

REPUBLIQUE DU BURUNDI



**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DELA LUTTE CONTRE LE SIDA**

**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL
DE LUTTE CONTRE LE
PALUDISME (2021-2027)**

RESULTAT DE LA MISE A JOUR DU PSN 2018-2023

NOVEMBRE 2021

PREFACE

A l'échéance du Plan Stratégique de 4ème génération (2018-2023), le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA a initié et mis en œuvre avec l'appui des partenaires au cours de l'année 2021, la Revue à mi-parcours des Performances du Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme (PNILP). Cette revue à mi-parcours a permis d'identifier les progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme au cours de la période 2018-2021, les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces qui influencent la lutte contre le paludisme dans le pays.

Les constats, conclusions et recommandations de la revue à mi-parcours des performances du Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme (PNILP) ont servi de base à l'élaboration du présent Plan Stratégique de 5ème génération 2021-2027 en conformité avec le Plan Stratégique Mondial de lutte contre le Paludisme (GMP) 2016-2030 et le Plan National de Développement Sanitaire 2020-2027.

Ce PSN de 5ème génération (2021-2027) comporte 8 axes stratégiques qui sont : (1) Renforcement du cadre de coordination et partenariat, (2) Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock, (3) Consolidation du cadre de prévention, (4) Renforcement du cadre de prise en charge, (5) Amélioration des services offerts aux populations clés, (6) Renforcement du cadre de communication (7) Amélioration de la Surveillance et riposte et (8) Amélioration du cadre de Suivi Evaluation.

La naissance de ce document est le fruit des efforts consentis par les partenaires techniques et financiers engagés dans la lutte contre le paludisme au Burundi, les services techniques du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA ainsi que les acteurs de terrains (Médecins provinciaux et de districts sanitaires).

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

Il constitue en outre un document de plaidoyer à l'adoption des interventions innovantes à haut impact et de mobilisation des ressources pour l'atteinte des objectifs ambitieux que le Burundi s'est fixé au cours de la période 2021-2027.

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

Il me plaît ici d'inviter l'ensemble des acteurs, notamment ceux des services publics, de la société civile, du secteur privé et les partenaires techniques et financiers à s'approprier le contenu du présent plan et à inscrire leurs interventions dans les orientations stratégiques retenues pour une meilleure synergie et une efficacité dans l'action.

Je réaffirme aussi le caractère prioritaire de la lutte contre le paludisme dans l'amélioration de la santé des populations pour un Burundi sans décès lié au paludisme d'ici 2030 et pour son développement durable.

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

Dr Sylvie NZEYIMANA

B P 1820
BUJUMBURA



REMERCIEMENTS

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

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

Le PNILP trouve ici l'occasion ultime de réitérer les remerciements à tous ceux qui, de près ou de loin, ont bien voulu apporter leur contribution inestimable au processus de la revue des performances du PNILP et à l'élaboration de ce Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2021-2027. Il s'agit notamment :

- De l'OMS par la mise à contribution des moyens financiers et des experts tant nationaux que régionaux à la revue interne et externe des performances du PSN 2018- 2023 ;
- L'USAID via ses agences d'exécution : Chemonics, Measure Evaluation, Vector Link, Pathfinder, PSI/TUBITEHO ;
- L'UNICEF ;
- RBM ;
- L'ALMA ;
- Le Fond Mondial ;
- MSF/Belgique ;
- World Vision International et CARITAS ;
- Expertise France, etc.

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

Le Programme National Intégré de lutte contre le Paludisme

TABLE DES MATIÈRES

PREFACE.....	7
REMERCIEMENTS	8
ACRONYME ET ABRÉVIATION	9
I. CONTEXTE.....	12
I.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	12
I.2. SITUATION DU PALUDISME AU BURUNDI.....	14
I.2.1. EPIDÉMIOLOGIE DU PALUDISME	14
I.2.2. EVOLUTION DE L'INCIDENCE ET DE LA PRÉVALENCE PARASITAIRE	16
I.2.3. EPIDÉMIOLOGIE ET CYCLE DES ÉPIDÉMIES DE PALUDISME.....	18
I.2.4. EVOLUTION DE LA MORTALITÉ GLOBALE DUE AU PALUDISME.....	19
I.2.5. PARASITES RESPONSABLES DU PALUDISME.....	19
I.2.6. VECTEURS DU PALUDISME	19
I.2.7. EVOLUTION DU PROFIL ENTOMOLOGIQUE.....	20
I.2.8. HABITUDES DE REPRODUCTION, DE PIQÛRE ET DE REPOS DES VECTEURS.....	21
I.3. PERFORMANCE DU PROGRAMME DURANT LES PREMIÈRES TROIS ANNÉES DU PSN.....	28
I.3.1. CODIFICATION DU SCORE DE PERFORMANCE	28
I.3.2. SCORE GLOBAL DU PROGRAMME	28
I.3.3. PERFORMANCE DE LA LUTTE ANTI-VECTORIELLE	29
I.3.4. PERFORMANCE DE LA PRISE EN CHARGE.....	31
I.3.5. PERFORMANCE DE LA GESTION DU PROGRAMME	33
I.3.6. PERFORMANCE DE LA SURVEILLANCE, SUIVI ÉVALUATION	34
I.3.7. PERFORMANCE DE LA GESTION DES ACHATS ET DU STOCK (GAS)	36

I.3.8. PERFORMANCE COMMUNICATION POUR UN CHANGEMENT SOCIAL ET DE COMPOR-TEMENT	38
I.3.9. NIVEAU D'ATTEINTE DES INDICATEURS	40
II. PLAN STRATEGIQUE 2021-2027	44
II.1. VISION	44
II.2. MISSION	44
II.3. DEFIS DU PLAN STRATEGIQUE	44
II.4. PRINCIPES DIRECTEURS	45
II.5. ENJEUX.....	45
II.6. OBJECTIFS	46
II.6.1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX	46
II.6.2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES.....	46
II.6.3. AXES STRATÉGIQUES	47
II.6.3.1. RENFORCEMENT DE LA GESTION DU PROGRAMME	48
II.6.3.2. GESTION APPROVISIONNEMENT ET STOCK (GAS)	52
II.6.3.3. MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES À LONGUE DURÉE D'ACTION (MILDA)	55
II.6.3.4. PULVÉRISATION INTRA DOMICILIAIRE (PID)	59
II.6.3.5. TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT (TPI)	61
II.6.3.6. RENFORCEMENT DU CADRE DE PRISE EN CHARGE	63
II.6.3.7. AMÉLIORATION DES SERVICES OFFERTS AUX POPULATIONS-CLÉS	67
II.6.3.8. RENFORCEMENT DU CADRE DE COMMUNICATION	70
II.6.3.9. RENFORCEMENT DE LA GESTION DU PROGRAMME	74
II.6.3.10. RENFORCEMENT DE LA GESTION DU PROGRAMME	77
II.6.4. IMPACT ATTENDU.....	82

II.6.5. PAYSAGE DE FINANCEMENT DU PSN 2021-2027	83
BIBLIOGRAPHIE	84
ANNEXES	85

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1: CLASSIFICATION DES DISTRICTS SELON LE SCORE DE VULNÉRABILITÉ EN 2017.....	15
TABLEAU 2: CARACTÉRISTIQUES DES SITES SENTINELLES, (PNILP, 2018)	20
TABLEAU 3: CLASSIFICATION DES DISTRICTS SELON LE SCORE DE VULNÉRABILITÉ D'OCTOBRE 2019 A SEPT 2020.....	24
TABLEAU 4: SUSCEPTIBILITY OF AN. GAMBIAE S.L. TO INSECTICIDES	26
TABLEAU 5: CODIFICATION DU SCORE DE PERFORMANCE PAR DPS.....	28
TABLEAU 6: SYNTHÈSE DE LA PERFORMANCE DE LA MISE ŒUVRE DES ACTIVITÉS..	28
TABLEAU 7: NIVEAU DE PERFORMANCE LAV.....	29
TABLEAU 8: SCORE DE PERFORMANCE DE LA PRISE EN CHARGE DU PALUDISME	31
TABLEAU 9: EVALUATION DE LA PERFORMANCE TECHNIQUE DE LA GESTION DU PRO- GRAMME.....	33
TABLEAU 10: SCORE DE PERFORMANCE DE LA SURVEILLANCE, SUIVI ET ÉVALUATION	34
TABLEAU 11: SCORE DE LA PERFORMANCE DU GAS.....	36
TABLEAU 12: SCORE DE PERFORMANCE D'IEC/CCC.....	38
TABLEAU 13: NIVEAU D'ATTEINTE DES INDICATEURS	40

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: NOUVELLE STRATIFICATION DU PALUDISME AU BURUNDI.....	14
FIGURE 2: PLUVIOSITÉ ET INCIDENCE DU PALUDISME	15
FIGURE 3: CARTOGRAPHIE DE LA VULNÉRABILITÉ EN 2017 (SOURCE : PNILP.....	16
FIGURE 4: PRÉVALENCE DU PALUDISME (EDSB III, 2016-2017)	16
FIGURE 5: EVOLUTION ANNUELLE DES CAS DE PALUDISME ENTRE 2013 À 2017 (PNILP).....	17
FIGURE 6: EVOLUTION ANNUELLE DES CAS DE PALUDISME ENTRE 2013 À 2017 (PNILP).....	18
FIGURE 7: EVOLUTION ANNUELLE DES CAS DE PALUDISME ENTRE 2013 À 2017 (PNILP).....	18
FIGURE 8: EVOLUTION DES DÉCÈS ATTRIBUÉS AU PALUDISME DANS LES FORMATIONS SANITAIRE 2018-2020.....	19
FIGURE 9: SENTINELLES ENTOMOLOGIQUES DU BURUNDI.....	21
FIGURE 10: TAUX DE PIQÛRE DES VECTEURS DU PALUDISME SUR LES SITES SENTI- NELLES	23
FIGURE 11: VARIATION DU TIE AU COURS DE LA PÉRIODE DE COLLECTE D'OCTOBRE 2019A SEPT 2020.....	24
FIGURE 12: MORTALITÉ OBSERVÉE AVEC LA PERMÉTHRINE ET LE PBO	27
FIGURE 13: DISPONIBILITÉ DES PRODUITS AU NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	37
FIGURE 14: EVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES DISTRICTS VERS L'ÉLIMINATION.....	82

ACRONYME ET ABRÉVIATION

AC	Agent Communautaire
ABREMA	Autorité Burundaise de régulation du médicament
ASC	Agent de sante communautaire
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
AL	Arthémeter Luméfantrine
An	Anophèles
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASAQ	Combinaison Artésunate Amodiaquine
BPS	Bureau Provincial de Santé
CAMEBU	Centrale d'Achat des médicament essentiels du Burundi
CCC/IEC	Communication pour le Changement de Comportement/Information- Education-Communication
CH	Centre Hospitalier
CIP	Communication Interpersonnelle
CPN	Consultation Périnatale
CDM	Campagne de distribution de masse
CDS	Centre de Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DSNIS	Direction du système national d'information sanitaire
DNIS	Direction du Système National d'Information Sanitaire
DNTP	Directives Nationales de Traitement du Paludisme
DHIS2	District Health Information Software 2
DDT	Dihydro Delta Metrine
DPS	Domaines de Prestation de Services
DS	Districts Sanitaires
DPML	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DGSPLS	Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le SIDA
DODS	Direction de l'Offre et de la Demande des Soins
EIPB	Enquête sur les indicateurs du paludisme
EDSBIII	Troisième Enquête Démographique et de Santé du Burundi
EPS	Education Pour la Santé
EUV	End User Vérification
PAA	Plan D'action Annuel
FM	Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FOSA	Formations Sanitaires
GAS	Gestion des Achats et Stocks
HLC	Human Landing Catch
GE	Goutte Epaisse
GIV	Gestion Intégrée des Vecteurs
IEC	Information-Education-Communication
IHPB	Integrated Health Project
INSP	Institut National de Santé Publique
IPA	Indice Parasitaire Annuelle

JMLP Journées Mondiales de Lutte contre le Paludisme
 LAV Lutte anti vectorielle
 MII Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide
 MIILDA Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide à Longue Durée d’Action
 MSF Médecins sans Frontières
 MIM Multilatéral initiative on malaria
 MSPLS Ministère de la santé publique et de la lutte
 contre le sida
 MTR Mid Term Review (Revue à Mi-Parcours)
 iCCM Prise en Charge Intégré des Maladies
 Communautaires
 PECADOM Prise en charge des cas a domicile
 PNILP Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme
 PNDS P l a n National de développement sanitaire
 PDSS Plan de Développement du Secteur
 Santé
 PEC Prise en Charge
 PID Pulvérisation Intra-Domiciliaire
 PMI President’s Malaria Initiative
 PRE Plan de Riposte aux épidémies
 PSI Population Service International
 PSNP Plan Stratégique National du
 PNILP
 PPCP Prise en Charge du Paludisme
 PCR Polymerase Chain Reaction
 PTF Partenaire Technique et Financier
 RDT Rapid Diagnostic Test (test de diagnostic rapide)
 RGPH Recensement général de la Population et de
 l’Habitat
 SP Sulfadoxine Pyriméthamine
 SNIS Système d’information sanitaire
 SNU Système des nations unies
 TIE Taux d’inoculation Entomologique
 TDR Test de Diagnostic Rapide
 TPIg Traitement Préventif Intermittent durant la Grossesse
 USAID United States Agency for International
 Développement
 SIGL Système d’information géographique et logistique

CONTEXTE

I. CONTEXTE

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

I.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Au Burundi, le paludisme demeure un problème majeur de santé publique et reste une des principales priorités nationales en santé. Les données du SNIS placent le paludisme en première cause de morbi-mortalité avec une incidence de 808 pour 1000 habitant en 2019 (Rapport de l'annuaire statistique 2019) ; il représente 46% des motifs de consultation et 59.4% des causes des décès hospitaliers pour l'année 2019 (DHIS2). Le taux de létalité dans les hôpitaux est de 1,2% (Rapport de l'annuaire statistique 2019). Des interventions techniques (prévention, prise en charge de cas, surveillance épidémiologique) et des interventions de soutien sont mises en œuvre à l'échelle nationale afin de réduire le fardeau de la maladie. C'est ainsi que le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le Sida à travers son Plan National de Développement Sanitaire 2019-2023 a érigé certaines des priorités parmi lesquelles le renforcement de la lutte contre le paludisme.

Les différentes réformes sanitaires visant l'amélioration de l'accès aux soins ainsi que la mise œuvre des actions de trois plans stratégiques (2008-2012, 2013-2017 et 2018-2023) témoignent de la volonté du gouvernement et de tous les partenaires à contrôler cette maladie. Les principales stratégies de lutte contre le paludisme adoptées sur le plan international et au niveau du pays reposent sur la prise en charge des cas de paludisme à travers l'utilisation des Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine dans les structures de soins, le renforcement des capacités pour la confirmation des cas (par microscopie et des tests de diagnostic rapide) avant le traitement, la lutte anti vectorielle à travers l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide, l'aspersion intra domiciliaire ainsi que la surveillance des vecteurs par la recherche entomologique les interventions de soutien comme la communication, le suivi évaluation, la surveillance et la riposte ainsi que la capacitation du programme à bien coordonner toutes les actions précitées sont aussi prioritaires.

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

- a. Le renforcement de la prise en charge des cas selon les directives nationales au niveau des formations sanitaires et au niveau de la communauté,
- b. La consolidation de la lutte anti vectorielle marquée par une campagne de distribution de masse des MIILDA pour la couverture universelle (2019), une distribution continue en routine aux groupes vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans),
- c. La pulvérisation intra domiciliaire au niveau de 4 districts sanitaires prioritaires et par la surveillance entomologique dans 9 sites sentinelles,
- d. La mise à échelle du traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte qui a été introduit dans le pays en 2015,
- e. La redéfinition des messages clés dans le cadre de la communication pour le changement de

comportement (CCC/IEC),

- f. La riposte aux flambées du paludisme déclarée de 2018 et 2019,
- g. La réalisation d'enquêtes sur la prise en charge des cas de paludisme et sur la gestion des flambées dans le cadre du Suivi Evaluation.

La récente revue mi-parcours (Juillet 2020) a permis au PNILP et ses partenaires de passer en revue les performances du programme (45% de réalisation des activités), de constater le faible taux de mobilisation des ressources financières (24 %), d'identifier les goulots d'étranglement, et de dégager les cibles à atteindre de façon plus réaliste à l'horizon 2027 en alignement au Plan National de développement comme le souhaite le Gouvernement du Burundi et au programme du gouvernement burundais.

Le programme National Intégré de lutte contre le SIDA a conduit une revue à mi-parcours du présent plan stratégique et dans un contexte très changeant : mais aussi sur deux financements essentiels de USAID par des projets bilatéraux (IHPB et TUBITEHO) et d'autres opportunités de financement comme la recherche opérationnelle avec Médecin sans frontière (MSF)[1, en plus des appuis traditionnels du FM, Agences du SNU et autres partenaires]. En plus, ces trois premières années ont vu une mise à échelle de nouvelles interventions comme le TPIg qu'il est opportun d'évaluer rapidement pour y apporter des réorientations si nécessaires pour le reste de la période d'exécution du plan. La riposte aux épidémies et ou grandes flambées de cas doit aussi être évaluée et faire partie du PSN révisé. Cette période a aussi connu un renouveau dans la planification sous régionale des interventions de lutte antipaludique (Great Lakes Malaria Initiative Strategic Plan).

La circonstance la plus particulière est que tous les plans directeurs du pays comme le PNDS et d'autres plans stratégiques de la plupart d'autres programmes de santé expirent en 2023 et que le niveau central leur recommande selon la ligne du gouvernement d'étendre les cibles de ces plans à l'an 2027 pour les aligner au plan national de développement du Burundi (PND).

En plus de cela, le plan régional de coordination des actions transfrontalières a vu le jour et pourra influencer le plan stratégique actuel [2].

[1] Projet de recherche ...

[2] Great Lake Malaria Initiative Strategic Plan

I.2. SITUATION DU PALUDISME AU BURUNDI

I.2.1. EPIDÉMIOLOGIE DU PALUDISME

Une nouvelle stratification combinant les données sur l'incidence, le testage, la prévalence des parasites ainsi que l'accès géographique aux soins a dégagé un nouveau profil désormais plus réaliste, montrant les strates suivantes :

- Une zone à très haut risque avec comme incidences couvrant les régions du Nord-Est et centre étendue sur 17 des 47 districts sanitaires, soit 40% du territoire traditionnellement connue comme pourvoyeur de la majorité des cas de paludisme ;
- Une zone à haut risque couvrant 14 districts, soit 30% du territoire constitué de la ceinture passant du Nord-Ouest au Sud-Est ;
- Une zone à risque moyen constituée d'une partie du nord, du centre ouest et sud-ouest couvrant 12 districts, soit 25% du territoire, et ;
- Une zone à très bas risque constituée du Sud et du Centre-Ouest du Burundi couvrant 4 districts sanitaires.

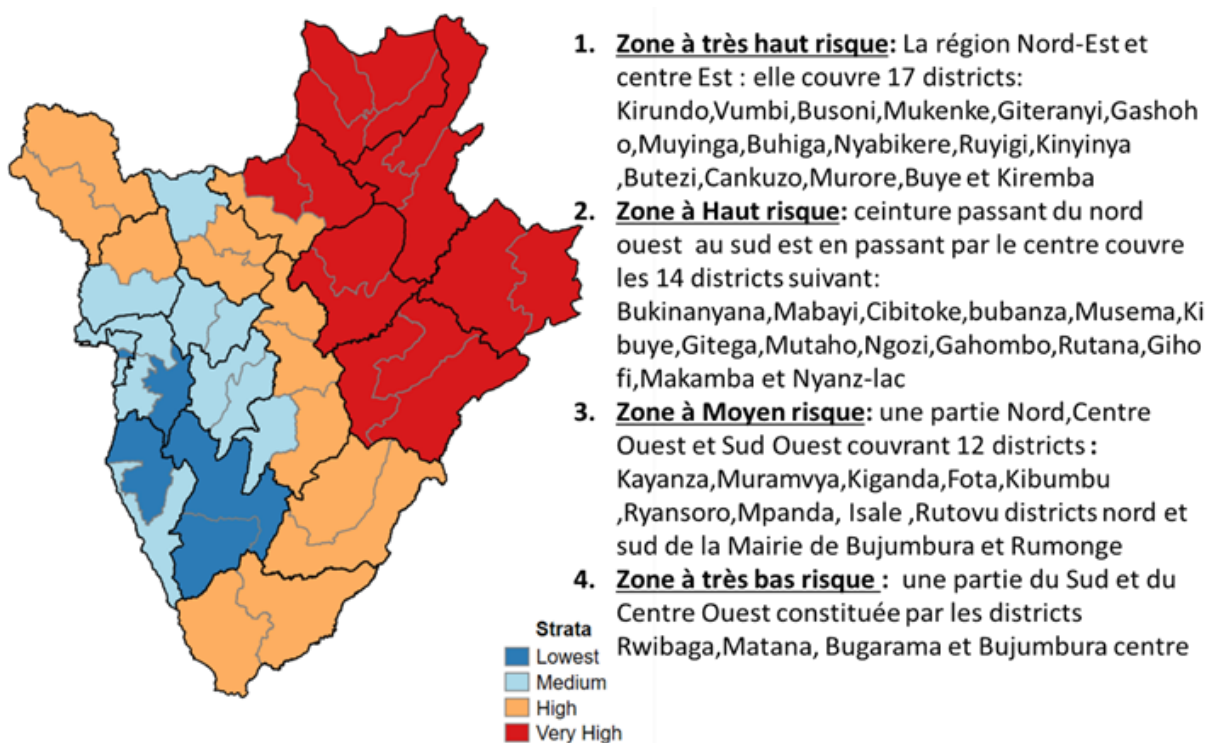


FIGURE 1: NOUVELLE STRATIFICATION DU PALUDISME AU BURUNDI

Il est à noter que contrairement à l'ancienne stratification qui se calque presque aux régions naturelles et à la pluviosité, il n'est actuellement pas prouvé de corrélation entre le paludisme et la pluviosité selon le rapport de stratification.

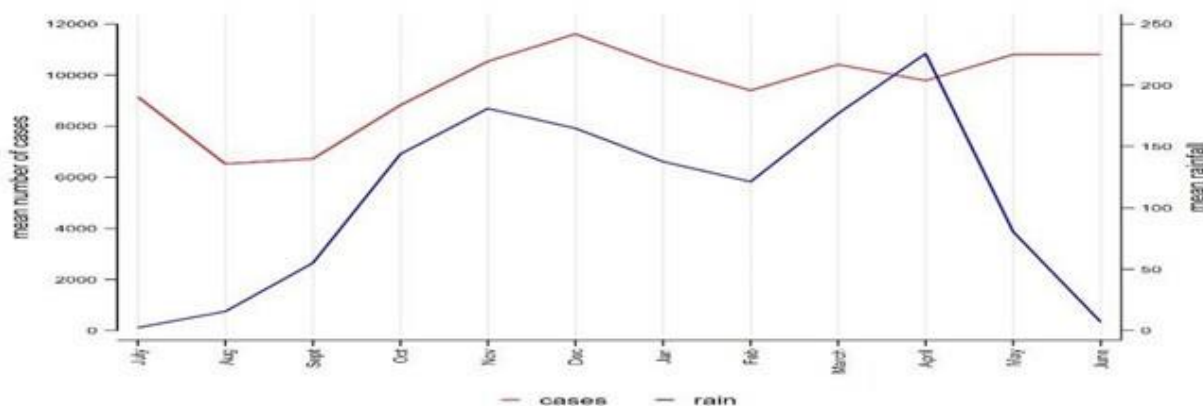


FIGURE 2: PLUVIOSITÉ ET INCIDENCE DU PALUDISME

VULNÉRABILITÉ

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

Présentement en 2021, 17 districts présentent un très haut risque de vulnérabilité.

TABLEAU 1 : CLASSIFICATION DES DISTRICTS SELON LE SCORE DE VULNÉRABILITÉ EN 2017

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

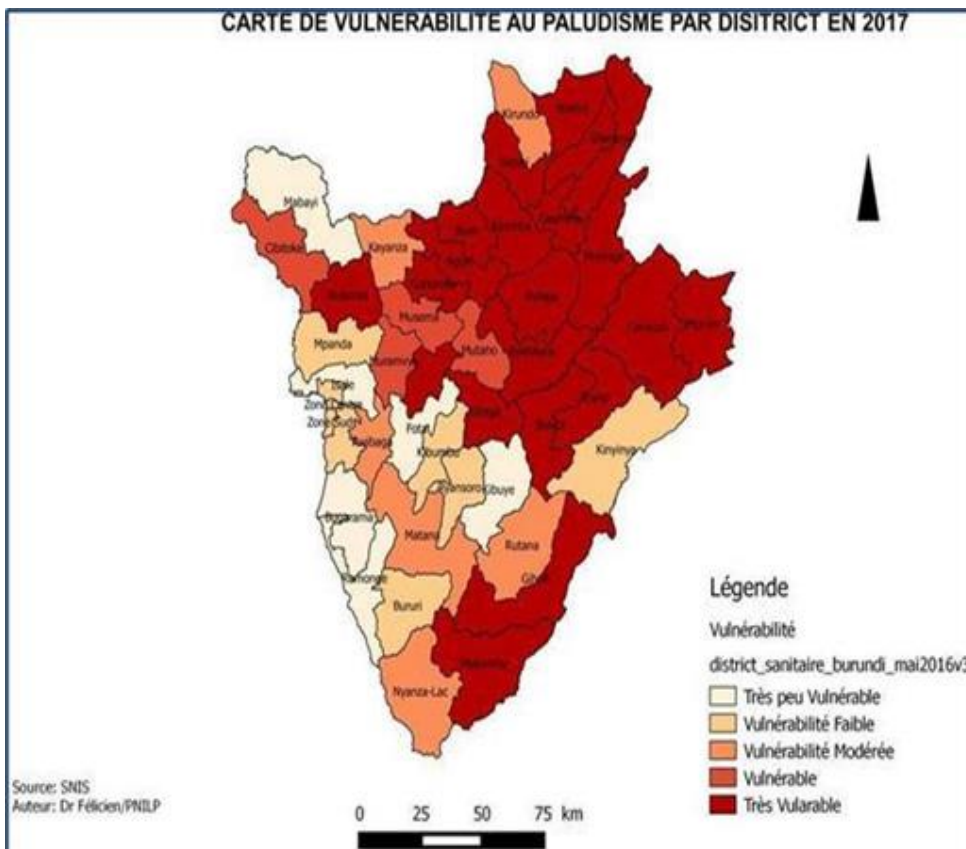


FIGURE 3 : CARTOGRAPHIE DE LA VULNÉRABILITÉ EN 2017 (SOURCE : PNILP)

I.2.2. EVOLUTION DE L'INCIDENCE ET DE LA PRÉVALENCE PARASITAIRE

En 2020, le paludisme demeure la première cause de morbidité avec un taux d'incidence de 470,3‰ (DSNIS) et une prévalence estimée à 27% (EDSB III, 2016-2017). Il représente 45,4% de l'ensemble des consultations externes enregistrées dans les formations sanitaires en 2017 et 50,5% dans la tranche d'âge des enfants de moins de 5 ans (DSNIS).

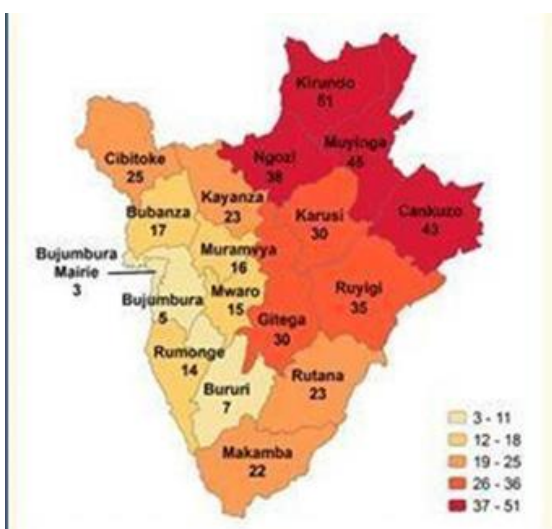


FIGURE 4 : PRÉVALENCE DU PALUDISME (EDSB III, 2016-2017)

Quoique toutes les tranches d'âge à travers tout le pays soient exposées au risque de développer un épisode palustre, les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes sont les plus vulnérables. La prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans a augmenté depuis 2012 (EIPB). Selon les résultats du TDR, elle était estimée à 22% en 2012 contre 38% en 2016-2017 (EDS-BIII, 2016-2017- et en tenant compte des examens microscopiques positifs, la prévalence passe de 17% en 2012 à 27% en 2016-2017 (EDSIII).

La proportion d'enfants dont les résultats au TDR se sont révélés positifs varie de manière importante selon certaines caractéristiques sociodémographiques. En effet, elle est nettement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (respectivement 41 % contre 9 %) et dans les provinces de Kirundo (79 %), Ruyigi (59%), Cankuzo (59 %), Muyinga (57 %) et Ngozi (54 %) que dans les autres provinces, en particulier dans celle de Bujumbura Mairie (4 %), Bururi (5 %) et Bujumbura (7 %). En fonction des quintiles de bien-être économique, on constate que cette proportion varie de 59 % parmi les enfants des ménages du quintile le plus bas à 13 % parmi ceux dont le ménage est classé dans le quintile le plus élevé.

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

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

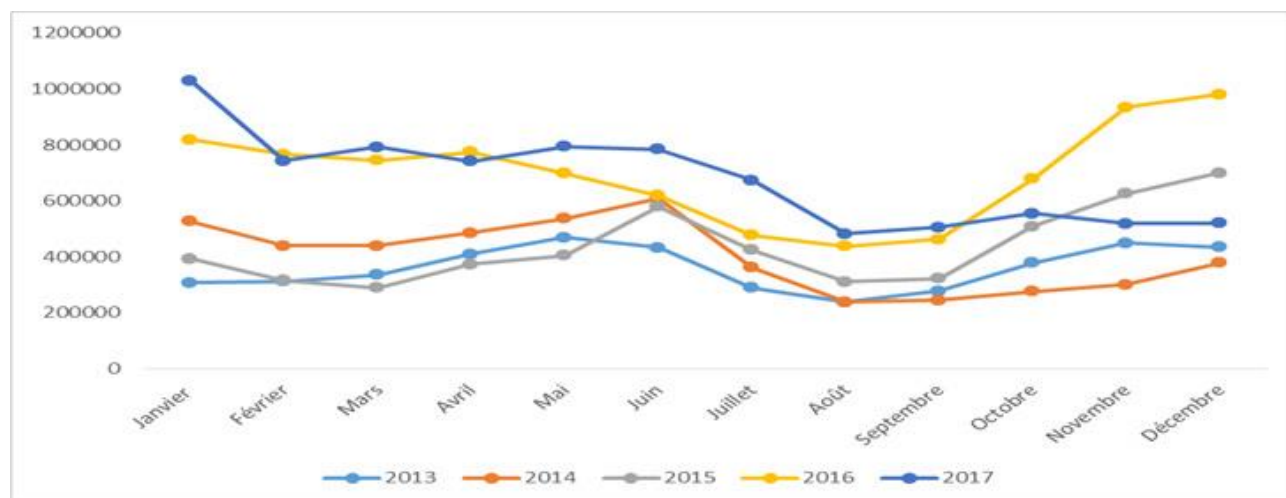


FIGURE 5: EVOLUTION ANNUELLE DES CAS DE PALUDISME ENTRE 2013 À 2017 (PNILP)

L'an 2020 a vu une diminution de cas de 4 547 931, soit 47%. Cette diminution serait attribuable à la campagne de distribution de masse (CDM) effectuée en décembre 2019 anticipée suite à une augmentation de 2019, plus d'autres actions comme les cliniques mobiles, la PID et l'adoption de l'AL comme traitement de première ligne bien que sans évidence (TET avec AL en cours après adoption) qui est aussi connue pour son action gametocytaire et stoppe en conséquence la transmission



FIGURE 6: EVOLUTION ANNUELLE DES CAS DE PALUDISME ENTRE 2013 À 2017 (PNILP)

La prévalence du P.f dans la tranche d'âge 2-10 ans après des interventions est la suivante de 2015 à 2018 corroborant les résultats de l'EDS 2017

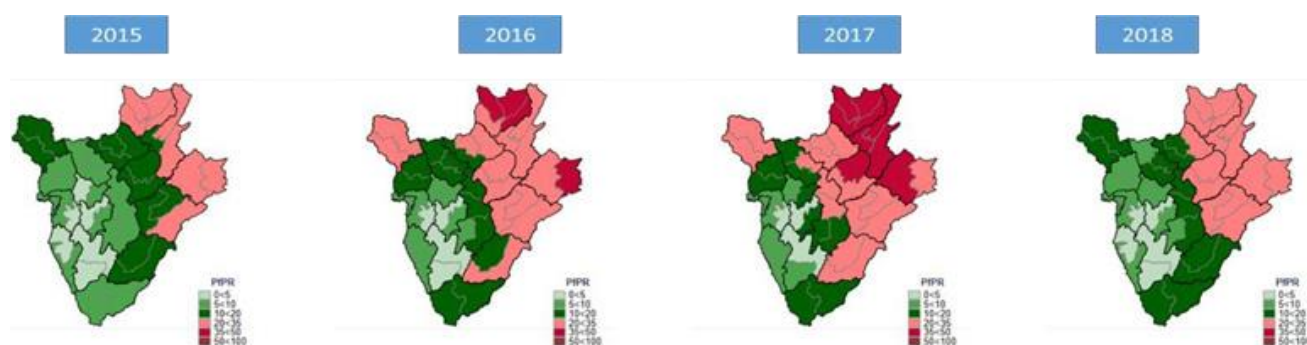


FIGURE 7: EVOLUTION ANNUELLE DES CAS DE PALUDISME ENTRE 2013 À 2017 (PNILP)

I.2.3. EPIDÉMIOLOGIE ET CYCLE DES ÉPIDÉMIES DE PALUDISME

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

Le pays a connu plusieurs épidémies dont les plus meurtrières datent de 2001 et 2002 dans les zones méso et hypo endémiques. La dernière épidémie date de l'année 2017. Des interventions intensives ont été implémentées dans les 18 districts sanitaires les plus touchés. L'inversion de la tendance n'a été observée qu'au troisième trimestre de 2017 suite aux interventions de riposte qui ont été menées par le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida en collaboration avec les partenaires et à l'organisation de la campagne de masse de distribution des MIILDA. En 2019, le pays a connu une autre grande flambée atteignant les 9 739 505 de cas. Le plan de riposte aux épidémies a été mis à jour et a permis des interventions qui ont abouti à une diminution des cas en 2020 suite aux mesures annoncées ci-haut.

I.2.4. EVOLUTION DE LA MORTALITÉ GLOBALE DUE AU PALUDISME

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

En 2018, 2019 et 2020, les décès ont respectivement été de 2813, 3541 et 2981. Comme annoncé dans la revue à mi-parcours, ces chiffres montrent qu'atteindre zéro décès à l'horizon 2025 est un objectif trop ambitieux. Le chiffre de 2019 est certainement proportionnel aux cas de 2019 car le taux de létalité de cette année est de 0.9%

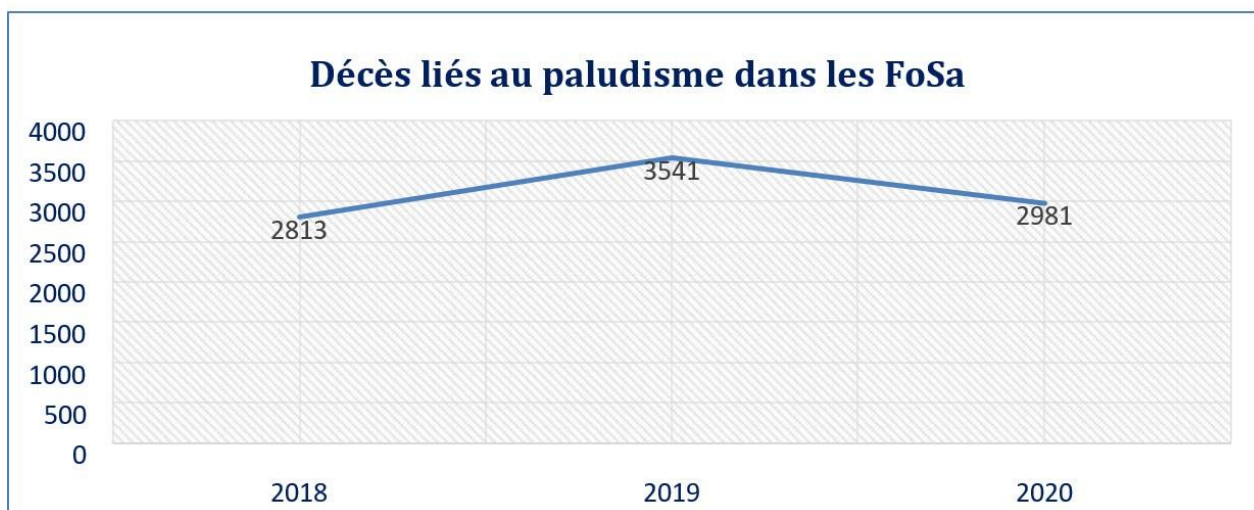


FIGURE 8: EVOLUTION DES DÉCÈS ATTRIBUÉS AU PALUDISME DANS LES FORMATIONS SA- NITAIRE 2018-2020

I.2.5. PARASITES RESPONSABLES DU PALUDISME

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

I.2.6. VECTEURS DU PALUDISME

Au Burundi, selon la dernière enquête entomologique 2019, six espèces de moustiques Anophèles ont été collectées dont : An. gambiae s.l. (74,56 % : n=14 220 ; 95 ; IC : 73,93-75,17), An. funestus s.l. (15,92 % : n = 3 036 ; IC à 95 % : 15,40-16,44), An. ziemanni (4,74 % : n = 904 IC à 95 % : 4,44 à 5,05), An. squamosus (3,85 % : n = 735 ; IC à 95 % : 3,58-4,13), An. maculipalpis (0,86 % : n = 164 ; IC à 95 % : 0,73-1,00) et An. Coustani (0,07 % : n=13 ; IC à 95 % : 0,03-0,12). An. gambiae s.l. An. funestus s.l. représentaient les deux principaux vecteurs du paludisme collectés dans tous les sites sentinelles avec des proportions allant de 53,61 à 92,17 % pour

An. gambiae s.l. et 5,42 à 33,36 % pour An. funestus s.l. (Figure 2). En effet, le complexe Anopheles gambiae et le groupe Anopheles funestus sont plus prédominants, les autres vecteurs sont présents dans une moindre mesure.

I.2.7. EVOLUTION DU PROFIL ENTOMOLOGIQUE

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES SITES SENTINELLES

Actuellement, 9 sites sentinelles sur les 12 prévus sont opérationnels dans le pays. Il s'agit de : Cankuzo, Gihofi, Mpanda, Kiremba, Mabayi, Matana, Nyanza-Lac, Mutaho et Vumbi. (Tableau 2).

TABLEAU 2: CARACTÉRISTIQUES DES SITES SENTINELLES, (PNILP, 2018)

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

(3,14 morsures/personne/nuit), Cankuzo (4,59 morsures/personne/nuit). (4,59 piqûres/personne/nuit), et Mabayi (4,91 piqûres/personne/nuit). La même tendance a été observée à l'extérieur avec le HBR le plus élevé a été observé sur le site non-IRS de Mpanda (35,85 piqûres/personne/nuit), Nyanza-lac (8,08 piqûres/personne/nuit), Vumbi (6,32 piqûres/personne/nuit) et Mabayi (5,99 piqûres/personne/nuit).

Les plus faibles taux de piqûres d'*An. gambiae* s.l. à l'extérieur ont également été observés à Gihofi (2,16 piqûres/personne/nuit) et à Matana (0,34 morsure/personne/nuit).

Par ailleurs, il a été noté que les activités de piqûre étaient similaires à l'intérieur et à l'extérieur ($p = 0,207$) pour *An. Gambiae* et *An. Funestus*. Ce constat suggère qu'il est impérieux de mettre en place des stratégies de protection des populations en dehors des maisons en plus des mesures habituellement connues.

Cependant, l'activité de piqûre des vecteurs d'*An. funestus* s.l. variait entre les sites sentinelles ($p < 0,0001$) et était significativement plus élevée à l'intérieur et à l'extérieur à Nyanza-Lac (4,65 et 3,43 piqûres/personne/nuit respectivement), Cankuzo (3,41 et 1,70 piqûres/personne/nuit respectivement) et Mabayi (1,56 et 1,32 piqûres/personne/nuit respectivement). 1,32 piqûre/personne/nuit que dans les autres sites sentinelles ($p < 0,0001$).

Globalement, l'activité de piqûre d'*An. gambiae* s.l. et d'*An. funestus* s.l. a varié dans le temps dans les sites sentinelles.

Les taux de piqûre les plus élevés ont été observés à Mpanda d'octobre à juin (33 à 83 morsures/personne/nuit), à Nyanza-Lac de novembre à juin (18 à 22 piqûres/personne/nuit), à Mutaho de novembre à janvier (7 à 13 piqûres/personne/nuit). (7 à 13 piqûres/personne/nuit) (Figure 5). Les taux de piqûre les plus faibles pendant la période de collecte ont été observés à Matana, Gihofi et Kiremba. Dans la plupart des sites, on a constaté une diminution des taux de piqûre des vecteurs du paludisme après les interventions de lutte antivectorielle, sauf à Mpanda et Nyanza-Lac où les taux de piqûre sont restés élevés après la campagne de distribution massive de MIILDAs.

Au total, 19 072 moustiques anophèles ont été collectés dans les neuf sites sentinelles pendant la période d'octobre 2019 à mars 2020 et de juin à septembre 2020. Les moustiques provenant des HLC représentaient 78,08 % ($n=14\ 892$; 95 % IC : 77,49-78,67) du total des collectes contre 8,34 % (IC 95 % : 07,95-08,74 ; $n=1590$) pour les CDC-LT et 13,58 % ($n=2590$; IC 95% : 13,10-14,07) pour les

PSC. L'annexe montre la distribution des moustiques Anophèles collectés par chaque méthode.

Six espèces de moustiques Anophèles ont été collectées, dont *An. gambiae* s.l. (74,56% : $n=14\ 220$; 95 ; CI : 73,93-75,17), *An. funestus* s.l. (15,92% : $n=3\ 036$; IC 95% : 15,40-16,44), *An. ziemanni* (4,74%

: $n=904$; IC 95% : 4,44-5,05), *An. squamosus* (3,85% : $n=735$; IC 95% : 3,584,13), *An. maculipalpis* (0,86% : $n=164$; IC 95% : 0,73-1,00), et *An. Coustani* (0,07% : $n=13$; IC 95% : 0,03-0,12). *An. gambiae*

s.l. et *An. funestus* s.l. représentaient les deux principaux vecteurs du paludisme collectés dans tous les sites sentinelles avec des proportions allant de 53,61 à 92,17% pour *An. gambiae* s.l. et de 5,42 à 33,36 % pour *An. funestus* s.l..

Figure 3. Biting rates of malaria vectors at the Sentinel Sites

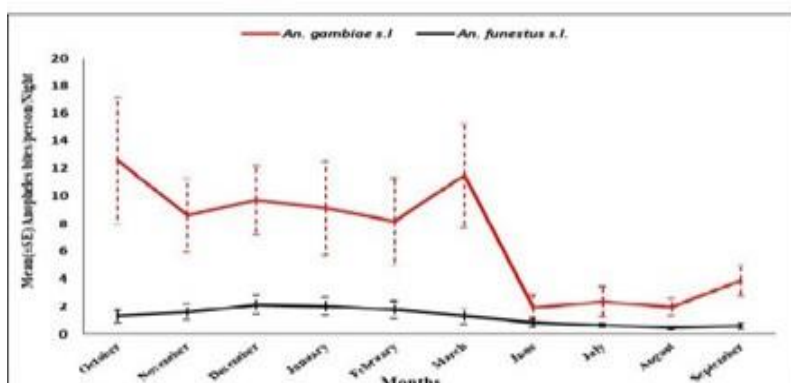


FIGURE 10: TAUX DE PIQÛRE DES VECTEURS DU PALUDISME SUR LES SITES SENTINELLES DENSITÉ AGRESSIVE DES VECTEURS

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

Le taux moyen de piqûre à l'intérieur des habitations était de 9,76 piqûres/homme/nuit contre

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

TAUX D'INOCULATION ENTOMOLOGIQUE

Selon le plus récent rapport des enquêtes entomologiques d'octobre 2019 à septembre 2020, le risque de transmission du paludisme (mesure par le taux d'inoculation entomologique : TIE) était élevé d'octobre à janvier (3,44-11,32 piqûres infectieuses/personne/mois) suivi d'un deuxième pic de TIE de mars à juin (0,63-2,53 piqûres infectieuses/personne/mois). En 2020, la tendance à la transmission est moins intense par rapport à l'année précédente et les piqûres infectieuses élevées ont été observées en décembre, juste avant la campagne de diffusion massive des MII (Figure 8). Le TIE le plus élevé a été observé en décembre 2020 avec 11,32 piqûres infectieuses/personne/mois. La transmission cumulée estimée pour les sites sentinelles au cours de la période de collecte de 10 mois était de 34,29 piqûres infectieuses par personne et suggère que l'intensité de la transmission du paludisme a été réduite de 38 % au Burundi par rapport à la même période l'année précédente (54 piqûres infectieuses/personne/an).

Month	Total collected	HBR	SPZ rate	Nightly EIR	Monthly EIR
Oct	1458	13.85	0.02	0.21	6.41
Nov	2990	10.22	0.03	0.30	8.91
Dec	2702	11.81	0.03	0.38	11.32
Jan	2042	11.11	0.01	0.11	3.44
Feb	2015	9.93	0.00	0.00	0.00
Mar	2679	12.78	0.01	0.09	2.81
June	780	2.40	0.00	0.00	1.05
July	306	4.47	0.00	0.01	0.00
Aug	254	13.85	0.02	0.21	0.00
Sept	635	10.22	0.03	0.30	0.36
				Ten months EIR	34.29

TABLEAU 3 : CLASSIFICATION DES DISTRICTS SELON LE SCORE DE VULNÉRABILITÉ D'OCTOBRE 2019 A SEPT 2020

Ce TIE diminue drastiquement après les CDM de MIILDAs les campagnes PIDs comme le montre le récent rapport d'entomologie sur la tendance saisonnière des deux principaux vecteurs du paludisme.

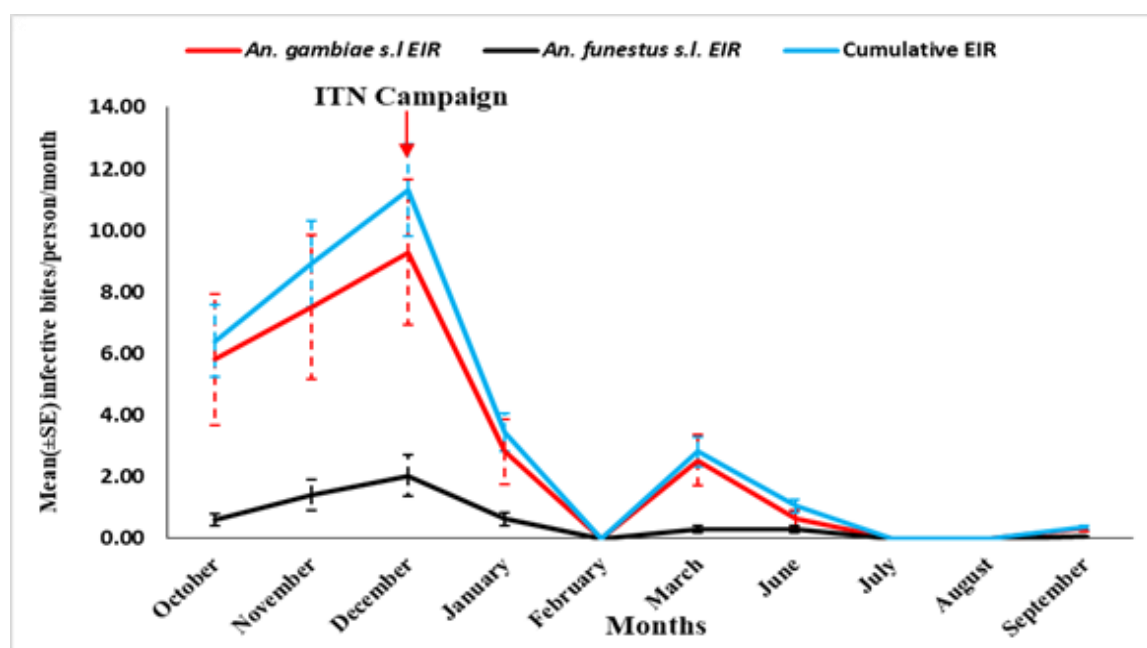


FIGURE 11 : VARIATION DU TIE AU COURS DE LA PÉRIODE DE COLLECTE D'OCTOBRE 2019 A SEPT 2020

INFECTIVITÉ DES VECTEURS/TAUX DE SPOROZOÏTES (2019)

Sur un total de 3 039 *An. gambiae* s.l. et *An. funestus* s.l. ont été sélectionnés au hasard dans des collections HLC et testés pour les protéines de *Plasmodium circumsporozoïte* par ELISA. De tous les échantillons testés, 35 ont été trouvés avec des sporozoïtes de *Plasmodium falciparum*. La proportion de vecteurs du paludisme trouvés avec des sporozoïtes était de 1,15% (35/3 039). Le taux moyen de sporozoïtes estimé dans les vecteurs du paludisme était élevé à Cankuzo (2,75 % ; IC à 95 % : 1,38 à 4,87), Nyanza-Lac (2,18 % ; IC à 95 % = 01,00 à 04,10) et Kiremba (1,12 % ; IC = 0,31-2,85) (tableau 4).

LONGÉVITÉ DES VECTEURS

Un total de 2 408 *An. gambiae* s.l. et *An. funestus* s.l. ont été disséqués pour évaluer la longévité du vecteur. Les taux moyens de pares étaient de 79,34 % (IC à 95 % : 77,47-81,10) pour *An. gambiae* s.l. et 76,75 % (IC à 95 % : 72,53-80,60) pour *An. funestus* s.l. Les taux de parité observés étaient significativement inférieurs à ceux de 2019 avant la campagne de distribution d'ITN avec 84,31% pour *An. gambiae* s.l. ($p < 0,0001$) et 83,27 % ($p = 0,013$) pour *An. funestus* s.l.

Le taux de parité d'*An. gambiae* s.l. variait significativement selon le site sentinelle ($p < 0,0001$), le taux le plus faible étant observé à Mpanda (61,78%) (tableau 3). La longévité d'*An. funestus* s.l. variait également entre les sites sentinelles ($p < 0,0001$), et le taux de parité le plus faible a été observé à Mabayi (61,48 %) (tableau 3).

SENSIBILITÉ DES VECTEURS AUX INSECTICIDES

Selon le rapport récent (2019) de surveillance entomologique, les mortalités observées, après la période de rétention de 24 heures pour tous les tests de sensibilité à l'exception du chlorfénapyr (mortalité 72h) et de la clothianidine (mortalité 30 min), sont rapportées dans le tableau 4. Pour *An. gambiae* s.l. les populations étaient entièrement sensibles à la clothianidine+deltaméthrine, à la clothianidine, au pirimiphos-méthyl, au chlorfénapyr et au bendiocarbe, dans tous les sites. Les vecteurs étaient également sensibles à la deltaméthrine dans tous les sites testés, sauf à Muravya et Rumonge où une résistance possible à la deltaméthrine a été observée (tableau 4). Une résistance possible à la perméthrine et à l'alphacyperméthrine ont été observées dans les sites sentinelles avec des mortalités allant de 84 % à 97 % (tableau 4). Cependant, à Bujumbura Mairie et Bujumbura Rural, les vecteurs étaient sensibles à la perméthrine et à l'alphacyperméthrine avec 99 à 100% de mortalité (tableau 7). Les données manquantes (-) sur certains sites sont dues aux difficultés à trouver suffisamment de larves dans ces sites.

TABLEAU 4: SUSCEPTIBILITY OF AN. GAMBIAE S.L. TO INSECTICIDES

District	Clothianidin+ Deltamethrin		Clothianidin		Chlorfenapyr		Pirimiphosmethyl		Bendiocarb		Deltamethrin		Permethrin		Alphacypermethrin	
	%	# tested	%	# test- ed	%	# test- ed	%	# test- ed	%	# test- ed	%	# test- ed	%	# tested	%	# tested
Bujumbura Rural	100 S	100	100 S	100	100 S	100	100 S	100	100 S	100	99 S	100	99 S	100	-	-
Bujumbura Mairie	100 S	100	100 S	100	100 S	100	100 S	100	100 S	100	100 S	100	100 S	100	99 S	100
Karusi	100 S	100	100 S	100	-	-	-	-	97PR	100	98 S	100	-	-	-	-
Kayanza	100 S	100	100 S	100	100 S	100	-	-	-	-	100S	100	88 R	100	-	-
Muyinga	100 S	100	100 S	100	100 S	100	100 S	100	100 S	100	100 S	100	93PR	100	-	-
MWARO	100 S	100	100 S	100	-	-	100 S	100	-	-	100 S	100	95 PR	100	-	-
MURAMVYA	100 S	100	100 S	100	-	-	-	-	-	-	95 PR	100	-	-	84 R	100
Kinyinya	100 S	100	100 S	100	100 S	100	100 S	100	-	-	100 S	100	97PR	100	94 PR	100
Rumonge	100 S	100	100 S	100	-	-	100 S	100	-	-	97 PR	100	-	-	-	-
Cankuzo	100 S	100	100 S	100	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Gihofi	100 S	100	100 S	100	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Kiremba (IRS)	100 S	100	100 S	100	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Mabayi	100 S	100	100 S	100	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Mpanda	100 S	100	100 S	100	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Nyanza-Lac	100 S	100	100 S	100	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Vumbi	100 S	100	100 S	100	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100	100	NA	NA	NA	NA
Mutaho	100 S	100	100 S	100	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

L'intensité de la résistance à la perméthrine a été testée à Nyanza-lac et Vumbi où les plus faibles mortalités ont été enregistrées avec la perméthrine l'année précédente. Les échantillons d'An gambiae s.l. de ces deux sites ont été soumis à des tests d'intensité de résistance en utilisant la méthode de dosage en bou-teille CDC. Dans l'ensemble, 100 pour cent de mortalité ont été atteints dans les deux sites avec la perméthrine 5x, ce qui suggère que l'intensité de la résistance à la perméthrine était faible (Figure 12).

Pour évaluer la présence d'un mécanisme de détoxification de l'oxydase dans la résistance à la perméthrine observée, l'An. gambiae s.l. collectés à Cankuzo, Vumbi (où le PBO ITN a été distribué) et Nyanza-Lac (où le risque de transmission du paludisme était élevé) ont été soumis à des tests synergistes perméthrine + PBO (Figure 9). Une restauration partielle de la sensibilité à la perméthrine a été observée après exposition au PBO avant perméthrine avec une augmentation entre 21% et 27% des mortalités (Figure 9) d'An. gambiae s.l. de Vumbi et Nyanza-Lac. Ce résultat suggère l'implication d'un mécanisme de résistance à l'oxydase dans les populations de vecteurs du paludisme, mais ne semble pas être le seul mécanisme impliqué. Les résultats moléculaires sur la présence de kdr seront ajoutés au rapport lorsqu'ils seront disponibles (l'analyse se poursuit à l'Université de Wits).

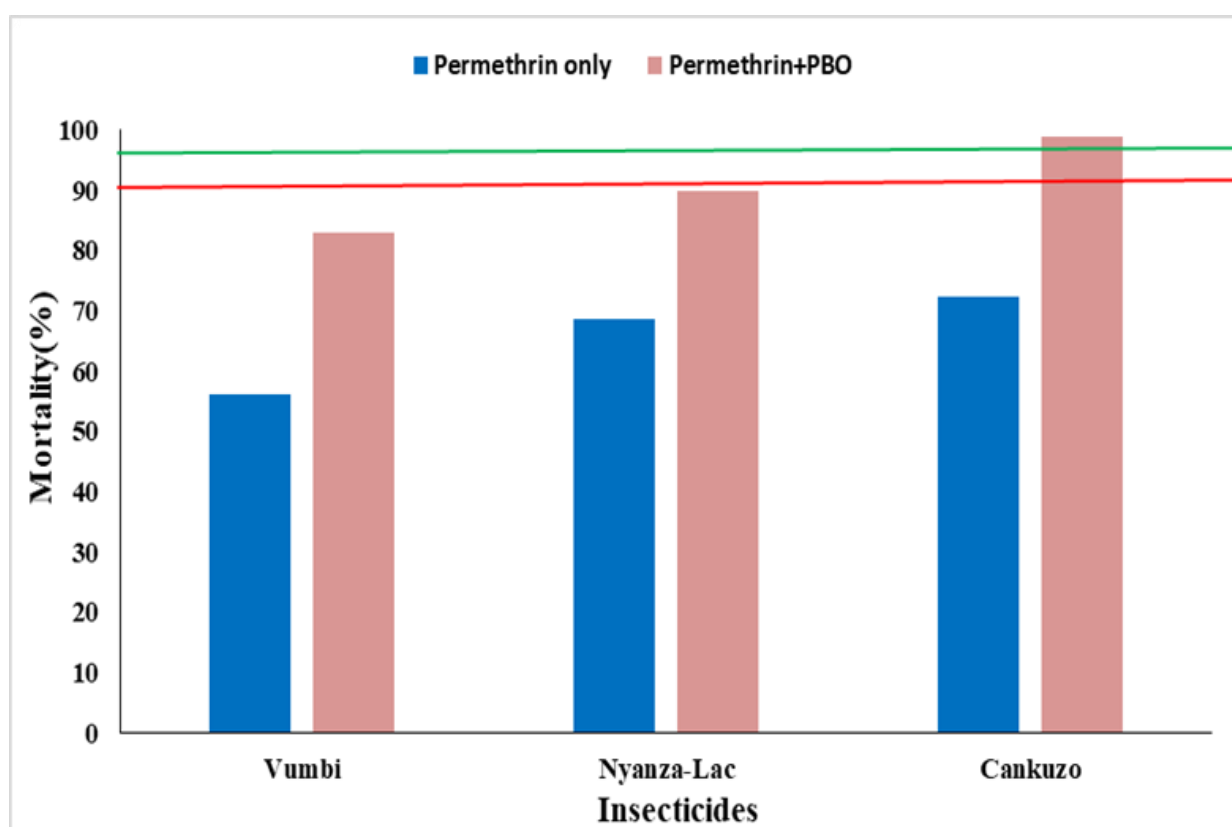


FIGURE 12: MORTALITÉ OBSERVÉE AVEC LA PERMÉTHRINE ET LE PBO

I.3. PERFORMANCE DU PROGRAMME DURANT LES PREMIÈRES TROIS ANNÉES DU PSN

I.3.1. CODIFICATION DU SCORE DE PERFORMANCE

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

TABLEAU 5: CODIFICATION DU SCORE DE PERFORMANCE PAR DPS

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

I.3.2. SCORE GLOBAL DU PROGRAMME

TABLEAU 6: SYNTHÈSE DE LA PERFORMANCE DE LA MISE ŒUVRE DES ACTIVITÉS

Synthèse Global du PSN 2018-2023

PERFORMANCE TECHNIQUE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSN 2018-2020		45	
Synthèse de la Performance par Axe Stratégique		BRUT	AJUSTE
Axe Stratégique 1	Renforcement des capacités institutionnelles du Programme.	36	25
Axe Stratégique 2	Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock	75	69
Axe Stratégique 3 :	Consolidation des interventions de prévention (MIILDA, PID, TPIg)		
	Utilisation efficiente des MIILDA par les populations cibles	73	67
	Utilisation efficiente de la PID au niveau des zones	72	59
	Utilisation efficiente du TPIg au niveau des FOSA	33	33
Axe Stratégique 4	Renforcement du cadre de prise en charge	60	49
Axe Stratégique 5	Amélioration des services offerts aux populations clés	71	30
Axe Stratégique 6	Renforcement du cadre de communication	57	52
Axe Stratégique 7	Amélioration du cadre de Surveillance	47	40
Axe Stratégique 8	Amélioration du cadre de Suivi Évaluation	46	44

Après l'exercice d'autoévaluation du PNILP, il ressort que l'exécution du PSN à mi-parcours est de 45% en général ; soit un écart de 5% et 55% par rapport à toute la durée du PSN. Ce résultat cache les disparités entre les interventions des différentes unités du programme comme le montre le tableau ci-dessus généré automatiquement par l'outil OMS utilisé. Les commentaires de chaque résultat feront la substance de la revue à mi-parcours et constituent les points à prendre en compte pour la

révision du présent plan stratégique.

Il ressort que 55% des activités des résultats stratégiques du PSN ont connu des retards d'exécution avec comme motif principal "retard de mobilisation de fonds" (90% des facteurs évoqués). Il faut aussi mentionner les facteurs comme la pandémie de la COVID en début de 2020 qui a handicapée le Start up de plusieurs projets (TUBEHO), le turn-over au MINISANTE5 Les principaux points faibles sont :

- L'insuffisance de ressources humaines qualifiées ; o Le faible système de gestion logistique des intrants ;
- L'absence de données complètes pour les besoins de quantification des intrants au niveau des districts ;
- Le taux de décaissement insuffisant des ressources financières ; o La faible visibilité institutionnelle.
- La mobilisation financière n'a été que de 24% ; ce qui remet en question la mise en œuvre des activités ainsi que leur qualité.

I.3.3. PERFORMANCE DE LA LUTTE ANTI-VECTORIELLE

TABLEAU 7: NIVEAU DE PERFORMANCE LAV

	Nombre d'activités planifiées 2018-2020	Nombre d'activités réalisées (2018-2020)	Performance physique Brut de la mise en œuvre	Performance physique Ajustée de la mise en œuvre
Utilisation efficiente des MIILDA par les populations cibles	83	74	73%	69%
Utilisation efficiente de la PID au niveau des zones	44	40	72%	59%
Utilisation efficiente du Tpig au niveau des FOSA	8	4	33%	33%

– MILDA

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

Trois campagnes nationales de distribution gratuite de masse de MILDA ont été réalisées en juin 2014, en septembre 2017 et en Décembre 2019. Un total de 17.981.465 MIILDAs ont été distribuées dont

4.991.496 MIILDAs en 2014, 6.025.686 MIILDAs en 2017 et 6.964.283. La stratégie de distribution

pour des campagnes respecte le principe de couverture universelle (1 MILDA pour 2 personnes ou 1 MIILDA par espace de couchage) avec un plafond de 6 MIILDAS par ménage. Dans le but de bien mener ces différentes campagnes, des plans d'actions globaux détaillés et budgétisés pour chaque campagne ont été élaborés pour indiquer clairement les activités à mener avant, pendant et après la campagne. De plus, des plans spécifiques ont été développés : le plan logistique, le plan de mobilisation sociale et le plan de suivi et évaluation.

Par ailleurs, une distribution de 84.363 MIILDAs et de 122.383 MIILDAs, respectivement en 2017 et en 2019, a été réalisée aux ménages dits « spéciaux » (les écoles à internats, les confessions religieuses, les orphelinats, les camps militaires et policiers, les homes universitaires et les prisons).

Cependant, force est de constater que malgré la complémentarité de ces canaux de distribution, le pays reste loin d'atteindre la couverture universelle en MIILDAS. Ainsi, selon les données de l'Enquête sur les Indicateurs du Paludisme au Burundi de 2012 (EIPBU), près de deux tiers des ménages (63%) possédaient au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) et plus d'un quart de ménages (26%) possèdent au moins une MII pour deux personnes vivant dans le ménage. Les résultats de l'EDS 2016 montrent cependant qu'il y a eu une forte diminution du taux de possession de la MIILDA et par conséquent du taux d'utilisation, passant de 63% à 46% de 2010 à 2012 pour la possession et une forte diminution de l'utilisation chez les enfants de moins de 5 ans passant de 54% à 40% puis de 56% à 44% chez la femme enceinte. Quant à l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), elle a légèrement augmenté depuis l'EDSB de 2010, passant de 45% à 54% chez les enfants de moins de cinq ans et de 50% à 56% chez les femmes enceintes pour l'EIPBU 2012.

– PID

La pulvérisation intra domiciliaire est une stratégie utilisée pour ces trois dernières années en prévention des épidémies contrairement aux plans stratégiques précédents. Au cours de la mise en œuvre du plan stratégique 2018-2023, des campagnes de pulvérisation intra domiciliaires ont été organisées de façon irrégulière dans 15 districts sanitaires sur 28 ciblés comme prioritaires. A chaque campagne, l'objectif de 90% a été globalement atteint et souvent dépassé. Pour la campagne de 2019, le taux de couverture global avoisine les 95% et la stratégie est de faire les PID avant les périodes de pics. Avec le nouveau produit de longue rémanence (FLUDORA FUSION et ACTELIC), la PID peut apporter une réponse parasitémique sur les deux pics connus de l'année.

– GESTION VECTORIELLE INTÉGRÉE

La gestion vectorielle intégrée est un processus de prise de décision dans la gestion des populations de vecteurs associant des pratiques de bon sens qui mettent l'accent sur des approches efficaces, sûres, respectueuses de l'environnement et économiques pour lutter

contre les vecteurs du paludisme. Elle se fonde sur des critères écologiques, économiques et sociaux et intègre des méthodes multidisciplinaires. Sa mise en œuvre au Burundi est très limitée. Elle devrait aboutir à la mise en place d'un mécanisme intersectoriel opérationnel pour la collaboration et la coordination de tous les secteurs concernés et permettre d'identifier les besoins, lacunes et possibilités existantes pour la lutte anti vectorielle. Ce mécanisme intersectoriel devrait principalement regrouper les ministères en charge de la Santé publique et de la lutte contre le SIDA, de l'Environnement, de l'Agriculture et de l'élevage, les Municipalités et les établissements de recherche.

– DÉFIS À RELEVER

La dernière revue de l'approche stratégique de la lutte antivectorielle du PNILP a permis de dégager les défis suivants :

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

I.3.4. PERFORMANCE DE LA PRISE EN CHARGE

TABLEAU 8: SCORE DE PERFORMANCE DE LA PRISE EN CHARGE DU PALUDISME

Renforcement du cadre de prise charge	Nombre d'activités planifiées 2018-2020	Nombre d'activités réalisées (2018-2020)	Performance physique Brut de la mise en œuvre	Performance physique Ajustée de la mise en œuvre
Renforcement de la prise en charge à tous les niveaux	28	15	60%	49%

Il existe une politique nationale de lutte contre le paludisme, qui s'inspire de la politique nationale de santé 2016-2025. Les directives nationales de traitement du paludisme ont été mises à jour en décembre 2019. La confirmation biologique pour tous les cas suspects de paludisme est effective avant tout traitement. Le diagnostic biologique doit être fait le plus rapidement possible pour assurer un traitement dans l'heure qui suit la consultation. L'Artemether-Lumefantrine a été adopté comme traitement de première ligne au Burundi en remplacement de l'Artésunate-Amodiaquine (ASAQ). Ce traitement a été mis en œuvre depuis janvier 2020.

Les cas de paludisme simple tels que définis dans les directives sont traités à l'artémether- luméfantrine. Les cas de paludisme grave sont traités à l'Artésunate suppositoire en pré transfert au niveau communautaire quand il s'agit des enfants de 6 mois à 5 ans (iCCM) tandis qu'ils sont traités par l'artésunate injectable au centre de santé en pré transfert et à l'hôpital. La stratégie PECADOM pour les plus de 5 ans est en cours de mise en œuvre dans 9 districts sanitaires pilotes. La prise en charge du paludisme simple est gratuite à tous les niveaux. Les cas de paludisme grave référés des deux derniers niveaux sont traités au niveau des hôpitaux de district. Notons que les soins commencent au niveau communautaire jusqu'au niveau tertiaire selon la gravité de l'accès palustre. L'accessibilité aux soins est très bonne au Burundi. En effet, selon la modélisation 2020, 92.79% de

la population accèdent en moins de 60 minutes aux sites de traitement selon le scénario motorisé et plus de 80% y accèdent selon le scénario marche avec 100% dans les centres urbains. Mais l'analyse de la mise en œuvre des recommandations de la RPP 2018 indique qu'après le changement de protocole passant à l'AL comme traitement de première ligne, seuls 17 DS effectuent la prise en charge du paludisme à l'AL au niveau communautaire. L'iCCM a connu une régression après l'adoption de l'AL comme première ligne de traitements de paludisme simple, la logistique pour le rendre disponible jusqu'au niveau communautaire n'ayant pas suivi.

DÉFIS À RELEVER.

- iCCM non encore redynamisé dans tous les DS ;
- Irrégularités de TET ;
- Insuffisance de l'application des DNPP dans le secteur privé.
- accès au traitement pour les tranches de plus de 5 ans

PRÉVENTION DU PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

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

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

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

Défis à relever o La remise à niveau des prestataires au niveau de chaque structure qui offre ce service La disponibilité permanente des intrants à travers l'implication du secteur privé dans l'amélioration de l'acheminement sur les derniers Kilomètres ;

- Le renforcement de la sensibilisation des prestataires et des bénéficiaires pour l'adhésion à l'intervention ;
- La recherche des perdues de vue par les ASC ; o La sensibilisation des femmes enceintes pour une CPN1 précoce au premier trimestre de la grossesse ;
- Se conformer aux normes de l'OMS pour aller à 8 CPN.

I.3.5. PERFORMANCE DE LA GESTION DU PROGRAMME

TABLEAU 9: EVALUATION DE LA PERFORMANCE TECHNIQUE DE LA GESTION DU PROGRAMME

Renforcement des capacités institutionnelles du Programme.				
	Nombre d'activités planifiées 2018-2020	Nombre d'activités réalisées (2018-2020)	Performance physique Brut de la mise en œuvre	Performance physique Ajustée de la mise en œuvre
Renforcement de la gestion du programme	75	27	36%	25%

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

- 11 personnes dont 3 médecins, 1 pharmacien, 1 licencié en laboratoire et 6 techniciens A2 dans l'unité de Prise en charge (PEC) ; o 13 personnes dont 4 licenciés, un technicien A1 et 7 techniciens A2 et 1 agent de l'insectarium dans l'unité de Lutte Anti-Vectorielle (LAV) ; 4 personnes dont 3 médecins et un licencié dans l'unité Suivi - Evaluation ; o 4 personnes dont 3 licenciés et un technicien A1 dans l'unité d'Information, d'Education, et de Communication pour le Changement de Comportement (IEC/CCC) ; o 16 personnes dont 2 licenciés, 1 technicien A1, 1 technicien A2, 8 chauffeurs, 1 planton et 3 veilleurs dans l'unité chargée de l'administration et de la gestion des ressources matérielles et financières ;
- 2 secrétaires de Direction du PNILP. Du point de vue programmatique, dans l'organigramme du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, le PNILP dépend directement de la Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le SIDA (DGSSLS). Entre 2013 et 2017, la proportion des activités mises en œuvre dans le cadre de la gestion du Programme reste faible. En effet, seules 72,68% des activités planifiées ont été totalement mises en œuvre.

Ceci pourrait s'expliquer par les obstacles et entraves suivants :

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

- Un turn-over accéléré au niveau de l'équipe managériale.

DÉFIS À RELEVER

- Le renforcement d'un leadership durable à travers un audit organisationnel et institutionnel ; o « Turn-Over » fréquent de l'équipe de direction qui entrave la pérennité des actions entreprises;
- la mise à jour du plan de renforcement de capacité ; o L'augmentation du budget de l'Etat dans la lutte contre le paludisme ; o Le recrutement/affectation de points focaux au niveau de toutes les provinces et districts) ; o Le renforcement des procédures d'acquisition des in-trants antipaludiques ; o L'actualisation permanente de la cartographie des partenaires ;
- Le renforcement du cadre de collaboration avec les institutions de recherche (INSP, Faculté de Médecine, etc.) ; o La mise en place d'un cadre formel de concertation et d'évaluation régulière des prestations thématiques de lutte contre le paludisme, Faible collaboration du PNILP avec le secteur privé et associatif ; o Le renforcement de la visibilité du programme.
- Collaboration transfrontalière

I.3.6. PERFORMANCE DE LA SURVEILLANCE, SUIVI ÉVALUATION

TABLEAU 10: SCORE DE PERFORMANCE DE LA SURVEILLANCE, SUIVI ET ÉVALUATION

Renforcement du cadre de suivi évaluation				
	Nbre d'activités planifiées 2018-2020	Nbre d'activités réalisées (2018-2020)	Performance physique Brut de la mise en œuvre	Performance physique Ajustée de la mise en œuvre
Renforcement du cadre de suivi évaluation	23	13	46%	44%

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

Le PNILP organise des réunions trimestrielles de coordination des partenaires pour la planification et le suivi des activités planifiées. Un suivi hebdomadaire, mensuel et trimestriel des indicateurs de performance du programme est effectué à travers les données de la DSNIS et permet de renseigner tous les indicateurs relatifs au programme de lutte contre le paludisme et éclairer la planification en conséquence.

Le PNILP avec le soutien des partenaires organise et coordonne les études et les enquêtes sur le paludisme pour permettre une prise de décision éclairée sur les stratégies et les interventions basées sur des évidences scientifiques. Ces études sont exécutées par des institutions de recherche nationales et/ou internationales. Les résultats des études sont soumis à une large validation, sous forme d'atelier puis largement disséminés.

Au cours de la période sous revue, les études suivantes ont été menées : l'étude d'efficacité thérapeutique réalisée en 2019, une étude sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP), End User Vérification (EUV), Enquêtes entomologiques mensuelles dans les sites des DS de Cankuzo, Kiremba, Gihofi, Mpanda, Mabayi, Nyanza Lac, Matana, Mutaho et Vumbi, une TET sur AL en cours, la Stratification et modélisation avec résultats provisoires disponibles, une étude de la qualité de la PEC planifiée, une étude de durabilité des MILDA en cours. En fin une deuxième enquête des indicateurs sur le paludisme (EIPB II) est planifiée et fera partie de l'EDSBU IV, Évaluation de la mise en œuvre de la stratégie de traitement préventif intermittent au sulfadoxine pyriméthamine chez la femme enceinte (TPIg) en cours.

L'information logistique en rapport avec les médicaments de lutte contre le paludisme ainsi que les intrants de laboratoire et les MILDA de routine est rapportée dans les rapports mensuels d'activité des structures de soins et du district sanitaire. Le LMIS et eLMIS ne sont pas encore développés au Burundi malgré des tentatives d'accélérer le processus et la disponibilité de fonds pour sa mise en place.

RÉUSSITES, MEILLEURES PRATIQUES ET FACTEURS FAVORISANTS

- L'anticipation sur les pics en organisant des cliniques mobiles a permis de couper la chaîne de transmission du paludisme ;
- Stratification des risques et modélisation des interventions disponibles. Le risque des épidémies et la période de la transmission ont été réduits dans certaines régions par la mise en œuvre des interventions de PID et de distribution des MILDA ;
- L'investigation d'épidémie (par le suivi hebdomadaire des données a été cruciale par anticipation sur les flambées épidémiques et actionner le plan de riposte). La présente RMP et la Revue Après Action (RAA) faite après l'épidémie de 2017 et sont aussi à noter comme bonne pratique.

DÉFIS À RELEVER

- Irrégularité dans la réalisation des enquêtes
- Absence d'un plan de recherche
- Absence d'interopérabilité entre DHIS2 avec d'autres bases utilisées dans le domaine de la lutte contre le paludisme (PID, distribution continue, surveillance entomologique etc.)
- Absence d'utilisation des données multisectorielles dans la planification des interventions de lutte contre le paludisme.
- Absence de personnel spécialisé pour certains domaines clés au niveau du S&E (épidémiologie d'intervention par exemple)
- Base de données n'intégrant pas toutes les désagrégations (confirmation du cas de paludisme par sexe, cas de paludisme chez les femmes enceintes dans les hôpitaux par exemple)
- Les courbes de suivi des seuils d'interventions aux centres de santé ne sont pas toujours à jour et utilisées

I.3.7. PERFORMANCE DE LA GESTION DES ACHATS ET DU STOCK (GAS)

TABLEAU 11: SCORE DE LA PERFORMANCE DU GAS

Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock				
	Nombre d'activités planifiées 2018-2020	Nombre d'activités réalisées (2018-2020)	Performance physique Brut de la mise en œuvre	Performance physique Ajustée de la mise en œuvre
Amélioration de la gestion de l'approvisionnement et du stock	40	30	75%	67%

La performance physique ajustée à mi-parcours a été de 67. Selon l'EUV 2020, 66.2% des FOSA disposaient de toutes les formes d'ACT le jour de la visite en 2020. L'Artésunate injectable qui est le médicament de premier choix dans le traitement des cas de paludisme grave était disponible dans 95.9% des FOSA visitées, et, la SP était disponible dans 100% des FOSA. La disponibilité de la quinine injectable (250 mg ou 500 mg ou 600 mg) qui est une alternative au traitement de ces cas graves était respectivement de 97.3%, 98.6% et 97.3%.

Selon l'EUV 2020, au niveau communautaire, l'ASAQ 50/135mg était en rupture de stock chez 20,0% des ASC visités, l'ASAQ 25/67.5mg chez 33.3% des ASC visités tandis que le TDR était en rupture dans 19.2% des ASC visités. Dans 21.4% des cas, la cause de rupture est la non disponibilité du produit dans la centrale d'achats. La transition de ASAQ à l'AL y compterait aussi comme facteur.

Le système de supply-chain management reste du type « pull » car les besoins bien que pas toujours satisfaits sont exprimés par le niveau périphérique y compris pour les moustiquaires.

Chaque produit de lutte contre le paludisme utilisé à l'échelon national (ACT, TDR, MIILDAS, insecticide, Artésunate injectable et SP) a ses propres spécifications techniques définies selon les normes internationales. La mise à jour est faite après changement/révision (politique/stratégie nationale, directives de traitement) et les expériences antérieures. Rappelons que parfois, les décisions inspi-rées par les urgences précèdent les changements de directives. Ainsi, en 2019, l'urgence de juguler une flambée de cas de paludisme a poussé le niveau central à adopter l'AL comme traitement de première intention et l'DAPQ comme deuxième intention. L'enregistrement des produits est actuellement basé sur le processus administratif débouchant sur une autorisation fournie par la ABREMA

/MSPLS. Une liste de tous les produits pharmaceutiques déjà autorisés à l'importation au Burundi est disponible. L'homologation des produits pharmaceutiques et des réactifs, hormis les produits préqualifiés par l'OMS, suit les directives nationales. Il est à signaler qu'actuellement les acquisitions des intrants se font via le mécanisme des achats groupés (PPM, VPP, PFSCM) par le fond mondial. Le tableau suivant établit les taux de réalisation en fonction des besoins estimés durant la période 2018-2020 et les acquisitions réalisées durant la même période.

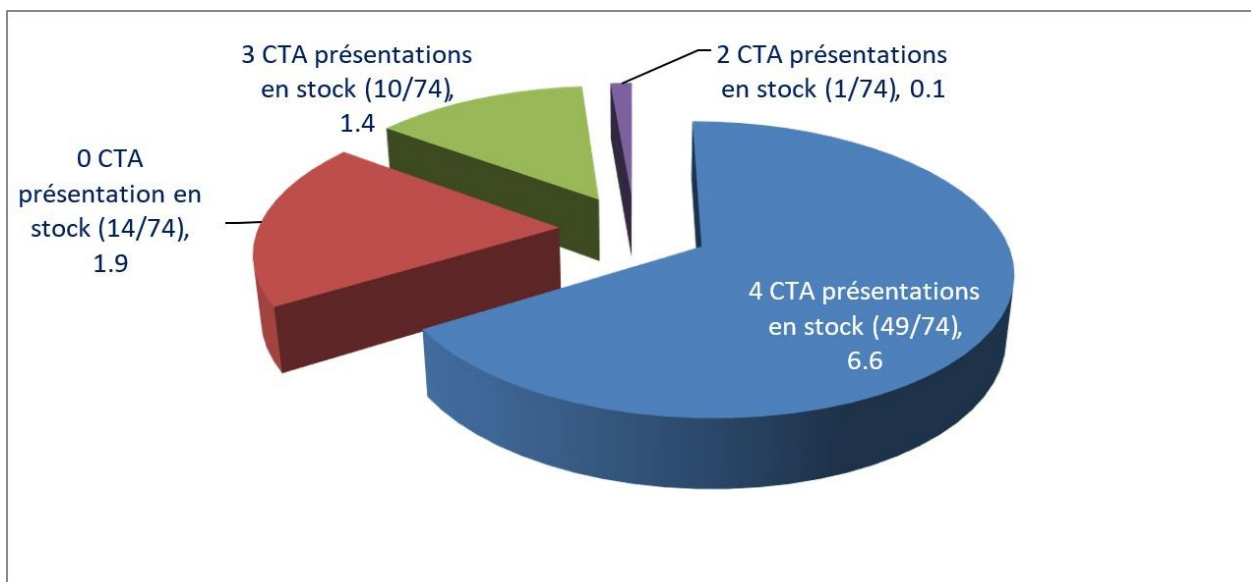


FIGURE 13: DISPONIBILITÉ DES PRODUITS AU NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Cependant certaines activités comme la pharmacovigilance et le SIGL où le PNILP participe sous le lead de l'autorité nationale (CAMEBU) de régulation et la gestion n'ont pas avancé sous cette période en revue ainsi que dans les revues précédentes (un problème récurrent).

45.9% de structures remplissent à plus de 80% les conditions de stockage des produits de lutte contre le paludisme et d'autres produits. Ceci constitue un point ou une attention particulière doit être mise dans la deuxième moitié du présent PSN.

DÉFIS À RELEVER (CERTAINS DES DÉFIS SONT RÉCURRENTS DEPUIS LA REVUE DE 2012)

- Insuffisance de la logistique pour assurer la distribution au niveau des BDS ;
- Faiblesse du système d'information logistique (données peu fiables et en retard pour la quantification)
- Assurance qualité post-achat (au niveau pays) non effectuée alors que visiblement les conditions de stockage ne sont pas saines dans 50% des districts
- Pharmacovigilance avec un retard de mise en œuvre (surtout en cas d'introduction de nouveau traitement comme l'AL au pays)
- Les TETs sont irréguliers.

I.3.8. PERFORMANCE COMMUNICATION POUR UN CHANGEMENT SOCIAL ET DE COMPORTEMENT

TABLEAU 12: SCORE DE PERFORMANCE D'IEC/CCC

	Nombre d'activités planifiées 2018-2020	Nombre d'activités réalisées (2018-2020)	Performance physique Brut de la mise en œuvre	Performance physique Ajustée de la mise en œuvre
Renforcement du cadre de communication et de mobilisation sociale	59	30	57%	52%

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

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

La performance physique ajustée est de 52% démontrant que les activités de communication ont été intenses surtout autour de la CDM de 2019.

Le plan de communication est aligné au PSN 2018-2023 avec comme enjeux l'atteinte des objectifs de prévention et de prise en charge à travers un changement social de comportement favorable à la santé.

Il existe un Cadre stratégique de la Communication pour le Changement Social et de Comportement (CCSC) concernant le paludisme 2018-2023 qui définit un programme de plaidoyer et de renforcement des capacités techniques.

L'évaluation des résultats pose souvent problème en termes de personnes atteintes par les messages et en conséquence, ce qui a changé en termes de changement de comportement et d'adoption de nouvelles attitudes, pour la période 2018-2020.

En termes de résultats immédiats (d'output), l'unité a fait des actions de communication qui ont

atteint environ 3000 femmes enceintes avec comme principal canal les spots radiodiffusés et télévisés et la communication Interpersonnelle.

Durant la mise en œuvre du plan stratégique 2018-2020, des enquêtes sporadiques comme l'enquête CAP et Human Centered Study ont été menées. Cependant ces enquêtes ne touchent pas ce qui réellement impulse la décision personnelle de changer même si on a toute la connaissance de la maladie et des moyens de prévention notamment l'utilisation de la MIILDAs.

DÉFIS À RELEVER

- Faible implication du secteur privé dans la communication pour la prévention du paludisme ;
 - o Insuffisance dans le suivi des activités de communication
 - o Le plan de communication est partiellement financé
 - o Absences de cadre de coordination multisectorielle de lutte contre le paludisme ;
- Parmi ces défis, on retrouve la difficulté à parvenir à une couverture optimale, l'acceptabilité (adhésion) par les communautés, et/ou le manque de ressources pour pérenniser les solutions ;
- Faible participation du niveau communautaire.

I.3.9. NIVEAU D'ATTEINTE DES INDICATEURS

TABLEAU 13: NIVEAU D'ATTEINTE DES INDICATEURS

Indicateur	Réalisations 2018	Cibles 2020	Réalisations 2020
Prévalence parasitaire : proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois présentant une infection palustre dans la communauté	DND		DND
Cas de paludisme confirmés (par microscopie ou test de dépistage rapide) pour 1000 habitants par an (incidence)	502.2	570.5	470.2
Nombre de décès de patients hospitalisés dus au paludisme : taux pour 100 000 habitants par an	24.2	20.825	26.63
Taux de mortalité palustre en milieu hospitalier (mortalité proportionnelle)	19%	22.50%	17%
Taux de positivité des GE/TDR	59.70%	45.20%	51.80%
Létalité liée au paludisme	1.3%	0.70%	1.10%
Pourcentage de BPS et BDS disposant des points focaux fonctionnels	0%	100.00%	0%
Taux de mobilisation des budgets de lutte contre le paludisme	34.24	100.00%	34.24
Taux d'exécution des budgets de lutte contre le paludisme	103	94.40%	103
Proportion du budget mobilisé localement à travers le partenariat public-privé	0%	20.00%	0%
Pourcentage formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock en intrants antipaludiques au cours de la période	67%	89.10%	68.30%

Pourcentage d'ASC n'ayant pas connu de rupture de stock au cours de la période pour les ACT et TDR dans les districts sanitaires faisant l'iCCM	32.40%	96.60%	2%
Proportion de femmes enceintes qui viennent en CPN1 et reçoivent les MIILDA	80%	100.00%	76.25%
Proportion des enfants de 9 mois venant pour la vaccination contre la rougeole et la rubéole qui reçoivent des MIILDA	87%	100.00%	81.83%
Proportion de la population ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente	DND	46.60%	DND
Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente	DND		DND
Proportion des enfants 6 - 59 mois ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente	DND		DND
Proportion de ménages ayant bénéficié de l'aspersion intra domiciliaire dans les zones ciblées	95%	95.00%	96.00%
Pourcentage de femmes bénéficiant de services de soins prénatals ayant reçu au moins 3 doses de traitement préventif intermittent	62%	68.10%	57.00%
Proportion de cas suspect de paludisme soumis à un test parasitologique dans les formations sanitaires	100%	100.00%	99.90%
Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique conformément à la politique nationale, dans les formations sanitaires	93%	97.80%	89.70%
Proportion de cas suspect de paludisme soumis à un test parasitologique au niveau communautaire	100%	73.80%	100.00%
Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique conformément à la politique nationale au niveau communautaire	80%	86.30%	91.20%
Le rapport de la cartographie des populations clés est disponible en 2020 ainsi que le rapport sur l'évaluation de leurs besoins en matière de prévention et de PEC du paludisme.	DND	100%	DND

Pourcentage de femmes bénéficiant de services de soins prénatals ayant reçu au moins 3 doses de traitement préventif intermittent au niveau des populations clés	DND	80%	DND
Proportion des populations clés ciblées qui sont couvertes par la PID.	DND	80%	DND
Pourcentage de la population ayant adopté des comportements favorables à la lutte contre le paludisme (Mettre les indicateurs renseignés par EDS et DHIS2)	DND		DND
Proportion d'épidémies de paludisme détectées précocement (au cours de la semaine)	DND	100.00%	DND
Proportion d'épidémies de paludisme détectées et maîtrisées dans les deux semaines	DND	100.00%	DND
Pourcentage de formations sanitaires qui fournissent des données de qualité sur le paludisme	DND	100.00%	DND
Pourcentage de formations sanitaires présentant leurs rapports dans les délais selon les directives nationales	76.30%	100.00%	91%
Proportion de rapports reçus des formations sanitaires par rapport aux rapports attendus au cours de la période de rapportage	93.80%	100.00%	98.90%
Pourcentage des ASC ayant soumis leur rapport mensuel dans les délais de la communauté au centre de santé	16.83%	100.00%	71.63%

PLAN STRATEGIQUE 2021-2027

II. PLAN STRATEGIQUE 2021-2027

II.1. VISION

A l'horizon 2027, Zéro décès dû au paludisme au Burundi.

II.2. MISSION

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

II.3. DEFIS DU PLAN STRATEGIQUE

Les défis relevés lors de la revue à mi-parcours sont la base de la réorientation du présent plan. Ce nouveau plan stratégique résulte également du besoin d'alignement sur le plan national de développement du Burundi (exigence de la primauté aux programmes de santé), poussant ainsi le programme à définir les objectifs et les cibles du cadre de performance jusqu'à 202 articulés autour des priorités suivantes :

Renforcement de la capacité managériale : la réorganisation institutionnelle de l'unité de coordination nationale constitue le premier défi à relever afin non seulement de combler les lacunes en matière de ressources humaines mais aussi d'indiquer les mécanismes de coordination à mettre en place afin de faciliter la circulation de l'information et le niveau de visibilité institutionnel souhaité pour le PNILP afin de renforcer davantage son leadership ;

Renforcement de la décentralisation des activités de lutte : décentralisation effective de la lutte contre le paludisme au niveau des provinces et districts sanitaires à travers le renforcement de leur capacité en ressources humaines, matérielles et financières et un appui technique continu ;

Renforcement de la mobilisation de ressources locales : cadre d'investissement afin d'obtenir l'engagement, la contribution et l'investissement de l'Etat dans la lutte contre le paludisme et de renforcer davantage l'implication du partenariat public-privé ;

Disponibilité permanente des intrants jusqu'au niveau communautaire : renforcement du dispositif de quantification à tous les niveaux et de consolider les mécanismes de suivi de la consommation à tous les niveaux à travers des rapprochements périodiques des données de consommation aux données épidémiologiques ;

Renforcement de la collaboration multisectorielle pour la prévention et la prise en charge précoce des épidémies : mise en place d'une plateforme opérationnelle qui informera de manière régulière des risques d'épidémies au regard de l'analyse et de l'adiffusion des informations croisées des secteurs de la météorologie, de l'agriculture et de la santé.

Renforcement de la surveillance, le suivi évaluation et la recherche: assurer l'interopérabilité entre DHIS2 et les autres bases de données du paludisme, promouvoir la culture de l'utilisation des données au niveau des districts et FOSA, élaborer un plan de recherche et assurer la réalisation régulière d'enquête, renforcer l'effectif et les capacités du personnel impliqué dans la surveillance, le suivi évaluation et la recherche.

II.4. PRINCIPES DIRECTEURS

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

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

II.5. ENJEUX

GOVERNANCE :

La gouvernance et le système de suivi financier sont performants.

MOBILISATION DES RESSOURCES :

L'investissement de ressources financières est efficace pour la pérennisation des services.

CADRE MULTISECTORIEL DE MISE EN ŒUVRE :

Le cadre multisectoriel est bien coordonné et mis en œuvre efficacement au niveau central et décentralisé.

SYSTÈME D'APPROVISIONNEMENT ET STOCK :

Le système de gestion des approvisionnements et stock est efficace.

SYSTÈME COMMUNAUTAIRE :

Le système communautaire est renforcé pour apporter une contribution efficace à la riposte nationale.

GENRE ET DROITS HUMAINS :

Les obstacles liés au respect des Droits Humains et à l'équilibre de genre sont réduits.

SURVEILLANCE ET SYSTÈME DE SUIVI ET D'ÉVALUATION ET RECHERCHE :

Le système de surveillance, suivi évaluation et recherche est performant et permet ainsi de générer des informations pour la riposte aux épidémies et la prise de décisions stratégiques

SYSTÈME DE COMMUNICATION :

Le système de communication stratégique est efficace.

II.6. OBJECTIFS

II.6.1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

1. Réduire la morbidité liée au paludisme d'au moins 60% d'ici 2027 ;
2. Réduire à Zéro la mortalité liée au Paludisme d'ici 2027.

II.6.2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

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

A. Assurer la couverture universelle à travers la mise à échelle rapide d'interventions efficaces de prévention et de prise en charge en vue de la pré-élimination.

1. Assurer et maintenir une couverture universelle des ménages en MIILDAs et atteindre au moins 80% de taux d'utilisation dans la population générale d'ici 2027 ;
2. Assurer et maintenir une couverture d'au moins 95% des structures en aspersion intra domi-ciliaires dans les zones ciblées ;
3. Assurer la couverture en TPIg selon les directives nationales d'au moins 80% des femmes enceintes venues en CPN d'ici 2027 ;
4. Assurer la prise en charge conformément à la politique nationale de 100% des cas suspects de paludisme reçus dans les formations sanitaires d'ici 2027 ;
5. Assurer la prise en charge conformément à la politique nationale de 100% des cas suspects de paludisme au niveau communautaire d'ici 2027 ;
6. S'assurer qu'au moins de 90% des formations sanitaires et ASC disposent continuellement de stock d'intrants antipaludiques d'ici 2027 ;
7. Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme d'ici 2027
8. Renforcer les capacités managériales, techniques et institutionnelles du programme national de lutte contre le paludisme à tous les niveaux d'ici 2027 ;

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

9. D'ici 2027, le PNILP dispose des ressources humaines, matérielles et logistiques en quantité et qualité suffisantes pour le suivi et l'évaluation des interventions de lutte contre le paludisme
10. D'ici 2027, au moins 95% des données sur le paludisme (y compris les résultats de recherche) sont captées, analysées pour la prise de décision et diffusées.
11. Assurer la détection précoce de 100% des épidémies de paludisme d'ici 2023 ; maîtriser 100% des épidémies détectées dans les deux semaines d'ici 2027.

II.6.3. AXES STRATÉGIQUES

Les axes stratégiques de ce plan mis à jour restent les mêmes, les changements sont au niveau des cibles du cadre de performance selon les résultats de la RMPP et de son prolongement jusqu'en 2027.

Axe Stratégique 1 : Renforcement des capacités institutionnelles du Programme.
DPS 1 : Gestion du Programme

Axe Stratégique 2 : Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock.

DPS 2 : Gestion Approvisionnement et Stock (GAS)

Axe Stratégique 3 : Consolidation du cadre de prévention.

DPS 3 : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide

(MID) DPS 4 : Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID)

DPS 5 : Traitement Préventif Intermittent (TPI)

Axe Stratégique 4 : Renforcement du cadre de prise en charge.

DPS 6 : Prise en Charge des
Cas

Axe Stratégique 5 : Amélioration des services offerts aux populations clés

DPS 7 : Populations clés et groupements spéciaux

Axe Stratégique 6 : Renforcement du cadre de communication

DPS 8 : Communication et Mobilisation sociale

Axe Stratégique 7 : Amélioration de la Surveillance et de la Riposte.

AXE STRATEGIQUE 1

RENFORCEMENT DES CAPACITES INSTITUTIONNELLES DU PRO-GRAMME

II.6.3.1. RENFORCEMENT DE LA GESTION DU PROGRAMME

DOMAINE DE PRESTATION 1

GESTION DU PROGRAMME

Enjeux	Orientations
<i>Décentralisation de la lutte contre le paludisme et le renforcement des capacités de l'unité de coordination.</i>	<i>Renforcement des actions de lutte contre le paludisme au niveau intermédiaire et périphérique.</i> <i>Renforcement du partenariat public privé à travers la mise en œuvre du plan de mobilisation des ressources.</i>

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

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

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

Au niveau de l'unité de coordination centrale, l'accent sera mis sur les interventions d'investissements et de capacitation du PNILP à produire les résultats avec la disponibilité du matériel informatique et bureautique adaptés et dans des conditions de travail adéquates.

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

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

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

Afin de mieux coordonner les activités, des comités multisectoriels de lutte contre le paludisme seront mis en place d'ici 2022 à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. D'autre part, un plaidoyer sera mené auprès des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et auprès du gouvernement pour une meilleure coordination des interventions surtout dans l'acheminement des intrants du niveau district vers les CDS et le niveau communautaire. En plus, selon les recommandations de la revue, deux unités supplémentaires seront créées au sein du PNILP : (1) Celle de la surveillance et riposte pour une opérationnalisation réelle de la riposte aux flambées et autres interventions d'urgence en cas d'autres catastrophes. Cette unité opérera de concert avec le COUSP du niveau central en pleine collaboration et coordination. (2) celle des populations clés : cette unité se chargera spécifiquement des populations clés telles que décrites dans ce plan et s'assurera que toutes les interventions de ce plan les atteignent et les couvrent selon leur classification spécifique. Elle opérera avec les pays voisins pour certaines catégories de population en constant mouvement entre les pays EAC et de l'Est de la République Démocratique du Congo selon le plan régional déjà en place

- **Plaidoyer et mobilisation des ressources** : il s'agira tout d'abord d'établir la cartographie des interventions, des intervenants et les mécanismes de mise en œuvre prévus. Ceci permettra d'avoir un outil efficace de coordination afin de mieux orienter les interventions, mesurer les gaps de financement et mobiliser les partenaires techniques et financiers. Un plan de mobilisation des ressources sera ensuite élaboré et disséminé. Dans ce même ordre d'idées, une note conceptuelle sera élaborée pour obtenir les subventions du Fonds Mondial. Des stratégies de développement du partenariat public privé dans la lutte contre le paludisme seront ainsi mises en place à travers un atelier de mobilisation des entreprises ciblées. Les journées spéciales dédiées à la lutte contre le paludisme seront quant à elles organisées par les comités multisectoriels de pilotage et des comités techniques.
- **Renforcement de capacité du PNILP à conduire des recherches opérationnelles en collaboration avec les institutions de recherche** : en collaboration avec ses partenaires clés (OMS, USAID, UNICEF, MSF, World Vision International, etc.), le PNILP identifiera des sujets clés de recherche afin de documenter l'impact des interventions et renseigner l'état des indicateurs de lutte contre le paludisme. Un ciblage des institutions de recherche sera un préalable pour l'établissement d'un agenda de recherche concerté. Des journées d'échange sur de récents développements scientifiques et de dissémination des résultats de la recherche seront organisées une fois par année. Après approbation, ces résultats de recherche seront publiés dans des journaux /revues internationaux et alimentent le site web du PNILP et celui du MSPLS

et guideront les interventions de lutte contre le paludisme .Le PNILP par ce billet des publications de qualités sur différents sujets de lutte contre le paludisme participera aux conférences internationales comme la **Multilatéral Initiative on Malaria (MIM)** et ainsi contribuera à l'échange des connaissances au niveau mondial pour influencer les politiques en Afrique et ailleurs.

- **Renforcement de la coordination** : après la mise à jour de la cartographie des partenaires du PNILP, un document d'orientation (aide-mémoire/mémorandum) sur les priorités du PNILP sera élaboré pour guider les interventions des partenaires. Une fois par trimestre, une réunion de coordination sera organisée afin de documenter et partager avec les partenaires les réalisations, les succès, les défis et recommandations d'amélioration de mise en œuvre à tous les niveaux. Dans le but d'améliorer les performances du PNILP, un audit institutionnel et organisationnel sera commandité par le PNILP. Les résultats validés seront une base de planification de renforcement des capacités et mobilisation de personnel additionnel dans des domaines de prestations ayant indiqué des lacunes.

RÉSULTATS STRATÉGIQUES 1

Résultat Stratégique 1 - RENFORCEMENT DE LA GESTION DU PROGRAMME

1.1	, 4) un plan de mobilisation des ressources est t élaboré (ou mis à jour) et disponible chez tous les partenaires de la lutte contre le paludisme d'ici fin 2022
1.2	Les locaux du PNILP sont réhabilités avant fin 2023
1.3	7 kits de bureau de 4 personnes chacun, 16 équipements informatiques (10 laptops, 6 desktops), 8 appareils de conditionnement d'air et un système téléphonique de communication interne sont acquis avant fin 2023.
1.4	4 techniciens entomologistes sont formés sur les études moléculaires et métaboliques et sur les mécanismes de résistance des vecteurs aux insecticides (2 en 2022 et 2 en 2024)
1.5	2 cadres du service gestion et administration formés en gestion financière et audit d'ici fin 2025
1.6	Deux médecins du PNILP sont formés en épidémiologie d'intervention d'ici fin 2027, 8 cadres formés en paludologie
1.7	1 comité au niveau national avec des sous-comités (LAV, PEC, SE et gestion des épidémies, commu-nication, 18 comités provinciaux et 46 comités au niveau des districts sont mises en place avant fin 2023
1.8	Les 18 BPS et 47 disposent de points focaux de lutte contre le paludisme réellement opérationnels à partir de janvier 2022
1.9	Un document contenant la monographie des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme est élaboré et disponible au PNILP au T1 2023
1.10	5 sociétés/entreprises locales privées sont impliquées dans la lutte contre le paludisme d'ici fin 2027
1.11	1 journée dédiée à la lutte contre le paludisme (JNLP et JMLP) est célébrée annuellement
1.12	Un document détaillant les principaux sujets de recherche est élaboré, validé et partagé avec les principales institutions de recherche et les partenaires au deuxième trimestre 2022
1.13	Des journées d'échanges sur les récents développements scientifiques sont réalisés à partir de Janvier 2023

1.14	4 réunions de coordination des partenaires techniques et financiers sont tenues chaque année
1.15	Le PNILP est audité et réorganisé avant Mars 2022 (s, adéquation profil poste)
1.16	L'extension de l'insectarium de Gihanga, de l'entrepôt PID et la clôture de Gihanga sont réalisés durant la période de ce plan.
1.17	Doter des moyens de déplacement pour les activités de lutte contre le paludisme à tous les niveaux
1.18	Entretien et maintenance et fonctionnement des nouveaux véhicules
1.19	Assurances des bureaux et des stocks du PNILP
1.20	Elaboration de la note conceptuelle pour les subventions du Fonds Mondial pour 2022

INDICATEURS & CIBLES

		Cibles DPS						
Indicateurs		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
1.1	Pourcentage de BPS et BDS disposant de points focaux fonctionnels	86%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
1.2	Taux de mobilisation de budgets de lutte contre paludisme	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
1.3	Taux d'exécution des budgets de lutte contre paludisme	86%	94%	100%	100%	100%	100%	100%
1.4	Proportion du budget mobilisée localement à travers le partenariat public-privé	10%	20%	30%	30%	30%	30%	30%

BUDGET-RENFORCEMENT DE LA GESTION DU PROGRAMME

Réf	AXE STRATEGIQUE/DPS/ACTIVITES	Besoins de financement							
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL
1	Axe stratégique 1 - Renforcement de la Gestion du Programme	710385	1538710	2902119	909017	1119869	988460	1119869	9288429
1.1	DPS 1 : Gestion du Programme	710385	1538710	2902119	909017	1119869	988460	1119869	9288429

AXE STRATEGIQUE 2

AMELIORATION DE LA GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT ET DU STOCK

II.6.3.2. GESTION APPROVISIONNEMENT ET STOCK (GAS)

DOMAINE DE PRESTATION 2

GESTION APPROVISIONNEMENT ET STOCK (GAS)

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

Enjeux	Orientations
<i>Mise en place d'un système de quantification performant.</i>	<i>Mise en place d'un système d'information logis-tique (SIGL) performant</i>
<i>Acheminement et livraison des intrants à temps jusqu'au niveau communautaire.</i>	<i>Renforcement des capacités des intervenants de la chaîne d'approvisionnement</i>
<i>Approvisionnement performant en intrants d'urgence</i>	<i>Pré positionnement des stocks d'urgence en cas d'épidémie</i>
<i>Efficacité et innocuité des produits</i>	<i>Redynamisation de la pharmacovigilance et as-surer le suivi de l'efficacité des produits</i>

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

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

- **Renforcement du processus de quantification des intrants à tous les niveaux** : la quantification des intrants de lutte contre le paludisme utilisé par le PNILP se fait au niveau central selon les principales méthodes développées par USAID à travers le projet DELIVER. Les niveaux intermédiaire et périphérique (districts et les centres de santé) s'approvisionnent conformément aux directives nationales (POS, manuel des outils SIGL). Malgré l'existence de ce dispositif, la disponibilité permanente de ces in-

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

trants à tous les niveaux reste problématique, plaçant ainsi le pays dans des situations de commande d'urgence pour pallier aux ruptures de stock. Afin de mettre fin à cette situation, le programme préconise l'augmentation du taux de disponibilité des intrants à 90% à travers : (1) l'élaboration et la diffusion de l'aide-mémoire de quantification des intrants de lutte contre le paludisme, (2) la formation des membres du sous-comité national de quantification et les membres des équipes cadres des districts sur le manuel de quantification, (3) l'élaboration d'un plan d'approvisionnement des intrants et (4) les réunions de revue du niveau des stocks et du plan d'approvisionnement des intrants.

- **Acquisition des intrants** : afin de garantir la disponibilité permanente des intrants, le PNILP veillera au suivi régulier du plan d'approvisionnement. Il veillera en outre que les 47 districts s'approvisionnent selon les directives nationales. Il assurera aussi le suivi mensuel des performances des prévisions et des approvisionnements.
- **Amélioration des conditions de stockage et de gestion des intrants à tous les niveaux** : afin de garantir la qualité des produits et répondre aux exigences de bonnes pratiques de stockage, il est prévu (1) d'acquérir et installer le logiciel adapté pour la gestion informatisée des produits pharmaceutiques au niveau décentralisé ainsi qu'un antivirus pour la protection des outils, (2) de rendre disponible les outils harmonisés de gestion logistique : fiche de stock, registre de dispensation, registre de réquisition interne, bon de commande, (3) de mettre en place un tableau de bord pour orienter l'analyse et la validation des données logistiques à tous les niveaux, (4) de mettre en place un système de contrôle de l'étiquetage des intrants dans les entrepôts au niveau central, (5) d'organiser des réunions trimestrielles d'analyse des données logistiques et (6) d'acquérir et d'installer des sondes hygromètres dans les entrepôts du niveau central et périphérique.
- **Amélioration de l'assurance qualité des intrants antipaludiques** : le suivi de l'innocuité des intrants se fera en collaboration avec l'autorité de réglementation pharmaceutique. Il s'agira notamment (1) d'identifier les sites sentinelles de pharmacovigilance en fonction de l'épidémiologie actuelle du paludisme, (2) de former le personnel des sites sentinelles sur la pharmacovigilance et (3) de rappeler à travers une directive ministérielle l'utilisation des produits figurant sur la liste nationale des médicaments essentiels et homologués. Des missions de suivi de la fonctionnalité des sites sentinelles seront réalisées dans le cadre des supervisions intégrées et de façon spécifique une fois par semestre à partir de 2022.

RÉSULTATS STRATÉGIQUES 2

Résultat Stratégique 2 - Amélioration de la gestion de l'approvisionnement et du stock

2.1	L'aide-mémoire de quantification est disponible et diffusé avant la fin du deuxième trimestre 2022
2.2	107 personnes formées (15 du niveau central et 92 des districts) avant la fin du troisième trimestre 2022 sur l'aide-mémoire de quantification)
2.3	01 session annuelle nationale de quantification et 01 session semestrielle de quantification au niveau intermédiaire sont réalisées régulièrement jusqu'en 2027
2.4	01 Réunion trimestrielle de revue au niveau national et 01 réunion mensuelle de revue au niveau intermédiaire et périphérique sont tenues régulièrement jusqu'en 2027
2.5	Un tableau de bord mensuel pour le suivi de la mise en œuvre du plan d'approvisionnement est développé et mis à jour régulièrement à partir du troisième trimestre 2022

2.6 Tous les intrants de lutte contre le paludisme sont disponibles à temps selon le plan d'approvisionnement à partir de Juillet 2022

INDICATEURS & CIBLES

Cibles DPS								
Indicateurs		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
2.1	Pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock en intrants antipaludiques au cours de la période	90%	91.5%	93.5%	95.5%	97.5%	99.5%	100%
2.2	Pourcentage d'ASC n'ayant pas connu de rupture de stock au cours de la période pour les ACT et TDRs dans les districts sanitaires faisant l'iccm	90%	91.590%	93.50%	95.50%	907.5%	909.5 %	9100%

BUDGET- AMÉLIORATION DE LA GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT ET DU STOCK

Réf	AXE STRATEGIQUE/DPS/ACTIVITES	Besoins de financement							
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
2	Axe stratégique 2 - Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock	-	39 379	4 705	39379	4 705	39 379	4 705	132 251
2.1	DPS 2 : Gestion Approvisionnement et Stock (GAS)	-	39 379	4 705	39379	4 705	39 379	4 705	132 251

AXE STRATEGIQUE 3

CONSOLIDATION DES INTERVENTIONS DE PREVENTION (MIILDA, PID, TPIG)

II.6.3.3. MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES À LONGUE DURÉE D'ACTION (MILDA)

DOMAINE DE PRESTATION 3

MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES A LONGUE DUREE D'ACTION (MILDA)

Protéger au moins 80 % de la population par les MIILDA

Enjeux	Orientations
<i>Maintenir la couverture universelle en MILDA et protéger toute la population y compris les groupements spéciaux et populations clés à travers divers canaux de distribution.</i>	<i>Sur base des résultats de l'étude sur la durabilité des MIILDA, estimer la fréquence de remplacement des MIILDA dans les différents canaux de distribution;</i>
	<i>Implication des communautés dans la distribution continue de MIILDA;</i> <i>Identification et distribution de MIILDA au niveau des groupements spéciaux et populations clés lors des campagnes masses et la distribution continue;</i>
	<i>Elaboration des directives d'une prévention adaptée pour les groupements spéciaux / populations clés;</i>
	<i>Elaboration d'une stratégie de prévention adaptée aux vecteurs du paludisme exophiles.</i>

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

La couverture universelle en MIILDA sera assurée à travers quatre canaux de distribution : (i) les campagnes nationales de distribution de masse MIILDA tous les 3 ans ; (ii) la distribution de routine des MIILDA aux femmes enceintes en 1ère CPN et aux enfants de 18 mois lors de la vaccination contre la rougeole deuxième dose (RR2) et (iii) la distribution continue à travers le canal communautaire. Les MIILDA seront aussi distribuées lors des urgences et des catastrophes et aux populations clés selon leur catégories quand c'est faisable.

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

- **Campagne de distribution de masse** : deux campagnes de distribution gratuite de masse des MIILDAS seront organisées au cours de la période 2022 - 2027 selon le principe d'une MIIL-DA pour deux personnes ou par espace de couchage y compris les populations clés et les groupements spéciaux à partir de la campagne de 2022. Ces derniers recevront des MIILDA spécifiques qui répondent à leurs conditions de vie. Concernant les moustiques exophiles, une stratégie de prévention adaptée sera élaborée. Un dénombrement des ménages précédera l'acquisition des MIILDA pour chaque campagne. Une micro planification aux différents niveaux (central, provincial, district) précisera les activités précampagnes, per campagnes et post campagnes à mettre en œuvre en plus des plans logistiques, de mobilisation sociale et de suivi évaluation de la campagne qui seront développés. La distribution proprement dite se fera selon une approche intégrée impliquant toutes les parties prenantes (communautés, l'administration locale, PTF, leaders religieux, le niveau périphérique du MSPLS, les corps en uniforme, etc.) pour garantir l'acceptabilité et la bonne utilisation. Lors de la campagne de distribution de masse des moustiquaires (CDM) de 2019, le pays a introduit les moustiquaires PBO dans la province sanitaire de Kirundo (4 Districts sanitaires) pour pallier aux problèmes de résistance aux pyréthrinoïdes. Pour des raisons de financement tous les districts sanitaires n'ont pas pu être couverts car ces moustiquaires de nouvelle génération sont plus chères que les MIILDA conventionnelles. Avec la CDM 2022, le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida à travers le PNILP et sous l'appui de ces partenaires, compte majorer la quantité des MIILDA de nouvelles générations PBO et IG2 pour gérer la résistance des moustiques aux pyréthrinoïdes de plus en plus croissante. Ainsi, lors de la CDM 2022, il y aura trois types de moustiquaires à distribuer : MIILDA conventionnelles pour 12 DS, les IG2 pour 20 DS et les PBO pour 9 DS. Six DS ne vont pas bénéficier de CDM car étant cibles de pulvérisation intra-domiciliaire (4DS) ou de distribution continue de MIILDA via le canal communautaire (2DS). Les approches de l'adaptation de la CDM au contexte covid-19 seront définies en alignement avec les directives OMS et avec l'appui de RBM/AMP. Une enquête rapide et un suivi de la durabilité des moustiquaires après chaque campagne de distribution de masse seront organisés afin de renseigner la politique nationale sur la fréquence de remplacement des MIILDA.
- **Distributions de routine** : pour maintenir une bonne couverture en MIILDA entre les campagnes, la distribution de routine (femmes enceintes 1ère CPN et enfants de 18 mois) sera réalisée. Des missions périodiques de supervision de la gestion des MIILDA seront menées dans toutes les structures de soins qui assurent la distribution.

- **Distribution aux groupements spéciaux et aux Populations clés** : afin d'étendre la couverture en MIILDA aux populations clés, les distributions aux groupements spéciaux seront renforcées à travers la distribution continue dans les deux districts pilotes et les campagnes de masse de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action dans 41 districts sanitaires concernés.
- **Distribution Continue (au niveau communautaire)** : À partir du troisième trimestre 2021, la stratégie de distribution continue a été initiée dans deux districts sanitaires pilotes (Giteranyi et Ngozi) à travers le canal communautaire pour le remplacement progressif des MIILDA usées de la CDM 2019. Les moustiquaires seront ainsi pré-positionnées au niveau des centres de santé. Une mise à échelle au niveau national sera effectuée après évaluation en 2024 et cette distribution en fonction de son efficacité après évaluation pourrait constituer une forte alternative aux CDM de MIILDAs. **Marketing social** : D'ici 2023, un nouveau canal de distribution sera initié (marketing social) afin de remplacer les moustiquaires détériorées et de maintenir une couverture maximale en MIILDA au niveau des populations. Cette stratégie vise la catégorie des personnes qui désirent acheter des MIILDA et qui ne trouvent pas de points de vente.

Actuellement, la moustiquaire n'étant pas disponible dans le commerce au Burundi, des campagnes de plaidoyer seront menées auprès des décideurs pour qu'il y ait détaxation des moustiquaires qui entrent dans le pays afin de booster la disponibilité de moustiquaires dans les pôles urbains et semi urbains.

RÉSULTATS STRATÉGIQUES 3

3.1	Deux campagnes de masse sont réalisées selon les planifications en 2022 et en 2025
3.2	47 BDS sont approvisionnés en MIILDA de routine chaque trimestre et toutes les MIILDA planifiées sont distribuées jusqu'en 2027
3.3	Tous les groupes spéciaux identifiés reçoivent les MIILDA à partir du mois d'Août 2021 et Juin 2022 respectivement pour les districts cibles à la distribution continue et aux campagnes de distribution de masse des MIILDA
3.4	Les districts pilotes distribuent les MIILDA à travers le canal communautaire selon les prévisions à partir de T3 2021 : 2 districts à partir de 2021

INDICATEURS & CIBLES

		Cibles DPS						
Indicateur s		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
3.1	Proportion de ménages qui possèdent des MIILDA selon les normes (1 moustiquaire pour deux personnes) lors d campagnes de distribution de masse ;		95%			95%		
3.2	Proportion de femm enceintes qui viennent CPN1 etreçoivent les MIILD	90%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
3.3	Proportion des enfants de 1 mois venant pour la vaccination contre la rougeole et la rubéole qui reçoivent de MIILDA	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
3.4	80% des enfants de moins de 5 ans de la population dormant sous une MIILDA.	75%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
3.5	80% des femmes enceintes dorment sous une MIILDA	75%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
3.6	Proportion des populations qui reçoivent des MIILDA lor de la distribution continue	80%	90%	95%	95%	95%	95%	95%

BUDGET- AMÉLIORATION DE LA COUVERTURE EN MILDA

Réf	AXE STRATEGIQUE/ DPS/ACTIVITE S	Besoins de financement							
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL
3	Axe stratégique 3 - Consolidation du cadre de prévention	17 049 222	48 653 999	20 144 313	48 763 502	20 249 662	49 296 630	20 935 076	225 092 405
3.1	DPS 3 : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MID)	-	30 395 409	1 789 780	30 174 251	1 800 085	30 174 251	1 800 085	96 133 155

II.6.3.4. PULVÉRISATION INTRA DOMICILIAIRE (PID)

DOMAINE DE PRESTATION 4

PULVERISATION INTRA DOMICILIAIRE (PID)

Enjeux	Orientations
<i>Réduction rapide de la transmission dans les zones à risque épidémiologique.</i>	<i>Choix des districts les plus vulnérables; Implication des acteurs communautaires et des niveaux décentralisés dans la mise en œuvre; Harmonisation des procédures de planification et de mise en œuvre de la PID</i>

La PID est une méthode de prévention contre le paludisme et qui donne des résultats satisfaisants si elle est faite au moment opportun et avec une couverture recommandée. C'est une intervention complémentaire à l'utilisation des MIILDAS dans les zones à grand risque épidémique. Les Districts sanitaires les plus pourvoyeurs des cas de paludisme déjà identifiés selon la récente stratification seront prioritaires. Un plan de mobilisation des fonds pour la PID sera élaboré, en collaboration avec les PTF, afin de couvrir 100% des zones ciblées. Un passage de PID par an est nécessaire avec utilisation des insecticides à longue rémanence dans 19 districts sanitaires cibles à la PID

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

Les approches de l'adaptation de toutes les étapes de la PID au contexte covid-19 seront définies en alignement avec les directives OMS avec l'appui de RBM/AMP.

Un suivi régulier de l'impact entomologique et épidémiologique de la PID sera par ailleurs réalisé afin d'améliorer l'impact opérationnel de l'intervention à travers des enquêtes qui seront menées avant et après chaque pulvérisation sur un échantillon dans les districts ciblés.

Renforcement de la surveillance entomologique : D'ici 2027, neuf sites sentinelles additionnels, en plus des neuf déjà fonctionnels, seront mis en place afin d'assurer la couverture de toutes les zones géo-épidémiologiques du pays. Des activités mensuelles de surveillance entomologique et un suivi annuel de la résistance des vecteurs aux insecticides utilisés en santé publique seront régulièrement menées au niveau desdits sites.

De plus, un suivi de la rémanence des insecticides dans les districts ayant bénéficié de la PID sera régulièrement réalisé.

Le suivi de la bio efficacité des MIILDA distribués à travers les différents canaux sera régulièrement mené.

Un plan et des directives pour la gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides seront régulièrement mis à jour afin d'assurer le maintien de l'efficacité des interventions MIIDA et

PID. Un profil entomologique du paludisme sera annuellement mis à jour à partir des données collectées dans les sites sentinelles.

RÉSULTATS STRATÉGIQUES 4

Résultat Stratégique 4 - Un suivi de la rémanence des insecticides dans les districts ayant bénéficié de la PID sera régulièrement réalisé.

4.1	Une cartographie des districts à risque épidémique est disponible et réactualisée chaque année pour la mise en œuvre de la PID
4.2	Un passage de campagne PID est réalisé chaque année (dans 19 districts sanitaires à risque épidémique ou qui enregistrent le plus de cas de paludisme)
4.3	Evaluation de la rémanence des Insecticides après la PID dans les 19 DS cibles de la PID sera réalisée après chaque campagne
4.4	Une étude environnementale est réalisée avant le premier passage PID et 4 ans après
4.5	Un suivi annuel de la résistance des vecteurs aux insecticides est réalisé selon les normes et directives nationales et internationales
4.6	Une enquête épidémiologique est réalisée avant et après chaque passage PID
4.7	Un plan et directives de lutte antivectorielle intégrée sont mises à jours

INDICATEURS & CIBLES

		Cibles DPS						
Indicateurs		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
4.1	Proportion des ménages des zones à potentiel épidémiques pulvérisés	98%	98 %	98%	98%	98%	98 %	98%
4.2	Proportion de la population des zones d'intervention protégées par la PID	94 %	94%	95 %	95 %	95 %	95 %	96%
4.3	Proportion d'enquête entomologiques effectuées par rapport aux enquêtes planifiées	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

BUDGET-AMÉLIORATION DE LA COUVERTURE EN PID

Réf	AXE STRATEGIQUE/DP S/ACTIVITES	Besoins de financement							TOTAL
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
3.2	DPS 4 : Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID)	17049222	17415041	17972688	17915942	18067732	18449070	18753146	125622842

DOMAINE DE PRESTATION 5

II.6.3.5. TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT (TPI)

TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT (TPI)

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

Enjeu x	Orientations
<i>Amélioration de la prévention du paludisme chez les femmes enceintes par l'augmentation de la couverture en TPI au niveau de toutes les structures de santé publiques et privées.</i>	<i>Augmentation de la performance des interventions clés de la chimio prévention. Implication des ASC dans la recherche des</i> « perdues de vue en CPN ».

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

Depuis 2015, le Burundi a adopté cette stratégie qui consiste à donner au moins 3 doses de 3 comprimés de Sulfadoxine- Pyriméthamine (SP) espacées d'1 mois à partir de la 15ème semaine d'aménorrhée jusqu'à l'accouchement. Plusieurs interventions sont retenues afin de renforcer cette stratégie.

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

- Développement des directives, normes et protocoles de la chimio prévention : une mise à jour des documents d'orientation et des modules sera entreprise conformément aux nouvelles directives OMS 2018 y compris la mise à jour des directives nationales. Des réunions techniques seront organisées et un atelier national de consensus sera tenu pour la validation. Les nouveaux documents seront multipliés et disséminés à travers toutes les FOSA. Une évaluation de la mise en œuvre opérationnelle du TPIg sera faite suivi d'un plan de redressement.
- Mise en œuvre de la chimio prévention : la mise en œuvre se fera en collaboration avec le PNSR. Le Programme National de Santé de la Reproduction assure la fourniture du paquet intégré à la femme enceinte au cours de la CPN, y compris le TPIg et participe dans les supervisions formatives sur le TPIg tandis que le PNILP garantit l'approvisionnement en SP et le renforcement de capacités sur le TPIg. La collaboration avec les services de communication visera à impliquer davantage les FOSA et les ASC pour sensibiliser les clients à faire les CPN précoces, à accroître le nombre de séances de CPN et le taux d'adhésion au TPIg.

- Renforcement des capacités :le renforcement des capacités des prestataires de soins se poursuivra avec des formations/recyclage sur la mise en œuvre des protocoles de chimio prévention. En outre, des missions de supervisions intégrées à différents niveaux, y compris dans les structures privées intensifiées et permettront de remédier à l'application lacunaire des directives.. Des missions d'échanges d'expérience sur les bonnes pratiques en matière chimio prévention du paludisme seront par la suite organisées entre districts d'une part et avec d'autres pays d'autre part.

RÉSULTATS STRATÉGIQUES 5

Résultat Stratégique 5 - Utilisation efficiente du TPIg au niveau des FOSA

5.1	Normes et procédures de TPI à jour et disponible à tous les niveaux avant Mars 2023
5.2	01 supervision trimestrielle sur le TPIg est menée jusqu'en 2027
5.3	Tous les ASC procèdent mensuellement à la recherche des FE perdues de vue dans leur zone
4.4	Tous les prestataires qui administrent le TPI sont formés et recyclés tous les trois ans à partir d'Avril 2023

INDICATEURS & CIBLES

Indicateurs		Cibles DPS						
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
5.1	Pourcentage de femmes bénéficiant de services de soins prénatals ayant reçu au moins 6 doses de traitement préventif intermittent	59%	600%	65%	70%	75%	80%	85%
5.2	Evaluation de base (pour les 6 doses)							

BUDGET- UTILISATION EFFICIENTE DU TPIG AU NIVEAU DES FOSA

Réf	AXE STRATEGIQUE/DPS/ACTIVITES	Besoins de financement							
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL
3.3	DPS 5 : Traitement Préventif Intermittent (TPI)	-	843 550	381 845	673 309	381 845	673 309	381 845	3 335 701

AXE STRATEGIQUE 4

RENFORCEMENT DU CADRE DE PRISE EN CHARGE

II.6.3.6. RENFORCEMENT DU CADRE DE PRISE EN CHARGE

DOMAINE DE PRESTATION 6

PRISE EN CHARGE DES CAS

Prise en charge prompte et correcte de 100% des cas de paludisme diagnostiqués

Enjeux	Orientations
<p><i>Prise en charge correcte de tous les cas de paludisme au niveau de toutes les formations sanitaires publiques et privées y compris le niveau communautaire</i></p> <p><i>conformément à la politique nationale</i></p> <p><i>Surveillance de l'efficacité des antipaludiques</i></p>	<p><i>Renforcement de la performance au niveau des formations sanitaires publiques et privées.</i></p> <p><i>Amélioration des compétences des prestataires.</i></p> <p><i>Test d'efficacité tous les 2 ans</i></p>

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

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

- **Confirmation systématique de tous cas suspects de paludisme et traitement des cas confirmés dans les formations sanitaires** : Le déploiement des tests de diagnostic rapide et la microscopie se poursuivra dans tout le pays jusqu'à atteindre une confirmation systématique de tous les cas suspects avant mise sous traitement. De plus, tous les cas diagnostiqués seront traités dans les structures de santé selon les directives nationales de prise en charge du paludisme mises à jour.
- **Confirmation systématique de tous cas suspects de paludisme et traitement des cas confirmés dans la communauté** : selon le document d'orientation sur l'iCCM, 40% des enfants de moins de 5 ans sont ciblés par la prise en charge intégrée au niveau communautaire. Dans le but d'accroître l'accès aux services de santé, la prise en charge communautaire sera étendue aux plus de 5 ans dans 28 DS à travers la PECADOM. D'autre part, 20% de la population vivant à plus de 5 km du CDS auront besoin des services de santé de proximité. Le PNILP poursuivra

l'appui à la Direction de l'Assurance- Qualité des Soins, hygiène et sécurité en milieu des soins pour passer de 32 DS couverts en 2017 à 44 DS d'ici 2022 à travers l'appui à la supervision, la révision des outils de mise en œuvre et la formation des acteurs communautaires. Le PNILP collaborera avec les services en charge des approvisionnements pour s'assurer de la disponibilité permanente des TDR et des ACT dans la communauté.

- **Renforcement des capacités sur le diagnostic et la prise en charge des cas de paludisme** :le renforcement des capacités des prestataires de soins se poursuivra avec une intensification de la formation sur des thèmes spécifiques notamment : (1) La prise en charge des cas ciblant les FOSA publiques et privées conformément aux nouvelles DNPP et (2) les techniques de diagnostic biologique du paludisme ciblant les laborantins et les microscopistes de tous les FOSA publiques et privées. Disséminer les directives lors des journées scientifiques. Des sessions de briefing des étudiants et professeurs de la faculté de médecine et des enseignants des écoles paramédicales sur les nouvelles DNTP seront aussi organisées En outre, des missions de supervisions intégrées à différents niveaux, y compris dans les formations sanitaires privées seront intensifiées et permettront de remédier à l'application lacunaire des DNPP en général et dans le secteur privé en particulier.
- **Développement des directives, normes et protocoles de diagnostic et traitement du palu- disme** : Les DNTP ont été mises à jour en 2019, un renforcement continu des capacités pour l'application des directives se poursuivra à tous les niveaux notamment à travers les formations des ASC sur iCCM dans 44DS et sur PECADOM dans 28DS.
- **Les TET** se feront tous les deux ans ainsi que les enquêtes sur la qualité de la prise en charge

RÉSULTATS STRATÉGIQUES 6

Résultat Stratégique 6 - Renforcement de la prise en charge à tous les niveaux

6.1	100 % de FOSA disposent d'un exemplaire de DNPP révisées.
6.2	100% de structures de soins publics/agrésés et privés appliquent correctement les DNPP
6.3	44 districts excepté les districts sanitaires de la Mairie de Bujumbura mettent en œuvre l'iCCM.
6.4	100 % des laboratoires appliquent correctement les POS pour le diagnostic biologique du Paludisme
6.5	28 DS mettent en œuvre l'iCCM et la PECADOM
6.6	La cartographie et la stratification parasitologique sont disponibles
6.7	Quatre études d'efficacité thérapeutique des ACT sont réalisées (Ans 2021, 2023, 2025, 2027).

INDICATEURS & CIBLES

Indicateurs		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
6.1	Proportion de cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans les formations sanitaires	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.2	Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique conformément à la politique nationale, dans les formations sanitaires	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.3	Proportion de cas suspect de paludisme soumis à un test parasitologique au niveau communautaire	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.4	Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique conformément à la politique nationale, au niveau communautaire	95.2%	99.2%	100%	100%	100%	100%	100%
6.6	Proportion des cas de décès liés au Paludisme parmi les malades hospitalisés pour 100.000 habitants par an	25	21	17	13	9	5	0
6.7	Nombre de DS mettant en œuvre l'iCCM	44	44	44	44	44	44	44
6.8	Nombre de DS mettant en œuvre l'iCCM et la PECADOM	14	18	22	26	28	28	28

BUDGET-RENFORCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE

Réf	AXE STRATEGIQUE/DPS/ ACTIVIT ES	Besoins de financement							
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL
4	Axe stratégique 4 - Renforcement du cadre de prise en charge	148 080 155	146 656 459	119 238 433	128 652 918	118 275 170	106 469 236	136 780 045	904 152 416
4.1	DPS 6 : Prise en Charge des Cas	148 080 155	146 656 459	119 238 433	128 652 918	118 275 170	106 469 236	136 780 045	904 152 416

AXE STRATEGIQUE 5

AMELIORATION DES SERVICES OFFERTS AUX POPULATIONS CLES

II.6.3.7. AMÉLIORATION DES SERVICES OFFERTS AUX POPULATIONS-CLÉS

DOMAINE DE PRESTATION 7

SERVICES SPECIFIQUES DES POPULATIONS CLES ET GROUPEMENTS SPECIAUX

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

Enjeux	Orientations
<i>Etendre l'ensemble des services de lutte contre le paludisme à toutes les populations clés recensées. Mettre un cadre de collaboration trans-frontalier pour la prise en charge des populations clés en déplacement.</i>	<i>Cartographie exhaustive des groupes de populations clés (zone des résidences, nombre, barrières à l'accès aux services). Identification d'interventions pertinentes et définition des modalités d'offre de services aux populations clés.</i>

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

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

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

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

dans la subvention du Fonds Mondiale paludisme en cours pour atteindre ces populations.

Dans le cadre de l'intensification de ces approches spécifiques, il a été ainsi retenu de procéder à : (1) des distributions de moustiquaires périodiques au les niveau des camps de réfugiés et de transit recensés au niveau du pays, des déplacés internes, des internats, des orphelinats, des hôpitaux avec l'appui des organisations humanitaires encadrant

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

ces camps ou les responsables de ces structures, (2) de renforcer les capacités des points focaux des associations de prise en charge des enfants de la rue en prise en charge du paludisme , (3) de renforcer la capacité des infirmiers des maisons carcérales en prise en charge du paludisme et de les doter en ACT et de TDR , (4) d'impliquer des pairs comme points focaux dans la communauté minoritaire BATWA ou au niveau des groupements spéciaux (internats, orphelinats,...), de renforcer leur capacité en prise en charge du paludisme , et (5) de procéder à la PID ciblée dans les maisons carcérales, internats, orphelinats et les hôpitaux dans les 23 DS cibles de la PID. Ce renforcement des capacités des acteurs des populations clés sera intégré à l'approche district dans le paquet réservé aux prestataires de soins à chaque niveau du système de santé. En ce qui concerne les populations clés en déplacement entre le Burundi et les pays transfrontaliers (Rwanda, Tanzanie et RDC), il sera procédé à la mise en place d'un cadre de collaboration transfrontalière pour le suivi et la continuité de l'offre de services des populations clés en déplacement (les populations vivant dans les camps de réfugiés ou de transit et toutes autres populations en fréquents déplacements entre ces pays). Comme les services à rendre à cette catégorie sont dans les différentes unités, la budgétisation de la plupart des interventions se retrouvera dans les différents DPS.

RÉSULTATS STRATÉGIQUES 7

RÉSULTAT STRATÉGIQUE 7 - SERVICES SPÉCIFIQUES DES POPULATIONS CLÉS

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

INDICATEURS ET CIBLES

		Cibles DPS						
Indicateurs		2021	2022	2023	2024	2024	2026	2027
7.1	Le rapport de la cartographie des populations clés est disponible en 2020 ainsi que le rapport sur l'évaluation de leurs	0%	100%	100%	100%	100%		
	besoins en matière de prévention et de PEC du paludisme.							
7.3	Proportion des populations clés ciblées qui sont couvertes par la PID.	NA	80%	85%	95%	95%	95%	95%

BUDGET-SERVICES SPÉCIFIQUES DES POPULATIONS CLÉS

Réf	AXE STRATEGIQUE/DPS/ACTIVITES	Besoins de financement							TOTAL
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
5	Axe stratégique 5 - Amélioration des services offerts aux populations clés	-	288 684	19 686	19 686	19 686	19 686	19 686	387 113
5.1	DPS 7 : Populations clés et groupements spéciaux	-	288 684	19 686	19 686	19 686	19 686	19 686	387 113

AXE STRATEGIQUE 6

RENFORCEMENT DU CADRE DE COMMUNICATION

II.6.3.8. RENFORCEMENT DU CADRE DE COMMUNICATION

DOMAINE DE PRESTATION 8

COMMUNICATION ET MOBILISATION

SOCIALE

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

Enjeux	Orientations
<i>L'atteinte des objectifs de prévention et de prise en charge à travers un changement social de comportement favorable à la santé.</i>	Élargir les cibles clés de sensibilisation en impliquant tous les acteurs communautaires (groupes d'appui) qui sont (1) les leaders dans la communauté, (2) les ASC, (3) les autorités administratives, (4) les prestataires ,les crieurs communautaires,(5) les autorités scolaires, (6) les confessions religieuses, (7) les écoliers, les femmes, jeunes non scolarisés et les hommes

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

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

Il s'agira tout d'abord d'identifier les stratégies et les approches adaptées pour un changement de comportement durable pour la lutte contre le paludisme. Des messages clés seront élaborés et diffusés à travers les canaux appropriés (Radios communautaires, affiches, dépliants, boîtes à image, spots radios, des émissions d'information et de sensibilisation sur le paludisme, théâtres interactifs, ciné mobile dans les écoles, au niveau communautaire et le dialogue communautaire).

Ces supports doivent être accompagnés par la communication interpersonnelle... Le dialogue communautaire sera mise en œuvre par les leaders communautaires, les ASC, les autorités administratives, les autorités sanitaires, les autorités scolaires, les leaders religieux, les Prestataires, les intervenants communautaires identifiés et les écoliers. Ces entités mobilisatrices contribueront à la sensibilisation en utilisant les supports adaptés et disponibles selon les cibles. La coordination des intervenants sera renforcée par le Programme national Intégré de lutte contre le paludisme (PNILP) en collaboration avec les

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

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

Pour la riposte aux épidémies, des actions de communication entre autres se les actions de plaidoyers et de communication intégrée seront utilisés (communication interpersonnelle ,, visité à domicile , communication de masse SMS).

RÉSULTATS STRATÉGIQUES 8

RÉSULTAT STRATÉGIQUE 8 - RENFORCEMENT DU CADRE DE COMMUNICATION ET DE MOBILISATION SOCIALE

8.1	Le Plan de communication intégré 2018-2023 est mis à jour et aligné au PSN revue
8.2	Des contenus médiatiques(des spots , des émissions spécifiques) sont diffusés dans les radios communautaires (au moins 1 spots et trois émissions par trimestre) à partir du T1 2021 (contractualisation des radios communautaires)
8.3	Des spots TV seront diffusés par les différentes télévision ayant une bonne couverture et une large audience (01 Diffusion par trimestre) à partir du T1 2021 (contractualisation)
8.4	Les SMS sur le paludisme sont utilisés à travers les usagers des opérateurs téléphoniques (60 messages clés trimestriellement) à partir de T1 2021
8.5	Renforcement des capacités du personnel IEC/CCC en Technique de communication en T3 en 2021
8.6	Sensibilisation couplée aux jeux concours sur base d' un film éducatif sur la lutte contre le paludisme est réalisée dans les ECOFO et au niveau communautaire à partir de T1 2021
8.7	Un dialogue communautaire pour les activités de lutte contre le paludisme est mené à partir de T1 2021
8.8	Le personnel du PNILP est formé en techniques de communication pour le Développement(C4D) en T1 2021
8.9	Deux campagnes de sensibilisation sont réalisées de 2021 à 2023 et en 2023 pour l'adhésion massive à la PID dans les zones cibles, aux cliniques mobiles et à la distribution de masse des MIILDA
8.10	Un atelier de plaidoyer en faveur de "zéro Paludisme je m'engage" est tenu
8.11	Les ASC et TPS seront renforcés en compétence sur la communication pour la lutte contre le paludisme et encadrés/supervisés pour favoriser l'adhésion aux pratiques (TPIg, l'utilisation correct de la MIILDA, CPN précoce, consultation précoce, prise correcte des médicament et hygiène au tour des ménages) à partir du T1 2021

8.13	Un questionnaire d'identification des intervenants en matière de la communication pour le paludisme est élaboré et à envoyer au BPS pour le remplissage à partir du T2 2021
8.14	Pour mieux planifier des actions de communication pour le changement social et comportementales basées sur les évidences, une étude comportementale sera menée dans les provinces à haute prévalence du paludisme à partir T2 2024

INDICATEURS & CIBLES

		Cibles DPS							
	Indicateurs	Cibles	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
.1	Nombre de femmes enceintes sensibilisées pour adhérer au TPIg	552,080	55,208	193,228	138,020	55,208	55,208	55,208	
8.2	Nombre d'ASC et TPS recyclés et supervisés sur la communication pour la prévention	12000	1200	3000	3000	1200	1200	1200	
8.3	Nombre de femmes sensibilisées sur l'utilisation correcte de la moustiquaire	552,080	55,208	193,228	138,020	55,208	55,208	55,208	
8.4	Nbre des adultes sensibilisés sur les meilleurs pratiques (utilisation correcte de moustiquaire, CPN Précoce, consultation précoce dès l'apparition des premiers signes de la maladie ; prise correcte des médicaments) pour la lutte contre le paludisme	6117041	611,704	2,140,964	1,529,260	611,704	611,704	611,704	
8.5	Nbre des jeunes sensibilisés sur les meilleurs pratiques (utilisation correcte de moustiquaire, CPN Précoce, consultation précoce dès l'apparition des premiers signes de la maladie, prise correcte des médicaments) pour la lutte contre le paludisme	6,028,711	602,871	2,110,049	1,507,178	602,871	602,871	602,871	
8.6	Une étude comportementale est faite dans les provinces à haute prévalence de paludisme								

BUDGET-RENFORCEMENT DU CADRE DE COMMUNICATION ET DE MOBILISATION SOCIALE

Réf	AXE STRATEGIQUE/DPS/ACT I-VITES	Besoins de financement							
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL
6	Axe stratégique 6 -Renforce- ment du cadre de communi- cation	336 351	367 806	476 963	336 351	336 351	336 351	336 351	2 526 523
6.1	DPS 8 : Communication etMobilisation sociale	351	367 806	476 963	336 351	336 351	336 351	336 351	2 526 523

AXE STRATEGIQUE 7

AMELIORATION DU CADRE DE SURVEILLANCE

II.6.3.9. RENFORCEMENT DE LA GESTION DU PROGRAMME

DOMAINE DE PRESTATION 9

SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET ENTOMOLOGIQUE

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

Enjeu x	Orientations
<i>Détection précoce et maîtrise effective de toutes les épidémies détectées</i>	<i>Renforcement de la plate - forme de collecte et d'analyse des données multisectorielles (météo, agriculture, etc.).</i> <i>Renforcement de la capacité de réponse aux épidémies.</i>

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

- **Renforcement du système de surveillance** : Cette intervention vise à apprécier les capacités du système de surveillance à répondre de manière efficace aux besoins de données et d'informations permettant de suivre les tendances de la maladie, détecter et investiguer les alertes, et d'organiser la riposte rapide en cas d'épidémies avérées. L'évaluation permettra de documenter la fonctionnalité et les performances du système de surveillance du paludisme (l'architecture, la gestion du système, les acteurs impliqués, les capacités techniques et matérielles, les outils de collecte, traitement et l'analyse des données, le circuit et l'assurance qualité des données, l'utilisation des données générées) en vue son renforcement. Cette intervention vise en outre à définir et élaborer des stratégies de surveillance en rapport avec les faciès épidémiologiques du paludisme et la nouvelle stratification au Burundi.
- **Détection précoce de toutes les épidémies de paludisme au niveau de toutes les zones à risque d'épidémie** : Cette intervention vise une détection précoce et une gestion urgente des épidémies. Elle consiste à suivre et analyser régulièrement les données multisectorielles (météo et agriculture, etc.) et les cas de paludisme à tous les niveaux ainsi que la participation aux réunions de la plateforme nationale sur la gestion des risques et catastrophes. La collecte et analyse des données sont le point d'entrée pour la surveillance. Le PNILP collabo-

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

raera avec la DSNIS et COUSP dans le renforcement d'un système fonctionnel d'alerte

- **Renforcement des capacités institutionnelle et technique en matière de gestion des épidémies** : Cette intervention vise à doter le programme des compétences requises pour détecter et gérer les épidémies. Elle consiste à former le personnel du niveau central (cartographie et modélisation des dynamiques épidémiologiques), à former/recycler les prestataires des soins à tous les niveaux sur l'outil de suivi des seuils épidémiques, à élaborer et diffuser un guide des normes et directives de gestion des épidémies du paludisme et organiser des ateliers d'analyse des données du paludisme dans le cadre multisectoriel (Météo, agriculture, environnement, santé, etc...). Un point focal sera mise en place au PNILP et doté des moyens afin de répondre aux fonctions essentielle de la surveillance (détection, enregistrement, confirmation, riposte , etc) aussi, un groupe de travail (task force) sur la surveillance sera mise en place pour la coordination ponctuelle de la réponse à d'éventuelles épidémies.
- **Riposte rapide et efficace à toutes les épidémies détectées** : Cette intervention vise à détecter et gérer efficacement toutes les épidémies. Elle consiste à investiguer toute situation alarmante, à actualiser le plan de préparation et de riposte aux épidémies du paludisme et organiser efficacement la riposte en cas d'épidémie détectée afin de la maîtriser. Un guide de surveillance et riposte sera élaboré en alignement avec le manuel OMS de SSE.
- **Renforcement de la surveillance entomologique** : D'ici 2026, neuf sites sentinelles additionnels, en plus des neuf déjà fonctionnels, seront mis en place afin d'assurer la couverture de toutes les zones géo-épidémiologiques du pays. Des activités mensuelles de surveillance entomologique et un suivi annuel de la résistance des vecteurs aux insecticides utilisés en santé publique seront régulièrement menées au niveau desdits sites.

De plus, un suivi de la rémanence des insecticides dans les districts ayant bénéficié de la PID sera régulièrement réalisé.

Le suivi de la bio efficacité des MIILDA distribués à travers les différents canaux sera régulièrement mené. Un plan et des directives pour la gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides seront régulièrement mis à jour afin d'assurer le maintien de l'efficacité des interventions MIIDA et PID. Un profil entomologique du paludisme sera annuellement mis à jour à partir des données collectées dans les sites sentinelles.

RÉSULTATS STRATÉGIQUES 9

9.1	Les rapports de surveillance hebdomadaires sont élaborés et diffusés aux partenaires toutes les semaines
9.2	La plateforme multisectorielle de gestion des épidémies est fonctionnelle et se réunit chaque semestre pour d'analyse des données et les orientations pour la prévention et la gestion des épidémies de paludisme à partir de S2 2022
9.3	Les rapports d'analyse utilisant les données multisectorielles (météo, agriculture etc..) sont élaborés et diffusés trimestriellement à tous les acteurs.
9.4	Former/recycler les prestataires des soins à tous les niveaux sur l'outil de suivi des seuils épidémiques
9.5	Les données entomologiques y compris celles de la résistance aux insecticides sont collectées mensuellement au niveau des sites sentinelles d'ici 2027

9.6	Une évaluation du système de surveillance du paludisme conduite en 2022
9.7	Un atelier de définition et élaboration des stratégies de surveillance en rapport avec les faciès épidémiologiques du paludisme en 2022

INDICATEURS & CIBLES

		Cibles DPS						
Indicateurs		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
9.1	Proportion d'épidémies de paludisme détectées précocement (au cours de la semaine)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9.2	Proportion d'épidémies de paludisme détectées et maîtrisées dans les deux semaines	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9.3	Proportion d'enquêtes entomologiques effectuées par rapport aux enquêtes planifiées	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

BUDGET -RENFORCEMENT DU CADRE DE SURVEILLANCE ET RIPOSTE

Réf	AXE STRATEGIQUE/DPS/ACTIVITES	Besoins de financement							TOTAL
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
7	Axe stratégique 7 – Amélioration de la Surveillance et de la Riposte	-	787 758	257 714	221 314	673 293	221 314	221 314	2 382 706
7.1	DPS 9 : Surveillance et Riposte	-	787 758	257 714	221 314	673 293	221 314	221 314	2 382 706

AXE STRATEGIQUE 8

AMELIORATION DU CADRE DE SUIVI EVALUATION ET RECHERCHE SUR LE PALUDISME

II.6.3.10. RENFORCEMENT DE LA GESTION DU PROGRAMME

DOMAINE DE PRESTATION 10

SUIVI-EVALUATION ET RECHERCHE SUR LE PALUDISME

D'ici 2027, le PNILP dispose des ressources humaines, matérielles et logistiques en quantité et qualité suffisantes pour le suivi et l'évaluation des interventions de lutte contre le paludisme

D'ici 2027, au moins 95% des données générées sur le paludisme (y compris les résultats de recherche) sont captées, analysées pour la prise de décision et diffusées.

Assurer la détection précoce de 100% des épidémies de paludisme d'ici 2027 ; maîtriser 100% des épidémies détectées dans les deux semaines d'ici 2027

Enjeu x	Orientations
<i>Production des données de qual-ité à tous les niveaux</i>	<i>Renforcement des capacités en traitement et analyse des données à tous les niveaux utilisation des données pour la prise de décision et la planification</i>

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

- **Amélioration de la gestion des données de routine sur le paludisme** : cette intervention vise la qualité des données. Le renforcement du suivi évaluation et la recherche permet de disposer de données de routine et d'évidences complémentaires afin de documenter les acquis et les progrès, informer les prises de décisions pour la planification et la mise en œuvre des programmes.
- Il consiste au renforcement des capacités sur le traitement et analyse des données à tous les niveaux. Ainsi, une formation des responsables à différents niveaux sur les outils de collecte, d'analyse des données et transmission de feedback auprès de tous les intervenants ainsi que des supervisions formatives trimestrielles au niveau des BPS/BDS. Tous les modules OMS disponibles, notamment l'entomologie et les données de campagnes seront paramétrées dans le DHIS2 en collaboration avec DSNIS

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

- **Evaluation des progrès des indicateurs du programme paludisme à travers les études et la recherche opérationnelle** : cette intervention vise la bonne documentation des indicateurs de lutte contre le paludisme et consiste à l'élaboration d'un document d'orientation sur les thématiques de recherche en rapport avec le paludisme et à la réalisation des enquêtes (MIS tous les 2 ans, Qualité de la prise en charge, entomologie, utilisation des intrants, utilisation de la Moustiquaire, durabilité de moustiquaire, Défis liés à l'adhésion des femmes enceintes sur le traitement préventif intermittent, efficacité thérapeutique Etude d'impact de la distribution continue, Evaluation de la phase pilote de la distribution continue, étude Matchbox, étude d'impact de TPI net impact socio-économique du paludisme, enquête parasitologique, évaluation per et post CDM, etc.). o **Renforcement des moyens d'action du PNILP** : Cette intervention vise à doter le programme de ressources humaines, matérielles et logistiques nécessaires pour accomplir efficacement sa mission en matière de suivi évaluation. En outre, l'intervention permettra de produire des documents de référence et outils de suivi évaluation et recherche. Il s'agit notamment, des bases de données complémentaires fonctionnelles, d'un guide de recherche opérationnelle sur le paludisme, d'un manuel de supervision, un bulletin périodique d'information sur le paludisme.
- **Renforcement des capacités en suivi évaluation et recherche du PNILP, et renforcement de la qualité des données** : Cette intervention vise à renforcer les capacités techniques des acteurs sur le suivi évaluation et les fondamentaux en matière de recherche opérationnelle. L'intervention comprend également la conduite d'évaluations de la qualité des données du paludisme au niveau des districts.
- **Evaluation de la mise en œuvre du PSN** : Cette intervention vise l'amélioration de la performance du programme et consiste à évaluer trimestriellement le PAA, évaluation à mi-parcours du PSN en 2024 et faire une évaluation finale du PSN en 2027. Des ateliers annuels de revue et planification seront organisés, avec la participation des différents niveaux.

RÉSULTATS STRATÉGIQUES 10

10.1	01 guide d'analyse des données sur le paludisme est élaboré avant fin 2024
10.2	01 atelier de revue et d'échange sur les indicateurs de lutte contre le paludisme avec les BPS, BDS et partenaires est organisé semestriellement à partir de T1 2021
10.3	01 atelier régional de diffusion du plan de S&E sont organisés en 2022
10.4	04 ateliers de coordination des partenaires techniques et financiers sont Organisés trimestriellement ;
10.5	01 réunion annuelle du groupe thématique S&E et recherche est tenue pour actualiser les thématiques prioritaires de recherche en matière du paludisme ;
10.6	01 réunion annuelle du groupe thématique S&E et recherche est tenue pour planifier les enquêtes dont les ressources sont certaines
10.7	01 atelier de renforcement de capacités du personnel du PNILP sur l'exploitation et l'utilisation des résultats de recherche est organisé annuellement ;
10.8	01 un atelier de renforcement de capacités du personnel du PNILP sur l'exploitation des bases de données des événements spéciaux pendant 10 jours à l'intérieur du pays est organisé annuellement.
10.9	

10.10	01 atelier régional de renforcement de capacités des prestataires des CDS sur la mise à jour et l'utilisation des courbes de suivi des seuils d'interventions aux centres de santé est organisé chaque année
10.11	01 atelier de renforcement de capacités des cadres du niveau central, intermédiaire et périphérique en traitement, analyse et utilisation des données multisectorielles dans la planification des interventions est organisé chaque année ;

INDICATEURS & CIBLES

Indicateurs		Cibles DPS						
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
10.1	Pourcentage de formations sanitaires fournissant les données sur le paludisme	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10.2	Pourcentage de formations sanitaires présentant leurs rapports dans les délais selon les directives nationales	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10.3	Proportion de rapports reçus des formations sanitaires par rapport aux rapports attendus au cours de la période de rapportage	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10.4	Pourcentage des ASC ayant soumis leur rapport mensuel dans les délais de la communauté au centre de santé	105%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

BUDGET-RENFORCEMENT DU CADRE DE SUIVI-ÉVALUATION ET RECHERCHE SUR LE PALU- DISME

AXE STRATEGIQUE/DPS/ACTIVITES	Besoins de financement							
	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL
Axe stratégique 8 - Amélioration du cadre Suivi Evaluation	-	349 516	48 329	44 375	42 968	44 375	42 968	572 531
DPS 10 : Suivi-Evaluation	-	349 516	48 329	44 375	42 968	44 375	42 968	572 531

2. MODALITÉS DE MISE ŒUVRE SELON LES RECOMMANDATIONS DE LA MODÉLISATION

Les scénarios suivants de la modélisation 2020 pourront orienter la mise en œuvre des interventions

Parmi les districts devant recevoir des moustiquaires PBO/IG2 dans le plan soumis au FM, la prévalence tout âge attendue serait 17% plus élevée si des moustiquaires pyréthroïdes étaient utilisées à la place des moustiquaires PBO/IG2.

Parmi les districts devant recevoir la PID dans le plan soumis au FM, la prévalence attendue tous âges confondus **serait supérieure de 16 % si les PID étaient supprimés.**

Remarque : cela suppose que 61 % des individus sont protégés par la PID et utilise les paramètres d'efficacité de Sherrard-Smith et al. 2018 .

L'analyse de stratification a permis d'identifier 11 districts où le TPIIn pourrait être priorisé compte tenu de la forte proportion de cas observés chez les <1 an entre 2017 et 2019.

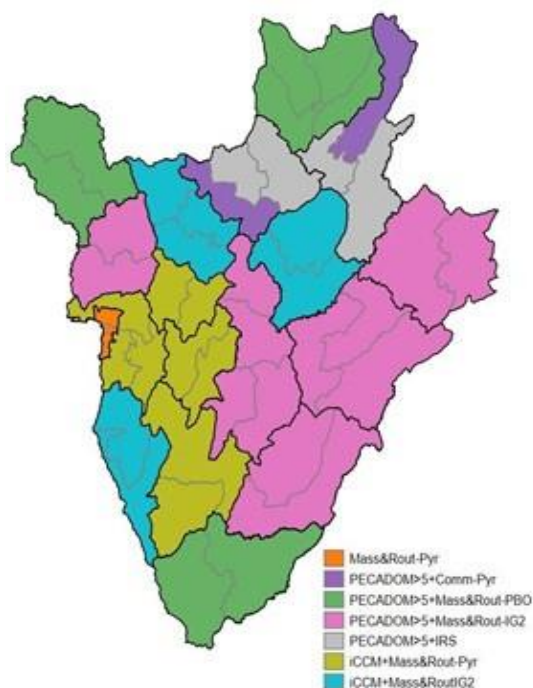
En ajoutant le TPIIn au plan soumis au FM, **on attend une réduction de 30 % de la PfPR M1, de 27 % de l'incidence M1 et de 12 % de la mortalité M1** au sein des districts sanitaires TPIIn proposés

L'augmentation de la couverture de toutes les interventions planifiées par le FM à 80 % et l'amélioration de toutes les moustiquaires par le biais du PBO devraient entraîner une réduction de **25 % des cas pour tous les âges et de 18 % des cas** pour les enfants de moins de 5 ans entre 2022 et 2024.

Durée de rétention des moustiquaires

1,31 an (moins durable); 2 ans (plus durable) Cette estimation de la durabilité de la moustiquaire étant de moins de 2 ans (selon la modélisation), le PNILP doit se mettre en hâte pour mettre en œuvre la distribution continue et la mettre rapidement à l'échelle tout le long de la durée du présent PSN

Selon cette carte le PNILP utilisera par année les projections de l'ISTEEBU pour calculer les populations à couvrir par intervention et pour des besoins de quantification annuelles. Ceci pourra se faire aussi en utilisant la carte de la nouvelle stratification qui détermine les zones les plus vulnérables en précisant les districts concernés.



	Mix d'interventions (PEC+TPIg partout)	Population	%
1	Mass&Rout-Pyr	645352	6.2
2	PECADOM>5 + Comm-Pyr	647995	6.2
3	PECADOM>5 + Mass&Rout-PBO	2013414	19.2
4	PECADOM>5 + Mass&Rout-IG2	2606285	24.8
5	PECADOM>5 + IRS	1037343	9.9
6	iCCM + Mass&RoutPyr	1744159	16.6
	iCCM +		

CE PLAN STRATEGIQUE S'ILLUSTRE PAR UN DISCERNEMENT ACCRU DES DEFIS ET PAR UNE VISION CLAIRE DES ZONES PAR CATEGORIE D'INTERVENTION GUIDEE PAR L'INCIDENCE AJUSTEE PAR LE TAUX DE TESTAGE, LE TAUX DE RAPPORTAGE E LA DEMANDE DE SOINS

II.6.4. IMPACT ATTENDU

HYPOTHÈSES D'IMPACT

Se basant sur l'objectif du plan mondial de lutte contre le paludisme qui est de réduire l'incidence du paludisme d'au moins 75% en 2030 par rapport à 2015, le PSN avant sa mise à jour supposait une hypothèse de diminution annuelle d'incidence de 10% par rapport aux chiffres de 2017 au vu de la mise à échelle des interventions. La réduction globale attendue durant toute la durée de mise en œuvre du PSN était alors estimée à 60%. Néanmoins la RMPPS a démontré que cette progression était utopique suite à plusieurs paramètres alors inconnus.

Néanmoins pour maintenir un élan de planification, le programme maintient une progression de 10% dans la réduction de la morbidité au Burundi

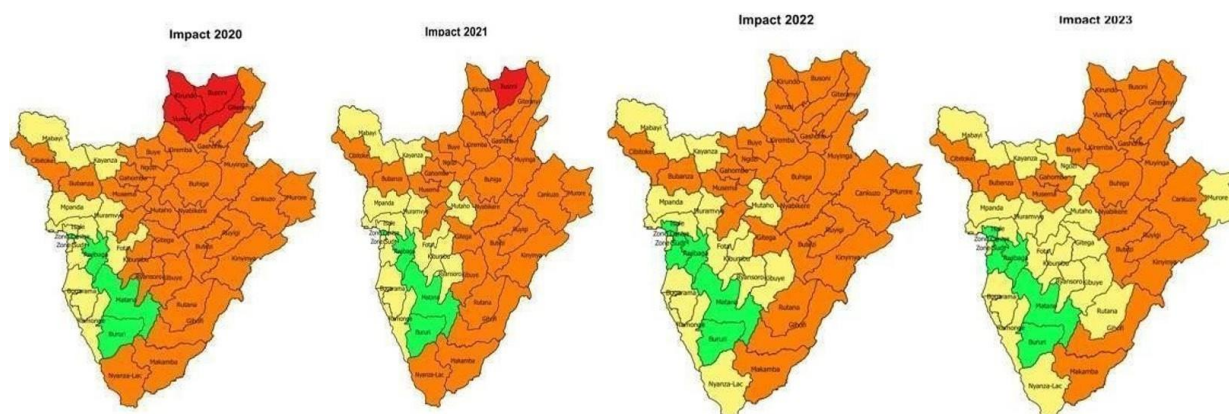


FIGURE 14: EVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES DISTRICTS VERS L'ÉLIMINATION

La progression jusqu'en 2027 sera pour le moment difficile à projeter.

II.6.5. PAYSAGE DE FINANCEMENT DU PSN 2021-2027

AXE STRATEGIQUE/DPS	TOTAL PSN (2021-2027)	TOTAL CONTRIBUTIONS DES BAILLEURS (2021-2027)	GAP DE FINANCEMENT
Axe stratégique 1 : Renforcement de la Gestion du Programme	9 288 429	4 488 952	4 799 477
DPS 1 : Gestion du Programme	9 288 429	4 488 952	4 799 477
Axe stratégique 2 : Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock	132 251	47 080	85 171
DPS 2 : Gestion Approvisionnement et Stock (GAS)	132 251	47 080	85 171
Axe stratégique 3 : Consolidation du cadre de prévention	225 092 405	46 434 750	178 657 655
DPS 3 : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MID)	96 133 861	31 044 000	65 089 861
DPS 4 : Pulvérisation Intra Domi-ciliaire (PID)	125 622 842	14 829 825	110 793 017
DPS 5 : Traitement Préventif Inter-mittent (TPI)	3 335 701	560 925	2 774 776
Axe stratégique 4 : Renforcement du cadre de prise en charge	904 152 416	38 984 545	865 167 871
DPS 6 : Prise en Charge des Cas	904 152 416	38 984 545	865 167 871
Axe stratégique 5 : Amélioration des services offerts aux populations clés	387 113	-	387 113
DPS 7 : Populations clés et groupements spéciaux	387 113	-	387 113
Axe stratégique 6 : Renforcement du cadre de communication	2 526 523	1 066 539	1 459 984
DPS 8 : Communication et Mobilisation sociale	2 526 523	1 066 539	1 459 984
Axe stratégique 7 : Amélioration de la Surveillance et de la Riposte.	2 382 706	538 140	1 844 566
DPS 9 : Surveillance et Riposte	2 382 706	538 140	1 844 566
Axe stratégique 8 : Amélioration du cadre Suivi Evaluation	572 531	120 770	451 761
DPS 10 : Suivi Evaluation	572 531	120 770	451 761
TOTAL	1 144 534 373	91 680 775	1 052 853 598

BIBLIOGRAPHIE

1. Annuaire Statistiques 2013 à 2016, MSPLS, 2013.
2. Décret portant Organisation de l'exercice de la pharmacie, MSPLS.
3. Décret portant organisation de l'exercice de la pharmacie, MSPLS, 1980.
4. Directives nationales d'assurance qualité des médicaments et intrants médicaux, MSPLS 2016.
5. Directives nationales d'assurance qualité, MSPLS.
6. Directives nationales de pharmacovigilance, MSPLS.
7. Directives Nationales de Traitement du Paludisme (PNILP), 2012.
8. Directives Nationales du Traitement du Paludisme, PNILP 2012.
9. Enquête EDSB III, 2016-2017, MSPLS, 2016.
10. Enquête EUV 2015 et 2017, MSPLS, 2015.
11. Evaluation de la disponibilité et de l'utilisation des intrants de lutte contre le paludisme (End User Verification Survey). H. Mbanye, D. Ndayiragije, E. Maregeya, 2013.
12. Manuel d'assurance qualité de diagnostic paludisme, MSPLS 2016.
13. Manuel de référence TPIg, PNILP 2015.
14. Manuel des outils de gestion et d'information logistique des produits pharmaceutiques, MSPLS.
15. Manuel du formateur TPIg, PNILP 2015.
16. Méthodologie opérationnelle de revue de programme paludisme (OMS).
17. Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida, DHIS2.
18. Note Conceptuelle Paludisme 2015-2017 et ses annexes.
19. Plan de communication pour la lutte contre le paludisme 2015 -2017, PNILP 2015. 20. Plan de riposte contre les épidémies de paludisme 2017. 21. Plan GAS 2013-2015,2016-2017, (PNILP), 2013.
22. Plan Stratégique National de lutte contre le Paludisme 2013-2017 mis à jour en 2014, PNILP.
23. Plans d'action annuel 2013, 2014, 2015,2016 et 2017, PNILP.
24. PMI AIRS reports 2015 à 2017. 25. PNDS 2011-2018, MSPLS, 2011.
26. Politique Nationale de la Pharmacie, DPML, 2012.
27. Politique pharmaceutique nationale, MSPLS.
28. POS BDS-Hôpital de district-CDS, MSPLS.
29. PSN de la chaîne d'approvisionnement, MSPLS
30. Rapport de vérification de la disponibilité et de l'utilisation des intrants de lutte contre le paludisme (EUV) 2017.
31. Rapport enquête sur la qualité de la prise en charge des cas de paludisme dans les structures de soins au Burundi, 2017.
32. Rapport de la Revue de la Performance du Programme Paludisme, PNILP, 2018.
33. Rapports annuels paludisme, 2013, 2014, 2015, 2016, PNILP.
34. Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 (OMS)82

ANNEXES

CARTE ADMINISTRATIVE



Le Burundi est un pays situé à cheval entre l'Afrique de l'Est et l'Afrique Centrale. Il est frontalier au nord avec le Rwanda, au Sud et à l'Est avec la Tanzanie et à l'Ouest avec la République Démocratique du Congo (RDC). Sa superficie est de 27.834 km² incluant la surface des eaux territoriales. Sans accès à la mer, il borde le lac Tanganyika (32.600km² dont 2.634km² appartient au Burundi dans l'axe du grand rift occidental). Sur le plan administratif, le Burundi compte 18 provinces, 119 communes et 2.911 collines de recensement (EDSIII 2016-2017).

ASPECTS DÉMOGRAPHIQUES ET ÉCONOMIQUES

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

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

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

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

CLIMAT

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

CHANGEMENT CLIMATIQUE ET RISQUE SANITAIRE

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

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

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

SITUATION SANITAIRE

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

Le VIH/Sida est un défi majeur de santé publique. Selon l'EDSB III, 2016-2017, la prévalence nationale du VIH/SIDA est estimée à 0.9%. Le VIH touche les zones urbaines que les zones rurales. Les infections respiratoires aiguës sont une cause majeure de morbidité et de mortalité spécialement chez les enfants de moins de 5 ans. Ce groupe d'âge est également affecté par les maladies diarrhéiques dont l'une des principales causes demeure l'insalubrité de l'eau et de l'environnement.

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

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

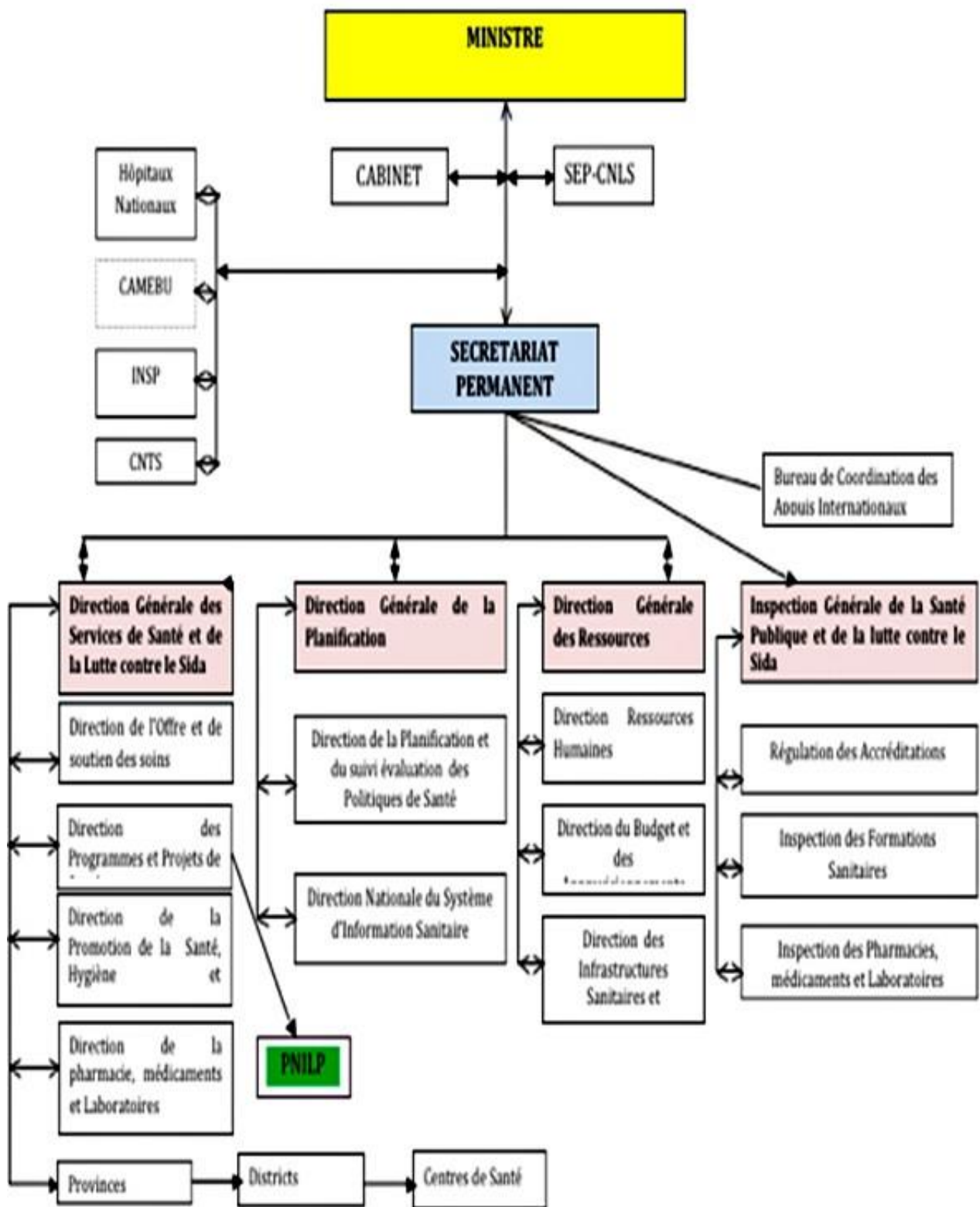
POLITIQUE & SYSTÈME DE SANTÉ DU BURUNDI

A l'issue des États Généraux de la santé tenus en 2004, une Politique Nationale de Santé (PNS 2005-2015) et un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2006-2010) ont été élaborés. La PNS 2005-2015 avait été caractérisée par le renforcement du système de santé à travers la réforme du cadre institutionnel du Ministère de la Santé et la diffusion des documents normatifs et directifs de référence. Ensuite, la PNS 2016 -2025 a été élaborée. Cette politique nationale de santé 2016 -2025 est en phase avec les axes, déclarations et engagements internationaux auxquels le Burundi a souscrit en matière de santé et jette le pont entre les OMD et les ODD dans le cadre du programme mondial de développement durable (2016 -2030). Actuellement, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida a un PNDS 2018 -2023.

Pour répondre aux défis majeurs du système de santé, le PNDS II étendu à 2018-2023 met un accent particulier sur les objectifs suivants : (1) la réduction du taux de mortalité maternelle et néonatale ; (2) la réduction du taux de mortalité infantile juvénile et (3) le contrôle de la morbidité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles.

Pour atteindre ces objectifs, une série de réformes est en train d'être mise en œuvre, à savoir : la mise en autonomie de gestion des hôpitaux, la décentralisation du système de santé à travers la mise en place des districts sanitaires, le financement basé sur la performance des services de santé couplé à la gratuité des soins pour les moins de 5 ans et les femmes enceintes, la préparation de la mise en place d'un panier commun pour le financement de la santé, et la gratuité du traitement du paludisme simple pour tous ainsi que l'introduction de la carte d'assistance médicale renouvelée. La croissance de la population, les mouvements migratoires, la dégradation de l'environnement, etc. Transforment le milieu naturel et influencent grandement la tendance à l'émergence des foyers épidémiques. Une approche « One health » est un atout majeur dans le programme d'élimination des maladies infectieuses et non infectieuses. Par exemple le paludisme serait mieux pris en charge de manière interdisciplinaire en faisant participer de nombreux acteurs et organismes apportant chacun son expertise pour résoudre ce problème complexe de santé publique.

ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



LA STRATÉGIE TECHNIQUE MONDIALE EN BREF

VISION – UN MONDE SANS PALUDISME

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

PRINCIPES

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

CADRE STRATÉGIQUE

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

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

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

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

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

Élément d'appui 2. Favoriser un environnement propice

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

ANNEXE N° 1 : BUDGET DÉTAILLÉ PAR AXE STRATÉGIQUE, DPS, ACTIVITÉ

Réf	AXE STRATEGIQUE/DPS/ACTIVITE S	Besoins de financement							
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL
1	Axe stratégique 1 - Renforcement de la Gestion du Programme	710 385	1 538 710	2 902 119	909 017	1 119 869	988 460	1 119 869	9 288 429
1.1	DPS 1 : Gestion du Programme	710 385	1 538 710	2 902 119	909 017	1 119 869	988 460	1 119 869	9 288 429
1.1.01	Elaborer la politique nationale de lutte contre le paludisme	31 437	-	-	-	-	-	-	31 437
1.1.02	Procéder à la mise à jour du plan de communication pour la lutte contre le paludisme conformément aux résultats de la revue du plan de communication	-	-	14 134	-	-	-	-	14 134
1.1.03	Organiser la validation du Plan de communication	-	-	1 836	-	-	-	-	1 836
1.1.04	Elaborer un plan de mobilisation de mobilisation des ressources	-	10 907	-	-	-	-	-	10 907
1.1.05	Organiser un atelier de mobilisation des ressources	-	5 482	-	5 482	-	5 482	-	16 447
1.1.06	Evaluer à mi-parcours le PSN 2018-2023 et le PSN 2021-2027	34 512	-	-	34 512	-	-	-	69 025
1.1.07	Organiser un atelier de présentation des rapports de revue du PSN	1 770	-	-	1 770	-	-	-	3 539
1.1.08	Réhabiliter le Magasin de stockage du matériel PID et reliquats des MILDA	-	158 353	-	-	-	-	-	158 353
1.1.09	Equiper les Bureaux du PNILP	-	29 835	-	-	-	-	-	29 835
1.1.10	Assurer le fonctionnement du PNILP	198 591	198 591	198 591	198 591	198 591	198 591	198 591	1 390 140
1.1.11	Former l'équipe du PNILP sur les études moléculaires et métaboliques des mécanismes de résistance des vecteurs aux insecticides	-	-	130 200	-	-	-	-	130 200
1.1.12	Former/recycler l'équipe du PNILP en administration, finances, compt- abilité et audit	-	21 900	-	21 900	-	21 900	-	65 700
1.1.13	Former l'équipe du PNILP en épidémiologie d'intervention	-	-	23 900	-	23 900	-	23 900	71 700
1.1.14	Assurer la formation des formateurs à l'étranger de 4 laborantins sur la maintenance préventive 1er degré	-	114 600	114 600	-	114 600	-	114 600	458 400
1.1.15	Assurer une formation internationale de 8 Cardes du PNILP en Paludologie	-	-	130 000	-	130 000	-	130 000	390 000
1.1.16	Assurer une formation locale diplo- mante en Paludologie	-	-	291 593	-	-	-	-	291 593
1.1.17	Organiser un atelier de sensibilisa- tion sur l'engagement des adminis- tratifs et sélection d'un comité de 12 membres au niveau des DS, lutte contre le paludisme	-	49 781	-	-	-	-	-	49 781
1.1.18	Organiser un atelier trimestriel au niveau DS	85 634	85 634	85 634	85 634	85 634	85 634	85 634	599 440
1.1.19	Organiser un atelier semestriel au niveau Provincial	-	20 792	20 792	20 792	20 792	20 792	20 792	124 755
1.1.20	Assurer les frais de communication du secrétaire et président de chaque comité	5 875	5 875	5 875	5 875	5 875	5 875	5 875	41 126

1.1.21	Acquérir des véhicules pour les points focaux des BPS (18 véhicules), des motos pour les points focaux des BDS (46 motos)	-	-	875 081	-	-	-	-	875 081
1.1.22	Assurer le carburant de fonctionnement des véhicules et motos : 30 l par semaine pour véhicules et 10 litres par semaine pour motos et les frais d'entretien	-	-	83 257	83 257	83 257	83 257	83 257	416 286
1.1.23	Assurer les frais de supervision (1 supervision par trimestre et par CDS)	-	-	29 829	29 829	29 829	29 829	29 829	149 143
1.1.24	Les 18 BPS et 46 DS disposent de points focaux de lutte contre le paludisme réellement opérationnels	21 446	-	21 446	-	21 446	-	21 446	85 783
1.1.25	Recruter un Consultant national pour élaborer un document contenant la monographie des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme	-	9 226	-	-	-	-	-	9 226

Réf	AXE STRATEGIQUE/DPS/ACT I-VITES	Besoins de financement							
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL
1.1.26	Organiser un atelier de présentation du document (50 personnes pendant 1 jour à Bujumbura)	-	33 543	-	-	-	-	-	33 543
1.1.27	Organiser un atelier de mobilisation des ressources privées des sociétés privées, entreprises	-	2 817	-	-	-	-	-	2 817
1.1.28	Organiser un atelier pour élaborer un document détaillant les principaux sujets de recherche, les notes conceptuelles pour le financement du Fonds Mondial	-	-	4 156	-	-	4 156	-	8 313
1.1.29	Organiser une réunion de validation du concept note de la recherche liée au paludisme	-	-	1 469	-	-	1 469	-	2 938
1.1.30	Organiser une mission à Genève pour la négociation du financement du Fonds Mondial	-	-	65 100	-	-	65 100	-	130 200
1.1.31	Organiser une réunion trimestrielle des groupes thématiques	2 550	2 550	2 550	2 550	2 550	2 550	2 550	17 850
1.1.32	Organiser à Bujumbura des journées scientifiques sur le paludisme	-	15 429	-	15 429	-	15 429	-	46 286
1.1.33	Organiser une dissémination des documents stratégiques et des Directives	-	-	55 659	-	-	-	-	55 659
1.1.34	Organiser une réunion trimestrielle de coordination des PTF	5 600	5 600	5 600	5 600	5 600	5 600	5 600	39 200
1.1.35	Organiser un audit organisationnel du PNILP	8 568	-	-	-	-	-	-	8 568
1.1.36	Organiser un atelier de validation de l'audit organisationnel du PNILP	2 286	-	-	-	-	-	-	2 286

1.1.37	Construire le magasin de stockage du matériel PID et reliquat des MILDA, bloc de deux toilettes, une animalerie, clôture du magasin de l'insectarium, l'extension du laboratoire et équipement technique, un logement de garde pour les techniciens	-	-	298 020	-	-	-	-	298 020
1.1.38	Acquérir 10 camionnettes pour la supervision	-	370 000	-	-	-	-	-	370 000
1.1.39	Assurer l'entretien, la maintenance et l'assurance des véhicules	312 116	312 116	312 116	312 116	312 116	312 116	312 116	2 184 811
1.1.40	Procéder à l'assurance des bureaux et stocks du PNILP	-	85 679	85 679	85 679	85 679	85 679	85 679	514 073
1.1.41	Recruter deux Consultants nationaux pour appuyer le PNILP pour l'élaboration des notes conceptuelles du Fonds Mondial	-	-	45 000	-	-	45 000	-	90 000
1.1.42	Assurer 2 retraites pour l'élaboration des notes conceptuelles du Fonds Mondial	-	-	64 406	-	-	64 406	-	128 812
2	Axe stratégique 2 - Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock	-	39 379	4 705	39379	4 705	39 379	4 705	132 251
2.1	DPS 2 : Gestion Approvisionnement et Stock (GAS)	-	39 379	4 705	39379	4 705	39 379	4 705	132 251
2.1.01	Elaborer un aide-mémoire de quantification des intrants	-	4 265	-	4 265	-	4 265	-	12 794
2.1.02	Former les formateurs nationaux sur l'aide-mémoire de quantification	-	5 157	-	5 157	-	5 157	-	15 472
2.1.03	Organiser 3 sessions de formation de 30 participants sur l'aide-mémoire de quantification	-	25 252	-	25 252	-	25 252	-	75 757
2.1.04	Organiser des sessions annuelles de quantification et mise à jour du plan d'approvisionnement	-	4 705	4 705	4 705	4 705	4 705	4 705	28 228
3	Axe stratégique 3 - Consolidation du cadre de prévention	17049222	48653999	20144313	48763502	20249662	49296630	20935076	225 092 405
3.1	DPS 3 : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MID)	-	30395409	1 789 780	30174251	1 800 085	30174251	1 800 085	96 133 155
3.1.01	Organiser six (6) réunions du comité de pilotage	-	19 354	-	19 354	-	19 354	-	58 063
3.1.02	Organiser six (6) réunions du Comité technique et le secrétariat	-	25 474	-	25 474	-	25 474	-	76 422

Réf	AXE STRATEGIQUE/DPS/ACTIVITES	Besoins de financement							TOTAL
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
3.1.03	Organiser un atelier de Macroplanification (deux retraites)	-	18 375	-	18 375	-	18 375	-	55 125
3.1.04	Former au niveau national des superviseurs des Microplanifications	-	10 073	-	10 073	-	10 073	-	30 220
3.1.05	Organiser une microplanification au niveau provincial	-	220 748	-	220 748	-	220 748	-	662 243
3.1.06	Organiser un atelier de compilation des microplans: deux retraites à BUJUMBURA	-	16 679	-	16 679	-	16 679	-	50 036
3.1.07	Former des superviseurs nationaux pour le dénombrement	-	10 991	-	10 991	-	10 991	-	32 974
3.1.08	Former des superviseurs du niveau périphérique et intermédiaire sur le dénombrement au niveau des provinces	-	56 900	-	56 900	-	56 900	-	170 700
3.1.09	Former des dénombreurs au niveau des communes	-	572 710	-	572 710	-	572 710	-	1 718 129
3.1.10	Assurer la mise en œuvre du dénombrement	-	2 511 389	-	2 511 389	-	2 511 389	-	7 534 167
3.1.11	Assurer la saisie des résultats par ISTEERU	-	166 390	-	166 390	-	166 390	-	499 171
3.1.12	Assurer la mobilisation nationale	-	16 078	-	16 078	-	16 078	-	48 233
3.1.13	Assurer la mobilisation provinciale	-	42 439	-	42 439	-	42 439	-	127 317
3.1.14	Assurer la mobilisation communale	-	51 668	-	51 668	-	51 668	-	155 005
3.1.15	Acquérir des MIILDA pour la campagne de distribution de masse	-	18 214 449	-	18 214 449	-	18 214 449	-	54 643 346
3.1.16	Assurer la logistique des MIILDA au niveau national	-	4 165 141	-	4 165 141	-	4 165 141	-	12 495 423
3.1.17	Former les formateurs nationaux sur la logistique	-	11 818	-	11 818	-	11 818	-	35 453
3.1.18	Former les magasiniers communaux et gestionnaires des sites	-	385 399	-	385 399	-	385 399	-	1 156 197
3.1.19	Assurer la réception des MIILDA	-	8 904	-	8 904	-	8 904	-	26 713
3.1.20	Assurer des missions d'identification des magasins de stockage au niveau provincial et communal	-	26 713	-	26 713	-	26 713	-	80 140
3.1.21	Assurer les missions d'évaluation des sites de distribution	-	41 493	-	41 493	-	41 493	-	124 479
3.1.22	Acquérir des outils pour la distribution des MIILDA	-	6 242	-	6 242	-	6 242	-	18 725

3.1.23	Former les agents du SIS sur la gestion des données	-	16 601	-	16 601	-	16 601	-	49 804
3.1.24	Acquérir du matériel de soutien à la distribution des MIILDA	-	28 595	-	28 595	-	28 595	-	85 786
3.1.25	Distribuer les MIILDA	-	1 452 884	-	1 452 884	-	1 452 884	-	4 358 653
3.1.26	Superviser la distribution des MIILDA	-	187 729	-	187 729	-	187 729	-	563 186
3.1.27	Assurer la coordination de la campagne de masse	-	7 793	-	7 793	-	7 793	-	23 378
3.1.28	Organiser des enquêtes rapides	-	107 276	-	107 276	-	107 276	-	321 829
3.1.29	Procéder au reporting de la campagne de masse	-	-	15 835	-	15 835	-	15 835	47 506
3.1.30	Approvisionner les DS en MIILDA de routine	-	1 507 433	1 507 433	1 507 433	1 507 433	1 507 433	1 507 433	9 044 600
3.1.31	Assurer la mise en œuvre de la stratégie	-	266 511	266 511	266 511	266 511	266 511	266 511	1 599 066
3.1.32	Organiser un atelier d'échange de 30 personnes à Bujumbura sur la stratégie de prévention adaptée aux vecteurs exophiles du paludisme	-	1 012	-	-	1 012	-	1 012	3 037
3.1.33	Organiser un atelier de 5 jours à l'intérieur du pays de 15 personnes pour l'élaboration de la stratégie de prévention adaptée aux vecteurs exophiles du paludisme	-	7 322	-	-	7 322	-	7 322	21 967
3.1.34	Organiser un atelier de 2 jours à Bujumbura de 30 personnes pour la validation de la stratégie de prévention adaptée aux vecteurs exophiles du paludisme (1er jour:	-	1 971	-	-	1 971	-	1 971	5 913

Réf	AXE STRATEGIQUE/DPS/ACTIVITES	Besoins de financement							TOTAL
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
	Lecture du document et 2ème jour: Input et validation du document)								
3.1.35	Organiser un atelier d'échange de 30 personnes à Bujumbura sur les directives d'une prévention adaptée pour les groupements spéciaux/populations clés	-	1 012	-	-	-	-	-	1 012
3.1.36	Organiser un atelier de 5 jours à l'intérieur du pays de 15 personnes pour l'élaboration des directives d'une prévention adaptée pour les groupements spéciaux/population clé	-	3 818	-	-	-	-	-	3 818
3.1.37	Organiser un atelier de 2 jours à Bujumbura de 30 personnes pour la validation des directives d'une prévention adaptée pour les groupements spéciaux/population clé (1er jour: Lecture du document et 2ème jour: Input et validation du document)	-	2 025	-	-	-	-	-	2 025

3.1.38	Acquérir 2 camions de 10 tonnes pour le transports des intrants de prévention (insecticides et moustiquaires)	-	203 997	-	-	-	-	-	203 997
3.2	DPS 4 : Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID)	17 049 222	17 415 041	17 972 688	17 915 942	18 067 732	18 449 070	18 753 146	125 622 842
3.2.01	Mener des campagnes de pulvérisation intradomiciliaire dans 16 DS de 2018-2027 (insecticides, équipements, produits et matériels, mise en œuvre, Assistance technique pour la mise en oeuvre)	16 906 554	17 257 124	17 446 922	17 773 273	17 925 064	18 306 402	18 610 477	124 225 816
3.2.02	Mener des enquêtes mensuelles pour la surveillance entomologique	142 669	142 669	227 746	142 669	142 669	142 669	142 669	1 083 758
3.2.03	Construire le magasin de stockage du matériel PID et reliquat des MILDA, bloc de deux toilettes, une animalerie, clôture du magasin de l'insectarium, l'extension du laboratoire et équipement technique, un logement de garde pour les techniciens	-	-	298 020	-	-	-	-	298 020
3.2.04	Mettre à jour le plan de lutte antivectorielle intégrée	-	9 912	-	-	-	-	-	9 912
3.2.05	Mettre à jour les directives de lutte antivectorielle intégrée	-	5 336	-	-	-	-	-	5 336
3.3	DPS 5 : Traitement Préventif Intermittent (TPI)	-	843 550	381 845	673 309	381 845	673 309	381 845	3 335 701
3.3.01	Organiser un atelier de révision des directives, modules et algorithmes sur le TPIg	-	8 100	-	-	-	-	-	8 100
3.3.02	Organiser un atelier de validation des directives révisées sur le TPIg	-	16 348	-	-	-	-	-	16 348
3.3.03	Mener des supervisions trimestrielles formatives sur le TPIg dans 47 districts	-	145 7093	-	-	-	-	-	145 793
3.3.04	Organiser annuellement un atelier de 2 jrs de restitution de la supervision sur le TPIg pour 18 provinces	-	78 909	78 909	78 909	78 909	78 909	78 909	473 452
3.3.05	Assurer la motivation des ASC et infirmiers des CDS	-	302 936	302 936	302 936	302 936	302 936	302 936	1 817 616
3.3.06	Organiser 30 sessions de formation/recyclage sur les directives du tpi	-	291 464	-	291 464	-	291 464	-	874 392
4	Axe stratégique 4 - Renforcement du cadre de prise en charge	148 080 155	146 656 459	119 238 433	128 652 918	118 275 170	106 469 236	136 780 045	904 152 416
4.1	DPS 6 : Prise en Charge des Cas	148 080 155	146 656 459	119 238 433	128 918 652	118 170 275	106 236 469	136 780 045	904 152 416
4.1.01	Multiplication des Livrets des Directives Nationales de Traitement du Paludisme (DNTP)	-	103 712	-	-	51 856	-	-	155 568
4.1.02	Multiplication des algorithmes: 6 types d'Algorithmes (1 Exemplaire est constitué de 6 Algorithmes)	-	90 697	-	-	-	-	-	90 697
4.1.03	Distribution dans d'autres structures (privées)	-	9 272	-	-	-	-	-	9 272

Réf	AXE STRATEGIQUE/DPS/ACTIVITES	Besoins de financement							TOTAL
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
4.1.04	Former/Recycler 110 personnes des équipes cadres des districts et provinces sanitaires sur les directives révisées (formation des formateurs)	-	9 325	-	-	9 325	-	9 325	27 974
4.1.05	Former/recycler 1066 prestataires des CDS et 285 prestataires des hôpitaux sur les DNTP révisées	-	287 658	-	-	-	-	-	287 658
4.1.06	Organiser une mission de supervision semestrielle dans 47 DS sur l'application des Nouvelles directives de traitement du Paludisme	-	80 634	80 634	80 634	80 634	80 634	80 634	483 804
4.1.07	Organiser un atelier de restitution de la supervision sur l'application des DNTP : une fois par semestre	-	203 702	203 702	203 702	203 702	203 702	203 702	1 222 209
4.1.08	Organiser des sessions de briefing à l'intention des finalistes des écoles paramédicales et des facultés de médecine sur les DNTP	-	8 560	8 560	8 560	8 560	8 560	8 560	51 360
4.1.09	Former/Recycler 110 personnes des équipes cadres des districts et provinces sanitaires sur la PECADOM (formation des formateurs)	-	9 325	-	9 325	-	9 325	-	27 974
4.1.10	Former /recycler annuellement les ASC sur la PECADOM	-	120 687	120 687	120 687	120 687	120 687	120 687	724 124
4.1.11	Organiser annuellement 6 sessions formation/recyclage des laborantins/microscopistes sur le diagnostic biologique du paludisme des FOSA des 46 DS	-	59 388	59 388	59 388	59 388	59 388	59 388	356 326
4.1.12	Multiplier et disséminer les Guides (POS) du participant sur le diagnostic biologique du Paludisme dans les FOSA des 46 BDS	-	50 089	-	-	-	-	-	50 089
4.1.13	Organiser une supervision semestrielle formative sur les prestations de laboratoire (POS)	-	46 741	46 741	46 741	46 741	46 741	46 741	280 445
4.1.14	Former 1066 laborantins des Hôpitaux des 46 BDS sur le manuel d'assurance qualité dans le diagnostic biologique du Paludisme (36 sessions de 30 personnes)	-	310 069	-	-	-	-	-	310 069
4.1.15	Multiplier et disséminer 200 Manuels d'assurance qualité dans les 47 BDS,	-	1 030	-	-	-	-	-	1 030
4.1.16	Organiser trimestriellement le contrôle qualité des lames et TDRs pour évaluer les compétences des laborantins et microscopistes dans les 47BDS	-	153 502	153 502	153 502	153 502	153 502	153 502	921 011
4.1.17	Faire la cartographie et la stratification parasitologique	-	-	-	50 617	-	-	-	50 617
4.1.18	Acquérir des médicaments anti malaría de 1ère ligne (ErtémetherLumefantrine)	88 183 797	77 969 558	63 705 782	70 172 602	63 155 342	56 839 808	78 944 177	498 971 065
4.1.19	Acquérir des médicaments anti malaría de 2ème ligne (dihydro arthemisinine pyperraquine)	5 724 182	5 061 167	4 135 266	4 555 051	4 099 545	3 689 591	5 124 432	32 389 234
4.1.20	Acquérir des médicaments pour le traitement du Paludisme chez les femmes enceintes au cours du 1er trimestre	4 297	3 799	3 104	3 420	3 078	2 770	4 667	25 135
4.1.21	Acquérir des médicaments (artesunate injectable) pour le traitement du paludisme grave	3 453 188	3 053 209	2 494 654	2 747 888	2 473 099	2 225 789	3 091 374	19 539 201

4.1.22	Acquérir des médicaments pour le prétransfert (artésunate suppo)	23 680	20 937	17 107	18 843	16 959	15 263	21 198	133 986
4.1.23	Acquérir des tests de dépistage rapide (TDR)	50 691 012	59 003 399	48 209 306	50 421 960	47 792 753	43 013 478	48 911 658	348 043 565
5	Axe stratégique 5 - Amélioration des services offerts aux populations clés	-	288 684	19 686	19 686	19 686	19 686	19 686	387 113
5.1	DPS 7 : Populations clés et groupements spéciaux	-	288 684	19 686	19 686	19 686	19 686	19 686	387 113
5.1.01	Désigner et équiper un point focal chargé des services aux populations clés	-	48 956	-	-	-	-	-	48 956
5.1.02	Elaborer une cartographie des populations clés dans les 18 provinces, évaluation des besoins de	-	84 435	-	-	-	-	-	84 435

Réf	AXE STRATEGIQUE/DPS/ACTIVITES	Besoins de financeme							TOTAL
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
	prévention et de prise en charge des populations clés, étude sur le risque et la vulnérabilité des populations clés								
5.1.03	Organiser un atelier de présentation et validation du rapport de la cartographie	-	1 173	-	-	-	-	-	1 173
5.1.04	Organiser un atelier transfrontalier pour l'analyse de la situation et élaboration du plan de mise en œuvre	-	130 278	-	-	-	-	-	130 278
5.1.05	Organiser un atelier d'élaboration du plan d'action transfrontalier entre le Burundi, le Rwanda, la Tanzanie et la RDC pour le suivi et la continuité de l'offre de services des populations clés en déplacement (les populations vivant dans les camps de réfugiés ou de transit et toutes autres populations en fréquents déplacements entre ces pays).	-	4 156	-	-	-	-	-	4 156
5.1.06	Organiser 1 mission de terrain de 5 jours par trimestre pour le suivi de la continuité de l'offre de services des populations clés	-	19 686	19 686	19 686	19 686	19 686	19 686	118 114
6	Axe stratégique 6 -Renforcement du cadre de communication	336 351	367 806	476 963	336 351	336 351	336 351	336 351	2 526 523
6.1	DPS 8 : Communication et Mobilisation sociale	351	367 806	476 963	336 351	336 351	336 351	336 351	2 526 523
6.1.01	Procéder à la revue du plan de communication aligné au PSN 2021- 2027	-	11 288	-	-	-	-	-	11 288
6.1.02	Recruter un Consultant pour la revue et l'élaboration du plan de communication aligné au PSN REVU	-	8 808	-	-	-	-	-	8 808
6.1.03	Organiser un atelier de validation du plan de communication revu	-	2 099	-	-	-	-	-	2 099
6.1.04	Produire et diffuser des émissions spécifiques dans les radios communautaires au niveau des zones à haut risque d'épidémie et au niveau des autres districts (36 diffusions de spots par trimestre et 3émission par trimestre) à partir du T1 2021	43 207	43 207	43 207	207	43 207	43 207	43 207	302 446

6.1.05	Produire et diffuser trimestriellement des spots publicitaires dans les radios communautaires au niveau des zones à haut risque d'épidémie et au niveau des autres districts (36 diffusions de spots par trimestre et 3émission par trimestre) à partir du T1 2021	2 034	2 034	2 034	2 034	2 034	2 034	2 034	14 240
6.1.06	Diffuser le spot dans les radios	9 265	9 265	9 265	9 265	9 265	9 265	9 265	64 854
6.1.07	Diffuser les spots TV dans la station TV (02 Diffusions par trimestre) à partir du T1 2021	14 720	14 720	14 720	14 720	14 720	14 720	14 720	103 040
6.1.08	Diffuser des spots TV (4)	6 912	6 912	6 912	6 912	6 912	6 912	6 912	48 384
6.1.09	Diffuser des SMS sur le paludisme à travers les usagers des opérateurs téléphoniques (60 messages clés trimestriellement) à partir de T1 2021	9 792	9 792	9 792	9 792	9 792	9 792	9 792	68 543
6.1.10	Diffuser trimestriellement "Agashi audio du PMC" sur le paludisme à partir du T1 2021	819	819	819	819	819	819	819	5 730
6.1.11	Animer des séances de sensibilisation couplée aux jeux concours par un film éducatif sur la lutte contre le paludisme dans les ECOFO et communautaire à partir de T1 2021	10 700	10 700	10 700	10 700	10 700	10 700	10 700	74 898

Réf	AXE STRATEGIQUE/DPS/ACTIVITES	Besoins de financements							TOTAL
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
6.1.12	Dialogue communautaire pour les activités de lutte contre le paludisme est mené à partir de T1 2021	24 493	24 493	24 493	24 493	24 493	24 493	24 493	171 448
6.1.13	Former le personnel du PNILP en techniques de communication pour le Développement (C4D) en T1 2022	-	9 261	-	-	-	-	-	9 261
6.1.14	Sensibilisation à l'occasion de la PID avant la PID	1 516	1 516	1 516	1 516	1 516	1 516	1 516	10 615
6.1.15	Sensibilisation à l'occasion de la PID pendant la PID	4 018	4 018	4 018	4 018	4 018	4 018	4 018	28 124
6.1.16	Organiser des descentes des journalistes suivant 2 itinéraires pour la production des émissions pendant le le dénombrement et l'opération de PID	5 705	5 705	5 705	5 705	5 705	5 705	5 705	39 936
6.1.17	Organiser un atelier de plaidoyer en faveur de "zéro Paludisme je m'engage"	1 518	1 518	1 518	1 518	1 518	1 518	1 518	10 627
6.1.18	Organiser le lancement officiel " zero paludisme commence par moi " sous le haut patronage Premier Ministre	24 746	24 746	24 746	24 746	24 746	24 746	24 746	173 220
6.1.19	Recycler et superviser les ASC et TPS sur la communication pour l'adhésion au TPIg, l'utilisation correcte de la MILDA, CPN précoce, consultation précoce, prise correcte des médicaments et hygiène au tour des ménages à partir du T1 2021	120 260	120 260	120 260	120 260	120 260	120 260	120 260	841 822
6.1.20	Célébrer la journée Mondiale de lutte contre le Paludisme	56 647	56 647	56 647	56 647	56 647	56 647	56 647	396 527
6.1.21	Mener une étude anthropologique et une enquête sur l'évaluation des étapes du changement de comportement	-	-	140 612	-	-	-	-	140 612
7	Axe stratégique 7 la Surveillance et de la Riposte. -Amélioration de	-	787 758	257 714	221 314	673 293	221 314	221 314	2 382 706

7.1	DPS 9 : Surveillance et Riposte	-	787 758	257 714	221 314	673 293	221 314	221 314	2 382 706
7.1.01	Créer une unité de surveillance auprès du PNILP	-	48 956	-	-	-	-	-	48 956
7.1.02	Recruter un consultant international pour former le personnel sur les méthodes de cartographie et de modélisation	-	11 160	-	-	-	-	-	11 160
7.1.03	Former le personnel du niveau central sur les méthodes de cartographie et de modélisation	-	16 918	-	-	-	-	-	16 918
7.1.04	Recruter un consultant international et un consultant national en 2022 pour l'élaboration du guide des normes et directives de gestion des épidémies du paludisme	-	16 706	-	-	-	-	-	16 706
7.1.05	Organiser une retraite pour l'élaboration du guide des normes et directives de gestion des épidémies du paludisme	-	4 035	-	-	-	-	-	4 035
7.1.06	Organiser un atelier de validation du guide des normes et directives de gestion des épidémies du paludisme	-	851	-	-	-	-	-	851
7.1.07	Organiser deux visites d'échange d'expériences sur l'utilisation des données multisectorielles (Météo, agriculture, etc) (8 personnes sont envoyées dans un pays qui a déjà mis en place la stratégie (4 au Kenya et 4 au Ghana)	-	-	36 400	-	-	-	-	36 400
7.1.08	Organiser un atelier d'élaboration et un atelier de validation d'une fiche d'investigation sur le paludisme	-	15 837	-	-	-	-	-	15 837
7.1.09	Actualiser annuellement un plan de préparation et de riposte aux épidémies du paludisme (le plan de riposte aux épidémies sera adapté en fonction de la situation . Atelier de 10 personnes pendant 3 jours à Bujumbura chaque année).	-	4 037	4 037	4 037	4 037	4 037	4 037	24 220

Réf	AXE STRATEGIQUE/DPS/ACTIVITES	Besoins de financeme							TOTAL
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
7.1.10	Organiser un atelier de validation du plan de préparation et de riposte aux épidémies du paludisme	-	10 389	10 389	10 389	10 389	10 389	10 389	62 331
7.1.11	- Organiser les Activités de la riposte: Prépositionner les intrants au niveau central à déployer en cas de besoin (Calculé sur base d'expériences des épidémies (CTA,insecticides,TDRs,MIILDA,Pommes, etc) Prévoir les stocks de sécurité) - Assurer un appui aux équipes d'interventions (Calculé sur base d'expérience des épidémies) - Organiser les sites avancés des soins dans les districts clés quand les seuils d'alerte sont dépassés pendant plus de 3 semaines (Calculé sur base d'expérience des épidémies)	-	206 889	206 889	206 889	206 889	206 889	206 889	1 241 331
7.1.12	Recruter un Consultant international pour former/recycler les prestataires des soins à tous les niveaux sur l'outil de suivi des seuils épidémiques	-	6 360	-	-	6 360	-	-	12 720
7.1.13	Former un pool de 15 formateurs nationaux sur l'outil de suivi des seuils épidémiques	-	2 754	-	-	2 754	-	-	5 509

7.1.14	Former des superviseurs/formateurs Intermédiaires sur l'outil de suivi des seuils épidémiques : 4 sessions de 35 cadres des BPS et BDS pendant 5 jours	-	35 312	-	-	35 312	-	-	70 624
7.1.15	Assurer des formations en cascade sur le suivi des seuils épidémiques: 46 sessions de 35 participants pendant 5 jours	-	407 554	-	-	407 554	-	-	815 107
7.1.16	Acquérir un équipement technique du laboratoire d'entomologie : PCR et autres	-	50 999	-	-	-	-	-	50 999
7.1.17	Evaluer le système de surveillance du Paludisme au Burundi	-	16 706	-	-	-	-	-	16 706
7.1.18	Organiser un atelier de définition et d'élaboration des stratégies de surveillance en rapport avec les faciès épidémiologiques	-	4 035	-	-	-	-	-	4 035
8	Axe stratégique 8 - Amélioration du cadre Suivi Evaluation	-	349 516	48 329	44 375	42 968	44 375	42 968	572 531
8.1	DPS 10 : Suivi-Evaluation	-	349 516	48 329	44 375	42 968	44 375	42 968	572 531
8.1.01	Recruter un Consultant pour la mise à jour du plan M&E	-	4 576	-	-	-	-	-	4 576
8.1.02	Organiser un atelier de validation plan M&E	-	851	-	-	-	-	-	851
8.1.03	Organiser un atelier pour l'élaboration du guide d'analyse des données sur le paludisme	-	4 035	-	-	-	-	-	4 035
8.1.04	Organiser un atelier de validation du guide d'analyse des données sur le paludisme avant fin 2024	-	-	5 362	-	-	-	-	5 362
8.1.05	Organiser semestriellement un atelier de revue et d'échange sur les indicateurs de lutte contre le paludisme avec les BPS, BDS et partenaires	-	3 642	-	-	-	-	-	3 642
8.1.06	Organiser un atelier régional de diffusion du plan de S&E en 2022	-	283 554	-	-	-	-	-	283 554
8.1.07	Organiser un atelier de coordination des partenaires techniques et financiers trimestriellement	-	8 481	-	-	-	-	-	8 481
8.1.08	Organiser une réunion annuelle du groupe thématique S&E et recherche pour actualiser les thématiques prioritaires de recherche en matière de paludisme	-	1 714	1 714	1 714	1 714	1 714	1 714	10 281
8.1.09	Organiser une réunion annuelle du groupe thématique S&E et recherche pour planifier les enquêtes dont les ressources sont certaines	-	474	474	474	474	474	474	2 846
Réf	AXE STRATEGIQUE/DPS/ACTIVITES	Besoins de financement							TOTAL
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
8.1.10	Organiser biennuellement un atelier de renforcement des capacités du personnel du PNILP sur l'exploitation et l'utilisation des résultats de recherche	-	1 408	-	1 408	-	1 408	-	4 223
8.1.11	Organiser annuellement un atelier de renforcement des capacités du personnel du PNILP sur l'exploitation des bases de données des événements spéciaux pendant 5 jours à l'intérieur du pays a	-	4 744	4 744	4 744	4 744	4 744	4 744	28 466
8.1.12	Organiser annuellement un atelier régional de renforcement des capacités des cadres des BDS/BPS sur la mise à jour et l'utilisation des courbes de suivi des seuils d'interventions aux centres de santé	-	4 744	4 744	4 744	4 744	4 744	4 744	28 466

8.1.13	Organiser annuellement un atelier de renforcement des capacités des cadres du niveau central, intermédiaire et périphérique en traitement, analyse et utilisation des données multisectorielles dans la planification des interventions	-	31 291	31 291	31 291	31 291	31 291	31 291	187 747
8.1.14	Former le personnel du service S&E dans les domaines clés tels que l'épidémiologie d'intervention en 2023	-	39 034	39 034	39 034	39 034	39 034	39 034	234 206

