

REPUBLIQUE DU BURUNDI



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

PROGRAMME NATIONAL INTEGRE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES
TROPICALES NEGLIGEEES ET LA CECITE

PLAN DIRECTEUR DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NEGLIGEEES AU BURUNDI 2016-2020



Mars 2017

TABLE DES MATIERES

Abréviations et acronymes	iii
Préface	vi
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE LA SITUATION	3
1. PROFIL DU PAYS	3
1.1.1. Situation géographique	3
a. Hydrographie	3
b. Végétation	6
c. Climat	6
1.1.2. Structure administrative, démographique et communautaire	7
a. Structure administrative	7
b. Structure démographique	7
c. Organisation sociale de la communauté	8
1.1.3. Situation et indicateurs socio-économiques	9
1.1.4. Communication et transport	12
a. Principaux modes de communication	12
b. Principaux modes de transport	12
1.2. ANALYSE SITUATIONNELLE DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE	13
1.2.1. Buts et priorité du système national de santé	13
1.2.2. Analyse du système national de santé dans son ensemble	14
1.2.2.1. Prestations des services	14
a. Structure du système national de santé et l'organisation de l'offre de soins	14
b. Accès aux services de santé et leur utilisation	15
1.2.2.2. Ressources humaines	16
1.2.2.3. Informations sanitaires	16
1.2.2.4. Produits médicaux	17
1.2.2.5. Financement de la santé	17
a. Approches de financement	17
b. Sources de financement	17
1.2.2.6. Leadership et gouvernance	18
1.2.2.7. Collaboration intersectorielle	19
1.3. ANALYSE DE LA SITUATION DES MTN AU BURUNDI	20
1.3.1. Epidémiologie et fardeau des MTN	21
1.3.1.1. L'onchocercose	21
1.3.1.2. Les géohelminthiases	22
1.3.1.3. La schistosomiase	23
1.3.1.4. Le trachome	24
1.3.1.5. La filariose lymphatique	25

1.3.1.6. La lèpre	26
1.3.1.7. La trypanosomiase humaine africaine	27
1.3.1.8. Les autres MTN	27
1.3.2. Mise en œuvre du programme MTN	29
1.3.2.1. Historique du programme	29
1.3.2.2. Les interventions pour les maladies nécessitant une chimiothérapie préventive	29
1.4 FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES, MENACES, GAPS ET PRIORITES	43
1.4.1 Forces faiblesses opportunités menaces	43
1.4.2 Gaps et Priorités	45
DEUXIEME PARTIE : AGENDA STRATEGIQUE	47
2.1. MISSION , VISION ET BUTS DU PROGRAMME MTN :.....	48
2.1.1 Mission du programme MTN.....	48
2.1.2 Vision du programme MTN	48
2.1.3 Buts du programme MTN :	48
2.2 PRINCIPES DIRECTEURS ET PRIORITES STRATEGIQUES.....	48
2.2.1 Principes Directeurs	48
2.2.2 Priorités Stratégiques	48
2.3 BUTS , OBJECTIFS, STRATÉGIES, CIBLES POUR CHAQUE MTN	48
2.3.1 : Buts mondiaux et nationaux	48
2.3.2 : Objectifs et stratégies du programme MTN	48
2.3.3 : Objectifs, Interventions, Chaîne de distribution, Population Cible par MTN	48
2.4 INDICATEURS, VALEURS ET JALONS DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN	49
A. Indicateurs de résultats, Valeurs et Jalons pour chaque MTN	49
B. Indicateurs d'impact, Valeurs et Jalons pour chaque MTN	51
TROISIEME PARTIE : CADRE LOGIQUE	56
3.1 PRIORITE STRATEGIQUE 1 : Mise à l'échelle l'accès des interventions de lutte contre les MTN renforcement des capacités de prestation des services	57
3.1.1 Mise à l'échelle des interventions de chimiothérapie préventive	57
3.1.2 Mise à l'échelle Interventions de prise en charge de cas	58
3.1.3. Mise à l'échelle des interventions visant le contrôle de la transmission des MTN.....	63
3.1. 4 Activités de pharmaco vigilance pour la lutte des MTN.....	65
3.4 PRIORITE STRATEGIQUE 2 : Renforcement des capacités des ressources humaines à tous les niveaux du système national de santé dans la mise en œuvre du programme de lutte contre les MTN ...	72

3.5 PRIORITE STRATEGIQUE 3 Renforcement de la planification axée sur les résultats la mobilisation des ressources et la durabilité du programme MTN.....	75
3.6 PRIORITE STRATEGIQUE 4 Renforcement de l'appropriation du programme par le gouvernement, le plaidoyer, la coordination et la collaboration multisectorielle	79
3.7 Suivi et évaluation	85
BUDGET	86
Annexes	87
Partie 1 : Analyse de la situation	88
Partie 2 : Cadre opérationnel	97

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AMS	: Assemblée Mondiale de la Santé (WHA)
APOC	: African Program for Onchocerciasis Control
ARCT	: Autorité de Régulation et de Contrôle des Télécommunications
ASC	: Agent de Santé Communautaire
BM	: Banque Mondiale
CBM	: Christoffel Blinden Mission
CCC	: Communication pour un Changement de Comportement
CDS	: Centre de santé
CSLP	: Cadre Stratégique de croissance et de Lutte contre la Pauvreté
CTP	: Chimiothérapie préventive
DCM	: Distributeur Communautaire de Médicaments
DEC	: Di-Ethyl Carbamazine
DGHER	: Direction Générale de l'Hydraulique et des Energies Rurales
DGP	: Direction Générale de la Planification
DHIS2	: District Health Information Software, version 2
DMM	: Distribution de Masse des Médicaments
EAS	: Enfant d'Age Scolaire
ECDS	: Equipe Cadre du District Sanitaire
ESG	: Effet Secondaire Grave
ESPEN	: Extended Special Program for Elimination of Neglected tropical diseases
Fbu	: Franc burundais
FH	: Food for the hungry
FL	: Filariose Lymphatique
Fig.	: Figure
GPELF	: Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis
GTTN	: Groupe Technique de Travail National
Hab.	: Habitant

HTS	: Helminthiases Transmises par le Sol
IDC	: Interventions sous Directives Communautaires
IEC	: Information Education et Communication
ISTEEBU	: Institut des Statistiques et des Etudes Economiques du Burundi
ITI	: International Trachoma Initiative
JSE	: Journées de Santé de l'Enfance
MDP	: Mectizan Donation Program
MII	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
OAG	: Observation d'Action Gouvernementale
OCP	: Onchocerciasis Control Program
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OMS/AFRO	: Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONGD	: Organisation Non Gouvernementale de Développement
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PDM	: Programme de Donation du Mectizan
PELF	: Programme d'Elimination de la Filariose Lymphatique
PIB	: Produit Intérieur Brut
PIDR	: Pulvérisation Intra Domiciliaire Résiduelle
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNIMTNC	: Programme National Intégré de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité
PNLT	: Programme National Lèpre et Tuberculose
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
P.S.	: Priorité Stratégique
RDC	: République Démocratique du Congo

REA	: Rapid Epimiological Assment
REMO	: Rapid Epidemiological Mapping of Onchorcerciasis
RN	: Route Nationale
RP	: Route Provinciale
SCI	: Schistosomiasis Control Initiative
SHTS	: Schistosomiase et Helminthiases Transmises par le Sol
SIMR	: Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SIS	: Système d'Information Sanitaire
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SSME	: Semaine Santé Mère-Enfant
STH	: Soils Transmetted Helminths
TIDC	: Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires
THA	: Trypanosomiase Humaine Africaine
UB	: Ulcère de Buruli
UME	: Unité de Mise en Œuvre
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund
USAID	: United States Agency for International Development
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
WV	: World Vision

PREFACE

Au Burundi, les Maladies Tropicales Négligées (MTN) constituent toujours un problème de santé publique. Pour rappel, c'est en 2010 qu'un programme national chargé de lutter contre cette catégorie de pathologies fut créé par le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA, ré-exprimant ainsi son engagement politique à promouvoir la santé de la population burundaise dans tous ses aspects. La mise en place du programme a été vite suivie de l'élaboration de la politique nationale de lutte contre les maladies tropicales négligées, à l'issue d'une large consultation des partenaires. Dès lors, un plan stratégique (plan directeur) a été élaboré ; celui-ci indiquait les principales interventions à mener en vue de marquer les premiers jalons dans la réalisation d'*un Burundi libéré des MTN*, eu égard à la vision exprimée à travers la Politique Nationale de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées.

Au terme du premier plan quinquennal, les résultats enregistrés ont été encourageants. En effet, le programme régulier d'administration de masse des médicaments a permis de réduire drastiquement l'ampleur des MTN à chimiothérapie préventive, qui sont quasiment les seules endémiques au pays. C'est ainsi que certains acteurs intéressés rêvent d'expérimenter l'élimination de certaines MTN telles que la schistosomiase intestinale, l'onchocercose, ... dans certains pays, y compris le Burundi. Il va sans dire que malgré les succès obtenus, le chantier reste énorme et requiert autant d'enthousiasme.

Ainsi, le présent Plan directeur 2016-2020 vient assurer la continuité de la mise en œuvre du Programme MTN. Il répond en outre à l'impérieuse nécessité d'alignement à la période de planification stratégique du MSPLS ainsi qu'au plan régional de lutte contre les MTN.

Par ailleurs, des bases factuelles ont montré que la lutte contre les maladies tropicales négligées contribue à l'atteinte de plusieurs des objectifs mondiaux pour le développement durable. Ainsi, notre souci a été constamment de s'assurer que les stratégies proposées soient cohérentes avec les priorités, les buts et les objectifs nationaux, régionaux et mondiaux d'une part, et qu'elles soient suffisamment claires pour toutes les parties prenantes d'autre part.

L'objectif ultime du présent Plan directeur de lutte contre les MTN 2016-2020 assorti du budget estimatif pour sa mise en œuvre, est qu'il puisse servir effectivement de base pour les futures planifications opérationnelles et l'alignement des intervenants en matière de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées.

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

Dr Josiane NIMBERE

Introduction

L'OMS définit les Maladies Tropicales Négligées (MTN) comme les maladies affectant presque exclusivement les populations pauvres dans les régions rurales et les quartiers urbains défavorisés des pays à faible revenu. Les populations les plus touchées vivent souvent dans les zones tropicales et subtropicales du monde. Un milliard d'individus (soit une personne sur six de la population mondiale) souffrent d'une ou de plusieurs MTN à la fois ; plus de 70 % de pays sont touchés par deux ou plusieurs de ces maladies, 28 pays sont affligés par plus de six de ces maladies simultanément.

Outre leurs répercussions négatives sur la santé, les MTN participent à un cycle continu de pauvreté et à une stigmatisation qui empêchent des dizaines de millions de personnes de travailler, d'aller à l'école ou de participer à la vie familiale et sociale. Au niveau national, souvent ces maladies sont ignorées, mal documentées et silencieuses. Le manque de statistiques fiables entrave les efforts visant à les faire sortir de l'ombre.

Le plan quinquennal (2016-2020) de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (MTN) appelé Plan Directeur est un outil essentiel pour la planification et la mise en œuvre effective du programme de lutte contre les MTN viable dans la Région Africaine.

Le but final dudit plan est de rendre, d'ici 2020, le programme national de lutte contre les MTN intégré, viable et capable de réaliser de manière efficiente l'ensemble des stratégies spécifiques à chaque MTN afin d'arriver à leur élimination en tant que problèmes de santé publique au Burundi. Il viendra assurer la continuité de la mise en œuvre du programme MTN (2011-2015) avec comme missions de poursuivre les buts, les priorités, les objectifs et les stratégies de lutte sur base de l'analyse de la situation des Maladies Tropicales Négligées au Burundi.

En plus, le plan directeur de lutte contre les MTN mettra en place des scénarios et des stratégies pour la mobilisation des ressources nécessaires à travers la collaboration inter sectorielle.

Ce plan directeur apporte à la mise en œuvre du programme MTN une perspective qui :

- assure que les stratégies dans le plan sont suffisamment complètes (comprenant à la fois les MTN évitables par la Chimiothérapie Préventive (CTP) et les MTN à prise en charge des cas (PCC)) et basées sur les priorités, cibles et objectifs régionaux ;
- encourage la planification par priorités stratégiques nationales plutôt que par maladie ou initiative ;
- intègre et consolide les activités avec d'autres interventions de santé et au sein même du programme de lutte contre les MTN, afin de résoudre des problèmes communs ;
- évalue les coûts et le financement du plan directeur du programme MTN en vue d'assurer la viabilité financière et lier le programme MTN à la planification et aux mécanismes de financement du secteur de la santé ;

- offre une base solide pour les plans de travail MTN annuels des pays.

Donc, l'élaboration du plan directeur est un processus qui repose sur l'analyse de la situation des MTN et une planification harmonisée axée sur la priorisation dans le cadre de la mobilisation des ressources et des partenaires pour appuyer le pays.

Enfin, ce document sera la base pour une mise en œuvre harmonieuse et le monitoring de performance de toutes les interventions de lutte contre les MTN dans le pays. Le progrès dans la mise en œuvre des activités planifiées ainsi que la performance et les produits du programme seront suivis régulièrement et évalués à des intervalles appropriés. Des consultations internes avec toutes les parties prenantes serviront de plateformes pour la revue des progrès et des leçons apprises à partir desquels le plan directeur pourrait être mis à jour ou révisé au besoin.

C'est pour cette raison que le Gouvernement du Burundi à travers le MSPLS a recommandé d'élaborer et de mettre en œuvre le plan stratégique pluriannuel de lutte contre les MTN (2016 -2020), en y précisant les priorités stratégiques à entreprendre pour lutter contre les MTN afin d'alléger les souffrances de nos populations nécessiteuses.

b. Relief

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

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

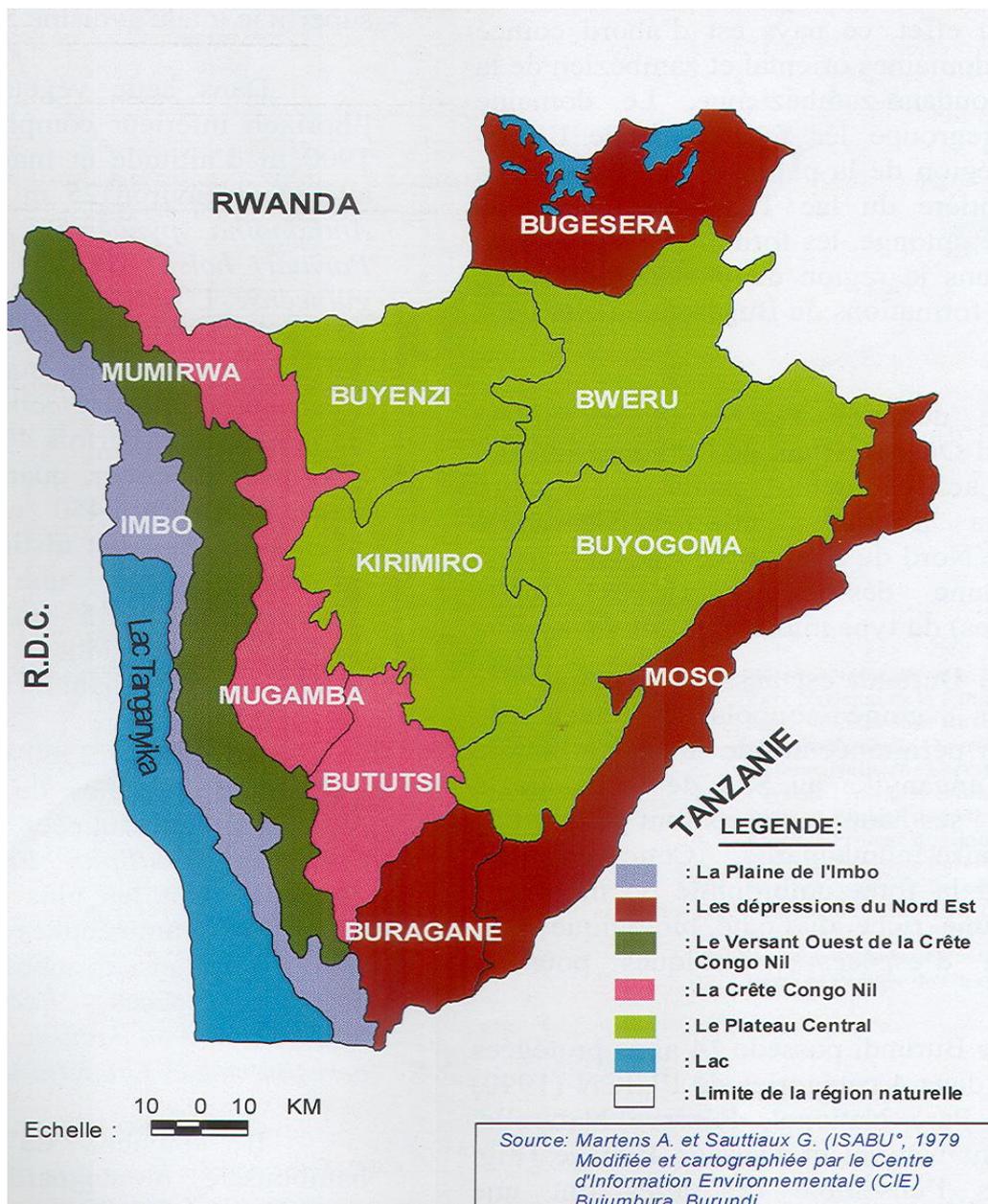


Fig. 3. : Carte des régions naturelles du Burundi

c. Végétation

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

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

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

d. Climat

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

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

La pluviométrie moyenne pour le Burundi est 1274 mm de pluies. C'est au cours du mois d'Avril qu'on observe le plus grand nombre de jours de pluies 16 à 26 (Sinarinzi, 2005).

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

1.1.2. Structure administrative, démographique et communautaire

a. Structure administrative

Au niveau administratif, le Burundi compte 18 Provinces¹, lesquelles s'étendent sur 119 Communes. Ces dernières couvrent un total de 2913 Collines qui sont des entités administratives de base.

b. Structure démographique

Selon le dernier Recensement Général de la population et de l'habitat de 2008 (RGPH), la population burundaise dénombrée était à 8 053 574 millions d'habitants, dont 49% d'hommes et 51% de femmes soit un rapport de masculinité de 97%. La croissance démographique annuelle est de 2,4% et une taille moyenne de 4,7 personnes par ménage, la population burundaise compte un pourcentage important d'enfants et des jeunes gens et de faible proportion de personnes âgées. Les jeunes de moins de 15 ans constituent 44% de la population totale.

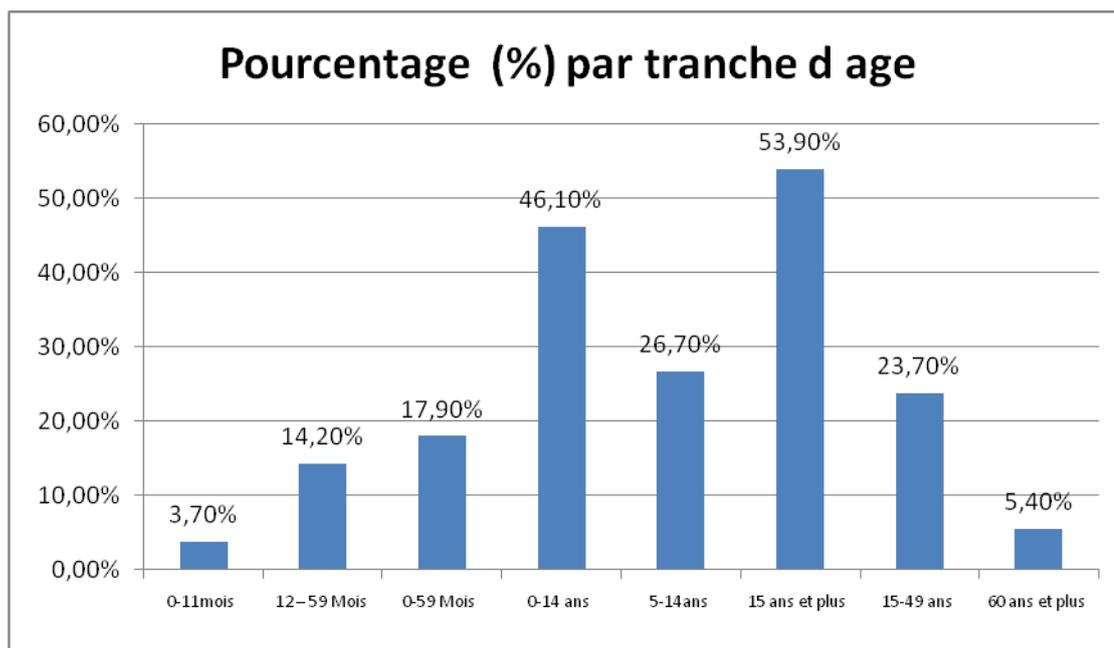
Avec une densité de 310 hab. /km², la population est inégalement répartie sur le territoire national, présentant ainsi un déséquilibre entre les provinces, variant entre 116 ,5 et 474,7 hab. /km² respectivement pour les provinces de Cankuzo et de Kayanza. Selon la même source, seules 10% de la population réside en milieu urbain.

Tableau1 : Projection de la population burundaise par province 2016- 2020

N°	Province	Population totale projetée selon le RGPH de 2008				
		2016	2017	2018	2019	2020
1	Bubanza	408 645	418 452	428 495	438 779	449 310
2	Bujumbura	561 930	575 417	589 227	603 368	617 849
3	Bujumbura Mairie	601 037	615 462	630 233	645 358	660 847
4	Bururi	378 517	387 602	396 904	406 430	416 184
5	Cankuzo	276 690	283 331	290 131	297 094	304 224
6	Cibitoke	556 632	569 991	583 671	597 679	612 023
7	Gitega	876 741	897 783	919 329	941 393	963 987
8	Karusi	527 627	540 290	553 257	566 535	580 132
9	Kayanza	707 720	724 705	742 098	759 908	778 146

¹ Décret portant création de la 18^{ème} province de Rumonge

10	Kirundo	759 515	777 743	796 409	815 523	835 095
11	Makamba	520 925	533 427	546 229	559 339	572 763
12	Muramvya	353 718	362 208	370 901	379 802	388 917
13	Muyinga	764 536	782 884	801 674	820 914	840 616
14	Mwaro	330 210	338 135	346 250	354 560	363 069
15	Ngozi	798 758	817 928	837 558	857 660	878 244
16	Rumonge	425 573	435 787	446 246	456 956	467 923
17	Rutana	403 189	412 865	422 774	432 921	443 311
18	Ruyigi	484 211	495 832	507 732	519 918	532 396
Total		9 736 174	9 969 842	10 209 118	10 454 137	10 705 036



Graphique1 : Pourcentage par tranche d'âge de la population burundaise

C. Organisation sociale de la communauté

Le Burundi compte trois groupes ethniques dont les *Bahutu*, les *Batutsi* et les *Batwa* parlant tous une même langue qui est le *Kirundi*. L'usage d'une seule langue au Burundi constitue un grand atout pour la communication et la transmission de l'information.

L'entité administrative de base au Burundi est la colline (communauté) dirigée par le chef de colline, assisté par quatre conseillers collinaires tous élus par la communauté. La colline est subdivisée en sous-collines (*Agacimbiri*) dirigées par les chefs des sous-collines. Ces dernières sont subdivisées en unités de dix ménages dirigées par les chefs des dix-ménages (*Nyumbakumi*).

En milieu rural, les activités agro pastorales et la pêche constituent la principale occupation. Le rapport sur le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2008, publié en juin 2010, indique que 94,3% de la population dépend de l'agriculture vivrière.

Les grandes périodes pour les activités agricoles couvrent la petite saison de pluie (Octobre à Décembre) et la grande saison des pluies (Mars à Mai).

Les principaux canaux de communication accessibles à la communauté sont la radio, les téléphones mobiles, les annonces dans les églises et mosquées, le relai des agents de santé communautaire et l'administration locale.

Les femmes burundaises sont très actives dans la mobilisation de masse et dans l'animation de la santé communautaire où elles représentent 50% des agents de santé communautaires (ASC)

1.1.3. Indicateurs socio-économiques

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).

Indicateurs économiques

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%, ce qui représentait une augmentation de 0,5% par rapport à 2012. Cette hausse est expliquée par l'expansion des activités minières, manufacturières, de la construction et des services. L'inflation a baissé à 7,9% en 2013 après avoir dépassé 20% au premier trimestre de 2012. Si l'économie burundaise continue de croître à un taux oscillant autour de 5% par an sur la prochaine 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 aux chocs externes, notamment du fait de la volatilité des prix des matières premières particulièrement le pétrole et surtout à sa forte dépendance à 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). Malgré les contre-performances en matière de recouvrement de recettes fiscales et la difficulté à compresser certaines dépenses, le Gouvernement a réussi à baisser le déficit budgétaire de 3,7% en 2012 à moins de 2% en 2013, de même que le taux d'endettement, qui est passé de 35,1% du PIB en 2012 à 31,7% en 2013 (BM, 2014).

• Pauvreté

L'impact désastreux de la guerre s'est traduit par un ralentissement significatif des Performances de l'économie nationale et par un appauvrissement généralisé de la population avec un taux de la pauvreté estimée à 67% en 2006.

En 2009, un PIB par habitants qui n'a pas cessé de baisser de 2007 à 2011 passant de 119\$/hab/an à 102\$/hab/an. Cette pauvreté touche près de 69% des ménages en milieu rural et 34% en milieu urbain. On estime qu'environ huit burundais sur dix vivent en dessous du seuil de pauvreté (moins de 1\$ par jour). Avec des taux d'inflation extrêmement élevés en 2007 (14,5%) et en 2008 (25,7%).

- **Emploi**

Selon le rapport sur le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2008, publié en juin 2010, il indique que 94,3% de la population dépend de l'agriculture vivrière.

Le même rapport indique que 16,5% de la population est sans terre (dont le tiers dans la plaine de l'Imbo), 4,5% louent la terre tandis que le taux de chômage en milieu rural est de 14%. Il est à noter que 7,7% de la population ne survit que de l'aide alimentaire.

- **Education de base**

Ces dernières années, les taux bruts de scolarisation primaire ont continué d'augmenter, atteignant 130,4% en 2009 sous l'effet de la gratuité de l'enseignement primaire. Les taux nets sont passés de 59,8% en 2005 à 72,4% en 2006 et à 89,7% en 2009. La parité garçons/filles s'est encore améliorée (0,97 en 2009). Cependant, le défi reste l'amélioration du taux d'achèvement qui est de 48% et du taux de redoublement au primaire qui reste élevé (35%) ainsi que le taux d'abandon (7,4%) et de rétention scolaire (44%).

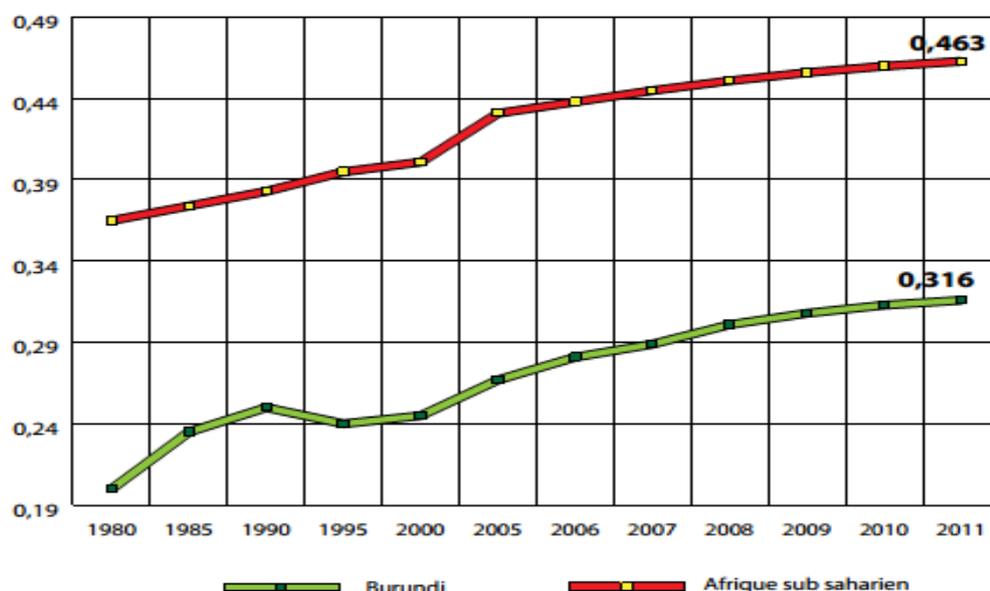
- **Assainissement et couverture en eau potable**

Au niveau national, 75% boivent de l'eau provenant d'une source améliorée dont 44% pour les sources protégées et 23% pour les robinets publics ou bornes fontaines. Parmi les 23% des ménages qui consomment de l'eau d'une source non améliorée, 14% utilisent une source non protégée et 8% de l'eau de surface. La proportion des ménages qui consomment de l'eau salubre est plus élevée en milieu urbain que rural (85% contre 74%).

Dans le domaine de la latrinitation, 60% des ménages burundais utilisent de toilettes non améliorées dont 56% sont des latrines sans dalles. Le niveau d'utilisation des toilettes non améliorées est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain, soit 64% contre 27% (Enquête démographique et de sante au Burundi, 2010).

- **Indice du développement humain**

Selon le document synthèse du cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté (CSLP II), les indicateurs clés de développement sont énoncées comme suit :



Graphique 2 : Indicateurs de développement humain

Tableau 2 : Indicateurs de croissance

Langues : Kirundi, Français			
Superficie	27 830 km ²	Population (2008)	8 053 574
Terres arables	35,57 %	Densité (2008)	310 hab/km ²
Taux d'urbanisation (2008)	10,1%	PIB en 2010 (en milliards de FBU)	1 698
Population en dessous du seuil de pauvreté (2006)	67 %	Secteur par % du PIB (2011)	
Espérance de vie à la naissance (2008)	49,6 ans	Primaire	43%
Classement sur l'Indice de Développement Humain (2011)	185 / 187	Secondaire	16%
Taux brut de scolarisation primaire (2010)	134,6 %	Tertiaire	35%
Taux de mortalité infanto-juvénile (2010)	96 ‰	Inflation fin 2011	14,9%
Taux d'accès à l'eau potable		Ressources budgétaire 2012 (en milliards de FBU)	1 096
Milieu urbain (2009)	83 %	Dont ressources internes	525
Milieu rural (2007)	50 %	Dont ressources externes	499
		Taux de change (Février 2012)	1\$US = 1 400 FBU
		Classement Doing Busines (2012)	169 / 183

(Source : CSLP II)

1.1.4. Communication et Transport

a. Principaux modes de communication

- **Médiatique**

Le paysage médiatique au Burundi se révèle très dynamique avec une chaîne de télévision publique, 3 chaînes de télévision privées ; 12 radios locales couvrant tout le territoire national ; 3 studios de production audiovisuels, 7 agences de presse locales et 28 journaux périodiques.

Selon une étude de l'Institut PANOS en 2008, l'audience des chaînes de télévision varie de 26,7 à 88,7% dans les zones urbaines et de 8,6 à 72% dans les zones rurales. Parmi les radios, elle varie de 19 à 98,4% dans les zones urbaines et de 8,6 à 99% dans les zones rurales.

Malgré le succès de certains groupes théâtraux, les autres canaux de communication culturelle tels que la chanson, la danse et les arts plastiques restent sous-exploités dans la mobilisation et le renforcement des capacités de la population. Par ailleurs, le Cinéma Mobile figure parmi les outils de communication de proximité utilisés pour renforcer la mobilisation communautaire.

- **Téléphonique**

Au Burundi, les abonnés aux réseaux mobiles ont sensiblement augmenté ; passant de 136.709 en 2005 à 3.200.569 abonnés actifs en 2014, soit un taux de pénétration de 1,3% à 30,7% respectivement. Parmi les douze opérateurs, quatre fournissent des services de téléphonie fixe et mobile, sept fournisseurs d'accès Internet et un opérateur d'infrastructures de télécommunications (BBS).

Tableau 3 : Parc d'abonnés pour la téléphonie mobile par opérateur

	UCOM	ONAMOB	AFRICELL	ECONET	LACELL	TOTAL
2005	107 834		17 705	11 170	0	136 709
2006	135 225	0	10 704	11 287	0	157 216
2007	159 000	55 442	10 823	2 300	0	227 565
2008	339 261	74 087	59 465	2 202	0	475 015
2009	660 449	102 014	82 628	66 658	9 000	920 749
2010	1004 311	164 177	163 779	305 760	40 002	1 678 029
2011	1231 196	107 114	163 490	324 277	88 509	1 914 586
2012	1439 828	132 789	162 000	346 364	166 145	2 247 126
2013	1747 379	121 098	160 959	346 364	161 031	2 536 831
2014	1837 960	205 312	53 133	631 854	420 310	3 200 569

(Source : Données de l'ARCT)

b. Principaux modes de Transport

Au Burundi, le système de transport intérieur est constitué essentiellement par le réseau routier : les routes nationales généralement bitumées (RN), les routes provinciales (RP), les routes d'intérêt général et les routes d'intérêt local. Du fait qu'elles ne sont pas

goudronnées, les 3 dernières catégories de routes sont difficilement praticables en période pluvieuse, ce qui exige souvent le recours aux véhicules 4X4.

Le Burundi dispose également d'un réseau de transport lacustre régional (via le lac Tanganyika) assurant la liaison entre Bujumbura et Kalémie en RDC ; Kigoma en Tanzanie et Mpulungu en Zambie.

Bien plus, le Burundi dispose d'une possibilité de transport aérien dont l'aéroport international de Bujumbura assurant l'épicentre (Voir Annexe : Distances séparant la capitale -Bujumbura- et les autres provinces ou centres urbains).

1.2. ANALYSE SITUATIONNELLE DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE

1.2.1. But et priorités du système national de santé

- **But :**

Amener la population au niveau de santé le plus élevé possible en vue de sa pleine participation aux efforts multiformes de développement national durable.

- **Objectifs généraux :**

- Contribuer à la réduction de l'ampleur (incidence, prévalence) et de la gravité (morbidité, mortalité, handicaps, invalidités) des maladies et des problèmes de santé prioritaires (y compris la malnutrition) ;
- Améliorer les performances du système national de santé et du système communautaire ;
- Renforcer la collaboration intersectorielle pour une meilleure santé.

- **Priorités :**

- Le renforcement de la lutte contre la maladie et autres problèmes prioritaires de santé publique, y compris la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
- La santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de la personne âgée ;
- La prévention et la lutte contre la malnutrition (carentielle et par excès) ;
- La prévention, la préparation et la réponse aux urgences et catastrophes naturelles ou d'origines anthropiques ;
- Le renforcement du système national de santé à travers ses piliers et le système de santé communautaire ;
- Le renforcement de la collaboration intersectorielle pour une meilleure santé.

1.2.2. Analyse du système de santé dans son ensemble

1.2. 2.1. Prestation des services

a) Structure du système national de santé et l'organisation de l'offre de soins

Le système de santé du Burundi est organisé en une pyramide sanitaire à quatre niveaux :

- (1) le *niveau central* qui comprend le cabinet du Ministre, le Secrétaire Permanent, l'Inspection Générale de la Santé et de la Lutte contre le Sida, 3 Directions Générales, 10 Départements, 8 Programmes et Projets de Santé dont le Programme National Intégré de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité (PNIMTNC). Il assure l'élaboration des politiques et les stratégies, la planification, la mobilisation des ressources, la gestion, le suivi et l'évaluation des performances, la réglementation et la coordination du secteur. Il organise et coordonne les niveaux intermédiaires et périphériques du système de santé, et leur fournit les moyens administratifs, techniques et logistiques pour leur action.
- (2) le *niveau intermédiaire* avec 18 bureaux provinciaux chargés de la coordination et de l'appui aux districts. Le niveau intermédiaire est responsable de la mise en œuvre des politiques de santé, de la coordination des activités et de la fourniture d'appuis administratifs, techniques et logistiques. Elle assure la distribution équitable et l'utilisation efficiente des ressources aux districts. Dans le cadre de ses responsabilités, le Médecin Directeur de la province sanitaire conseille le Gouverneur de province en matière de santé.
- (3) le *niveau périphérique* est représenté par 46 districts sanitaires considérés comme l'entité opérationnelle de base du système national de santé. Il est constitué d'une base administrative, d'un hôpital de district, et d'un réseau de centres de santé publics, agréés, ou privés. A tous les niveaux du district sanitaire, les décisions sont prises collectivement à travers des comités de santé (COSA) et comités de gestion (COGE) qui servent d'interfaces entre les FOSA et les communautés à la base dans le secteur de la santé.
- (4) la *communauté* joue un rôle dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de santé primaires et la recherche de solutions appropriées aux problèmes locaux de santé et la mobilisation des ressources.

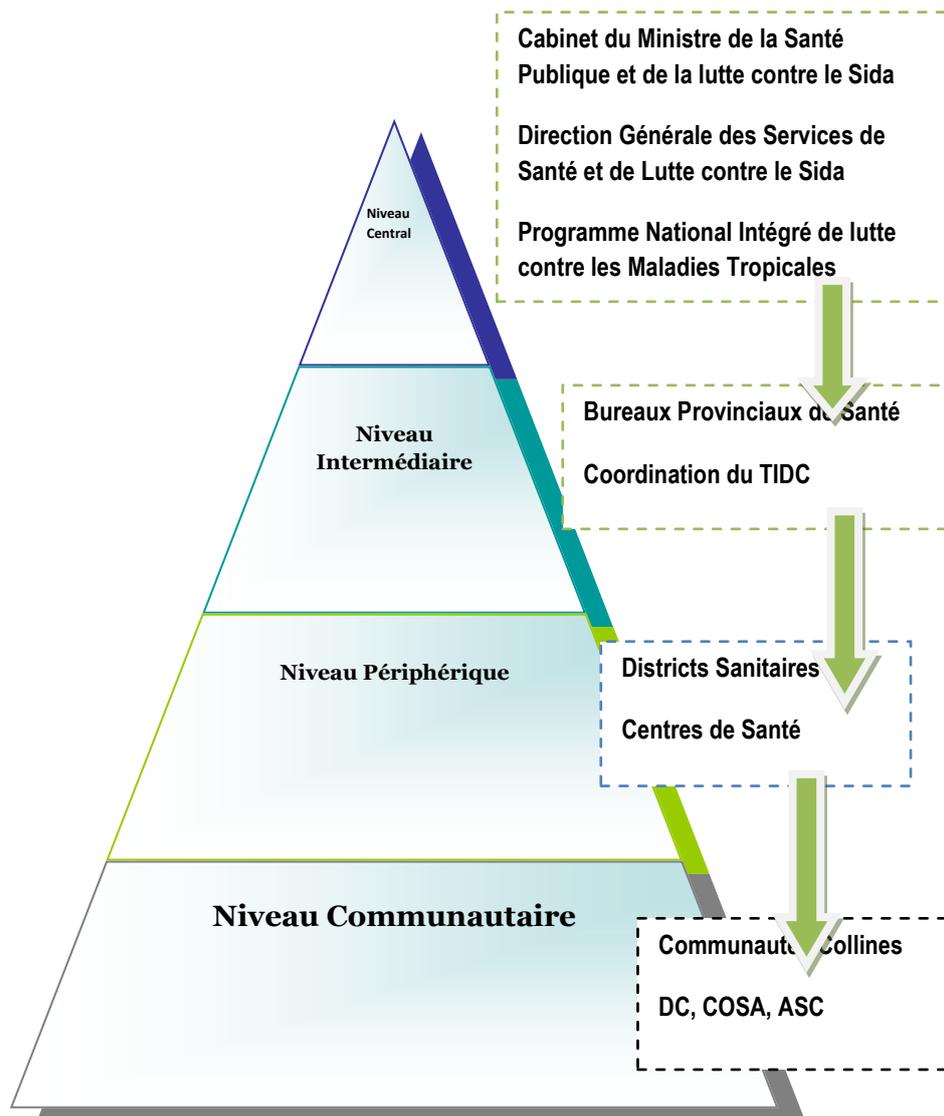


Fig. 4 : Pyramide sanitaire

b) Accès aux services de santé et leur utilisation

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

L'accès géographique et financier a été amélioré plus de 80% de la population ont l'accès à une structure de santé dans un rayon de moins de 5 km.

Entre 2005 et 2013, le nombre des CDS est passé de 573 en 2005 à 897² en 2014 soit 324 CDS construits en 10 ans avec une moyenne de 32,4 CDS construits/an. Durant la même période, le nombre d'hôpitaux est passé de 44 en 2005 à 69 en 2014 soit 25 hôpitaux de plus en 10 ans avec une moyenne de 2,5 hôpitaux construits/an ; ce qui porte le ratio respectivement à 1 CDS pour 10.109 habitants (OMS : 1 CDS/10.000 habitants.) et 1 hôpital pour 131.414 habitants (OMS : 1 hôpital pour 150.000 habitants).

Le taux d'utilisation de services curatifs par habitant et par an a connu une croissance importante passant de 0,38 nouveau cas par habitant et par an en 2005 à 1,66 nouveaux cas par habitant et par an en 2013. Cet indicateur s'établit à 2,2 nouveaux cas par enfant et par an pour les de moins de 5 ans.

1.2.2.2. Ressources humaines

Le passage à l'échelle de la stratégie de Financement Basé sur la Performance et la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans (FBP) en 2010 a eu un impact positif majeur sur la répartition géographique et la rétention du personnel de santé dans le système public de soins. Le nombre de médecins est passé de 200 (en 2007) à 554 (en 2013)³ portant le ratio à 1 médecin pour 16.368 habitants (OMS : 1 médecin pour 10.000 habitants). En 2013, le Burundi compte 6.573 infirmiers toutes les catégories confondues portant le ratio à 1 infirmier pour 1.380 habitants (OMS : 1 infirmier pour 3.000 habitants) bien que 61% (4.005) de cet effectif soit constitué des auxiliaires insuffisamment qualifiés. En 2015, 239 Techniciens de la Promotion de la Santé (TPS) œuvrent au niveau des CDS alors que les normes sanitaires préconisent 1TPS par CDS, soit un gap de 544 TPS.

1.2.2.3. Informations sanitaires

Avec la réforme institutionnelle de 2012, le MSPLS s'est doté d'un nouvel Organigramme qui assure une bonne visibilité aux aspects de planification, d'information sanitaire et de suivi-évaluation au travers d'une Direction générale de la planification (DGP). Le MSPLS dispose d'un site Web : les annuaires statistiques du SNIS ainsi qu'une série d'autres informations relatives aux directions et programmes nationaux de santé et études / recherches diverses sur la santé y sont régulièrement postés.

Le SNIS est standardisé et harmonisé sur tous les hôpitaux et CDS; tandis qu' au niveau communautaire, il est en phase d'initiation. Le processus d'informatisation des dossiers médicaux au niveau des hôpitaux est dans sa phase pilote. Dans le cadre de l'harmonisation des systèmes d'information de l'EAC, le SNIS a adopté un système de gestion des données *on line* (DHIS2) et devra développer une architecture e-Health utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

² Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida : *Annuaire statistiques du Burundi*, 2005-2013.

³ MSPLS : *Cartographie des ressources humaines en Santé*. Rapport 2013 publié en novembre 2014. p20

1.2.2.4. Produits médicaux

Le Burundi a connu d'importantes avancées en matière d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux. La chaîne d'approvisionnement en produits médicaux dans le secteur public est constituée d'une centrale d'achat des médicaments au niveau national (CAMEBU) où les BDS s'approvisionnent. Cependant, des ruptures de stock récurrentes en médicaments essentiels sont observées, amenant les pharmacies de district et les structures de soins à s'approvisionner dans les pharmacies privées.

Selon l'enquête conjointe MSPLS - OMS menée en janvier 2014, la disponibilité moyenne des médicaments est de 42,8% dans le secteur public⁴, 42% dans le secteur privé et 42,9% dans le secteur confessionnel. La Société Industrielle Pharmaceutique (SIPHAR) (Société Industrielle Pharmaceutique) est l'unique producteur de médicaments (génériques) au Burundi et jouit de facto du monopole sur le marché.

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

1.2.2.5. Financement de la santé

a) Approches de financement

Le Burundi a progressé sur la mise en conformité face aux engagements internationaux en termes de financement y compris au regard de la Déclaration d'Abuja (13,7% en 2013 vs 15% prescrits par la Déclaration d'Abuja). La majeure partie du financement de l'État est allouée aux salaires des prestataires de santé.

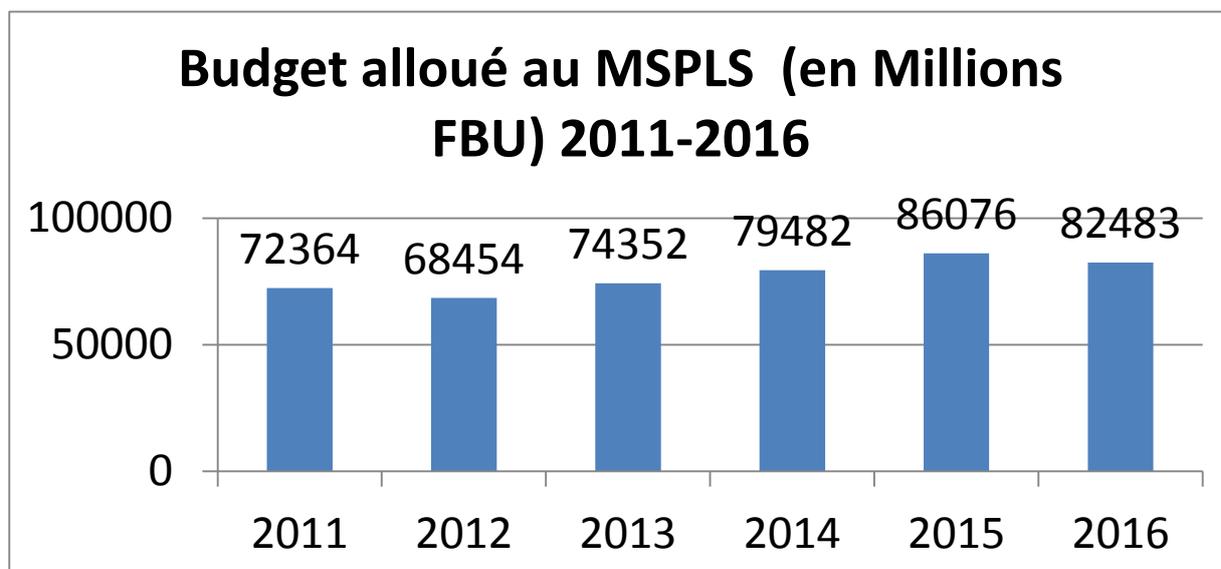
Le Burundi a mis en place plusieurs mécanismes de financement du système de santé dont le financement basé sur la performance (FBP) couplé à la gratuité des soins liés à la grossesse et à l'accouchement et pour les enfants âgés de moins de 5 ans, la Carte d'Assistance Médicale (CAM) et la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) fonctionnelle depuis 1980. Le MSPLS subventionne, par ailleurs, les médicaments antipaludiques de première ligne, les ARV, les antituberculeux et les médicaments contre les MTN. Les mutuelles communautaires s'adressent à environ 2% de la population. Selon les Comptes Nationaux de la Santé (2010), la contribution des ménages couvre environ 30% des dépenses de santé.

b) Sources de financement

Les dépenses prévisionnelles en USD pour les années 2011 à 2016, par source de financement sont les suivantes : on a un total de 570,7 millions USD, soit une dépense

⁴ MSPLS, OMS : *Enquête sur la disponibilité et les prix des médicaments au Burundi*. janvier 2014.

annuelle moyenne par habitant de 23,1 USD. L'Etat, la population, la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) et l'aide extérieure représentent respectivement 21,4%, 24,6%, 5,5% et 47,4% des dépenses totales cumulées⁵.



Graphique 3 : Budget alloué par l'Etat au MSPLS entre 2011 et 2016
(Source : Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida)

Le Gouvernement du Burundi a créé une ligne budgétaire allouée à la lutte contre l'onchocercose depuis 2005 avec la création du programme national de lutte contre l'onchocercose (PNLO). Il intervient également dans l'exonération des médicaments de lutte contre l'onchocercose, la schistosomiase, les géohelminthiases et le trachome.

La Contribution du Gouvernement pour la lutte contre les MTN varie de 12.100.000 Fbu à 50.000.000 Fbu par année civile (2005-2016). Les principales sources de financement pour le programme MTN sont : l'État, OMS/ESPEN, CBM , SCI ,ITI, Food For Hungry et World vision .

1.2.2.6. Leadership et gouvernance

La réforme institutionnelle de 2011 continue de guider le développement du MSPLS. Toutes les approches de planification, de décentralisation, de déconcentration ont connu des progrès importants au travers, notamment, la vulgarisation des démarches de planification et de supervision avec des canevas appropriés.

L'Inspection générale des services de santé et de lutte contre le sida a été renforcée par la création de trois inspections à la tête desquelles se trouve l'Inspection Générale : régulation

⁵ Mission d'étude des coûts et du financement santé au Burundi : *Cadre de dépenses à moyen terme et MBB*. Rapport final, 20 avril 2009

et Accréditation, Inspection des Formations Sanitaires et Inspection des Pharmacies, Médicaments et Laboratoires avec l'élaboration d'un Manuel des procédures d'inspection.

Nonobstant ces acquis, les mécanismes et organes de coordination ainsi que les capacités gestionnaires et managériales des équipes-cadres des districts sanitaires et des bureaux provinciaux doivent être consolidés pour améliorer la fonctionnalité du système de santé au niveau des provinces et des districts sanitaires.

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

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

1.2.2.7. Collaboration intersectorielle

Le MSPLS participe dans de nombreuses commissions interministérielles et continue d'aménager et/ou renforcer des passerelles de collaboration avec d'autres ministères sectoriels dans le cadre du renforcement du dialogue, de la complémentarité et du partenariat intersectoriels avec d'autres secteurs de développement en rapport avec l'amélioration du secteur de la santé. Cette collaboration et cette coordination intersectorielles demandent à être renforcées. C'est ainsi qu'il existe une unité au niveau du PNIMTNC en charge de la collaboration intersectorielle avec les différents intervenants dans la lutte contre les MTN : Ministère de l'Éducation, Ministère de l'Agriculture et de l'Élevage, Ministère de l'Eau de l'Environnement et de l'Urbanisme, Ministère de la Communication, Ministère de l'intérieur.

Tableau 4 : Domaines de collaboration avec les autres Ministères

Ministère/Institution	Domaines de collaboration
Ministère de l'éducation, de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique	<ul style="list-style-type: none"> • Distribution de masse des médicaments dans les écoles ; • Diffusion des affiches et dépliants sur les MTN ; • Mobilisation des écoliers à la prise de médicament ; • Réalisation des cartographies et des études d'impact ; • Suivi - évaluation des activités du PNIMTNC ; • Recherche opérationnelle.
Ministère des postes, des technologies de l'information, de la communication et medias	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation des ateliers media ; • Production et diffusion des spots santé, des affiches, des messages pour la sensibilisation des populations sur la lutte et la prévention contre les MTN.
Ministère de l'intérieur et de la formation patriotique	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation des populations à l'adhésion au programme de prise de médicaments ; • Supervision de la distribution de masse des médicaments.
Universités publiques et privées	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche opérationnel.
Ministère de l'Agriculture et de l'Élevage Département vétérinaire	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance, prévention et PEC des cas de rage
Ministère de l'eau, de l'environnement, de l'aménagement du territoire et de l'urbanisme	<ul style="list-style-type: none"> • Planification, mise en œuvre, suivi-évaluation dans le volet WASH (Water, Sanitation and Hygiene).

1.3. ANALYSE DE LA SITUATION DES MTN AU BURUNDI

Au Burundi, les Maladies Tropicales Négligées pour lesquelles les données épidémiologiques sont disponibles sont : l'onchocercose, la schistosomiase, les géo helminthiases (l'ascaridiose, l'ankylostomiase, la trichocéphalose), la filariose lymphatique, le trachome et la lèpre. Pour les autres MTN (la rage, la cysticercose, l'ulcère de Buruli, la THA,...), les données épidémiologiques restent méconnues malgré les cas sporadiques diagnostiqués.

Le tableau 5 ci-dessous illustre les MTN à CTP avec les populations à risque et populations traitées lors de la distribution de masse des médicaments (DMM) durant la période de 2011 à 2015.

Tableau 5 : Historique des traitements de 2011 à 2015

MTN/CTP	2011		2012		2013		2014		2015	
	PC	PT								
Onchocercose	1 469 604	1 176 498	1 498 296	1 204 361	1 542 332	1 245 115	1 592 036	1 286 540	1 664 143	1 352 797
Schistosomiase	650 573	624 717	656 131	652 888	ND	0	639007	634962	810023	717141
STH 1 ^{er} tour	3 636 258	3 714 853	3 641 141	3 940 280	3 708 615	3 830 922	3 797 622	3 867 273	4 207 969	4 138 629
STH 2 ^{ème} tour	3 636 258	3 779 586	3 641 141	3 977 190	3 708 615	3 864 288	3 797 622	3 932 204	4 207 969	4 024 109
Trachome	ND	0	828 443	819 028	59027	53833	ND	0	ND	0

PC : Population cible PT : Population traitée ND : Non disponible

1.3.1. Epidémiologie et fardeau des MTN

1.3.1.1. L'onchocercose

Au Burundi, l'onchocercose est connue comme méso ou hyper-endémique dans 11 Districts sanitaires sur les 46 que compte le pays d'après les enquêtes REMO menées en 2001, 2002 et 2003 et REA 2005. D'après ces dernières, des prévalences nodulaires variant de 0 à 83,3% avaient été enregistrées dans 125 collines /communautés enquêtées. En 2016, la population à risque était estimée à 1.704.082 personnes. Ces districts endémiques sont : Bubanza, Bugarama, Bururi, Cibitoke, Gihofi, Mabayi, Makamba, Matana, Mpanda, Rumonge et Rutana.

Depuis 2005, le Burundi a initié la stratégie de « Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) » dans 369 communautés où la prévalence nodulaire était supérieure ou égale 20%. Ainsi, des campagnes de distribution de masse du Mectizan ont été annuellement organisées depuis 2005, à l'issue desquelles les couvertures thérapeutiques n'ont cessé de s'améliorer jusqu'à atteindre le seuil de 80% à partir de 2010.

Les évaluations épidémiologiques phase 1a et 1b menées en 2012 – 2014 ont enregistré une charge microfilarienne presque nulle dans 75 collines enquêtées sur une population de 27.640 personnes examinées. L'évaluation entomologique est nécessaire pour confirmer le passage vers l'élimination de la transmission de l'infection de l'onchocercose.

Sur le plan national, l'endémicité de l'onchocercose se présente comme suit :

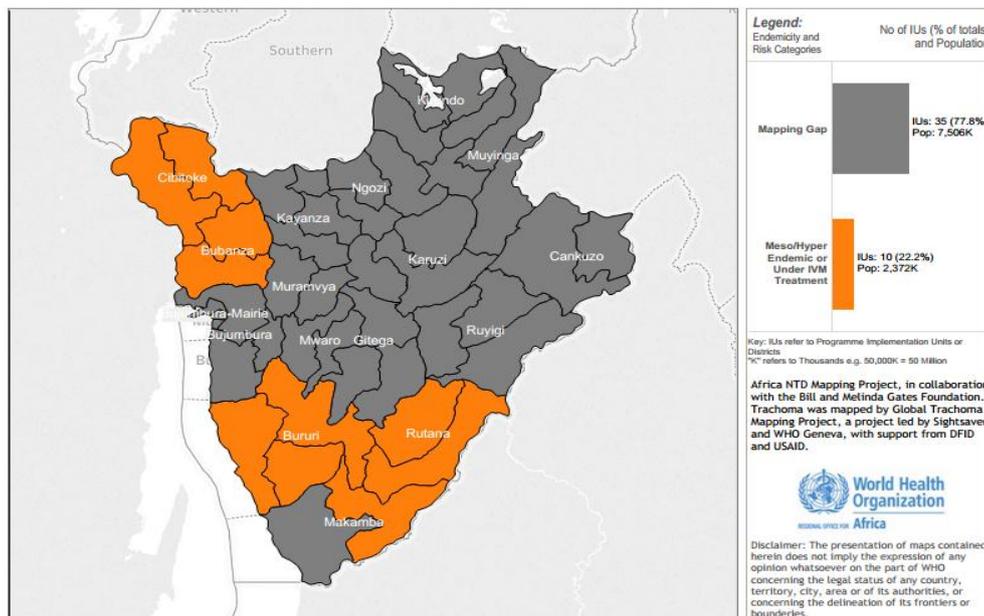


Fig. 6 : Carte d'endémicité de l'onchocercose au Burundi

Dans la mise en œuvre des activités du TIDC, les contraintes suivantes persistent :

- insuffisance des ressources financières ;
- manque d'ONGD partenaire local ;
- méconnaissance de technique d'évaluation *Oncho 16*.

Pour pallier à ces entraves, il s'avère nécessaire de développer un plan pour la mobilisation des ressources.

1.3.1.2. Les géohelminthiases

Les géohelminthiases (ascaridiose, ankylostomiase et trichocéphalose) constituent un problème de santé publique sur tout le territoire national. Au total, 46 districts avaient des prévalences au-dessus du seuil d'intervention supérieure ou égale à 20%. Les enquêtes menées en 2007, 2008 et 2009 dans 31 sites sentinelles sélectionnées et éparpillées à travers tout le pays par méthode Kato-Katz montrent respectivement des prévalences cumulées de 36%, 32% et 29%.

La prévalence des géohelminthiases a sensiblement diminué jusqu'à 25% d'après la mise à jour de la cartographie menée en 2014. Cela résulte en partie des campagnes biannuelles de déparasitage de masse à l'albendazole organisées chaque année.

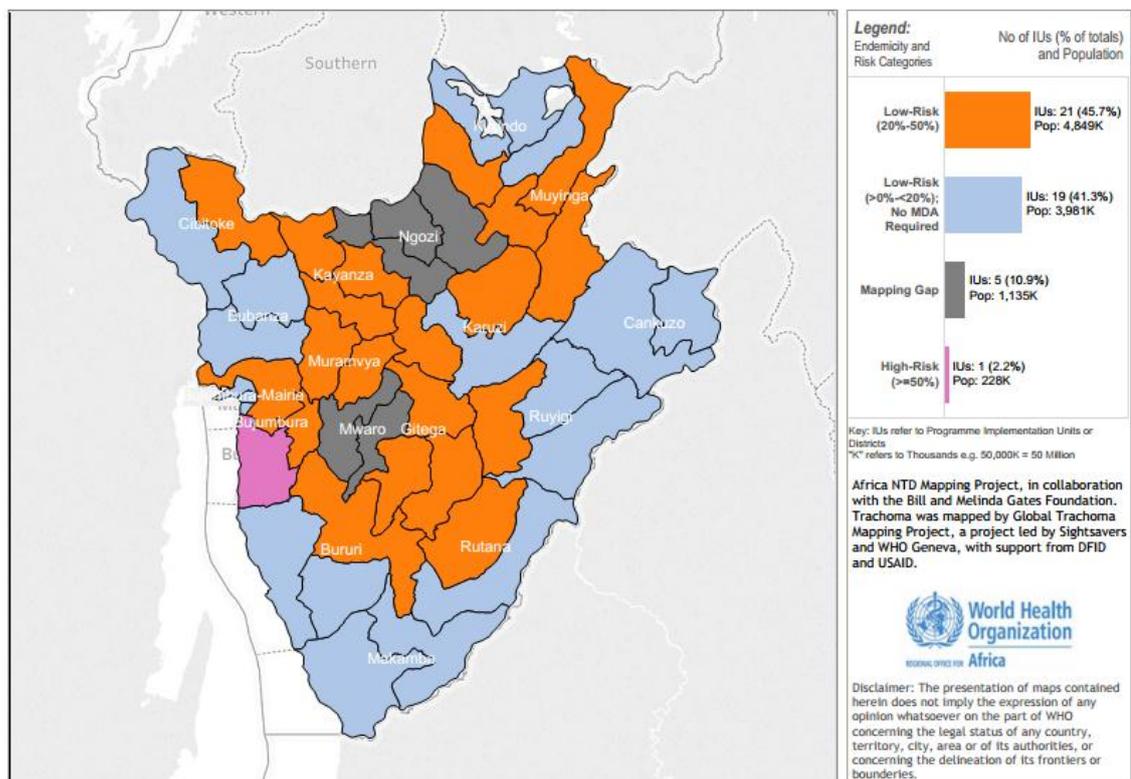


Fig. 7 : Carte d'endémicité des géohelminthiases au Burundi

1.3.1.3. La schistosomiase

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

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

L'étude d'impact menée en 2014-2016 montre que la prévalence a sensiblement diminué, puisqu'il est passé de 22,1% dans les zones endémiques en 2005 à 3,9% en 2014. Ainsi, le Burundi figure parmi les pays africains à faible prévalence de la schistosomiase et pourrait être un bon candidat pour l'élimination de la maladie.

Les résultats de la cartographie par la méthode de CCA menée en 2014-2016 ont permis d'étendre les districts à traiter, passant de 15 à 21 pour de la campagne de juin 2016.

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

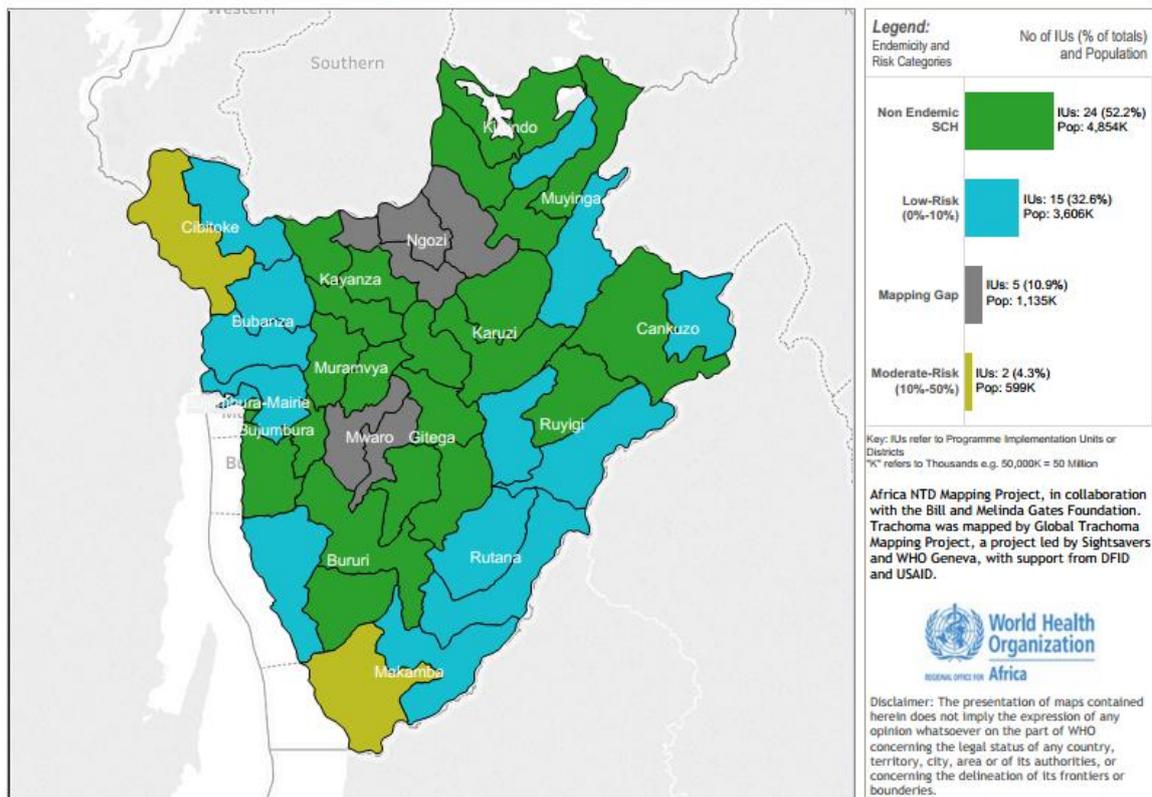


Fig. 8 : Carte d'endémicité de la schistosomiase au Burundi

1.3.1. 4. Le trachome

En 2009 - 2010, les études de base menées dans 22 districts sélectionnés sur base de la couverture en infrastructures hydraulique et d'assainissement ont montré que la prévalence du trachome actif variait entre 5,5 et 11,7%.

Avec ces résultats de cartographie, 4 districts à savoir Nyabikere, Buhiga, Muyinga et Rutana avaient une prévalence supérieure ou égale à 10%, y justifiant la mise en œuvre de la stratégie «CHANCE». La population à risque y était estimée à 828.443 personnes.

La campagne de distribution de masse de l'Azithromycine était prévue pour 3 ans. Mais une seule campagne a permis de baisser la prévalence à 3% sauf le district de Rutana où le taux de prévalence est resté à 7,2% d'après les études d'impact effectuées 6 mois après le traitement.

Signalons que dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'élimination validée en 2014, une étude de mise à jour du statut épidémiologique du trachome dans 11 districts (Rutana, Busoni, Kirundo, Gahombo, Kinyinya, Butezi, Kiremba, Mutaho, Gihofi, Giteranyi et Gashoho) ayant une prévalence variant entre 5 à 9,9% est programmée en 2017.

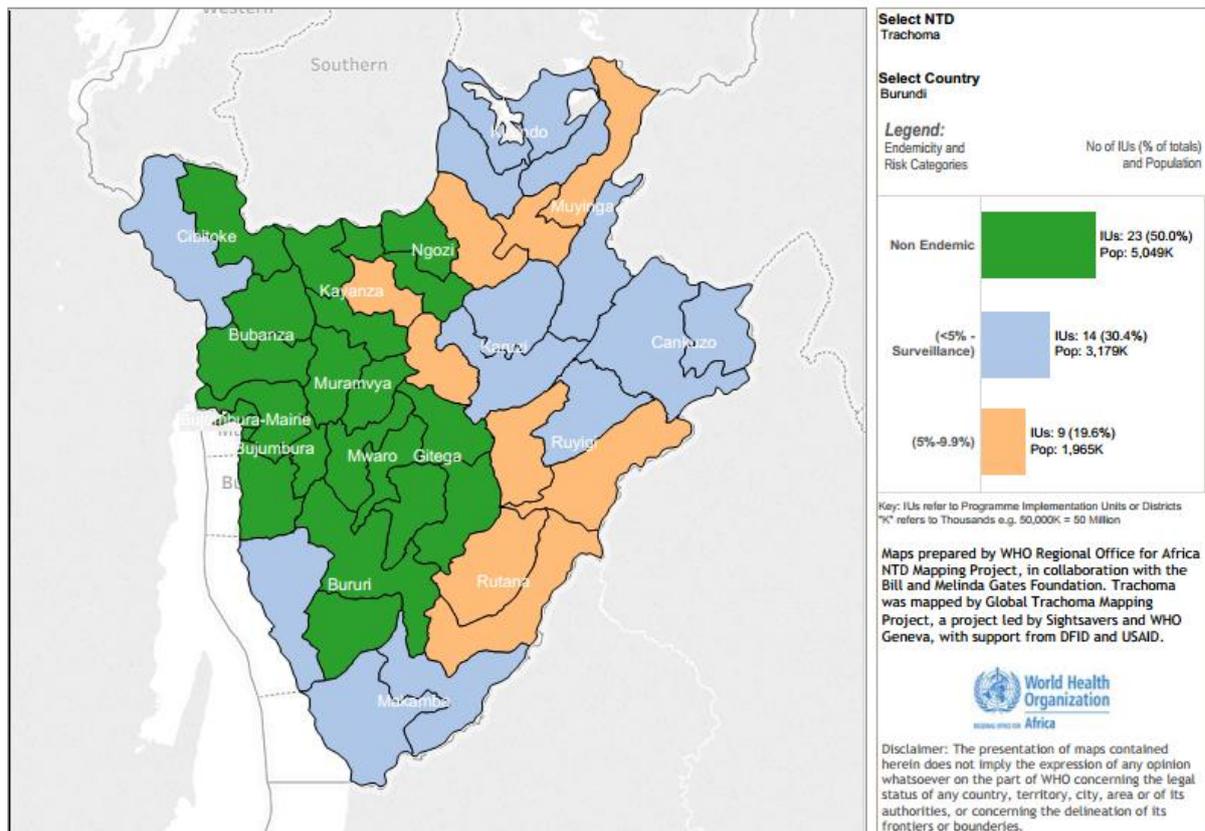


Fig.9 : Carte d'endémicité du trachome au Burundi

1.3.1.5. La Filariose lymphatique

Le Burundi est frontalier avec les pays endémiques de la Filariose lymphatique. Néanmoins, une cartographie menée au Burundi en 2007 dans 45 districts a prouvé que le Burundi n'est pas endémique de la filariose lymphatique mais une surveillance transfrontalière est nécessaire suite à sa géolocalisation et aux flux migratoires des populations.

Lymphatic Filariasis - Endemicity / Risk Categories and Population by Implementation Unit in Burundi

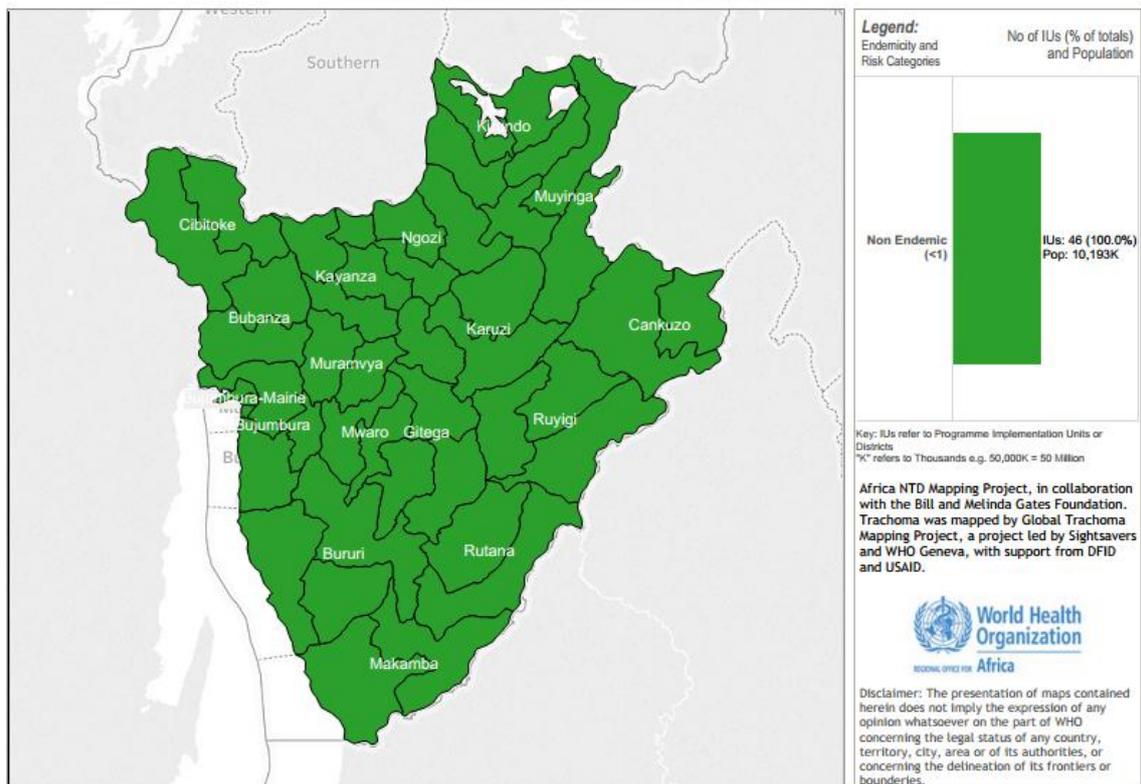


Fig. 10 : Carte d'endémicité de la filariose lymphatique au Burundi

1.3.1.6. La lèpre

Les données sur la situation de la lèpre montrent que malgré l'atteinte du seuil d'élimination, la lèpre constitue encore un problème de santé publique au Burundi. Néanmoins, la prévalence est en dessous de 1 cas pour 10.000 habitants sur l'ensemble du pays. Quatre provinces enregistrent plus de cas : Cibitoke, Rutana, Bururi, Makamba, Bubanza et Gitega.

Au Burundi, le taux d'incapacité liée à la lèpre reste énormément élevé et est évalué à 16% (2010). Des campagnes de dépistage sont régulièrement organisées par le PNILT en vue d'atteindre les centres les plus reculés des provinces endémiques. Ces campagnes permettent à chaque fois de dépister un nombre non négligeable des malades lépreux mais aussi de traiter d'autres pathologies dermatologiques et de donner des soins et conseils divers.

1.3.1.7. La trypanosomiase Humaine Africaine

Concernant la trypanosomiase humaine africaine (THA), les premiers cas ont été signalés en 1.904 dans la plaine de la Rusizi. Depuis lors, des périodes de recrudescence ont été observées dans les provinces de Muyinga et Kirundo où 72 et 189 cas de THA ont été rapportés respectivement en 1965 et 1966. A partir de 1966, un programme de lutte contre cette maladie a été opérationnel dans les provinces de Muyinga et Kirundo avec l'appui de la coopération technique française. En 1978, les responsables sanitaires de l'époque ont estimé que cette maladie était éliminée. Dès lors, aucune stratégie de surveillance de la maladie ni de recherche n'a été entreprise pour une mise à jour éventuelle de son profil épidémiologique au Burundi.

1.3.1.8. Les autres MTN

De plus, certaines MTN comme la cysticercose, la rage, ... sont habituellement détectés et traités dans les différentes structures de soins mais ne sont pas rapportés dans le SIS de routine. Des enquêtes de base sont nécessaires afin d'élaborer des stratégies au niveau national pour leur prise en charge.

Tableau 6 : Statut de la cartographie des MTN

Nom de la maladie endémique	Nombre de districts suspects d'être endémiques	Nombre de districts connus d'être endémiques	Nombre de districts dont l'endémicité n'est pas connue (Besoin de cartographie ou de prospection)
Schistosomiase	0	13	0
Géohelminthiases	0	46	0
Onchocercose	0	11	0
Trachome	0	8	0
THA	46	0	46
Lèpre	0	5	0
Rage	46	0	46
Cysticercose	46	0	46
Ulcère de Buruli	46	0	46
Filariose lymphatique	0	0	0

Co-endémicité des MTN

Plusieurs MTN sont co-endémiques au sein des mêmes districts sanitaires. La carte ci-dessous présente la co-endémicité actuelle des MTN à CTP au Burundi.

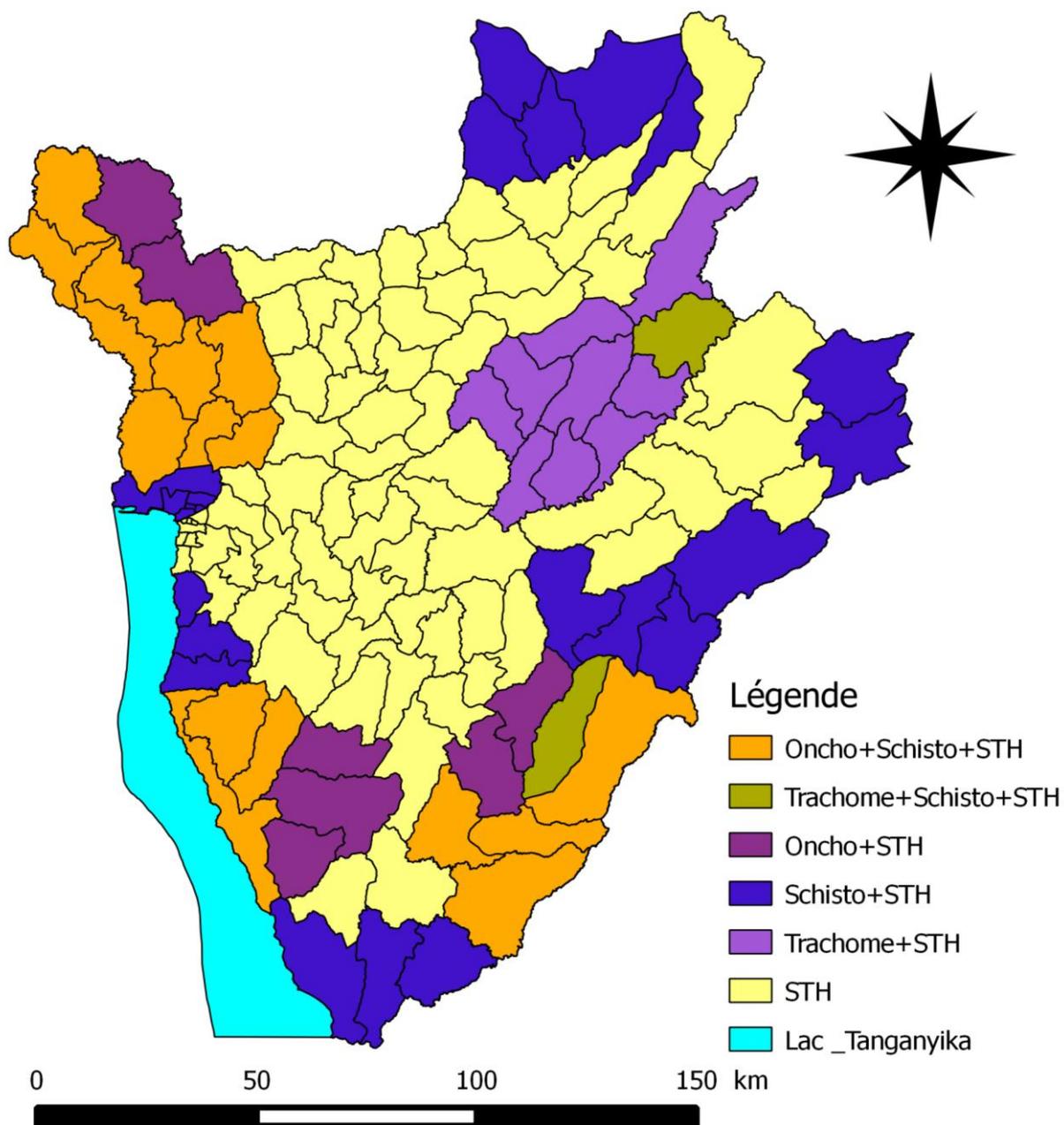


Fig.11 : Carte de co-endémicité des MTN

1. 3.2. Mise en œuvre du programme MTN

1. 3.2.1. Historique du programme

Depuis 1966, le Burundi a mené la lutte contre la bilharziose dans le cadre de la Mission d'Assainissement de la Plaine de la Ruzizi (M.A.P.R).

En 1982, cette lutte s'est poursuivie avec la création du projet de Lutte contre Maladies Transmissibles et Carentielles (LMTC) soutenue par la CTB pour lutter contre les maladies à transmission vectorielle dont l'onchocercose et la bilharziose.

A partir de 2005, la lutte contre l'Onchocercose a été détachée et confiée au Programme National de Lutte contre l'Onchocercose (PNLO).

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

Depuis Janvier 2010, le PNLO et le projet MTN ont fusionné pour donner naissance au Programme National Intégré de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité (PNIMTNC) par ordonnance n° 630 /158/1/2010 du 27/01/2010.

Le PNIMTNC en collaboration avec ses partenaires projette investiguer sur la situation épidémiologique des autres MTN (Ulcère de Buruli, THA, Rage, les Tréponématose non vénériennes et la Cysticercose).

1.3.2.2. Les interventions pour les maladies nécessitant une chimiothérapie préventive

Pour les MTN à PCT, un programme de distribution de masse des médicaments a été mis en œuvre conformément aux directives de l'OMS. Les cibles, les paquets d'intervention et les résultats des campagnes de traitement sont repris dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Mise en œuvre du programme MTN au Burundi

MTN	Date où le programme a commencé	Nombre total des districts visés au début du programme	Nombre de districts couverts en 2016 (couverture géographique)	Groupes cibles en 2016	Population totale visée dans ces districts en 2016	Population couverte (%) pour le récent traitement	Stratégie clé utilisée	Partenaires clés
Onchocercose	2005	4	4 (100%)	5 ans et plus	1 664 143	1 352 797 (81,29%)	TIDC/ DMM	APOC/OMS, CBM, PDM, Gouvernement, Communautés
Géohelminthiases	2007	10	46 (100%)	1 à 14 ans	4 109 274	4 024 109 (97,8%)	TIDC/ DMM	OMS, SCI, FH, Gouvernement, Communautés
			46 (100%)	Femmes enceintes (2 ^e & 3 ^e trimestre de grossesse)	251 179	21 1704 (84,3%)	SSME	Idem
			11 (100%)	15 ans et plus	959 838	932 338 (97,13%)	TIDC	OMS, CBM, FH, Gouvernement, Communautés
Schistosomiase	2007	10	10 (100%)	5 à 14 ans	810 023	717 141 (88,5%)	SSME/ DMM	OMS, SCI, Gouvernement, Communautés
Trachome	2011	3	3 (100%)	NA	NA	NA	NA	NA

1.3.2.3. Les interventions pour les maladies nécessitant une prise en charge des cas

Seule la lèpre est prise en charge par le programme de lutte contre la tuberculose. D'après les rapports du SIS, les cas détectés et traités varient entre 1.324 et 1.402 pour la période de 2013 à 2015.

1.4. Forces, faiblesses, opportunités, menaces, gaps et priorités

1.4.1. Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces

Tableau 8 : Matrice d'appariement des faiblesses avec les forces et opportunités

Pilier	Faiblesses	Forces contrecarrant les faiblesses	Opportunités contrecarrant les faiblesses
Gouvernance	Faible collaboration multisectorielle	Existence du GTNO	
	Insuffisance de capacité managériale des équipes de coordination	Existence de quelques unités formées	
	Faible collaboration avec le niveau opérationnel		Directives et Missions d'appui à la planification au niveau intermédiaire et opérationnel
	Faible coordination des intervenants dans la lutte contre les MTN		Existence d'un cadre de coordination des CPSD
Ressources humaines	Absence d'un plan de renforcement des capacités des ressources humaines dans la lutte contre les MTN		
Information sanitaire	Faible capacité de recherche opérationnelle	Existence d'un plan directeur de lutte contre les MTN faisant de la cartographie une des priorités	Existence des institutions de recherche
	Faible surveillance des MTN		Existence du SNIS intégrant les MTN
	Statut épidémiologique inconnu pour certaines MTN		Existence d'une feuille de route mondiale d'élimination des MTN d'ici 2020
Médicaments		Donations des médicaments en quantité suffisante	Existence d'un laboratoire national de contrôle des médicaments
		Circuit d'approvisionnement intégré dans le système national	
offre des soins	Guides de lutte contre les MTN non actualisés	Existence des équipes dynamiques et qualifiées	Existence des directives de l'OMS
Financement	Insuffisance de ressources financières	Volonté politique du gouvernement	Engagement des partenaires

		Existence d'un plan directeur de lutte contre les MTN	
--	--	---	--

Tableau 9 : Matrice d'appariement des menaces avec les forces et opportunités

Pilier	Menaces	Forces contrecarrant les menaces	Opportunités contrecarrant les menaces
Gouvernance	Absence de politique de lutte anti - vectorielle intégrée	Volonté politique du gouvernement	Engagement des partenaires
Information sanitaire	Absence de système de surveillance transfrontalière des MTN		<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une stratégie sous régionale de santé (EAC)
Financement	Forte dépendance au financement extérieur		<ul style="list-style-type: none"> • Existence du Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté ; • Existence d'une étude sur le financement de la santé ; • Engagement sur les accords d'Abuja.
Ressources humaines	Faible motivation du personnel		Existence du PBF

1.4.2. Gaps et priorités

a) Gaps

- Statut épidémiologique inconnu de certaines MTN ;
- Insuffisance de ressources financières ;
- Insuffisance de capacité managériale des équipes de coordination ;
- Forte dépendance au financement extérieur ;
- Guides de lutte contre les MTN non actualisés ;
- Absence de politique de lutte anti - vectorielle intégrée ;
- Absence de système de surveillance transfrontalière des MTN ;
- Faible capacité de recherche opérationnelle ;
- Absence d'un plan de communication ;
- Faible collaboration multisectorielle ;
- Faible intégration des activités de lutte contre les MTN dans les PAA des BPS et BDS.

b) Priorités du pays pour le programme MTN

❖ Planification

- Elaborer le plan d'action national de lutte contre les MTN ;
- Intégrer les activités de lutte contre les MTN dans les PAA des BPS et districts de lutte contre les MTN.

❖ Coordination et gestion des interventions

- Renforcer les capacités managériales et techniques des personnels impliqués dans la lutte contre les MTN ;
- Renforcer le leadership et la bonne gouvernance dans la lutte contre les MTN.

❖ Partenariat

- Mettre en place le forum national des partenaires de lutte contre les MTN ;
- Renforcer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources locales et extérieures nécessaires à la mise en œuvre du plan.

❖ Mise en œuvre des interventions

- Réaliser les études de base pour les MTN à statut inconnu comme la THA, la cysticercose, l'Ulcère de Buruli,
- Poursuivre la mise à l'échelle de la DMM dans les districts endémiques des MTN à CTP ;
- Poursuivre le dépistage passif et actif de la lèpre ;

- Mener la lutte anti- vectorielle de la schistosomiase ;
- Promouvoir l'hygiène et l'assainissement de l'environnement.

❖ **Surveillance**

- Réaliser les enquêtes dans les sites sentinelles pour la schistosomiase et les géohelminthiases;
- Assurer la pharmacovigilance et la gestion des effets secondaires.

❖ **Supervision, monitoring (suivi) et évaluation**

- Elaborer le plan de suivi - évaluation du plan directeur MTN ;
- Renforcer la supervision formative ;
- Mener les activités de recherche opérationnelle ;
- Mettre en place une base intégrée de gestion des données sur les MTN ;
- Réaliser les enquêtes de couverture dans les zones de DMM ;
- Réaliser les évaluations épidémiologiques et entomologiques de l'Onchocercose.

DEUXIEME PARTIE : AGENDA STRATEGIQUE

Les principaux éléments de l'agenda stratégique du programme national de lutte contre les MTN sont : la vision, la mission, les buts stratégiques, les points d'intérêt du programme, les échéances ou jalons stratégiques, les priorités stratégiques et les objectifs stratégiques.

En outre, les priorités et objectifs stratégiques précisent les principaux «piliers d'excellence» ainsi que les objectifs d'amélioration continue que le programme cherche à atteindre au cours du cycle de vie du deuxième Plan Directeur 2016-2020. Ce dernier renforcera les acquis et relèvera les défis du précédent plan directeur 2011-2015.

2.1. MISSION, VISION ET BUTS DU PROGRAMME MTN

2.1.1. Mission du programme MTN

Fournir à la population burundaise des interventions intégrées pour la prévention, le contrôle et l'élimination des MTN ciblées d'une manière efficiente et équitable.

2.1.2. Vision du programme MTN

Un Burundi libéré du fardeau des MTN.

2.1.3. Buts du programme MTN

Contribuer à l'amélioration de la santé des populations burundaises par la lutte intégrée contre les MTN d'ici 2020.

2.2. PRINCIPES DIRECTEURS ET PRIORITES STRATEGIQUES

2.2.1. Principes Directeurs

La mise en œuvre du plan directeur sera axée sur 9 principes directeurs suivants :

- (1) *Efficacité et Efficience* : la stratégie de mise en œuvre du plan directeur de lutte contre les MTN est basée sur des interventions efficientes et reconnues à haut impact, elles-mêmes basées sur l'évidence ;
- (2) *Couverture universelle des soins et services de santé*.
- (3) *Participation et appropriation communautaire* : la participation et l'appropriation communautaire sous-tendent l'application de l'approche des soins de santé primaires ;
- (4) *Gestion axée sur les résultats et bonne gouvernance* : la transparence, la responsabilisation, la bonne gouvernance dans l'utilisation des ressources financières et dans la gestion du programme, constituent des fondements de lutte contre les MTN. La gestion axée sur les résultats favorise le renforcement du leadership en introduisant l'autorité dirigeante inclusive, participative, négociatrice ;

- (5) *Complémentarité* : la prévention de la maladie, le traitement, la promotion et la restauration/ réhabilitation de la santé sont complémentaires ;
- (6) *Partenariat* : la reconnaissance de la multisectorialité et la mutualisation des responsabilités des autres secteurs prennent en compte le développement des partenariats notamment public-privé nécessaires à la mise en œuvre du plan directeur ;
- (7) *Continuité, intégration, acceptabilité et qualité de soins* : les soins de santé doivent être acceptables, de bonne qualité, intégrés et continus ;
- (8) *Médicaments génériques* : l'accès universel aux médicaments essentiels génériques de qualité à coût abordable reste indispensable à l'exercice du droit à la santé ;
- (9) *Évaluation* : les interventions et stratégies de soins sont soumises à une évaluation conjointe.

Dans le cadre de la mise en œuvre du présent plan, les choix en matière de santé s'appuient sur les valeurs de : (i) solidarité, (ii) équité et égalité, (iii) justice sociale, (iv) intégrité et éthique et (v) respect des droits humains et l'égalité du genre.

2.2.2. Priorités Stratégiques

P.S. 1. Mettre à l'échelle l'accès aux interventions, le traitement et le renforcement des capacités du système de prestation des services.

P.S. 2. Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la viabilité financière du programme MTN.

P.S. 3. Renforcer l'appropriation du programme par le gouvernement, le plaidoyer, la coordination, le partenariat et la collaboration multisectorielle.

P.S. 4. Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle dans le domaine des MTN.

P.S. 1. Mettre à l'échelle l'accès aux interventions, le traitement et le renforcement des capacités du système de prestation des services

La mise en place d'une structure de lutte contre les MTN par le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA a consolidé et inauguré un certain d'interventions notamment :

- i. les activités promotionnelles par l'organisation des activités d'information, sensibilisation et mobilisation ;
- ii. la formation des prestataires des soins de santé ;
- iii. l'approvisionnement en intrants ;
- iv. la distribution de masse des médicaments ;
- v. la prise en charge des cas de MTN à travers les services curatifs offerts par les structures de soins.

P.S. 2. Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la viabilité financière du programme MTN

La planification est un exercice primordial pour tout programme de santé car elle constitue un outil de plaidoyer. Au niveau du programme MTN, des efforts seront consentis dans le sens d'en faire une *planification axée sur les résultats*. A cet effet, le présent document indiquera le cadre stratégique de suivi-évaluation, constituant ainsi le premier jalon. En outre, l'exercice de planification annuelle/ opérationnelle se poursuivra et tracera également le cadre de suivi-évaluation à court terme.

La mobilisation des ressources est un défi majeur et constant pour le Programme MTN. En amont, le management du programme usera de toutes les stratégies, pour mobiliser les ressources auprès des différents partenaires (OMS, Banque Mondiale, UNICEF, SCI, ESPEN, CBM, ITI, MDP, WV, FH, ...).

En aval, le management du programme gardera l'obligation de résultats et veillera à améliorer davantage la gestion des ressources disponibles. Ainsi, l'efficacité des interventions sera mise en évidence, les partenaires tant internes qu'externes seront davantage rassurés et pourront souscrire au renouvellement des financements.

P.S. 3. Renforcer l'appropriation du programme par le gouvernement, le plaidoyer, la coordination, le partenariat et la collaboration multisectorielle

Le gouvernement burundais a déjà manifesté sa volonté politique en faveur de la lutte contre les MTN, notamment à travers la création d'un Programme National en charge de la lutte des MTN, l'élaboration de la politique nationale spécifique au Programme MTN, l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi – évaluation du plan directeur de lutte contre les MTN 2010-2015, etc. Les prochaines étapes consisteront à poursuivre les efforts déjà investis en termes de renforcement des capacités techniques, logistiques et financières du Programme.

P.S. 4. Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle dans le domaine des MTN

Le suivi et l'évaluation constitueront également une composante importante du dit plan directeur. A cet effet, la supervision sera renforcée à tous les niveaux et le système de collecte des données et de rapportage sera amélioré. Un plan de suivi-évaluation sera élaboré pour permettre la planification opérationnelle, la revue du Plan directeur, la recherche opérationnelle et ainsi ajuster régulièrement les interventions en fonction du niveau d'atteinte des objectifs.

La surveillance des MTN sera assurée via deux principaux mécanismes à savoir : le système national d'information sanitaire et l'organisation de façon ponctuelle de certaines enquêtes pertinentes (surveillance sentinelle et transfrontalière).

Tableau 10 : Résumé des priorités et objectifs stratégiques

PRIORITES STRATEGIQUES	OBJECTIFS STRATEGIQUES
<p>1. Mettre à l'échelle l'accès aux interventions, le traitement et le renforcement des capacités de prestation des services du programme MTN</p>	<p>1.1. Mettre à l'échelle les interventions de chimiothérapie préventive intégrée, incluant les HTS, l'onchocercose, la schistosomiase et le trachome ;</p> <p>1.2. Mettre à l'échelle les interventions de prise en charge des cas de maladies, spécialement pour la cysticercose, la rage, l'ulcère de Buruli et la THA ;</p> <p>1.3. Mettre en œuvre la lutte intégrée pour le contrôle ou l'élimination des MTN ciblées ;</p> <p>1.4. Renforcer le système de pharmacovigilance dans le cadre du contrôle des MTN ;</p> <p>1.5. Renforcer les capacités à tous les niveaux du système national de santé (y compris le niveau communautaire) de la mise en œuvre et la coordination de lutte contre les MTN.</p>
<p>2. Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité des interventions de lutte contre les MTN</p>	<p>2.1. Renforcer l'intégration et liaisons du programme MTN dans les plans nationaux et les réformes sanitaires du Ministère de la santé pour une meilleure prise en compte dans les mécanismes de financement ;</p> <p>2.2. Améliorer les approches stratégiques de mobilisation des ressources auprès des partenaires à tous les niveaux pour les interventions de lutte contre les MTN ;</p> <p>2.3. Développer et mettre à jour les politiques, les directives et les outils pour guider la mise en œuvre du programme MTN.</p>
<p>3. Renforcer l'appropriation du programme par le gouvernement, le plaidoyer, la coordination, le partenariat et la collaboration multisectorielle</p>	<p>3.1. Renforcer les mécanismes de coordination des interventions de lutte contre les MTN à tous les niveaux du système national de santé) ;</p> <p>3.2. Renforcer le partenariat visant le contrôle et l'élimination des MTN cibles à tous les niveaux ;</p> <p>3.3. Renforcer l'utilisation des résultats issus des revues du programme pour la prise de décision ;</p> <p>3.4. Renforcer le plaidoyer, la visibilité et la traçabilité des interventions de contrôle et d'élimination des MTN à tous les niveaux.</p>
<p>4. Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle dans le domaine des MTN</p>	<p>4.1. Elaborer et promouvoir un cadre intégré de Suivi & Evaluation des MTN et améliorer le suivi des MTN dans le cadre des systèmes nationaux d'informations sanitaires ;</p> <p>4.2. Appuyer la recherche opérationnelle, documentation et exploitation des données ;</p>

	4.3. Renforcer le système de surveillance des MTN dans le système sanitaire existant ;
	4.4. Mettre en place des systèmes de gestion des données intégrés et soutenir l'analyse de l'impact des MTN.

2.3. BUTS, OBJECTIFS, STRATÉGIES ET CIBLES DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN

Le programme National intégré de lutte contre les MTN et la Cécité rassemble un certain nombre d'interventions/programmes spécifiques aux maladies. Cependant, il est essentiel de maintenir les buts, les objectifs et les stratégies par maladies spécifiques dans le cadre d'un programme d'ensemble de lutte contre les MTN. L'intégration est encouragée comme approche efficace.

2.3.1. Buts mondiaux et nationaux pour chaque MTN

Tableau 11 : Résumé des buts mondiaux et nationaux pour chaque MTN

Programme MTN	BUT MONDIAL DU PROGRAMME MTN	BUTS NATIONAUX
1. Géohelminthiases	Contrôler la morbidité liée aux géohelminthiases d'ici 2020	Contrôler la morbidité liée aux géohelminthiases d'ici 2020
2. Schistosomiase	Éliminer la schistosomiase d'ici 2020	Éliminer la schistosomiase d'ici 2020
3. Onchocercose	Éliminer l'onchocercose d'ici 2020	Éliminer l'onchocercose d'ici 2020
4. Trachome	Éliminer le trachome cécitant d'ici 2020	Éliminer le trachome cécitant d'ici 2020
5. Ulcère de Buruli	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôler la morbidité liée à l'Ulcère de Buruli d'ici 2020 • Prévenir les invalidités dues à l'Ulcère de Buruli d'ici 2020 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôler la morbidité liée à l'Ulcère de Buruli d'ici 2020 • Prévenir les invalidités dues à l'Ulcère de Buruli d'ici 2020
6. THA	Éliminer la THA comme problème de santé publique dans 90% des foyers d'ici 2020	Éliminer la THA d'ici 2020.
7. Rage	Contrôler la morbidité due à la rage d'ici 2020	Contrôler la morbidité due à la rage d'ici 2020
8. Filariose lymphatique	Éliminer la filariose lymphatique d'ici 2020	Surveiller le cas de filariose lymphatique d'ici 2020
9. Cysticercose	Contrôler la morbidité due à la cysticercose d'ici 2020	Contrôler la morbidité due à la cysticercose d'ici 2020
10. Lèpre	Éliminer la lèpre à l'échelle mondiale d'ici 2020	Éliminer la lèpre à l'échelle mondiale d'ici 2020

2.3.2. Objectifs, interventions, chaine de distribution et population cible par MTN

Tableau 12 : Objectifs du programme MTN au Burundi, interventions, chaine de distribution et population cible par MTN

Objectif du programme	Interventions	Chaine de distribution	Population Cible
1. Géohelminthiases			
Traiter au moins 95% des enfants d'âge préscolaire et scolaire de tout le pays jusqu'en 2020	DMM	- IDC - SSME	Enfants d'âges préscolaire et scolaire
Traiter au moins 65% des femmes enceintes du 2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestre de tout le pays jusqu'en 2020	DMM	SSME	Femmes enceintes 2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestre de grossesse
2. Schistosomiase			
Traiter au moins 95 % des enfants d'âge scolaire vivant dans les zones à risque jusqu'en 2020	DMM	- SSME	Enfants d'âge scolaire
Traiter au moins 95% des personnes exposées dans les zones à risque jusqu'en 2020	DMM	SSME	Communautés exposées
3. Onchocercose :			
Traiter annuellement au moins 80% de la population totale jusqu'en 2020	TIDC	IDC	Toute la population éligible des zones méso- et hyper- endémiques
4. Trachome			
Eliminer les nouveaux cas de trachome cécitant d'ici 2020	CHANCE	Soins de santé primaires et secondaires	Communautés exposées
Prendre en charge 80% des cas diagnostiqués de trichiasis trachomateux			Populations atteintes
5. Ulcère de Buruli			
Etablir le statut épidémiologique de l'ulcère de Buruli au niveau national d'ici 2020	Enquêtes	Soins de santé primaires	Communautés
Assurer la prise en charge des 80 % des cas diagnostiqués avec antibiotiques d'ici 2020	Prise en charge des cas	Soins de santé primaires	Patients
6. Trypanosomiase Humaine Africaine (THA)			
Etablir le statut épidémiologique de la maladie d'ici 2020	Enquêtes	Soins de santé primaires	communautés
Assurer la prise charge 80 % des cas diagnostiqués d'ici 2020	Prise en charge des cas	Soins de santé primaires	Patients
7. Rage			
Contrôler la morbidité due à la rage d'ici 2020	Prise en charge des cas	Soins de santé primaires	Patients
9. Filariose lymphatique			

Etablir le statut épidémiologique de la maladie d'ici 2020	Enquêtes	Soins de santé primaires	Communautés
Définir la stratégie d'intervention selon le statut épidémiologique			
10. Lèpre			
Améliorer l'accès aux services de détection et de prise en charge pour atteindre plus de 80% des cas attendus	Campagnes de détection, prise en charge des cas	Soins de santé primaires	Patients

N .B : L'élimination de la lèpre sera assurée par le Programme National Lèpre et la Tuberculose (PNLT) conformément à l'organigramme du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida.

2.4. INDICATEURS, VALEURS ET JALONS POUR CHAQUE PROGRAMME MTN

a) Indicateurs de résultats, valeurs et jalons pour chaque MTN

Tableau 13 : Indicateurs de résultats, leurs valeurs et jalons pour chaque MTN

Programme MTN	Objectifs	Indicateurs de résultats	Valeurs actuelles	Valeurs cibles	Jalons				
					2016	2017	2018	2019	2020
Géohelminthiases	Contrôler la morbidité due aux Géo helminthiases d'ici 2020	Couverture Thérapeutique (CT)	108,0 %	95%	95%	95%	95%	95%	95%
		Couverture Géographique (CG)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Nombre de tours de traitement	2	2	2	2	2	2	2
Schistosomiase	Eliminer la schistosomiase d'ici 2020	CT	96,0 %	95%	95%	95%	95%	95%	95%
		CG	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Nombre de tours de traitement	1	1	1	1	1	1	1
Onchocercose	Eliminer l'onchocercose d'ici 2020	CT	81,29 %	80%	80%	80%	80%	80%	80%
		CG	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Nombre de tours de traitement	1	1	1	1	1	1	1
Trachome	Eliminer le trachome cécitant à l'horizon 2020	CT	91,2%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
		CG	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Nombre de tours de traitement	1	1	1	1	1	1	1

b. Indicateurs d'impact de performances et jalons pour chaque MTN

Tableau 14. Indicateurs d'impact, leurs valeurs et les jalons pour chaque MTN

Programme MTN	Objectifs	Indicateurs d'impact	Valeurs actuelles	Valeurs cibles	Jalons				
					2016	2017	2018	2019	2020
Géohelminthiases	Contrôler la morbidité due aux géohelminthiases d'ici 2020	Taux de prévalence cumulée	25% en 2014	15%	23%	21%	19%	17%	15%
Schistosomiase	Éliminer la schistosomiase d'ici 2020	Taux de prévalence	1,3% en 2014	0,5%	1,0%	0,8%	0,7%	0,6%	0,5%
Onchocercose	Éliminer l'onchocercose d'ici 2020	% de porteurs de nodules onchocerquiens	2,1% en 2014	0,5%	1,9%	1,5%	1,1%	0,8%	0,5%
		Charge microfilarienne	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		Taux d'infectivité des vecteurs (‰)	ND	<0,5‰	<0,5‰	<0,5‰	<0,5‰	<0,5‰	<0,5‰
Trachome	Éliminer le trachome cécitant à l'horizon 2020	% TF	11,4% en 2010	1%	5%	4%	3%	2%	1%
		% TI	0,6% en 2010	0,0%	0,1	0,07	0,04%	0,02	0,0%
Lèpre	Contrôler la morbidité due à la lèpre d'ici 2020	Taux de prévalence dans les zones endémiques /10.000 Hab.	ND	<0,4	<0,8	<0,7	<0,6	<0,5	<0,4

TROISIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL

Cette partie du plan Directeur de lutte contre les MTN va indiquer la mise en œuvre des activités prévues, l'estimation des besoins en capacités techniques, les procédures de mobilisation des ressources, l'évaluation des risques potentiels et les processus qui vont garantir l'aboutissement des résultats attendus du programme.

Il tiendra compte du caractère multisectoriel afin de permettre une couverture large du programme, une harmonisation et une adaptation des ressources disponibles dans le but d'éviter le chevauchement des activités et la duplication des ressources.

Priorité stratégique 1. Mettre à l'échelle l'accès aux interventions, le traitement et le renforcement des capacités du système de prestation des services

La mise en œuvre de cette stratégie consistera à maintenir les acquis du programme, particulièrement en ce qui est des MTN à PCT endémiques connues au Burundi dont la schistosomiase, les HTS, l'onchocercose et le trachome. Ainsi, l'administration de masse des médicaments (Praziquantel, Albendazole/Mebendazole, Mectizan et Zythromax) devra se poursuivre selon une fréquence dictée par les niveaux endémiques en vertu des directives de l'OMS. Des actions d'accompagnement visant le changement de comportement et l'amélioration de l'environnement seront promues.

Toutefois, des études complémentaires seront requises avant toute autre intervention ciblant éventuellement les MTN à PCT.

Quant aux MTN à PEC, le dépistage et le traitement des cas de lèpre continueront à être assurés via les formations sanitaires sous la supervision du programme en charge de cette maladie (PNLT). Pour le reste de cette catégorie de MTN, les interventions seront développées après des études de base qui détermineront laquelle est endémique au Burundi.

Objectif stratégique 1. Mettre à l'échelle les interventions de chimiothérapie préventive intégrée, incluant les HTS, l'onchocercose, la schistosomiase et le trachome

La mise à l'échelle des interventions se fera suivant le paquet de traitement décrit ci-dessous :

Tableau 15 : Résumé du paquet de traitement

Types de DMM transversales	Canaux de prestations	Programmation des traitements	Combinaison des maladies	Besoins	Cibles (Districts)	Autres interventions de m
1) DMM1 & T2	IDC/TIDC	Une fois l'an	HTS, schisto, oncho	<ul style="list-style-type: none"> - Commande des médicaments - Outils de collecte des données - Formation - Mobilisation Sociale - Supervision - Distribution des médicaments - PEC des effets secondaires - Rapportage des données - Restitution des résultats 	Bubanza Mpanda Rumonge Bugarama Cibitoke Mabayi Makamba Rutana Gihofi	
2) T1	Semaine Santé Mère-Enfant	2 fois par an Une fois l'an	HTS, schisto	idem	Buja Nord, Kabezi, Isale, Kirundo, Vumbi, Busoni, Nyanza-Lac, Kinyinya, Bubanza, Mpanda Rumonge, Bugarama, Cibitoke, Makamba, Gihofi, Rutana, Mabayi, Muroro, Muyinga, Butezi, Mukenke, Giteranyi	Vaccination
3) T3	Semaine Santé Mère-Enfant	2 fois l'an	HTS	<ul style="list-style-type: none"> - Commande des médicaments - Outils de collecte des données - Mobilisation Sociale - Distribution des médicaments - Supervision - Rapportage des données - Restitution des résultats 	Kiganda, Muramvya, Kibuye, Mutaho, Gitega, Ryansoro, Kibumbu, Fota, Musema, Gahombo, Kayanza, Ngozi,	Vaccination

						Kiremba, Buye, Gashoho, Nyabikere, Buhiga, Cankuzo, Ruyigi, Rwibaga, Bururi, Matana, Buja Sud, Buja Centre
--	--	--	--	--	--	---

DMM1 : Ivermectine+Albendazole T1 : Praziquantel + Albendazole/ Mébendazole
DMM2 : DEC+Albendazole T2 : Praziquantel seul
DMM3 : Ivermectine seule T3 : Albendazole/Mébendazole
DMM4 : Azithromycine seul

Les différentes activités pour la mise en œuvre de ce paquet de traitement sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 16 : Mise à l'échelle les interventions de chimiothérapie préventive intégrée

Activités	Détails (Sous-activités)	Chronogramme					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
1. Réaliser les campagnes de traitement de masse (DMM) pour la SCH et HTS	Planifier la chimiothérapie préventive intégrée	X	X	X	X	X	Ressources h Ressources fi Transport
	Commander les médicaments de campagnes	X	X	X	X	X	Ressources h
	Approvisionner les districts en médicaments de campagne	X	X	X	X	X	Ressources h Ressources fi Transport
	Sensibiliser et Mobiliser les autorités politico administratives et sanitaires à tous les niveaux	X	X	X	X	X	idem
	Former/Recycler les acteurs (PS, Directeurs écoles, DC)	X	X	X	X	X	idem
	Recenser la population à Traiter	X					idem
	Distribuer les médicaments dans les campagnes DMM	X	X	X	X	X	idem
	Superviser les campagnes DMM	X	X	X	X	X	idem
	Collecter des données des campagnes DMM	X	X	X	X	X	idem
	Evaluer et valider les données des campagnes DMM	X	X	X	X	X	idem
Restituer et diffuser les données des campagnes DMM	X	X	X	X	X	idem	
2. Réaliser les	Planifier la chimiothérapie	X	X	X	X	X	Ressources h

campagnes de traitement de masse (DMM) STH	préventive intégrée						Ressources fi Transport
	Commander les médicaments de campagnes	X	X	X	X	X	Ressources h
	Approvisionner les districts en médicaments de campagne	X	X	X	X	X	Ressources h Ressources fi Transport
	Sensibiliser et Mobiliser les autorités politico administratives et sanitaires à tous les niveaux	X	X	X	X	X	idem
	Former/Recycler les acteurs (PS, Directeurs écoles, DC)	X	X	X	X	X	idem
	Recenser la population à Traiter	x					idem
	Distribuer les médicaments dans les campagnes DMM	X	X	X	X	X	idem
	Superviser les campagnes DMM	X	X	X	X	X	idem
	Collecter des données des campagnes DMM	X	X	X	X	X	idem
	Evaluer et valider les données des campagnes DMM	X	X	X	X	X	idem
	Restituer et diffuser les données des campagnes DMM	X	X	X	X	X	idem
3. Réaliser les campagnes de traitement de masse (DMM) TIDC	Planifier la chimiothérapie préventive intégrée	X	X	X	X	X	Ressources h Ressources fi Transport
	Commander les médicaments de campagnes	X	X	X	X	X	Ressources h
	Approvisionner les districts en médicaments de campagne	X	X	X	X	X	Ressources h Ressources fi Transport
	Sensibiliser et Mobiliser les autorités politico administratives et sanitaires à tous les niveaux	X	X	X	X	X	idem
	Former/Recycler les acteurs (PS, Directeurs écoles, DC)	X	X	X	X	X	idem
	Recenser la population à Traiter	x					idem
	Distribuer les médicaments dans les campagnes DMM	X	X	X	X	X	idem
	Superviser les campagnes DMM	X	X	X	X	X	idem
	Collecter des données des campagnes DMM	X	X	X	X	X	idem
	Evaluer et valider les données des campagnes DMM	X	X	X	X	X	idem
	Restituer et diffuser les données des campagnes DMM	X	X	X	X	X	idem

Objectif stratégique 2. Mettre à l'échelle les interventions de prise en charge des cas de maladies, spécialement pour la cysticerose, la rage et la THA

Les maladies à prise en charge des cas par cas visées sont : la cysticerose, la rage, la trypanosomiase, l'ulcère de Buruli et la lèpre. Cette dernière est actuellement prise en charge dans les formations sanitaires sous la coordination du Programme National Intégré Lèpre et Tuberculose (PNILT).

Comme évoqué plus haut, l'existence de la cysticerose et la rage au Burundi n'est plus à prouver. Quant à la THA, des cas de la maladie ont été rapportés au milieu du 20^{ème} siècle mais sa situation actuelle n'est pas bien connue. Quelques cas symptomatiques rapportés par les structures de soins suggèrent l'existence éventuelle de l'ulcère de Buruli.

Tableau 17 : Mise à l'échelle des interventions de prise en charge des cas de maladies

Activité	Détails(Sous-activités)	Chronogramme					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
1. Réaliser une enquête de base sur la cysticerose	Elaborer des protocoles d'enquête		X				Ressources humaines, Ressources financières
	Former les enquêteurs		X				Idem
	Collecter les données (phase de terrain)		X				Ressources humaines, Ressources financières, Transport
	Assurer la saisie des données d'enquêtes		X				Ressources humaines, Ressources financières
	Assurer le traitement et l'analyse des données		X				Idem
	Produire et diffuser les données de l'enquête de base		X				Idem
2. Réaliser une enquête de cartographie de l'UB	Elaborer des protocoles d'enquête			X			Ressources humaines, Ressources financières
	Former les enquêteurs			X			Idem

	Collecter les données (phase de terrain)			X			Ressources humaines, Ressources financières, Transport
	Assurer la saisie des données des enquêtes			X			Ressources humaines, Ressources financière
	Assurer le traitement et l'analyse des données			X			Idem
	Produire et diffuser les données de cartographie			X			Idem
3. Réaliser une enquête de cartographie de la THA	Elaborer des protocoles d'enquête				X		Ressources humaines, Ressources financières
	Former les enquêteurs				X		Idem
	Collecter les données (phase de terrain)				X		Ressources humaines, Ressources financières, Transport
	Assurer la saisie des données des enquêtes				X		Ressources humaines, Ressources financières
	Assurer le traitement et l'analyse des données				X		Idem
	Produire et diffuser les données de cartographie				X		Idem
4. Assurer la prise en charge des cas diagnostiqués de cysticercose au niveau des FOSA		X	X	X	X	X	Ressources humaines, Ressources financières

Dans le but de prévenir la cécité dû au trachome, un dépistage passif et une prise en charge appropriée des cas seront assurés.

En outre, si des cas d'ulcère de Buruli (UB) venaient à être détectés et confirmés, un système de référence aux hôpitaux dotés d'un plateau technique adéquat sera initié pour une prise en charge appropriée.

Tableau 18 : Paquet d'interventions pour la prise en charge des complications des cas de MTN

Paquet d'interventions	Pathologie cible	Moyen de l'intervention	Besoins requis	Autres opportunités d'intégration non spécifiques aux MTN
Chirurgie des trichiasis (CHANCE)	Trichiasis trachomateux	Hôpitaux avec plateau technique adaptée	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des chirurgiens des TT • Kits chirurgicaux • Suivi post-opératoire 	Existence des Hôpitaux publics et privés avec un plateau technique spécifique à la chirurgie oculaire collaborant avec le programme
Greffe de la peau	Ulcère de Buruli	Hôpitaux avec plateau technique adaptée	<ul style="list-style-type: none"> • Formation du personnel soignant • Kits chirurgicaux • Suivi post-opératoire 	Existence des Hôpitaux nationaux avec un plateau technique adapté

Objectif stratégique 3. Mettre en œuvre la lutte intégrée pour le contrôle ou l'élimination des MTN ciblées

La lutte anti-vectorielle intégrée est une stratégie qui n'est pas suffisamment développée par le programme MTN.

Au-delà des séances d'éducation sanitaire organisées par les centres de santé, les rares expériences vécues ont consisté en campagnes de promotion de lavage du visage et des mains, ainsi que quelques actions de CCC menées lors de la distribution de masse des médicaments.

Au moment où la réflexion sur les possibilités de passer à l'élimination de certaines MTN telle que l'onchocercose et la schistosomiase est en vogue, le développement de la lutte anti-vectorielle est à envisager. Parallèlement, des efforts seront engagés en vue d'étendre le partenariat aux autres intervenants dans l'amélioration de l'assainissement. Par exemple, un partenariat focalisé sur l'amélioration de l'assainissement a été conclu avec l'ONGD WV, renforçant ainsi la collaboration multisectorielle en faveur de la lutte contre les MTN.

Tableau 19 : Paquet d'interventions visant le contrôle de la transmission

Paquet d'interventions	Pathologie cible	Besoins requis	Autres opportunités d'intégration non spécifiques aux MTN
Promotion des infrastructures hydrauliques et sanitaires	Schistosomiase, Géohelminthiases, Trachome	<ul style="list-style-type: none"> Partenariat, Cartographie des infrastructures hydrauliques et sanitaires 	
Education pour la santé	Schistosomiase, géohelminthiases, trachome, onchocercose	<ul style="list-style-type: none"> Matériel IEC, Ressources financières 	SSME
Lutte contre les mollusques : - Gestion de l'environnement - Epanchage de molluscicides	Schistosomiase	<ul style="list-style-type: none"> Partenariat, Molluscicides 	
Lutte contre les simules : - Gestion de l'environnement - Epanchage de larvicides	Onchocercose	Permethrine ou autres larvicides	

Les activités à mener dans le cadre de ces interventions sont reprises dans le tableau ci-après :

Tableau 20 : Activités pour le contrôle de la transmission des MTN

Activité	Détails (Sous-activités)	Chronogramme					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
1. Faire la revue des besoins en infrastructures hydrauliques et sanitaires			X	X	X	X	Ressources humaines et financières
2. Organiser des ateliers de plaidoyer auprès des intervenants dans le domaine de l'assainissement			X	X	X	X	Ressources humaines et financières
3. Elaborer les stratégies adaptées pour la CCC	Elaborer les messages clés pour la prévention des MTN		X		X		Ressources humaines et financières

	Identifier les canaux les plus appropriés pour la diffusion de ces messages	X	X	X	X	X	Idem
	Diffuser les messages clés pour la prévention des MTN		X	X	X	X	Idem
4. Organiser des journées pour le lavage des mains et du visage		X	X	X	X	X	Ressources humaines, financières et transport
5. Assurer la lutte anti-vectorielle ciblant les mollusques	Faire la cartographie des points de contact hommes – hôtes intermédiaires		X				Ressources humaines, financières et transport
	Effectuer l'épandage des molluscicides dans des sites circonscrits		X	X	X	X	Idem
6. Assurer la lutte anti-vectorielle ciblant les simulies	Faire la cartographie des gîtes larvaires		X				Ressources humaines, financières et transport
	Effectuer l'épandage des larvicides dans les gîtes circonscrites		X	X	X	X	Idem

Objectif Stratégique 4. Renforcer les capacités techniques à tous les niveaux pour la gestion et la mise œuvre du programme MTN

La gestion du programme MTN est confiée au PNIMTNC qui assure la coordination de toutes les activités de lutte contre les MTN à l'exception de la lèpre gérée par le PNILT.

Le staff du programme a participé dans des conférences tant nationales qu'internationales, y compris des formations, au sujet des MTN ; ils ont acquis par là une expérience dans la mise en œuvre des stratégies du programme de lutte contre les MTN.

Au niveau opérationnel, le programme dispose également des équipes intégrées couvrant 11 districts sanitaires intervenant principalement dans la stratégie IDC. Au

niveau périphérique, les équipes-cadres des districts participent activement dans les activités de mise en œuvre et de suivi du programme de lutte contre les MTN.

Comme certaines MTN passent du contrôle à l'élimination, le programme de lutte contre les MTN projette des activités de renforcement des capacités des ressources humaines sur la gestion de projet et le suivi –évaluation. De plus, des formations –recyclages à tous les niveaux sont envisagées dans le but de la gestion et de l'appropriation du programme.

Tableau 21 : Activités pour renforcer les capacités au niveau national pour la gestion du programme MTN

Activité	Détails (Sous-activités)	Chronogramme					Res néce
		2016	2017	2018	2019	2020	
1. Renforcer les capacités du staff du programme MTN en leadership et gestion	Elaborer un plan de formation du staff du programme MTN	X					Res hum Res fina
	Former 6 cadres sur la gestion des projets		X				Res fina
	Former 6 cadres sur la gestion, analyse et interprétation des données		X				Res fina
	Former 6 cadres sur l'évaluation épidémiologique des MTN	X	X				Ide
2. Renforcer les capacités des prestataires de soins pour le diagnostic et la PEC des cas de MTN	Former les formateurs		X				Ide
	Former un infirmier/ CDS		X		X		Ide
3. Renforcer les capacités des laborantins sur le diagnostic des cas de MTN	Former/Recycler un laborantin/ CDS et hôpital/ 2ans		X		X		Ide
4. Renforcer les capacités des distributeurs communautaires sur la détection et la référence de certaines MTN ciblées, ainsi que la DMM	Former un formateur/ District sanitaire		X	X	X	X	Ide

	Former 2 ASC / Sous Colline			X			Iden
5. Doter le programme MTN des équipements biomédicaux	Doter le programme en 2 loupes pour l'évaluation entomologique			X			Res finar
	Doter le programme en 2 microscopes stéréo			X			Res finar
6. Doter le programme MTN des équipements bureautiques, et matériel roulant	Doter le programme de 4 véhicules 4X4 pour la coordination et la supervision			X			Res finar
	Doter le programme de 12 ordinateurs portables			X			Res finar
	Doter le programme de 12 appareils GPS			X			Res finar
	Doter le programme de 6 ordinateurs de bureau et leurs accessoires (Scanner, Imprimantes)			X			Res finar
	Doter le programme 5 photocopieuses			X			Res finar
7. Doter les FOSA en équipement pour le diagnostic, la PEC des cas de MTN	Doter 1000 CDS en kit Kato-Katz			X			Res finar
8. Elaborer un plan de maintenance préventive, de réparation et d'amortissement des équipements du programme	Produire un plan de maintenance préventive, de réparation et d'amortissement des équipements du programme	X	X	X	X	X	Res hum
	Assurer l'entretien, la réparation des équipements, des parcs automobiles et informatiques	X	X	X	X	X	Res finar

Tableau 22. Plan de mise à l'échelle des interventions de lutte

Maladie	Population totale à risque	2016		2017		2018		2019		2020	
		Nombre total de districts ciblés	Population ciblée	Nombre total de districts à traiter	Population à traiter	Nombre total de districts à traiter	Population à traiter	Nombre total de districts à traiter	Population à traiter	Nombre total de districts à traiter	Population à traiter
Mise en œuvre de la chimiothérapie préventive											
FL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Onchocercose	1 664 143	11	1 363 266	11	1 395 984	11	1 429 488	11	1 463 796	11	1 498 927
Schistosomiase	810 023	15	829 464	15	849 371	15	869 756	15	890 630	15	912 005
STH	4 109 274	46	4 207 897	46	4 308 886	46	4 412 299	46	4 518 195	46	462 6631
Trachome	ND	ND	0	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Mise en œuvre des interventions de prise en charge des cas											
THA	ND	ND	0	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
UB	ND	ND	0	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Lèpre	PM										
Cysticercose	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Priorité stratégique 2. Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité financière du programme MTN

Le plan directeur de lutte contre les MTN est un outil qui sera utilisé comme guide dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre les MTN, mais aussi dans la mobilisation des ressources nécessaires auprès des partenaires. Dès lors, les districts vont intégrer les activités de lutte contre les MTN dans leurs plans opérationnels.

Objectif stratégique 1. Renforcer l'intégration et liaisons du programme MTN dans les plans nationaux et les réformes sanitaires du Ministère de la santé pour une meilleure prise en compte dans les mécanismes de financement

Tableau 23 : Activités visant l'intégration et liaisons du programme MTN

Activité	Détails (Sous-activités)	Chronogramme					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
1. Elaborer un plan conjoint de mobilisation des ressources (PNILT, PNIMTNC)			X				Ressources humaines
2. Organiser des ateliers de plaidoyer et de mobilisation des ressources avec les partenaires			X	X	X	X	Ressources humaines et financières
3. Impliquer le niveau opérationnel (BDS, FOSA, GASC) dans les prestations communautaires pour la lutte contre les MTN			X	X	X	X	Ressources humaines et financières

Objectif stratégique 2. Améliorer les approches stratégiques de mobilisation des ressources auprès des partenaires à tous les niveaux pour les interventions de lutte contre les MTN

Tableau 24 : Activités pour améliorer des approches stratégiques de mobilisation des ressources

Activité	Détails (Sous-activités)	Chronogramme					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
1. Finaliser le plan Directeur de lutte contre les MTN 2021-2025	Elaborer le plan Directeur de lutte contre les MTN 2021-2025					X	Ressources humaines et financières
	Valider le plan Directeur de lutte contre les MTN 2021-2025					X	Idem
	Diffuser le plan Directeur de lutte contre les MTN 2021-2025					X	Idem
2. Elaborer et mettre en œuvre le plan d'élimination de l'onchocercose			X				Idem
3. Mettre en œuvre le plan d'élimination du trachome			X	X	X	X	Idem
4. Elaborer des plans opérationnels annuels de lutte contre les MTN		X	X	X	X	X	Idem
5. Appuyer les provinces et les districts sanitaires dans l'élaboration des plans opérationnels intégrant les MTN		X	X	X	X	X	Idem
6. Impliquer les PTF dans la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre les MTN		X	X	X	X	X	Idem
7. Mettre en place les mécanismes internes de bonne gestion des ressources mobilisées	Prévoir un audit financier interne	X	X	X	X	X	Idem

Objectif stratégique 3. Développer et mettre à jour les politiques, les directives et les outils pour guider la mise en œuvre du programme MTN

Tableau 25 : Activités pour développer et mettre à jour les politiques, les directives et les outils pour la mise en œuvre du programme MTN

Activité	Détails (Sous-activités)	Chronogramme					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
Mettre à jour les guides du programme de lutte contre les MTN	Produire les guides du programme de lutte contre les MTN		X				Ressources humaines et financières
	Valider les guides du programme de lutte contre les MTN		X				Ressources humaines et financières
	Diffuser les guides du programme de lutte contre les MTN		X				Ressources humaines et financières

Priorité stratégique 3. Renforcement de l'appropriation du programme par le gouvernement, le plaidoyer, la coordination, le partenariat et la collaboration multisectorielle

La lutte contre les maladies tropicales négligées s'aligne dans la politique nationale de santé (2016-2025). Elle :

- (1) Contribue à la réduction de l'ampleur (incidence, prévalence) et de la gravité (morbidité, mortalité, handicaps, invalidités) des MTN ;
- (2) Améliore les performances du système national de santé et du système communautaire ;
- (3) Renforce la collaboration intersectorielle pour une meilleure santé.

L'appropriation par le gouvernement s'est traduit par l'allocation de l'une ligne budgétaire pour la lutte contre les MTN au sein du budget national alloué au secteur de la santé. L'allocation des ressources financières et la coordination des interventions de la lutte contre les MTN restent encore faibles. Un plaidoyer soutenu à l'attention des partenaires nationaux et des décideurs doit être mené pour l'obtention d'un financement plus accru à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Vu le nombre d'intervenants dans la lutte contre les MTN, un cadre de concertation avec les secteurs connexes de la santé et différents partenaires doit être mis en place non seulement au niveau central mais aussi au niveau du district. La mise en œuvre de cette priorité stratégique exige que des mécanismes de coordination des interventions soient mises en place à tous les niveaux avec des rôles et

des responsabilités clairement définis. La coordination nationale de lutte intégrée contre les MTN au niveau central est à renforcer par un appui institutionnel et technique.

Objectif stratégique 1. Renforcer les mécanismes de coordination des interventions de lutte contre les MTN à tous les niveaux

Tableau 26 : Activités pour renforcer les mécanismes de coordination des interventions de lutte contre les MTN

Activité	Détails (Sous-activités)	Chronogramme					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
1. Participer au processus d'intégration de la lutte contre les MTN dans les plans stratégiques de santé nationaux (PNDS)		X	X	X			Ressources humaines
2. Mettre en place le comité de pilotage pour la mise en œuvre du plan directeur	Organiser des réunions des comités de pilotage	X	X	X	X	X	Ressources humaines et Financières
3. Mettre en place 3 groupes techniques de travail sur la lutte contre les MTN	Organiser des réunions des groupes techniques de travail	X	X	X	X	X	Ressources humaines et Financières
4. Assurer le fonctionnement de la coordination nationale du programme MTN	Doter la coordination des frais de fonctionnement (carburant, lubrifiants, consommables bureautiques et informatiques, communication)	X	X	X	X	X	Ressources financières
	Payer aux personnels de la coordination nationale des primes de performance		X	X	X	X	Ressources financières

Objectif stratégique 2. Renforcer le partenariat visant le contrôle et l'élimination des MTN cibles à tous les niveaux

Tableau 27 : Activités pour renforcer le partenariat visant le contrôle et l'élimination des MTN cibles

Activité	Détails (Sous-activités)	Chronogramme					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
1. Etablir au moins 5 Conventions et Protocoles d'accord entre le ministère de la santé publique et les partenaires			X	X	X	X	Ressources humaines et Financières
2. Appuyer les écoles de formation en santé dans l'élaboration des projets d'intégration des IDC dans la formation universitaire				X			Ressources humaines et Financières

Objectif stratégique 3. Renforcer l'utilisation des résultats issus des revues du programme pour la prise de décision

Tableau 28 : Activités visant l'utilisation des résultats issus des revues du programme pour la prise de décision

Activité	Détails (Sous-activités)	Chronogramme					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
1. Réviser les stratégies d'intervention dans la lutte contre la schistosomiase			X				Ressources humaines et Financières
2. Réviser les stratégies d'intervention dans la lutte contre le trachome			X				Ressources humaines et Financières
3. Réviser les stratégies d'intervention dans la lutte contre l'onchocercose			X				Ressources humaines et Financières
4. Réviser les stratégies d'intervention dans la lutte contre les HTS			X				Ressources humaines et Financières

Objectif stratégique 4. Renforcer le plaidoyer, la visibilité et la traçabilité des interventions de contrôle, d'élimination et d'éradication des MTN à tous les niveaux

Tableau 29 : Activités pour renforcer de plaidoyer, de la visibilité et de a traçabilité des interventions de contrôle, d'élimination et d'éradication des MTN

Activité	Détails (Sous-activités)	Chronogramme					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
1. Elaborer une cartographie des partenaires techniques et financiers intervenants dans la lutte contre MTN à tous les niveaux	Répertorier les PTF et prendre des contacts		X	X	X	X	Ressources humaines Ressources Financières
2. Organiser une journée nationale de mobilisation sociale pour la lutte contre les MTN	Tenir un atelier-média		X	X	X	X	Ressources humaines Ressources Financières
	Organiser une journée nationale de mobilisation sociale avec les leaders d'opinion		X	X	X	X	Ressources humaines Ressources Financières
	Organiser une synergie des média sur la lutte contre les MTN		X	X	X	X	Ressources humaines Ressources Financières
	Organiser des jeux concours dans les écoles		X	X	X	X	Ressources humaines Ressources Financières
	Vulgariser les résultats du programme MTN		X	X	X	X	Ressources humaines
3. Alimenter régulièrement le site WEB du MSPLS et de l'OMS	Vulgariser les résultats du programme MTN		X	X	X	X	Ressources humaines

4. Réaliser un documentaire de valorisation du travail des ASC et autres intervenants				X			Ressources humaines Ressources Financières
5. Editer un bulletin Annuel d'information sur la lutte contre les MTN			X	X	X	X	Ressources humaines

Priorité stratégique 4. Suivi et évaluation

Cette partie constitue l'une des plus importantes du plan directeur de lutte contre les MTN. Elle comprend les informations sur le suivi et l'évaluation du programme, notamment les indicateurs à suivre pour chaque maladie, un cadre logique et les principales activités de suivi-évaluation à mener.

Le *suivi* est un processus continu d'observation et de collecte de données sur le programme de lutte contre les maladies tropicales négligées, pour veiller à ce que le programme évolue comme prévu.

L'*évaluation* est une analyse systématique et critique de l'adéquation, de l'efficacité et de l'efficience du programme et des stratégies utilisées, ainsi que de son évolution. L'évaluation porte sur l'analyse des résultats à long ou à moyen terme, ou même annuels, par rapport aux buts, objectifs et cibles fixés.

Le MSPLS dispose d'un nouvel organigramme qui assure une bonne visibilité aux aspects de planification, d'information sanitaire et de suivi-évaluation au travers d'une Direction Générale de la Planification (DGP). Ce dernier dispose d'une Direction du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS) responsable de la production et diffusion de l'information sanitaire nécessaire et une Direction de la Planification et de Suivi-Evaluation des politiques de santé.

La DSNIS produit les annuaires statistiques, des publications diverses et alimente le site web du MSPLS tandis que la direction de la planification et du suivi-évaluation valide et fait le suivi-évaluation les plans d'action.

Le MSPLS dispose d'un service chargé de la Surveillance intégrée de la maladie et riposte des maladies à potentiel épidémique et les pathologies sous surveillance.

Pour les maladies à déclaration obligatoire, les données sont transmises directement par téléphone (et/ou par courrier électronique), respectivement en début de chaque semaine et de chaque mois pour la semaine et le mois précédents. Elles sont ensuite saisies dans un tableur *Excel*, puis exportées dans la base de données « GESIS ». Ces données sont transmises au Service chargé de la préparation et de la Réponse aux Urgences de Santé Publique, ainsi qu'à l'OMS.

Pour les données de routine, la collecte est faite à partir du canevas standard de rapports mensuels des formations sanitaires, aussi bien du premier niveau, que des deuxième et troisième niveaux chaque mois. Les rapports mensuels des formations sanitaires sont transmis aux échelons supérieurs selon le circuit de transmission de l'information du SNIS.

Objectif stratégique 1. Élaborer et promouvoir un cadre intégré de suivi-évaluation des MTN et améliorer le suivi des MTN dans le cadre des systèmes nationaux d'information sanitaire

Tableau 30 : Activités visant le monitoring, l'évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle

Activité	Détails (Sous-activités)	Chronogramme					Ressources
		2016	2017	2018	2019	2020	
1. Elaborer un guide de supervision à tous les niveaux			X				Ressources humaines
2. Elaborer et valider un plan de supervision			X	X	X	X	Ressources humaines, matérielles et financières
3. Mener une supervision intégrée chaque trimestre au niveau intermédiaire			X	X	X	X	Ressources humaines, matérielles et financières
4. Assurer le contrôle qualité du diagnostic au niveau des laboratoires des CDS			X		X		Ressources humaines, Matérielles et financières
5. Organiser une formation des équipes-cadres des BPS et BDS à l'analyse des données du SIS de routine relatives aux MTN			X				Ressources humaines et financières
6. Organiser des ateliers provinciaux de validation des données MTN			X	X	X	X	Ressources humaines, matérielles et financières
7. Réaliser une évaluation à mi-parcours du plan Directeur				X			Ressources humaines, matérielles et financières
8. Réaliser une évaluation finale du plan directeur						X	Ressources humaines, matérielles et financières

Objectif stratégique 2. Appuyer la recherche opérationnelle, documentation et exploitation des données

Tableau 31 : Activités de recherche opérationnelle, de documentation et exploitation des données

Activités	Détails (Sous-activités)	Chronogramme					Ressources
		2016	2017	2018	2019	2020	
1. Former 3 cadres du PNIMTNC à la recherche opérationnelle			X	X	X	X	Ressources financières
2. Mener une étude de faisabilité de l'élimination de la schistosomiase	Faire la cartographie des points de contact homme-eau			X			Ressources humaines, matérielles et financières
	Faire la collecte des données de base pour l'étude de faisabilité et en produire le rapport d'étude			X			Ressources humaines, matérielles et financières
3. Mener 2 enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) de la population en matière des MTN			X			X	Ressources humaines, matérielles et financières
4. Mener une enquête de couverture thérapeutique post-campagne DMM			X				Ressources humaines, matérielles et financières
5. Mener la recherche opérationnelle sur d'autres questions pertinentes	Développer des protocoles de recherche sur base des questions prioritaires identifiées			X	X	X	Ressources humaines et financières
	Exécuter les protocoles de recherche et en assurer la publication des résultats			X	X	X	Ressources humaines et financières

Objectif stratégique 3. Renforcer le système de surveillance des MTN dans le système sanitaire existant

Tableau 32 : Activités pour renforcer le système de surveillance des MTN

Activités	Détails (Sous-activités)	Chronogramme					Ressources
		2016	2017	2018	2019	2020	
1. Assurer le renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux sur la détection des MTN à caractère épidémique	Former 6 formateurs nationaux			X			Ressources humaines et financières
	Former les superviseurs des BPS et BDS				X		Ressources humaines et financières
	Former les titulaires des CDS				X		Ressources humaines et financières
2. Mettre à jour les sites sentinelles sur les HTS et la schistosomiase			X				Ressources humaines, matérielles
3. Mener des enquêtes de surveillance des MTN dans les sites sentinelles			X	X	X	X	Ressources humaines, matérielles et financières
4. Mettre à jour les données épidémiologiques du trachome			X				Idem
5. Mener une évaluation entomologique de l'onchocercose			X				Idem
6. Mener une évaluation épidémiologique de l'onchocercose					X		Idem
7. Mener une enquête de vérification de la transmission de la filariose lymphatique				X			Idem
8. Mener une étude d'impact sur les HTS et la schistosomiase						X	Idem
9. Mener une étude d'impact sur le trachome						X	Idem

Objectif stratégique 4. Mettre en place un système intégré de gestion des données en vue de soutenir l'analyse de l'impact de la lutte contre les MTN

Tableau 33 : Activités visant la mise en place d'un système intégré de gestion des données MTN

Activités	Détails (sous activités)	Chronogramme (Année)					Ressources
		2016	2017	2018	2019	2020	
1. Former 3 cadres du programme à la gestion intégrée des données MTN, y compris la conception d'une base de données			X				Ressources humaines, matérielles et financières
2. Mettre en place une base intégrée de gestion des données spécifiques aux MTN			X				Ressources humaines et financières
3. Former les chargés du SIS des BPS et BDS à la gestion intégrée des données spécifiques aux MTN				X			Ressources humaines, matérielles et financières

Objectif stratégique 5. Renforcer le système de pharmacovigilance dans le cadre du contrôle des MTN

Le Burundi a connu d'importantes avancées en matière d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux. La chaîne d'approvisionnement en produits médicaux dans le secteur public est constituée au niveau national, de par la Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi (CAMEBU) où les BDS s'approvisionnent, assurant ainsi la disponibilité de ces produits à proximité des formations sanitaires.

Ainsi, les médicaments utilisés pour la chimiothérapie préventive contre les MTN (Albendazole, Ivermectine, Praziquantel) figurent dans la liste des médicaments essentiels et sont intégrés dans le circuit national habituel d'approvisionnement des médicaments. Les médicaments utilisés lors des campagnes proviennent des donateurs qui les livrent ponctuellement en fonction des besoins, et empruntent généralement le même circuit national. En outre, un système de contrôle de qualité des médicaments a été instauré en amont, en vue d'assurer la disponibilité des produits de bonne qualité.

Au niveau national, un Comité National d'Homologation des Médicaments ainsi qu'un Comité National de Pharmacovigilance ont été mis en place mais ne sont pas encore pleinement fonctionnels. La mise en place d'un système d'enregistrement des médicaments et autres produits pharmaceutiques est effective.

Le programme MTN a élaboré des fiches de notification des cas d'effets secondaires consécutifs à l'administration des médicaments contre les MTN et met à la disposition des structures de soins des protocoles de prise en charge. Depuis la mise en œuvre des campagnes de distribution de masse des médicaments, aucun cas d'effet secondaire grave n'a été observé mais des cas d'effets indésirables légers et de fausses routes ont été rarement reportés. Des actions correctrices lors des campagnes ont permis de minimiser ces derniers.

De là, les actions prioritaires porteront sur le renforcement des capacités techniques et logistiques des formations sanitaires à qualifier et à prendre en charge les cas d'effets secondaires survenant lors de l'administration des traitements de masse ciblant les MTN, la revue des formulaires de notification des cas d'effets secondaires, le rapportage et l'analyse des données de pharmacovigilance.

Tableau 34 : Activités pour renforcer le système de pharmacovigilance

Activité	Détails (Sous-activités)	Chronogramme (Année)					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
1. Produire des outils de notification et de rapportage des cas des réactions adverses et d'effets secondaires			X				Ressources humaines et financières
2. Assurer la prise en charge des effets secondaires	Approvisionner les structures de soins en kit de PEC des effets secondaires graves		X	X	X	X	Ressources humaines et financières
3. Organiser le monitoring des effets secondaires graves	Rapporter tous les cas d'effets secondaires graves		X	X	X	X	Ressources humaines et financières
	Organiser des réunions de monitoring au niveau des DS après chaque campagne de traitement		X	X	X	X	Ressources humaines et financières

**BUDGET ESTIMATIF DU PLAN DIRECTEUR DE LUTTE CONTRE LES MTN 2016-2020
(EN DOLLARS AMERICAINS)**

Priorité Stratégique (P.S.)		2016	2017	2018	2019	2020	T
P.S.1	Cartographie	-	47 496	54 741	58 134	-	
	Distribution de Masse de Médicaments	110 236	292 801	323 032	306 462	294 094	
	Approvisionnement en médicaments pour la CTP	1 135	1 135	1 135	9 404	1 135	
	Approvisionnement en médicaments pour la PCC	-	-	-	-	-	
	Gestion de la morbidité et prévention des infirmités	-	-	33 783	33 740	33 740	
	Lutte antivectorielle et amélioration de l'environnement	546	53 044	79 460	77 019	77 300	
	Renforcement de capacité au niveau national	-	150 117	68 644	189 024	68 644	
	Infrastructure & Logistique	5 161	5 161	5 161	5 161	5 161	
P.S.2	Planification opérationnelle et stratégique	-	28 410	17 080	1 087	34 941	
	Initiatives de mobilisation de ressources	2 640	6 474	6 474	6 474	6 474	
	Intégration & liaison des plans et budgets	-	15 895	13 791	13 791	13 791	
	Mise à jour des politiques, guides et outils	-	60 843	-	-	-	
P.S.3	Mécanismes de coordination	-	45 041	45 041	45 041	45 041	
	Renforcement du partenariat	-	2 809	10 537	2 809	2 809	
	Réunion de revue de haut niveau	-	18 389	-	-	-	
	Plaidoyer et communication	-	22 098	30 612	26 564	26 564	
P.S.4	Monitoring (suivi), Supervision & Evaluation	-	117 263	22 158	24 390	44 551	
	Surveillance de la maladie, riposte et lutte	10 322	149 407	65 883	171 039	253 026	
	Recherche (opérationnelle et fondamentale)	-	-	15 169	15 169	15 169	
	Gestion des données	-	11 878	18 484	18 484	18 484	
Coût Total avec le coût des médicaments		130 042	1 028 261	811 185	1 003 793	940 924	
Coût Total sans le coût des médicaments		128 907	027 126	810 050	994 388	939 789	

ANNEXES

ANNEXES 1 : ANALYSE DE LA SITUATION

Annexe 1.1 : Données sur la population et les infrastructures scolaires et sanitaires par District

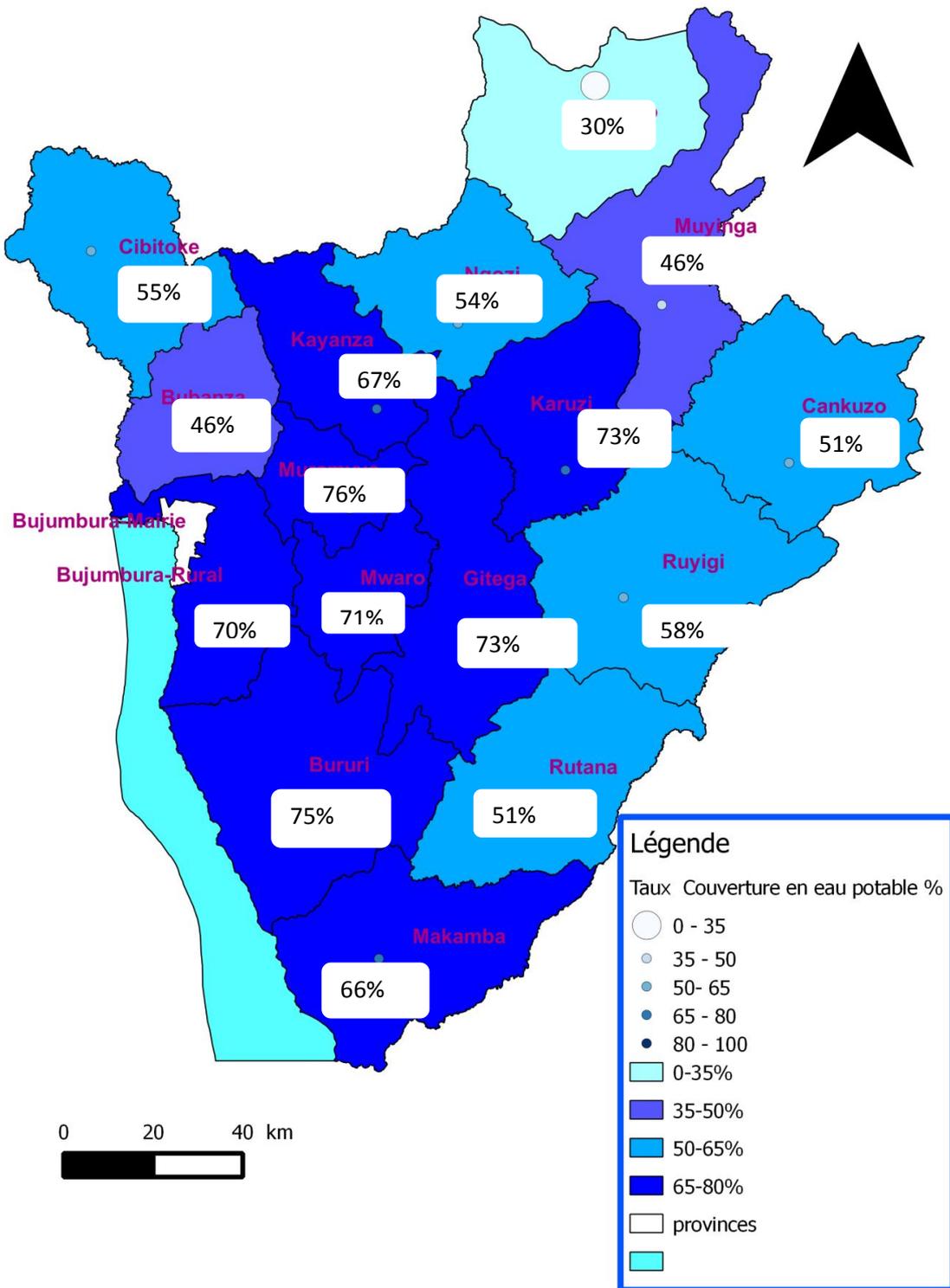
Province	District sanitaire	Nombre de collines	Population 2008 (RGPH, 2008)	Population 2015	0-59 mois	5-14 ans	Nombre de E.P.	Nombre de CDS
					17,90%	26,70%		
Bubanza	Bubanza	50	170 111	217 175	38 874	57 986	124	15
	Mpanda	46	178 077	264 007	47 257	70 490	103	21
Bujumbura Mairie	Nord	59	246 813	293 867	52 602	78 462	111	36
	Centre	30	112 625	127 273	22 782	33 982	95	31
	Sud	28	118 717	147 380	26 381	39 350	54	21
Bujumbura	Kabezi	81	187 213	208 336	37 292	55 626	120	13
	Rwibaga	37	105 563	326 363	58 419	87 139	52	10
	Isale	89	272 294	102 273	18 307	27 307	112	34
Bururi	Bururi	55	110 518	142 138	25 443	37 951	113	21
	Matana	86	201 509	233 526	41 801	62 351	141	23
	Rumonge	82	258 902	382 282	68 428	102 069	227	37
Cankuzo	Cankuzo	55	116 099	168 262	30 119	44 926	67	12
	Murore	38	105 292	164 850	29 508	44 015	47	11
Cibitoke	Cibitoke	59	231 890	322 048	57 647	85 987	92	20
	Mabayi	77	228 736	270 486	48 417	72 220	94	33
Gitega	Gitega	73	227 276	281 300	50 353	75 107	66	21
	Kibuye	90	187 484	208 875	37 389	55 770	73	11
	Mutaho	45	172 676	202 197	36 193	53 987	53	6
	Ryansoro	72	127 644	161 691	28 943	43 171	49	11
Karuzi	Buhiga	86	230 787	281 615	50 409	75 191	74	10
	Nyabikere	65	202 274	250 482	44 836	66 879	77	11
Kayanza	Kayanza	99	222 005	205 400	36 767	54 842	61	16
	Musema	87	195 909	243 876	43 654	65 115	52	12
	Gohombo	82	168 182	232 162	41 557	61 987	57	12
Kirundo	Kirundo	45	182 528	168 794	30 214	45 068	41	14
	Mukenke	42	126 182	215 303	38 539	57 486	42	10
	Vumbi	77	181 400	158 303	28 336	42 267	48	11
	Busoni	45	146 188	200 123	35 822	53 433	37	9
Makamba	Makamba	78	228 176	312 586	55 953	83 460	154	23
	Nyanza-lac	69	200 741	355 000	63 545	94 785	150	20
Muramvya	Muramvya	43	148 643	182 926	32 744	48 841	51	12
	Kiganda	62	146 248	177 133	31 707	47 295	58	8
Muyinga	Muyinga	108	241 163	184 213	32 974	49 185	82	20
	Gashoho	61	145 189	305 102	54 613	81 462	46	11
	Giteranyi	66	245 994	289 232	51 773	77 225	65	10
Mwaro	Kibumbu	71	141 432	142 824	25 565	38 134	63	15
	Fota	66	127 616	155 864	27 900	41 616	48	10
Ngozi	Ngozi	111	247 921	197 122	35 285	52 632	76	28

	Kiremba	116	237 507	285 969	51 188	76 354	71	10
	Buye	77	175 882	315 005	56 386	84 106	56	14
Rutana	Rutana	98	163 544	249 415	44 645	66 594	99	16
	Gihofi	69	172 850	188 930	33 818	50 444	102	20
Ruyigi	Butezi	58	103 831	139 779	25 020	37 321	44	8
	Kinyinya	84	200 882	264 272	47 305	70 561	105	9
	Ruyigi	43	96 105	121 370	21 725	32 406	60	10
TOTAL	46	3 060	8 038 618	10 047 129	1 798 436	2 682 583	3612	736

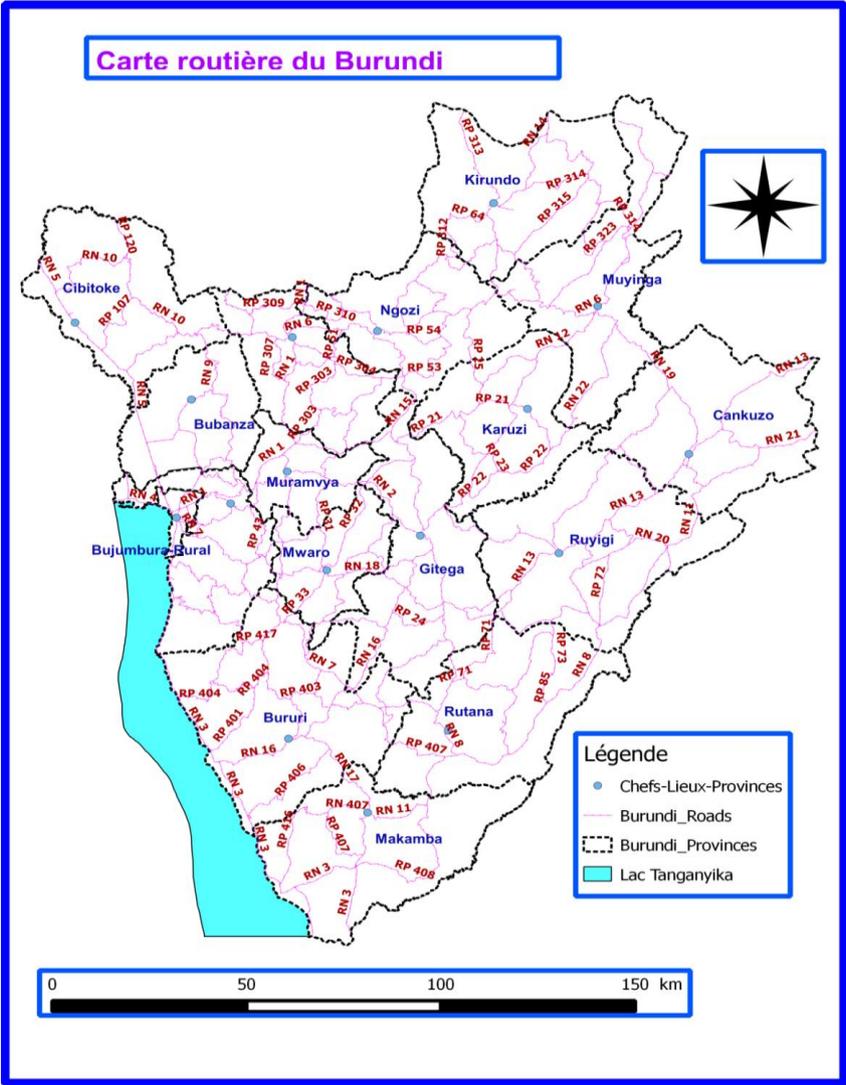
Annexe 1.2 : Distances séparant la capitale (Bujumbura) et les autres provinces ou centres urbains

Bubanza	Bujumbura		Bururi	Cankuzo	Cibitoke	Gihofi	Gisozi	Gisuru	Gitega	Isale Mugaruro	Kanyaru Haut	Karuzi	Kayanza	Kirundo	Kobero Poste frontalière	Mabanda	Mahwa	Makamba	Muramvya	Muyinga	Mwaro	Ngozi	Nyakazu	Nyanza Lac	Rugombo	Rumonge	Rulana	Ruyigi	Rwegura	Shanga Mwishanga	Sources du Nil	Teza	Tora				
	Bujumbura	Bukirasazi																																			
41																																					
179	143																																				
148	107	85																																			
258	219	102	187																																		
55	64	205	171	268																																	
236	200	63	88	159	261																																
111	70	77	78	153	134	134																															
266	225	108	193	40	288	165	159																														
138	102	41	91	117	164	98	50	123																													
60	24	126	131	202	86	185	66	207	85																												
103	114	169	221	193	113	226	143	233	128	97																											
202	161	100	150	106	222	157	109	146	59	144	133																										
82	93	148	200	173	92	205	122	213	107	76	21	113																									
188	199	198	248	129	198	255	176	169	157	182	126	115	106																								
223	234	164	214	88	233	221	173	128	123	217	161	74	141	66																							
189	148	112	62	214	212	81	128	220	147	193	283	206	241	304	270																						
143	102	61	30	163	168	64	52	163	61	100	216	120	195	218	184	80																					
190	149	92	42	194	213	61	108	200	127	173	263	186	242	284	250	20	60																				
86	50	93	152	169	110	152	67	175	52	33	76	111	55	161	196	198	152	199																			
195	208	136	186	60	205	193	145	100	95	189	133	46	113	69	28	242	156	222	168																		
107	66	73	86	149	130	130	8	155	46	62	135	105	114	168	169	136	60	116	59	141																	
114	125	124	174	141	124	181	103	206	83	108	52	81	32	74	109	230	144	210	87	81	95																
230	189	52	99	154	253	77	124	154	87	172	215	146	194	244	210	126	75	106	139	182	119	170															
164	123	137	74	239	187	106	151	239	172	147	237	231	216	322	295	25	104	45	173	267	159	248	151														
65	74	215	181	275	10	272	144	299	174	96	123	232	102	208	243	222	176	223	120	215	140	134	263	197													
114	73	119	34	221	137	122	76	221	125	97	187	184	166	272	248	75	64	76	123	220	84	198	133	50	147												
216	175	38	63	140	239	25	110	140	73	158	201	132	180	230	196	74	39	54	125	168	118	156	52	99	249	97											
211	170	53	138	49	234	110	104	55	68	153	196	102	175	178	137	159	108	139	120	109	100	151	99	184	244	166	85										
68	107	162	214	187	78	219	136	244	121	90	35	127	14	120	155	255	209	256	69	127	128	46	208	230	88	180	194	189									
208	167	30	77	132	231	55	102	132	65	150	193	124	172	222	188	104	53	84	117	160	97	148	22	129	241	111	30	77	186								
155	114	56	40	158	178	59	64	158	77	110	228	136	207	234	200	90	16	70	106	172	72	160	70	114	188	74	34	103	221	48							
84	48	109	155	182	110	166	80	191	68	31	74	127	53	159	194	196	150	197	16	166	72	85	155	171	120	121	141	136	67	133	119						
115	74	104	71	204	138	106	24	206	74	70	187	133	166	273	197	123	48	103	66	169	32	164	118	148	148	52	82	151	180	96	59	82					

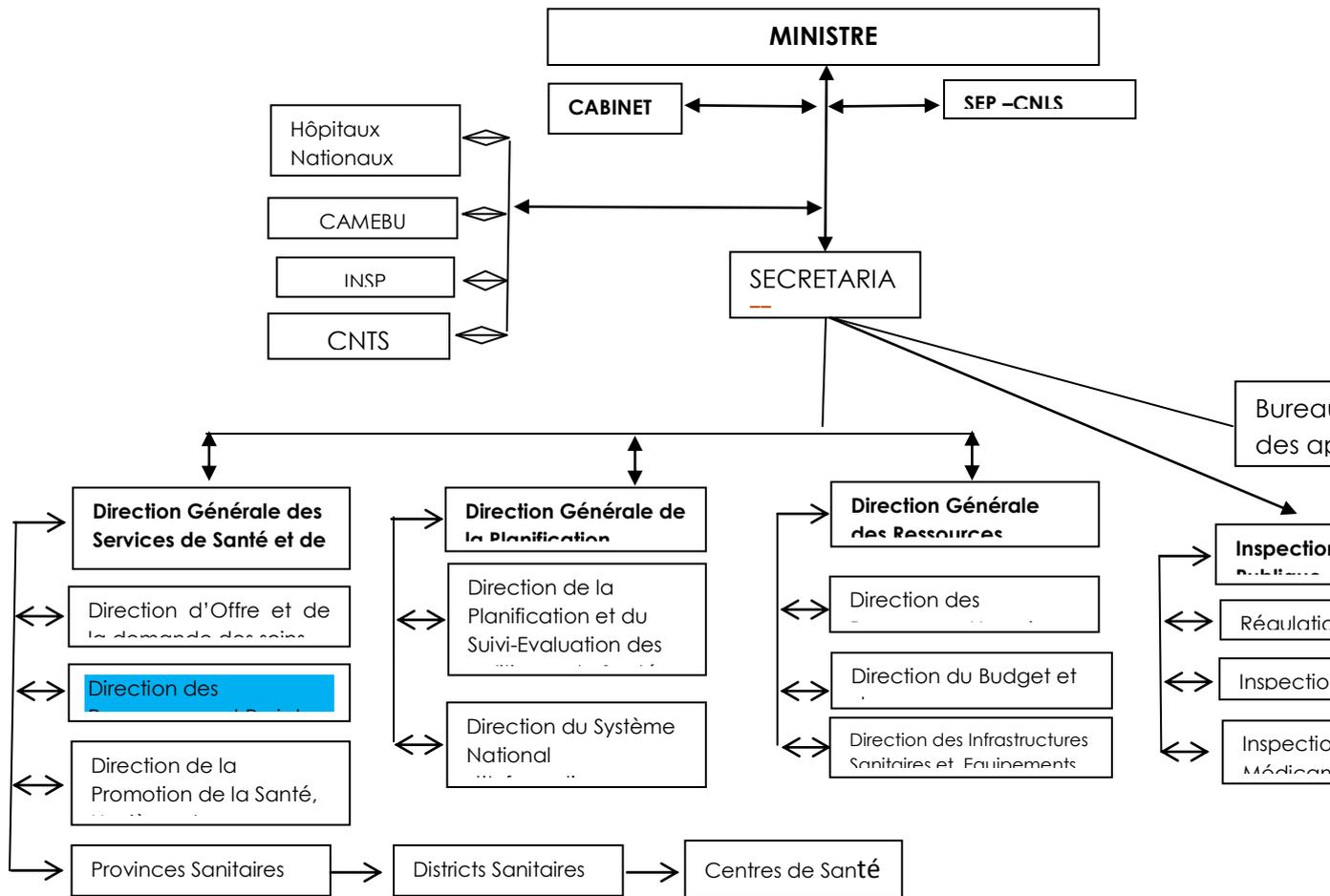
Annexe 1.3 : Taux de couverture en eau potable au Burundi en 2012



Annexe 1.4 : Carte routière du Burundi



Annexe 1.5. Organigramme du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida



Annexe 1.6 : Tableau de co-endémicité des MTN par district

Province	District	Nbre Communautés	Maladies											
			Maladie du CTP						Maladie à prise en charges des cas					
			Géo helminthiase	Schistosomiase	Onchocercose	trachome	Filariose lymphatique	Rege	lèpre	trypanosomiase	Cysticercose			
Bubanza	Bubanza	50	+	+	+	-	-		ND	+	ND	ND		
	Mpanda	46	+	+	+	-	-		ND	+	ND	ND		
Bujumbura Mairie	Nord	59	+	+	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Centre	30	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Sud	28	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
Bujumbura Rural	Kabezi	81	+	+	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Rwibaga	37	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Isale	89	+	+	-	-	-		ND	+	ND	ND		
Bururi	Bururi	55	+	-	+	-	-		ND	+	ND	ND		
	Matana	86	+	-	+	-	-		ND	+	ND	ND		
Rumonge	Rumonge	82	+	+	+	-	-		ND	+	ND	ND		
	Bugarama	55	+	+	+	-	-		ND	+	ND	ND		
Cankuzo	Cankuzo	38	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Murore	59	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
Cibitoke	Cibitoke	77	+	+	+	-	-		ND	+	ND	ND		
	Mabayi	73	+	-	+	-	-		ND	+	ND	ND		
Gitega	Gitega	90	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Kibuye	45	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Mutaho	72	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Ryansoro	86	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
Karusi	Buhiga	65	+	-	-	+	-		ND	+	ND	ND		
	Nyabikere	99	+	-	-	+	-		ND	+	ND	ND		
Kayanza	Kayanza	87	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Musema	82	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Gahombo	45	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
Kirundo	Kirundo	42	+	+	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Mukenke	77	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Vumbi	45	+	+	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Busoni	78	+	+	-	-	-		ND	+	ND	ND		
Makamba	Makamba	69	+	+	+	-	-		ND	+	ND	ND		
	Nyanza-lac	43	+	+	-	-	-		ND	+	ND	ND		
Muramvya	Muramvya	62	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Kiganda	108	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
Muyinga	Muyinga	61	+	-	-	+	-		ND	+	ND	ND		
	Gashoho	66	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Giteranyi	71	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
Mwaro	Kibumbu	66	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Fota	111	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
Ngozi	Ngozi	116	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Kiremba	77	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Buye	98	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
Rutana	Rutana	69	+	-	+	-	-		ND	+	ND	ND		
	Gihofi	58	+	+	+	-	-		ND	+	ND	ND		
Ruyigi	Butezi	84	+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Kinyinya	43	+	+	-	-	-		ND	+	ND	ND		
	Ruyigi		+	-	-	-	-		ND	+	ND	ND		
18	46	3060												

Annexe 1.7 : Résumé de l'état de la co-implémentation de la chimiothérapie préventive par district

Province	District	Nombre de Communautés	Filariose Lymphatique	Onchocercose	Schistosomias e	Géo-helminthiase	trachome	Loa loa
Bubanza	Bubanza	46	NA	+	+	+	-	NA
	Mpanda	28	NA	+	+	+	-	NA
Bujumbura Mairie	Nord	-	NA	-	+	+	-	NA
	Centre	-	NA	-	-	+	-	NA
	Sud	-	NA	-	-	+	-	NA
Bujumbura Rural	Kabezi	-	NA	-	+	+	-	NA
	Rwibaga	-	NA	-	-	+	-	NA
	Isale	-	NA	-	-	+	-	NA
Bururi	Bururi	11	NA	+	-	+	-	NA
	Matana	3	NA	+	-	+	-	NA
Rumonge	Rumonge	44	NA	+	+	+	-	NA
	Bugarama	18	NA	+	+	+	-	NA
Cankuzo	Cankuzo	-	NA	-	-	+	-	NA
	Murore	-	NA	-	-	+	-	NA
Cibitoke	Cibitoke	54	NA	+	+	+	-	NA
	Mabayi	74	NA	+	-	+	-	NA
Gitega	Gitega	-	NA	-	-	+	-	NA
	Kibuye	-	NA	-	-	+	-	NA
	Mutaho	-	NA	-	-	+	-	NA
	Ryansoro	-	NA	-	-	+	-	NA
Karusi	Buhiga	-	NA	-	-	+	-	NA
	Nyabikere	-	NA	-	-	+	-	NA
Kayanza	Kayanza	-	NA	-	-	+	-	NA
	Musema	-	NA	-	-	+	-	NA
	Gahombo	-	NA	-	-	+	-	NA
Kirundo	Kirundo	-	NA	-	+	+	-	NA
	Mukenke	-	NA	-	-	+	-	NA
	Vumbi	-	NA	-	+	+	-	NA

	Busoni	-	NA	-	+	+	-	NA
Makamba	Makamba	7	NA	+	+	+	-	NA
	Nyanza-lac	-	NA	-	+	+	-	NA
Muramvya	Muramvya	-	NA	-	-	+	-	NA
	Kiganda	-	NA	-	-	+	-	NA
Muyinga	Muyinga	-	NA	-	-	+	-	NA
	Gashoho	-	NA	-	-	+	-	NA
	Giteranyi	-	NA	-	-	+	-	NA
Mwaro	Kibumbu	-	NA	-	-	+	-	NA
	Fota	-	NA	-	-	+	-	NA
Ngozi	Ngozi	-	NA	-	-	+	-	NA
	Kiremba	-	NA	-	-	+	-	NA
	Buye	-	NA	-	-	+	-	NA
Rutana	Rutana	15	NA	+	-	+	-	NA
	Gihofi	62	NA	+	+	+	-	NA
Ruyigi	Butezi	-	NA	-	-	+	-	NA
	Kinyinya	-	NA	-	+	+	-	NA
	Ruyigi	-	NA	-	-	+	-	NA

Annexe 1.8 : Résumé de l'état de la prise en charge des cas par district

Province	District	Ulcère de Buruli	Ver de guinée	THA	Leishmaniose	Lèpre	Rage	Cysticercose
Bubanza	Bubanza	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Mpanda	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
Bujumbura Mairie	Nord	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Centre	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Sud	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
Bujumbura Rural	Kabezi	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Rwibaga	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Isale	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
Bururi	Bururi	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Matana	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
Rumonge	Rumonge	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Bugarama	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
Cankuzo	Cankuzo	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Murore	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
Cibitoke	Cibitoke	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Mabayi	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
Gitega	Gitega	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Kibuye	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Mutaho	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
Karusi	Ryansoro	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Buhiga	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
Kayanza	Nyabikere	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Kayanza	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
Kirundo	Musema	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Gahombo	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Kirundo	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
Makamba	Mukenke	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Vumbi	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Busoni	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
Muramvya	Makamba	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Nyanza-lac	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
Muyinga	Muramvya	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Kiganda	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Muyinga	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
Mwaro	Gashoho	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Giteranyi	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Kibumbu	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
Ngozi	Fota	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Ngozi	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Kiremba	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
Rutana	Buye	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Rutana	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
Ruyigi	Gihofi	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Butezi	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Kinyinya	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND
	Ruyigi	ND	NA	ND	ND	+	ND	ND

ANNEXES 2 : CADRE OPÉRATIONNEL

Annexe 2.1. Paquet d'interventions de chimiothérapie préventive (CTP) – Distribution de masse de médicaments (DMM)

Activités		Onchocercose	Schistosomiase	HTS	Trachome
Coordination du Programme		X	X	X	X
Plaidoyer		X	X	X	X
Mobilisation de Ressources		X	X	X	X
Mobilisation sociale		X	X	X	X
Formation		X	X	X	X
Cartographie		X	X	X	X
Distribution de médicaments	TIDC	X	X	X	
	Ecoles		X	X	
	Campagne DMM		X	X	X
	Journée de survie de l'enfance	NA	NA	NA	NA
	Campagne de vaccination		X	X	
	Journée de santé et nutrition	NA	NA	NA	NA
M&E (Suivi & Evaluation)		X	X	X	X

Annexe 2.2. Paquet d'interventions pour les MTN à prise en charge de cas par cas

Principales interventions	Maladies / infections							
	Ver de Guinée	Lèpre	THA	UB	Complications /FL	Trichiasis	Rage	Cysticercose
Plaidoyer/mobilisation des ressources	NA	X	X	X	X	X	X	X
Renforcement du partenariat	NA	X	X	X	X	X	X	X
Collaboration intersectorielle	NA	X	X	X	X	X	X	X
Promotion de la santé	NA	X	X	X	X	X	X	X
Renforcement capacités	NA	X	X	X	X	X	X	X
Cartographie	NA		X	X	X	X		X
Recherche passive cas	NA	X	X	X	X	X	X	X
Recherche active cas	NA		X	X	X			
Traitement médical	NA	X	X	X	X	X		
Chirurgie	NA	X		X	X	X		
Prévention infirmités	NA	X		X	X			
Prise en charge intégrée du vecteur /contrôle du réservoir	NA		X					
Surveillance	NA	X	X	X	X	X	X	X

Annexe 2.3. Paquet d'interventions pour le contrôle du vecteur

Activités	Vecteurs associés aux MTN						
	Moustiques			Autres vecteurs			
	LF	Dengue	Malaria	Mollusques	Simulies		Mouche Tsé Tsé
				schistosomiase	onchocercose	Leishmaniose	THA
MIILDA	x	NA	x			x	
PID	x	NA	x			x	
Pulvérisation		NA			x		x
Epannage des larvicides	x	NA	x		x		
Traps		NA					x
Prévention /traitement des sites de transmission	x	NA	x	x	x	x	x

Annexe 2.4. Paquet d'interventions visant l'amélioration de l'environnement, l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement et la recherche opérationnelle

Activités	LF	Onchocercose	SCH	STH	Trachome	Lèpre	Leishmaniose	THA	Ver de guinée	UB	Rage	Dengue
Partenariat pour l'approvisionnement en eau potable			x	x	x				x			
Partenariat pour l'assainissement			x	x	x							
Mobilisation sociale	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Promotion de la santé	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Recherche opérationnelle	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Annexe 2.5. Prévisions de paquet opérationnel par district

Province	District	Nombre de communautés	Chimiothérapie préventive		Prise charge des cas		Chimiothérapie			MTN ciblées pour élimination ou éradication	
			Cartographie	Chimiothérapie	ACF	CM 1+2	IVM	SWS	loe	SURV	VERIF
Bubanza	Bubanza		-	+	+	+	-	-	-	-	-
	Mpanda		+	+	+	+	-	-	-	+	-
Bujumbura Mairie	Nord		-	+	+	+	-	-	-	-	-
	Centre		-	-	+	+	-	-	-	-	-
	Sud		-	-	+	+	-	-	-	-	-
Bujumbura Rural	Kabezi		-	+	+	+	-	-	-	+	-
	Rwibaga		-	-	+	+	-	-	-	-	-
	Isale		-	-	+	+	-	-	-	-	-
Bururi	Bururi		-	+	+	+	-	-	-	-	-
	Matana		-	+	+	+	-	-	-	-	-
Rumonge	Rumonge		+	+	+	+	-	-	-	+	-
	Bugarama		-	-	+	+	-	-	-	+	-
Cankuzo	Cankuzo		+	-	+	+	-	-	-	+	-
	Murore		-	-	+	+	-	-	-	-	-
Cibitoke	Cibitoke		+	+	+	+	-	-	-	+	-

	Mabayi		-	+	+	+	-	-	-	-	-
Gitega	Gitega		-	-	+	+	-	-	-	-	-
	Kibuye		-	-	+	+	-	-	-	-	-
	Mutaho		+	-	+	+	-	-	-	-	-
	Ryansoro		-	-	+	+	-	-	-	-	-
Karusi	Buhiga		+	-	+	+	-	-	-	-	-
	Nyabikere		+	-	+	+	-	-	-	-	-
Kayanza	Kayanza		-	-	+	+	-	-	-	-	-
	Musema		-	-	+	+	-	-	-	-	-
	Gahombo		+	-	+	+	-	-	-	-	-
Kirundo	Kirundo		+	+	+	+	-	-	-	+	-
	Mukenke		+	+	+	+	-	-	-	+	-
	Vumbi		+	+	+	+	-	-	-	-	-
	Busoni		+	+	+	+	-	-	-	-	-
Makamba	Makamba		+	+	+	+	-	-	-	+	-
	Nyanza-lac		+	+	+	+	-	-	-	+	-
Muramvya	Muramvya		-	-	+	+	-	-	-	-	-
	Kiganda		-	-	+	+	-	-	-	+	-
Muyinga	Muyinga		+	-	+	+	-	-	-	+	-
	Gashoho		+	-	+	+	-	-	-	+	-
	Giteranyi		+	-	+	+	-	-	-	-	-
Mwaro	Kibumbu		-	-	+	+	-	-	-	-	-

	Fota		-	-	+	+	-	-	-	-	-
Ngozi	Ngozi		-	-	+	+	-	-	-	-	-
	Kiremba		+	-	++	+	-	-	-	-	-
	Buye		-	-	+	+	-	-	-	-	-
Rutana	Rutana		+	+	+	+	-	-	-	+	-
	Gihofi		+	+	+	+	-	-	-	+	-
Ruyigi	Butezi		+	-	+	+	-	-	-	+	-
	Kinyinya		+	+	+	+	-	-	-	+	-
	Ruyigi		+	+	+	+	-	-	-	+	-

Annexe 2.6. Estimation des besoins en médicaments pour contrôle ou élimination des MTN

Programme de lutte contre MTN	Médicaments	Source	Etat d'approvisionnement	Délai minimal de livraison	Responsable
Onchocercose	Ivermectine	Merck , PDM	Donation	6 mois	PNIMTNC
Géo helminthiases	Albendazole	FH	Donation	6 mois	PNIMTNC
Schistosomiase	Praziquantel	SCI	Donation	6 mois	PNIMTNC
Trachome	Azithromycine	ITI	Donation	6 mois	PNIMTNC
Lèpre		WHO, Novartis	Donation	6 mois	PNLT

Annexe 2.7. Estimation des besoins en approvisionnement pour contrôle ou élimination des MTN

Médicaments	source	Etat d'approvisionnement	Délai minimal de livraison	Responsable
Ivermectine	Merck , PDM	Donation	6 Mois	PNIMTNC
Albendazole	FH	Donation	6 Mois	PNIMTNC
Praziquantel	SCI	Donation	6 Mois	PNIMTNC
Azithromicine	ITI	Donation	6 Mois	PNIMTNC

Annexe 2.7. Indicateurs de suivi – évaluation du plan Directeur de lutte contre les MTN

P.S.1 : Renforcer l'appropriation du programme par le gouvernement, le plaidoyer, la coordination, le partenariat et la collaboration multisectorielle

OBJECTIFS STRATEGIQUES	Activités à mener	Indicateurs clés	sources de vérification
1. Renforcer les mécanismes de coordination des interventions de lutte contre les MTN à tous les niveaux du système national de santé);	Participer au processus d'intégration de la lutte contre les MTN dans les plans stratégiques de santé nationaux (PNDS)	Existence du PNDS intégrant la lutte contre MTN	Copie du document du PNDS III
	Mettre en place le comité de pilotage pour la mise en œuvre du plan directeur,	Existence d'un comité de pilotage	Copie de lettre de désignation du COPI
	Organiser des réunions des comités de pilotage	Nbre de réunion de pilotage tenu	pv de réunion
	Mettre en place 3 groupes techniques de travail de lutte contre les MTN	Existence d'un groupe technique de travail	Copie de lettre de désignation du GT
	Organiser des réunions des groupes techniques de travail	Nbre de réunion de groupe technique tenu	P.V de réunion
2. Renforcer le partenariat visant le contrôle et l'élimination des MTN cibles à tous les niveaux ;	Etablir au moins 5 Conventions et Protocoles d'accord entre le ministère de la santé publique et les partenaires	Nbre de conventions ou protocoles signés	Copie des documents de conventions ou protocoles
	Appuyer les écoles de formation en santé dans l'élaboration des projets d'intégration des IDC dans les curricula de formation universitaire	Nbre d'institutions universitaires ayant intégré l'IDC dans le curricula	Programme de formation des institutions universitaires

OBJECTIFS STRATEGIQUES	Activités à mener	Indicateurs clés	sources de vérification
3. Renforcer l'utilisation des résultats issus des revues du programme pour la prise de décision ;	Réviser les stratégies d'interventions dans la lutte contre la schistosomiase	Existence d'une stratégie d'intervention révisée	Document de la stratégie
	Réviser les stratégies d'interventions dans la lutte contre le trachome	Existence d'une stratégie d'intervention révisée	Document de la stratégie
	Réviser la stratégie d'intervention dans la lutte contre l'Onchocercose	Existence d'une stratégie d'intervention révisée	Document de la stratégie
	Réviser la stratégie d'intervention dans la lutte contre les STH	Existence d'une stratégie d'intervention révisée	Document de la stratégie
4. Renforcer le plaidoyer, la visibilité et la traçabilité des interventions de contrôle et d'élimination des MTN à tous les niveaux ;	Elaborer une cartographie des partenaires techniques et financiers intervenants dans la lutte contre MTN à tous les niveaux	Existence d'une cartographie des PTF actualisée	Document de cartographie
	Tenir un atelier-média	Atelier-média tenu	Rapport de l'atelier-média
	Organiser une journée nationale de mobilisation sociale avec les leaders d'opinion	Journée nationale tenue	Rapport des activités de la journée
	Organiser une synergie des média sur la lutte contre les MTN	une émission sur les MTN radio diffusée	CD - audio de la synergie des média
	Organiser des jeux concours dans les écoles	Nbre de jeux concours tenus	Rapport de l'activité

	Alimenter régulièrement le site WEB du MSPLS et de l'OMS	Nbre de notes d'informations postées	Site Web du MSPLS & de l'OMS
	Réaliser un documentaire de valorisation du travail des ASC et autres intervenants	Un documentaire produit et diffusé	CD audio-visuel du documentaire
	Editer un bulletin semestriel d'information sur la lutte contre les MTN	un bulletin de lutte contre les MTN édité	Copie du bulletin

P.S.2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité des interventions de lutte contre les MTN

OBJECTIFS STRATEGIQUES	Activités à mener	Indicateurs clés	sources de vérification
2.1 .Renforcer l'intégration et liaisons du programme MTN dans les plans nationaux et les réformes sanitaires du Ministère de la santé pour une meilleure prise en compte dans les mécanismes de financement	Elaborer un plan conjoint de mobilisation des ressources (PNLT, PNIMTNC)	Existence d'un plan conjoint de mobilisation	Document du plan conjoint
	Organiser des ateliers de plaidoyer et de mobilisation des ressources avec les partenaires	Nbre d'ateliers tenus	Rapports des ateliers
	Impliquer le niveau opérationnel (BDS, FOSA, GASC) dans les prestations communautaires pour la lutte contre les MTN	Nbre de réunions de micro planifications tenues	PV des réunions, copie des documents de micro planification
2.2. Améliorer les approches stratégiques de mobilisation des ressources auprès des partenaires à tous les niveaux pour les interventions de lutte contre les MTN	Elaborer le plan Directeur de lutte contre les MTN 2016-2020	un plan directeur élaboré	Document du plan Directeur
	Valider le plan Directeur de lutte contre les MTN 2016-2020	un plan directeur validé	PV de validation

	Diffuser le plan Directeur de lutte contre les MTN 2016-2020	un plan directeur diffusé	Rapport de l'atelier de lancement
	Elaborer et mettre en œuvre le plan d'élimination de l'onchocercose	Existence d'un plan opérationnel d'élimination	Document du plan d'élimination
	Mettre en œuvre le plan d'élimination du trachome	Un plan opérationnel d'élimination	Rapports d'activités
	Elaborer des plans opérationnels annuels de lutte contre les MTN	Existence d'un plan opérationnel	Documents de plans opérationnels
	Appuyer les provinces et les districts sanitaires dans l'élaboration des plans opérationnels intégrant les MTN	Nbre de plans d'actions des BDS intégrant la lutte contre les MTN	Copies des plans d'actions des BDS
	Impliquer les PTF dans la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre les MTN	Nbre de réunions tenues pour la mobilisation des ressources	pv de réunion
	Mettre en place les mécanismes internes de bonne gestion des ressources mobilisées	Nbre d'audits internes tenus	Rapports d'audits
3. Développer et mettre à jour les politiques, les directives et les outils pour guider la mise en œuvre du programme MTN	Mettre à jour les guides de programme de lutte contre les MTN	Nbre de guides mis à jour	Rapport d'activités
	Valider les guides de programme de lutte contre les MTN	Nbre de guides validés	Rapport de validation
	Diffuser les guides de programme de lutte contre les MTN	Nbre de guides diffusions	Rapport d'activités

Priorité stratégique 3 : Mettre à l'échelle l'accès aux interventions, le traitement et le renforcement des capacités de prestation des services du programme MTN

OBJECTIFS STRATEGIQUES	Activités à mener	Indicateurs clés	Sources de vérification
1. Mettre à l'échelle les interventions de chimiothérapie préventive intégrée, incluant les HTS, l'onchocercose, la schistosomiase et le trachome ;	Réaliser les campagnes de traitement de masse (DMM) Planifier la chimiothérapie préventive intégrée	Nbre de réunions de planification tenues	PV de réunion de planification
	Commander les médicaments de campagnes	Quantité des médicaments commandés	Copie des bons de commande
	Approvisionner les districts en médicaments de campagne	Quantité des médicaments approvisionnés	Copie des bordereaux d'expédition/ réception
	Sensibiliser et Mobiliser les autorités politico administratives et sanitaires à tous les niveaux	Nbre de réunions tenues	Rapports
	Former/Recycler les acteurs (PS, Directeurs écoles, DC)	Nbre d'acteurs formés/recyclés	Rapports des formations
	Déterminer la population à traiter	Population cible actualisée	Rapport de dément
	Distribuer les médicaments dans les campagnes DMM	Quantité des médicaments distribués,	Rapports de traitements
	Superviser les campagnes DMM	Nbre de supervisions effectuées	Rapports de supervisions
	Collecter les données des campagnes DMM	Existence des données de traitement	Rapports de traitements

	Evaluer et valider les données des campagnes DMM	Existence des données de traitement analysées et validées	Rapport de validation
	Restituer et diffuser les données des campagnes DMM	Données DMM restituées et publiées	Rapport de l'atelier de restitution
2. Mettre à l'échelle les interventions de prise en charge des cas de maladies, spécialement pour la cysticercose, la rage, l'ulcère de Buruli et la THA ;	Réaliser une enquête de base de la cysticercose, UB, THA :		
	Elaborer des protocoles d'enquête	Nbre de protocoles produits	Documents de protocoles
	Former les enquêteurs	Nbre d'enquêteurs formés	Rapports de formations
	Assurer la saisie des données des enquêtes	Données d'enquête saisies	Copie électronique des données
	Assurer le traitement et l'analyse des données	Données d'enquête traitées	Rapport d'enquête
	Collecter les données (phase de terrain)	Données d'enquête disponibles	Rapports de missions
	Produire et diffuser les données de cartographie	Existence d'une cartographie	Rapport de l'atelier de diffusion
	Assurer la prise en charge des cas diagnostiqués aux niveaux des FOSA	Nbre de cas diagnostiqués et traités	Rapports SIS
3. Mettre en œuvre la lutte intégrée pour le contrôle ou l'élimination des MTN	Elaborer la stratégie adaptée pour la CCC Elaborer les messages clés pour la prévention	Existence d'une stratégie de communication opérationnelle	Elaborer les messages clés pour la prévention des MTN

ciblées ;	des MTN		
	Diffuser les messages clés pour la prévention des MTN	Nbre de messages diffusés	Diffuser les messages clés pour la prévention des MTN
	Organiser des journées pour le lavage des mains et du visage	Nbre de journées organisées	Organiser des journées pour le lavage des mains et du visage
4. Renforcer le système de pharmacovigilance dans le cadre du contrôle des MTN	Produire les outils de notification et de rapportage des cas des réactions adverses et d'effets secondaires	Existence d'outils de notification et de rapportage	Copie d'outils produits
	Approvisionner les structures de soins en kit de PEC des ES	Nbre de cas traités	Accusés de réception
5. Renforcer les capacités à tous les niveaux du système national de santé (y compris le niveau communautaire) de la mise en œuvre et la coordination de lutte contre les MTN	Former le staff du programme MTN dans les domaines de gestion de projet : Elaborer un plan de formation du staff du programme MTN	Existence d'un plan de formation	Document du plan de formation
	Former le staff du programme MTN dans les domaines de gestion de projet : Former 6 cadres sur la gestion des projets	Nbre de staffs formés	Rapport de formation
	Former 6 cadres sur la gestion, analyse et interprétation des données (logiciel de cartographie)	Nbre de staffs formés	Rapport de formation

	Former 6 cadres sur l'évaluation épidémiologique des MTN	Nbre de staffs formés	Rapport de formation
	Former /Recycler les prestataires de soins pour la PEC des cas de MTN : Former les formateurs	Nbre de formateurs formés	Rapport de formation
	Former un infirmier/ CDS et hôpital/ an	Nbre d'infirmiers formés	Rapport de formation
	Former /Recycler les Laborantins sur le diagnostic des cas de MTN :	Nbre de laborantins	Rapport de formation
	Former /Recycler des distributeurs communautaires sur la PEC des cas de MTN	Nbre d'ASC formés	Rapport de formation
6. Renforcer les capacités matérielles du programme MTN	Doter le programme MTN des équipements bio médicaux	Nbre d'équipements bio médicaux fournis	PV de réception
	Doter le programme MTN des équipements bureautiques, et matériel roulant	Nbre d'équipements bureautiques, matériel roulant fournis	P V de réception
	Doter les FOSA en équipement pour le diagnostic, la PEC des cas de MTN	Nbre d'équipements bio médicaux fournis	PV de réception
	Produire un plan de maintenance préventive, de réparation et d'amortissement des équipements du programme	Existence d'un plan de maintenance	Document du plan de maintenance

Priorité stratégique 3 : Renforcer le suivi, l'Évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle dans le domaine des MTN

OBJECTIFS STRATEGIQUES	Activités à mener	Indicateurs clés	sources de vérification
1. Elaborer et promouvoir un cadre intégré de S&E des MTN et améliorer le suivi des MTN dans le cadre des systèmes nationaux d'informations sanitaires	Elaborer un guide de supervision à tous les niveaux	Existence d'un guide de supervision	Copie du guide de supervision
	Elaborer un plan de supervision	Existence d'un plan de supervision	Copie du plan de supervision
	Organiser les supervisions intégrées au niveau intermédiaire	Nbre de supervisions intégrées menées	Rapports de supervisions
	Organiser des ateliers provinciaux de validation des données MTN	Nbre d'ateliers tenus	Rapports d'ateliers de validation
	Réaliser une évaluation à mi parcours du plan Directeur	Un atelier d'évaluation à mi parcours tenu	Rapport de l'atelier d'évaluation
	Réaliser une évaluation finale du plan directeur	Un atelier d'évaluation tenu	Rapport de l'atelier d'évaluation
2. Appuyer la recherche opérationnelle, Documentation et exploitation des données	Mener l'étude de faisabilité sur la lutte anti vectorielle de la schistosomiase	Une étude de faisabilité menée	Rapport de l'étude de faisabilité
	Mener une Enquête CAP sur les MTN	Une enquête CAP menée	Rapport de l'enquête
3. Renforcer le système de surveillance des MTN dans le système sanitaire existant	Mettre à jour des sites sentinelles sur STH et schistosomiase	Nbre de sites sentinelles opérationnels	Document d'identification des

			sites sentinelles
	Mener des enquêtes de surveillance des MTN dans les sites sentinelles	Nbre d'enquêtes de surveillance réalisées	Rapports d'enquête
	Mettre à jour les données épidémiologiques du trachome	Existence des données épidémiologiques actualisées	Rapport d'enquête
	Mener une évaluation entomologique de l'onchocercose	Existence des données épidémiologiques actualisées	Rapport d'enquête
	Mettre en place les sites sentinelles pour la surveillance entomologique intégrée	Nbre de sites sentinelles opérationnels	Document d'identification des sites sentinelles
	Mener une enquête de vérification de la transmission de Filariose Lymphatique	Existence des données épidémiologiques actualisées	Rapport d'enquête
	Mener des études d'impact sur les STH et la schistosomiase	Données d'impact disponibles	Rapports d'enquête
	Mener des études d'impact sur le trachome	Données d'impact disponibles	Rapport d'enquête
	Mener des études d'impact sur l'onchocercose	Données d'impact disponibles	Rapport d'enquête
4. Mettre en place des systèmes de gestion des données intégrés et soutenir l'analyse de l'impact des MTN.	Mener une enquête de couverture thérapeutique des campagnes des DMM	une enquête de couverture menée	Rapport d'enquête
	Assurer le contrôle qualité de diagnostic au niveau des labos des FOSA	un contrôle qualité réalisé	Rapport du contrôle de qualité
	Produire la base de gestion des données spécifiques aux MTN	Existence d'une base de gestion des données	Copie électronique de la base de gestion
	Former le staff du programme sur l'utilisation de la base des données	Nbre de staffs formés	Rapport de formation

