

REPUBLIQUE DU BURUNDI



**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA
DIRECTION GENERALE DES SERVICES DE SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE
SIDA**

**PROGRAMME NATIONAL INTEGRE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES
TROPICALES NEGLIGÉES ET LA CECITE (PNIMTNC)**

**PLAN DIRECTEUR DE LUTTE CONTRE LES
MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES AU BURUNDI
2022-2027**

DECEMBRE 2022

PREFACE

Le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA à travers son Programme national Intégré de lutte contre les maladies tropicales négligées vient de se doter d'un Plan directeur de lutte contre les maladies tropicales négligées troisième génération couvrant la période 2022-2027. Il est aligné à la Stratégie sectorielle de la santé 2018-2027 et au Plan national de développement 2018-2027. Le Plan directeur de lutte contre les maladies tropicales négligées s'inscrit également dans la droite ligne des souscriptions du Burundi aux différentes Déclarations et pactes internationaux en l'occurrence la Déclaration de Londres, les autres engagements régionaux et internationaux pour l'atteinte des Objectifs de développement durable ainsi qu'à l'Agenda mondial 2030.

Ce Plan a comme objectif de réduire le fardeau lié aux MTN grâce à des stratégies et des approches innovantes pour atteindre les objectifs du programme national en 2030.

La mise en œuvre et l'opérationnalisation de ce plan directeur contribuera à travers des interventions de lutte contre les maladies tropicales négligées à l'amélioration de la santé de la population burundaise et à la progression vers l'atteinte des objectifs de développement durable.

Les stratégies du troisième plan directeur de lutte contre les maladies tropicales négligées nécessiteront trois changements fondamentaux à savoir l'accroissement de la responsabilisation en matière d'impact grâce à l'utilisation d'indicateurs ; l'intensification des approches transversales centrées sur les besoins sanitaires des personnes et des communautés et la modification des modèles opérationnels et de la culture pour garantir une plus grande appropriation des programmes par le Gouvernement ;

Le plan directeur de lutte contre les maladies tropicales négligées est l'aboutissement d'un processus inclusif et participatif de toutes les parties prenantes en l'occurrence les cadres du Ministère, les partenaires au développement et les secteurs connexes.

L'objectif ultime du présent Plan directeur de lutte contre les MTN 2022-2027 assorti du budget estimatif pour sa mise en œuvre, est qu'il puisse servir effectivement de base pour les futures planifications opérationnelles et l'alignement des intervenants en matière de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées. Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA jouera un rôle de leadership crucial pour faciliter une mise en œuvre de ce plan stratégique à tous les niveaux de la structure administrative du pays.

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

Dr Sylvie NZEYIMANA



Table des matières

| | |
|---|------------------------------------|
| Figures, tableaux et graphiques | vi |
| A.Figures | Erreur ! Signet non défini. |
| B.Tableaux | vi |
| Abréviations et Acronymes | viii |
| Principales définitions | x |
| RESUME D'ORIENTATION..... | 1 |
| INTRODUCTION..... | 4 |
| PARTIE 1 : ANALYSE DE LA SITUATION DES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES | 6 |
| SECTION 1.1 : REEVALUATION DES PRIORITES NATIONALES ET DES ENGAGEMENTS PRIS AU NIVEAU NATIONAL, REGIONAL ET MONDIAL ENVERS LA LUTTE CONTRE LES MTN..... | 6 |
| SECTION 1.2. ANALYSE DU CONTEXTE NATIONAL | 8 |
| 1.2.1 Analyse du pays..... | 8 |
| 1.2.1.1 Structure administrative et démographique | 8 |
| 1.2.1.1.1 Structure administrative..... | 8 |
| 1.2.1.1.2 Structure démographique..... | 9 |
| 1.2.1.2 Caractéristiques géographiques | 11 |
| 1.2.1.2.1 Hydrographie..... | 12 |
| 1.2.1.2.2 Relief | 12 |
| 1.2.1.2.3 Végétation | 13 |
| 1.2.1.2.4 Climat | 13 |
| 1.2.1.3 Situation socio-économique | 14 |
| 1.2.1.3.1 Caractéristiques macroéconomiques du Burundi | 14 |
| 1.2.1.3.2 Education de base | 15 |
| 1.2.1.3.3 Assainissement et couverture en eau potable | 16 |
| 1.2.1.4 Communication et Transport..... | 17 |
| 1.2.1.4.1 Modes de communication..... | 17 |
| 1.2.1.4.1.1 Réseaux et services des télécommunications | 17 |
| 1.2.1.4.1.2 Médias | 18 |
| 1.2.1.4.2 Principaux modes de Transport | 20 |
| 1.2.1.4.2.1 Réseau routier national | 20 |
| 1.2.1.4.2.2 Transports maritimes | 22 |

| | |
|--|----|
| 1.2. 2 ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE | 23 |
| 1.2.2.1. But, Objectifs et Priorités du système de santé | 23 |
| 1.2.2.1.1 But : | 23 |
| 1.2.2.1.2 Objectifs généraux | 23 |
| 1.2.2.1.3 Priorités : axes stratégiques | 23 |
| 1.2.2.2 Analyse de l'ensemble du système de santé. | 24 |
| 1.2. 2.2.1. Prestation des services | 27 |
| 1.2.2.2.2 Ressources humaines ¹⁶ | 28 |
| 1.2.2.2.3. Informations sanitaires ¹⁶ | 32 |
| 1.2.2.2.4. Produits médicaux | 35 |
| 1.2.2.2.5. Financement de la santé..... | 36 |
| 1.2.2.2.6. Leadership et Gouvernance | 37 |
| 1.2.2.2.6.1 Cadre institutionnel, juridique et réglementaire | 37 |
| 1.2.2.2. 6.2 Coordination et Partenariat | 38 |
| 1.2.2.2.6. 3 Suivi et Evaluation | 38 |
| 1.2.2.2.6.4 Communication stratégique..... | 39 |
| SECTION 1.3 : EVALUATION DES LACUNES SUR LES MTN..... | 40 |
| Section 1.3.1. Evaluation des Lacunes des MTN au Burundi | 40 |
| SECTION 1.4 : ANALYSE DU CONTEXTE DU PROGRAMME | 48 |
| 1.4.0. Historique du programme..... | 48 |
| 1.4.1. Etat actuel du programme de lutte contre les MTN..... | 49 |
| 1.4.2 Epidémiologie et fardeaux des MTN | 50 |
| 1.4.2.1. Onchocercose | 50 |
| 1.4.2.2 Géo helminthiases | 53 |
| 1.4.2.3 Schistosomiase | 54 |
| 1.4.2.4 Trachome..... | 56 |
| 1.4.2.5 Filariose lymphatique | 57 |
| 1.4.2.6 Lèpre..... | 57 |
| 1.4.2.7 Gale: | 58 |
| 1.4.3 Performance du programme de lutte contre les MTN | 62 |
| 1.4.3.1 Performance du programme de lutte contre les MTN –CTP..... | 62 |
| 1.4.2.2 Prise en charge des MTN cas par cas (MTN/PCC) | 64 |
| 1.4.3.2 Résultats d'impact des CTP sur MTN | 65 |
| 1.4.3.4 Besoins en médicaments 2022-2027 | 66 |

| | |
|--|-----------|
| 1.4.3.5 Interventions de lutte contre les MTN 2001-2021..... | 67 |
| 1.4.3.6 Situation de la Cartographie des MTN..... | 68 |
| 1.4.4 Performance des autres programmes étroitement liés au programme de lutte contre les MTN..... | 69 |
| 1.4.5 Interventions WASH..... | 70 |
| 1.4.5.1 Intervenants dans le secteur Eau, Assainissement et hygiène..... | 70 |
| 1.4.5.2 Indicateurs relatifs au volet Eau, Assainissement et hygiène..... | 70 |
| 1.5 ATOUTS DU PROGRAMME MTN..... | 71 |
| 1.5.1 Opportunités et menaces..... | 71 |
| 1.5.2 Forces et Faiblesses..... | 72 |
| 1.5.3 Lacunes et Priorités..... | 74 |
| 1.5.3.1 Lacunes..... | 74 |
| 1.5.3.2 Priorités..... | 75 |
| PARTIE 2 : PROGRAMME STRATEGIQUE, BUT ET OBJECTIFS..... | 76 |
| SECTION 2.1 : MISSION ET VISION DE PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN..... | 76 |
| 2.1.1 MISSION..... | 76 |
| 2.1.2 VISION..... | 76 |
| SECTION 2.2 : OBJECTIFS STRATEGIQUES, JALONS ET CIBLES..... | 76 |
| 2.2.1 OBJECTIF STRATEGIQUE:..... | 76 |
| 2.2.2 Cibles des maladies tropicales négligées..... | 76 |
| 2.2.2.1 Cibles générales mondiales..... | 76 |
| 2.2.2.2 Cibles nationales des MTN..... | 76 |
| 2.2.2.3 Cibles transversales..... | 77 |
| 2.2.2.4 Cibles spécifiques pour chaque MTN..... | 78 |
| 2.2.3. Jalons..... | 81 |
| SECTION 2.3 : PRINCIPES DIRECTEURS..... | 84 |
| SECTION 2.4 : PILIERS ET OBJECTIFS STRATEGIQUES..... | 85 |
| 2.4.1. Piliers stratégiques du programme..... | 85 |
| 2.4.2 Objectifs stratégiques..... | 86 |

| | |
|--|-----|
| PARTIE 3 : CADRE OPERATIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LES MTN | 88 |
| PILIER 1. Poursuivre l’action programmatique de lutte contre les MTN | 88 |
| PILIER 2 : Intensifier les approches transversales | 91 |
| PILIER 3. Rendre opérationnel le plan directeur par la culture de rendre compte pour faciliter l’appropriation par le pays à travers le programme MTN..... | 92 |
| PILIER 4 : Renforcer la mobilisation des ressources et coordination en vue de l’élimination des MTN..... | 94 |
| SECTION 3.2 : VERS LA DURABILITE DES PROGRAMMES : INTENSIFICATION DE LA COORDINATION ET DES PARTENARIATS | 96 |
| 3.2.1 Mecanismes de coordination du programme..... | 97 |
| SECTION 3.3 HYPOTHESES, RISQUES ET ATTENUATION | 99 |
| SECTION 3.4 : CADRE DE PERFORMANCE ET RESPONSABILITE | 102 |
| PILIER 1. Poursuivre l’action programmatique de lutte contre les MTN | 102 |
| PILIER 2 : Intensifier les approches transversales | 105 |
| PILIER 3. Rendre opérationnel le plan strategique par la culture de rendre compte pour faciliter l’appropriation par le pays a travers le programme MTN | 106 |
| PILIER 4 : Renforcer la mobilisation des ressources et coordination en vue de l’élimination des MTN | 108 |
| PARTIE 4 : BUDGETISATION DE L’IMPACT : ESTIMATIONS ET JUSTIFICATIONS | 110 |
| 4.1 Budgétisation des activités | 110 |
| Annexe 2 : Organigramme du Ministère de la Santé et du programme national de lutte contre les MTN | 122 |

Figures, tableaux et graphiques

A. Figures

| | |
|---|----|
| Figure1 : Carte administrative du Burundi | 8 |
| Figure 2 : Pyramide des âges 2015-2050 | 10 |
| Figure . 3: Carte hydrographique du Burundi | 12 |
| Figure. 4. : Carte des régions naturelles du Burundi | 12 |
| Figure 5. Pyramide Sanitaire | 26 |
| Figure 6. Circuit de l'information sanitaire au Burundi | 33 |
| Figure 7 : Gestion des données..... | 34 |
| Figure 8 : Circuit national d'approvisionnement et de distribution des produits.... | 35 |
| Figure 9 : Carte d'endémicité d'onchocercose | 50 |
| Figure 10 : Carte d'endémicité des géo helminthiases | 53 |
| Figure 11 : Carte d'endémicité de la Schistosomiase..... | 54 |
| Figure 12 : Carte d'endémicité du trachome | 56 |
| Figure13 : Carte de co endémicité des MTN- CTP | 60 |
| Figure 15. Piliers stratégiques du programme | 85 |
| Figure 16 : Schéma de l'agenda stratégique du programme | 87 |

B. Tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1:Quelques indicateurs démographiques 2020 | 9 |
| Tableau 2 : Projection de la population burundaise par province (2010-2050) | 10 |
| Tableau 3 : Pourcentage par tranche d'âge de la population burundaise | 11 |
| Tableau 5: Articles postés aux réseaux sociaux des Télévisions par an 2017-2019 | 18 |
| Tableau 6 : Journaux parlés par langue aux radios locales du Burundi par an..... | 19 |
| Tableau 7 : Journaux parlés par radios communautaires par an..... | 19 |
| Tableau 8 : Linéaire des Routes Nationales en Km..... | 21 |
| Tableau 9 : Trafic sur les Ports du Burundi de 2015 à 2018 | 22 |
| Tableau 10 : Etat des infrastructures sanitaires | 27 |
| Tableau 11. Indicateurs des ressources humaines en santé | 29 |
| Tableau 14. Indicateurs des données sur les MTN ¹⁶ | 32 |
| Tableau 15. Evaluation des Lacunes des MTN au Burundi | 40 |
| Tableau 17. Résultats de la capture des simules dans les 3 DS jadis hypo endémiques | 51 |
| Tableau 19. Couverture thérapeutique et géographique en géo helminthiase 2017-2021..... | 54 |
| Tableau 20 : Performance du programme en Schistosomiase | 55 |
| Tableau 21 : Evolution des cas et invalidité 2 de 2013-2021 | 58 |
| Tableau 22: Liste des MTN endémiques au Burundi..... | 59 |
| Tableau 23: Données nationales sur la Population, Ecoles et Etablissements de Santé par Districts | 61 |
| Tableau 28: Résultats d'impact des MTN -CTP | 65 |
| Tableau 29: Population cible et besoins en médicaments 2022-2027 | 66 |
| Tableau 30: Interventions de lutte contre les MTN 2001-2021 | 67 |

| | |
|--|-----|
| Tableau 31 : Situation de la cartographie des MTN..... | 68 |
| Tableau 33. Partenaires WASH et types d'interventions | 70 |
| Tableau 35. Opportunités et menaces du programme par pilier | 71 |
| Tableau 37. Forces et Faiblesses du Programme par pilier | 72 |
| Tableau 38. Cibles spécifiques pour chaque maladie..... | 78 |
| Tableau 39: Jalons par maladie | 81 |
| Tableau 40. Objectifs stratégiques du Programme..... | 86 |
| Tableau 41. Cadre opérationnel de la lutte contre les MTN par pilier | 88 |
| Tableau 42. Mécanismes de coordination du programme | 97 |
| Tableau 43. Matrice des partenariats..... | 98 |
| Tableau 44 Atténuation des risques | 99 |
| Tableau 46 : Pilier 1 : Poursuivre l'action programmatique de lutte contre les MTN..... | 110 |
| Tableau 47 : Pilier 2 : Intensifier les approches transversales..... | 112 |
| Tableau 48 Pilier 3 : Rendre opérationnel le plan directeur par la culture de rendre compte pour faciliter l'appropriation par le pays à travers le programme MTN..... | 113 |
| Tableau 49 Pilier 4 : Renforcer la mobilisation des ressources et coordination en vue de l'élimination des MTN | 114 |
| Tableau 49 :BUDGET PILIER 1 Poursuivre l'action programmatique de lutte contre les MTN..... | 115 |
| Tableau 50 : BUDGET PILIER 2 : Intensifier les approches transversales..... | 116 |
| Tableau 51 : BUDGET PILIER 3 : Rendre opérationnel le plan directeur par la culture de rendre compte pour faciliter l'appropriation par le pays à travers le programme MTN | 117 |
| Tableau 52 BUDGET PILIER 4 : Renforcer la mobilisation des ressources et coordination en vue de l'élimination des MTN..... | 118 |
| Tableau 53 : BUDGET SYNTHESE : | 119 |
| TABLEAU 54 : COUT PAR MEDICAMENT 2023-2027 | 120 |

Abréviations et Acronymes

| | |
|---------|--|
| ABREMA | : Autorité Burundaise de Régulation des Médicaments à usage humain et des Aliments |
| AFOM | : Atouts, Faiblesses, Opportunités et Menaces |
| ARV | : Anti Rétroviral |
| ASC | : Agents de Santé Communautaires |
| BM | : Banque Mondiale, |
| CAM | : Carte d'Assistance Médicale |
| CAMEBU | : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du Burundi |
| CATB | : Centre Antituberculeux de Bujumbura |
| CBM | : Christian Blind Mission |
| CCA | : Test Antigen Cathodique Circulant |
| CPSD | : Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement |
| CSU | : Couverture Sanitaire Universelle |
| COGE | : Comités de Gestion |
| COGEDI | : Comités de Gestion des Districts |
| COPIDI | : Comités de Pilotage des Districts |
| COSA | : Comités de Santé |
| COVID19 | : Maladie à Corona Virus19 |
| DGP | : Direction Générale de la Planification |
| DHIS2 | : District Health Information Software version |
| EAS | : Enfants d'Age Scolaire |
| ESPEN | : Expanded Special Project for Elimination Neglected disease |
| EDS | : Enquête Démographique de Santé |
| EPSA | : Produits Pharmaceutiques |
| FBP | : Financement Basé sur la Performance |
| FH | : Food for the Hungry |
| FMI | : Fonds Monétaire International |
| FOSA | : Formation Sanitaire |
| GASC | : Groupements des Agents de Santé Communautaires |
| ICCM | : Integrated Community Cases Management |
| ICN | : Instance de Coordination Nationale |
| IGEBU | : Institut Géographique du Burundi |
| ISTEEBU | : Institut de Statistiques et d'Etudes Economique du Burundi |
| IVM | : Ivermectine |
| JMP | : Joint Monitoring Program |
| KFW | : |
| LF | : Filariose Lymphatique |
| MDA | : Mass Drug Administration |
| MFP | : Mutuelle de la Fonction Publique |
| MSPLS | : Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida |
| MTN | : Maladies Tropicales Négligées |
| MTN CM | : Maladies Tropicales Négligées à Manifestations Cutanées |

| | |
|----------|---|
| NA | : Non Applicable |
| ND | : Non Disponible |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| OMS/AFRO | : Bureau Régional de l'Organisation -Mondiale de la Santé pour l'Afrique |
| ODD : | : Objectifs de Développement Durable |
| ONATEL | : Office National des Télécommunications |
| PEC | : Prise En Charge |
| PCA | : Paquet Complémentaire d'Activités |
| PMA | : Paquet Minimum d'Activités |
| PCT | : Chimiothérapie Préventive |
| PNDIS | : Plan National de Développement de l'Informatique en Santé |
| PNLO | : Programme National de Lutte contre l'Onchocercose |
| PNIMTNC | : Programme National Intégré de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité |
| RAC | : Revues Annuelles Conjointes |
| RC | : Routes Communales |
| REA | : Rapid Epidemiological Assessment |
| RN | : Routes Nationales |
| RDC | : République Démocratique du Congo |
| REMO | : Rapid Epidemiological Mapping of Onchocerciasis |
| RP | : Routes Provinciales |
| RGPH | : Recensement Général de la Population et de l'Habitat |
| RTNB | : Radiotélévision Nationale du Burundi |
| PIB | : Produit intérieur Brut |
| PD | : Partenaires au Développement |
| PDM | : Program donation mectizan |
| PZQ | : Praziquantel |
| SCIF | : Schistosomiasis Control Initiative Foundation |
| SSP | : Soins de Santé Primaires |
| SBCC | : Communication sur les Changements Sociaux et Comportementaux |
| SCH | : Schistosomiase |
| SILT | : Service d'Intégration de la Lèpre et de la Tuberculose |
| STH | : Géo helminthiases |
| TIC | : Technologies de l'Information et de la Communication |
| TBS | : Taux Brut de Scolarisation |
| TNS | : Taux Net de Scolarisation |
| TRA | : Trachome |
| TPS | : Technicien de Promotion de la Santé |
| UNICEF | : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| WASH | : Water Sanitation and hygien |

Principales définitions¹

Lutte : Réduction de l'incidence de la prévalence d'une maladie, de la morbidité et de la mortalité liées à celle-ci, à un niveau acceptable au plan local au moyen d'efforts délibérés. Des interventions continues sont nécessaires pour que la réduction se poursuive. Cette lutte peut avoir un rapport ou non avec les cibles mondiales fixées par l'OMS.

Élimination (interruption de la transmission) : Incidence de zéro cas de l'infection causée par un agent pathogène spécifique dans une zone géographique donnée, avec un risque de réintroduction minimale, à la suite d'efforts délibérés. Des interventions continues visant à empêcher la reprise de la transmission peuvent être nécessaires. La documentation de l'élimination de la transmission s'appelle la vérification.

Élimination en tant que problème de santé publique : Ce terme concerne à la fois les infections et les maladies. Il s'agit de l'atteinte de cibles mesurables fixées par l'OMS relativement à une maladie spécifique. Une fois qu'elles ont été atteintes, des actions continues doivent être menées en vue de les maintenir et de poursuivre l'interruption de la transmission. La documentation de l'élimination en tant que problème de santé publique s'appelle la validation.

Éradication : Incidence mondiale permanente de zéro cas de l'infection causée par un agent pathogène spécifique, à la suite d'efforts délibérés, sans risque de réintroduction.

Hygiène : Conditions ou pratiques permettant de préserver la santé et de prévenir les infirmités.

Lutte anti vectorielle intégrée : Processus rationnel de prise de décisions pour une utilisation optimale des ressources destinées à la lutte anti vectorielle.

Administration massive de médicaments : Distribution de médicaments à l'ensemble de la population d'une zone administrative donnée (état, région, province, district, sous-district ou village par exemple), indépendamment de l'apparition de symptômes ou d'une infection. Des critères d'exclusion peuvent cependant être appliqués. (Dans le présent document, les termes Administration massive de médicaments et Chimio prévention sont employés de façon interchangeable).

Morbidité : Effets cliniques décelables et mesurables des infections et des maladies qui nuisent à la santé des individus. Les signes de morbidité peuvent être manifestés (présence de sang dans les urines, anémie, douleurs chroniques ou fatigue, par exemple) ou subtils (retard de croissance, ralentissement de la performance scolaire ou professionnelle ou sensibilité accrue à d'autres maladies).

¹ Guide d'élaboration du plan directeur national de lutte contre les MTN

Suivi et évaluation : Processus visant à augmenter les performances et à mesurer les résultats en vue d'améliorer la gestion des résultats, des réalisations et de l'impact.

Plateforme : Structure à travers laquelle les programmes ou les interventions de santé publique sont mis en œuvre.

Chimio prévention : Administration de médicaments à grande échelle, seuls ou en association, lors des interventions de santé publique. L'administration massive de médicaments constitue une forme de chimio prévention. D'autres formes peuvent être limitées à des groupes de population spécifiques comme les enfants d'âge scolaire et les femmes en âge de procréer. (Dans le présent document, les termes Chimio prévention et Administration massive de médicaments sont employés de façon interchangeable.)

RESUME D'ORIENTATION

Les Maladies Tropicales Négligées (MTN) sont endémiques et constituent une menace pour les communautés les plus pauvres et les plus marginalisées dans les zones où l'accès aux soins de santé, à l'eau potable et à l'assainissement est limité.

Le troisième plan directeur de lutte contre les MTN est d'assurer la prévention, le contrôle et l'élimination de ces dernières. En outre, il s'appuiera sur les acquis et les points forts du plan directeur de la deuxième édition (2016-2020) en intégrant de nouveaux points de développement dans les politiques et la programmation. Il couvre les programmes MTN qui seront mis en œuvre au cours de la période 2022-2027. La planification et la mise en œuvre de tous les programmes MTN seront guidées par ce plan directeur. Il fournit donc aux partenaires d'exécution et aux parties prenantes un outil harmonisé pour faciliter un soutien renforcé et coordonné au pays.

L'objectif global du plan directeur est d'atteindre les objectifs de développement durable (ODD) grâce à une prévention, un contrôle et une élimination durables et intégrés des MTN avec une collaboration intersectorielle grâce à des approches transversales et une appropriation accrue par le Gouvernement. Cela garantira également la réalisation des objectifs nationaux de lutte contre les MTN d'ici 2027 et fournira une plate-forme sécurisée pour les efforts futurs. En fin de compte, cela contribuera à la réduction de la pauvreté dans le pays et contribuera à la réalisation des objectifs mondiaux en matière des MTN car le pays supporte un fardeau considérable par rapport à ces dernières.

Au cours de la dernière décennie, les MTN ont reçu une attention accrue de la part des décideurs politiques et ont été incluses dans la deuxième stratégie sectorielle de la santé. Le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA a identifié et priorisé cinq MTN au cours de la dernière décennie : l'onchocercose, le trachome, les helminthes transmis par le sol (HTS), la schistosomiase et la lèpre. La gale a récemment été incluse parmi les MTN prioritaires et est prise en charge dans les formations sanitaires. La rage, les envenimations par morsures des serpents, la cysticercose, l'ulcère de Buruli et la trypanosomiase Humaine Africaine (THA) sont envisagées pour inclusion dans les cinq prochaines années.

Le Ministère de la Santé publique et de la lutte contre le SIDA a également inclus des indicateurs des MTN dans le système national d'information sanitaire à travers la plateforme (DHIS2). Le plan directeur de lutte contre les MTN s'appuie sur la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du Burundi (CAMEBU) et l'Autorité Burundaise de Régulation des Médicaments à usage humain et des Aliments (ABREMA) pour assurer la commande, le stockage et l'approvisionnement/ distribution active en produits de santé (médicaments, fournitures médicales et équipements) directement aux unités de mise en œuvre (des districts sanitaires).

Le Programme de lutte contre les MTN est un ensemble intégré de services dont l'objectif stratégique est de réduire le fardeau des MTN grâce à des approches innovantes et rentables avec des thèmes transversaux : intégration des interventions, coordination multisectorielle et

appropriation de la réalisation des objectifs du programme national afin d'assurer la couverture sanitaire universelle d'ici 2027.

Les principes directeurs sont des éléments essentiels pour une réalisation sans heurt des objectifs du programme : appropriation et leadership du gouvernement, programmation fondée sur des données probantes, consultation, transparence, inclusion et engagement communautaire. Le programme, dans son ensemble intégré, vise à améliorer ses stratégies par rapport aux cibles et jalons spécifiques à chaque maladie, pour contribuer à l'atteinte de l'objectif national.

Les stratégies du troisième plan directeur de lutte contre les maladies tropicales négligées nécessitent trois changements fondamentaux et trois approches de programme :

a) Trois changements fondamentaux :

- Accroître la responsabilisation en matière d'impact grâce à l'utilisation d'indicateurs ;
- S'éloigner des programmes cloisonnés et spécifiques aux maladies pour les intégrer dans le système de santé national et intensifier les approches transversales centrées sur les besoins sanitaires des personnes et des communautés ;
- Modification des modèles opérationnels et de la culture pour garantir une plus grande appropriation des programmes par le Gouvernement ;

b) Trois approches du programme

- Plaidoyer, coordination et partenariats, amélioration de la planification axée sur les résultats, mobilisation des ressources et viabilité financière des programmes nationaux de lutte contre les MTN ;
- Accès élargi aux interventions, traitement et renforcement des capacités du système ;
- Renforcement du suivi, de l'évaluation, de la surveillance et de la recherche opérationnelle sur les MTN.

Pour s'assurer que les interventions sont mises en œuvre pour chaque MTN endémique ciblée pour la chimio prévention (C P) et pour la prise en charge (PEC) des cas , plusieurs jalons ont été fixés, indiquant l'intensification et la réduction des interventions. Les progrès vers la réalisation des objectifs seront mesurés par rapport à des indicateurs spécifiques à la maladie.

Le programme MTN sera responsable de l'opérationnalisation du plan directeur, tandis que les bureaux provinciaux de santé, les districts sanitaires et les FOSA en assureront la mise en œuvre quotidienne.

Le cadre de concertation des partenaires pour la santé et le développement (CPSD) fournira des conseils et facilitera une mise en œuvre efficace et harmonieuse dudit plan. Le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA renforcera l'adhésion et fournira des termes de référence documentés pour la coordination du programme au cours des cinq prochaines années.

Le plan directeur pour le contrôle, l'élimination et l'éradication des MTN (2022-2027) prendra comme référence le cadre global de la [Stratégie Sectorielle de la Santé](#) (SSS) 2021-2027, la nouvelle feuille de route de l'OMS sur les MTN (2021-2030) et le cadre stratégique de l'ESPEN (2021-2025).

Des hypothèses, des risques et des plans d'atténuation ont été identifiées pour surmonter les circonstances imprévues qui pourraient influencer la mise en œuvre du programme pour atteindre les objectifs et les cibles. Le cadre de performance et de responsabilisation est conçu pour suivre et assurer les progrès vers les cibles.

L'appropriation des programmes nationaux et infranationaux se reflète dans des livrables de programme clairs, tels que le plan régional de lutte contre les MTN et la planification basée sur les districts sanitaires. Des organes de coordination seront établis et renforcés au niveau national, provincial, des districts sanitaires et communautaires en tant que groupes de travail sur les MTN. Tous les niveaux du système de santé joueront un rôle essentiel dans la mobilisation des ressources locales pour compléter, garder les acquis et améliorer les résultats sanitaires du plan directeur.

INTRODUCTION

Le Burundi vient d'achever la mise en œuvre de la deuxième édition du plan directeur national contre les maladies tropicales négligées (2016-2020). Bien que des actions importantes aient été réalisées au cours de la période, il y a également eu des défis importants, notamment la pandémie de COVID-19 et les aléas climatiques entraînant des déplacements massifs de personnes, qui ont affecté la mise en œuvre harmonieuse des interventions prévues et ont entravé les progrès dans la réalisation des objectifs.

Néanmoins, la pandémie de COVID-19 dans le volet « Water Sanitation and Hygien » (WASH) qui a été suivi par des mesures de santé publique telles que le port des masques, le dépistage précoce et la distanciation sociale, a également eu des effets positifs sur la mise en œuvre des interventions de lutte contre les MTN.

Le pays a fait également des progrès significatifs pour les maladies à chimiothérapie préventive vers les objectifs de contrôle et d'élimination selon les études et les enquêtes faites de 2016-2020. Le premier plan directeur national sur les MTN (2012-2016) a défini le fardeau des MTN, a lancé un programme national et a mis en place des organes opérationnels par structure à différents niveaux. Le deuxième plan directeur (2016-2020) a consolidé le programme MTN et a intensifié les interventions aux niveaux national et opérationnel.

L'opérationnalisation de ces deux plans a fait l'objet d'une évaluation à mi-parcours et finale ainsi que des évaluations annuelles lors des réunions avec toutes les parties prenantes. Les examens ont montré des progrès significatifs dans l'amélioration de la qualité de vie et des moyens de subsistance des personnes grâce à la lutte contre les MTN. Le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA et ses partenaires ont fourni des millions de traitements par le biais de l'administration massive de médicaments (AMM) pour les cinq MTN à CTP. De surcroît, d'autres interventions ont permis d'assurer la gestion de la morbidité et la prévention des incapacités à travers le pays, avec l'engagement des parties prenantes pour améliorer l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène (WASH). Des enquêtes sur la prévalence des maladies ont été menées pour orienter les décisions programmatiques.

Au cours de cette période 2022-2027, le programme MTN s'appuiera sur les succès et les leçons tirés de la mise en œuvre du premier et deuxième plans directeurs pour consolider les acquis obtenus jusqu'à présent dans la lutte contre les MTN. Son objectif est de construire un programme MTN durable, résilient, de qualité et équitable qui soit pleinement intégré dans le système de santé national.

L'élaboration dudit plan directeur est basée sur une évaluation approfondie du deuxième plan directeur ainsi que son alignement sur la SSS, l'orientation socio-économique, [la feuille de route mondiale contre les MTN](#), le cadre stratégique ESPEN et d'autres engagements mondiaux et nationaux pour la réalisation des ODD.

Le troisième plan directeur est destiné à régir la prévention, le contrôle et l'élimination des MTN avec de nouveaux développements dans la politique, la programmation et les détails des interventions contre les MTN qui seront mises en œuvre au cours des cinq prochaines années. Il a été élaboré en consultation avec les bureaux national et régional de l'OMS, les programmes de santé concernés et les partenaires au développement. Une équipe du niveau central composée d'experts nationaux dans le domaine a coordonné le processus.

L'approche participative a été déterminante pour assurer un plan global, ainsi que l'engagement et la vision partagée de toutes les parties prenantes. Le Plan directeur est destiné à être utilisé par le gouvernement pour guider la planification et la mise en œuvre des programmes de lutte contre les MTN, faciliter l'alignement entre les parties prenantes et accélérer les progrès vers la prévention, le contrôle, l'élimination et l'éradication des MTN. Il fournit un outil harmonisé pour tous les partenaires travaillant sur les MTN afin d'assurer un soutien conjoint au pays.

Ce troisième plan directeur est organisé en quatre sections : (i) une analyse de la situation nationale des MTN ; (ii) les objectifs, les cibles et les orientations stratégiques des MTN ; (iii) la mise en œuvre, le suivi - évaluation et (iv) les prévisions budgétaires.

PARTIE 1 : ANALYSE DE LA SITUATION DES MALADIES TROPICALES NEGLIGEES

SECTION 1.1 : REEVALUATION DES PRIORITES NATIONALES ET DES ENGAGEMENTS PRIS AU NIVEAU NATIONAL, REGIONAL ET MONDIAL ENVERS LA LUTTE CONTRE LES MTN.

À l'échelle mondiale, les MTN ont reçu plus d'attention au cours des deux dernières décennies, comme en témoignent l'adoption des résolutions sur les MTN par la soixante-treizième Assemblée Mondiale de la Santé WHA 73(33), les Déclarations de Londres et de Kigali sur les MTN, plus de financement par des donateurs et des dons de médicaments à grande échelle par les sociétés pharmaceutiques.

En janvier 2012, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié l'accélération des travaux pour surmonter l'impact mondial des maladies tropicales négligées ainsi qu'une feuille de route pour la mise en œuvre. L'OMS a depuis lors mis à jour cette feuille de route fixant des cibles mondiales axées sur l'impact des MTN pour la période 2021-2030 afin de contribuer à la réalisation des ODD liés à la santé.

La feuille de route décrit les approches transversales et intégrées nécessaires pour atteindre les objectifs, grâce à des activités sur trois piliers :

- Accélérer la réduction de l'incidence, de la prévalence, de la morbidité, des incapacités et des décès dus aux MTN en utilisant les avancées scientifiques et en comblant les lacunes de la recherche pour fournir de nouvelles interventions efficaces, des diagnostics standardisés et abordables ;
- Intensifier les approches transversales par la prestation intégrée d'interventions communes à plusieurs MTN, en les intégrant dans les systèmes de santé nationaux, dans le cadre de la couverture sanitaire et une coordination accrue entre les parties prenantes et les programmes connexes tels que le WASH et la lutte anti vectorielle ;
- Changer les modèles opérationnels et la culture pour encourager l'appropriation des programmes MTN par les pays.

Après l'adoption de résolutions sur les MTN par l'Assemblée mondiale de la santé par les ministres de la santé des États membres, les États de la région africaine ont exprimé leur engagement à intensifier les interventions pour lutter contre les MTN. En juin 2012, dans l'Appel urgent à l'action d'Accra sur les MTN, toutes les parties prenantes ont été invitées à accélérer l'élimination des MTN ciblées dans la région africaine. En 2013, lors de la réunion de consultation régionale sur les MTN à Brazzaville, Congo, les États membres ont proposé une stratégie régionale pour accélérer l'élimination des MTN.

Le Plan stratégique régional a fourni un ensemble d'interventions de santé publique pour :

- accélérer le contrôle, l'élimination et l'éradication des MTN dans la Région africaine de l'OMS avec la résolution sur les MTN adoptée par la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2013;
- L'engagement d'Addis-Abeba sur les MTN a été signé par 26 pays africains endémiques de MTN le 12 décembre 2014, qui les appelait à accroître les investissements nationaux, à renforcer le programme MTN dans ses objectifs, à travailler vers des objectifs mondiaux de contrôle, d'élimination des MTN pour renforcer leur système de santé en général.

Il comprenait également un engagement à faire du monde un endroit plus sain où les familles et les communautés peuvent prospérer. La gestion nationale des programmes MTN a ainsi jeté les bases de renforcement du système de santé mondial plaçant les pays sur le chemin vers la réalisation de plusieurs ODD.

Conscient du fardeau des MTN au Burundi, le Ministère de la Santé publique et de la lutte contre le SIDA a élaboré et a mis en œuvre les plans directeurs pour les périodes 2012-2015 et 2016-2020, donnant la priorité à cinq maladies (Géo helminthiases, Schistosomiase, Onchocercose, le Trachome et la lèpre). Les interventions de lutte contre les MTN étaient également incluses dans la stratégie sectorielle de la Santé du Burundi 2018- 2027 et dans le système national d'information sanitaire.

Le deuxième plan directeur de lutte contre les MTN avait focalisé ses interventions d'outre sur les Cinq MTN à CTP mais aussi la lèpre. Des campagnes de détection et de prise en charge des MTN à manifestations cutanées (l'onchocercose, la lèpre et la gale) ont été organisées dans les provinces Co endémiques.

Dans ce plan directeur de lutte contre les MTN troisième génération, les MTN supplémentaires seront prises en compte comme : la Rage, la Mycétome, la Trypanosomiase humaine africaine, l'ulcère de Buruli, les envenimations par morsures de serpents, Morsures par chien, la Ténia/cysticercose, la Podoconiose² et le Pian.

Ce plan intensifiera la prise en charge intégrée des cas des MTN qui affectent la peau et les tissus sous-cutanés (aussi appelées MTN cutanées comme la gale, le mycétome, la lèpre, le pian, l'ulcère de Buruli et l'onchocercose), dans le souci de réduire considérablement des incapacités, une stigmatisation, des préjudices esthétiques et une aggravation de la pauvreté dues à ces pathologies.

En pratique, la prise en charge intégrée des cas consistera en une formation complète des agents de santé et des volontaires villageois, et en l'intégration des activités de lutte au sein de la communauté (comme la recherche active des cas ou la détection) et de la Surveillance.

² Report of the Tenth Meeting of the WHO Strategic and Technical Advisory Group for Neglected Tropical Diseases 29–30 March 2017 WHO, Geneva

SECTION 1.2. ANALYSE DU CONTEXTE NATIONAL

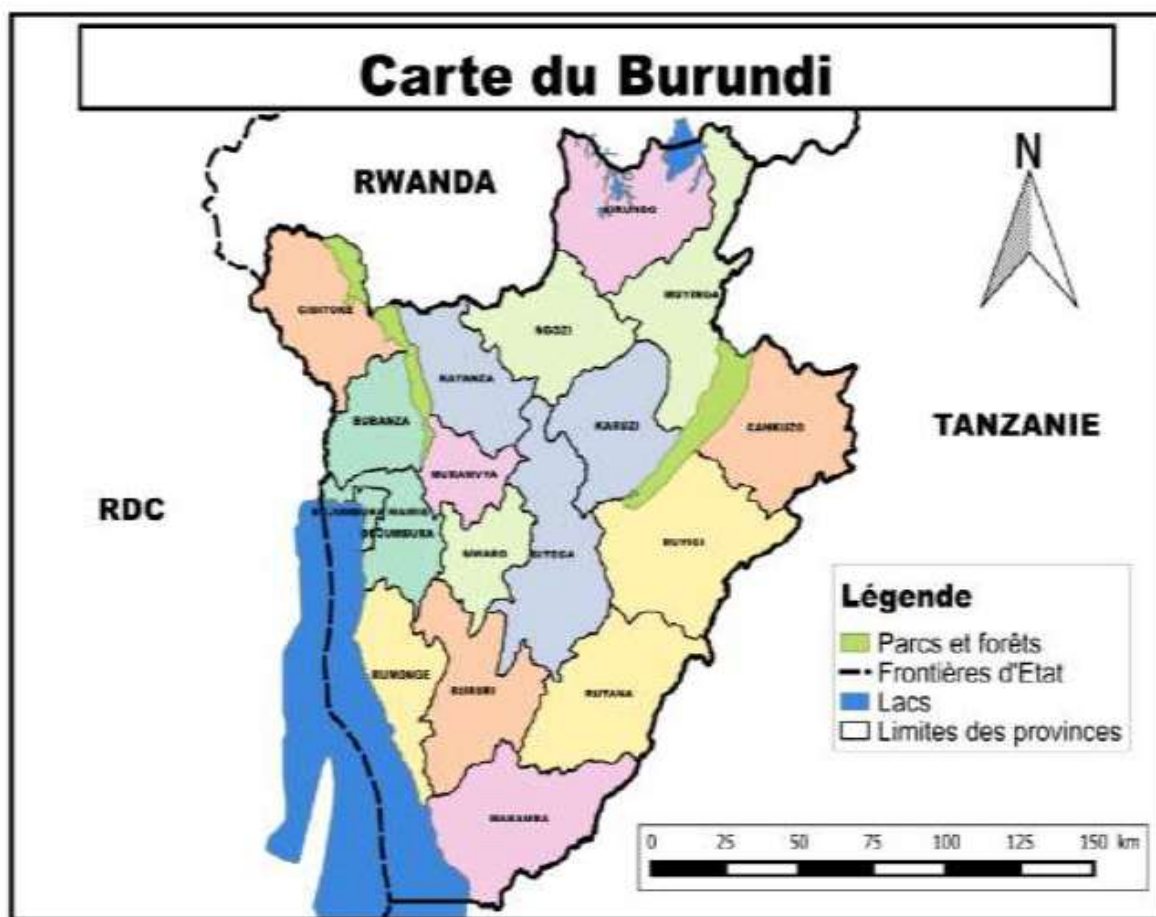
1.2.1 Analyse du pays

1.2.1.1 Structure administrative et démographique

1.2.1.1.1 Structure administrative

Au niveau administratif, le Burundi compte 18 provinces à savoir Bubanza, Bujumbura, Bujumbura mairie, Bururi, Cankuzo, Cibitoke, Karusi, Kayanza, Kirundo, Gitega, Makamba, Muramvya, Muyinga, Mwaro Ngozi, Rumonge Rutana et Ruyigi qui sont **ensuite divisées en** 119 Communes. Ces communes sont elles-mêmes subdivisées en 399 zones et 2910 collines ; les collines sont des entités administratives de base.

Figure1 : Carte administrative du Burundi



1.2.1.1.2 Structure démographique

La population du Burundi est estimée à **12 837 743** habitants en 2021 et pourrait atteindre 14,9 millions d'habitants en 2030 (PND 2018-2027) avec un taux d'accroissement naturel de 2,4% par an, une taille moyenne de 4,8 personnes par ménage et un indice synthétique de fécondité de près de 5,9 enfants par femme (*RGPH 2008, Projections ISTEERU*).

La densité moyenne de cette population, l'une des plus forte d'Afrique, est estimée à environ 413 hab. /km² en 2017. Cette forte croissance démographique a pour conséquence, une pression de plus en plus forte sur les ressources naturelles et sur les services de base avec plus de 90% de la population qui vit en zone rurale.

Tableau 1: Quelques indicateurs démographiques 2020³

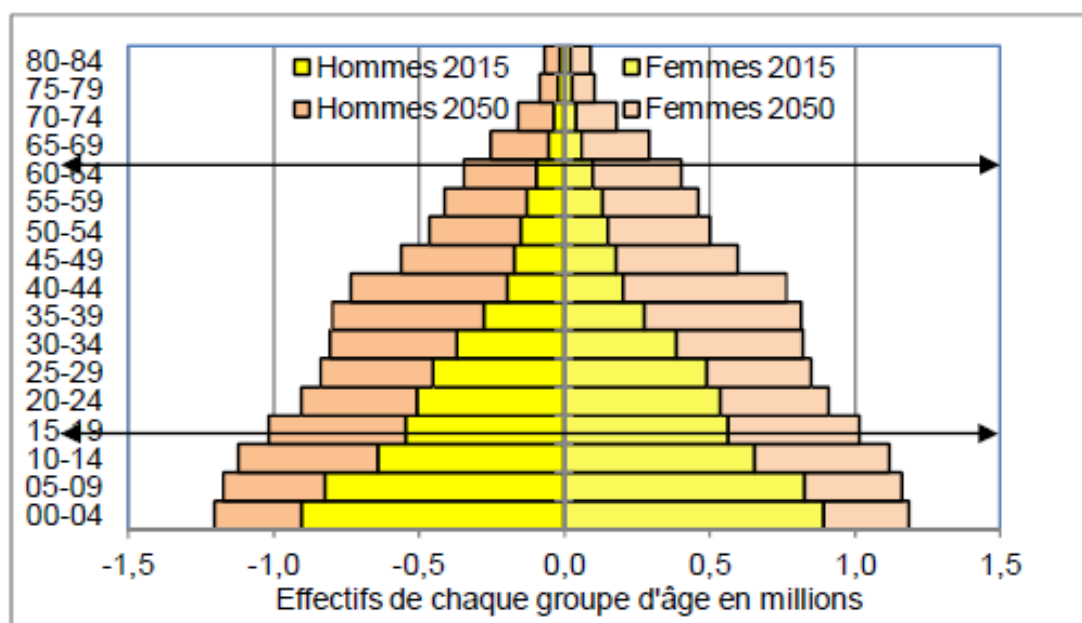
| N° | Indicateurs | Valeurs |
|----|---|------------------------|
| 1 | Population totale du pays (Projection de l'ISTEERU) | 12,6millions habitants |
| 2 | Espérance de vie à la naissance | 59,7 ans |
| 3 | Taux d'accroissement naturel | 2,23 |
| 4 | Taux de masculinité % | 49,4 |
| 5 | Proportion des jeunes % | 41,4 |
| 6 | Proportion des vieux | 2,9 |
| 7 | Population moins de 1 ans (en milliers) | 353,82 |
| 8 | Population moins de 5 ans (en milliers) | 1738,97 |
| 9 | Population moins de 15 ans (en milliers) | 5404,61 |
| 10 | Population de 15-64 ans (en milliers) | 6847,28 |
| 12 | Population de 65 ans et plus (en milliers) | 357,71 |
| 13 | Taux de fécondité totale TFT ou ISF en nombre | 5,50 |
| 14 | Taux de mortalité infantile pour 1000 NV | 46,94 |
| 15 | Taux brut de mortalité pour 1000 individus | 9,1 |
| 16 | Taux brut de natalité pour 1000 individus | 31,4 |

³ Rapport indicateurs du développement humain durable 2020 ISTEERU

Tableau 2 : Projection de la population burundaise par province (2010-2050)

| Province Sanitaire | 2 020 | 2 021 | 2 022 | 2 023 | 2 024 | 2 025 | 2 030 | 2 050 |
|----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| BUBANZA | 516 656 | 527 777 | 538 823 | 549 721 | 560 452 | 571 017 | 624 649 | 850 987 |
| MAIRIE | 759 901 | 776 258 | 792 504 | 808 533 | 824 315 | 839 854 | 918 737 | 1251 636 |
| RURAL | 710 458 | 725 751 | 740 940 | 755 926 | 770 681 | 785 209 | 858 960 | 1170 198 |
| BURURI | 478 565 | 488 867 | 499 098 | 509 193 | 519 132 | 528 918 | 578 596 | 788 247 |
| CANKUZO | 349 824 | 357 354 | 364 833 | 372 213 | 379 478 | 386 631 | 422 946 | 576 197 |
| CIBITOKÉ | 703 758 | 718 907 | 733 953 | 748 798 | 763 414 | 777 805 | 850 860 | 1159 164 |
| GITEGA | 1 108 478 | 1 132 338 | 1 156 037 | 1 179 419 | 1 202 440 | 1 225 107 | 1 340 175 | 1825 779 |
| KARUSI | 667 088 | 681 447 | 695 709 | 709 780 | 723 635 | 737 276 | 806 524 | 1098 763 |
| KAYANZA | 894 781 | 914 042 | 933 172 | 952 046 | 970 630 | 988 927 | 1 081 811 | 1 473 799 |
| KIRUNDO | 960 267 | 980 937 | 1 001 467 | 1 021 723 | 1 041 666 | 1 061 302 | 1 160 985 | 1 181 660 |
| MAKAMBA | 658 614 | 672 791 | 686 872 | 700 764 | 714 443 | 727 910 | 796 279 | 1 084 806 |
| MURAMVYA | 447 212 | 456 838 | 466 399 | 475 833 | 485 121 | 494 266 | 540 689 | 736 605 |
| MUYINGA | 966 615 | 987 421 | 1 008 087 | 1 028 477 | 1 048 552 | 1 068 318 | 1168 659 | 1592 116 |
| MWARO | 417 489 | 426 476 | 435 402 | 444 208 | 452 879 | 461 416 | 504 754 | 687 649 |
| NGOZI | 1 00 882 | 1 031 621 | 1 053 211 | 1 074 514 | 1 095 487 | 1 116 138 | 1 220 971 | 1663 382 |
| RUMONGE | 538 059 | 549 641 | 561 145 | 572 494 | 583 669 | 594 672 | 650 526 | 886 240 |
| RUTANA | 509 758 | 520 731 | 531 629 | 542 382 | 552 969 | 563 393 | 616 309 | 839 625 |
| RUYIGI | 612 196 | 625 374 | 638 462 | 651 376 | 664 090 | 676 609 | 740 159 | 1008351 |
| Total Général | 12 309 601 | 12 574 571 | 12 837 743 | 13 097 400 | 13 353 053 | 13 604 768 | 14 882 589 | 19875 204 |

Figure 2 : PYRAMIDE DES AGES 2015-2050 ⁴



Source : Projections Burundi 2016.

⁴ Projection démographique 2010-2050 de l'ISTEEBU Avril 2017

Tableau 3 : Pourcentage par tranche d'âge de la population burundaise

| Population | Pourcentage par tranche d'âge |
|----------------------------|-------------------------------|
| 0-11 mois | 3,7% |
| 12-23 mois | 3,6% |
| 0-59 mois | 17,9% |
| 12- 59 mois | 14,2% |
| 5-14 ans | 26,7% |
| 15ans et plus | 55,4% |
| Femmes en âge de procréer | 23,7% |
| Femmes enceintes attendues | 5% |

1.2.1.2 Caractéristiques géographiques

Le Burundi est un pays situé à cheval entre l'Afrique de l'Est et l'Afrique Centrale. Il fait frontière au Nord avec le Rwanda, au Sud et à l'Est avec la Tanzanie ainsi que la République Démocratique du Congo (RDC) à l'Ouest. Sa superficie est de 27.834 km² incluant la surface des eaux territoriales. Il est situé à 3°22' 34'' de latitude Sud et à 29°21'36'' de longitude Est.

Le Burundi est situé à environ 1100 km de l'Océan Indien et à plus de 2100 km de l'Océan Atlantique. Ces distances soulignent son enclavement et sa continentalité au sein du continent africain. Son relief est dominé par de hauts plateaux au centre et le reste du territoire est occupé par la plaine de l'Imbo à l'Ouest, la dépression de Kumoso à l'Est ainsi que les lacs Cohoha, Rweru, Rwihinda, Gacimirindi, Kanzigiri et en lacs de retenu à savoir Kavuruga et Rwegura dont le plus grand est le lac Tanganyika.

Son climat est tropical avec quatre saisons, une petite saison sèche (Janvier à Février), la grande saison des pluies (de Mars à Mai), la grande saison sèche (de Juin à Septembre) et une petite saison de pluie (d'Octobre à Décembre).

1.2.1.2.1 Hydrographie

Figure . 3: Carte hydrographique du Burundi



Le Burundi dispose des ressources en eaux abondantes. Il appartient à deux bassins hydrographiques à savoir, le Bassin du Nil avec une superficie de 13 800 Km² et le Bassin du fleuve Congo avec une superficie de 14 034 Km². Dans la plupart des régions du Burundi, il existe un réseau dense des cours d'eau permanents et de nombreux axes de drainage. Les changements climatiques au Burundi ont engendré des conséquences aussi désastreuses qui se sont matérialisées par le débordement des eaux du lac Tanganyika et de la rivière Rusizi, les pertes en vies humaines, les inondations répétitives, la pollution des ressources en eau, l'émergence des maladies transmissibles, la destruction de l'habitat humain et des infrastructures tant publiques que privées etc⁵.

1.2.1.2.2 Relief

Le Burundi est subdivisé en cinq régions éco-climatiques. De l'Ouest vers l'Est, on distingue : (i) les terres basses de l'Imbo correspondant à un fossé d'effondrement de *Rift Valley* occidentale, (ii) la région escarpée des Mimirwa, (iii) la zone montagneuse (la crête Congo -Nil), (iv) les plateaux centraux et (v) les dépressions de Kumoso et de Bugesera.

L'altitude varie entre 774 m au bord du lac Tanganyika et 2670 m sur les massifs montagneux pour diminuer progressivement jusqu'à 1200 m à l'Est du pays.

Figure. 4. : Carte des régions naturelles du Burundi



⁵ Troisième Communication Nationale sur le Changement Climatique (TCNCC)

1.2.1.2 .3 Végétation⁶

Au Burundi, les écosystèmes terrestres sont rangés en 3 grands types à savoir : les forêts, les savanes et les bosquets xérophiles :

- *Forêts ombrophiles des montagnes* qui sont des formations végétales occupant la crête Congo Nil dans les localités de Kibira, Mpotsa, Rumonge, Bururi et Vyanda, sa superficie avoisine 50 000 hectares.
- *Forêts claires* qui occupent les escarpements côtiers de la partie occidentale sud partant de Rumonge jusqu'à Nyanza - Lac. Elles montent jusqu'à l'extrême nord du Kumoso – Buyogoma contre la frontière tanzanienne, sa superficie avoisine 20 000 hectares.
- *Forêts sclérophylles à hyphaene benguellensis* occupent la plaine de la basse Rusizi avec sa superficie est environ 800 hectares
- *Forêts mésophiles périguinniënne* rencontrées à Kigwena avec 500 hectares qui se rattache à la formation de la cuvette congolaise par de grands arbres comme *albizia zygia*, *newtonia buchananiet* *pyncanthus angolensis*,
- *Savanes* sont rencontrées dans les dépressions de Kumoso et dans la partie nord de Buyogoma avec superficie de 90 800 hectares.
- *Bosquets xérophiles* sont rencontrés au nord du Burundi dans la région de Bugesera et dans la plaine de la Rusizi.

1.2.1.2 .4 Climat ⁷

La topographie du Burundi s'accompagne d'une variation du climat en fonction de l'altitude d'où une diversité géo - climatique importante. Le climat du Burundi est tropical humide influencé par l'altitude qui varie entre 773 m et 2670 m. Il est caractérisé par une alternance de la saison pluvieuse qui s'étend généralement du mois d'octobre à mai et de la saison sèche qui va de juin à septembre.

D'une manière générale, les précipitations augmentent avec l'altitude, les minima sont d'ordre de 500 mm et s'observent dans la plaine de la Rusizi alors que les maxima de 2200 mm sont enregistrés dans les régions de haute altitude.

La température moyenne annuelle de l'air diminue au fur et à mesure que l'altitude augmente. La moyenne annuelle la plus élevée est de 24,1 °c dans la plaine de l'Imbo tandis que la plus faible est de 15°c à Rwegura. Les moyennes mensuelles de températures maximales sont plus élevées en fin de saison sèche (septembre et octobre) alors que les moyennes mensuelles minimales sont plus faibles pendant la saison sèche.

⁶ (Source : Etude des vulnérabilités et d'adaptation aux changements climatiques au Burundi. NZIGIDAHERA B., Consultant. Bujumbura, 2006. p.12)

⁷ Source. Institut Géographique du Burundi (IGEBU)

1.2.1.3 Situation socio-économique

1.2.1.3.1 Caractéristiques macroéconomiques du Burundi⁸

Les caractéristiques macroéconomiques abordent la dynamique de croissance économique, la structure de l'économie, l'emploi, l'inflation et les finances publiques (tendances au niveau des dépenses, recettes et endettement publics).

- **Dynamique de la croissance économique** : après la récession de 2015 (-0,4%), l'économie burundaise se redresse progressivement : 3,2%, 3,6% et 3,8% successivement en 2016, 2017 et 2018. Cette reprise reste malheureusement en deçà des 4,2% enregistrés en 2014. Plus inquiétant, le Fonds Monétaire International (FMI) prévoyait même en l'absence du COVID-19, un taux de croissance de -2,6% en 2020.
- **Structure de l'économie burundaise** : l'économie est largement dépendante du secteur agricole qui emploie 80% de la population tout en contribuant uniquement à 40% du PIB (les 60% viennent des secteurs tertiaires et secondaires). L'emploi généré dans les secteurs industriel et de services ne représente que 8 % (pour un seuil de 40 %) du total des emplois.
- **Secteur informel et chômage des jeunes** : en matière de l'emploi, le secteur informel reste prépondérant car il occupe 91 % du total des emplois non agricoles. Près de 90% du travail non rémunéré est exercé par des femmes, représentant donc un groupe particulièrement vulnérable. Le chômage des jeunes (15-24 ans), mesuré par le pourcentage des jeunes sans emploi rapporté à l'effectif total des jeunes (15-24 ans) disposés à travailler et à la recherche du travail et est estimé à un niveau plutôt bas de 2.7% (BM, 2019).
- **Inflation** : l'évolution de l'indice des prix à la consommation se caractérise par une déflation sur les deux dernières années (-2,6 % et -4,2% respectivement en 2018 et Août 2019) mais pourrait s'inverser et atteindre 9 % en 2020 selon les prévisions du FMI. D'après l'ISTEEBU, l'inflation annuelle globale (avril 2019 -Mars 2020) s'élève à 1,8% au 31 Mars 2020 contre 0,9% le mois de Février 2020.

En glissement annuel, l'indice des prix à la consommation est en hausse de 7,1% pour le mois de Mars contre une hausse de 7,7% le mois de Février 2020. Cette inflation annuelle de 1,8% est principalement imputable aux prix des produits alimentaires qui enregistrent une hausse de 2,1%.

⁸ *Rapport UNICEF :Burundi , analyse rapide de l'impact Covid19 , 2020_*

● **Finances publiques** : des dépenses publiques par habitant relativement faibles (73 dollars US courants pour un seuil de 300), une rente énergétique nulle, un coût de la dette publique passable (9 % pour un seuil de 10 %), un accroissement des déficits fiscal et courant (14,3 % du PIB en 2018 contre 11,3 % en 2017 pour le déficit courant), un solde budgétaire prévisionnel (prévisions du FMI en 2020) inquiétant (-10 % contre le seuil de 2 %), taux de l'endettement public brut prévisionnel (prévisions du FMI en 2020) préoccupant (69%), une pénurie persistante de devises avec la baisse des réserves internationales .

1.2.1.3.2 Education de base ⁹

L'éducation constitue l'une des priorités retenues dans le Plan national de développement du Burundi (PND) 2018-2027 à travers une éducation inclusive axée sur la qualité. Le système éducatif burundais est organisé en deux types d'enseignement à savoir : (i) l'enseignement formel et (ii) non formel.

L'enseignement formel a connu un développement quantitatif important depuis la réforme de l'éducation qui distingue actuellement l'enseignement préscolaire, l'enseignement fondamental, l'enseignement post fondamental (général, pédagogique et technique) et l'enseignement supérieur.

L'enseignement non formel est constitué en général des activités d'alphabétisation qui sont organisées à l'endroit des enfants non scolarisés ou déscolarisés et des adultes analphabètes.

Au niveau de l'enseignement préscolaire, l'effectif des inscrits a augmenté, passant de 107 591 en 2017/2018 à 120 163 en 2018/2019. En général, le taux de préscolarisation reste très faible, car seuls 11,6 % des enfants en âge d'être au préscolaire y sont inscrits en 2018/2019 contre 10,2 % en 2017/2018. Cela montre que le pays n'a pas encore la capacité d'accueil suffisante pour préscolariser les enfants ayant l'âge de fréquenter le cycle maternel.

En matière d'enseignement fondamental, pour les élèves de 6 à 11 ans, le taux brut de scolarisation (TBS) est passé de 108,6 % en 2017/2018 à 108,8 % en 2018/2019 alors que pour les enfants de 7 à 12 ans, ce taux est passé de 112,9 % à 111 %. Il faut noter que le niveau du TBS enregistré (plus de 100) montre que le pays dispose d'une capacité d'accueil suffisante pour scolariser tous les enfants officiellement en âge de fréquenter les trois premiers cycles de l'école fondamentale. Concernant le taux net de scolarisation (TNS), il est de 85,1 % en 2018/2019 pour les enfants de 7 à 12 ans, traduisant qu'il existe encore des enfants de cette tranche d'âge qui sont non scolarisés ou qui quittent l'école prématurément. Pour les enfants de 6 à 11 ans, le TNS se situait à 80,1 % en 2018/2019.

⁹ Rapport éducation UNICEF 2020

1.2.1.3.3 Assainissement et couverture en eau potable

Le Plan national de développement du Burundi (PND) 2018-2027 et le Rapport national de priorisation des ODD au Burundi (2017) ont mis en avant des orientations et des cibles permettant de mettre en œuvre le droit à l'eau, reconnu par le Burundi à travers des conventions internationales. Le taux de couverture en eau potable est passé de 51 % à 61 % entre 2010 et 2017¹⁹ (UNICEF/OMS, JMP3 2019) et varie selon les milieux. En effet, en milieu urbain, ce taux s'est amélioré sensiblement, passant de 82 % à 90 % entre 2010 et 2017, soit une hausse de 8 points de pourcentage. De même, en milieu rural, ce taux a connu une hausse, passant de 48 % à 57 % sur la même période, soit une augmentation de 9 points de pourcentage.

En ce qui concerne l'assainissement de base, le taux d'accès aux installations sanitaires adéquates est passé de 45 % à 46 % entre 2000 et 2017 (UNICEF/OMS, JMP 2019).

Les résultats du Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply, Sanitation and Hygiene montrent que 80 % des ménages au niveau national ont accès à une source d'eau améliorée pour boire, mais seuls 61 % d'entre eux bénéficient d'une telle source à moins de 30 minutes de leur domicile. L'EDS3 (2016-2017) indique que les inégalités entre ceux qui mettent moins de 30 minutes et plus de 30 minutes pour s'approvisionner en eau sont importantes, notamment en milieu rural.

En ce qui concerne l'assainissement de base, selon les estimations du JMP 2019, 46 % des ménages utilisent des toilettes améliorées au niveau national. Ce qui signifie que 54 % utilisent des toilettes non améliorées, y compris des toilettes partagées, la défécation en plein air demeurant une réalité. Les différences entre les milieux urbain et rural sont limitées (respectivement 42 % et 46 % d'accès), ce qui peut s'expliquer par le fait que seules les toilettes non partagées sont prises en compte ; or, 44 % des ménages urbains contre 7 % des ménages ruraux utilisent des toilettes partagées.

Sur le plan de l'hygiène des latrines dans les écoles, le constat reste alarmant. Au total, 78,56 % des écoles sont pourvues de latrines non hygiéniques contre 21,44 % d'écoles disposant de latrines hygiéniques selon le rapport de février 2018 du Ministère de l'Éducation Nationale et de la Recherche Scientifique. De manière générale, l'assainissement adéquat pose un problème, car le taux national est de 16 % ; il est de 27 % en milieu urbain.¹⁰

¹⁰ Rapport de février 2018 du Ministère de l'Éducation Nationale et de la Recherche Scientifique

1.2.1.4 Communication et Transport

1.2.1.4.1 Modes de communication

1.2.1.4.1.1 Réseaux et services des télécommunications¹¹

A l'état actuel, le secteur des télécommunications au Burundi enregistre 3 opérateurs de la téléphonie mobile (ECONET LEO, VIETTEL, ONATEL) dont deux opèrent aussi avec la téléphonie fixe (ONATEL ET VIETTEL). Le service de la téléphonie fixe est actuellement de deux types à savoir : la téléphonie fixe filaire fournie par la société ONATEL et la téléphonie fixe sans fil fournie par la société VIETTEL-Burundi.

Pour la téléphonie mobile, quatre licences d'exploitation ont été attribuées et les propriétaires opèrent dans les bandes 900 et 1800 pour 2G, 2100 pour 3G. Il s'agit des sociétés ECONET-LEO, VIETTEL ET ONATEL. Ces dernières offrent les services de quatrième génération (4G) opérant dans la bande 700 et 800 MHz.

Tableau 4 : Quelques Indicateurs tirés de l'annuaire statistiques du ministère en charge des technologies de l'information

| <i>N°</i> | <i>Libellé</i> | <i>Niveau</i> |
|-----------|---|---------------|
| 1 | <i>Nombre d'abonnement à la téléphonie mobile</i> | 6 631 151 |
| 2 | <i>Nombre d'abonnés à la téléphonie fixe</i> | 18061 |
| 3 | <i>Nombre d'abonnés à l'Internet</i> | 1202230 |
| 4 | <i>Nombre d'abonnés à l'Internet fixe</i> | 4 123 |
| 5 | <i>Nombre d'abonnés à l'Internet mobile</i> | 1198197 |
| 6 | <i>Abonnements Internet fibre optique jusqu' à domicile / bâtiment</i> | 117 |
| 7 | <i>Nombre de station de télévision</i> | 8 |
| 8 | <i>Nombre de station radio diffusion sonore</i> | 42 |
| 9 | <i>Nombre de société de redistribution des signaux multimédias</i> | 3 |
| 10 | <i>Taux de pénétration à la téléphonie mobile</i> | 55,06 % |
| 11 | <i>Taux de pénétration à la téléphonie fixe</i> | 0,16% |
| 12 | <i>Taux de pénétration à l'internet</i> | 0,11 |
| 13 | <i>Trafic téléphonique fixe vers mobile nationale, en minuté de l'année 2020</i> | 24 550 787 |
| 14 | <i>Trafic mobile sortant vers les réseaux fixes, en minutes</i> | 3 689 400 |
| 15 | <i>Trafic téléphonique on-net et off-net, en minutes de l'année 2020</i> | 1 170 209 122 |
| 16 | <i>Trafic internet sortant, en minutes d'appels</i> | 3 328 159 |
| 17 | <i>Trafic international entrant, en minutes d'appels</i> | 3 485 613 |
| 18 | <i>Nombre des SMS nationaux de l'année 2020</i> | 6 466 205 188 |
| 19 | <i>Nombre des SMS internationaux entrant de l'année 2020</i> | 11 798 751 |
| 20 | <i>Nombre des SMS internationaux sortant de l'année 2020</i> | 4 051 183 |
| 21 | <i>Pourcentage de la population couverte par au moins un réseau mobile 2G</i> | 0,97 |
| 22 | <i>Pourcentage de la population couverte par au moins un réseau mobile 3G</i> | 50,6% |
| 23 | <i>Pourcentage de la population couverte par au moins un réseau mobile (4G)-LTE / WIMAX</i> | 27,1% |
| 24 | <i>Le nombre d'abonnements connectés aux plateformes</i> | 4 642 575 |

¹¹ Annuaire statistique 2020 du ministère en charge des technologies de l'information

1.2.1.4.1.2 Médias ¹²

Le paysage médiatique au Burundi est très dynamique disposant une Radiotélévision Nationale du Burundi (RTNB) ayant deux chaînes de télévision publique, 3 chaînes de télévision privées ; 17 radios locales couvrant tout le territoire national ; 3 radiodiffuseurs internationaux ; 3 studios de production audiovisuels, 6 agences de presse locales et 28 journaux périodiques. Le Burundi compte également 8 radios télévisions et trois télé distributeurs des signaux numériques.

Tableau 5: Articles postés aux réseaux sociaux des Télévisions par an 2017-2019

| Réseaux Sociaux | Nombre d'articles | 2017 | 2018 | 2019 |
|--|----------------------|---------------|------------------|--------------------|
| Radiotélévision Nationale du BURUNDI (RTNB) | Compte Twitter | 3 782 | 4 233 | 4 564 |
| | Page facebook | 1 142 | 1 350 | 1 399 |
| | Youtube | 712 | 929 | 1215 |
| Héritage TV | Compte Twitter | 13 | NA | NA |
| | Page facebook | 49 | 85 | 214 |
| | Youtube | 42 | NA | 30 |
| Mashariki TV | Compte Twitter | 4 200 | 4 901 | 407 724 |
| | Page facebook | 25 251 | 1 262 429 | 522 361 422 |
| | Youtube | NA | 1 262 429 | 11 302 771 |
| | Total Général | 35 191 | 2 536 356 | 522 776 568 |

¹² Annuaire statistique 2019 du secteur de la communication et des medias

Tableau 6 : Journaux parlés par langue aux radios locales du Burundi par an

| Radio | Journal | 2017 | | | 2018 | 2019 |
|----------------------------|-----------------------------|------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | | | |
| Radio CCIB FM+ | Kirundi | | 720 | 720 | 720 | 720 |
| | Français | | 720 | 720 | 720 | 720 |
| Radio Maria Burundi | Kirundi | | 1800 | 1800 | 2160 | 2160 |
| | Français avec Radio Vatican | | 3960 | 3960 | 4320 | 4320 |
| Radio Culture | Kirundi | | 1080 | 1080 | 1080 | 1080 |
| | Français | | 1080 | 1080 | 1080 | 1080 |
| Radio Scolaire Nderagakura | Kirundi | | 1080 | 1080 | 1080 | 1080 |
| | Français | | 1080 | 1080 | 1080 | 1080 |
| | Swahili | | 1800 | 1800 | 1800 | 1800 |
| Radio Voix d'Afrique | Kirundi | | 2520 | 2520 | 2520 | 2520 |
| | Swahili | | 2520 | 2520 | 2520 | 2520 |
| Radio Isanganiro | Kirundi | | 1080 | 1080 | 1080 | 1080 |
| | Français | | 1080 | 1080 | 1080 | 1080 |
| | Swahili | | NA | NA | 720 | 720 |
| | | | 20520 | 20520 | 21960 | 21960 |

Tableau 7 : Journaux parlés par radios communautaires par an

| Radio | Journal | 2017 | 2018 | 2019 |
|-------------------------|----------|-------------|-------------|-------------|
| Radio Umuco FM | Kirundi | 156 | 156 | 156 |
| | Français | 156 | 156 | 156 |
| | Swahili | 156 | 156 | 156 |
| Rado Ijwi Ry'umukenyezi | Kirundi | 208 | 208 | 208 |
| Radio Colombe | Kirundi | 52 | 52 | 52 |
| | Français | 52 | 52 | 52 |
| Radio Izere FM | Kirundi | 156 | 156 | 156 |
| | Français | 156 | 156 | 156 |
| | Swahili | 156 | 156 | 156 |
| Radio Star FM | Kirundi | 156 | 156 | 156 |
| | Français | 156 | 156 | 156 |
| | Swahili | 156 | 156 | 156 |
| Radio BENAA | Kirundi | 52 | 52 | 52 |
| | Swahili | 52 | 52 | 52 |
| Radio TV Buntu | Kirundi | NA | 156 | 156 |
| | Français | NA | 156 | 156 |
| Radio Ubuzima FM | Kirundi | NA | NA | 156 |
| | Français | NA | NA | 156 |
| Radio Magara | Kirundi | NA | NA | 52 |
| Radio Umuco FM | Kirundi | 156 | 156 | 156 |
| Total Général | | 1976 | 2288 | 2652 |

1.2.1.4.2 Principaux modes de Transport¹³

1.2.1.4.2.1 Réseau routier national

Le réseau routier national est subdivisé en deux catégories principales à savoir :

a) Le réseau classé composé de toutes les routes nationales, de toutes les routes provinciales et de certaines routes communales suivant leur intérêt (économique, social, directeur, touristique, ...); d'une longueur totale d'environ 7059 km dont 1510,641 km de routes revêtues, le réseau classé est réparti en trois catégories:

- Les Routes Nationales « RN » d'une longueur totale d'environ 1950 km dont 49 km en Mairie de Bujumbura. Il y a lieu d'indiquer que les routes nationales relient les chefs-lieux des provinces et entre ces derniers et les principaux postes frontières ;
- Les Routes Provinciales « RP » relient les chefs-lieux des communes entre eux et entre ces derniers et les chefs-lieux des provinces totalisant 2522 km;
- Les Routes Communales « RC » d'intérêt directeur, touristique, économique et social. La longueur de ce réseau est d'environ 2587 km.

b) Le réseau non classé composé des autres routes.

Il existe également des pistes rurales qui relient des centres de productions diverses. Il s'agit 240 km de pistes de desserte des stations de lavage de café, 3630 km de pistes de desserte des terroirs théicoles, 240 km de pistes de desserte de périmètres cotonniers et d'environ 600 km de pistes de pénétration forestière.

¹³ Annuaire statistiques 2018 du Ministère des Transports, des Travaux Publics, de l'Équipement et de l'Aménagement du Territoire

C. Linéaire des Routes Nationales en Km

Tableau 8 : Linéaire des Routes Nationales en Km

| Nom de la route | Tronçon | Caractère Intégrateur | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
|-----------------|--|-----------------------|---------|---------|---------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|
| | | | Revêtue | Non | Revêtue | Non revêtue | Revêtue | Non Revêtue | Revêtue | Non Revêtue |
| | | | | revêtue | | | | | | |
| RN1 | Bujumbura-Kanyaru Haut | Corridor nord | 116,28 | 0 | 116,28 | 0 | 116,28 | 0 | 116,28 | 0 |
| RN2 | Bugarama-Muramvya-Gitega | Corridor central | 65,45 | 0 | 65,45 | 0 | 65,45 | 0 | 65,45 | 0 |
| RN3 | Bujumbura-Rumonge-Nyanza-Lac-Mugina | Corridor sud | 146,88 | 21,38 | 146,88 | 21,38 | 167,38 | 0 | 167,38 | 0 |
| RN4 | Rond-point novotel-Rond point Chanic-Gatumba | Corridor nord | 19,42 | 0 | 19,42 | 0 | 19,42 | 0 | 19,42 | 0 |
| RN5 | Bujumbura(Rond point Chanic)-Rugombo-Ruhwa | Corridor nord | 80,81 | 0 | 80,81 | 0 | 80,81 | 0 | 80,81 | 0 |
| RN6 | Kayanza-Ngozi-Muyinga-Kobero | Corridor nord | 133,44 | 0 | 133,44 | 0 | 133,44 | 0 | 133,44 | 0 |
| RN7 | Bujumbura-Matana-Gitaba | | 130,67 | 0 | 130,67 | 0 | 130,67 | 0 | 130,67 | 0 |
| RN8 | Gitega-Rutana-Bukemba | | 78,74 | 0 | 78,74 | 0 | 78,74 | 0 | 78,74 | 0 |
| RN9 | Bujumbura-Bubanza-Ndora | | 83,06 | 0 | 83,06 | 0 | 83,06 | 0 | 83,06 | 0 |
| RN10 | Rugombo-Mabayi-Kayanza | | 121,52 | 0 | 121,52 | 0 | 121,52 | 0 | 121,52 | 0 |
| RN11 | Mabanda-Gihofi-Kinyinya- Gisuru - Cankuzo | | 70,97 | 114 | 70,97 | 114 | 70,97 | 114 | 70,97 | 114 |
| RN12 | Gisuru-Karuzi-Muyinga | Corridor central | 93,31 | 0 | 93,31 | 0 | 93,31 | 0 | 93,31 | 0 |
| RN13 | Makebuko-Ruyigi-Cankuzo-Gahumo | Corridor central | 84 | 49 | 84 | 49 | 84 | 49 | 84 | 49 |
| RN14 | Gashoho(Nyagasasa)-Kirundo-Gasenyi | Corridor nord | 68 | 0 | 68 | 0 | 68 | 0 | 68 | 0 |
| RN15 | Gitega-Ngozi-Kanyaru bas | Corridor nord | 30 | 74,7 | 30 | 74,7 | 80 | 24,7 | 80 | 74,7 |
| RN16 | Mutambara-Bururi-Gitega(Mweya) | | 32,2 | 81 | 32,2 | 81 | 32,2 | 81 | 32,2 | 81 |
| RN17 | Bururi-Makamba | | 0 | 36,87 | 0 | 36,87 | 0 | 36,87 | 0 | 36,87 |
| RN18 | Nyakararo-Mwaro-Gitega | Corridor central | 0 | 56 | 0 | 56 | 30 | 26 | 30 | 26 |
| RN19 | Cankuzo-Muyinga | | 58 | 0 | 58 | 0 | 58 | 0 | 58 | 0 |
| RN20 | Rusengo-Gisuru-Frontière Tanzanienne | Corridor central | 0 | 37 | 0 | 37 | 0 | 37 | 0 | 37 |
| RN21 | Gisagara- Frontière Tanzanienne | | 0 | 34,43 | 0 | 34,43 | 0 | 34,43 | 0 | 34,43 |
| RN22 | Kabarore- Frontière Rwandaise | | 0 | 27,42 | 0 | 27,42 | 0 | 27,42 | 0 | 27,42 |
| Total | | | 1412,8 | 531,91 | 1412,75 | 531,91 | 1513,25 | 430,53 | 1513,25 | 430,5 |

1.2.1.4.2.2 Transports maritimes

Le lac Tanganyika est la principale voie navigable du Burundi. Il offre un potentiel de services importants en matière de transport. Il favorise une dynamique d'intégration régionale forte et indispensable à notre économie. Le Lac Tanganyika dessert le Corridor Central et le Corridor Sud. Le Corridor dit « Sud » part du port de Durban (Afrique du Sud), traverse les pays de l'Afrique Australe jusqu'à Mpulungu en Zambie, et atteint le port de Bujumbura via le Lac Tanganyika.

L'évolution sur le trafic des marchandises passant par les ports du Burundi, les mouvements des Navires ainsi que les passagers est illustré par le tableau ci-dessous

Tableau 9 : Trafic sur les Ports du Burundi de 2015 à 2018

| Port de Bujumbura | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|------------------------------|--------|---------|---------|------------|
| Nombre de navires | DND | DND | 431 | 281 |
| Nombres de passagers | 1588 | 3584 | 6380 | 8100 |
| Marchandises (tonnes) | 82 266 | 108 977 | 180 413 | 179 135,97 |
| Port de Rumonge | | | | |
| Nombre de navires | DND | DND | 789 | DND |
| Nombres de passagers | 14624 | 6530 | 42743 | 13364 |
| Marchandises (tonnes) | DND | DND | DND | DND |

1.2. 2 ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE

1.2.2.1. But, Objectifs et Priorités du système de santé ¹⁴

1.2.2.1.1 But :

Contribuer à la réduction de la mortalité, des handicaps et invalidités évitables par l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité à toute la population qui en a besoin.

1.2.2.1.2 Objectifs Généraux (OG) :

Pour atteindre ce but, trois objectifs généraux sont définis :

- **OG1** : Contribuer à l'amélioration de la couverture effective des besoins de la population en matière des services de santé essentiels particulièrement aux groupes vulnérables ;
- **OG 2** : Améliorer les performances du système national de santé et du système communautaire ;
- **O G 3** : Renforcer la collaboration intersectorielle pour une meilleure santé.

1.2.2.1.3 Priorités : axes stratégiques

Le système de santé au Burundi s'articule autour de douze axes stratégiques qui se présentent comme suit :

1. Amélioration de l'offre des soins et services de santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent(e) et jeune, de la personne âgée ainsi que de santé nutritionnelle de qualité ;
2. Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
3. Amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé ;
4. Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des produits pharmaceutiques et produits de santé : médicaments, vaccins et autres produits de santé ;
5. Amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires ;
6. Renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé ;
7. Renforcement des mécanismes de Financement du secteur de la santé ;
8. Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé ;
9. Renforcement des interventions au niveau communautaire ;
10. Lutte contre les facteurs de risques liés aux maladies transmissibles, non transmissibles et actions sur les déterminants sociaux de la santé ;
11. Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles ;
12. Renforcement de la gestion des questions de populations pour tendre vers les dividendes démographiques.

¹⁴ Stratégie sectorielle de santé (2021-2027)

1.2.2.2 Analyse de l'ensemble du système de santé. ¹⁵

Le système de santé du Burundi est organisé sous forme pyramidale et il s'articule sur 4 niveaux : central, intermédiaire, opérationnel et communautaire. Ces niveaux sont reliés entre eux par des relations de fonctionnement hiérarchique.

Le niveau central qui comprend le cabinet du Ministre, le Secrétariat Permanent, le Secrétariat exécutif permanent du CNLS et l'Inspection Générale de la Santé et de la Lutte contre le Sida. Sont également rattachés au cabinet du Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA, les administrations personnalisées sous tutelle du Ministre ayant la santé publique dans ses attributions :

- L'Institut National de Santé Publique (INSP) ;
- La Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du Burundi (CAMEBU) ;
- Les hôpitaux nationaux de troisième référence ;
- Le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) ;
- Le Centre National de Référence en Kinésithérapie et Réadaptation médicale ;
- Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ;
- L'Autorité Burundaise de Régulation des Médicaments à usage Humain et des Aliments (ABREMA) ;
- Le Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP).

Sous la coordination du Secrétariat Permanent, on trouve 4 directions générales dont :

- Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le Sida ;
- Direction Générale de l'Offre des Soins, de la médecine moderne et traditionnelle, de l'Alimentation et des Accréditations ;
- Direction Générale de la Planification ;
- Direction Générale des Ressources.

Le niveau central est chargé principalement de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la coordination directeur des partenaires, de la mobilisation et l'affectation des ressources ainsi que du suivi-évaluation. Ce niveau assure la fonction régaliennne, normative et de régulation.

La direction générale des services de santé et de la lutte contre le SIDA a pour entre autres missions de s'assurer de l'intégration des activités de tous les programmes et Projets de santé et dispose de neuf Programmes de Santé y compris le Programme National Intégré de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité (PNIMTNC).

Le niveau intermédiaire avec 18 bureaux provinciaux de santé (BPS) chargés de la coordination et de l'appui aux districts sanitaires. Le niveau intermédiaire est responsable de la mise en œuvre des politiques de santé, de la coordination des activités et de la fourniture d'appuis administratifs, techniques et logistiques. Il assure la distribution équitable et l'utilisation efficiente des ressources aux districts sanitaires.

Dans le cadre de ses responsabilités, le Médecin Directeur de la province sanitaire est le conseiller du Gouverneur de province en matière de santé. L'équipe du BPS doit impulser

¹⁵ Décret N° 100/093 du 09 Novembre 2020 portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA).

la vision trans-sectorelle au niveau provincial pour amener les autres secteurs provinciaux à converger vers les objectifs sectoriels de santé.

Le niveau opérationnel est représenté par 49 districts sanitaires considérés comme l'entité opérationnelle de base du système national de santé. Il est constitué d'une base administrative, d'un hôpital de district, un hôpital communal, d'un réseau de centres de santé publics, confessionnels, ou privés et des postes de soins collinaires (Cfr stratégie sectorielle de santé SSS / MSPLS).

A tous les niveaux du district sanitaire, les décisions sont prises collectivement à travers des comités de santé (COSA) et Comités de Gestion (COGES) qui servent d'interfaces entre les FOSA et les communautés à la base dans le secteur de la santé.

Le niveau opérationnel est constitué de districts sanitaires ayant pour mission, la planification, la coordination et supervision de la mise en œuvre des activités des programmes de santé dans les formations sanitaires (FOSA) publiques, confessionnelles/agrées et privées opérant au sein du district. Il s'assure également de la coordination et du suivi-évaluation des interventions sanitaires des différents acteurs dans le district, y compris l'encadrement des interventions communautaires.

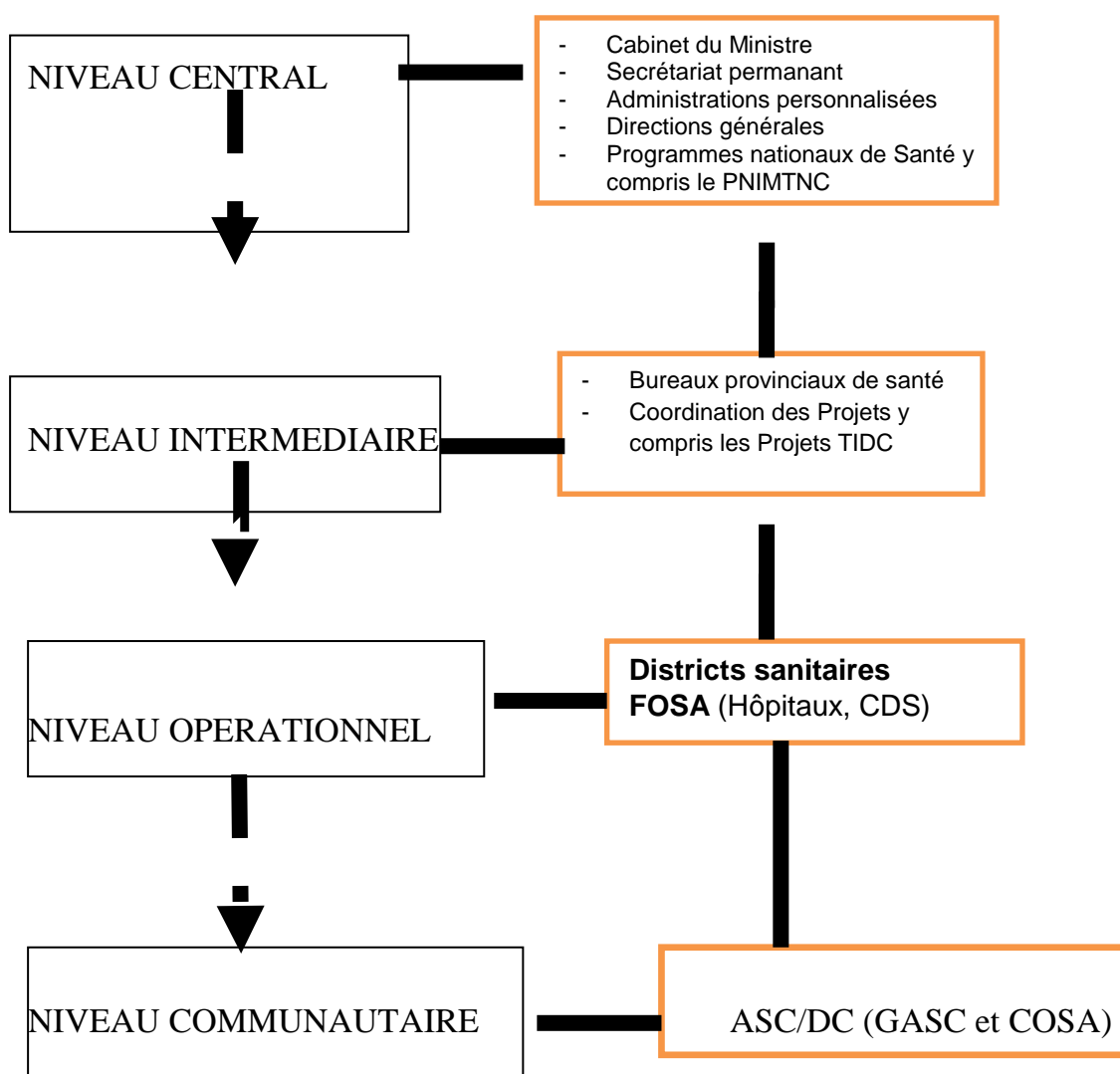
Le niveau communautaire : Le niveau communautaire est constitué des relais communautaires qui sont : les associations locales, les agents de santé communautaire (ASC) regroupés en groupement d'agents de santé communautaires (GASC), les comités de santé (COSA), les Mamans-Lumières et les guérisseurs traditionnels, ... Ces relais ont pour rôle d'assurer certaines prestations au niveau communautaire et servent de pont entre la communauté et le centre de santé.

Dans l'offre des services des soins de santé, l'implication communautaire constitue l'un des piliers de la politique nationale de santé 2016-2025 et le renforcement des interventions au niveau communautaire constitue le 9^{ème} axe stratégique de la SSS 2018-2027.

Le niveau communautaire assure les activités promotionnelles et offre des prestations préventives et curatives dont la prise en charge de certaines pathologies simples telles que le paludisme simple, la diarrhée légère, la pneumonie, la malnutrition modérée et les maladies tropicales négligées (Onchocercose, Géo helminthiase, Bilharziose).

NIVEAUX DE LA PYRAMIDE SANITAIRE

Figure 5. Pyramide Sanitaire



L'analyse est effectuée sur la base du cadre d'action de l'OMS visant à renforcer les systèmes de santé, composés de six éléments¹ à savoir : (i) la prestation des services, (ii) le personnel de santé, (iii) l'information sanitaire, (iv) les produits médicaux, (v) le financement, (vi) la direction et la gouvernance.

1.2. 2.2.1. Prestation des services

La [Politique Nationale de Santé \(PNS\)](#) garantit l'accès à un paquet essentiel d'interventions à haut impact au niveau des services de santé de premier échelon, la mise en œuvre d'un paquet complémentaire d'activités (PCA) dans tous les hôpitaux de référence, la mise en place d'un système de complémentarité verticale et horizontale entre les FOSA de différents niveaux y compris les interfaces communautaires.

Le centre de santé qui est la porte d'entrée du réseau de soins offre le paquet minimum d'activités (PMA). [Selon l'annuaire statistique 2020](#), le Burundi compte 1182 Centres de santé (CDS) fonctionnels dont 658 CDS publics, 40 associatifs, 144 confessionnels, 340 privés

Entre 2016 et 2020, le nombre des CDS est passé de 993 en 2016 à 1182¹² en 2020 soit 189 CDS construits en cinq ans avec une moyenne de 37,8 CDS construits/an. Durant la même période, le nombre d'hôpitaux est passé de 73 en 2016 à 149 en 2020 soit 76 hôpitaux de plus construits en cinq ans avec une moyenne de 15,2 hôpitaux construits/an ; ce qui porte le ratio respectivement à 1 CDS pour 9082 habitants (OMS : 1 CDS/10.000 habitants.) et 1 hôpital pour 72054 habitants (OMS : 1 hôpital pour 150.000 habitants). L'accessibilité géographique est satisfaisante car 80% des ménages du Burundi vivent à moins de 5 km et à moins de 2 heures de marche d'un CDS

Tableau 10 : Etat des infrastructures sanitaires¹⁶

| Indicateur | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|------|------|------|------|------|
| Nombre de Centres de Santé Public | 568 | 587 | 614 | 644 | 658 |
| Nombre de Centres de Santé Confessionnel | 135 | 137 | 141 | 140 | 144 |
| Nombre de Centres de Santé Associatif | 9 | 26 | 40 | 40 | 40 |
| Nombre de Centres de Santé Privé | 281 | 330 | 325 | 395 | 340 |
| Nombre Total des Centres de Santé | 993 | 108 | 1120 | 1219 | 1182 |
| Nombre d'Hôpitaux publics | 41 | 44 | 45 | 51 | 51 |
| Nombre d'Hôpital / Clinique confessionnel | 10 | 17 | 21 | 30 | 28 |
| Nombre d'Hôpital / Clinique privé | 18 | 31 | 42 | 58 | 69 |
| Nombre d'Hôpital / Clinique associatif | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Nombre Total Hôpital /Clinique | 73 | 93 | 109 | 140 | 149 |
| Centre pour Handicapés | — | — | — | 7 | 7 |

¹⁶ Annuaire statistique 2020 du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA

Le taux d'utilisation de services curatifs par habitant et par an a connu une croissance importante passant de 0,99 nouveau cas par habitant et par an en 2014 à 1,21 nouveaux cas par habitant et par an en 2020. Cet indicateur s'établit à 4,15 nouveaux cas par enfant et par an pour les moins de 5 ans.

Le Burundi a mis en place plusieurs mécanismes de financement du système de santé dont le financement basé sur la performance (FBP) couplé à la gratuité des soins liés à la grossesse et à l'accouchement et pour les enfants âgés de moins de 5 ans, la Carte d'Assistance Médicale (CAM) et la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) fonctionnelle depuis 1980 . Le MSPLS subventionne, par ailleurs, les médicaments antipaludiques de première ligne, les ARV, les antituberculeux et les médicaments contre les MTN (L'ivermectine, l'Albendazole, le Praziquantel (PZQ), Azythromycine ...)

Le secteur privé est essentiellement constitué de Centres de Santé privés dont la proportion est de 28.7% soit 340 sur 1182 centres de santé en 2020. Le secteur privé lucratif, médical et pharmaceutique, jouent un rôle progressivement croissant dans le système de santé en dépit de l'absence de données chiffrées de leurs activités.

Actuellement, on observe une interaction entre ce secteur et le service public, essentiellement dans la mise en œuvre des programmes de santé.

Il existe actuellement une direction de la promotion de la médecine traditionnelle, de l'alimentation équilibrée et de l'alimentation naturelle à visée thérapeutique qui a pour mission de :

- Promouvoir et coordonner la collaboration entre les praticiens de la médecine moderne et ceux de la médecine traditionnelle ;
- Promouvoir et faciliter l'élaboration et l'adoption du « cadre d'exercice de la médecine traditionnelle » et du « code de déontologie de la médecine traditionnelle ». Elle est largement pratiquée sur l'ensemble du territoire national ;
- Promouvoir la production locale et l'utilisation des médicaments traditionnels améliorés ;
- Assurer la promotion et la protection des connaissances et savoirs traditionnels.

1.2.2.2.2 Ressources humaines ¹⁶

Le passage à l'échelle de la stratégie de Financement Basé sur la Performance (FBP) et la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans en 2008 a eu un impact positif majeur sur la répartition géographique et la rétention du personnel de santé dans le système public de soins.

Le nombre de médecins est passé de 554 (en 2013) à 623 médecins généralistes à temps plein en 2020 portant le ratio à 1 médecin pour 16.441 habitants (OMS : 1 médecin pour 10.000 habitants). En 2020, le Burundi comptait 8170 infirmiers toutes les catégories confondues portant le ratio à 1 infirmier pour 1.314 habitants (OMS : 1 infirmier pour 3.000 habitants) bien que 39.9% (3256) de cet effectif soit constitué des auxiliaires insuffisamment qualifiés. En 2020, 344 Techniciens de la Promotion de la Santé (TPS) œuvrent au niveau des CDS alors que les normes sanitaires préconisent 1TPS par CDS, soit un gap de 838 TPS.

Tableau 11. Indicateurs des ressources humaines en santé¹⁶

| Indicateurs | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Nombre de personnes par médecin (en milliers) | 21,19 | 20,86 | 16,88 | 21,8 | 19,34 | 20,69 | 15,86 | 16,24 | — | 17,74 |
| Nombre de personnes par infirmier (en milliers) | 1,42 | 1,41 | 1,43 | 1,61 | — | 1,64 | — | — | — | 1,51 |
| Nombre de personnes par hôpital (en milliers) | 138,39 | 134,38 | 136,53 | 132,91 | 134,6 | 145,7 | 123,6 | 108 | 89,22 | 82,61 |
| Nombre de personnes par centre de santé (en milliers) | 10,99 | 10,74 | 10,5 | 10,16 | 9,66 | 11,29 | 10,64 | 10,51 | 10,21 | 10,41 |
| Nombre de médecins pour 100.000 habitants | 4,72 | 4,79 | 5,92 | 4,59 | 5,17 | 4,83 | - | - | - | 5,64 |
| Nombre d'infirmiers pour 100.000 habitants | 70,48 | 70,98 | 69,78 | 62,05 | - | 61,05 | - | - | - | 66,37 |
| Nombre d'hôpitaux pour 100.000 habitants | 0,72 | 0,74 | 0,73 | 0,75 | 0,74 | 0,65 | 0,81 | 0,93 | 1,16 | 1,21 |
| Nombre de centres de santé pour 100.000 habitants | 9,1 | 9,31 | 9,52 | 9,84 | 10,35 | 8,85 | 9,4 | 9,51 | 10,12 | 9,6 |
| Nombre de lits d'hôpital | 78 ,1 | 67,3 | 7,77 | 76,39 | — | — | — | — | — | — |

La participation communautaire contribue dans la mise en œuvre des activités telles que: (i) la prise en charge communautaire de certaines maladies (MTN, pneumonie, paludisme, diarrhée) ; (ii) le FBP au niveau communautaire ; (iii) le SIS communautaire ;(iv) l'information, éducation et communication en matière de santé (v) la mise en œuvre de l'approche communautaire (identification et mise en œuvre par la communauté des actions prioritaires).

Tableau 12. Répartition du nombre de ménages et ASC par district en décembre 2019¹⁶

| District Sanitaire | Nombre de ménages | Nombre d'ASC | Nombre d'ASC iCCM |
|--------------------|-------------------|--------------|-------------------|
| Bubanza | 89 675 | 257 | 97 |
| Mpanda | 45 206 | 113 | 46 |
| Isale | 73 437 | 228 | 145 |
| Kabezi | 40 104 | 188 | 101 |
| Rwibaga | 16 019 | 156 | 82 |
| Bujumbura Centre | 19 947 | 66 | 14 |
| Bujumbura Nord | 69 189 | 102 | 18 |
| Bujumbura Sud | 11 039 | 20 | 0 |
| Bururi | 26 576 | 149 | 0 |
| Matana | 42 646 | 282 | 6 |
| Cankuzo | 37 881 | 240 | 191 |
| Murore | 38 306 | 167 | 70 |
| Bukinanyana | 27 307 | 247 | 231 |
| Cibitoke | 53 412 | 244 | 210 |
| Mabayi | 30 622 | 262 | 209 |
| Gitega | 66 759 | 286 | 254 |
| Kibuye | 55 271 | 281 | 278 |
| Mutaho | 58 461 | 138 | 61 |
| Ryansoro | 27 422 | 232 | 135 |
| Buhiga | 69 268 | 332 | 163 |
| Nyabikere | 66 494 | 181 | 85 |
| Gahombo | 50 430 | 269 | 242 |
| Kayanza | 57 610 | 340 | 156 |

| | | | |
|--------------|------------------|--------------|-------------|
| Musema | 51 078 | 281 | 187 |
| Busoni | 78 013 | 191 | 72 |
| Kirundo | 36 113 | 254 | 79 |
| Mukenke | 29 296 | 171 | 43 |
| Vumbi | 64 474 | 407 | 129 |
| Makamba | 78 530 | 249 | 65 |
| Nyanza-Lac | 52 187 | 334 | 104 |
| Kiganda | 40 090 | 235 | 111 |
| Muramvya | 34 700 | 210 | 61 |
| Gashoho | 38 991 | 172 | 93 |
| Giteranyi | 68 973 | 235 | 110 |
| Muyinga | 65 433 | 409 | 172 |
| Fota | 58 792 | 221 | 100 |
| Kibumbu | 47 617 | 240 | 119 |
| Buye | 60 843 | 258 | 105 |
| Kiremba | 86 236 | 374 | 155 |
| Ngozi | 70 369 | 366 | 153 |
| Bugarama | 35 898 | 278 | 0 |
| Rumonge | 64 762 | 199 | 0 |
| Gihofi | 50 178 | 316 | 116 |
| Rutana | 39 838 | 411 | 157 |
| Butezi | 27 662 | 220 | 86 |
| Kinyinya | 58 095 | 333 | 173 |
| Ruyigi | 21 348 | 184 | 60 |
| Total | 2 277 326 | 11328 | 5244 |

Tableau 13 : Activités promotionnelles en 2020 par les agents de santé communautaire ¹⁶

| Libellé | Valeur de l'Année | | | | | | |
|--|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| Nombre de séances organisées pour éducation Paludisme | 27233 | 27841 | 36733 | 34462 | 31589 | 39753 | 32355 |
| Nombre de séances organisées pour éducation Planification familiale | 27744 | 24314 | 24398 | 22244 | 21763 | 84314 | 19585 |
| Nombre de séances organisées pour éducation P EV | 25505 | 23994 | 23758 | 22245 | 21978 | 24802 | 21649 |
| Nombre de séances organisées d'éducation VIH-SIDA | 22684 | 31115 | 22634 | 24969 | 27427 | 17391 | 14577 |
| Nombre de séances organisées d'éducation IST | — | — | — | 11478 | 12121 | 11738 | 9442 |
| Nombre de séances d'éducation Circoncision | — | — | — | 1707 | 1898 | 1754 | 1282 |
| Nombre de séances organisées pour éducation Santé de la reproduction (sauf PF) | 24833 | 14021 | 21276 | 11315 | 12009 | 10580 | 9376 |
| Nombre de séances organisées pour éducation Nutrition | 10596 | 10941 | 11637 | 10080 | 11958 | 11389 | 10579 |
| Nombre de séances organisées pour éducation Hygiène / assainissement | 11653 | 10227 | 10680 | 8774 | 8866 | 11573 | 12153 |
| Nombre de séances d'éducation Tuberculose | 7748 | 7606 | 9211 | 8197 | 30253 | 12440 | 6288 |
| Nombre de séances d'éducation Lèpre | — | — | — | 1793 | 1890 | 1599 | 1375 |
| Nombre de séances organisées pour éducation IRA | 6446 | 5671 | 6150 | 4847 | 5413 | 5480 | 5874 |
| Nombre de séances organisées pour éducation Maladies chronique | 2993 | 2838 | 2888 | 1765 | 1590 | 1672 | 515 |
| Nombre de séances organisées pour éducation MTN et pathologies pouvant entraîner la cécité | 1835 | 1602 | 1419 | 6311 | 1200 | 2352 | 815 |
| Nombre de séances organisées pour éducation Santé scolaire | 1781 | 1257 | 1181 | 1246 | 1338 | 867 | 897 |
| Nombre de séances organisées pour éducation Troubles psychiques | 781 | 1015 | 761 | 538 | 489 | 582 | 0 |
| Nombre de séances organisées pour éducation LMD | 3088 | 2966 | 3133 | 2200 | 2243 | 1969 | 1472 |
| Nombre de séances organisées pour éducation PCIME | 5690 | 5281 | 5208 | 3659 | 5391 | 3875 | 3649 |
| Nombre de séances d'éducation Epilepsie | — | — | — | 994 | 753 | 822 | 1008 |
| Nombre de séances organisées pour éducation Autres thèmes | 7432 | 7394 | 8796 | 8497 | 6699 | 6152 | 9243 |
| Proportion de réunions du Comité de santé-tenues / prévues | 94,2 | 93,2 | 96,1 | 94,6 | 94,9 | 94,5 | 123,6 |
| Proportion de réunions du comité de gestion –tenues/ prévues | 85,8 | 88,3 | 92 | 93,9 | 93,6 | 88,3 | 108,8 |
| Proportion de réunions des Agents de Santé Communautaire–tenues / prévues | 93,2 | 94,5 | 95,4 | 96,6 | 96,3 | 95,6 | 94,8 |

1.2.2.2.3. Informations sanitaires ¹⁶

Avec la réforme institutionnelle de 2012, le MSPLS s'est doté d'un nouvel Organigramme qui assure une bonne visibilité aux aspects de planification, d'information sanitaire et de suivi-évaluation au travers d'une Direction générale de la planification (DGP).

Dans l'optique de mettre à disposition des utilisateurs des données sanitaires de qualité, un annuaire statistique et les bulletins trimestriels sont produits régulièrement. Il existe aussi une plateforme web DHIS2 pour l'intégration des données des logiciels de gestion de l'information sanitaire et certaines interconnexions ont été faites entre le DHIS2 - Open Clinic et DHIS2 - Open RBF. Le DHIS2 permet de rendre disponible les données en ligne.

Le SNIS est standardisé et harmonisé sur tous les hôpitaux et centre de Santé. Le processus d'informatisation des dossiers médicaux au niveau des hôpitaux est dans la phase pilote.

Le SIS communautaire vient d'être mis en place, ce qui permet de recueillir des informations sur les événements se passant dans la communauté. D'autres stratégies sont en cours de mise en œuvre comme la stratégie e-Health (Plan de Développement de l'Informatique en Santé = PNDIS).

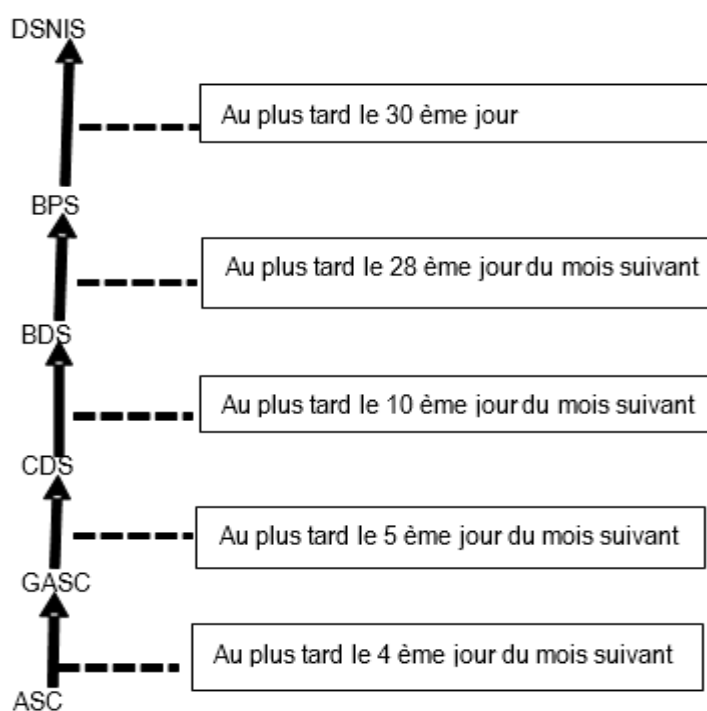
- Pour le programme de lutte contre les MTN, quelques indicateurs des MTN figurent dans la base DHSI2 à titre d'exemple.

Tableau 14. Indicateurs des données sur les MTN¹⁶

| Id | INDICATEURS | NOMBRE EN 2020 |
|-----------|--|-----------------------|
| 1 | Nouveaux cas de la Schistosomiase | 609 |
| 2 | Nouveaux cas d'Helminthiase Transmise par le Sol | 254396 |
| 3 | Nouveaux cas de Trachome actif | 225 |
| 4 | Nouveaux cas de Trichiasis | 0 |
| 5 | Nouveaux cas d'Onchocercose | 124 |
| 6 | NC Morsure par serpent | 1640 |
| 7 | NC Morsure par chien | 756 |
| 8 | Nombre des cas de cataractes acte | 1024 |
| 9 | Nombre de cas de lèpre | 405 |
| 10 | Nombre des cas de cataractes diagnostiqués | 3220 |
| 11 | Incidence des helminthiases transmises par le sol (ascaris + ankylostome + trichocéphale) | 2,4 |
| 12 | Nouveau cas d'helminthiases transmises par le sol chez les enfants <15 ans [(ascaris + ankylostome + trichocéphale)] | 102633 |
| 13 | Nouveau cas de trachome actif chez les enfants de 1 à 9 ans | 14 |
| 14 | Nouveaux cas de schistosomiase chez les enfants de <15 ans | 197 |
| 15 | Taux de chirurgie de la cataracte | 34,7 |
| 16 | Taux de chirurgie du glaucome | 29,6 |
| 17 | Taux de détection de l'amibiase | 57,6 |
| 18 | Taux de détection de l'ankylostome | 15,1 |
| 19 | Taux de détection de l'ascaris | 31,5 |
| 20 | Taux de détection de parasitoses intestinales | 2,5 |
| 21 | Taux de détection de trichocéphale | 1,8 |
| 22 | Taux de détection de trichocéphalose | 2,4 |
| 23 | Taux de détection des helminthiases transmises par le sol | 53,1 |
| 24 | Taux de sélection des parasitoses intestinales (KOP) | 2,9 |
| 25 | Taux de détection de Pian | ND |

Ci-dessous montre le circuit de l'information sanitaire au Burundi

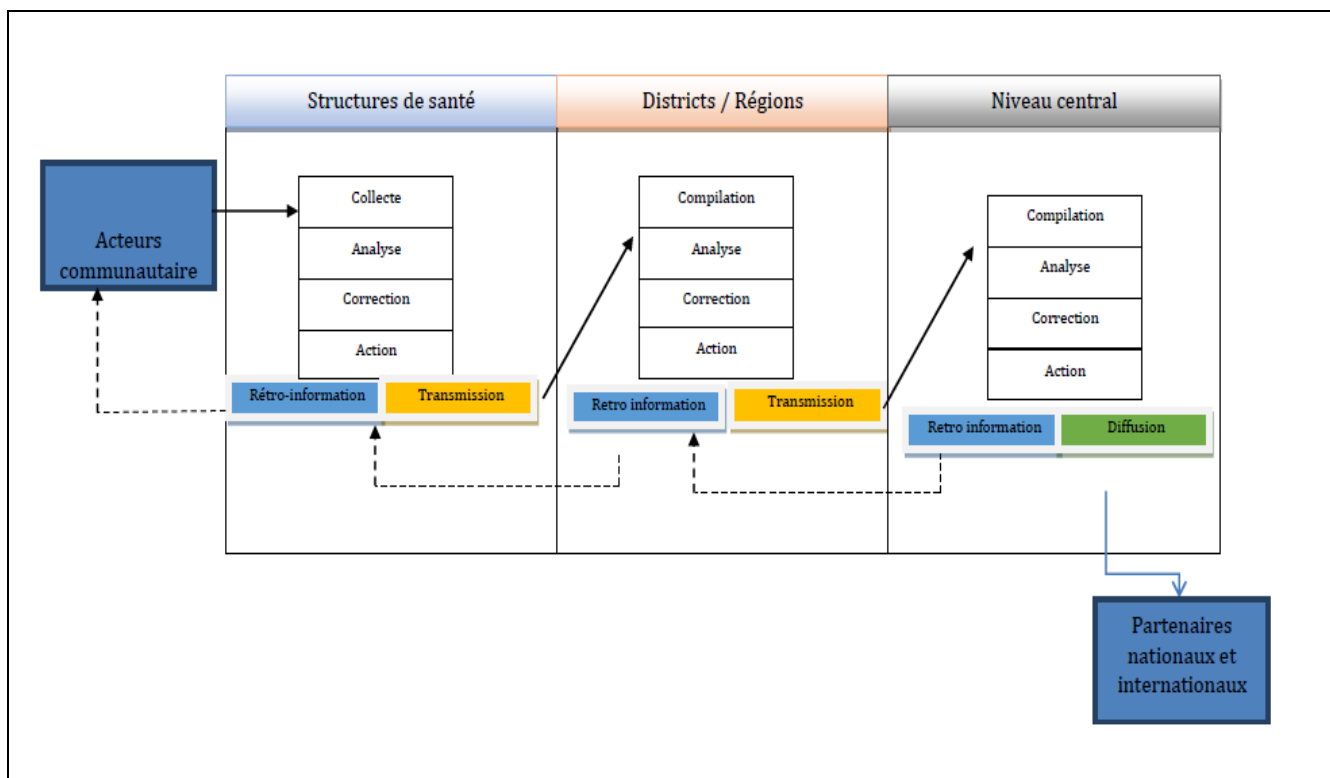
Figure 6. Le circuit de l'information sanitaire au Burundi



Les prestataires de service des centres de santé et les agents de santé communautaire assurent le remplissage des outils de collecte comme les registres ou des fiches de collecte. Les données de prestation de services communautaire sont compilées, analysées et transmises au bureau du district sanitaire par courrier au plus tard le 05 du mois suivant, puis au bureau provincial de santé, à la direction générale de planification et enfin au ministère de la santé publique ainsi qu'aux partenaires.

Au niveau de la structure sanitaire, la conservation des données se fait sur les formulaires de rapports rassemblés dans un classeur annuel. Chaque formulaire de rapport mensuel doit régulièrement être saisi dans la base de données sauvegardée sur un disque dur.

Figure 7 : Gestion des données

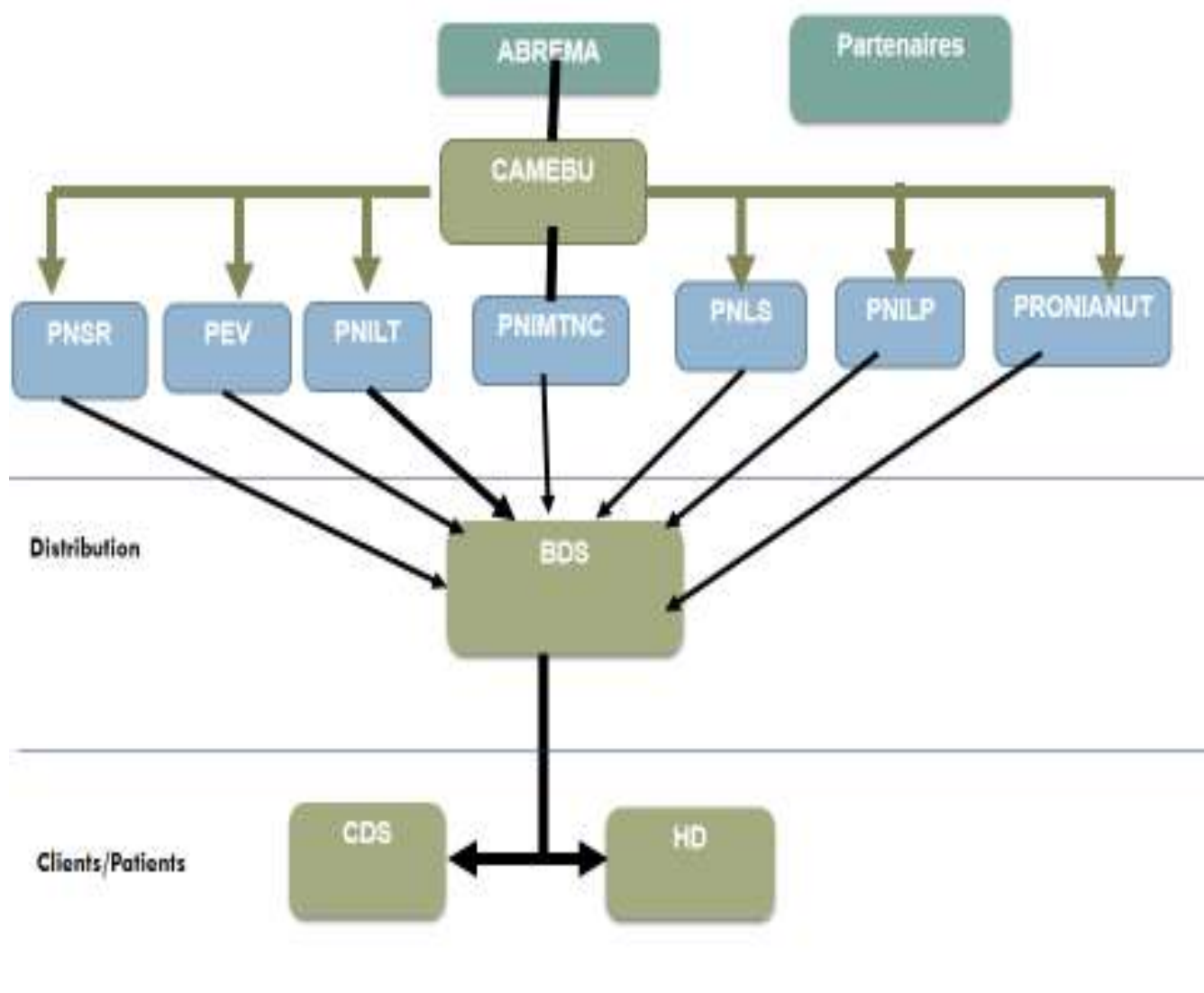


1.2.2.2.4. Produits médicaux

Le Burundi a connu d'importantes avancées en matière d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux. La chaîne d'approvisionnement en produits médicaux dans le secteur public est constituée d'une centrale d'achat des médicaments au niveau national (CAMEBU) où les BDS s'approvisionnent en intrants nécessaires pour les FOSA de leur ressort.

Le Burundi dispose des laboratoires de référence pour le contrôle de qualité des médicaments et autres produits pharmaceutiques ainsi que la surveillance des maladies épidémiques transfrontalières.

Figure 8 : Circuit national d'approvisionnement et de distribution des produits



CIRCUIT D'APPROVISIONNEMENT ET DE DISTRIBUTION DES PRODUITS

Le circuit de commande et d'approvisionnement en médicaments suit le schéma normal de commande et d'approvisionnement en médicaments essentiels. Les médicaments sont stockés à la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du Burundi (la CAMEBU). Le District sanitaire s'approvisionne auprès de cette dernière et les médicaments se retrouvent enfin au niveau des pharmacies des districts sanitaires. Les hôpitaux publics (1^{ère} et 2^{ème} référence) et les centres de santé viennent s'approvisionner au niveau de ces dernières pour avoir les quantités nécessaires à utiliser pour les communautés constituant les aires de santé respectives. C'est au niveau des pharmacies des CDS où sont conservés les médicaments tirés des pharmacies des DS. Les hôpitaux publics nationaux (de 3^{ème} référence) peuvent s'approvisionner dans les pharmacies de gros du secteur privé.

Les médicaments arrivent aux communautés par l'intermédiaire des ASC qui ont été choisis par la population et qui viennent s'approvisionner dans les CDS selon la quantité de médicaments nécessaires pour chaque communauté.

Malgré tous ces efforts, des défis persistent tels qu'une faible capacité du système de pharmaco vigilance à tous les niveaux du circuit de gestion du médicament.

1.2.2.2.5. Financement de la santé¹⁷

Les financements du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida proviennent du budget de l'Etat, des ressources extérieures (partenaires bilatéraux et multilatéraux) et de la contribution des populations dans le cadre du recouvrement des coûts.

Le financement de la santé du Burundi s'inscrit dans le cadre de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Les dépenses allouées à la santé par habitant ont connu une augmentation progressive de 2010 à 2018 passants respectivement de 17,42 \$ à 30,53 \$. Les dépenses directes des ménages ont diminué passant de 40 % à 29% pour la même période. La part du budget de l'Etat allouée à la santé est passée de 10,41% en 2010 à 12 % en 2018.

Exemple de Financement de la mise en œuvre du FBP en 2020 :

- Un montant total de 122 469 454 799 Fbu a été utilisé pour tous les paiements effectués dans le cadre de la mise en œuvre du FBP-Gratuité ;
- 88% de ce montant ont été destinés aux prestataires (FOSA, GASC et écoles paramédicales) pour le remboursement des prestations quantitatives et qualitatives ;
- 82% du montant pour les FOSA ont contribué au paiement des indicateurs de gratuité ;
- Le Gouvernement a été la première source de ce financement avec 45% du montant total ;
- Les autres acteurs sont l'Union Européenne (25%), la Banque Mondiale (23%) et la KfW (7%).

La Politique National de Santé (PNS) 2016-2025 vise à assurer un financement du secteur plus équitable, plus efficace, plus efficient, plus viable et plus durable²⁹. Pour y parvenir, la

¹⁷ Source : Rapport annuel de mise en œuvre du FPB couplé à la gratuité de soins au cours de l'année 2020)

PNS prône la mobilisation nationale¹⁸ et internationale (apports bilatéraux et multilatéraux) des ressources financières nécessaires et suffisantes au financement du secteur de la santé dans son ensemble et garantissant l'accès et l'utilisation de soins et services de santé à toutes les couches de la population particulièrement celles les plus vulnérables et/ou financièrement les plus démunies. **Source: Politique nationale de santé (2016-2025)**

Pour l'exercice 2021, le financement du programme par le Gouvernement couvre les salaires du personnel, la location des infrastructures, l'exonération des intrants de la lutte contre les MTN et le fonctionnement du Programme plus de 2 000 000 BIF soit environ plus de 4 000 000 000 BIF

Concernant le financement du programme¹⁹ par les Partenaires au Développement (PD), quelques partenaires tels que l'OMS, CBM (Christian Blind Mission), SCI Foundation et Food for the Hungry (FH) ont appuyé le programme à une somme s'élevant à 392 845 USD en 2020.

D'autres partenaires au développement appuient le programme en médicaments tels que World vision, Food for the Hungry (FH) OMS et le Programme Donation Mectizan (MDP) s'élevant à une somme de 6 681 160 USD en 2020.

1.2.2.2.6. Leadership et Gouvernance

1.2.2.2.6.1 Cadre institutionnel, juridique et réglementaire

Le secteur de la santé est régi par le nouveau Décret N°100/093 du 11 Novembre 2020 portant Organisation et Fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida ainsi que d'autres textes d'application que sont : le Code de la santé publique, le Règlement d'Ordre Intérieur, les ordonnances de mise en œuvre et le Manuel des procédures administratives, comptables et financières. D'autres textes juridiques, réglementaires et normatifs sont en application. Il s'agit entre autres de la loi pharmaceutique, du code de l'eau, des protocoles et normes pour les ressources humaines et les infrastructures, du Règlement Sanitaire International, du manuel des procédures d'accréditation des structures sanitaires et apparentés et des normes d'inspection des structures sanitaires et apparentés, du manuel national de référence et contre référence, du guide opérationnel de gestion du district sanitaire.

La régulation du secteur est assurée par le niveau central à travers le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Permanent, l'Inspection Générale de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida et les quatre Directions Générales. Au niveau déconcentré, cette tâche de régulation est déléguée au Bureau Provincial de Santé.

¹⁹ Rapport financier du programme PNIMTNC 2020

L'opérationnalisation des stratégies sectorielles est assurée par le niveau périphérique composé de Bureau de District Sanitaire et des formations sanitaires ainsi que par le niveau communautaire. Pour garantir la gestion efficace, efficiente et transparente des formations sanitaires, des organes de gestion ont été mis en place dans les hôpitaux et administrations personnalisées de l'Etat. A cet effet, les manuels des procédures administratives, comptables et financières des CDS et des Hôpitaux sont disponibles dans toutes les FOSA publiques et confessionnelles.

Le Programme National de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées a été créé par ordonnance n° 630 /158/1/2010 du 27/01/2010. La composante « lutte contre la cécité » a été intégrée au programme devenant ainsi le « Programme National Intégré de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité (PNIMTNC) ».

La politique nationale de lutte contre les MTN a été validée et signée le 5/12/2010 par l'autorité du Ministère de la Santé Publique et de lutte contre le SIDA. Le PNDS II (2010-2015) en phase de prolongation jusqu'en 2018 tient compte des activités du PNIMTNC (**Voir annexe : Organigramme du MSPLS**).

1.2.2.2. 6.2 Coordination et Partenariat

Dans le cadre de la Déclaration de Paris et de partenariat international de la santé, la coordination du secteur de la santé se fait à travers un Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD) créé en 2007 et restructuré en 2019 en vue d'une synergie des interventions de tous les acteurs du système de santé. Des groupes thématiques ont été mis en place pour alimenter les discussions stratégiques du CPSD.

Au niveau déconcentré, des cadres de coordination des partenaires (CPSD provinciaux) ont été mis en place pour la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des interventions sanitaires. La coordination au niveau des districts sanitaires se fait à travers des Comités de Pilotage des Districts (COPIDI) et des Comités de Gestion des Districts (COGEDI), mais la plupart des districts n'en disposent pas et là où ils existent, leur fonctionnement est à renforcer.

Des sous mécanismes de coordination existent notamment l'ICN (Instance de Coordination Nationale) pour les subventions du fonds mondial, la plateforme multisectorielle de sécurité alimentaire et de nutrition, le secteur santé pour les urgences, etc.

.

1.2.2.2.6. 3 Suivi et Evaluation

Le MSPLS dispose d'une stratégie sectorielle de Santé couvrant une période de 10 ans et d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour une période de 5ans. Il existe des plans directeurs sous sectoriels, des plans d'actions annuels dans toutes les unités de prestation du MSPLS et des outils standards de planification à tous les niveaux du système de santé.

Le suivi-évaluation des réalisations du Ministère se fait à travers l'organisation des revues à mi-parcours et finales des politiques, des plans stratégiques sectoriels, l'organisation des revues à mi-parcours et finales des projets, l'organisation des revues annuelles conjointes (RAC), l'organisation des réunions trimestrielles d'évaluation des activités du Ministère, etc. Des évaluations annuelles et semestrielles des activités du programme sont menées pour déceler les goulots d'étranglement sur les avancées dans la lutte contre les MTN. Une revue

à mi-parcours du plan directeur permettra un réajustement pour atteindre les objectifs fixés dans le présent document.

La revue à mi-parcours du PNDS II a révélé les faiblesses suivantes : (i) le non-respect du cycle de planification par certains programmes, (ii) l'imprévisibilité budgétaire, (iii) l'insuffisance des compétences en planification et suivi évaluation à tous les niveaux du système, (iv) la faible intégration des systèmes de suivi-évaluation dans le secteur de la santé et les retards accusés dans la production des comptes nationaux de la santé.

1.2.2.2.6.4 Communication stratégique

La communication stratégique du MSPLS vise la transparence, la visibilité, le plaidoyer, la sensibilisation et la participation des acteurs impliqués dans le renforcement du système de santé. A cet effet, le MSPLS a mis en place des systèmes de communication interne et externe.

S'agissant de la communication interne, le MSPLS organise des réunions de service et des évaluations régulières conformément au règlement d'ordre intérieur en vigueur.

La communication externe est matérialisée par des réunions avec les partenaires, la diffusion des rapports et revues conjointes annuelles, les bulletins et les conférences de presse et la fonction de porte-parole. La communication externe contribue à garantir la transparence, la visibilité et la redevabilité envers les contribuables, en témoigne les sorties médiatiques régulières de l'autorité ministérielle, la diffusion des messages de promotion de la santé par le service IEC, les médias et d'autres canaux.

En matière de Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), le MSPLS dispose d'un site web pour permettre aux partenaires de s'informer à distance. En outre, le logiciel DHIS2 est opérationnel au niveau national et est accessible en ligne aux acteurs du secteur. Le PNIMTNC dispose d'une unité de communication en charge de la production et de la publication des articles ainsi que des documents relatant les interventions sur la lutte contre les MTN.

SECTION 1.3 : EVALUATION DES LACUNES SUR LES MTN

Section 1.3.1. Evaluation des Lacunes des MTN au Burundi

Tableau 15. Evaluation des Lacunes des MTN au Burundi

| Programme MTN | Données de base | Durée de traitement | Partenaires | Points forts | Lacunes | Actions concertées |
|---------------|-----------------|---|---|--|---|--|
| Onchocercose | 2005 | 16 ans TIDC Bururi & Rutana 17 ans TIDC Cibitoke-Bubanza | <ul style="list-style-type: none"> • Christian Blind Mission (CBM) • Programme Donation mectizan (PDM) • Organisation mondiale de la santé (OMS) • Expanded special program for elimination of Neglided Tropical Disease (ESPEN) • Gouvernement du Burundi | <ul style="list-style-type: none"> • Couverture thérapeutique maintenue à 80% depuis 2010 ; • Couverture Géographique maintenue à 100% depuis 2005 ; • Evaluations épidémiologiques phase 1 a et 1b menées en 2012 – 2014 ont enregistré une charge micro filarienne presque nulle dans 75 collines enquêtées sur une population de 27640 personnes examinées. • Existence d'un comité indépendant pour l'élimination de l'onchocercose au Burundi depuis 2021 ; • Existence des partenaires au développement appuyant la lutte contre l'onchocercose ; • Initiation des recherches opérationnelles sur la cartographie d'élimination. • Existence des mécanismes de suivi évaluation des campagnes post traitement | <p>Données d'études d'impact non actualisées (données récentes datent de 2012)</p> <p>Statut épidémiologique non actualisé dans 34 districts jadis hypo endémiques selon REMO</p> | <p>Entreprendre des études d'évaluations pré arrêt/arrêt du traitement dans 12 districts sous traitement avec l'approche TIDC.</p> <p>Mener une cartographie d'élimination de l'onchocercose dans les zones jadis hypo endémiques de l'onchocercose selon REMO</p> |

| Programme MTN | Données de base | Durée de traitement | Partenaires | Points forts | Lacunes | Actions concertées |
|----------------------------------|-----------------|---------------------|---|----------------------|--|---|
| Onchocercose Suite et fin | 2005 | 16-17 ans | <ul style="list-style-type: none"> • CBM • OMS /ESPEN • Gouvernement du Burundi • PDM | Voir tableau ci haut | Méconnaissance des gîtes larvaires des simulies | Mettre à jour les gîtes larvaires et les collines ou villages de première ligne |
| | | | | | Pas de données entomologiques de l'onchocercose | Entreprendre les études entomologiques dans tout le pays pour déterminer les indices entomologiques |
| | | | | | Méconnaissance de la PEC des cas d'onchocercose par les prestataires de soins. | Renforcer les capacités des prestataires de soins sur la PEC des cas d'onchocercose |
| | | | | | Absence de plan de l'élimination de l'onchocercose | Elaborer un plan de l'élimination de l'onchocercose |

| Programme MTN | Données de base | Durée de traitement | Partenaires | Points forts | Lacunes | Actions concertées |
|----------------|-----------------|---------------------|--|--|---|---|
| Schistosomiase | 2007 | 15 ans | Schistosomiasis control initiative foundation (SCIF) Organisation mondiale de la santé (OMS) Gouvernement du Burundi | <ul style="list-style-type: none"> Réduction sensible de la prévalence de la schistosomiase intestinale 22,1% en 2005 à 1,13% en 2021 ; Existence des mécanismes de suivi évaluation des campagnes post traitement ; Fort engagement programmatique vers l'élimination de la schistosomiase (réduction sensible de la prévalence) | Pas de données malacologiques de la schistosomiase | Entreprendre des études malacologiques pour la lutte contre la schistosomiase |
| | | | | | Absence de test sérologique spécifique et sensible en complément du Test Kato Katz | Plaider pour rendre disponible des tests sérologiques plus sensibles et spécifiques |
| | | | | | Zones pour la chimiothérapie préventive sont mal définies. | Redéfinir les zones et les stratégies d'intervention pour la chimiothérapie préventive |
| | | | | | Faible intégration des activités de la lutte contre la schistosomiase dans les soins de santé primaire. | Réintégrer les activités de la lutte contre la Schistosomiase dans le paquet d'activités des centres de santé |

| Programme MTN | Données de base | Durée de traitement | Partenaires | Points forts | Lacunes | Actions concertées |
|--|-----------------|---------------------|--|-------------------------|--|---|
| Schistosomiase Suite et fin | 2007 | 15 ans | <ul style="list-style-type: none"> • SCIF • OMS • Gouvernement du Burundi | Voir le tableau ci haut | Insuffisance de multi sectorialité des interventions surtout dans le domaine de l'hygiène, de l'assainissement et de l'eau potable Volet WASH | Poursuivre la collaboration multisectorielle en matière du volet WASH |
| | | | | | Pas de surveillance interne de routine de la schistosomiase urinaire | Mettre en place un mécanisme de surveillance interne de routine de la schistosomiase urinaire |
| | | | | | Insuffisance dans le rapportage de routine sur la schistosomiase dans la base DHIS2 | Renforcer les capacités des prestataires de soins sur la PEC, rapportage des cas de la schistosomiase ; Entreprendre des supervisions intégrées sur la PEC dans les FOSA |
| | | | | | Absence d'un plan détaillé de l'élimination de la schistosomiase comme problème de santé publique | Développer un plan détaillé pour l'élimination de la schistosomiase comme problème de santé publique |

| Programme MTN | Données de base | Durée de traitement | Partenaires | Points forts | Lacunes | Actions concertées |
|--|-----------------|---------------------|--|---|---|--|
| Helminthiases transmises par le sol (HTS) | 2007 | 15 ans | <ul style="list-style-type: none"> • Food For Hungry (FH) • Organisation mondiale de la santé (OMS) • Gouvernement du Burundi • UNICEF • World vision | <ul style="list-style-type: none"> • Réduction sensible de la prévalence de l'Ascarirose, de l'Ankylostomiase et de la Trichocéphalose 36%, 32% et 29%. en 2005 à 8.9%, 1.7% et 3.9%.% en 2021 ; • Réduction sensible de l'intensité d'infection des STH • Existence des mécanismes de suivi évaluation des campagnes post traitement ; • Test d'efficacité de l'Albendazole en cours | Insuffisance dans le rapportage de routine sur STH dans la base DHIS2 | Renforcer les capacités des prestataires de soins sur la PEC, rapportage des STH |
| | | | | | Insuffisance de multisectorialité des interventions | Initier la collaboration multisectorielle en matière du volet WASH |
| | | | | | Faible qualité de la PEC Sur STH dans les CDS (Diagnostic, TTT Protocole Guide affiches | Entreprendre des supervisions intégrées sur la PEC dans les FOSA |

| Programme MTN | Données de base | Date de traitement | Partenaires | Points forts | Lacunes | Actions concertées |
|---------------|-----------------|----------------------|---|---|---|--|
| Trachome | 2009 | 2011 2012 2019 | <ul style="list-style-type: none"> International trachoma Initiative ITI Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Gouvernement du Burundi | <ul style="list-style-type: none"> Taux de prévalence TT de 0,1%. Réduction sensible de la prévalence du trachome actif TF dans le district Buhiga ,Nyabikere Muyinga , Rutana et Gashoho 13.1% , 12.5%, 13.6%, 11.9% et 7.2% en 2009 – 2018 passant respectivement à 0.3% 0.2% 0.8% 0.8% 0.2% en 2021 ; Fort engagement programmatique vers l'élimination du trachome ; Dossier d'élimination du trachome comme problème de santé publique en cours de soumission à l'OMS | Absence d'un plan de surveillance post élimination du trachome | Elaborer un Plan de surveillance pré validation de l'élimination du trachome |
| | | | | | Insuffisance de multi sectorialité des interventions | Initier la collaboration multisectorielle en matière du volet WASH |
| | | | | | Insuffisance dans le rapportage de la routine sur du trachome dans la base DHIS2 | Renforcer les capacités des prestataires de soins sur la PEC, rapportage du trachome |
| | | | | | Faible encadrement des prestataires de soins dans les FOSA (Diagnostic, TTT Protocole Guide affiches) | Entreprendre des supervisions intégrées sur la PEC dans les FOSA |

| Programme MTN | Données de base | Durée de traitement | Partenaires | Points forts | Lacunes | Actions concertées |
|-----------------------|-------------------------------|---------------------|--|--|---|--|
| Filariose lymphatique | 2007 Maladie non endémique | - | - | - | Absence de mécanisme de surveillance | Mettre en place un plan de surveillance de la maladie et de prise en charge des lymphoedèmes |
| Lèpre | 1988 | 34 ans | Action Damien OMS Gouvernement du Burundi | Longue expertise du programme(PNILT) dans la prise en charge des cas | Insuffisances des financements pour les activités de lutte contre la lèpre | Renforcer le plaidoyer pour la mobilisation des fonds |
| | | | | | Faible intégration de la lutte contre la lèpre dans les activités des FOSA | Renforcer l'intégration de la lutte contre la lèpre au niveau des FOSA |
| | | | | | Un fort stigma social et le rejet des familles qui en sont atteintes. | Renforcer les activités de sensibilisation de la population |
| | | | | | Associée à la transgression de certains interdits, au non-respect des ancêtres, à la consommation de mauvais aliments ou d'eau malpropre, ou encore à des pratiques de sorcellerie. | Renforcer les activités de sensibilisation de la population |
| | | | | | Recherche active des cas de lèpre n'est pas fait régulièrement | Renforcer le dépistage de la lèpre par la recherche active des cas suspects |
| | | | | | Absence d'un plan détaillé de l'élimination de la lèpre comme problème de santé publique | Développer plan détaillé de l'élimination de la lèpre comme problème de santé publique |

| Programme MTN | Données de base | Durée de traitement | Partenaires | Points forts | Lacunes | Actions concertées |
|--|-----------------|---------------------|-------------|--|--|--|
| THA | Statut inconnu | – | – | | Absence de mécanisme de surveillance | Redynamiser les sites sentinelles de surveillance de la THA Préparer le dossier d'élimination de la THA |
| Rage /Morsures par les chiens | Statut inconnu | – | – | Données rapportées par les CDS dans le DHIS2 depuis 2021 | Pas de données de base sur la maladie | Entreprendre les études de base sur la maladie |
| Téniasis et Cysticerose | Statut inconnu | – | – | Données rapportées par les CDS dans le DHIS2 | Manque de cartographie sur la cysticerose | Etablir une cartographie sur la maladie Assurer la PEC cas par cas dans les FOSA |
| Gale | Statut inconnu | – | – | Données rapportées par les CDS dans le DHIS2 | Manque de cartographie sur la gale Manque d'outil de contrôle de la maladie | Etablir une cartographie sur la maladie Assurer la PEC cas par cas dans les FOSA |
| Mycétome | Statut inconnu | – | – | | Absence de mécanisme de surveillance | Entreprendre une enquête de confirmation ou non de la Mycétome |
| Pian | Statut inconnu | – | – | | Absence de mécanisme de surveillance et de notification | Initier les sites sentinelles de surveillance et notification du Pian |
| Envenimations par Morsures de serpents | Statut inconnu | – | – | Données rapportées par les CDS dans le DHIS2 | Manque de cartographie sur les morsures | Etablir une cartographie sur la maladie |
| Ulcère de Buruli | Statut inconnu | – | – | | Absence de mécanisme de surveillance et de notification | Entreprendre une enquête de confirmation ou non d'ulcère de Buruli |
| Podoconiose | Statut inconnu | - | - | | Absence de mécanisme de collecte d'information des cas | Entreprendre une enquête de cartographie de la podoconiose |

SECTION 1.4 : ANALYSE DU CONTEXTE DU PROGRAMME

1.4.0. Historique du programme²⁰

Depuis 1966, le Burundi a mené la lutte contre la bilharziose dans le cadre de la Mission d'Assainissement de la Plaine de la Ruzizi (M.A.P.R). En 1982, cette lutte s'est poursuivie avec la création du projet de Lutte contre les Maladies Transmissibles et Carencielles (LMTC) soutenue par la CTB pour lutter contre les maladies à transmission vectorielle dont l'onchocercose et la bilharziose. A partir de 2005, la lutte contre l'Onchocercose a été détachée au projet LMTC et confiée au Programme National de Lutte contre l'Onchocercose (PNLO)²¹.

En Mai 2007, est né le projet de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées « MTN », dont les géo helminthiases ou helminthiases transmises par le sol, la schistosomiase, le trachome, etc

Depuis Janvier 2010, le PNLO et le projet MTN ont été fusionnés pour donner naissance au Programme National Intégré de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité (PNIMTNC) par ordonnance n° 630 /158/1/2010 du 27/01/2010. Le programme prend en charge les maladies comme l'Onchocercose, la Schistosomiase, le Trachome, les Géo helminthiases ou les géo helminthiases transmises par le sol et autres maladies à l'origine de la cécité.

Le PNIMTNC en collaboration avec ses partenaires prévoit étendre ses investigations sur la situation épidémiologique des autres MTN (l'Ulcère de Buruli, Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), Rage, les Tréponématose non vénériennes, la Cysticercose, Gale, envenimations par morsures des serpents, Pian).

²⁰ Plan Directeur de lutte contre les MTN 2016-2022

²¹ Lettre d'Accord de projet entre le MSPLS et Christoffel- Blindenmission Christian Blind Mission (CBM) le 07 Avril 2003 avec comme N° d'enregistrement :P2245)

1.4.1. ETAT ACTUEL DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN

Au Burundi, les Maladies Tropicales Négligées dont on dispose les données épidémiologiques sont : l'onchocercose, la schistosomiase, les géo helminthiases (l'ascaridiose, l'ankylostomiase, la trichocéphalose), la filariose lymphatique, le trachome et la lèpre. Pour les autres MTN (la rage, la ténia/cysticercose, l'**ulcère de Buruli**, la THA, la gale, le pian, la mycétome...), les données épidémiologiques restent méconnues malgré les cas sporadiques rapportés par les FOSA.

Pour les maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive, le pays est sur la voie d'élimination de certaines d'entre elles dont l'onchocercose qui avait la charge microfilarienne presque nulle de **2012-2014**, la schistosomiase²² estimée à 1,13% en 2021 et le trachome²³ sont de 0,29 %, 0,20%, 0,38%, 0,82% et 0,52% respectivement dans l'ordre suivant GASHOHO, NYABIKERE, BUHIGA, MUYINGA et RUTANA restaient sous le seuil d'élimination (5%) en 2021 par une chimiothérapie préventive, d'ici 2027.

Les dernières évaluations épidémiologiques de l'onchocercose²⁴ en 2012 – 2014 montrent une prévalence proche du seuil d'élimination. La prévalence des géo helminthiases a sensiblement diminué et est passée de 36% en 2007 à 25% en 2014. Les résultats de la cartographie des géo helminthiases menée en 2021-2022 sont estimés à 12,5% et sont endémiques dans tout le pays. La prévalence par géo helminthiase (Ascaridiose, Ankylostomiase et Trichocéphalose) est respectivement 8,9%, 1,7% et 3,9% selon la méthode KATO KATZ. Selon ces résultats encourageants, la gestion de certains géo helminthiases reste dans la phase de contrôle et justifie la mise en œuvre de la chimiothérapie préventive par l'albendazole comme réponse au statut épidémiologique.

L'enquête de 2014 - 2016 montre que la prévalence de la schistosomiase a sensiblement diminué, passant de 22,1% dans les zones endémiques en 2005 à 3,9% en 2014. La cartographie de la schistosomiase menée en 2020/2021 montre que la prévalence globale est estimée à 1,13%.

Ce résultat classe le Burundi parmi les pays à faible prévalence de la schistosomiase qui pourrait entrer dans la phase d'élimination de la maladie à l'horizon de 2027 ; cette situation nous interpelle à mener des interventions pour accélérer l'acheminement vers l'élimination.

Pour le trachome, un dossier d'élimination est en cours de soumission dont le programme compte mener une surveillance de la maladie couplée avec le volet WASH. Les données sur la situation de la lèpre montrent que le seuil d'élimination a été atteint et la prévalence est en dessous de 1 cas pour 10.000 habitants sur l'ensemble du pays. Néanmoins, une surveillance renforcée permettrait de garder les acquis voire réduire très sensiblement les cas de lèpre.

²² Données de cartographie de la schistosomiase au Burundi 2020-2021

²³ Données d'études d'impact du trachome 2021

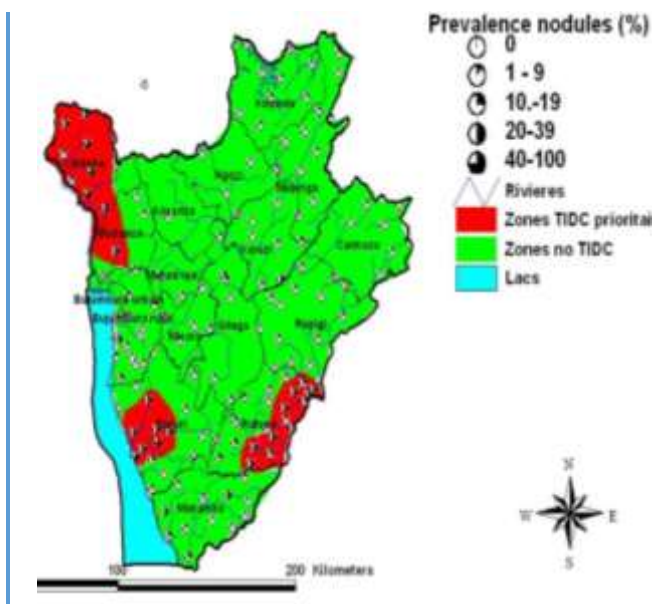
²⁴ Évaluations épidémiologiques de l'onchocercose phase 1a et 1 b 2012-2014

La lutte contre les Maladies Tropicales Négligées est un objectif global de Contribuer à l'amélioration de la couverture effective des besoins de la population en matière des services de santé essentiels particulièrement aux groupes vulnérables avec un apport soutenu dans la prévention des invalidités liées aux MTN. La pérennisation des interventions pour le maintien des acquis en termes de couverture, la mise en œuvre et le suivi évaluation des interventions de lutte contre ces maladies, constituent des gages pour le Burundi afin de contribuer à l'atteinte de l'Agenda 2030 qui préconise l'élimination de certaines Maladies Tropicales Négligées.

1.4.2 Epidémiologie et fardeaux des MTN

1.4.2.1. Onchocercose

Figure 9 : Carte d'endémicité d'onchocercose depuis 2005



Au Burundi, l'onchocercose est connue comme méso ou hyper-endémique²⁵ dans 12 Districts sanitaires sur les 49 que compte le pays d'après les enquêtes REMO menées en 2001, 2002, 2003 et l'enquête REA 2005. D'après ces dernières, une prévalence nodulaire variant de 0 % à 83,3% avait été enregistrée dans 125 collines /communautés enquêtées. En 2020, la population à risque était estimée à 2.008.421 personnes. Ces districts endémiques sont : **Bubanza, Bugarama, Bukinanyana, Bururi, Cibitoke, Gihofi, Mabayi, Makamba, Mpanda, Rumonge, Rutana et Rutovu.**

Figure 9 : Carte d'endémicité

d'onchocercose

Depuis 2005, le Burundi a initié la stratégie de « **Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC)** », dans 371 communautés dont la prévalence nodulaire était supérieure ou égale à 20%. Des campagnes de distribution de masse du Mectizan ont été annuellement organisées depuis 2005

²⁵ Données de la cartographie REMO menées en 2001, 2002, 2003

à l'issue desquelles les couvertures thérapeutiques n'ont cessé de s'améliorer jusqu'à atteindre le seuil de 80% à partir de 2010.

Les évaluations épidémiologiques phase 1a et 1b²³ menées en 2012 – 2014 ont enregistré une charge micro filarienne presque nulle dans 75 collines enquêtées sur une population de 27640 personnes examinées. *cfr les détails en annexe 1.*

Tableau 16. Résultat de la cartographie de l'élimination de l'onchocercose des 3 DS hypo endémiques

| District | Test rapide OV 16 | | | | TEST ELISA OV 16 | | | |
|------------|---------------------------|-------------------------------|---------------|------------|---------------------------|-------------------------------|---------------|-------------|
| | Total personnes examinées | Nombre de personnes positives | Pourcentage % | 95% IC | Total personnes examinées | Nombre de personnes positives | Pourcentage % | 95% IC |
| Nyanza Lac | 1560 | 38 | 2,4% | (1,1, 3,7) | 1555 | 163 | 10,5% | (8,3, 12,7) |
| Cankuzo | 1585 | 11 | 0,7% | (0,2, 1,1) | 1507 | 109 | 7,2% | (5,4, 9,1) |
| Mutaho | 1401 | 8 | 0,6% | (0,1, 1,0) | 1212 | 84 | 6,9% | (5,3, 8,5) |

En 2018, la cartographie de l'élimination de l'onchocercose²⁶ avec des nouveaux tests sérologiques de diagnostic rapides a été menée dans trois districts sanitaires de Cankuzo, Mutaho et Nyanza -Lac jadis considérées comme hypo endémiques selon l'enquête REMO. Les résultats ont montré l'existence d'une transmission de l'onchocercose dans les Districts précités (cfr le tableau ci-dessous)

Du 25 Mars au 06 Juillet 2021, une étude entomologique²⁷ a été initiée dans les trois districts précités pour identifier le vecteur dominant et déterminer la corrélation de l'infection chez l'homme et chez les mouches .

Tableau 17. Résultats de la capture des simules dans les 3 DS jadis hypo endémiques

| Nom du district concerné | Total heures capture /collecte | Nombre de sites de capture par district | Nombre de S. damnosum s.l capturées |
|--------------------------|--------------------------------|---|-------------------------------------|
| Mutaho | 352 | 10 | 10344 |
| Cankuzo | 352 | 10 | 56 |
| Nyanza Lac | 352 | 10 | 41 |
| Total | | 30 | 10441 |

Des résultats après analyse au laboratoire détermineront le potentiel de transmission de la maladie dans ces districts précités.

²⁶ Rapport de la cartographie de l'élimination de l'onchocercose 2018 dans les districts sanitaires de Cankuzo, Mutaho et Nyanza lac

²⁷ Rapport de l'étude entomologique 2020 dans les districts sanitaires de Cankuzo ,Mutaho et Nyanza lac

En 2021, un comité indépendant pour l'élimination de l'onchocercose au Burundi a été mis en place par ordonnance ministérielle N° 630/7133/Cab/2021 du 04 novembre 2021 pour appuyer le programme et donner des orientations dans le cadre de l'élimination de cette maladie.

Tableau 18 : Performance du programme Onchocercose ²⁸

| Année de traitement | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|--------------------------|---------|---------|---------|---------|------|-----------|
| Population cible | 1773617 | 1858542 | 1932403 | 2008441 | – | 2 174 922 |
| Population traitée | 1437189 | 1514812 | 1576932 | 1639317 | – | 1 764 893 |
| Couverture thérapeutique | 81,03 | 81,51 | 81,60 | 81,62 | – | 81,15 |
| Districts cibles | 12 | 12 | 12 | 12 | – | 12 |
| Couverture Géographique | 100 | 100 | 100 | 100 | – | 100 |

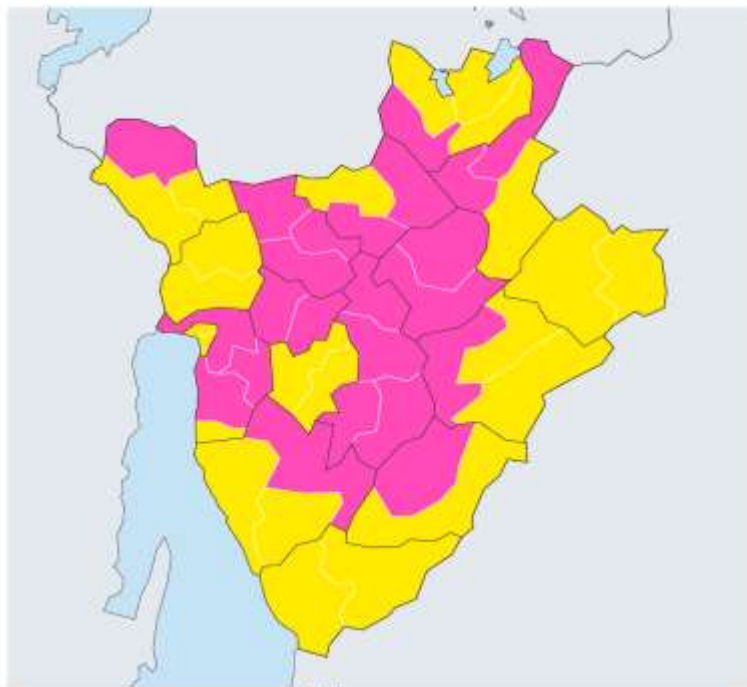
N.B : L'année 2021, la campagne TIDC a été ratée suite à l'arrivée tardive du metizan suite aux problèmes logistiques dus à la pandémie de la COVID 19

²⁸ Rapports de traitement dans les 3 projets TIDC du Burundi 2017-2022

1.4.2.2 Géo helminthiases²⁹

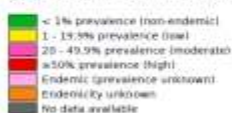
Burundi (2019)

Status of Soil-transmitted helminthiasis Elimination



Boundaries, names and designations used here do not imply endorsement of WHO opinion concerning the legal status of any country, territory or area, or of its authorities, or concerning delimitation of frontiers or boundaries. Dotted / dashed lines represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Soil-transmitted helminthiasis - Endemicity



Data Source: Data provided by health ministries to CGOEs through WHO reporting processes. All reasonable precautions have been taken to verify the information.
Copyright 2022 WHO. All rights reserved. Generated 27 September 2022



Les géo helminthiases (Ascaridiose, Ankylostomiase et Trichocéphalose) constituent un problème de santé publique sur tout le territoire national. Les enquêtes menées en 2007, 2008 et 2009 par méthode KATO-KATZ dans 31 sites sentinelles sélectionnés et éparpillés à travers tout le pays montrent respectivement des prévalences cumulées de 36%, 32% et 29%. Au total, 49 districts avaient des prévalences au-dessus du seuil d'intervention supérieure ou égale à 20%.

La prévalence des géo helminthiases a légèrement diminué jusqu'à 25 % d'après l'enquête cartographie menée en 2014.

Figure 10 : carte d'endémicité des géo helminthiases

2014. Cela résulte en partie des campagnes biannuelles de déparasitage de masse à

l'Albendazole organisées chaque année.

Les résultats de la cartographie des géo helminthiases menée en 2021-2022 sont estimés à 12.5%. Les géo helminthiases sont endémiques dans tout le pays. La prévalence par **géo helminthiase** (Ascaridiose, Ankylostomiase et Trichocéphalose) est respectivement 8,9%, 1,7% et 3,9%.

En 2021, la population à risque était estimée à 5 119 700 personnes dont 4 805 336 enfants de 1-14ans et 314 364 femmes enceintes. En plus de la population cible ci-haut citée, 1 243 219 personnes adultes de 15 ans et plus dans les zones de Co endémicité onchocercose et géo helminthiases ont été traitées dans les campagnes TIDC. En mai 2022, une surveillance de l'efficacité de l'Albendazole et de l'émergence d'une résistance aux helminthes transmis par le sol chez les enfants en âge scolaire est en cours d'étude dans le district sanitaire d'Isare au Burundi.

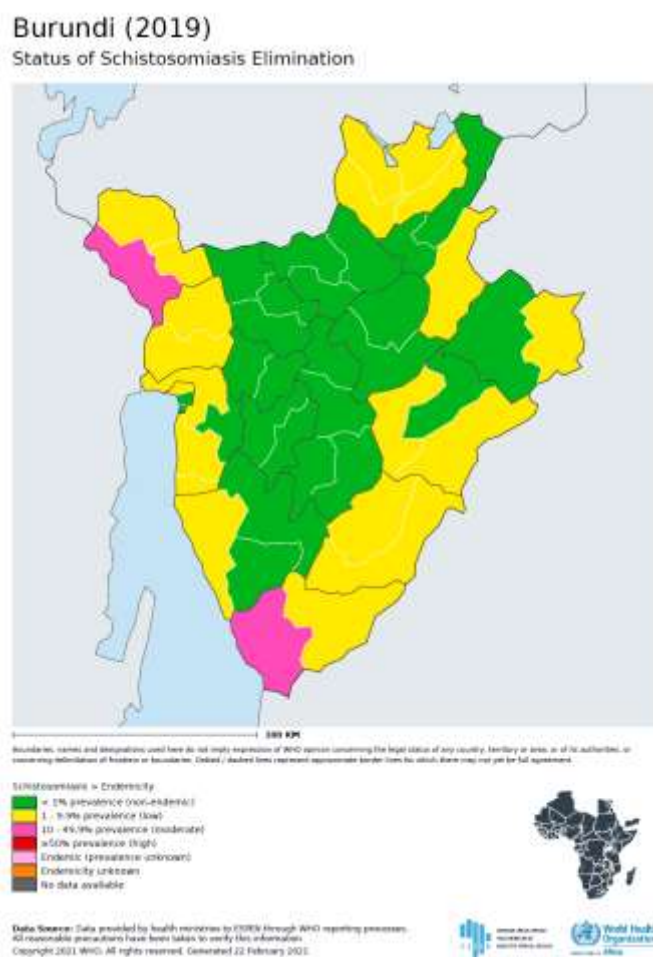
²⁹ Rapports de la cartographie des géo helminthiases au Burundi 2007, 2008, 2009, 2014, 2020-2021

Tableau 19. Couverture thérapeutique et géographique en géo helminthiase³⁰ 2017-2021.

| Année de traitement | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--------------------------|---------|---------|---------|----------|----------|
| Population cible | 9144534 | 9464498 | 9758774 | 9992986 | 10939400 |
| Population traitée | 9084697 | 9684630 | 9825794 | 10500478 | 10777184 |
| Couverture thérapeutique | 99,3 | 102,3 | 100,6 | 105,0 | 98,5 |
| Districts cibles | 46 | 46 | 47 | 47 | 49 |
| Couverture Géographique | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

1.4.2.3 Schistosomiase

Figure 11 :Carte d'endémicité de la Schistosomiase



La cartographie faite en 2005 a révélé que la seule schistosomiase intestinale reste endémique au Burundi. Ainsi, 15 Districts sanitaires à savoir : Cibitoke, Bubanza, Mpanda, Kabezi, Isare, Rumonge, Bugarama, Makamba, Nyanza-Lac, Kirundo, Busoni, Vumbi, Mukenke, Gihofi et Kinyinya, sont des zones où les communautés sont exposées soit à un risque élevé et ou modéré.³¹

Depuis 2007, des campagnes annuelles de distribution de masse de Praziquantel ont été menées en ciblant les enfants d'âge scolaire (5-14ans) conformément aux recommandations de l'OMS.

Les études d'impact menées en 2014 montrent que la prévalence de la schistosomiase intestinale a sensiblement diminué et est passée de 22,1% dans les zones endémiques en 2005 à 1,4% en 2014, sur tout le territoire national

(cartographie nationale).

³⁰ RAPPORTS JRF 2017, 2018, 2019, 2020 et 2021

³¹ Rapport de la cartographie de la schistosomiase en 2005

L'enquête de cartographie de la schistosomiase de 2014 a utilisé le test cathodique circulant (CCA). Ce test plus sensible a été utilisé conjointement avec la méthode KATO –KATZ dans 406 écoles réparties dans tous les districts du pays. L'interprétation des résultats de ces deux tests a fait que les zones jadis non endémiques soient détectées à savoir le District sanitaire Butezi, Kinyinya, Muyinga, Mabayi, Bukinyanya, Murore, Mukenke et Rutana passant de 15 à 23 Districts.

Les cartographies menées en 2005, 2007 et 2014 ont confirmé que le Burundi est non-endémique à la schistosomiase urinaire.³²

La cartographie de la schistosomiase menée en 2020/2021 montre que la prévalence globale est estimée à 1.13%.³³ En effet, les districts endémiques sont Bubanza, Bugarama, Bururi, Buye, Cankuzo, Cibitoke, Gahombo, Gihofi, Gisuru, Isare, Kabezi, Kiganda, Kinyinya, Mabayi, Mairie zone Centre, Mairie zone Sud, Makamba, Mpanda, Nyanza -Lac, Rumonge. parcontre Les districts de Butezi, Busoni, Vumbi, Kirundo, Mukenke, Murore, Muyinga, Rutana jadis endémique sont négatifs selon la même source. La population à risque était estimée à 1 640 051 enfants d'âge scolaire (EAS) de 5-14ans. Par conséquent, le Burundi fait partie des pays africains à faible prévalence de la schistosomiase intestinale de bon chemin pour l'élimination de la maladie.

C'est dans ce cadre que la recommandation de l'OMS selon laquelle la stratégie de la chimiothérapie de masse préventive soit mise en œuvre au niveau administratif de sous-district serait applicable au Burundi.

Tableau 20 : Performance du programme en Schistosomiase³⁴

| Année de traitement | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---------------------------------|--------|---------|---------|---------|---------|
| Population cible | 977327 | 1464792 | 1518747 | 1555197 | 1640051 |
| Population traitée | 959945 | 1439639 | 1439458 | 1633550 | 1681868 |
| Couverture thérapeutique | 98,2 | 98,2 | 94,7 | 105,0 | 102,5% |
| Districts cibles | 13 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| Couverture Géographique | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

³² Rapport de la cartographie de la schistosomiase 2007, 2014

³³ Rapport de la cartographie de la schistosomiase 2007, 2014

³⁴ RAPPORTS JRF 2017 ,2018, 2019, 2020 et 2021

1.4.2.4 Trachome

En 2009- 2010, les études de base menées dans 23 districts sélectionnés sur base des

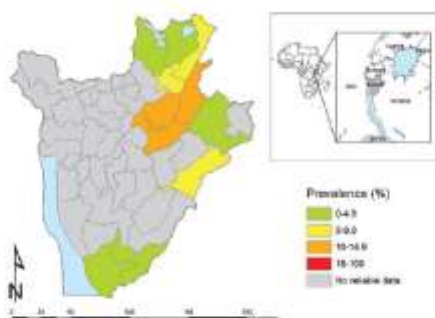


FIGURE 1. Map of Burundi showing prevalence of TF in 1-9-year-old children at health district level and forest locations of Burundi. Prevalence estimates are based on survey data collected from May 2009 to February 2010.

facteurs favorisant (du taux de desserte en eau et en latrines) ont montré que la prévalence varie entre 1 à 14,2%.³⁵ Avec ces résultats de cartographie, 4 districts à savoir Nyabikere, Buhiga, Muyinga et Rutana avaient une prévalence supérieure ou égale à 10 % justifiant la mise en œuvre de la *Figure 12 : Carte d'endémicité du trachome* stratégie CHANCE pendant 3 ans de suite. Rapport d'enquête⁴³

Figure 12 : Carte d'endémicité du trachome

En 2011-2012, des campagnes de distribution de masse de l'Azithromicine ont été menées selon les directives de l'OMS et ont été suivies par des études d'impact qui ont révélé la chute de prévalence jusqu'à 3% à l'exception du DS de Rutana. Alors, le traitement de masse a cessé dans les trois DS. Rapport d'étude d'impact⁴⁴

Des enquêtes de référence de 2018 organisées dans 12 DS ont révélé que le DS Gashoho était endémique. La campagne de distribution de masse de l'Azithromycine réalisée en 2019 dans le District de Gashoho (couverture thérapeutique de 95% et géographique de 100 %) a permis de baisser la prévalence de 7.2à 3%. *Rapport d'enquête*⁴⁵

Les enquêtes de surveillance menées en 2020 - 2021 dans les districts sanitaires Gashoho Nyabikere, Buhiga, Muyinga et Rutana anciennement endémiques prouvent que la prévalence du trachome évolutif (TF) est respectivement 0.29 % , 0,20%, 0,38% , 0,82% et 0,52%³⁶.

Un seul cas de Trichiasis trachomateux (TT) a été diagnostiqué dans le district sanitaire de Gashoho dans la province de Muyinga pendant le traitement de masse en novembre 2019 avec une prévalence de 0,1% qui est inférieure au seuil qui définit un problème de santé publique. Cependant, 4 cas trichiasis ont été dépistés lors des consultations ambulatoires et opérées à la Clinique d'Ophtalmologie « Chez Johnson » durant la période 2012-2020

Depuis 2020, le Burundi a commencé l'élaboration d'un dossier **de validation** d'élimination du trachome à soumettre à l'OMS pour attester l'élimination de cette maladie comme problème de santé publique.

³⁵ Rapport d'enquête sur le trachome au Burundi 2009-2010

³⁶ Rapport d'enquête de surveillance du trachome au Burundi 2020-2021

1.4.2.5 Filariose lymphatique

Le Burundi est frontalier avec les pays endémiques de la Filariose lymphatique. Néanmoins, une cartographie menée au Burundi en 2007 sur tout le territoire a prouvé que le Burundi n'est pas endémique de la filariose lymphatique mais une surveillance transfrontalière est nécessaire suite à sa géo-localisation et aux flux migratoires des populations.

1.4.2.6 Lèpre

La lutte contre la lèpre au Burundi a débuté avec l'intervention dès 1964 par les « Amis du Père Damien », un groupe d'Associations belges engagées dans la lutte contre la lèpre. Cette lutte a été renforcée par la suite à travers la mise en place de léproseries : de Nyenkanda et Gitega essentiellement des structures privées confessionnelles.

La lutte contre la lèpre a pris de l'envergure dès 1967 par le démarrage de la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre au Centre Antituberculeux de Bujumbura (CATB). Ce centre a été renforcé en infrastructures par la construction de nouveaux bâtiments en 1981 et en 2017, afin d'assurer au mieux, la prise en charge en ambulatoire des malades.

Une réponse plus cohérente à la problématique de la lèpre est intervenue à travers la création du Service d'Intégration de la Lèpre et de la Tuberculose (SILT) en 1984 par le Ministère de la Santé. Le SILT a assuré la coordination des actions jusqu'à la mise en place en 1992 du Programme National Lèpre et Tuberculose (PNLT), selon les orientations de l'OMS. La stratégie a été essentiellement basée sur le dépistage renforcé de la lèpre et la poly chimiothérapie en vue d'atteindre une baisse rapide de la prévalence de la lèpre. Pour cela, des infirmiers spécialistes lèpre ont été recrutés et formés spécialement, puis affectés dans les différentes provinces.

Malgré l'atteinte du seuil d'élimination (1 cas pour 10.000 habitants), la lèpre **reste toujours** problème de Santé Publique **cfr le tableau 21 ci-dessous**. La lutte contre la lèpre devait alors évoluer pour s'intégrer à l'ensemble des stratégies du PNILT et du système de santé.

Les activités de lutte contre la lèpre sont intégrées dans le PMA des formations sanitaires et toutes les provinces sanitaires sont concernés mais il y a six provinces plus endémiques que les autres : Ruyigi, Rutana, Makamba, Rumonge, Cibitoke et Bubanza.

Des campagnes de dépistage sont régulièrement organisées par le PNILT en vue d'atteindre les centres les plus reculés des provinces endémiques. Ces campagnes permettent à chaque fois de dépister un nombre non négligeable de malades lépreux mais aussi de traiter d'autres pathologies dermatologiques et de donner des soins et conseils divers.

Tableau 21 : Evolution des cas et invalidité 2 de 2013-2021

Evolution des cas de lèpre et invalidité 2³⁷

| TYPES LÈPRE | DE | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--|----|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| MB | | 264 (89,7%) | 425 (85,6%) | 350 (83,5%) | 313 (75,6%) | 327 (81,7%) | 320 (83,7%) | 366 (88,6%) | 351 (86,6%) | 355 (76,8%) |
| PB | | 30 | 71 | 69 | 101 | 73 | 62 | 49 | 54 | 107 |
| MB+PB | | 294 | 496 | 419 | 414 | 400 | 382 | 415 | 405 | 462 |
| INVALIDITÉ 2 | | 8% | 12% | 16% | 10% | 9% | 10% | 12% | 16% | 8,40% |
| Proportion des ID2 parmi les cas nouvellement détectés | | 5% | 5% | 5% | 11% | 9% | 7% | 11% | 10,6% | 10,3% |

1.4.2.7 Gale:

La gale est une manifestation de la peau par l'acarien des démangeaisons humaines (*Sarcoptes scabiei* var. *hominis*). L'acarien microscopique de la gale creuse des terriers dans la couche supérieure de la peau où il vit et pond ses œufs. Les symptômes les plus courants de la gale sont des démangeaisons intenses et une éruption cutanée ressemblant à des boutons. L'acarien de la gale se propage généralement par voie directe, prolongée ; contact peau à peau avec une personne qui a la gale. L'infestation par la gale fournit une porte d'entrée importante pour les bactéries et les inhibiteurs du complément des acariens de la gale favorisent la croissance bactérienne. L'infection cutanée bactérienne prédispose à la septicémie et aux infections invasives.

La gale a été ajoutée à la liste du Département de lutte contre les maladies tropicales négligées de l'Organisation mondiale de la santé en 2017 en raison du fardeau de la gale et de ses complications, en particulier dans les zones où l'accès aux soins de santé est limité et en raison de nouvelles stratégies potentielles de contrôle de la santé publique.

Actions relatives au contrôle de la gale seront :

- Mener une étude de prévalence et la distribution de la gale au Burundi ;
- Faire le plaidoyer pour les ressources (en nature et financement) ;
- Mettre en œuvre des interventions intégrées incluant l'approche des MTN cutanées pour le contrôle de la gale (détection et prise en charge des cas, surveillance, formation, sensibilisation) ;
- Renforcer le système de surveillance, y compris la détection et la gestion des épidémies, car la gale est une maladie sujette aux épidémies ;

Afin d'établir un contrôle de la gale, il est fortement recommandé de prêter attention à la cartographie du fardeau de la maladie ; la prestation des interventions ; et la mise en place d'un cadre de suivi et d'évaluation approprié.

³⁷ Rapport annuels 2013-2021 du PNILT

Tableau 22: Liste des MTN endémiques au Burundi

| N° | DS | Filariose Lumbricoides | ONCHO | SCHISTO | STH | Trachome | THA | Lèpre | Gale | Rage | Ulcère de Piloni | Taeniose | Morsure de serpent | Plan | Mycétoïe |
|----|-------------|---------------------------|-------|---------|-----|----------|-----|-------|------|------|---------------------|----------|-----------------------|------|----------|
| 1 | Bubanza | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 2 | Mpanda | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 3 | Zone nord | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 4 | Zone centre | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 5 | Zone sud | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 6 | Kabezi | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 7 | Isare | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 8 | Rwibaga | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 9 | Bururi | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 10 | Matana | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 11 | Rutovu | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 12 | Cankuzo | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 13 | Murore | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 14 | Bukinyana | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 15 | Cibitoke | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 16 | Mabayi | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 17 | Gitega | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 18 | Mutaho | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 19 | Kibuye | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 20 | Ryansoro | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 21 | Buhiga | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 22 | Nyabikere | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 23 | Kayanza | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 24 | Musema | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 25 | Gahombo | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 26 | Kirundo | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 27 | Mukenke | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 28 | Vumbi | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 29 | Busoni | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 |
| 30 | Makamba | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 31 | Nyanza-lac | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 32 | Muramvya | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 33 | Kiganda | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 |
| 34 | Muyinga | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 35 | Gashoho | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 36 | Giteranyi | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 37 | Kibumbu | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 38 | Fota | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 39 | Ngozi | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 40 | Kirembe | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 41 | Buye | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 42 | Rumonge | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 43 | Bugarama | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 44 | Rutana | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 45 | Gihofi | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 46 | Ruyigi | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 47 | Butezi | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 48 | Gisuru | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 49 | Kinyinya | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |

0 : Non endémique

1 : Endémique

2 : Statut inconnu

Figure13 : Carte de co endémicité des MTN- CTP

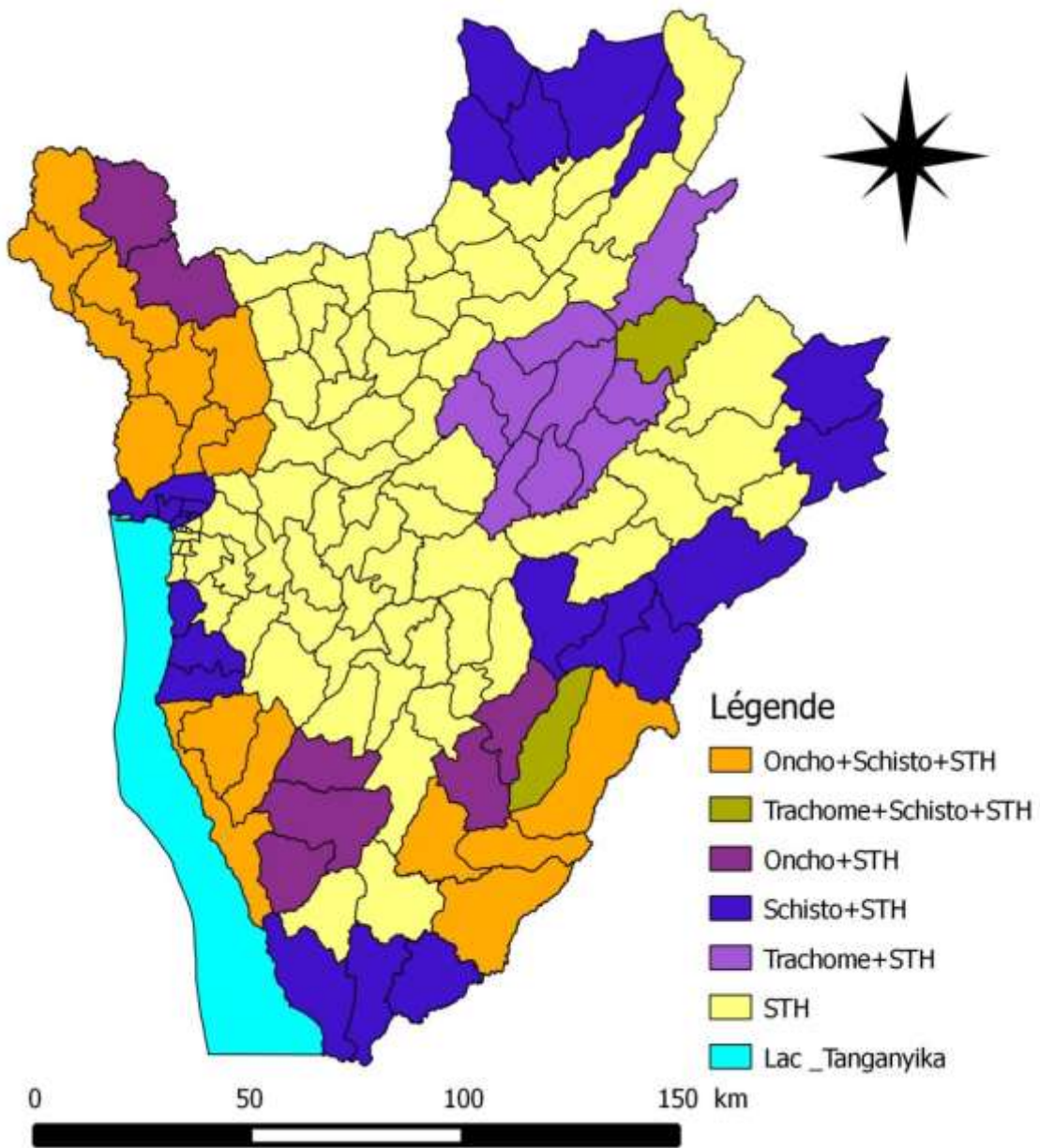


Tableau 23: Données nationales sur la Population, Ecoles et Etablissements de Santé par Districts

| Provinces | Districts Sanitaires | Nombre de collines | Population 2020 | 12-59 mois | 5-14 ans | 15 ans et plus | Nombre des ECOFO | Nombre de CDS |
|-----------|----------------------|--------------------|-----------------|------------|----------|----------------|------------------|---------------|
| | | | | 14,20% | 26,70% | 55,40% | | |
| Bubanza | Bubanza | 49 | 220499 | 31311 | 58873 | 122156 | 122 | 25 |
| | Mpanda | 44 | 228811 | 32491 | 61093 | 126761 | 159 | 33 |
| Mairie | Mairie Centre | 26 | 164047 | 23295 | 43801 | 90882 | 56 | 50 |
| | Mairie Nord | 54 | 330865 | 46983 | 88341 | 183299 | 147 | 64 |
| | Mairie Sud | 18 | 165936 | 23563 | 44305 | 91929 | 115 | 34 |
| Bujumbura | Isale | 65 | 252492 | 35854 | 67415 | 139881 | 10936 | 37 |
| | Kabezi | 49 | 228182 | 32402 | 60925 | 126413 | 99 | 30 |
| | Rwibaga | 43 | 137175 | 19479 | 36626 | 75995 | 60 | 13 |
| Bururi | Bururi | 47 | 150600 | 21385 | 40210 | 83432 | 89 | 26 |
| | Rutovu | 39 | ND | ND | 45294 | 88206 | 61 | 61 |
| | Matana | 43 | 265584 | 37713 | 70911 | 147134 | 123 | 28 |
| Cankuzo | Cankuzo | 52 | 161106 | 22877 | 43015 | 89253 | 82 | 21 |
| | Murore | 35 | 143118 | 20323 | 38213 | 79287 | 54 | 16 |
| Cibitoke | Bukinanyana | 57 | 209998 | 29820 | 56069 | 116339 | 116 | 27 |
| | Cibitoke | 29 | 196237 | 27866 | 52395 | 108715 | 57 | 26 |
| | Mabayi | 45 | 205788 | 29222 | 54945 | 114007 | 109 | 29 |
| | Gitega | 69 | 303093 | 43039 | 80926 | 167914 | 214 | 40 |
| Gitega | Kibuye | 86 | 253609 | 36012 | 67714 | 140499 | 94 | 17 |
| | Mutaho | 40 | 230941 | 32794 | 61661 | 127941 | 71 | 14 |
| | Ryansoro | 69 | 176343 | 25041 | 47084 | 97694 | 61 | 16 |
| Karusi | Buhiga | 83 | 307759 | 43702 | 82172 | 170498 | 112 | 18 |
| | Nyabikere | 62 | 272373 | 38677 | 72724 | 150895 | 117 | 19 |
| | Gahombo | 79 | 223609 | 31752 | 59704 | 123879 | 77 | 14 |
| Kayanza | Kayanza | 102 | 289031 | 41042 | 77171 | 160123 | 94 | 27 |
| | Musema | 85 | 265505 | 37702 | 70890 | 147090 | 102 | 17 |
| | Busoni | 41 | 193302 | 27449 | 51612 | 107089 | 42 | 11 |
| | Kirundo | 41 | 242410 | 34422 | 64723 | 134295 | 52 | 21 |
| Kirundo | Mukenke | 39 | 165013 | 23432 | 44058 | 91417 | 46 | 15 |
| | Vumbi | 73 | 234371 | 33281 | 62577 | 129842 | 56 | 16 |
| | Makamba | 78 | 301852 | 42863 | 80594 | 167226 | 175 | 34 |
| Makamba | Nyanza-Lac | 75 | 170911 | 24269 | 45633 | 94685 | 195 | 39 |
| Muramvya | Kiganda | 59 | 193060 | 27415 | 51547 | 106955 | 88 | 16 |
| | Muramvya | 40 | 195858 | 27812 | 52294 | 108505 | 62 | 20 |
| | Gashoho | 57 | 196865 | 27955 | 52563 | 109063 | 55 | 17 |
| Muyinga | Giteranyi | 67 | 329808 | 46833 | 88059 | 182714 | 67 | 23 |
| | Muyinga | 106 | 313942 | 44580 | 83823 | 173924 | 107 | 31 |
| | Fota | 63 | 172175 | 24449 | 45971 | 95385 | 71 | 13 |
| Mwaro | Kibumbu | 68 | 190894 | 27107 | 50969 | 105755 | 105 | 20 |
| | Buye | 73 | 233774 | 33196 | 62418 | 129511 | 65 | 21 |
| Ngozi | Kirembe | 111 | 314772 | 44698 | 84044 | 174384 | 85 | 24 |
| | Ngozi | 109 | 329698 | 46817 | 88029 | 182653 | 99 | 44 |
| Rumonge | Bugarama | 70 | 197101 | 27988 | 52626 | 109194 | 202 | 23 |
| | Rumonge | 48 | 270822 | 38457 | 72309 | 150035 | 200 | 46 |
| | Gihofi | 65 | 229376 | 32571 | 61243 | 127074 | 125 | 27 |
| Rutana | Rutana | 95 | 213935 | 30379 | 57121 | 118520 | 119 | 23 |
| | Gisuru | ND | ND | 19196 | 45917 | 81369 | ND | ND |
| | Butezi | 54 | 136065 | 19321 | 36329 | 75380 | 58 | 14 |
| Ruyigi | Kinyinya | 80 | 271206 | 38511 | 72412 | 150248 | 122 | 17 |
| | Ruyigi | 44 | 125124 | 17768 | 33408 | 69319 | 75 | 16 |
| Total | 49 | 260 | 1511 192 | 1525 114 | 2922 756 | 6044 764 | 677 | 1 233 |

1.4.3 PERFORMANCE DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN

1.4.3.1 PERFORMANCE DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN –CTP

Tableau 25. PERFORMANCE DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN-CTP

| MTN/CTP | 2 017 | | | | 2 018 | | | | 2 019 | | | |
|-----------------------|-----------|-----------|--------|-----------|-----------|-----------|--------|-----------|-----------|-----------|--------|-----------|
| | PC | P T | CT | CG | PC | PT | CT | CG | PC | PT | CT | CG |
| Onchocercose | 1 773 617 | 1 437 189 | 81,03 | 12 (100%) | 1 858 542 | 1 514 812 | 81,51 | 12 (100%) | 1 932 403 | 1 576 933 | | |
| Schistosomiase | 977 327 | 959 945 | 98,22 | 23 (100%) | 1 286 842 | 1 439 639 | 111,87 | 23 (100%) | 1 518 747 | 1 493 458 | | 23 (100%) |
| STH 1er tour | 4 572 267 | 4 486 515 | 98,12 | 49 (100%) | 4 732 249 | 4 875 276 | 103,02 | 49 (100%) | 4 879 387 | 5 087 570 | 104,27 | 49 (100%) |
| STH 2ème tour | 4 572 267 | 4 598 162 | 100,57 | 49 (100%) | 4 732 249 | 4 800 739 | 101,45 | 49 (100%) | 4 879 387 | 4 816 625 | 98,71 | 49 (100%) |
| Trachome | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | 188300 | 179073 | 95,00% | 1 (100%) |

PC : Population cible

PT : Population traitée

CT: Couverture thérapeutique

CG : Couverture géographique

NA : Non applicable

Tableau 26. PERFORMANCE DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN-CTP (SUITE ET FIN)

| MTN/CTP | 2 020 | | | | 2 021 | | | |
|-----------------------|-----------|-----------|--------|-----------|-----------|-----------|--------|-----------|
| | PC | PT | CT | CG | PC | PT | CT | CG |
| Onchocercose | 2 000 841 | 1 639 317 | 81,93 | 12 (100%) | ND | ND | | |
| Schistosomiase | 1 555 197 | 1 633 550 | 105,04 | 23 (100%) | 1 640 051 | 1 681 868 | 102,55 | 23 (100%) |
| STH 1er tour | 4 662 068 | 5 377 896 | 115,35 | 49 (100%) | 5 119 701 | 5 409 406 | 105,66 | 49 (100%) |
| STH 2ème tour | 4 996 493 | 5 040 155 | 100,87 | 49 (100%) | 5 119 701 | 5 367 778 | 104,85 | 49 (100%) |
| Trachome | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA |

PC : Population cible

PT : Population traitée

CT: Couverture thérapeutique

CG : Couverture géographique

NA : Non applicable

1.4.2.2 PRISE EN CHARGE DES MTN CAS PAR CAS (MTN/PCC)

Tableau 27 : Prise en charge des MTN cas par cas (MTN/PCC)³⁸

| MTN/PCC | Cas notifiés et traités | | | | |
|---|-------------------------|-------|-------|-------|---------|
| | 2 017 | 2 018 | 2 019 | 2 020 | 2 021 |
| Lèpre | 400 | 382 | 415 | 405 | 465 |
| Gale | ND | ND | ND | ND | ND |
| Ténia /Cystécercose | | | | | |
| Ulçère de Buruli | ND | ND | ND | ND | ND |
| Envenimations par morsures des serpents | ND | ND | ND | ND | 1192[1] |
| Morsures par chiens | ND | ND | ND | ND | 629 |

[1\[1\] Données rapportées dans la DHIS2 2021](#)

³⁸ Cfr rapports annuels 2017-2021 du PNILT

1.4.3.2 RESULTATS D'IMPACT DES CPT SUR MTN

Tableau 28: RESULTATS D'IMPACT DES CTP SUR MTN

| MTN | Indicateur | Année de référence | Données de base | DS endémique à CTP | Année récente | Données récentes | DS endémique à CTP |
|-------------------------|--|--------------------|---|--------------------|---------------|--|--------------------|
| Onchocercose | Prévalence nodulaire brute % | 2001 à 2005 | 0,1 - 83,3% | 12 | 2014 | 1.6 - 4.64% | 12 |
| | Prévalence Brute charge microfilairienne % | | | | 2014 | 0.026% | 12 |
| | Biopsies cutanées exsangues | | | | 2014 | 0.026% | 12 |
| | Taux d'infectivité chez les simules | ND | ND | ND | ND | ND | ND |
| | Potentiel annuel transmission | | | | | | |
| Schistosomiase | Prévalence | 2005 | 22,1% | 23 | 2021 | 1,13% | 23 |
| | Taux d'infectivité des mollusques | ND | ND | ND | ND | ND | ND |
| Geo helminthiase | Taux de Prévalence | 2007 | 36% | 49 | 2021 | 12,5 % | 49 |
| | Taux d'infection | 2014 | Ascaris 17.1% Trichocéphale 5.2% Ankylostome 5.4% | 49 | 2021 | Ascaris 8.9% Trichocéphale 3.9% Ankylostome 1.7% | 49 |
| Trachome | Taux de Prévalence TF | 2009 | 7,2% - 13,6% | 5 | 2020-2021 | 0,29% - 0,82% | 5 |
| | Nombre de cas de trachome trachomateux | 2018 | | | 2012-2020 | 4 | |
| | | | | | | | |

1.4.3.4 BESOINS EN MEDICAMENTS 2022-2027

Tableau 29: Population cible et besoins en médicaments 2022-2027

| MTN | 2023 | | 2024 | | 2025 | | 2026 | | 2027 | |
|---------------------------------|------------------|-----------|------------------|-----------|------------------|-----------|------------------|-----------|------------------|-----------|
| | Population cible | Mdcmnt | Population cible | Mdcmnt | Population cible | Mdcmnt | Population cible | Mdcmnt | Population cible | Mdcmnt |
| Onchocercose | 2 227 120 | 5 238 187 | 2 280 571 | 5 363 903 | 2 335 305 | 5 492 637 | 2 391 352 | 5 624 460 | 2 448 744 | 5 759 447 |
| Schistosomiase | 1 679 412 | 4 198 531 | 1 719 718 | 4 299 295 | 1 760 991 | 4 402 478 | 1 803 255 | 4 508 138 | 1 846 533 | 4 616 333 |
| STH 1^{er} tour | 5 242 574 | 5 242 574 | 5 368 396 | 5368 396 | 5 497 237 | 5 497 237 | 5 629 171 | 5 629 171 | 5 764 271 | 5 764 271 |
| STH 2^{ème} tour | 5 242 574 | 5 242 574 | 5 368 396 | 5368 396 | 5 497 237 | 5 497 237 | 5 629 171 | 5 629 171 | 5 764 271 | 5 764 271 |
| Lèpre | | | | | | | | | | |

1.4.3.5 Interventions de lutte contre les MTN 2001-2021

Tableau 30: Interventions de lutte contre les MTN 2001-2021

| MTN à CTP 2001-2022 | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------|---------------------|------------|---------------------|-----|------|
| | Etude de cartographie | Chimiothérapie préventive de Masse | Prise charge cas par cas | Etudes d'impact | Evaluation de la couverture | Evaluation pré arrêt/Arrêt | Cartographie d'élimination | Etudes | Etude malacologique | Enquête de | Essai thérapeutique | DQA | QSAT |
| Onchocercose | X | X | | X | X | | | | | | | | |
| Schistosomiase | X | X | X | X | X | | | | | | | X | X |
| STH 1er tour | X | X | X | X | X | | | | | | X | | X |
| STH 2ème tour | X | X | X | X | X | | | | | | | | |
| Trachome | X | X | | X | | | | | | X | | | |
| Filariose lymphatique | | | | | | | | | | X | | | |
| Lèpre | | | X | | | | | | | | | | |
| Rage par morsures de chiens | | | X | | | | | | | | | | |
| Envenimations par morsures de serpents | | | X | | | | | | | | | | |
| Pians | | | X | | | | | | | X | | | |
| Gale | | | X | | | | | | | X | | | |
| THA | | | X | | | | | | | X | | | |
| Mycétome | | | X | | | | | | | X | | | |
| Ténias/ Cysticercose | X | | X | | | | | | | | | | |
| Ulcère de Buruli | | | X | | | | | | | X | | | |

1.4.3.6 Situation de la Cartographie des MTN

Tableau 31 : Situation de la cartographie des MTN

| MTN Endémique | Nombre total de District | Nombre de District où la maladie est endémique ou suspects d'être endémiques | Nombre de District cartographiés ou statut connu au regard de l'endémie | Nombre de districts à cartographier |
|---|--------------------------|--|---|-------------------------------------|
| Schistosomiase | 49 | 23 | 23 | 0 |
| Géo helminthiases | 49 | 49 | 49 | 0 |
| Onchocercose | 49 | 12 | 15 | 34 |
| Trachome | 49 | 5 | 23 | 0 |
| THA | 49 | 0 | 0 | 0 |
| Lèpre | 49 | 13 | 13 | 0 |
| Cysticercose | 49 | 49 | 0 | 49 |
| Rage | 49 | 49 | 0 | 49 |
| Pian | 49 | 49 | 0 | 49 |
| Gale | 49 | 49 | 0 | 49 |
| Mycétome | 49 | 49 | 0 | 49 |
| Envenimations par Morsures des serpents | 49 | 49 | 0 | 49 |
| Ulcère de Buruli | 49 | 49 | 0 | 49 |

1.4.4 PERFORMANCE DES AUTRES PROGRAMMES ETROITEMENT LIES AU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN

TABLEAU 32 : Principales interventions de la lutte anti vectorielle

| ACTIVITES | Moustiques | | | Autres vecteurs | | | |
|---|-----------------------|--------|-----------|------------------------------|--------------|--------------|----------------------------------|
| | Filariose lymphatique | Dengue | Paludisme | Mollusque/hôte intermédiaire | Simulie | Phlébotome | Mouche tsé-tsé |
| | | | | Schistosomiase | Onchocercose | Leishmaniose | Trypanosomiase humaine africaine |
| Moustiquaires imprégnées d'insecticide | | | X | | | | |
| Pulvérisation intra domiciliaire à effet rémanent | | | X | | | | |
| Pulvérisation spatiale | | | X | | | | |
| Traitement larvicide | | | X | | | | |
| Pièges | | | | | X | | |
| Prévention/Traitement des lieux de reproduction | | | | | | | |

1.4.5 Interventions WASH

1.4.5.1 Intervenants dans le secteur Eau, Assainissement et hygiène

Tableau 33. Partenaires WASH et types d'interventions

| Intervenants WASH | Zones d'intervention | Types d'interventions | | | | | |
|-------------------|----------------------|-----------------------|------------------|----------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| | | Lavage des mains | Lavage du visage | Latrines | Adduction en eau potable | EPS Sur CCC | Assainissement du milieu |
| MSPLS/DPS DSCE | Tout le pays | X | X | x | | X | |
| REGIDESO | Tout le pays | | | | X | | |
| AREEME | Tout le pays | | | | X | | |
| UNICEF | Tout le pays | X | X | X | X | X | X |
| WORLD VISION | 13 Districts | X | X | X | X | X | X |
| CROIX ROUGE | Tout le pays | X | X | X | X | X | X |
| OBUHA | Tout le pays | | | | | | X |
| | | | | | | | |

1.4.5.2 Indicateurs relatifs au volet Eau, Assainissement et hygiène

Tableau 34. Indicateurs relatifs au volet Eau, Assainissement et Hygiène³⁹

| Indicateurs | Année 2020 |
|--|--------------------------------------|
| Pourcentage de la population ayant accès à des sources d'eau potable (JMP) | 61% (urbain : 90 % ; rural : 57%) |
| Pourcentage de la population ayant accès à une source d'eau améliorée à moins de 30 minutes (JMP) | 61 % |
| Pourcentage de la population ayant accès aux infrastructures sanitaires améliorées (non partagées) (JMP) | 46 % |
| Pourcentage des ménages disposant de l'assainissement adéquat (JMP) | 16 % |

³⁹ Source : ISTEEDU, Projections démographiques 2010-2050, et EDS 2016/2017.

1.5 ATOUS DU PROGRAMME MTN

1.5.1 Opportunités et menaces

Tableau 35. Opportunités et menaces du programme par pilier

| Pilier | Opportunités | Menaces |
|-------------------------------------|---|--|
| 1. Leadership et gouvernance | Existence d'un cadre de coordination des partenaires intervenants dans le secteur de la santé (CPSD) Existence des partenaires intervenants dans le volet Eau ,Assainissement et hygiène | Faible coordination avec les intervenants impliqués dans le volet WASH |
| | Existence d'une feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030 | |
| | Engagement des partenaires au développement | |
| | Existence d'une initiative mondiale en faveur de l'élimination des MTN | |
| 2. Ressources humaines | Existence d'un partenariat au développement engagé pour la formation du personnel spécialisé | |
| 3. Information sanitaire | Existence d'une volonté des partenaires à appuyer la finalisation de la cartographie | |
| | Existence du SNIS intégrant les MTN | |
| | Existence des institutions de recherche | |
| | Engagement des partenaires au développement | |
| Médicaments | Partenariat avec les donateurs des médicaments | Forte dépendance dans l'acquisition des intrants pour la PEC des MTN |
| | Engagement des firmes pharmaceutiques à soutenir la lutte contre les MTN par le don gratuit des médicaments ; | |

| Pilier | Opportunités | Menaces |
|---------------------------------|---|--|
| Offre des soins | Existence des directives de l’OMS | Instabilité et déplacement interne des populations suite aux aléas climatiques |
| Financement | Existence des partenaires au développement pour l’appui aux interventions de lutte contre les MTN | Instabilité des financements alloués à la lutte contre les MTN |
| | Inscription de la lutte contre les MTN dans l’agenda international ; | |
| Recherche opérationnelle | Existence d’une volonté des partenaires à appuyer la finalisation de la cartographie | Coût élevé des recherches |
| | | Forte dépendance extérieure |

1.5.2 Forces et Faiblesses du programme par pilier

Tableau 37. Forces et Faiblesses du Programme par pilier

| Pilier | Forces | Faiblesses |
|----------------------------------|--|---|
| Leadership et gouvernance | Existence d’une volonté politique pour soutenir la lutte contre les MTN | Faible intégration de la multisectorialité dans la lutte contre les MTN |
| | Existence du programme intégré en charge de la lutte contre les MTN | |
| | Prise en compte des principaux indicateurs de performance des MTN dans la stratégie sectorielle nationale de santé, dans le PNDS III | |
| | Existence d’un comité indépendant de l’élimination de l’onchocercose | |
| | Mise en œuvre des interventions intégrées pour les MTN à CTP | |
| Ressources humaines | Existence des ressources humaines qualifiées et dynamiques | |
| | Engagement des agents de santé communautaires dans les programmes MTN, y compris la mobilisation communautaire et la distribution de médicaments | Non harmonisation des collations des ASC/DC lors de l’accomplissement de leur tâche |

| Pilier | Forces | Faiblesses |
|------------------------------|--|---|
| Information sanitaire | Existence d'un plan directeur de lutte contre les MTN faisant de la cartographie une des priorités | Statut épidémiologique inconnu pour certaines MTN |
| | Existence d'un circuit national de rapportage des données sanitaires | Insuffisance des financements alloués aux recherches opérationnelles visant les actions de la lutte contre le MTN |
| | | Insuffisance des missions de supervision formative au niveau des FOSA et approvisionnement en médicaments |
| | | Aucun indicateur MTN n'est subventionné dans FBP |
| | Elaboration et publication des bulletins et annuaire statistiques | Faible intégration de certains indicateurs des MTN dans la base DHIS2 |
| | Existence d'une unité en charge de la gestion des données MTN | Données manquantes, aberrantes dans le rapportage de routine sur les MTN dans la base DHIS2 |
| | | Absence d'outils / protocoles/guides/affiches pour la PEC des MTN au niveau des FOSA |
| Médicaments | Disponibilité des médicaments de lutte contre les MTN au pays | Insuffisance du système de pharmacovigilance des médicaments |
| | Existence d'un circuit d'approvisionnement intégré dans le système national | |
| | Existence d'un laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments | |
| | Existence d'un organe en charge de régulation des produits pharmaceutiques à usage humain | |
| Offre des soins | Existence des équipes dynamiques et qualifiées | Absence d'outils / protocoles/guides/affiches pour la PEC des MTN au niveau des FOSA |
| | Bonne couverture en infrastructures sanitaires | |

| Pilier | Forces | Faiblesses |
|---------------------------------|--|---|
| Financement | Accord pour l'exonération des intrants pour la lutte contre les MTN | Insuffisance des dotations budgétaires pour la mise en œuvre des activités, |
| | Payement des salaires du personnel | Existence d'une ligne budgétaire allouée seulement à la lutte contre l'onchocercose |
| | Location des bureaux du PNIMTNC | Insuffisance des moyens de déplacement pour la supervision et l'approvisionnement |
| | | Insuffisance d'outils informatique pour les activités des saisies et analyse de donnée. |
| Recherche opérationnelle | Existence des institutions (Université et instituts) et centres de recherche | Statut épidémiologique inconnu pour certaines MTN (THA, Pian , Ulcère de Buruli, Cysticercose, mycétome) |
| | Disponibilité de la cartographie intégrée des MTN –CTP (Trachome, SCHISTO, STH, ONCHO) | |

1.5.3 Lacunes et Priorités

1 .5.3.1 Lacunes

- Faible intégration de la multisectorialité dans la lutte contre les MTN
- Non harmonisation des collations des ASC/DC lors de l'accomplissement de leur tâche
- Statut épidémiologique inconnu pour certaines MTN
- Insuffisance des financements alloués aux recherches opérationnelles visant les actions de la lutte contre les MTN
- Insuffisance des missions de supervision formative au niveau des FOSA
- Aucun indicateur MTN n'est subventionné dans le FBP
- Faible intégration de certains indicateurs des MTN dans la base DHIS2
- Absence d'outils / protocoles/guides/affiches pour la PEC des MTN au niveau des FOSA
- Insuffisance du système de pharmacovigilance des médicaments
- Absence d'outils /protocoles/guides/affiches pour la PEC des MTN au niveau des FOSA
- Insuffisance des dotations budgétaires pour la mise en œuvre des activités,
- Insuffisance d'outils informatiques pour les activités de saisie et analyse de données.

1.5.3. 2 Priorités

- Renforcer la collaboration multisectorielle en matière d'hygiène et d'assainissement de l'environnement
- Renforcer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources locales et extérieures nécessaires à la mise en œuvre du plan ;
- Renforcer la recherche opérationnelle sur les MTN ;
- Mettre à jour du statut épidémiologique des MTN à CTP et de la cartographie des MTN à statut inconnu) ;
- Améliorer la prévention et la PEC des MTN dans les FOSA au niveau opérationnel ;
- Mettre en place d' un plan de surveillance interne des MTN et aux niveaux des frontières

PARTIE 2 : PROGRAMME STRATEGIQUE, BUT ET OBJECTIFS

Le Troisième Plan Directeur National de lutte contre les MTN envisage de parvenir à un Burundi exempt de MTN grâce à l'effort concerté du gouvernement pour renforcer le partenariat avec les autorités nationales, régionales, les partenaires au développement et une participation significative de la communauté.

SECTION 2.1 : MISSION ET VISION DE PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN

2.1.1 MISSION : Accélérer l'élimination des MTN au Burundi afin de protéger 15 millions de personnes d'ici 2027.

2.1.2 VISION : Une population Burundaise exempte des MTN, productive et prospère.

SECTION 2.2 : OBJECTIFS STRATEGIQUES, CIBLES ET JALONS

2.2.1 OBJECTIF STRATEGIQUE:

- Réduire le fardeau lié aux MTN grâce à des stratégies et des approches innovantes pour atteindre les objectifs définis dans la feuille de route de l'OMS d'ici 2030

2.2.2 Cibles des maladies tropicales négligées

2.2.2.1 Cibles générales mondiales selon la feuille de route de l'OMS d'ici 2030

1. Réduction de 90% du nombre des personnes nécessitant les interventions contre les maladies tropicales négligées ;
2. Réduction de 75% du nombre d'années de vie corrigée de l'incapacité liée aux maladies tropicales négligées ;
3. Nombre de pays ayant éliminé au moins une maladie
4. Nombre des maladies tropicales négligées éliminées ou éradiquées.

2.2.2.2 Cibles nationales des MTN d'ici 2027

Maladies ciblées pour élimination (interruption de la transmission)

Eliminer la transmission de l'onchocercose dans les 12 districts jadis connus méso et hyper endémiques d'ici 2027 ;

Eliminer la transmission de la Trypanosomiase humaine africaine à *Trypanosoma brucei rhodesiense* au Burundi d'ici 2027;

Eliminer la transmission du pian d'ici 2027

Eliminer la transmission de la lèpre et réduire des incapacités dues à celle-ci d'ici 2027.

Maladies ciblées pour élimination en tant que problème de santé publique

Éliminer la Schistosomiase comme problème de santé publique dans 23 districts d'ici 2027;

Éliminer les Géohelminthiases comme problème de santé publique d'ici 2027 ;

Éliminer le Trachome en tant que problème de santé publique d'ici 2027

Éliminer la Rage humaine transmise par les chiens en tant que problème de santé publique d'ici 2027 ;

Maladies ciblées pour le contrôle

Contrôler la transmission de la gale d'ici 2027 ;

Contrôler la transmission de la télanie/Cysticercose d'ici 2027 ;

Contrôler la transmission de l'ulcère de Buruli d'ici 2027 ;

Contrôler la transmission du mycétome d'ici 2027

Contrôler la morbidité due à la pododermatite d'ici 2027

Contrôler la prévalence des envenimations par les serpents d'ici 2027.

2.2.2.3 Cibles transversales d'ici 2027

APPROCHES INTEGRÉES

1. **100 % : Indice** de couverture du traitement intégré des MTN par la chimiothérapie préventive ;
2. 100% des districts sanitaires mettant en œuvre la stratégie intégrée de lutte contre les infections dermatologiques dues aux maladies tropicales négligées
3. Réduction de 95 % du nombre de décès dus à des MTN à transmission vectorielle.

COORDINATION MULTISECTORIELLE

1. **70% : Accès** à l'approvisionnement en eau, à l'assainissement et à l'hygiène de base dans les 49 districts endémiques pour les MTN ;
2. 80% de la population à risque protégée contre les dépenses de santé catastrophiques dues aux maladies tropicales négligées ;
3. 100 % : Pourcentage d'intégration des Maladies tropicales négligées dans les Stratégies/plans sanitaires nationaux ;

COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

1. 90 % des interventions de lutte contre les Maladies tropicales négligées incluses dans les paquets d'activités des formations sanitaires dans leur ensemble de services essentiels et ayant prévu un budget à cet effet
2. 100% des districts disposant des directives relatives à la prise en charge des handicaps liés aux maladies tropicales négligées.

APPROPRIATION PAR LE PROGRAMME

1. 100% des districts notifiant des données sur toutes les maladies tropicales négligées endémiques pertinentes
2. 100% des districts recueillant et Notifiant des données ventilées par sexe sur les maladies tropicales négligées

Figure 14 : Cibles transversales

2.2.2.4 Cibles spécifiques pour chaque MTN

Tableau 38. Cibles spécifiques pour chaque maladie

| CIBLE NATIONALE | MALADIE | OBJECTIFS | ANNEE | STRATEGIE |
|--|-------------------|---|-------|---|
| Éliminer la transmission de l'onchocercose dans les 12 districts jadis connus méso et hyper endémiques d'ici 2027 | Onchocercose | <ul style="list-style-type: none"> • Atteindre à < 2 % de séroprévalence de l'onchocercose dans les 12 districts endémiques méso et hyper endémiques ; • Atteindre le taux d'infectivité < 1/2000 simules. | 2027 | <ul style="list-style-type: none"> • Administration de masse des médicaments • Prise en charge des cas |
| Éliminer la Schistosomiase comme problème de santé publique dans 23 districts d'ici 2027 | Schistosomiase | <ul style="list-style-type: none"> • Atteindre à < 1 % de prévalence d'infections à la schistosomiase à forte intensité dans 23 DS ; • Réduire le taux d'infection chez les mollusques • Atteindre < 1 % de prévalence d'infection grave intensité (chaîne de polymérase quantitative réaction - PCR) dans tous les groupes de risque infections | 2027 | <ul style="list-style-type: none"> • Chimiothérapie préventive de masse • Prise en charge des morbidités • WASH |
| Éliminer les Helminthiases transmises par le sol en tant que problème de santé publique d'ici 2027 | Géo helminthiases | <ul style="list-style-type: none"> • Atteindre à < 2 % d'infections à géo helminthes d'intensité modérée à forte dues à Ascaris lumbricoides, Trichuris trichuria, Ancylostoma duodenale et Necator americanus | 2027 | <ul style="list-style-type: none"> • Chimiothérapie préventive de masse • Prise en charge des morbidités • WASH |
| Éliminer le Trachome en tant que problème de santé publique d'ici 2027 | Trachome | <ul style="list-style-type: none"> • Parvenir à la validation du dossier de l'élimination du trachome en tant problème de santé publique | 2027 | <ul style="list-style-type: none"> • Surveillance active post validation du dossier d'élimination • WASH • Prévention de la transmission communautaire |

| CIBLE NATIONALE | MALADIE | OBJECTIFS | ANNEE | STRATEGIE |
|--|--------------|---|-------|--|
| Contrôler la transmission de la gale d'ici 2027 | Gale | <ul style="list-style-type: none"> Réaliser une cartographie de la gale Mettre en œuvre une approche intégrée des MTN cutanées | 2027 | <ul style="list-style-type: none"> Cartographie Détection et prise en charge des cas Intervention intégrée |
| Éliminer la transmission de la Lèpre et réduire des incapacités dues à celle-ci d'ici 2027 | Lèpre | <ul style="list-style-type: none"> Réduire de 70 % du nombre annuel de nouveaux cas détectés Réduire de 90% du nombre de nouveaux cas affectés par une incapacité de degré 2 (ID2) pour un million d'habitants. Réduire de 90% du nombre de nouveaux cas pédiatriques de lèpre pour un million d'enfants | 2027 | <ul style="list-style-type: none"> Détection et prise en charge intégrée des cas Surveillance active Prophylaxie post exposition Recherche des cas contacts Lutte contre la stigmatisation et la discrimination Prise en charge inclusive du handicap) |
| Éliminer le pian comme problème de santé d'ici 2027 | Pian | <ul style="list-style-type: none"> Parvenir à la validation du dossier du Pian en tant problème de santé publique Réaliser une Cartographie du pian | 2027 | <ul style="list-style-type: none"> Cartographie Prévention de la transmission communautaire Surveillance Active |
| Éliminer la rage humaine transmise par morsures des chiens en tant que problème de santé publique d'ici 2027 | Rage | <ul style="list-style-type: none"> Réaliser une Cartographie de la Rage Renforcer la surveillance de la Rage | 2027 | <ul style="list-style-type: none"> Cartographie Détection et gestion des cas |
| CIBLE NATIONALE | MALADIE | OBJECTIFS | ANNEE | STRATEGIE |
| Contrôler la transmission de la teianise/ Cysticercose d'ici 2027 | Cysticercose | <ul style="list-style-type: none"> Réaliser une Cartographie de la cysticercose Renforcer la surveillance de la cysticercose | 2027 | <ul style="list-style-type: none"> Cartographie Détection et gestion des cas |
| Contrôler la prévalence les | Morsures des | <ul style="list-style-type: none"> Renforcer la surveillance | | <ul style="list-style-type: none"> Cartographie |

| | | | | |
|--|------------------|--|------|--|
| envenimations par les serpents d'ici 2027. | serpents | <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser Cartographie le cas de morsures de serpents | 2027 | <ul style="list-style-type: none"> • Détection et gestion des cas |
| Contrôler la transmission de l'ulcère de Buruli d'ici 2027 | Ulcère de Buruli | <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une Cartographie de l'Ulcère de Buruli • Renforcer la surveillance de l'Ulcère de Buruli | 2027 | <ul style="list-style-type: none"> • Cartographie • Détection et gestion des cas |
| Contrôler la transmission du mycétome d'ici 2027 | Mycétome | <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une Cartographie du mycétome • Renforcer la surveillance du mycétome | 2027 | <ul style="list-style-type: none"> • Cartographie • Détection et gestion des cas |
| Contrôler la podoconiose d'ici 2020 | Podoconiose | <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une Cartographie de la podoconiose • Renforcer la surveillance de la podoconiose | 2027 | <ul style="list-style-type: none"> • Cartographie • Détection et gestion des cas |

2.2.3. JALONS

Tableau 39: JALONS PAR MALADIE

| Maladie | Indicateurs | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 |
|---------------------|---|------|------|------|------|------|------|
| Onchocercose | Nombre des districts dans lesquels la cartographie des gîtes larvaires des simulies a été conduite (collines de 1 ^{ère} , 2 ^{ème} et 3 ^{ème} ligne déterminées) | 49 | 49 | | | | |
| | Nombre des districts jadis hypo endémiques dans lesquels la cartographie d'élimination d'onchocercose a été conduite (zones où l'onchocercose est endémique ainsi que la population à risque ont été déterminées) | | 34 | 34 | | | |
| | Nombre de districts dans lesquels les enquêtes épidémiologiques Pré-Arrêt de traitement de l'onchocercose sont conduites | | 12 | | | | |
| | Nombre de districts disposant de nouvelles zones de transmission de l'onchocercose <i>dans lesquels un</i> traitement semestriel <i>a été</i> initié | | | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | Nombre de districts dans lesquels l'administration de masse de médicaments contre l'onchocercose a été maintenue | 12 | 12 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| | Nombre des districts dans lesquels les enquêtes d'arrêt de traitement. (Volet épidémiologique et entomologique) sont conduites | | | | | 12 | 12 |
| | Nombre des districts dans lesquels la surveillance après arrêt du traitement de masse a été initiée | | | | | | 12 |

| MALADIE | INDICATEURS | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 |
|--------------------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Schistosomiase | Taux de couverture géographique de l'administration de masse de médicaments contre la Schistosomiase dans les 23 DS endémiques | 23 (100) | 23 (100) | 23 (100) | 23 (100) | 23 (100) | 23 (100) |
| | Nombre de districts dans lesquels la cartographie d'élimination de la schistosomiase chez les adultes dans les zones à haut risque a été menée | | | 23 (100) | | | |
| | Nombre de districts dans lesquels l'étude malacologique a été initié | | | 23 (100) | 23 (100) | | |
| | Nombre de districts dans lesquels le volet WASH dans la lutte contre la schistosomiase a été intégré | | 23(100) | | | | |
| | Nombre de districts dans lesquels les études d'impact ont été menées | | | 23 (100) | | | 23 (100) |
| | Nombre de districts les études de surveillance de l'efficacité du Praziquantel a été mené | | | | 4(100) | | |
| | Nombre de districts dans lesquels la prise en charge des cas des morbidités a été intégrée dans le paquet d'activités des centres de santé | | | 6 (26%) | 12 (52%) | 23 (100) | 23 (100) |
| Géo helminthiases | Taux de Couverture géographique de l'administration de masse de médicaments contre les STH dans les 49 DS endémiques | 49 (100) | 49 (100) | 49 (100) | 49 (100) | 49 (100) | 49 (100) |
| | Nombre de districts dans lesquels le volet WASH dans la lutte contre les Géo helminthiases a été intégré | | 49 (100) | 49 (100) | 49 (100) | 49 (100) | 49 (100) |
| | Nombre de districts dans lesquels l'étude d'impact a été menée | | | | | 49 (100) | |
| Trachome | Présentation du dossier confirmant l'élimination du trachome en tant que problème de santé publique | 1(100) | | | | | |
| | Nombre de districts dans lesquels la surveillance post validation a été initiée | - | 49 (100) | 49 (100) | 49 (100) | 49 (100) | 49 (100) |
| Lèpre | Nombre de nouveaux cas détectés (ventilé par sexe et par âge) | 406 | 386 | 366 | 342 | 318 | 286 |
| | Proportion (par million d'habitants) de nouveaux cas présentant une ID2 | 8% | 6% | 4% | 3% | 2% | 1% |
| | Proportion (par million d'enfants) de nouveaux cas de lèpre chez les enfants | 12% | 8% | 6% | 5% | 4% | 3% |

| Maladie | Indicateur | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 |
|--|---|------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Gale | Proportion des districts cartographiés pour estimer le fardeau de la gale | | 49 (100) | | | | |
| | Proportion des districts qui ont intégré la prise en charge de la gale dans l'ensemble de soins de couverture sanitaire universelle | | | | 49 (100) | 49 (100) | 49 (100) |
| THA | Proportion des districts cartographiés pour estimer le fardeau de la THA | | | 49 (100) | | | |
| | Présentation du dossier de validation de l'élimination du THA en tant que problème de santé publique | 0 | | | | | 1 |
| Pian | Proportion des districts cartographiés pour estimer le fardeau de la Pian | | | 49 (100) | | | |
| | Présentation du dossier de validation d'éradication du pian | 0 | | | | | 1 |
| Rage | Proportion des districts cartographiés pour estimer le fardeau de la rage | | | 49 (100) | | | |
| Cysticercose | Proportion des districts cartographiés pour estimer le fardeau de la Cysticercose | | | 49 (100) | | | |
| Envenimation par morsures des serpents | Proportion des districts cartographiés pour estimer le fardeau des morsures de serpents | | | 49 (100) | 49 (100) | 49 (100) | 49 (100) |
| Mycétome | Proportion des districts cartographiés pour estimer le fardeau du mycétome | | | 49 (100) | | | |
| Ulcère de Buruli | Proportion des districts cartographiés pour estimer le fardeau de l'ulcère de buruli | | | 49 (100) | | | |
| Podoconiose | Proportion des districts cartographiés pour estimer le fardeau de la podoconiose | | 49 (100) | | | | |

SECTION 2.3 : PRINCIPES DIRECTEURS DU PLAN DIRECTEUR DE LUTTE CONTRE LES MTN

D'une manière générale, notre plan cadre sera guidé par les principes directeurs basés sur les valeurs d'équité, de justice sociale, d'éthique, de solidarité nationale, de rigueur et de transparence. Il s'agira de développer notamment :

- **La Prise en charge et appropriation** se traduisant par un ferme engagement politique, une meilleure coordination des interventions et des partenaires au développement à travers des mécanismes forts de coordination, un financement consolidé, et un plan de suivi-évaluation unique et consensuel ;
- **La Responsabilité mutuelle des autorités nationales et des partenaires, transparence et la redevabilité.**

Elle se traduit par une meilleure gouvernance du programme, une rigueur et une transparence dans la gestion et un contrôle permanent à tous les niveaux.

De plus, des interventions sanitaires basées sur les Soins de Santé Primaires seront orientées vers la satisfaction des besoins des populations les plus vulnérables à travers la mise en œuvre effective d'activités intégrées.

- **La Mobilisation, la participation communautaire, la collaboration multi et intersectorielle** pour prendre en compte la volonté d'élargir les interventions en agissant simultanément pour garantir aux populations un accès rapide et gratuit à des médicaments, des outils diagnostiques et des moyens de prévention de qualité. Elles se concrétisent par le respect des traités, des engagements nationaux et internationaux notamment l'atteinte des ODD ;
- **Innocuité** : l'accès universel aux médicaments essentiels de qualité à coût abordable reste indispensable à l'exercice du droit à la bonne santé avec un système de pharmacovigilance efficace palliant sur les effets indésirables éventuels

De manière spécifique, les principes directeurs de notre plan sont définis comme suit :

Pour les MTN à CTP :

- ✓ L'accès des interventions aux populations les plus vulnérables et dans les zones les plus reculées,
- ✓ La disponibilité des médicaments dans la communauté.

Pour les MTN à PCC :

- ✓ La détection et prise en charge précoces des cas.
- ✓ La consolidation des acquis de l'intégration des activités.

SECTION 2.4 : PILIERS ET OBJECTIFS STRATEGIQUES

2.4.1. PILIERS STRATEGIQUES DU PROGRAMME

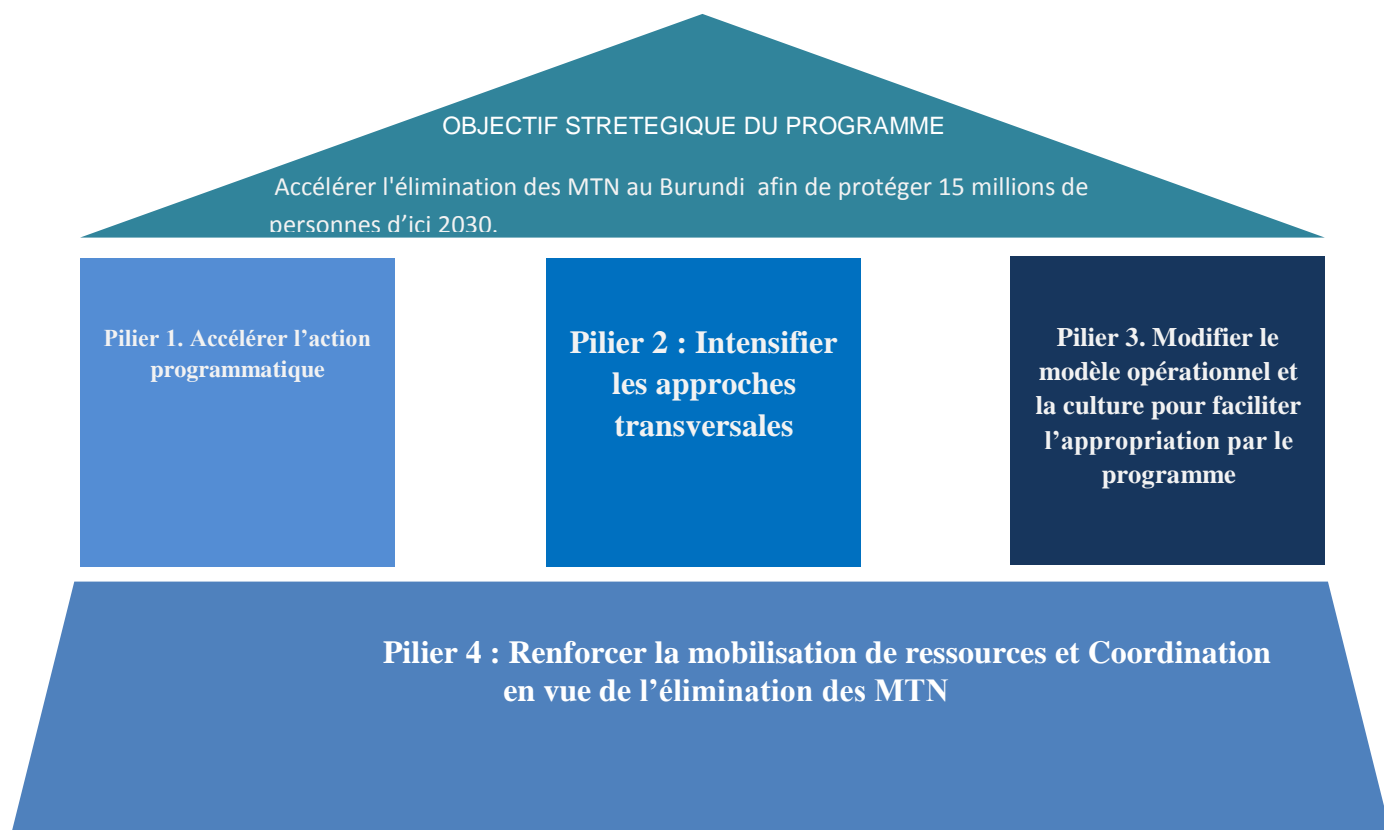


Figure 15. Piliers stratégique du programme

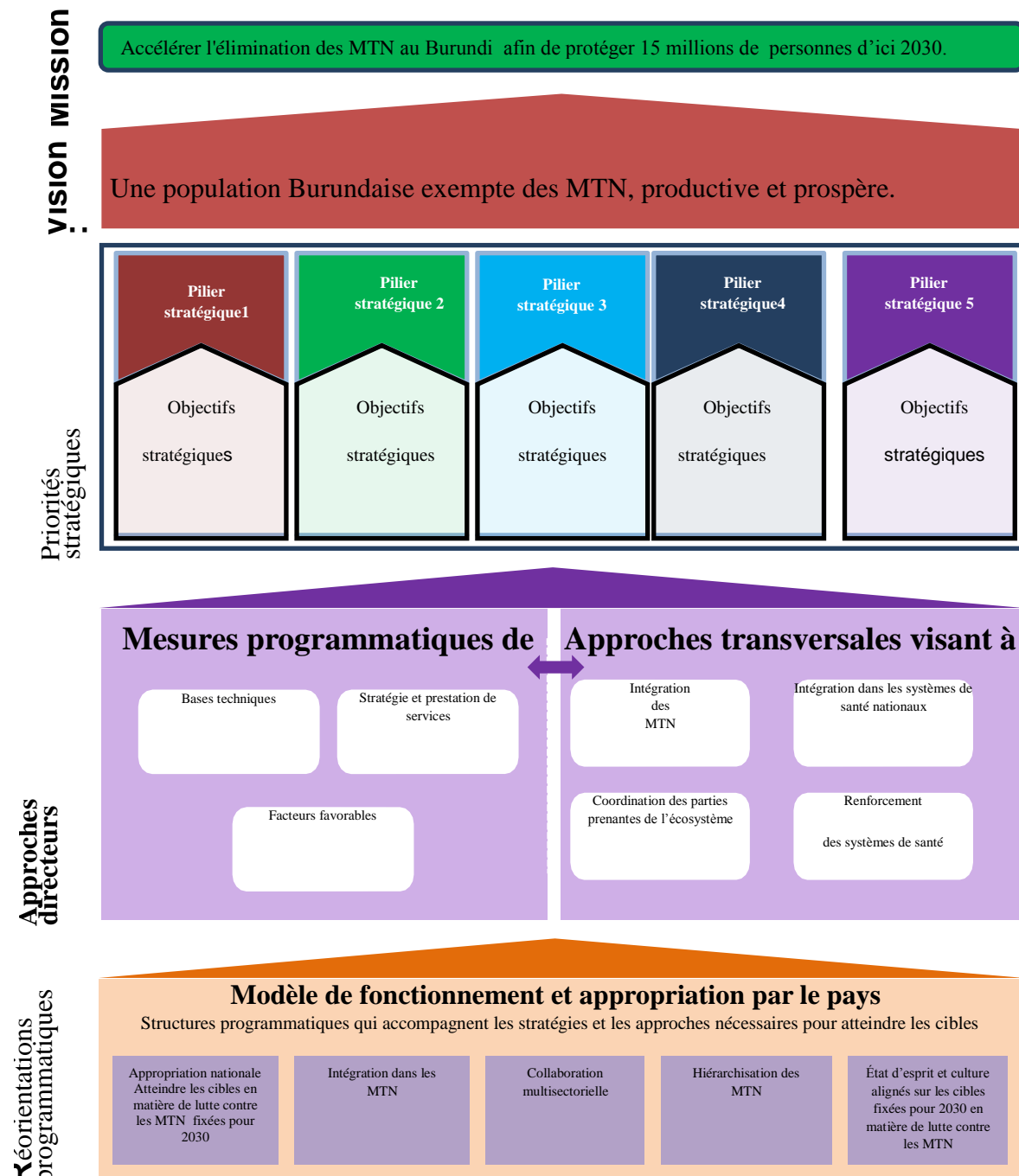
2.4.2 OBJECTIFS STRATEGIQUES

Les piliers stratégiques sont simplement les quatre domaines directeurs que le programme doit conquérir pour réussir.

Tableau 40. Objectifs stratégiques du Programme

| Pilier directeur | Objectifs directeurs OS |
|---|--|
| Pilier 1. Accélérer l'action programmatique d'ici 2027 | OS 1.1 : Poursuivre la chimio prévention intégrée afin de parvenir à une couverture géographique et un accès au traitement de 100 % en ce qui concerne Géo helminthiases, Schistosomiase et l'Onchocercose. |
| | OS1.2 : Activer la détection précoce et un traitement rapide des MTN avec prise en charge de la morbidité et prévention des incapacités. |
| | OS1.3 : Accorder la priorité aux interventions de suivi - évaluation afin de suivre les progrès et la prise de décisions visant à atteindre les objectifs fixés d'ici 2027 |
| | OS 1.4 : Assurer une gestion rapide et efficace de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et d'autres produits contre les MTN dont la qualité est garantie, jusqu'au bout. |
| Pilier 2 : Intensifier les approches transversales d'ici 2027 | OS 2.1 : Renforcer les plateformes identifiées qui utilisent des stratégies de distribution et mènent des interventions similaires afin que ces approches soient intégrées dans la lutte contre les MTN |
| | OS2. 2 : Renforcer l'intégration des interventions de lutte contre les MTN |
| Pilier 3. Rendre opérationnel le plan directeur par la culture de rendre compte pour faciliter l'appropriation et la coordination par le pays à travers le programme MTN d'ici 2027 | OS3.1 : Renforcer la structure et le leadership du programme MTN à tous les niveaux de la pyramide sanitaire |
| | OS 3.2 : Renforcer la gestion du programme MTN |
| | OS 3.3 : Renforcer l'appropriation, l'engagement et l'autonomisation de la communauté à travers la mobilisation sociale et les changements comportementaux |
| Pilier 4 : Renforcer la mobilisation de ressources et Coordination en vue de l'élimination des MTN d'ici 2027 | OS4.1 : Renforcer le financement de la lutte contre les MTN |
| | OS 4.2 : Renforcer la participation de la communauté et l'appropriation des activités du programme par la communauté afin que les ressources disponibles soient utilisées de façon optimale. |
| | OS 4. 3 : Améliorer la communication et la sensibilisation au niveau communautaire pour réussir à éliminer les MTN endémiques. |

Figure 16 : Schéma de l'agenda stratégique du programme



PARTIE 3 : CADRE OPERATIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LES MTN

SECTION 3.1 : INITIATIVES ET ACTIVITES STRATEGIQUE

Tableau 41. Cadre opérationnel de la lutte contre les MTN par pilier

| Pilier 1. Poursuivre l'action programmatique de lutte contre les MTN d'ici 2027 | | | |
|--|---|----------------|---|
| OBJECTIFS STRATEGIQUES | ACTIVITES STRATEGIQUES | Période | Ressources nécessaires |
| Objectif stratégique n°1.1 Poursuivre la chimiothérapie préventive intégrée afin de maintenir à une couverture géographique et un accès au traitement de 100 % en ce qui concerne les géo helminthiases, schistosomiase et l'onchocercose. | 1.1.1 : Poursuivre la chimiothérapie préventive intégrée contre les MTN dans tous les Districts Sanitaires endémiques des MTN. | 2022-2027 | Ressources humaines Ressources financières Ressources matérielles Véhicules Médicaments |
| | 1.1.2 : Initier un traitement semestriel dans les zones de transmission de l'onchocercose nouvellement identifiées | 2025-2027 | Idem |
| Objectif stratégique n°1.2 : Activer la détection précoce et traitement rapide des MTN avec prise en charge de la morbidité et prévention des incapacités | 1.2.1 : Mettre à l'échelle les interventions de recherche et de prise en charge des cas spécialement pour la Lèpre , la Gale , Cysticercose, la Rage, Mycétome, Pian, envenimation par morsure de serpents et la THA | 2022-2027 | Idem |
| | 1.2.2 : Poursuivre la prise en charge intégrée des MTN cutanées | 2022-2027 | Idem |

Pilier 1. Poursuivre l'action programmatique de lutte contre les MTN d'ici 2027 (suite)

| OBJECTIFS STRATEGIQUES | ACTIVITES STRATEGIQUES | Période | Ressources nécessaires |
|---|---|----------------|--|
| Objectif dstratégique n° 1.3 : Accorder la priorité aux interventions de suivi - évaluation et les renforcer afin de mesurer les progrès et la prise de décisions visant à atteindre les objectifs fixés pour 2030 | 1.3.1 : Mener des études d'impact pour l'Onchocercose (Cartographie des gîtes larvaires, Evaluations pré arrêt/arrêt dans les 12 DS endémiques sous traitement) | 2022-2025 | Ressources humaines Ressources financières Ressources matérielles Véhicules |
| | 1.3.2 : Mener des études d'impact pour la schistosomiase et STH dans 49 DS | 2023, 2026 | Idem |
| | 1.3.3 : Mener une cartographie d'élimination de l'onchocercose dans les zones jadis hypo endémiques | 2022-2025 | Idem |
| | 1.3.4 : Mener une étude malacologique dans les districts endémiques de la schistosomiase | 2024 | Idem |
| | 1.3.5 : Mener une cartographie de la schistosomiase dans les zones à haut risque chez les personnes adultes les plus exposées | 2024 | Idem |
| | 1.3.6 : Documenter les MTN dont le statut n'est pas connu (gale, cysticercose, la rage, mycétome, pian envenimation par morsure de serpents et la THA) ; | 2024-2027 | Ressources humaines Ressources financières Ressources matérielles Véhicules |
| | 1.3.7 : Entreprendre le processus de certification d'élimination et d'éradication des MTN ciblées (Trachome, THA et du Pian) | 2022- 2024 | Idem |
| | 1.3.8 : Améliorer le suivi et l'intégration des données MTN dans les systèmes nationaux d'informations sanitaires | 2022-2027 | Idem |
| | 1.3.9 : Améliorer la PEC des MTN au niveau opérationnel et communautaire | 2022-2027 | Idem |

Pilier 1. Poursuivre l'action programmatique de lutte contre les MTN d'ici 2027

| OBJECTIFS STRATEGIQUES | ACTIVITES STRATEGIQUES | Période | Ressources nécessaires |
|---|---|----------------|---|
| OBJECTIF STRATEGIQUE N° 1.4 : Assurer une gestion rapide et efficace de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et d'autres produits contre les MTN dont la qualité est garantie, jusqu'au bout. | 1.4.1 : Renforcer la gestion de la chaîne d'approvisionnement des médicaments et autres produits de lutte contre les MTN | 2022-2027 | Ressources humaines Ressources financières Ressources matérielles Véhicules Médicaments |
| | 1.4.2 : Renforcer le système de pharmacovigilance dans le cadre de lutte contre les MTN ; | 2024-2027 | Ressources humaines Ressources matérielles Ressources financières Véhicules |
| | 1.4.3 : Améliorer la gestion rationnelle des médicaments contre les MTN à tous les niveaux du système de santé. | 2022-2027 | Ressources humaines Ressources financières Véhicules Médicaments |

Pilier 2 : Intensifier les approches transversales d'ici 2027

| Objectifs stratégiques | Activités stratégiques | Période | Ressources nécessaires |
|---|---|------------------|--|
| <p>Objectif stratégique n° 2.1 : Renforcer les plateformes identifiées qui utilisent des stratégies de distribution et mènent des interventions similaires (administration massive de médicaments, lutte contre les infections dermatologiques dues aux MTN, prise en charge des morbidités, communication sur les changements sociaux et comportementaux, services WASH, etc.) afin que ces approches soient intégrées dans la lutte contre les MTN</p> | <p>2.1.1 : Intégrer la lutte contre les MTN dans l'agenda des plateformes multisectorielles existant à tous les niveaux (CPSD, GASC,</p> | <p>2022-2027</p> | <p>Ressources humaines Ressources financières Ressources matérielles Véhicules Médicaments</p> |
| | <p>2.1.2 : Renforcer les interventions du volet WASH dans les zones endémiques des MTN à travers une collaboration intersectorielle des parties prenantes</p> | <p>2022-2027</p> | <p>Ressources humaines Ressources financières Ressources matérielles</p> |
| <p>OS.2.2: Renforcer l'intégration des interventions de lutte contre les MTN</p> | <p>2.2.1 : Renforcer les activités de distribution intégrée des intrants de santé au niveau communautaire (Vit A, Albendazole, Ivermectine, Praziquantel Antipaludéens, MILDA...)</p> | <p>2022-2027</p> | <p>Ressources humaines Ressources matérielles Ressources financières Véhicules Médicaments</p> |

| Pilier 3. Rendre opérationnel le plan directeur par la culture de rendre compte pour faciliter l'appropriation par le pays à travers le programme MTN d'ici 2027 | | | |
|---|--|----------------|--|
| Objectifs stratégiques(3) | Activités stratégiques | Période | Ressources nécessaires |
| OS3.1 : Renforcer la structure et le leadership du programme MTN à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | 3.1.1 : Assurer la planification opérationnelle pour la mise en œuvre du plan directeur | 2022-2027 | Ressources humaines Ressources matérielles Ressources financières Véhicules |
| | 3.1.2 : Evaluer la mise en œuvre du plan directeur national de lutte contre MTN (Evaluation à mi-parcours et évaluation finale). | 2005 et 2007 | Idem |
| | 3.1.3 : Elaborer et mettre en œuvre les plans stratégiques d'élimination des MTN ciblées (Trachome, Pian et THA) | 2023-2027 | Idem |
| | 3.1.4 : Renforcer l'intégration des interventions du programme MTN dans les plans nationaux et les réformes sanitaires du Ministère de la santé pour une meilleure prise en compte dans les mécanismes de financement | 2022-2027 | Idem |
| OS 3. 2 : Renforcer la gestion du programme MTN | 3.2.1 : Doter le programme en ressources humaines nécessaires | 2023-2027 | Idem |
| | 3.2.2 : Equiper le programme en ressources matérielles | 2022-2027 | Idem |
| | 3.2.3 : Assurer la formation continue des cadres du Programme | 2022-2027 | Idem |
| | 3.2.4 Plaider auprès des hautes autorités pour l'accroissement des allocations budgétaires de lutte contre les MTN par le Gouvernement. | 2022-2027 | Ressources humaines |
| | 3.2.5 : Organiser les réunions semestrielles du comité indépendant de lutte contre l'Onchocercose | 2022-2027 | Ressources humaines Ressources matérielles Ressources financières |

Pilier 3. Rendre opérationnel le plan stratégique par la culture de rendre compte pour faciliter l'appropriation par le pays à travers le programme MTN d'ici 2027 fin

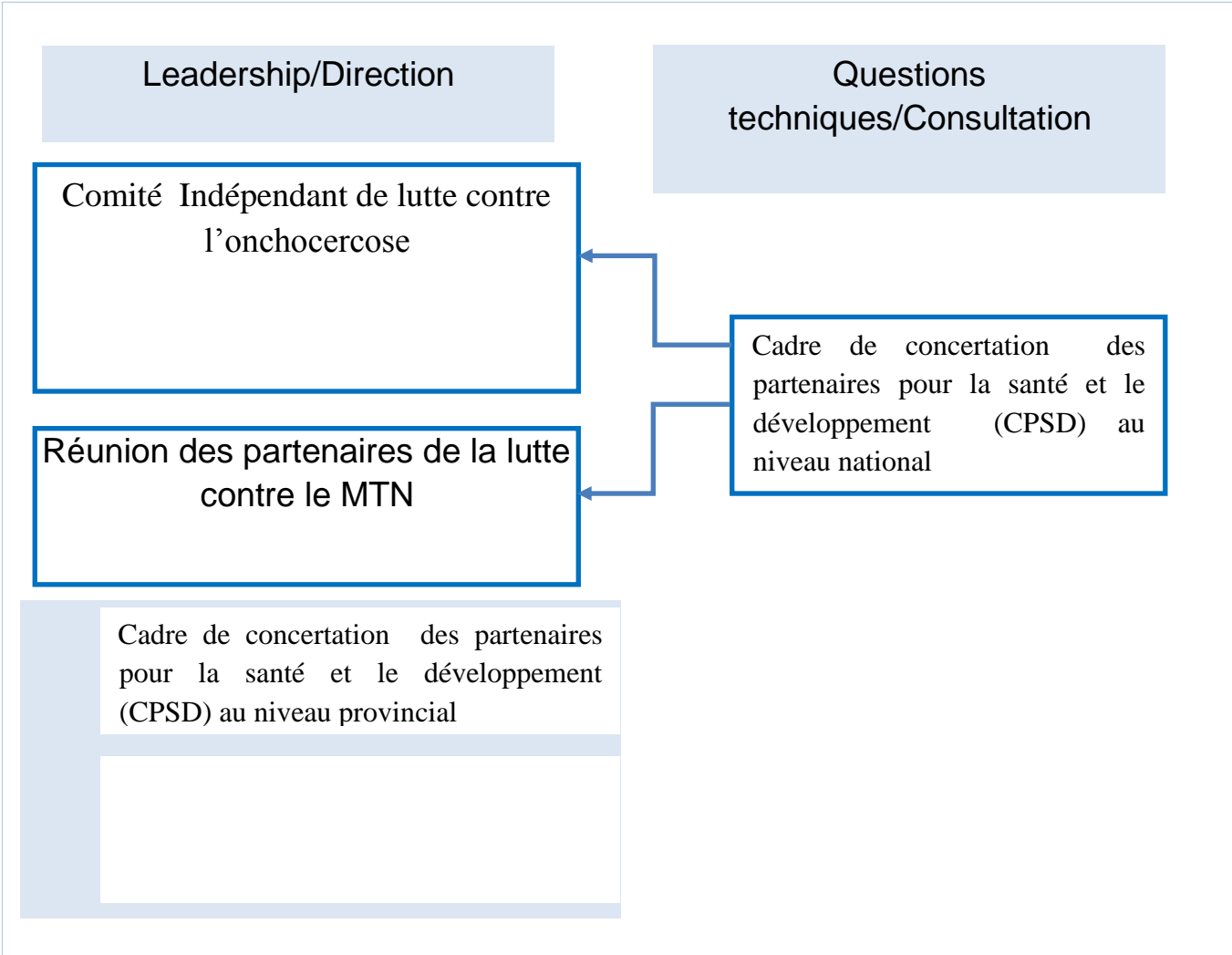
| Objectifs stratégiques(3) | Activités stratégiques | Période | Ressources nécessaires |
|--|--|-----------|--|
| OS 3.3 : Renforcer l'appropriation, l'engagement et l'autonomisation de la communauté à travers la mobilisation sociale et les changements comportementaux | 3.3.1 : Renforcer les capacités des leaders communautaires sur l'appropriation des activités de lutte intégrée des MTN. | 2022-2027 | Ressources humaines Ressources matérielles Ressources financières Véhicules |
| | 3.3.2 Renforcer l'implication du niveau communautaire (TPS, GASC) dans les prestations communautaires pour la lutte contre les MTN incluant WASH | 2022-2027 | Idem |

| Pilier 4 : Renforcer la mobilisation des ressources et coordination en vue de l'élimination des MTN d'ici 2027 | | | |
|---|--|----------------|--|
| Objectifs stratégiques | Activités stratégiques | Période | Ressources nécessaires |
| OS.4. 1 : Renforcer le financement de la lutte contre les MTN | 4.1.1: Améliorer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources en vue de l'élimination des MTN | 2022-2027 | Ressources humaines Ressources matérielles Ressources financières |
| | 4.1.2 : Renforcer le plaidoyer pour un engagement significatif des hautes autorités dans les activités de contrôle, d'élimination et d'éradication des MTN. | 2022-2027 | Idem |
| | 4.1.3 : Mobiliser d'autres partenaires au développement pour l'élimination des MTN au Burundi | 2022-2027 | Idem |
| OS 4.2 : Renforcer la participation de la communauté et l'appropriation des activités du programme par la communauté afin que les ressources disponibles soient utilisées de façon optimale. | 4.2.1 : Intégrer la lutte contre les MTN dans FBP communautaire. | 2023-2024 | Ressources humaines |
| | 4.2.2:Former les réseaux communautaires sur les outils de gestion des intrants de lutte contre les MTN | 2022-2027 | Ressources humaines Ressources matérielles Ressources financières Véhicules |
| | 4.2.3 : Organiser trimestriellement des supervisions formatives sur la gestion optimale des intrants au niveau communautaire | 2022-2027 | Idem |
| | 4.2.4 : Acheter et distribuer les outils de travail (Vélos, gilets.....) aux relais communautaires. | 2022-2027 | Idem |
| | | | |

Pilier 4 : Renforcer la mobilisation des ressources et coordination en vue de l'élimination des MTN d'ici 2027

| Objectifs stratégiques | Activités stratégiques | Période | Ressources nécessaires |
|---|--|----------------|--|
| OS 4.3. Améliorer la communication et la sensibilisation au niveau communautaire pour réussir à éliminer les MTN endémiques. | 4.3.1 : Renforcer la communication et la sensibilisation pour le changement de comportement | 2022-2027 | Ressources humaines Ressources matérielles Ressources financières Véhicules |
| | 4.3.2 : Participer à l'élaboration d'un bulletin trimestriel d'information et de l'annuaire statistique | 2022-2027 | Ressources humaines |
| | 4.3.3 Poster sur le site Web du MSPLS les informations relatives aux interventions de lutte contre les MTN | 2022-2027 | Ressources humaines |

SECTION 3.2 : VERS LA DURABILITE DES PROGRAMMES : INTENSIFICATION DE LA COORDINATION ET DES PARTENARIATS



3.2.1 MECANISMES DE COORDINATION DU PROGRAMME

Tableau 42. Mécanismes de coordination du programme

| Entité | Composition | Mandat |
|---|---|--|
| Cadre de concertation des partenaires pour la santé et le développement (CPSD) au niveau national | | |
| Fréquence des réunions : | Semestrielle | Acteurs nationaux et internationaux 5 ans |
| Présidence | Secrétariat du MSPLS | |
| Membres : | Ministère de la Santé, Ministère de l'Éducation ; Ministère de l'hydraulique; Ministère de l'Intérieur, de la Communication et de la Jeunesse; REGIDESO ABREMA, Bureaux Provinciaux de Santé, Partenaires de mise en œuvre, Agences de financement et bailleurs de fonds, Agences des Nations Unies, Secteur privé | |
| Comité indépendant pour l'élimination de l'onchocercose | | |
| Fréquence des réunions : | Semestrielle | Acteurs nationaux et internationaux 3ans |
| Présidence : | Consultant indépendant | |
| Vice-Présidence : | National | |
| Secrétaire | National | |
| Membres | Ministère de la Santé, Ministère de l'Éducation Institut de recherche Partenaires de mise en œuvre Universités publiques | |
| Cadre de concertation des partenaires pour la santé et le développement (CPSD) au niveau provincial | | |
| Fréquence des réunions : | Semestrielle | 5 ans |
| Présidence : | MSPLS | |
| Animateur ou animatrice : | Ministère de la Santé, Ministère de l'Éducation ; Ministère de l'hydraulique, de l'environnement, Agriculture; élevage Ministère de l'Intérieur, de la Communication et de la Jeunesse ; REGIDESO, Bureaux districts de Santé, partenaires de mise en œuvre, Agences de financement et bailleurs de fonds, Agences des Nations Unies, secteur privé | |

Tableau 43. Matrice des partenariats

| LISTE MTN | Provinces | SERVICES VETERINAIRE | SECTEUR WASH | LUTTE ANTI VECTORIELLE | «UN MONDE, UNE SANTE» (LISTE) | EDUCATION LISTE |
|--------------------------|------------------|-----------------------------|---------------------|-------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| Schistosomiase | 23 districts | | X | | | X |
| Géo helminthiases | 49 districts | | X | | | X |
| Onchocercose | 12 districts | | | | | X |
| Gale | Tout le pays | | X | | X | X |
| Rage | 49 districts | X | | | X | X |
| Trachome | 5 districts | X | X | | X | X |

SECTION 3.3 HYPOTHESES, RISQUES ET ATTENUATION

Le risque : c'est le processus qui consiste à évaluer la probabilité de survenance d'un événement non prévisible lors de la mise en œuvre du programme de lutte contre les MTN. Il s'agit également d'évaluer de quelle manière les résultats et les objectifs du programme pourraient changer en raison de l'impact causé par le risque. Il pourrait y avoir un impact sur le calendrier, la qualité et le coût.

L'atténuation des risques : c'est le processus qui consiste à élaborer des options et des mesures qui permettront de renforcer les opportunités et de réduire les menaces qui pèsent sur les objectifs du programme. Le suivi des progrès accomplis en matière d'atténuation des risques comprend le suivi des risques identifiables, l'identification des nouveaux risques et l'évaluation de l'efficacité du processus d'atténuation des risques pendant toute la durée du programme.

Tableau 44 Atténuation des risques

| Risques potentiels | Avant l'atténuation des risques | | | Atténuation des risques | Après l'atténuation des risques | | |
|--|---|--|----------------------|--|---|--|----------------------|
| | Probabilité de survenance | Impact | Résultat | | Probabilité de survenance | Impact | Résultat |
| | Certain = 5 Probable = 4 Possible = 3 Improbable = 2 Rare = 1 | Grave = 5 Majeur = 4 Modéré = 3 Mineur = 2 Négligeable = 1 | Probabilité x Impact | | Certain = 5 Probable = 4 Possible = 3 Improbable = 2 Rare = 1 | Grave = 5 Majeur = 4 Modéré = 3 Mineur = 2 Négligeable = 1 | Probabilité x Impact |
| <i>Type de risque</i> | | | | | | | |
| Fardeau des maladies pandémiques (COVID-19, EBOLA) | 5 | 5 | 25 | Mise en place des mesures de barrières pour prévenir le COVID-19 et Ebola, y compris la distanciation sociale, l'équipement préventif personnel et la livraison porte-à-porte de MDA. Les risques et les mesures d'atténuation seront évalués pour déterminer la sécurité de la prestation d'interventions contre les MTN dans le contexte de la COVID-19. Avec des partenaires et des groupes de travail techniques, le ministère de la Santé et de la lutte contre le SIDA élaborera des POS sur la prestation en toute sécurité des interventions contre les MTN. | 3 | 5 | 15 |

| Risques potentiels | Avant l'atténuation des risques | | | Atténuation des risques | Après l'atténuation des risques | | |
|---|---|--|----------------------|--|---|--|----------------------|
| | Probabilité de survenance | Impact | Résultat | | Probabilité de survenance | Impact | Résultat |
| | Certain = 5 Probable = 4 Possible = 3 Improbable = 2 Rare = 1 | Grave = 5 Majeur = 4 Modéré = 3 Mineur = 2 Négligeable = 1 | Probabilité x Impact | | Certain = 5 Probable = 4 Possible = 3 Improbable = 2 Rare = 1 | Grave = 5 Majeur = 4 Modéré = 3 Mineur = 2 Négligeable = 1 | Probabilité x Impact |
| <i>Type de risque</i> | | | | | | | |
| Population instable déplacement, migration interne et instabilité dans les pays voisins | 4 | 3 | 12 | Partenariat fort pour prévenir les MTN transfrontalières. Il établira des points de prestation de services MTN dans les centres pour personnes déplacées et réfugiés afin d'assurer la livraison des interventions en temps opportun. | 3 | 2 | 6 |
| Réduction ressources financières, financement futur imprévisible des donateurs | 5 | 5 | 25 | Un cadre de durabilité des MTN sera mis en œuvre en mettant l'accent sur la mobilisation innovante des ressources nationales, l'inclusion des MTN dans les avantages sociaux de l'assurance maladie et la collaboration avec des philanthropies privées locales. | 3 | 4 | 12 |

| Risques potentiels | Avant l'atténuation des risques | | | Atténuation des risques | Après l'atténuation des risques | | |
|--|---|--|----------------------|--|---|--|----------------------|
| | Probabilité de survenance | Impact | Résultat | | Probabilité de survenance | Impact | Résultat |
| | Certain = 5 Probable = 4 Possible = 3 Improbable = 2 Rare = 1 | Grave = 5 Majeur = 4 Modéré = 3 Mineur = 2 Négligeable = 1 | Probabilité x Impact | | Certain = 5 Probable = 4 Possible = 3 Improbable = 2 Rare = 1 | Grave = 5 Majeur = 4 Modéré = 3 Mineur = 2 Négligeable = 1 | Probabilité x Impact |
| <i>Type de risque</i> | | | | | | | |
| Allocation budgétaire Insuffisante pour le programme MTN | 5 | 5 | 25 | Poursuite du plaidoyer de haut niveau auprès des hautes autorités du pays pour accroître les allocations budgétaires allouées aux MTN | 3 | 5 | 15 |
| Faible collaboration multisectorielle | 4 | 5 | 20 | Le ministère de la Santé travaillera avec d'autres ministères pour s'attaquer aux causes profondes des MTN. Il maximisera la participation et l'appropriation du programme à travers le Cadre de concertation des partenaires pour la santé et le développement (CPSD) au niveau national et provincial. | 3 | 4 | 12 |

| | | | | | | | |
|-------|-------|-------|--------|------|--------|-----|--------|
| 19-25 | Grave | 13-18 | majeur | 7-12 | Modéré | 1-6 | Mineur |
|-------|-------|-------|--------|------|--------|-----|--------|

SECTION 3.4 : CADRE DE PERFORMANCE ET RESPONSABILITE

PILIER 1. Poursuivre l'action programmatique de lutte contre les MTN d'ici 2027

Tableau 45. Cadre de performance et de responsabilité

| OBJECTIFS STRATEGIQUES | ACTIVITES STRATEGIQUES | INDICATEURS | DONNÉES DE BASE | CIBLE 2027 | FRÉQUENC E |
|--|--|--|-----------------|------------|--------------------------|
| Objectif directeur n°1. 1 Poursuivre la chimiothérapie préventive intégrée afin de parvenir à une couverture géographique et un accès au traitement de 100 % en ce qui concerne Géo helminthiases, schistosomiase et l'onchocercose. | 1.1.1 : Poursuivre la chimiothérapie préventive intégrée contre les MTN dans tous les Districts Sanitaires endémiques des MTN. | Taux de Couverture géographique et thérapeutique de chaque MTN à CTP | 100% | 100% | Annuelle Semestrielle |
| | 1.1.2 : Initier un traitement semestriel dans les zones de transmission de l'onchocercose nouvellement identifiées | Taux de Couverture géographique et thérapeutique de l'Onchocercose | ND | 100% | Semestrielle |
| Objectif directeur n°1.2 : Activer la détection précoce et traitement rapide des MTN cutanées, avec prise en charge de la morbidité et prévention des incapacités | 1.2.1 :Mettre à l'échelle les interventions de recherche et de prise en charge des cas de maladies, spécialement pour la lèpre , gale , cysticercose, la rage, mycétome, envenimations par morsure des serpents et la THA ; | Proportion de cas de MTN notifiés et traités | Lèpre | 80% | Routine |
| | 1.2.2 : Poursuivre la stratégie intégrée de lutte contre les infections dermatologiques dues aux MTN | Proportion de cas de MTN référés qui ont reçu un traitement | ND | 80% | Routine |
| | | Nombre de protocoles intégrés sur la PEC MTN cutanées élaborées | ND | 1 | - |
| | | Proportion de districts ayant mis en œuvre la PEC sur les MTN cutanées | 3 | 49 | - |

| OBJECTIFS STRATEGIQUES | ACTIVITES STRATEGIQUES | INDICATEURS | DONNÉES DE BASE | CIBLE | FRÉQUENC E |
|---|--|--|-----------------|-------|------------|
| Objectif directeur n° 1.3 : Accorder la priorité aux interventions de suivi - l'évaluation et les renforcer afin de mesurer les progrès et la prise de décisions visant à atteindre les objectifs fixés pour 2030 | 1.3.1 Mener des études d'impact pour l'Onchocercose (Cartographie des gîtes larvaires, Evaluations pré arrêt dans les 12 DS endémiques sous traitement) | Nombre de gîtes larvaires identifiés Nombre de collines de 1 ^{ière} et 2 ^{ième} ligne identifiées | ND | - | 2023 |
| | | Taux de séroprévalence de l'onchocercose | ND | <2% | 2023 |
| | 1.3.2 : Mener des études d'impact pour la schistosomiase et STH dans 49 DS | Taux de prévalence de la schistosomiase | 1.13% | <2% | 2024 |
| | 1.3.3 : Mener une cartographie d'élimination de l'onchocercose dans les zones jadis hypo endémiques | Taux de séroprévalence de l'onchocercose | ND | <2% | 2023 |
| | 1.3.4 : Mener une étude malacologique dans les districts endémiques de la schistosomiase | Taux d'infection des mollusques de la schistosomiase | ND | | - |
| | 1.3.5 : Mener une cartographie de la schistosomiase dans les zones à haut risque chez les personnes adultes les plus exposées | Taux de prévalence de la schistosomiase | ND | <2% | 2024 |
| | 1.3.6 : Documenter les MTN dont le statut n'est pas connu (gale, cysticercose, la rage, mycétome, pain envenimations par morsures de serpents, Podoconiose et la THA) | Nombre de projets de cartographie des MTN réalisés | 0 | 9 | Annuel |

| OBJECTIFS STRATEGIQUES | ACTIVITES STRATEGIQUES | INDICATEURS | DONNÉES DE BASE | CIBLE | FRÉQUENC E |
|--|---|---|-----------------|-------|-----------------------|
| Objectif directeur n° 4 : Assurer une gestion rapide et efficace de la chaîne d’approvisionnement en médicaments et d’autres produits contre les MTN dont la qualité est garantie, jusqu’au bout. | 1.4.1 : Renforcer la gestion de la chaîne d’approvisionnement des médicaments et autres produits de lutte contre les MTN | Proportion de districts qui ont reçu le paquet requis et autres intrants en temps opportun. | 49 | 49 | Annuelle semestrielle |
| | 1.4.2 : Renforcer le système de pharmacovigilance dans le cadre de lutte contre les MTN ; | Protocoles de sécurité du MDA élaborées et diffusées | ND | 100% | - |
| | | Nombre d’événements indésirables graves signalés dans la DHIS2 et traités | ND | 100% | Annuelle |
| | 1.4.3 : Améliorer la gestion rationnelle des médicaments contre les MTN à tous les niveaux du système de santé. | Proportion de districts assurant la bonne gestion des médicaments et autres intrants efficacement | 49 | 49 | Annuelle |

PILIER 2 : Intensifier les approches transversales d'ici 2027

| Objectifs directeurs | Activités stratégiques | Indicateurs | Données de base | Cible | Fréquence |
|--|---|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| OS n° 2.1 : Renforcer les plateformes identifiées qui utilisent des stratégies de distribution et mènent des interventions similaires (administration massive de médicaments, lutte contre les infections dermatologiques dues aux MTN, prise en charge des morbidités, communication sur les changements sociaux et comportementaux, services WASH, etc.) afin que ces approches soient intégrées dans la lutte contre les MTN | 2.1.1 Intégrer la lutte contre les MTN dans l'agenda de plateformes multisectorielles existant à tous les niveaux (CPSD, GASC,) | Existence d'une plateforme multisectorielle intégrant la lutte contre les MTN | 19 | 19 | Semestrielle |
| | 2.1.2 :Renforcer les interventions coordonnées du volet WASH dans les zones endémiques des MTN à travers une collaboration intersectorielle des parties prenantes | Nombre de réunions de collaboration multisectorielle menées Pourcentage de la population ayant accès à des sources d'eau potable Pourcentage de la population ayant accès à une source d'eau améliorée à moins de 30 minutes (JMP) Pourcentage de la population ayant accès aux infrastructures sanitaires améliorées (non partagées) (Pourcentage des ménages disposant de l'assainissement adéquat | ND 57% 60% 46% 16% | 36 80% 85% 70% 60% | Semestrielle Annuelle |
| OS n° 2: Renforcer l'intégration des interventions de lutte contre les MTN | 2.2.1 Renforcer les activités de distribution intégrée des intrants de santé au niveau communautaire (Vit A, Albendazole, Antipaludéens, MILDA...) | Proportion de communautés co-endémiques de MTN mettant mis en œuvre un programme intégré de DMM. | 1724 | 11328 | Routine |

Pilier 3. Rendre opérationnel le plan stratégique par la culture de rendre compte pour faciliter l'appropriation par le pays à travers le programme MTN d'ici 2027

| Objectifs directeurs | Activités stratégiques | Indicateurs | Données de base | Cible | Fréquence |
|---|---|--|-----------------|-------|--------------|
| OS3.1 : Renforcer la structure et le leadership du programme MTN à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | 3.1.1 : Assurer la planification opérationnelle pour la mise en œuvre du plan directeur 2022-2027 | Nombre d'ateliers annuels de revue et planification tenus | 0 | 5 | Annuelle |
| | 3.1.2 : Mener deux évaluations de la mise en œuvre du plan directeur national de lutte contre les MTN. | Nombre d'évaluations réalisées | 0 | 2 | 2025 et 2027 |
| | 3.1.3 Elaborer et mettre en œuvre les plans d'élimination des MTN ciblées des MTN ciblées | Nombre de plans stratégies d'élimination élaborés et mise en œuvre | 0 | 3 | 2023-2027 |
| | 3.1.4 Renforcer l'intégration des interventions du programme MTN dans les plans nationaux et les réformes sanitaires du Ministère de la santé pour une meilleure prise en compte dans les mécanismes de financement | Nombre des plans directeurs nationaux incluant les interventions de lutte contre les MTN | 1 | 1 | Annuelle |
| OS3.2 : Renforcer la gestion du programme MTN | 3.2.1 Doter le programme en ressources humaines nécessaires | Nombre ressources humaines recrutées | 0 | 3 | 2023 |
| | 3.2.2 : Equiper le programme en ressources matérielles | Nombre de matériels dotés au programme | | | Annuelle |
| | 3.2.3 Assurer la formation continue des cadres du Programme | Nombre de cadres du programme formés | 0 | 6 | Annuelle |
| | 3.2.4 Organiser les réunions annuelles du comité indépendant de lutte contre l'Onchocercose | Nombre de réunions du comité tenues | 1 | 5 | Annuelle |

Pilier 3. Rendre opérationnel le plan stratégique par la culture de rendre compte pour faciliter l'appropriation par le pays à travers le programme MTN d'ici 2027

| Objectifs directeurs | Activités stratégiques | Indicateurs | Données de base | Cible | Fréquence |
|--|--|--|-----------------|-----------|-----------|
| OS 3.3 : Renforcer l'appropriation, l'engagement et l'autonomisation de la communauté à travers la mobilisation sociale et les changements comportementaux | Renforcer les capacités des leaders communautaires sur l'appropriation des activités de lutte intégrée des MTN. | Nombre des leaders communautaires formés sur la PEC des MTN | 3373 | 17328 | Annuel |
| | Renforcer l'implication du niveau communautaire (TPS, GASC) dans les prestations communautaires pour la lutte contre les MTN incluant WASH | Nombre de districts ayant intégré la lutte contre les MTN avec la composante WASH dans les plans opérationnels | 0 | 49 | Annuel |

Pilier 4 : Renforcer la mobilisation des ressources et coordination en vue de l'élimination des MTN d'ici 2030

| Objectifs directeurs | Activités stratégiques | Indicateurs | Données de base | Cible | Fréquence |
|--|---|--|-----------------|--------|--------------|
| OS 4. 1 : Renforcer le financement de la lutte contre les MTN | 4.1.1 Améliorer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources en vue de l'élimination des MTN | Nombre de tables rondes tenus | 3 | 12 | Semestrielle |
| | 4.1.2 : Renforcer le plaidoyer pour un engagement significatif des hautes autorités dans les activités de contrôle, d'élimination et d'éradication des MTN. | Proportion de hautes autorités rehaussant les activités contre les MTN | 3 | 5 | Continue |
| | 4.1.3 Mobiliser d'autres partenaires au développement pour l'élimination des MTN au Burundi | Nombre de conventions de financement signés appuyant le programme MTN | 7 | 12 | Continue |
| OS 4.2 : Renforcer la participation de la communauté et l'appropriation du programme par la communauté afin que les ressources disponibles soient utilisées de façon optimale. | 4.2.1 Intégrer la lutte contre les MTN dans FBP communautaire. | Existence des indicateurs des MTN dans FBP Communautaire | 0 | 12 | 2023 |
| | 4.2.2 Former les réseaux communautaires sur les outils de gestion des intrants de lutte contre les MTN | Proportion des réseaux communautaires formés | 3373 | 17 328 | Continue |
| | 4.2.3 Organiser trimestriellement des supervisions formatives sur la gestion optimale des intrants au niveau communautaire | Nombre des supervisions formatives menées | 12 | 735 | 2023-2027 |
| | 4.2.4 Acheter et distribuer les outils de travail (Vélos, gilets.....) aux relais communautaires | Proportion des leaders communautaires équipés | 3373 | 17 328 | Continue |

Pilier 4 : Renforcer la mobilisation des ressources et coordination en vue de l'élimination des MTN d'ici 2030

| Objectifs directeurs | Activités stratégiques | Indicateurs | Données de base | Cible | Fréquence |
|---|--|---|-----------------|-------|---------------|
| OS 4.3 Améliorer la communication et la sensibilisation au niveau communautaire pour réussir à éliminer les MTN endémiques. | 4.3.1 : Renforcer la communication et la sensibilisation pour le changement de comportement | Existence d'un plan de communication | 0 | 1 | 2023 |
| | 4.3.2 : Participer à l'élaboration d'un bulletin trimestriel d'information et de l'annuaire statistique | Données MTN incluses dans le bulletin trimestriel | 4 | 24 | Trimestrielle |
| | | Données MTN incluses dans l'annuaire statistique | 1 | 6 | Annuelle |
| | 4.3.3 : Poster sur le site Web du MSPLS les informations relatives aux interventions de lutte contre les MTN | Nombre d'articles/publications postés | 4 | 24 | Ponctuelle |

PARTIE 4 : Budgétisation de l'impact : Estimations et justifications

Cette section contient des orientations sur la manière de concevoir un budget programme pluriannuel de lutte contre les MTN qui doit être concis, complet, réaliste et rentable.

4.1 Budgétisation des activités par activités

Tableau 46 : Pilier 1 : Poursuivre l'action programmatique de lutte contre les MTN

| Objectifs stratégiques | Activités majeures | Coût en BIF | | | | | | |
|------------------------|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| | | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | Total |
| OS 1.1 | 1.1.1 Organiser une Campagne de déparasitage à l'Albendazole contre les Géo helminthiases dans 49 districts endémiques | 155 850 000 | 155 850 000 | 77 925 000 | 77 925 000 | 77 925 000 | 77 925 000 | 623 400 000 |
| | 1.1.2 Organiser une campagne de l'administration conjointe de masse de l'Albendazole couplé avec le Praziquantel contre les Géo helminthiases et la Schistosomiase | 275 788 400 | 165 473 040 | 165 473 040 | 110 315 360 | 110 315 360 | 82 736 520 | 910 101 720 |
| | 1.1.3 Organiser une campagne de traitement de masse de l'ivermectine couplée à l'Albendazole sous directives communautaires pour lutte contre l'onchocercose et les Géo helminthiases | 251 113 500 | 251 113 500 | 251 113 500 | 200 890 800 | 150 668 100 | 100 445 400 | 1 205 344 800 |
| | 1,1.2 Initier un traitement semestriel dans les nouveaux districts endémiques de l'onchocercose | - | 131 737 500 | 131 737 500 | 79 042 500 | 79 042 500 | 92 216 250 | 513 776 250 |
| | SOUS TOTAL OS1 | 682 751 900 | 704 174 040 | 626 249 040 | 468 173 660 | 417 950 960 | 353 323 170 | 3 252 622 770 |
| OS 1.2 | 1.2.1 :Mettre à l'échelle les interventions de prise en charge des cas spécialement pour la Lèpre , la Gale , Cysticerose, la Rage, Mycétome, Pian, Morsures et la THA ; | 85 761 000 | 85 761 000 | 85 761 000 | 85 761 000 | 85 761 000 | 85 761 000 | 514 566 000 |
| | 1.2.2 : Poursuivre la stratégie intégrée de lutte contre les infections dermatologiques dues aux MTN | 310 146 500 | 310 146 500 | 169 851 000 | 169 851 000 | 169 851 000 | 118 895 700 | 1 248 741 700 |
| | SOUS TOTAL OS2 | 395 907 500 | 395 907 500 | 255 612 000 | 255 612 000 | 255 612 000 | 204 656 700 | 1 763 307 700 |

| Objectifs stratégiques | Activités majeures | Coût en BIF | | | | | | |
|------------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| | | | | | | | | |
| OS.1. 3 | 1.3.1 : Mener des études d'impact pour l'Onchocercose (Cartographie des gîtes larvaires, Evaluations pré arrêt/arrêt dans les 12 DS endémiques sous traitement) | 200 043 978 | 381 884 707 | | | | | 581 928 685 |
| | 1.3.2 : Mener des études d'impact pour la schistosomiase et STH dans 49 DSM | - | - | 336 702 400 | | | | 336 702 400 |
| | 1.3.3 : Mener une cartographie d'élimination de l'onchocercose dans les zones jadis hypo endémiques | - | 223 657 700 | | | | | 223 657 700 |
| | 1.3.4 : Mener une étude malacologique dans les districts endémiques de la schistosomiase | - | | 336 702 400 | 148 410 500 | | | 485 112 900 |
| | 1.3.5 : Mener une cartographie de la schistosomiase dans les zones à haut risque chez les personnes adultes les plus exposés | - | | | 336 702 400 | | | 336 702 400 |
| | 1.3.6 : Documenter les MTN dont le statut n'est pas connu (gale, cysticercose, la rage, mycétome, pain morsures et la THA) ; | - | | 418 229 000 | 588 319 000 | 391 296 000 | | 1 397 844 000 |
| | 1.3.7 : Entreprendre le processus de certification d'élimination et d'éradication des MTN ciblées (Trachome et THA) | - | 25 261 000 | 98 455 600 | | | | 123 716 600 |
| | 1.3.8 : Améliorer le suivi et l'intégration des données MTN dans les systèmes nationaux d'informations sanitaires | | 703 865 100 | 281 546 040 | 211 159 530 | 281 546 040 | 211 159 530 | 1 689 276 240 |
| | 1.3.9 : Améliorer la PEC des MTN au niveau opérationnel et communautaire | - | - | 225 000 000 | | | | 225 000 000 |
| | SOUS TOTAL OS3 | 200 043 978 | 1 334 668 507 | 1 696 635 440 | 1 284 591 430 | 672 842 040 | 211 159 530 | 5 399 940 925 |
| OS1. 4 | 1.4.1 : Renforcer la gestion de la chaîne d'approvisionnement des médicaments et autres produits de lutte contre les MTN | - | - | - | - | - | - | - |
| | 1.4.2 : Renforcer le système de pharmacovigilance dans le cadre de lutte contre les MTN ; | - | - | 71 192 000 | 1 215 618 200 | 578 581 100 | 578 581 100 | 2 443 972 400 |
| | 1.4.3 : Améliorer la gestion rationnelle des médicaments contre les MTN à tous les niveaux du système de santé. | 195 672 000 | 195 672 000 | 195 672 000 | 195 672 000 | 195 672 000 | 195 672 000 | 1 174 032 000 |
| | SOUS TOTAL OS4 | 195 672 000 | 195 672 000 | 266 864 000 | 1 411 290 200 | 774 253 100 | 774 253 100 | 3 618 004 400 |
| | SOUS TOTAL : Pilier 1 | 1 474 375 378 | 2 630 422 047 | 2 845 360 480 | 3 419 667 290 | 2 120 658 100 | 1 543 392 500 | 14 033 875 795 |

Tableau 47 : Pilier 2 : Intensifier les approches transversales

| Objectifs directeurs | Activités majeures | Coût en BIF | | | | | | |
|----------------------|--|-------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| | | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | Total |
| OS 2.1 | 2.1.1 : Intégrer la lutte contre les MTN dans l'agenda des plateformes multisectorielles existant à tous les niveaux (CPSD, GASC,) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 2.1.2 : Organiser une réunion semestrielle intersectorielle des parties prenantes en faveur des MTN (Santé, Administration territoriale, Education, Régie communale de l'eau, Tradipraticiens, Environnement) à tous les niveaux | | 181 756 000 | 181 756 000 | 181 756 000 | 181 756 000 | 181 756 000 | 908 780 000 |
| | SOUS TOTAL OS1 | 0 | 181 756 000 | 181 756 000 | 181 756 000 | 181 756 000 | 181 756 000 | 908 780 000 |
| OS 2.2 | 2.1 : Renforcer les activités de distribution intégrée des intrants de santé au niveau communautaire (Vit A, Albendazole, Ivermectime, Praziquantel Antipaludéens, MILDA...) | | | 806 435 333 | 806 435 333 | 806 435 333 | 806 435 333 | 3 225 741 333 |
| | SOUS TOTAL O S 2 | 0 | 0 | 806 435 333 | 806 435 333 | 806 435 333 | 806 435 333 | 3 225 741 333 |
| | SOUS TOTAL : Pilier 2 | 0 | 181 756 000 | 988 191 333 | 988 191 333 | 988 191 333 | 988 191 333 | 4 134 521 333 |

Tableau 48 Pilier 3 : Rendre opérationnel le plan directeur par la culture de rendre compte pour faciliter l'appropriation par le pays à travers le programme MTN

| Objectifs stratégiques | Activités majeures | Coût en BIF | | | | | | |
|------------------------|---|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| | | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | Total |
| OS3.1 | 3.1.1 : Assurer la planification opérationnelle pour la mise en œuvre du plan directeur | 22 277 000 | 22 277 000 | 22 277 000 | 22 277 000 | 22 277 000 | 22 277 000 | 133 662 000 |
| | 3.1.2 : Mener des ateliers d'évaluations de la mise en œuvre du plan directeur national de lutte contre MTN. | | | | 25 958 600 | 25 958 600 | 0 | 51 917 200 |
| | 3.1.3 : Elaborer et mettre en œuvre les plans directeurs d'élimination des MTN ciblées (Trachome, THA et Pian) | | | | 22 277 000 | 22 277 000 | | 44 554 000 |
| | 3.1.4 : Renforcer l'intégration des interventions du programme MTN dans les plans nationaux et les réformes sanitaires du Ministère de la santé pour une meilleure prise en compte dans les mécanismes de financement | | | | | | | 0 |
| | SOUS TOTAL OS3.1 | 22 277 000 | 22 277 000 | 22 277 000 | 70 512 600 | 70 512 600 | 22 277 000 | 230 133 200 |
| OS3.2 | 3.2.1 : Doter le programme en ressources humaines nécessaires | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3.2.2 : Equiper le programme en ressources matérielles | | 620 000 000 | 620 000 000 | 620 000 000 | | 0 | 1 860 000 000 |
| | 3.2.3 : Assurer la formation continue des cadres du Programme | | 115 925 000 | 115 925 000 | | 115 925 000 | | 347 775 000 |
| | 3.2.4 Plaider auprès des hautes autorités pour l'accroissement des allocations budgétaires de lutte contre les MTN par le Gouvernement. | | 7 413 000 | 7 413 000 | 7 413 000 | 7 413 000 | 7 413 000 | 37 065 000 |
| | 3.2.5: Organiser les réunions semestrielles du comité indépendant de lutte contre l'Onchocercose | 41 412 500 | 41 412 500 | 41 412 500 | 41 412 500 | 41 412 500 | 41 412 500 | 248 475 000 |
| | | SOUS TOTAL OS3.2 | 41 412 500 | 784 750 500 | 784 750 500 | 668 825 500 | 164 750 500 | 48 825 500 |
| OS3.3 | 3.3.1 : Renforcer l'appropriation, l'engagement et l'autonomisation de la communauté à travers la mobilisation sociale et les changements comportementaux. | 0 | 182 047 920 | 227 559 900 | 182 047 920 | 303 413 200 | 113 779 950 | 1 008 848 890 |
| | 3.3.2 Renforcer l'implication du niveau communautaire (TPS, GASC) dans les prestations communautaires pour la lutte contre les MTN –WASH | | 183 751 020 | 183 751 020 | 183 751 020 | 183 751 020 | 91 875 510 | 826 879 590 |
| | | SOUS TOTAL OS3.3 | 0 | 365 798 940 | 411 310 920 | 365 798 940 | 487 164 220 | 205 655 460 |
| | SOUS TOTAL : Pilier 3 | 63 689 500 | 1 172 826 440 | 1 218 338 420 | 1 105 137 040 | 722 427 320 | 276 757 960 | 4 559 176 680 |

Tableau 49 Pilier 4 : Renforcer la mobilisation des ressources et coordination en vue de l'élimination des MTN

| Objectifs stratégiques | Activités majeures | Coût en BIF | | | | | | |
|------------------------|--|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| | | 2 022 | 2 023 | 2 024 | 2 025 | 2 026 | 2 027 | Total |
| OS4.1 | 4.1.1: Améliorer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources en vue de l'élimination des MTN | 4 096 000 | 4 096 000 | 4 096 000 | 4 096 000 | 4 096 000 | 4 096 000 | 24 576 000 |
| | 4.1.2: Renforcer le plaidoyer pour un engagement significatif des hautes autorités dans les activités de contrôle, d'élimination et d'éradication des MTN. | 7 413 000 | 7 413 000 | 7 413 000 | 7 413 000 | 7 413 000 | 7 413 000 | 44 478 000 |
| | 4.1.3: Mobiliser d'autres partenaires au développement pour l'élimination des MTN au Burundi | 4 096 000 | 4 096 000 | 4 096 000 | 4 096 000 | 4 096 000 | 4 096 000 | 24 576 000 |
| | SOUS TOTAL OS4.1 | 15 605 000 | 15 605 000 | 15 605 000 | 15 605 000 | 15 605 000 | 15 605 000 | 93 630 000 |
| OS4.2 | 4.2.1: Intégrer la lutte contre les MTN dans FBP communautaire. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 4.2.2: Former les réseaux sur les outils de gestion des intrants de lutte contre les MTN | 330 618 333 | 495 927 500 | 495 927 500 | 165 309 167 | 79 348 400 | 82 654 583 | 1 649 785 483 |
| | 4.2.3: Organiser trimestriellement des supervisions formatives sur la gestion optimale des intrants au niveau communautaire | 78 400 000 | 78 400 000 | 78 400 000 | 78 400 000 | 78 400 000 | 78 400 000 | 470 400 000 |
| | 4.2.4: Acheter et distribuer les outils de travail (Vélos, gilets,) aux relais communautaires . | | 1 472 640 000 | 1 472 640 000 | 1 472 640 000 | 1 472 640 000 | | 5 890 560 000 |
| | SOUS TOTAL OS4.2 | 409 018 333 | 2 046 967 500 | 2 046 967 500 | 1 716 349 167 | 1 630 388 400 | 161 054 583 | 8 010 745 483 |
| OS4.3 | 4.3.1: Renforcer la communication et sensibilisation pour le changement du comportement | 25 947 500 | 25 947 500 | 25 947 500 | 25 947 500 | 25 947 500 | 25 947 500 | 155 685 000 |
| | 4.3.2: Participer à l'élaboration d'un bulletin trimestriel d'information et de l'annuaire statistique | | | | | | | 0 |
| | 4.3.3 Poster les interventions de lutte contre les MTN sur le site Web du MSPLS | | | | | | | 0 |
| | SOUS TOTAL OS4.3 | 25 947 500 | 25 947 500 | 25 947 500 | 25 947 500 | 25 947 500 | 25 947 500 | 155 685 000 |
| | SOUS TOTAL : Pilier 4 | 450 570 833 | 2 088 520 000 | 2 088 520 000 | 1 757 901 667 | 1 671 940 900 | 202 607 083 | 8 260 060 483 |

4.2 BUDGET PAR PILLIER/OBJECTIF STRATEGIQUE :

Tableau 49 : PILLIER 1 Poursuivre l'action programmatique de lutte contre les MTN

| Objectifs stratégiques | Coût en BIF | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| | 2 022 | 2 023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | Total |
| OS 1.1 : Poursuivre la chimio prévention intégrée afin de parvenir à une couverture géographique et un accès au traitement de 100 % en ce qui concerne Géo helminthiases, Schistosomiase et l'Onchocercose. | 682 751 900 | 704 174 040 | 626249040 | 468173660 | 417950960 | 353323170 | 3 252 622 770 |
| OS1.2 : Activer la détection précoce et un traitement rapide des MTN avec prise en charge de la morbidité et prévention des incapacités. | 395 907 500 | 395 907 500 | 255612000 | 255612000 | 255612000 | 204656700 | 1 763 307 700 |
| OS1.3 : Accorder la priorité aux interventions de suivi - l'évaluation afin de suivre les progrès et la prise de décisions visant à atteindre les objectifs fixés pour 2030 | 200 043 978 | 1 334 668 507 | 1696635440 | 1284591430 | 672842040 | 211159530 | 5 399 940 925 |
| OS 1.4 : Assurer une gestion rapide et efficace de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et d'autres produits contre les MTN dont la qualité est garantie, jusqu'au bout. | 195 672 000 | 195 672 000 | 266864000 | 1411290200 | 774253100 | 774253100 | 3 618 004 400 |
| SOUS TOTAL : Pilier 1 | 1 474 375 378 | 2 630 422 047 | 2 845 360 480 | 3 419 667 290 | 2 120 658 100 | 1 543 392 500 | 14 033 875 795 |

Tableau 50 : BUDGET PILIER 2 : Intensifier les approches transversales

| Objectifs stratégiques | Coût en BIF | | | | | | |
|---|-------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| | 2 022 | 2 023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | Total |
| OS 2.1 : Renforcer les plateformes identifiées qui utilisent des stratégies de distribution et mènent des interventions similaires afin que ces approches soient intégrées dans la lutte contre les MTN | - | 181 756 000 | 181 756 000 | 181 756 000 | 181 756 000 | 181 756 000 | 908 780 000 |
| OS2.2 : Renforcer l'intégration des interventions de lutte contre les MTN | - | - | 806 435 333 | 806 435 333 | - | 806 435 333 | 2 419 306 000 |
| SOUS TOTAL : Pilier 2 | - | 181 756 000 | 988 191 333 | 988 191 333 | 181 756 000 | 988 191 333 | 3 328 086 000 |

III. Pilier 3

Tableau 51 : BUDGET PILIER 3 : Rendre opérationnel le plan directeur par la culture de rendre compte pour faciliter l'appropriation par le pays à travers le programme MTN

| Objectifs stratégiques | Coût en BIF | | | | | | |
|--|-------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| | 2 022 | 2 023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | Total |
| OS3.1 : Renforcer la structure et le leadership du programme MTN à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | 22 277 000 | 22 277 000 | 22 277 000 | 70 512 600 | 70 512 600 | 70 512 600 | 278 368 800 |
| OS 3.2 : Renforcer la gestion du programme MTN | 41 412 500 | 784 750 500 | 784 750 500 | 668 825 500 | 164 750 500 | 164 750 500 | 2 609 240 000 |
| OS 3.3 : Renforcer l'appropriation, l'engagement et l'autonomisation de la communauté à travers la mobilisation sociale et les changements comportementaux | - | 365 798 940 | 411 310 920 | 365 798 940 | 365 798 940 | 487 164 220 | 1 995 871 960 |
| SOUS TOTAL : Pilier 3 | 63 689 500 | 1 172 826 440 | 1 218 338 420 | 1 105 137 040 | 601 062 040 | 722 427 320 | 4 883 480 760 |

IV. Pilier4

Tableau 52 BUDGET PILIER 4 : Renforcer la mobilisation des ressources et coordination en vue de l'élimination des MTN

| Objectifs stratégiques | Coût en BIF | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| | 2 022 | 2 023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | Total |
| OS4.1 : Renforcer le financement de la lutte contre les MTN | 15 605 000 | 15 605 000 | 15 605 000 | 15 605 000 | 15 605 000 | 15 605 000 | 15 605 000 |
| OS 4.2 : Renforcer la participation de la communauté et l'appropriation des activités du programme par la communauté afin que les ressources disponibles soient utilisées de façon optimale. | 409 018 333 | 2 046 967 500 | 2 046 967 500 | 1 716 349 167 | 1 716 349 167 | 1 630 388 400 | 1 630 388 400 |
| OS 4.3 : Améliorer la communication et la sensibilisation au niveau communautaire pour réussir à éliminer les MTN endémiques. | 25 947 500 | 25 947 500 | 25 947 500 | 25 947 500 | 25 947 500 | 25 947 500 | 25 947 500 |
| SOUS TOTAL : Pilier 4 | 450 570 833 | 2 088 520 000 | 2 088 520 000 | 1 757 901 667 | 1 757 901 667 | 1 671 940 900 | 1 671 940 900 |
| BUDGET GLOBAL | 1 988 635 711 | 6 073 524 487 | 7 140 410 233 | 7 270 897 330 | 4 661 377 807 | 4 925 952 053 | 23 917 383 455 |

Tableau 53 : Budget synthèse :

| BDGET PAR PILIER | Coût en BIF | | | | | | | Pourcentage |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------|
| | 2 022 | 2 023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | Total | |
| Pilier 1: Poursuivre l'action programmatique de lutte contre les MTN | 1 474 375 378 | 2 630 422 047 | 2 845 360 480 | 3 419 667 290 | 2 120 658 100 | 1 543 392 500 | 14 033 875 795 | 58,68% |
| Pilier 2: Intensifier les approches transversales | - | 181 756 000 | 988 191 333 | 988 191 333 | 181 756 000 | 988 191 333 | 3 328 086 000 | 13,91% |
| Pilier 3: Rendre opérationnel le plan directeur par la culture de rendre compte pour faciliter l'appropriation par le pays à travers le programme MTN | 63 689 500 | 1 172 826 440 | 1 218 338 420 | 1 105 137 040 | 601 062 040 | 722 427 320 | 4 883 480 760 | 20,42% |
| Pilier 4: Renforcer la mobilisation des ressources et coordination en vue de l'élimination des MTN | 450 570 833 | 2 088 520 000 | 2 088 520 000 | 1 757 901 667 | 1 757 901 667 | 1 671 940 900 | 1 671 940 900 | 6,99% |
| BUDGET GLOBAL | 1 988 635 711 | 6 073 524 487 | 7 140 410 233 | 7 270 897 330 | 4 661 377 807 | 4 925 952 053 | 23 917 383 455 | 100,00% |
| Population | 12 837 743 | 13 097 400 | 13 353 053 | 13 604 768 | 13 931 282 | 14 265 633 | 81 089 880 | |
| Coût par personne /an | 155 | 464 | 535 | 534 | 335 | 345 | 295 | |

TABLEAU 54 : COUT PAR MEDICAMENT 2023-2027

| MTN | 2023 | | 2024 | | 2025 | | 2026 | | 2027 | |
|----------------|------------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------------------|
| | Besoins en médicaments | Valeur des médicaments en 2023 | Besoins en médicaments | Valeur des médicaments en 2023 | Besoins en médicaments | Valeur des médicaments en 2023 | Besoins en médicaments | Valeur des médicaments en 2023 | Besoins en médicaments | Valeur des médicaments en 2023 |
| Onchocercose | 5 238 187 | 8 083 255 | 5 363 903 | 8 277 253 | 5 492 637 | 8 475 908 | 5 624 460 | 8 679 329 | 5 759 447 | 8 887 633 |
| Schistosomiase | 4 198 531 | 369 471 | 4 299 295 | 378 338 | 4 402 478 | 387 418 | 4 508 138 | 396 716 | 4 616 333 | 406 237 |
| STH 1er tour | 5 242 574 | 157 277 | 5 368 396 | 161 052 | 5 497 237 | 164 917 | 5 629 171 | 168 875 | 5 764 271 | 172 928 |
| STH 2ème tour | 5 242 574 | 157 277 | 5 368 396 | 161 052 | 5 497 237 | 164 917 | 5 629 171 | 168 875 | 5 764 271 | 172 928 |
| Lèpre | | | | | | | | | | |

Étapes de la conception d'un plan directeur national MTN



I. Préparer et organiser

Examiner **les plans MTN actuels et l'état des programmes de lutte contre les maladies**

Comprendre les priorités nationales en matière de santé, par ex. Fardeau des MTN, progrès vers les objectifs actuels et lacunes futures potentielles

Cartographier les parties prenantes pertinentes (au sein et au-delà de la santé) **et les initiatives existantes liées aux MTN**

Mettre en place ou utiliser un groupe de travail existant pour coordonner la planification stratégique des MTN, y compris par ex. des représentants des niveaux locaux et d'autres secteurs



II. Elaborer des objectifs et des stratégies

Examiner les ODD et la feuille de route mondiale 2030 comme base **pour fixer des cibles pour chaque maladie pertinente ainsi que des cibles transversales**, dans le contexte des objectifs et des calendriers existants

Élaborer des projets de stratégies qui tiennent compte **des mesures nécessaires pour atteindre les objectifs**, en notant les lacunes, les obstacles et les actions prioritaires. Peut inclure des éléments tels qu'un dossier d'investissement et un modèle de collaboration, et un cadre de suivi et d'évaluation.

S'assurer que les stratégies sont alignées sur les stratégies nationales de santé plus larges



III. Consulter et enrôler des partenaires

Convoquer ou intégrer les parties prenantes dans un comité pour toutes les MTN et inclure des représentants des secteurs concernés (par exemple WASH) pour examiner les stratégies actuelles et proposées

Initier des consultations plus larges avec les parties prenantes locales, régionales et mondiales, y compris par ex. OMS, individus et communautés affectés par les MTN

Utilisez une carte des parties prenantes et des commentaires **pour identifier leurs rôles et leurs ressources**



IV. Affiner les plans et les actions nécessaires

Affiner les plans nationaux de lutte contre les MTN à partir des commentaires des partenaires

Définir **les ressources et activités nationales et externes requises** et mettre en évidence les lacunes ou les obstacles; **initier des actions pour combler les lacunes**

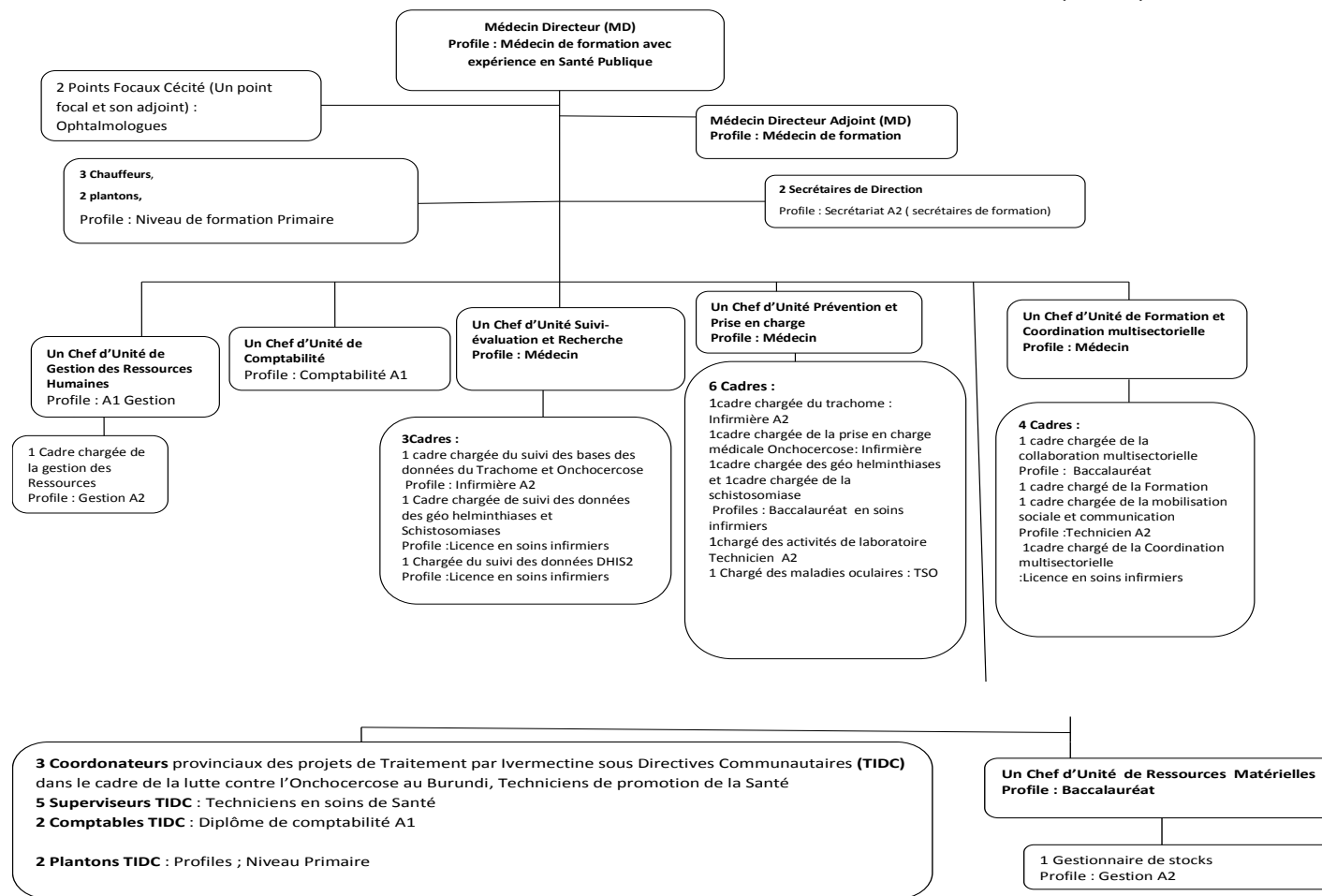
S'intégrer dans les stratégies nationales de santé et obtenir l'engagement politique nécessaire pour mettre en œuvre les plans de lutte contre les MTN

Aligner les structures de gouvernance, de collaboration et de programme pour assurer la réalisation des objectifs

Initier un apprentissage continu et adapter la stratégie

Annexe 2 : Organigramme du Ministère de la Santé et du programme national de lutte contre les MTN

ORGANIGRAMME DU PROGRAMME NATIONAL INTEGRE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES ET LA CECITE (PNIMTNC)



Liste des membres chargé de l'élaboration du plan Directeur de lutte contre les MTN

| Id | Nom et prénom | Fonction |
|-----------|--------------------------------|---|
| 1 | Dr Jean Bosco | Assistant du Ministre de la Santé Publique et la Lutte contre le sida |
| 2 | Dr BUCUMI Victor | Directeur du Programme PNIMTNC |
| 3 | Dr NKURUNZIZA Maurice | Directeur Adjoint du Programme PNIMTNC |
| 4 | Dr BAZA Dismas | Point MTN/OMS Burundi |
| 5 | Dr NDARUHUTSE Jérôme | OMS /Burundi |
| 6 | Dr BAKAJIKA Didier | Point Focal Oncho/filariose lymphatique /ESPEN- OMS |
| 7 | Dr NDIHARIRIZWA Isidore | Conseiller à DGSSLS |
| 8 | Dr MANIRAMBONA Adeline | Conseiller à DGSSLS |
| 9 | Dr NTIBARUFATE Pancrace | Responsable Lèpre au PNLT |
| 10 | Dr NKURUNZIZA Innocent | Conseiller au SP/MSPLS |
| 11 | Dr NIYONGABO Juvénal | Chef d'unité suivi évaluation du PNIMTNC |
| 12 | Dr HABİYAREMYE Jean Claude | Médecin Directeur de la province Cibitoke |
| 13 | Dr NDIKUMASABO Jean Claude | Médecin Directeur de la province Rumonge |
| 14 | Dr NKUNZIMA Eric | Médecin Directeur de la province Muyinga |
| 15 | Dr BARAKENGUZA Joachim | Médecin Directeur de la province Rutana |
| 16 | Mme KWIZERA Gérardine | Unité suivi – évaluation /PNIMTNC |
| 17 | Mme KABAGABIRE Liliane | Unité prise en charge /PNIMTNC |
| 18 | Mme NSHIMIRIMANA Riziki | Unité prise en charge /PNIMTNC |
| 19 | Mme KABATEZI Bernardine | Unité prise en charge /PNIMTNC |
| 20 | Mme MUZIRANENGE Fabiola | Unité ressources humaines /PNIMTNC |
| 21 | Mme BUCUMI Eliane | Unité ressources humaines /PNIMTNC |
| 22 | Mme IRAKIZA Siméon | Unité prise en charge /PNIMTNC |
| 23 | Mme NYANDWI Alima | Secrétaire du PNIMTNC |
| 24 | Mme NINDABIRA Anitha | Unité formation et collaboration multisectorielle |
| 25 | Mme KAMIKAZI NADINE | Secrétariat Permanent /MSPLS |
| 26 | Mme NIKEZWE Joselyne | BPS BUJUMBURA |
| 27 | Mme HABİYAMBERE Sadrine | BPS Mairie |
| 28 | Mr NIMPA Déogratias | Coordonnateur TIDC Cibitoke-Bubanza |
| 29 | Mr NDIMURUVUGO Nathanaël | Coordonnateur TIDC Bururi –Rumonge |
| 30 | Mr NIVYAYO Anaclet | Coordonnateur TIDC Makamba –Rutana |
| 31 | Mr NDAYIKENGURUKIYE Constantin | Chargé de la communication au PNIMTNC |
| 32 | Mr HARERIMANA Albert | Unité suivi –évaluation /PNIMTNC |
| 33 | Mr MUHIRE Claude François | BPS Bubanza |
| 34 | Mr BARINKUNDA Diomède | Ressources humaines |
| 35 | Mr BIGIRIMANA Jean De Dieu | Superviseur BPS Makamba |
| 36 | Mr NDIKURIYO Nestor | Superviseur BPS CANKUZO |
| 37 | Mr BENDANTUBA Pascal | SIS RUYIGI |
| 38 | Mr NZOHABONAYO Emmanuel | Superviseur BPS Kirundo |
| 39 | Mr NDAYIZEYE Jean Bosco | Superviseur Ruyigi |

Liste des membres chargé de la validation du plan Directeur de lutte contre les MTN

| ID | NOM ET PRENOM | FONCTION |
|----|-----------------------------------|--|
| 1 | Dr NIJIMBERE Olivier | Secrétaire permanent du Ministre de la santé Publique et la lutte contre le sida |
| 2 | Dr BUCUMI Victor | Directeur du Programme PNIMTNC |
| 3 | Dr NKURUNZIZA Maurice | Directeur Adjoint du Programme PNIMTNC |
| 4 | Dr BAZA Dismas | Point MTN/OMS Burundi |
| 5 | Pr Ghislain Sopoh | Consultant de l'ESPEN/OMS |
| 6 | Dr TAMBWE Jean Paul | Consultant de l'ESPEN/OMS |
| 7 | Dr MBONIGABA Jean Bosco | Consultant de l'ESPEN/OMS |
| 8 | Dr NTIBARUFATE Pancrace | Responsable Lèpre au PNLT |
| 9 | Dr NTIRAMPEBA Cyrille | Conseiller à l'IG/MSPLS |
| 10 | Dr MUKENGA Eraste | Conseiller DGSSLS santé au MSPLS |
| 11 | Dr NIYONGERE Annick | PDS-DSCE |
| 12 | Dr NIYONGABO Juvénal | Chef d'unité suivi - évaluation du PNIMTNC |
| 13 | Dr HABİYAREMYE Jean Claude | Médecin Directeur de la province Cibitoke |
| 14 | Dr BIGIRIMANA Joëlle | Médecin Directeur de la province Bubanza |
| 15 | Dr NYAMBIKIYE Vénérand | Médecin Directeur de la province Bururi |
| 16 | Mme NIYONKURU Jeanine | Conseiller DGP |
| 17 | Mme BARUTWANAYO Jeannette | Conseiller DP |
| 18 | Mme MUHIZI Félicia | Conseillère au Secrétariat Permanent /MPSLS |
| 19 | Mme KWIZERA Gérardine | Unité suivi –évaluation /PNIMTNC |
| 20 | Mme KABAGABIRE Liliane | Unité prise en charge /PNIMTNC |
| 21 | Mme NYEGERANIJE Monique | Secrétaire du PNIMTNC |
| 22 | Mme BARAHINDUKA Imelda | Unité comptabilité PNIMTNC |
| 23 | Mme ICITEGETSE Yvette | Unité formation et collaboration multisectorielle /PNIMTNC |
| 24 | Mr Jean Baptiste BIGABO | ABREMA |
| 25 | Mr MUTABAZI Justin | Chargé su SIS au BPS Rumonge |
| 26 | Mr NIMPA Déogratias | Coordonnateur TIDC Cibitoke-Bubanza |
| 27 | Mr NDAYIMURUVUGO Nathanaël | Coordonnateur TIDC Bururi –Rumonge |
| 28 | Mr NIVYAYO Anaclet | Coordonnateur TIDC Makamba –Rutana |
| 29 | Mr NDAYIKENGURUKIYE Constantin | Chargé de la communication au PNIMTNC |
| 30 | Mr HARERIMANA Albert | Unité suivi –évaluation /PNIMTNC |
| 31 | Mr NAHIMANA Samuel | Unité prise en charge /PNIMTNC |