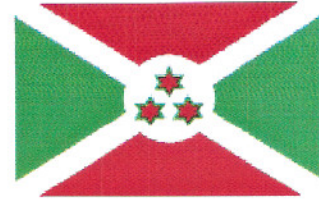


REPUBLIQUE DU BURUNDI



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

Politique Nationale de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité

Bujumbura, Octobre 2010

TABLE DES MATIERES

Table des matières..... i

Préface iii

Sigles et abréviations iv

Chap. I. Introduction..... 1

Chap. II. Analyse de la situation 3

2.1. Généralités 3

2.1.1. Situation géographique 3

2.1.2. Situation démographique 3

2.1.3. Situation socio-économique..... 3

2.1.4. Système administratif et sanitaire 4

2.1.4.1. Le niveau central 5

2.1.4.2. Le niveau intermédiaire 5

2.1.4.3. Le niveau périphérique 5

2.2. Ressources 6

2.2.1. Ressources humaines 6

2.2.2. Ressources matérielles 7

2.2.2.1. Infrastructures 7

2.2.2.2. Equipements 7

2.2.3. Ressources financières 8

2.3. Etat des lieux de la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité (MTNC)
..... 7

2.3.1. Introduction 7

2.3.2. Situation épidémiologique actualisée des MTN 9

2.3.2.1. L’Onchocercose 9

2.3.2.2. Les géohelminthiases 9

2.3.2.3. La schistosomiase	10
2.3.2.4. La Filariose lymphatique	10
2.3.2.5. Le trachome	10
2.3.2.6. Les autres maladies tropicales négligées	11
Chap III. Vision, but et objectifs	12
3.1. Vision	12
3.2. But	12
3.3. Objectifs	12
3.3.1. Objectif général	12
3.3.2. Objectifs spécifiques	12
Chap.IV. Axes stratégiques et interventions prioritaires pour la lutte contre les MTNC	13
4.1. Axes stratégiques et interventions selon les aspects communs aux MTNC et/ou autres maladies	13
4.2. Axes stratégiques et interventions selon les spécificités propres à chaque MTNC	15
4.2.1. Helminthiases Transmises par le Sol (HTS)	15
4.2.2. Schistosomiase	15
4.2.3. Onchocercose	16
4.2.4. Trachome	16
4.2.5. Cysticercose	16
4.2.6. Tréponématoses non vénériennes	16
4.2.7. Rage	17
4.2.8. Ulcère de Buruli	17
4.2.9. Filariose lymphatique	17
4.2.10. Cécité évitable	17
Chap.V. Cadre institutionnel et modalités de mise en œuvre	18
Chap. VII. Conclusion	21

PREFACE

Le Gouvernement du Burundi a depuis longtemps fait de la santé de sa population une grande priorité de sa politique de développement socio-économique. Ainsi, la politique sanitaire du Burundi s'appuie sur le principe de la « santé pour tous » visant la plus grande couverture sanitaire et une répartition équitable des services de santé. En effet, le Gouvernement du Burundi considère la santé comme un des droits fondamentaux de chaque citoyen.

Pour traduire les faits de la politique nationale de la santé, le Burundi s'est doté d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) dont l'élaboration a fait objet d'une large consultation des partenaires en matière de santé. L'un des quatre objectifs de ce plan est de : « Réduire la prévalence des maladies transmissibles et non transmissibles ». Parmi ces maladies figurent les maladies tropicales négligées et la cécité. Ces dernières constituent un problème de santé publique dans la plupart des pays en voie de développement en général, et au Burundi en particulier avec une énorme charge de morbidité.

Des bases factuelles ont montré que la lutte contre les maladies tropicales négligées et par extension la Cécité, contribue à l'atteinte de plusieurs Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Au Burundi, la réussite de la lutte contre les MTNC ne peut être envisagée en l'absence d'une Politique nationale définissant les axes stratégiques et les orientations sur lesquels se basent les activités de cette lutte. C'est par conséquent le but de l'élaboration du présent document de politique nationale de lutte contre les MTNC.

Nous sommes rassurés que la présente politique nationale de lutte contre les MTNC sera un guide et donnera les orientations nécessaires pour alléger la souffrance du peuple Burundais accablé par le lourd fardeau dû à ces maladies.

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

Hon. Dr NTAKARUTIMANA Sabine



15/12/2010

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AGR	: Activités Génératrices de Revenus
ALB	: Albendazole
APOC	: African Program of Onchocerciasis Control (Programme africain de lutte contre l'onchocercose)
ARCE	: Appréciation Rapide de la Cécité Evitable
BPS	: Bureau Provincial de Santé
CADEC	: Cadre de Développement Communautaire
CBM	: Christoffel Blinden Mission
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CDC	: Centers of Disease Control and prevention (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies)
CDS	: Centre de santé
CHUK	: Centre Hospitalo- Universitaire de Kamenge
CNPK	: Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge
CPLR	: Clinique Prince Louis Rwagasore
DC	: Distributeurs Communautaires
EDS	: Enquête Démographique de Santé
FOSA	: Formation Sanitaire
GG	: Geneva Global
GNNTDC	: Global Network for Neglected Tropical Disease control
HMK	: Hôpital Militaire de Kamenge
HPRC	: Hôpital Prince Régent Charles
HTS	: Helminthiases Transmises par le Sol
ICT	: Immuno-Chromatic Test
IDC	: Indice de Développement Humain

IEC	: Information, Education et Communication
ISTEEBU	: Institut des Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi
ITI	: International Trachoma Initiative
IVM	: Integreted Vector Management (Gestion intégrée des vecteurs)
LMTC	: Lutte contre les Maladies Transmissibles et Carentielles
M&E	: Monitoring et Evaluation
MEB	: Mebendazole
MSNDPHG	: Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la Personne Humaine et du Genre
MSP	: Ministère de la Santé Publique
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA
MTN	: Maladies Tropicales Négligées
MTNC	: Maladies Tropicales Négligées et Cécité
OAG	: Observatoire de l'Action Gouvernementale
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PEC	: Prise en charge
PEV	: Programme Elargie de Vaccination
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNILP	: Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme
PNLO	: Programme National de Lutte contre l'Onchocercose
PNS	: Politique National de Santé
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement

PRONIANUT	: Programme National Intégré d'Alimentation et de Nutrition
SCI	: Schistosomiasis Control Initiative
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SSME	: Semaine Santé Mère-Enfant
SSP	: Soins de Santé Primaires
\$ US	: Dollar of United States (Dollar américain)
TIDC	: Traitement par Ivermectine sous Directives Communautaires
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'enfance.
USAID	: United States Agency for International Development
USLS	: Unité Sectorielle de lutte contre le SIDA
VIH/SIDA	: Virus d'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immunodéficience Acquis
WVI	: World Vision International

CHAP. I. INTRODUCTION

Dans un monde en constante évolution, le progrès socio-économique est largement déterminé par la santé de sa population. Malheureusement, ce progrès est entravé dans la majorité des cas par d'anciennes maladies infectieuses endémiques, qui continuent à sévir essentiellement dans les zones tropicales vulnérables des pays en développement. Ces zones se situent essentiellement en Afrique sub-saharienne où au moins un milliard de personnes sont affectées par plusieurs de ces maladies à la fois. Elles sont par ailleurs caractérisées par la précarité de l'hygiène environnementale, l'inaccessibilité en eau potable, la malnutrition, les faibles taux d'alphabétisation, l'insuffisance des installations sanitaires et des systèmes de santé.

Ce constat regrettable reste malheureusement le même pour les maladies cécitantes.

Cette situation est parfois aggravée par les troubles sociopolitiques s'étendant sur plusieurs années, pesant ainsi sur la vie quotidienne des populations pauvres laissées à l'écart du développement économique.

Faute d'une réduction importante de la charge de ces maladies transmissibles, la réalisation d'autres objectifs liés à la santé, notamment en matière d'éducation, d'égalité des sexes, de réduction de la pauvreté et de croissance économique est compromise.

C'est pourquoi il faut mettre en œuvre des interventions sanitaires qui répondent à l'évolution des besoins en favorisant des approches d'un bon rapport coût/efficacité, en particulier pour les Maladies Tropicales Négligées qui représentent la plus grande partie de la charge morbide.

Ces maladies appelées « Maladies Tropicales Négligées » en raison du peu d'intérêt qu'elles suscitent auprès des instances internationales d'une part, et des maigres ressources qui leur sont consacrées d'autre part, sont entre autres, la filariose lymphatique, l'onchocercose, la schistosomiase, la trypanosomiase humaine africaine, les parasitoses intestinales (l'ankylostomiase, l'ascaridiase, la trichocéphalose), la dracunculose, la lèpre, l'ulcère de Buruli, la loase, le trachome, les tréponématoses non vénériennes, la cysticercose, etc. Par ailleurs, la plupart d'entre elles peuvent être maîtrisées par la chimiothérapie préventive; c'est le cas de l'onchocercose, les géohelminthiases, la schistosomiase, la filariose lymphatique et le trachome.

La lutte contre ces maladies est maintenant reconnue par la communauté internationale comme étant un facteur contribuant directement à la réalisation de certains Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), ce qui attire aujourd'hui une attention particulière et une mobilisation importante des ressources financières.

Le Burundi n'est pas épargné de ces Maladies Tropicales Négligées dont certaines font déjà objet d'interventions, notamment :

- ❖ **l'onchocercose** qui est méso/hyper-endémique dans 10 Districts sanitaires (Mabayi, Cibitoke, Bubanza, Mpanda, Rutana, Gihofi, Makamba, Rumonge, Matana et Bururi) sur 45, et affectant environ 1 369 795 habitants (Extrapolation des données du Recensement général de la population et de l'habitat de 2008);

- ❖ **les Helminthiases Transmises par le Sol (HTS)** qui sont endémiques dans tout le pays;

- ❖ **la schistosomiase intestinale à *Schistosoma mansoni*** qui est méso/hyper-endémique dans certaines parties de 9 provinces (Bubanza, Bujumbura, Bujumbura Mairie, Bururi, Cibitoke, Kirundo, Makamba, Rutana et Ruyigi) et affectant environ 2 428 633 habitants (Extrapolation des données du Recensement général de la population et de l'habitat de 2008);

- ❖ **le trachome** qui est méso-endémique dans 5 Districts sanitaires (Buhiga, Kinyinya Muyinga, Nyabikere et Rutana) sur les 25 où une collecte de données a été faite entre 2009-2010;

- ❖ **la filariose lymphatique** dont la cartographie faite entre 2007-2008 n'a pas révélé de cas au Burundi, et devrait rester sous surveillance.

Le Burundi à l'instar de beaucoup d'autres pays Africains est loin dans l'atteinte des OMD. Il a donc besoin d'importantes ressources financières, humaines et matérielles pour mettre en place des systèmes de surveillance intégrée essentiels, en vue d'améliorer la qualité des données sanitaires menant à l'élaboration des politiques et permettant de prendre des décisions appropriées.

C'est pourquoi, le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida (MSPLS) se propose d'élaborer le présent document de politique nationale de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité, afin d'optimiser l'utilisation des ressources limitées et augmenter les chances de pérennisation des interventions visant à améliorer la santé de la population Burundaise dans un cadre plus vaste.

CHAP. II. ANALYSE DE LA SITUATION

2.1. Généralités

2.1.1. Situation géographique

Le Burundi est un pays enclavé situé à cheval sur l'Afrique centrale et orientale avec une superficie de 27 834 km² incluant la surface des eaux territoriales. Il a une frontière commune avec au Nord le Rwanda, au Sud et à l'Est la Tanzanie, et à l'Ouest la République Démocratique du Congo. Une grande partie du territoire est occupée par les hauts plateaux dominés par la crête Congo-Nil vers l'Ouest et le reste par les lacs, la plaine de l'Imbo et les dépressions de l'Est. Son climat est tropical avec deux grandes saisons : une saison pluvieuse s'étendant sur neuf mois (de septembre à mai), et une saison sèche de trois mois (de juin à fin août). Le Burundi est situé à 2°30' de latitude Sud et entre 28°50' et 30°53' de longitude Est. Son altitude est comprise entre 760 m et 2 700 m (PNS 2005-2015, 2004).

2.1.2. Situation démographique

En 2009, la population était estimée à 8 271 738 habitants (Projection des données du Recensement général de la population et de l'habitat de 2008), avec un taux d'accroissement annuel de 2,9%.

La majorité de cette population (93%) habite en milieu rural et est très jeune (48,8% ≤ 15 ans). La densité de la population est de 315 habitants par km² ; ce qui classe le Burundi parmi les pays d'Afrique les plus densément peuplés. L'espérance de vie à la naissance est de 42 ans pour les hommes et 47 pour les femmes (Recensement général de la Population et de l'Habitat, 2008).

2.1.3. Situation socio-économique

L'analyse socio-économique montre une forte détérioration des conditions de vie des populations depuis le déclenchement de la crise en 1993. Cette dernière a engendré la dislocation du tissu social, l'abandon des terres par une partie de la population (réfugiés ou déplacés), la promiscuité entraînant une recrudescence des endémo-épidémies dont le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose, la malnutrition et certaines Maladies Tropicales Négligées (MTN) dont le trachome, les HTS, etc.

L'économie burundaise est largement basée sur ses ressources agricoles (56% du PIB sont issus du secteur primaire). La force de production est essentiellement constituée par les femmes (52,2%) qui représentent l'essentiel de la population active de ce secteur. Ainsi, la participation de la femme au processus de développement est considérée comme un élément déterminant dans toutes les stratégies de réduction de la pauvreté et de développement.

Sur le plan économique et financier la situation se caractérise par :

- le PIB qui a baissé cumulativement de 20% sur la période 1993-2002;
- le revenu (PIB) par tête d'habitant qui s'est progressivement érodé pour s'établir à moins de 110 \$ US en 2002 contre près de 210 \$ US en 1990;
- le taux d'investissement qui a fortement baissé en passant de près de 18% du PIB en 1992 à moins de 9% en 2002 ;
- des exportations qui ont connu une baisse importante passant de 79,3 millions de \$ US en 1992 à 31,0 millions en 2002 ;
- un Indice de Développement Humain (IDH) qui était de 0,337 en 2003, classant le Burundi au 171^{ème} rang parmi les 175 pays (PNUD, 2003 citée dans PNDS 2006-2010).

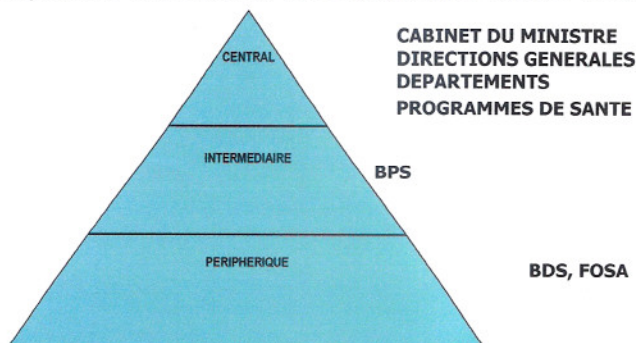
Le taux d'alphabétisation des adultes reste inférieur à 40%. Le taux d'alphabétisation des femmes est inférieur à celui des hommes, soit 32%. Le taux brut de scolarisation était à 73% en 2001-2002 (celui de 2006 n'est pas encore disponible, mais une tendance à la hausse est remarquable). Le taux brut de scolarisation du primaire a chuté de plus de 20% entre 1992 (67,3%) et 1995 (26%) (PNDS 2006-2010, 2005). Une amélioration de la situation est observée avec la politique de subvention totale des frais de scolarisation à l'école primaire en 2005-2006.

2.1.4. Système administratif et sanitaire

Au niveau administratif, le Burundi est divisé en 17 provinces, subdivisées à leur tour en 129 communes. Ces dernières comptent au total 3 060 collines. Une colline contient au moins trois sous-collines « agacimbiri ».

Au niveau sanitaire, le pays est réparti en 17 provinces sanitaires divisées en 45 Districts sanitaires.

De type pyramidal, le système national de santé s'articule autour de 3 niveaux :



2.1.4.1. Le niveau central

Il est représenté par le Cabinet du Ministre, les Directions Générales, les Départements, les Programmes de santé.

Son fonctionnement est centré sur les responsabilités transversales en appui aux niveaux intermédiaire et périphérique. La priorité est donnée à la formulation de la politique sectorielle, à la définition des normes structurelles et sanitaires, à la coordination de l'aide apportée au secteur, et au respect d'une planification des ressources et d'activités par niveau. Il assure en outre un système de formation continue, d'approvisionnement régulier, de supervision technique intégrée, de mise à jour des statistiques sanitaires et du suivi-évaluation des activités mises en œuvre.

2.1.4.2. Le niveau intermédiaire

Il est représenté par les 17 BPS comme niveau de déconcentration dont la responsabilité principale est la coordination des activités et des interventions dans chaque province. Il assure l'interface entre le niveau central et le niveau périphérique. Ce niveau est insuffisamment outillé et souffre d'une pénurie de capacités gestionnaires et logistiques, mais également de personnel médical.

2.1.4.3. Le niveau périphérique

Il comprend 45 Districts sanitaires et 730 CDS (Communication personnelle). Chaque district sanitaire comprend un certain nombre de communes et de formations sanitaires (hôpital et CDS). Un District sanitaire dessert une population d'environ 150 000 habitants. Il a dans son aire de responsabilité un hôpital de première référence et 10 à 15 CDS qui lui sont satellites.

Chaque district est dirigé par un Médecin Chef de District Sanitaire.

Le District sanitaire est le niveau opérationnel de mise en œuvre de la politique sanitaire.

La fonction administrative d'un CDS est assurée par le titulaire. Il a la responsabilité de planifier, d'organiser et de gérer toutes les activités de ce CDS.

Le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA est en train de promouvoir la politique de participation communautaire dans la gestion des centres de santé, mais il manque encore un cadre juridique y relatif.

La même configuration pyramidale se retrouve dans l'organisation du réseau des soins qui comporte 4 paliers:

- Le niveau de base constitué par les centres de santé, porte d'entrée dans le système national formel des soins ;
- Les hôpitaux de première référence (hôpital de district) ;

- Les hôpitaux de deuxième référence ;
- Les hôpitaux spécialisés.

Outre les CDS, l'analyse de la Carte sanitaire actualisée du Burundi indique que le pays dispose de 48 hôpitaux opérationnels sur l'ensemble du territoire dont 40 hôpitaux de première référence (29 publiques et 11 agréés), 3 de deuxième référence (Gitega, Ngozi, Bururi) et 5 nationaux /spécialisés (CHUK, CPLR, HPRC, CNPK et HMK).

En plus du secteur public, il existe un secteur privé de soins constitué de cabinets médicaux, cliniques et de structures de soins appartenant à des ONG et des associations locales qui apportent un appui non négligeable au secteur public de la santé.

L'accessibilité physique semble théoriquement satisfaisante du fait que 80 % de la population sont géographiquement installés à une distance inférieure à 5 km d'un centre de santé. Cependant, l'analyse situationnelle des infrastructures de santé dénote d'importantes disparités dans leur distribution selon les milieux (rural et urbain), entre les provinces mais aussi à l'intérieur des provinces.

En général, l'analyse du système de santé révèle les défis suivants :

- Des provinces sanitaires avec insuffisances en ressources humaines (en qualité et en quantité), financières et matérielles;
- Une qualité des services de santé qui reste à améliorer surtout en rapport avec l'approvisionnement en médicaments essentiels, la gestion et les infrastructures qui sont vétustes bien que le système de santé offre une bonne couverture géographique malgré les disparités régionales en faveur des centres urbains ;
- Une faible motivation et une instabilité du personnel de santé;
- Une insuffisance notoire du personnel spécialisé.

2.2. Ressources

La mise en œuvre de la Politique Nationale de lutte contre les MTNC nécessite une mobilisation importante des ressources humaines, matérielles et financières.

2.2.1. Ressources humaines

Les ressources humaines du secteur de la santé en général et celles du Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité (PNIMNTC) en particulier sont insuffisantes en qualité et en quantité.

Comme le PNIMTNC a dans ses stratégies d'intervention « l'intégration », il devrait profiter du personnel de santé existant dans les structures sanitaires. Malheureusement, le constat est que ce personnel est inégalement réparti sur le territoire national.

Aussi, les capacités techniques de ce personnel en matière de lutte contre les MTNC doivent être renforcées à tous les niveaux. Il est aussi important d'inclure des notions relatives à la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité dans les curricula de formation initiale médicale et paramédicale. Une fois que le personnel aura acquis des connaissances suffisantes en matière de lutte contre les MTNC, le Gouvernement aura pour défi de trouver un mécanisme de stabiliser et de répartir équitablement ce personnel.

Par ailleurs, le rôle joué par la communauté dans la détection, la prévention et le traitement des MTNC est d'une grande importance. Cela est très remarquable lors des campagnes de Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) par les Distributeurs Communautaires (DC).

Cependant, ces derniers ont besoin d'un encadrement technique régulier et d'une motivation dans leur travail.

2.2.2. Ressources matérielles

2.2.2.1. Infrastructures

La Carte sanitaire du Burundi indique que 80 % de la population sont géographiquement installés à une distance inférieure à 5 km d'un centre de santé. Cependant, l'analyse situationnelle des infrastructures de santé dénote d'importantes disparités dans leur distribution selon les milieux (rural et urbain), entre les provinces rurales mais aussi à l'intérieur des provinces.

L'intégration des activités de lutte contre les MTNC conduira à utiliser les infrastructures sanitaires existantes en bon état ou à réhabiliter pour assoir ses interventions. En cas de besoin, des locaux supplémentaires pour des services de prise en charge des MTNC seront aménagés.

2.2.2.2. Equipements

D'une manière générale, des structures de santé sans équipements en qualité et en quantité suffisantes ne peuvent pas s'acquitter correctement de leurs tâches. Or, certaines infrastructures sanitaires ne disposent pas d'équipements suffisants pour leur permettre de réaliser le paquet d'activités leur assignées. Cela est plus remarquable pour les équipements nécessaires à la prévention, au diagnostic et au traitement des MTNC (matériel IEC, matériel et réactifs de laboratoire, les médicaments, matériel pour le diagnostic et la PEC des pathologies oculaires, etc.).

Le MSPLS avec l'appui des partenaires au développement devrait faire plus d'efforts pour doter ces infrastructures sanitaires d'équipement nécessaire et adéquat afin de répondre aux exigences de la lutte contre les MTNC. Pour cela, un inventaire des besoins en équipements de PEC des MTNC est nécessaire. Une fois les équipements disponibles dans les structures sanitaires, l'entretien et la maintenance devront être régulièrement assurés par un personnel compétent.

2.2.3. Ressources financières

Le budget alloué au MSPLS en 2010 représente 8 % du budget total du Gouvernement alors qu'il devrait être au moins égal à 15% (Déclaration d'Abuja).

Les ressources financières du PNIMTNC proviennent principalement de l'aide extérieure et dans une moindre mesure de la contribution gouvernementale. Cette dernière concerne essentiellement le paiement des salaires du personnel et aux frais de fonctionnement. La contribution des populations au financement du secteur est quasi-inexistante. La plupart des services de soins étant subventionnés à 100% par l'Etat avec ses partenaires.

En vue d'améliorer la situation sanitaire de la population en générale et de réduire l'impact et les conséquences dus aux MTNC envers la population, les mesures suivantes devront être prises par le Gouvernement:

- Augmenter de façon significative le budget alloué au MSPLS en général et au PNIMTNC en particulier ;
- Mobiliser les ressources financières auprès des partenaires en faveur de la lutte contre les MTNC.

2.3. Etat des lieux de la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité (MTNC)

2.3.1. Introduction

Le Burundi via le MSPLS mène, depuis longtemps, une lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires (HTS, l'onchocercose, la schistosomiase, trypanosomiase humaine africaine, etc.). Cette lutte a été pilotée progressivement par les Projets MAPR (Mission d'Assainissement de la Plaine de la Rusizi) et LMTC (Lutte contre les Maladies Transmissibles et Carencielles).

Depuis 2003, la lutte contre l'Onchocercose a été confiée au Programme National de Lutte contre l'Onchocercose (PNLO).

En Mai 2007, la lutte contre les HTS, la schistosomiase, le trachome et la filariose lymphatique a été menée dans le cadre du Projet « MTN ».

Un Plan National de Lutte contre la Cécité existe et définit 7 Régions Opthalmiques. Parmi ces régions, deux seulement bénéficient d'un appui (la Région Ouest et la Région Nord). Les soins oculaires sont offerts par les privés (sauf quelques exceptions).

Depuis Janvier 2010, il ya eu création du Programme National Intégré de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité (PNIMTNC), chargé de lutter contre toutes les MTNC.

Notons aussi que le MSP en collaboration avec ses partenaires projette investiguer sur la situation épidémiologique des autres MTN (Ulcère de Buruli, les Tréponématoses non vénériennes, la Cysticerose, etc.).

Malgré tous ces efforts, il n'y avait pas de politique nationale définissant clairement les orientations de lutte contre les MTNC.

2.3.2. Situation épidémiologique actualisée des MTN

2.3.2.1. L'Onchocercose

Sur le plan national, le PNLO a fait une enquête sur l'endémicité de la maladie dans la plupart des provinces. En 2007, les données de 38 sur un total de 43 Districts sanitaires étaient disponibles. Les enquêtes réalisées par le PNLO et le Projet MTN en 2009 ont permis de compléter la cartographie de l'onchocercose.

Au Burundi, l'onchocercose est connue comme méso ou hyper-endémique dans 10 Districts sanitaires sur les 45 que compte le pays. Un traitement de masse utilisant la stratégie de « Traitement par l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) » a été mise en œuvre en 2005 pour le Projet TIDC Cibitoke-Bubanza, et en 2006 pour les Projets TIDC Bururi et Rutana. Le taux de couverture thérapeutique varie de 68% à 76% en 2009.

Le MSPLS, en collaboration avec ses partenaires, est en phase de mettre en place une stratégie de l'élimination de la transmission de l'onchocercose.

2.3.2.2. Les géohelminthiases

Les géohelminthiases constituent un problème de santé publique sur tout le territoire national. Les enquêtes menées en 2007, 2008 et 2009 dans les sites sentinelles éparpillés à travers tout le pays, montrent respectivement des prévalences cumulées de 36%, 32% et 29% (Rapports d'enquête non publiés), alors qu'elles devraient être réduites à moins de 20% selon les normes de l'OMS.

Depuis 2003, un traitement de masse à l'Albendazole ou au Mébendazole est administré deux fois par an aux enfants de 1 à 14 ans et aux femmes enceintes (2^{ème} et 3^{ème} trimestres de la grossesse) pendant les semaines dédiées à la santé de la mère et de l'enfant.

Un passage à l'échelle dans l'amélioration de la stratégie de déparasitage doit être fait pour réduire la prévalence cumulée des géohelminthiases à une valeur inférieure à 20% au niveau national.

En plus du déparasitage, des mesures d'accompagnement tel que l'IEC, l'hygiène et l'assainissement doivent être renforcées.

2.3.2.3. La schistosomiase

La Schistosomiase urinaire n'est pas encore retrouvée au Burundi alors que la Schistosomiase intestinale existe comme méso/hyper endémique dans 9 provinces (Cibitoke, Bubanza, Bujumbura, Bujumbura Mairie, Bururi, Makamba, Kirundo, Rutana et Ruyigi). D'après les enquêtes menées en 2007, 2008 et 2009 dans les sites sentinelles dans 9 provinces ci-haut citées, des prévalences cumulées de 13%, 5% et 4,9% ont été respectivement enregistrées. Dans ces provinces la prévalence de la Schistosomiase intestinale est supérieure à 10% (donc au dessus des normes). Depuis 2007, la lutte contre la schistosomiase est principalement axée sur le traitement de masse lors des campagnes nationales et le traitement cas par cas dans les structures de santé à base du Praziquantel comprimé de 600 mg.

En plus de ces interventions, des mesures d'accompagnement tel que l'IEC, l'amélioration de l'hygiène et assainissement doivent être renforcées.

2.3.2.4. La Filariose lymphatique

En 2007, une investigation sur l'existence de la Filariose lymphatique (FL) au Burundi a été menée, d'abord auprès des enfants de la sixième année de 12 écoles primaires situées dans 3 provinces pilotes (Bubanza, Bururi et Cibitoke). Ensuite, une enquête transversale fût conduite par l'équipe du Projet « MTN » sur la totalité du territoire burundais. Elle était basée sur l'utilisation de cartes immuno-chromatographiques (ICT; Binax Inc., Portland, ME) pour la détection des antigènes circulants de *W. bancrofti*. Cette cartographie nationale a été faite dans 15 sites et a concerné 1 373 adultes âgés de plus de 15 ans ; soit une moyenne de 92 individus par site. A l'issu de cette enquête, un seul cas positif a été rapporté. Après un examen approfondi au CDC d'Atlanta (aux USA), il a été conclu qu'il s'agissait plutôt d'un « faux positif ». Dès lors, le Burundi est jusqu'à présent considéré comme indemne de filariose. Toutefois, le Programme doit continuer à assurer la surveillance de cette pathologie.

2.3.2.5. Le trachome

Depuis très longtemps, le trachome était une maladie peu connue au Burundi. Ce n'est qu'en 2007, qu'une enquête réalisée dans 43 communes a confirmé son existence. Sur 1 932 enfants âgés de 1 à 9 ans examinés, 586 montraient des signes du Trachome folliculaire (TF) dans au moins un œil (soit une prévalence de 30,33%). Les proportions de filles et de garçons

au sein des enfants infectés étaient équilibrées, avec 48,81% chez les filles contre 51,19% chez les garçons (MSP, 2008). Sur 1 473 adultes âgés d'au moins 15 ans examinés, seulement 3 montraient des signes du Trichiasis trachomateux (TT) dans au moins un œil, soit une prévalence de 0,20% (MSP, 2008).

Le Programme a commencé l'implémentation de la stratégie CHANCE: Chirurgie du trichiasis, le traitement par Antibiotique pour les cas positifs, le Nettoyage du visage et le Changement de facteurs Environnementaux (latrines, accès à l'eau propre, éloignement du bétail de la maison, etc.). En effet, un système de référence pour la chirurgie des cas de trichiasis est en place. C'est ainsi que les cas de trichiasis sont transférés à Bujumbura pour subir une intervention chirurgicale. Par ailleurs, les cas de trachome actif détectés pendant la collecte de données sont traités avec la tétracycline pommade à 1% (antibiotique). Une demande d'Azithromycine a été faite auprès de l'Initiative ITI, pour pouvoir traiter toute la population dans les 4 Districts sanitaires méso et hyper-endémiques. Pour les composantes : nettoyage du visage (N), changement des facteurs environnementaux (CE), un partenariat a été conclu en septembre 2009 entre le MSPLS/PNIMTNC (MSP/Projet MTN d'alors) et l'ONG World Vision International (WVI) pour l'exécution des 2 composantes dans la province de Karusi. Un plaidoyer auprès d'autres partenaires a été initié et devra se poursuivre, en vue d'étendre ces interventions dans d'autres Districts sanitaires.

2.3.2.6. Les autres maladies tropicales négligées

L'ampleur des autres MTN comme l'ulcère de Buruli, le pian, la rage, la cysticerose, etc. n'est pas encore connue. Pour cela, une cartographie nationale de ces pathologies est nécessaire. La recherche pourrait être faite en collaboration du PNIMTNC avec les autres partenaires et institutions de recherche.

CHAP III. VISION, BUT ET OBJECTIFS

3.1. Vision

Le Burundi libéré des maladies tropicales négligées et de la cécité évitable.

3.2. But

Le but de la présente politique nationale est de prévenir, maîtriser ou éliminer les maladies tropicales négligées d'une part, prévenir ou assurer la prise en charge de la cécité évitable d'autre part.

3.3. Objectifs

3.3.1. Objectif général

Améliorer l'état de santé de la population burundaise par la réduction de la morbi-mortalité due aux Maladies Tropicales Négligées et la cécité évitable.

3.3.2. Objectifs spécifiques

- Assurer l'intégration effective de la lutte contre les maladies tropicales négligées et la cécité évitable dans les soins de santé primaires ;
- Réduire la prévalence des maladies tropicales négligées et la cécité évitable à un niveau où elles ne constituent plus un problème de santé publique au Burundi ;
- Éliminer la transmission de l'onchocercose ;
- Documenter, cartographier et lutter contre les autres maladies tropicales négligées pour lesquelles des outils d'intervention sont disponibles (l'ulcère de Buruli, la cysticercose, etc.) ;
- Assurer la surveillance des maladies tropicales négligées considérées comme non endémiques au Burundi (filariose lymphatique, trypanosomiasés, etc.) ;
- Réduire significativement l'incidence des causes de la cécité évitable.

CHAP.IV. AXES STRATEGIQUES ET INTERVENTIONS PRIORITAIRES POUR LA LUTTE CONTRE LES MTNC

Les axes stratégiques et les interventions prioritaires tiendront compte des aspects communs aux différentes MTNC constituant un problème de santé publique au Burundi ainsi que des spécificités propres à chaque MTNC.

4.1. Axes stratégiques et interventions selon les aspects communs aux MTNC et/ou autres maladies

1. Evaluation de la charge des maladies tropicales négligées et des maladies cécitantes évitables.

- Elaborer les protocoles de recherches nécessaires sur les MTNC ;
- Former les équipes de recherche ;
- Faire une cartographie pour les MTNC ;
- Collecter les données de base sur les MTNC ;
- Assurer une surveillance de l'évolution de la charge des MTNC ;
- Rationaliser les systèmes d'information/communication nationaux (central, intermédiaire, périphérique) régionaux et mondiaux.

2. Approche intégrée, inter programmes et intersectorielle dans la lutte contre les MTNC.

- Assurer la coordination des divers partenaires et intervenants dans la lutte contre les MTNC ;
- Impliquer tous les intervenants dans la planification et la budgétisation ;
- Faire une mise en œuvre commune des activités (co-implémentation).

3. Renforcement du système de soins de santé et développement des capacités.

- Elaborer les normes et les directives pour la lutte contre les MTNC ;
- Développer les capacités de diagnostic, de traitement, de prise en charge et de surveillance des MTNC à tous les niveaux ;
- Mettre en place des centres de référence pour le diagnostic et traitement des MTNC ;
- Introduire dans le curricula de formation des écoles et instituts paramédicaux, et la faculté de médecine la lutte contre les MTNC.

4. IEC pour l'action de sensibilisation/mobilisation à base des facteurs pertinents et suffisants sur les MTNC.

Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication.

5. Garantie d'un accès facile à des médicaments, des outils diagnostiques et des moyens de prévention de qualité.

- Assurer un système d'approvisionnement et de distribution des médicaments, des outils diagnostics et des moyens de prévention ;
- Garantir la qualité des outils diagnostics et des médicaments ;
- Mettre sur pied un système de surveillance des échecs thérapeutiques et de pharmacovigilance.

6. Adaptation de la lutte contre les MTNC aux réalités prouvées par les résultats de recherche.

- Former le personnel sur toute nouvelle stratégie de lutte contre les MTN adaptée aux réalités prouvées par les enquêtes ou les recherches ;
- Réviser périodiquement les stratégies de lutte contre les MTNC en fonction des résultats du suivi et évaluation de la situation épidémiologique des MTNC ;
- Mettre en œuvre des approches novatrices de prévention et de traitement contre les MTNC en adaptant les directives mondiales à la réalité burundaise.

7. Mener une lutte anti vectorielle intégrée.

- Mettre en place un cadre légal de gestion intégrée des vecteurs dans le secteur de la santé et les autres secteurs de la vie nationale ;
- Elaborer les lignes directrices en matière de lutte contre les vecteurs pour la mise en œuvre et l'évaluation de l'IVM et de la gestion rationnelle des pesticides ;
- Soutenir la mobilisation de ressources pour l'IVM, y compris la participation de la communauté, pour pouvoir appliquer de façon efficace et durable des mesures de lutte anti-vectorielle ;
- Assurer le renforcement des capacités de lutte anti-vectorielle sur base des principes de la gestion intégrée des vecteurs aux niveaux national et sous régional ;

- Renforcer la collaboration inter programmes et intersectorielle, l'usage rationnel des ressources et des compétences pour l'IVM ainsi que la gestion rationnelle des pesticides ;
- Identifier les besoins pour une recherche opérationnelle à effectuer sur la lutte anti vectorielle.

8. Partenariats et mobilisation des ressources.

- Renforcer la collaboration avec les partenaires existants (organismes du système des Nations Unies, organisations non gouvernementales, sociétés pharmaceutiques, fondations, centres collaborateurs, etc.) et rechercher de nouveaux partenaires pour la lutte contre les MTNC ;
- Mobiliser les ressources nécessaires pour la lutte contre les MTNC.

4.2. Axes stratégiques et interventions selon les spécificités propres à chaque MTNC

4.2.1. Helminthiases Transmises par le Sol (HTS)

- Assurer la surveillance sentinelle pour l'évaluation de la prévalence et de la charge parasitaire ;
- Passer à l'échelle dans la chimioprophylaxie des HTS en revoyant les cibles de traitement en vue d'endiguer la ré-infestation ;
- Poursuivre l'éducation sanitaire, l'hygiène et l'assainissement du milieu afin de juguler la transmission et ré-infestation.

4.2.2. Schistosomiase

- Assurer la surveillance sentinelle pour l'évaluation de la prévalence et de la charge parasitaire ;
- Passer à l'échelle dans la chimioprophylaxie de la Schistosomiase en revoyant les cibles de traitement afin d'éviter la transmission et la ré-infestation ;
- Poursuivre l'éducation sanitaire, l'hygiène et l'assainissement du milieu afin de juguler la transmission et ré-infestation ;
- Initier la lutte anti-vectorielle en commençant par une étude malacologique ;
- Assurer la surveillance active de la schistosomiase urinaire spécialement chez les rapatriés et les réfugiés.

4.2.3. Onchocercose

- Atteindre et maintenir le taux de couverture thérapeutique nationale recommandé par l'APOC ;
- Mettre en place une stratégie de l'élimination de la transmission de l'onchocercose ;
- Mener une surveillance transfrontalière par une collaboration inter pays ;
- Mener une étude de faisabilité de lutte anti-vectorielle en vue de sa mise œuvre ;
- Mener une lutte anti-vectorielle dans les zones méso et hyper-endémiques.

4.2.4. Trachome

- Mettre en œuvre la stratégie CHANCE (CHirurgie du trichiasis, Antibiothérapie, Nettoyage du visage, Changement des facteurs Environnementaux) ;
- Assurer la surveillance de la maladie.

4.2.5. Cysticercose

- Elaborer les protocoles de recherche sur la cysticercose ;
- Former les équipes de recherche sur la cysticercose ;
- Faire la cartographie nationale de la cysticercose ;
- Collecter les données de base sur la cysticercose ;
- Assurer la prise en charge de la cysticercose ;
- Assurer la surveillance de la maladie.

4.2.6. Tréponématoses non vénériennes

- Elaborer les protocoles de recherche sur les tréponématoses non vénériennes ;
- Former les équipes de recherche sur les tréponématoses non vénériennes ;
- Faire la cartographie nationale des tréponématoses non vénériennes ;
- Collecter les données de base sur les tréponématoses non vénériennes ;
- Assurer la prise en charge des tréponématoses non vénériennes ;
- Assurer la surveillance de la maladie.

4.2.7. Rage

- Rendre disponible le sérum antirabique ;
- Sensibiliser la population en faveur de la vaccination systématique des chiens.

4.2.8. Ulcère de Buruli

- Elaborer les protocoles de recherche sur l'ulcère de Buruli ;
- Former les équipes de recherche sur l'ulcère de Buruli ;
- Faire la cartographie nationale de l'ulcère de Buruli ;
- Collecter les données de base sur l'ulcère de Buruli.

4.2.9. Filariose lymphatique

- Assurer une surveillance active transfrontalière ;
- Effectuer une étude entomologique.

4.2.10. Cécité évitable

- Faire une « Appréciation Rapide de la Cécité Evitable » (ARCE) ;
- Former le personnel dans la prise en charge des problèmes oculaires (Ophtalmologues, TSO, Opticiens, optométristes) ;
- Faire la cartographie des causes de cécité évitable ;
- Réhabiliter/ construire les infrastructures adaptées aux soins oculaires ;
- Rendre disponible les équipements nécessaires.

CHAP.V. CADRE INSTITUTIONNEL ET MODALITES DE MISE EN OEUVRE

Le Ministère de la Santé Publique et de lutte contre le Sida, via le Programme National Intégré de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité (PNIMTNC), est le maître d'œuvre de cette Politique au nom du Gouvernement du Burundi, en collaboration avec tous les partenaires du secteur public et privé.

Il joue un rôle de coordination des autres secteurs et des autres partenaires. Il est responsable de la définition des normes et de la mise en œuvre de la Politique Nationale de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité.

Dans sa structure actuelle, le cadre institutionnel fait du PNIMTNC une institution de coordination dans la mise en œuvre de cette politique. Un groupe national de travail (Task Force) sur les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité devra être mis en place pour assurer le contrôle de la mise en œuvre des activités du PNIMTNC. Ce groupe sera composé de membres issus de différents Programmes de santé et secteurs de la vie nationale.

La Direction du PNIMTNC est assurée par un Directeur avec un Directeur-Adjoint assistés par les Responsables Techniques ou Points Focaux et les Chefs d'Unités.

Pour la mise en œuvre effective de la Politique Nationale de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité, des responsabilités bien définies doivent être dévolues au Gouvernement, aux Communautés et aux Partenaires. La Politique Nationale de lutte contre les MTNC sera mise en œuvre à travers un Plan Stratégique. Ce plan devra tenir compte de toutes les Maladies Tropicales Négligées et de toutes les maladies cécitantes évitables contenues dans le présent document de politique.

Du plan stratégique découleront des plans opérationnels dont les activités seront intégrées dans les plans opérationnels des Districts Sanitaires. Ces plans tiendront compte des réalités locales pour la fixation de leurs priorités tout en intégrant les activités de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité.

La responsabilité de la mise en œuvre des actions proposées par les autres secteurs partenaires dans la lutte contre les MTNC revient naturellement aux initiateurs. Les modalités de collaboration seront définies à travers des documents conjointement conclus entre le Ministère ayant la santé publique dans ses attributions et chacun des partenaires intéressés.

La synergie dans l'action avec ces différents acteurs a pu montrer dans le passé des résultats très encourageants, comme l'organisation conjointe des « semaines santé mère-enfant » et des campagnes intégrées surtout en matière de déparasitage et d'IEC pour le changement de comportement.

CHAP VI. MECANISMES DE SUIVI-EVALUATION

Les indicateurs listés dans l'encadré suivant serviront au suivi-évaluation de cette politique nationale.

Domaines stratégiques	Moyens de vérification
1. Evaluation de la charge des maladies tropicales négligées et des maladies cécitantes évitables	<ul style="list-style-type: none"> • Existence des données de surveillance ou de routine sur les MTNC via les enquêtes ou le SIS national. • Estimation périodique de la population touchée et de la population exposée afin de déterminer combien de personnes seront concernées par les interventions.
2. Approche intégrée, inter programmes et intersectorielle dans la lutte contre les MTNC	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un cadre légal de coordination des intervenants. • Existence de plans conjoints de mise en œuvre de certaines interventions.
3. Renforcement du système de soins de santé et développement des Capacités.	<ul style="list-style-type: none"> • Existence des normes et directives pour la lutte contre les MTNC. • Formation et recyclage du personnel. • Dotation des équipements et matériels aux structures sanitaires. • La lutte contre les MTNC prise en compte dans les curricula de formation initiale. • Centres de référence pour la PEC des MTNC.
4. IEC pour l'action de sensibilisation/mobilisation à base des facteurs pertinents et suffisants sur les MTNC	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance de l'impact des MTNC. • Plan de communication sur les MTNC.
5. Garantie d'un accès facile à des médicaments, des outils diagnostiques et des moyens de prévention de qualité	<ul style="list-style-type: none"> • Un système efficace de conservation et de distribution des médicaments, des outils de diagnostic et de moyens de prévention.

	<ul style="list-style-type: none">• Un système de surveillance des échecs thérapeutiques et de pharmacovigilance.
6. Adaptation de la lutte contre les MTNC aux réalités prouvées par les résultats de recherche	<ul style="list-style-type: none">• Formation continue du personnel de santé sur les stratégies de lutte contre les MTNC.• Stratégie de lutte adaptée.
7. Mise en œuvre d'une gestion intégrée inter programmes et intersectorielles des vecteurs dans la lutte contre les MTNC	<ul style="list-style-type: none">• Cadre légal de gestion intégrée des vecteurs.• Réunions de coordination des intervenants dans la gestion intégrée des vecteurs.
8. Partenariats et mobilisation des ressources	<ul style="list-style-type: none">• Propositions de financement.• Ateliers de mobilisation des ressources.

CHAP. VII. CONCLUSION

Dans le domaine de la lutte contre les MTNC, beaucoup d'interventions sont encore à mettre en œuvre tant au niveau du secteur de la santé publique qu'au niveau des autres secteurs de la vie nationale. Jusqu'avant l'élaboration du présent document, il n'existait pas d'orientation politique clairement définie pouvant servir de référence dans la lutte contre les MTNC. Il existe cependant des documents de base tels que le Plan Mondial de lutte contre les MTN, le Plan national de lutte contre la Cécité, le PNDS 2006-2010, ainsi que d'autres documents.

La présente Politique Nationale de lutte contre les MTNC vient donner plus d'orientations stratégiques et recommande plus d'efforts de coordination et de collaboration de différents partenaires impliqués dans la lutte contre les MTNC.

En effet, tous les axes stratégiques de la lutte contre les MTNC ont été développés en détails, et leur mise en œuvre via un plan stratégique et des plans opérationnels à développer nécessite le concours de tous les intervenants. Ce document de politique va sans nul doute éclairer tous les acteurs impliqués dans la lutte contre les MTNC.

Les interventions proposées ne pourront être efficacement réalisées que s'il y a intégration des activités de lutte contre les MTNC dans le paquet minimum d'activités des centres de santé, et dans le paquet complémentaire d'activités des hôpitaux.

Pour réussir ces interventions, le rôle de la communauté reste indispensable.

Ainsi, la Politique Nationale de lutte contre les MTNC interpelle les décideurs politiques et les partenaires au développement œuvrant dans les différents secteurs de la vie nationale à s'impliquer davantage dans la mobilisation des ressources nécessaires, et dans la mise en œuvre des activités pour atteindre les objectifs visant à rompre le cercle vicieux « maladie-pauvreté-maladie ».

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) Ministère de la Santé Publique, 2004. *Politique Nationale de santé 2005-2015*. Bujumbura (Burundi).
- 2) Ministère de la santé Publique, 2005. *Plan National de Développement sanitaire 2006-2010*. Bujumbura (Burundi).
- 3) Ministère de la sante publique, 2008. *Protocole de Cartographie : Trachome au BURUNDI*. Bujumbura (Burundi).
- 4) Ministère de la santé Publique, 2008. *Protocole de Cartographie : Trachome au BURUNDI*. Bujumbura (Burundi).
- 5) Ministère de la Santé Publique/ Direction Générale de la Santé Publique, 2009. *Plan d'actions de la campagne intégrée, juin 2009*. Bujumbura (Burundi).
- 6) Ministère de la Santé Publique/ Direction Générale de la Santé Publique, 2007. *Module intégré de formation des agents de santé, des enseignants et des distributeurs communautaires dans le cadre du traitement de masse contre les maladies tropicales négligées*. République du Niger.
- 7) OMS, 2007. *Plan Mondial de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2008-2015*.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_CDS_NTD_2007.3_fre.pdf

- 8) République du Burundi (2006). *Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté*. Bujumbura (Burundi).
- 9) République du Burundi, 2008. *Recensement général de la population et de l'habitat*. Bujumbura (Burundi).
- 10) République du Burundi, 2008. *Recensement général de la population et de l'habitat*. Bujumbura (Burundi).

ANNEXE 1

LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION D'ELABORATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES ET LA CECITE AU BURUNDI

- | | |
|---------------------|------------|
| 1. Dr BIRINTANYA | Norbert |
| 2. Dr NDARUHUTSE | Jérôme |
| 3. Dr MANIRAKIZA | Déogratias |
| 4. Dr STRUYVENS | Indra |
| 5. Dr NDAYISHIMIYE | Onésime |
| 6. Dr MBARIRIMBANYI | Didace |
| 7. Dr NTIRAMPEBA | Protais |
| 8. Mr NDYABANIRWA | Janvier |

ANNEXE 2

LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE VALIDATION DU DOCUMENT DE POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES ET LA CECITE AU BURUNDI

1. Dr KAGABO	Olivier
2. Dr KAMWENUBUSA	Godefroid
3. Dr MBARIRIMBANYI	Didace
4. Dr MUHIMPUNDU	Elvis
5. Dr NAHIMANA	Elisée
6. Dr NDARUHUTSE	Jérôme
7. Dr NDAYISABA	Hilaire
8. Dr NDAYISHIMIYE	Onésime
9. Dr NGIRIGI	Liboire
10. Dr NINTERETSE	Hilaire
11. Dr NKURUNZIZA	Donatien
12. Dr NTUNZWENIMANA	Charles
13. Dr RYUMEKO	Evélyne
14. Mme BARAHINDUKA	Imelda
15. Mme BASEREKA	Berthe
16. Mme BUCUMI	Eliane
17. Mme HARERIMANA	Ange-Bénigne
18. Mme KWIZERA	Assoumpta
19. Mme MUZANEZA	Bénigne
20. Mme SIMON	Juliane
21. Mr BASHIRAKUWISHIZEKO	Charles
22. Mr BIGIRIMANA	Anicet
23. Mr NDAYIKENGURUKIYE	Constantin
24. Mr NDAYIRAGIJE	Jérédy
25. Mr NDYABANIRWA	Janvier
26. Mr NGABONZIZA	Ignace
27. Mr NIYONGABO	Etienne
28. Mr NSENGIYUMVA	Emmanuel