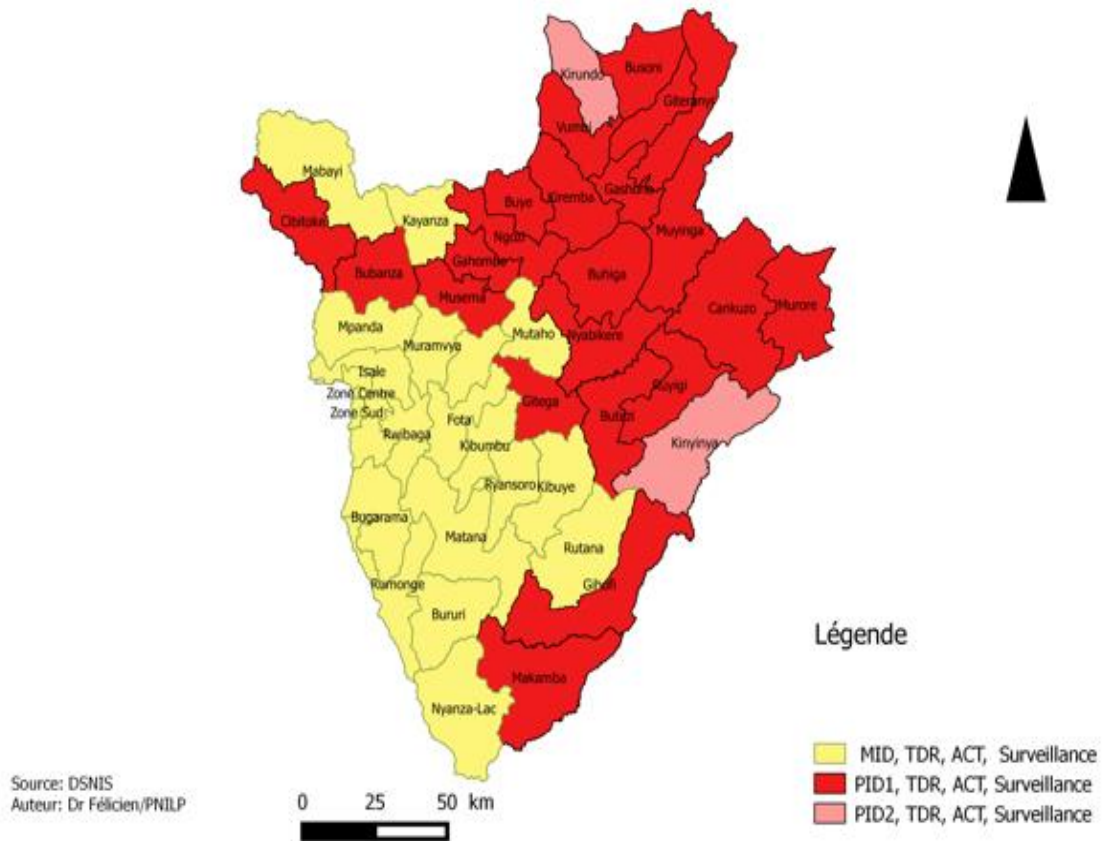


Figure 12 Cartographie des interventions selon les strates de vulnérabilité

IV. IMPACT ATTENDU

Hypothèses d'impact

L'objectif du plan mondial de lutte contre le paludisme est de réduire l'incidence du paludisme d'au moins 75% en 2030 par rapport à 2015. Le présent PSN se base sur une hypothèse de diminution annuelle d'incidence de 10% par rapport aux chiffres de 2017. La réduction globale attendue durant toute la durée de mise en œuvre du PSN est estimée à 60%.

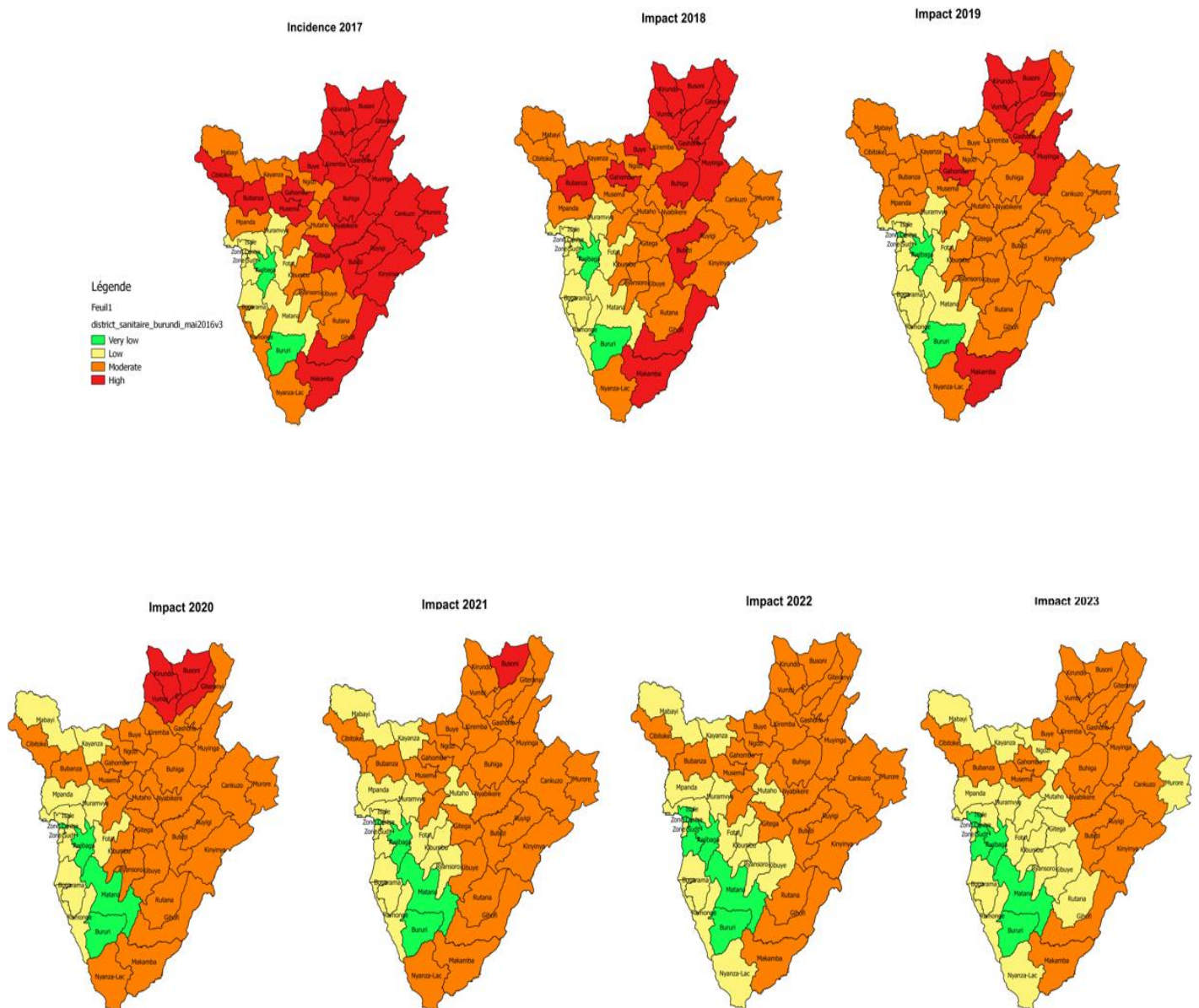


Figure 13 Evolution prévisionnelle des districts vers l'élimination

V. PAYSAGE DE FINANCEMENT DU PSN

PAYSAGE FINANCIER PSN PALU 2018-2023			
Résultat Stratégiques	Besoins Totaux	Total Disponible	Total GAP
	2018-2023	2019-2023	2019-2023
Résultat stratégique 1 - Renforcement de la Gestion du Programme	\$21 238 606	\$7 270 356	\$13 968 250
Résultat stratégique 2 - Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock	\$51 674 291	\$26 827 618	\$24 846 674
Résultat stratégique 3 : Utilisation efficiente des MILDA par les populations cibles	\$95 412 541	\$36 641 487	\$58 771 054
Résultat stratégique 4 : Utilisation efficiente de la PID au niveau de zones ciblées	\$145 264 828	\$10 579 402	\$134 685 426
Résultat stratégique 5 - Utilisation efficiente du TPI au niveau des fosa	\$3 783 549	\$260 000	\$3 523 549
Résultat stratégique 6 - Renforcement de la prise en charge à tous les niveaux	\$7 706 339	\$3 116 531	\$4 589 808
Résultat stratégique 7- Services spécifiques des populations clés	\$326 840	\$0	\$326 840
Résultat stratégique 8 : Renforcement du cadre de communication et de mobilisation sociale	\$4 428 839	\$1 002 985	\$3 425 853
Résultat stratégique 9 – renforcement du cadre de surveillance et de la riposte	\$14 061 450	\$3 501 444	\$10 560 006
Résultat Stratégique 10 - Renforcement du Cadre de Suivi Evaluation	\$4 710 066	\$1 847 020	\$2 863 046
Total	\$348 607 349	\$91 046 843	\$257 560 506

BIBLIOGRAPHIE

1. Annuaires Statistiques 2013 à 2016, MSPLS, 2013.
2. Décret portant Organisation de l'exercice de la pharmacie, MSPLS.
3. Décret portant organisation de l'exercice de la pharmacie, MSPLS, 1980.
4. Directives nationales d'assurance qualité des médicaments et intrants médicaux, MSPLS 2016.
5. Directives nationales d'assurance qualité, MSPLS.
6. Directives nationales de pharmacovigilance, MSPLS.
7. Directives Nationales de Traitement du Paludisme (PNILP), 2012.
8. Directives Nationales du Traitement du Paludisme, PNILP 2012.
9. Enquête EDSB III, 2016-2017, MSPLS, 2016.
10. Enquête EUV 2015 et 2017, MSPLS, 2015.
11. Evaluation de la disponibilité et de l'utilisation des intrants de lutte contre le paludisme (End User Verification Survey). H. Mbanye, D. Ndayiragije, E. Maregeya, 2013.
12. Manuel d'assurance qualité de diagnostic paludisme, MSPLS 2016.
13. Manuel de référence TPIg, PNILP 2015.
14. Manuel des outils de gestion et d'information logistique des produits pharmaceutiques, MSPLS.
15. Manuel du formateur TPIg, PNILP 2015.
16. Méthodologie opérationnelle de revue de programme paludisme (OMS).
17. Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida, DHIS2.
18. Note Conceptuelle Paludisme 2015-2017 et ses annexes.
19. Plan de communication pour la lutte contre le paludisme 2015 -2017, PNILP 2015.
20. Plan de riposte contre les épidémies de paludisme 2017.
21. Plan GAS 2013-2015,2016-2017, (PNILP), 2013.
22. Plan Stratégique National de lutte contre le Paludisme 2013-2017 mis à jour en 2014, PNILP.
23. Plans d'action annuel 2013, 2014, 2015,2016 et 2017, PNILP.
24. PMI AIRS reports 2015 à 2017.
25. PNDS 2011-2018, MSPLS, 2011.
26. Politique Nationale de la Pharmacie, DPML, 2012.
27. Politique pharmaceutique nationale, MSPLS.
28. POS BDS-Hôpital de district-CDS, MSPLS.
29. PSN de la chaîne d'approvisionnement, MSPLS
30. Rapport de vérification de la disponibilité et de l'utilisation des intrants de lutte contre le paludisme (EUV) 2017.
31. Rapport enquête sur la qualité de la prise en charge des cas de paludisme dans les structures de soins au Burundi, 2017.
32. Rapport de la Revue de la Performance du Programme Paludisme, PNILP, 2018.
33. Rapports annuels paludisme, 2013, 2014, 2015, 2016, PNILP.
34. Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 (OMS)

ANNEXES

Carte administrative



Population Totale (2017)	11 772 322
Revenu national brut par habitant (\$ internationaux PPA, 2013)	820
Espérance de vie à la naissance h/f (années, 2016)	58/62
Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes, 0)	non disponible
Quotient de mortalité 15-60 ans h/f (pour 1000, 2016)	320/260
Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$ int. 2014)	58
Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB (2014)	7.5

Le Burundi est un pays 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 (RDC). Sa superficie est de 27.834 km² incluant la surface des eaux territoriales. Sans accès à la mer, il borde le lac Tanganyika (32.600km² dont 2.634km² appartient au Burundi dans l’axe du grand lift occidental). Sur le plan administratif, le Burundi compte 18 provinces, 119 communes et 2.911 collines de recensement (EDSIII 2016-2017).

▫ Aspects démographiques et économiques

Selon les projections démographiques 2010-2050 de l’ISTEEBU, la population est de 11 772 322 d’habitants avec 5 956 914 femmes et 5 815 408 hommes et une croissance démographique annuelle de 2,4 % avec une densité démographique moyenne de 341 habitants au km², (116,5 à Cankuzo et 474,7 à Kayanza). Le Burundi est classé parmi les pays africains les plus densément peuplés.

Après une décennie (1993-2002) émaillée de crises socio- politiques majeures qui ont contracté l’économie, le pays a renoué avec la croissance après l’année 2005 suite à l’injection substantielle de l’aide extérieure. En 2013, la croissance était estimée à 4,5%, si l’économie burundaise continue de croître à un taux oscillant autour de 5% par an sur la présente décennie (2015-2025), le revenu moyen par habitant passera de 280 dollars en 2013 à 344 dollars en 2025. (BM, 2014).

Le pays reste cependant vulnérable suite à sa forte dépendance de l'aide extérieure : entre 2011 et 2013, le ratio des recettes budgétaires (fiscales et non fiscales) par rapport au PIB a baissé de 15,4% à 13,4% (BM, 2014) et il est estimé à 343 USD en 2017 et à 377 en 2018 (FMI). L'indice de développement humain est de 0.404 et 67% des Burundais vivent en dessous du seuil de pauvreté ; le Burundi est classé 184^{ème} sur 188 pays en 2015 (Rapport sur le développement humain 2016 du PNUD).

Le secteur agricole constitue la base de l'économie burundaise. Il occupe 90% de la population active, fournit 95% de l'offre alimentaire et plus de 95% des recettes des exportations et 50% du PIB. Le secteur rural est donc actuellement la principale source de croissance de l'économie. (Agenda pour le Développement Post 2015. Rapport sur les consultations nationales au Burundi, 2014).

▫ **Climat**

La topographie du Burundi lui confère une variation climatique sur différentes altitudes. En effet, les altitudes supérieures à 2.000m sont plus arrosées avec des précipitations moyennes comprises entre 1.400 mm et 1.600mm et des températures moyennes annuelles oscillant autour de 15°C avec des minima descendant parfois autour de 0°C. Ces conditions climatiques (pluviosité élevée et température basses) font de ce milieu en zone tropicale de montagnes, un lieu privilégié de formation de forêts ombrophiles. Les plateaux centraux enregistrent 1200 mm de précipitations annuelles avec des Températures moyennes entre 18 et 20°C. Les régions basses de plaines et des dépressions enregistrent des précipitations moyennes annuelles entre 1.000 et 1.200 mm voire inférieure à 1.000 mm avec des minima de 500 mm dans la plaine de l'Imbo. Les températures moyennes annuelles sont supérieures à 20°C. Le pays compte quatre saisons, une petite saison de pluie (d'octobre à décembre), une petite saison sèche (janvier à février), une grande saison des pluies (de mars à mai) et une grande saison sèche (de juin à septembre).

▫ **Changement climatique et risque sanitaire**

Selon le Plan d'Action National d'Adaptation aux changements climatiques(PANA) (2007), des perturbations liées au climat sont souvent enregistrées dans les différentes régions du pays et ont des conséquences plus ou moins importantes sur l'homme et sur son environnement. Dans la région de l'Imbo, de longues sécheresses sont à l'origine d'une diminution progressive des ressources en eau, avec une baisse importante du niveau du lac Tanganyika, et un tarissement des sources d'eau et une certaine tendance à la désertification. En cas de pluies intenses, on assiste à des inondations graves et à une recrudescence de maladies hydriques telles que le choléra, la dysenterie bacillaire et le paludisme.

Dans les dépressions du Nord et de l'Est du pays, avec une pluviométrie déjà faible, l'irrégularité et la diminution des précipitations ont déjà causé un tarissement des sources d'eau peu profondes et une diminution des productions agricoles, avec pour conséquence la malnutrition, les maladies, l'exode, la mendicité des populations. En cas des pluies intenses, des inondations sont observées dans les marais de la Maragarazi et de la Kanyaru, occasionnant des pertes énormes de la production agricole. Les principaux secteurs identifiés comme les plus vulnérables au changement climatique sont l'énergie, l'agriculture et l'élevage, les forêts, les ressources en eau, les écosystèmes naturels et la santé.

La poursuite du réchauffement global va aggraver la situation conduisant à une vulnérabilité accrue des économies, des écosystèmes fragiles, des communautés et des groupes sociaux comme les femmes, enfants, jeunes, personnes âgées, des personnes vivant avec le VIH/SIDAII.

Principaux indicateurs de santé

Indicateurs	Niveau/Chiffre	Source
Population totale (2014)	11 772 322 habitants	ISTEEBU
Taux annuel d'accroissement naturel	2,8 %	RGPH-2008
Population avec accès à une FOSA à < 5 km	> 80%	Rapport d'évaluation à mi-parcours du PNDS 2011-2015
Part du budget de l'Etat consacrés à la santé	13,70%	WHO-2012
Part du PIB affectée par habitant pour la santé	40USD/habitant/an (2013)	WHO-2012 (Global Health expenditure database)
Espérance de vie à la naissance	Espérance de vie à la naissance	Perspective monde 2014
Taux brut de mortalité	15 pour mille	RGPH-2008
Ratio de Mortalité maternelle	500 décès pour 100.000 NV	EDS-2010
Taux de Mortalité néonatale (2012)	36 décès pour 1000 NV	IGME-2013
Taux de mortalité des enfants < 5 ans	104 décès pour 1000 NV	IGME-2014
% d'enfants < 5 ans souffrant de malnutrition chronique	63,3% (2013)	UNICEF-Burundi 2013
Taux de morbidité proportionnelle dû au paludisme dans les FOSA	39,5% (2013)	OMS-Burundi
Taux de mortalité proportionnelle dû au paludisme dans les FOSA	30,41% (2013)	OMS-Burundi
Prévalence du paludisme chez les enfants < 5 ans	17,3% (2012)	MIS-2012
Taux de décès lié au paludisme	64 décès/1000 habitants	MIS-2012
Taux d'incidence du paludisme	46,5/1000 habitants (2012)	MIS-2012
Taux de coinfection TB/VIH	26% (2013)	PNILT
Nombre de PVVIH	83.000 (18.000 enfants de 0 à 14 ans) (2013)	ONUSIDA-Burundi
Nombre de décès dus au SIDA	4.700 (2013)	ONUSIDA-Burundi
Enfants âgés de 0 à 17 ans orphelins VIH/SIDA	73.000 (2013)	ONUSIDA-Burundi 2014
Couverture en ARV chez le PVVIH adulte	64%	Rapport SEP-CNLS 2013
Couverture en ARV chez les enfants de moins de 15 ans	17%	Rapport SEP-CNLS 2013
Prévalence du VIH chez la Femme	1,70%	EDS-2010
Prévalence du VIH chez l'homme	1%	EDS-2010
Connaissance du statut sérologique à VIH	33% (homme) vs 41% (femme)	Rapport SEP-CNLS-Burundi 2013
Proportion des femmes enceintes bénéficiant des services de PTME	58% (cible fixée à >95%)	Rapport SEP-CNLS-Burundi 2013
Taux d'incidence de la Tuberculose	83/100000 habitants	Rapport PNILT 2013
Taux de succès thérapeutique Tuberculose	94%	Rapport PNILT 2013
Enfants complètement vaccinés	83%	Rapport PEV-Burundi 2013
Utilisation des services de CPN	CPN1 – 112,7%, CPN4 – 25,2%	Annuaire statistiques- 2013
Accouchements en milieu de soins	74,10%	Annuaire statistiques- 2013
Taux de contraception (méthodes modernes)	25,30%	Rapport PNSR-Burundi 2013
Besoins non satisfaits en matière de PF	31%	EDS-2010
Indice synthétique de fécondité	6,3 enfants par femme	RGPH-2008

Situation Sanitaire

Le paludisme constitue un important problème de santé publique au Burundi et connaît une évolution ascendante depuis 2013. En 2017 le cumul annuel a atteint 7.879.957 cas et 4.415 décès, soit une incidence de 815,2 pour 1.000 personnes et une prévalence de 27% selon EDSIII. En effet, il représente 45,4% de l'ensemble des consultations externes enregistrées dans les formations sanitaires en 2017 et 50,5% dans la tranche d'âge des enfants de moins de 5 ans (DSNIS). Il se présente régulièrement sous forme épidémique surtout chez les populations faiblement immunes.

Le VIH/Sida est un défi majeur de santé publique. Selon l'EDSB III, 2016-2017, la prévalence nationale du VIH/SIDA est estimée à 0,9%. Le VIH touche les zones urbaines que les zones rurales. Les infections respiratoires aiguës sont une cause majeure de morbidité et de mortalité spécialement chez les enfants de moins de 5 ans. Ce groupe d'âge est également affecté par les maladies diarrhéiques dont l'une des principales causes demeure l'insalubrité de l'eau et de l'environnement.

La mortalité maternelle et néonatale est l'une des plus élevées du monde et est renforcée par une accessibilité réduite aux services de santé et à l'accès limité au planning familial. Les maladies chroniques non transmissibles comme l'hypertension artérielle, le diabète et les maladies mentales sont aussi en constante augmentation.

Ces dernières années, une extension progressive de la riziculture s'observe dans les zones de plateaux favorisant ainsi la prolifération des mollusques hôte intermédiaire de la bilharziose et des moustiques vecteurs du paludisme, première cause de morbi-mortalité au Burundi (Impacts des pratiques rizicoles en vigueur au Burundi sur l'environnement, Université du Burundi, Novembre 2013).

Politique & Système de santé du Burundi

A l'issue des États Généraux de la santé tenus en 2004, une Politique Nationale de Santé (PNS 2005-2015) et un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2006-2010) ont été élaborés. La PNS 2005-2015 avait été caractérisée par le renforcement du système de santé à travers la réforme du cadre institutionnel du Ministère de la Santé et la diffusion des documents normatifs et directifs de référence. Ensuite, la PNS 2016 -2025 a été élaborée. Cette politique nationale de santé 2016 - 2025 est en phase avec les axes, déclarations et engagements internationaux auxquels le Burundi a souscrit en matière de santé et jette le pont entre les OMD et les ODD dans le cadre du programme mondial de développement durable (2016 -2030). Actuellement, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida

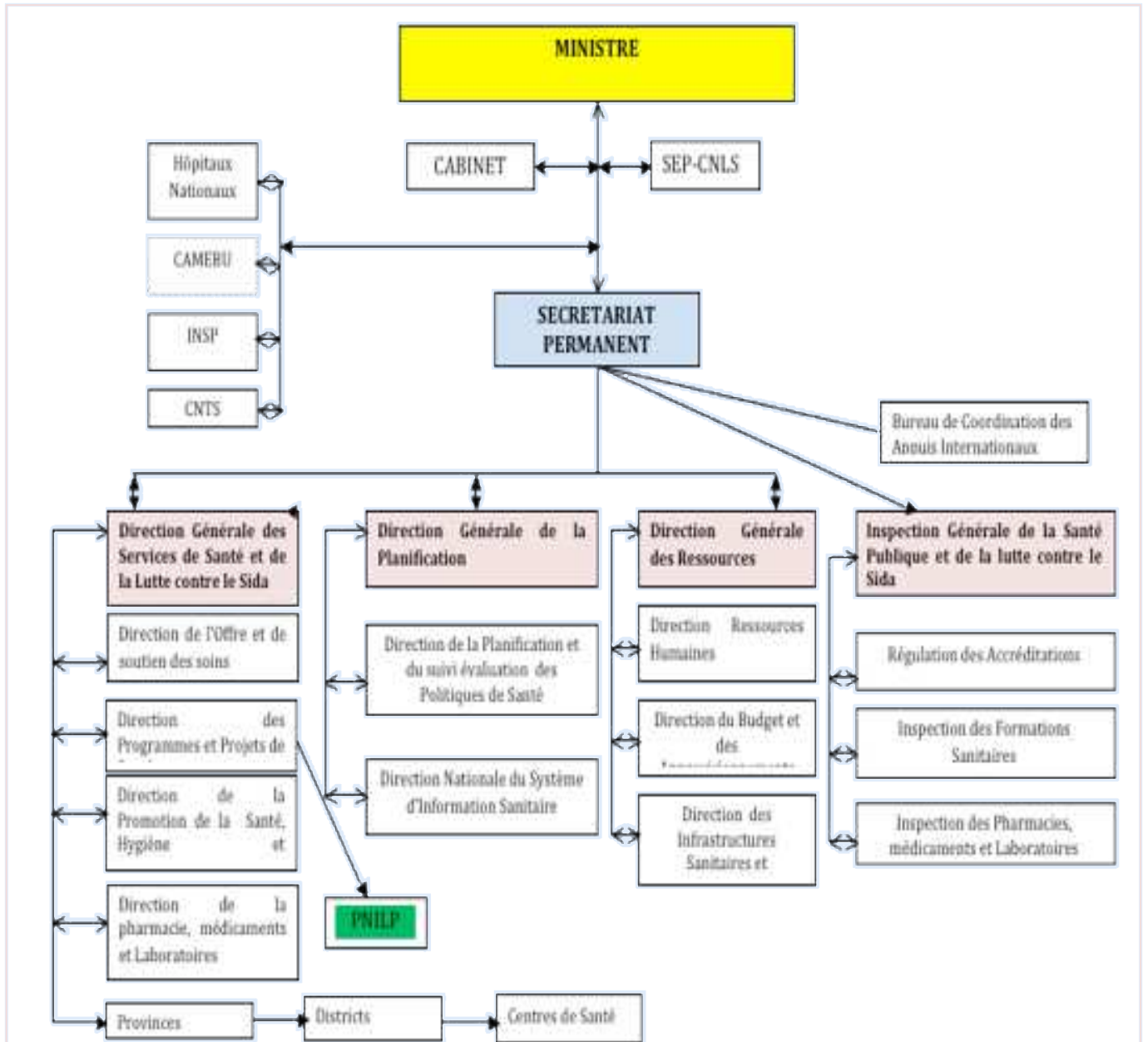
met en œuvre le deuxième PNDS 2011-2015 étendu à 2018 et le PNDS III est en cours d'élaboration.

Pour répondre aux défis majeurs du système de santé, le PNDS II étendu à 2018 met un accent particulier sur les objectifs suivants : (1) la réduction du taux de mortalité maternelle et néonatale ; (2) la réduction du taux de mortalité infanto juvénile et (3) le contrôle de la morbidité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles.

Pour atteindre ces objectifs, une série de réformes est en train d'être mise en œuvre, à savoir: la mise en autonomie de gestion des hôpitaux, la décentralisation du système de santé à travers la mise en place des districts sanitaires, le financement basé sur la performance des services de santé couplé à la gratuité des soins pour les moins de 5 ans et les femmes enceintes, la préparation de la mise en place d'un panier commun pour le financement de la santé, et la gratuité du traitement du paludisme simple pour tous ainsi que l'introduction de la carte d'assistance médicale renouvelée.

La croissance de la population, les mouvements migratoires, la dégradation de l'environnement, etc. Transforment le milieu naturel et influencent grandement la tendance à l'émergence des foyers épidémiques. Une approche « One health » est un atout majeur dans le programme d'élimination des maladies infectieuses et non infectieuses. Par exemple le paludisme serait mieux pris en charge de manière interdisciplinaire en faisant participer de nombreux acteurs et organismes apportant chacun son expertise pour résoudre ce problème complexe de santé publique.

Organigramme



La Stratégie Mondiale du Paludisme en Bref

LA STRATÉGIE TECHNIQUE MONDIALE EN BREF

VISION – UN MONDE SANS PALUDISME

BUTS	OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES		CIBLES
	2020	2025	2030
1. Réduire les taux de mortalité liée au paludisme au plan mondial par rapport à 2015	Au moins 40%	Au moins 75%	Au moins 90%
2. Réduire l'incidence du paludisme au plan mondial par rapport à 2015	Au moins 40%	Au moins 75%	Au moins 90%
3. Éliminer le paludisme des pays où il y avait transmission en 2015	Au moins 10 pays	Au moins 20 pays	Au moins 35 pays
4. Empêcher la réapparition du paludisme dans les pays exempts	Réapparition évitée	Réapparition évitée	Réapparition évitée

PRINCIPES

- Tous les pays peuvent accélérer leurs efforts vers l'élimination au moyen de combinaisons d'interventions adaptées au contexte local.
- L'appropriation et la conduite par les pays, avec l'engagement et la participation des communautés, sont essentielles pour accélérer les progrès moyennant une approche multisectorielle.
- Une amélioration de la surveillance, du suivi et de l'évaluation, ainsi que de la stratification en fonction de la charge de morbidité liée au paludisme est nécessaire pour optimiser la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludique.
- L'équité d'accès aux services de santé, en particulier pour les populations les plus vulnérables et les plus difficiles à atteindre, est indispensable.
- L'innovation dans les outils et les approches de mise en œuvre permettra aux pays de maximiser leur progression sur la voie menant à l'élimination.

CADRE STRATÉGIQUE

– Il se compose de trois grands piliers, reposant eux-mêmes sur deux éléments d'appui : 1) l'innovation et la recherche, et 2) un environnement favorable solide

Maximiser l'impact des outils qui sauvent des vies aujourd'hui

- **Pilier 1.** Garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme
- **Pilier 2.** Accélérer les efforts vers l'élimination et vers l'obtention du statut exempt de paludisme
- **Pilier 3.** Faire de la surveillance du paludisme une intervention de base

Élément d'appui 1. Mettre à profit l'innovation et développer la recherche

- Se servir de la recherche fondamentale pour stimuler l'innovation, et la mise au point d'outils nouveaux et améliorés
- S'appuyer sur la recherche sur la mise en œuvre pour optimiser l'impact et le rapport coût/efficacité des outils et stratégies existants
- Agir pour faciliter l'adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies

Élément d'appui 2. Favoriser un environnement propice

- Mobiliser des engagements politiques et financiers solides
- S'appuyer sur des approches multisectorielles et des collaborations transfrontalières et régionales
- Assurer la gestion de l'ensemble du système de santé, y compris le secteur privé, avec un appui solide en matière de recommandations
- Renforcer les capacités pour améliorer l'efficacité de la gestion des programmes et de la recherche