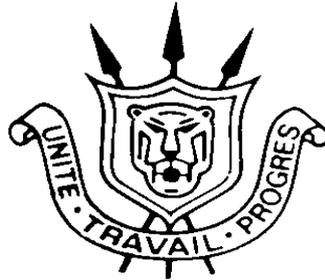

REPUBLIQUE DU BURUNDI



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Direction Générale de la Santé

PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE 2011-2015

PROGRAMME NATIONAL LEPRE ET TUBERCULOSE
-AOUT 2010-



OMS

Table des matières

Table des matières	ii
Liste des abréviations et des sigles	iv
CHAPITRE I : CONTEXTE NATIONAL.....	3
1.1. Géographie	3
1.2. Démographie	3
1.3. Situation politique	3
1.4. Situation socio-économique	4
1.5. Situation sanitaire nationale	5
1.5.1 Profil épidémiologique	5
1.5.2 Principaux indicateurs de l'état de santé	5
1.6. Aperçu du système de santé	6
1.6.1 La politique sanitaire	6
1.6.2 Organisation et fonctionnement du secteur sanitaire	6
1.6.3 Le secteur sanitaire privé	7
1.6.4 La médecine et la pharmacopée traditionnelles	7
1.6.5 L'approvisionnement en médicaments	7
1.6.6 Le financement de la santé	8
1.6.7 Fréquentation des services de santé	8
CHAPITRE 2 : ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE.....	9
2.1. Historique de la lutte contre la tuberculose au Burundi	9
Plusieurs dates ont marqué la lutte contre la tuberculose.	9
2.2 Structure et organisation dans la lutte contre la tuberculose	9
2.2.1 Niveau central:	9
2.2.2 Niveau intermédiaire:	10
2.2.3 Niveau périphérique	10
2.3. Les ressources du PNLT	11
2.3.1 Les ressources humaines du programme	11
2.3.2 Les infrastructures, équipements du système de santé	14
2.3.3 Les ressources financières	15
2.3.4 Les ressources logistiques	16
2.4 Les documents d'orientation	16
CHAPITRE 3 : SITUATION DE LA TUBERCULOSE	17
3.1. Situation de la tuberculose dans le monde	17
3.2 Situation de la tuberculose au Burundi	19
3.2.1 Couverture du programme	19
3.2.2 Impact de l'infection VIH/SIDA sur la prévalence de la tuberculose	19
3.2.3 La détection	20
Graphique 1 : Evolution des cas de tuberculose détectés de 2000 à 2009 au Burundi ..	20
3.2.4. Evaluation du traitement	21
3.2.5 Analyse de la réponse nationale	22
CHAPITRE 4 : INSUFFISANCES ET CONTRAINTES DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE	25
CHAPITRE 5 : BUT ET OBJECTIFS	31

6.1 But	31
6.2 Objectif général	31
6.3 Objectifs spécifiques	31
CHAPITRE 6 : GRANDES ORIENTATIONS STRATEGIQUES	32
6.1 Amélioration du taux de notification de la tuberculose	32
6.2 Amélioration de la prise en charge	35
6.2.1. Amélioration de l'application du TDO	35
6.2.2. Approvisionnement régulier en médicaments et assurance qualité	35
6.2.3 Amélioration de l'observance au traitement et DOTS communautaire	36
6.2.4 Renforcement de la prise en charge de la co-infection TB/VIH	36
6.2.5 Le renforcement de la surveillance et de la prise en charge des cas de TB/MR ...37	
6.3 Renforcement des capacités de gestion du programme	38
6.3.1 Décentralisation du programme	38
6.3.2 Renforcement du programme en ressources	39
6.3.3. Renforcement et coordination du partenariat	40
6.4 Recherche	40
6.5 Développement du soutien aux patients	41
CHAPITRE 7 : SUIVI ET EVALUATION DU PLAN	41
7.1 Mécanismes de suivi et d'évaluation du plan	41
7.1.1 Développement d'un plan d'action annuel	41
La mise en œuvre efficace du présent plan stratégique pour cinq ans appelle au développement d'un plan d'action annuel. Ce plan sera développé chaque année en collaboration avec les partenaires, tout en prenant en compte non seulement les activités programmées pour l'année mais aussi celles non exécutées ou celles dont l'exécution a été retardée dans les calendriers antérieurs.	41
7.1.2 Développement d'un plan de suivi-évaluation	41
Le plan de suivi-évaluation détaillera le rôle de chaque intervenant dans le suivi, de même que le chronogramme ou le rythme du suivi.....	41
7.2 Indicateurs de la tuberculose	42
7.2.1 Indicateurs de dépistage	42
7.2.2 Indicateurs de résultats de traitement	43
7.2.3 Indicateurs de suivi de la co-infection TB/VIH	43
7.2.4 Indicateurs de détection et de suivi de la TB-MR	43
7.2.5 Indicateurs de participation communautaire	43
7.2.6 Indicateurs de couverture	43
7.3 Evaluation du plan stratégique	44
Le présent plan stratégique sera évalué de deux manières :.....	44
♦ L'évaluation interne : Elle sera conduite annuellement au niveau national à travers l'évaluation la mise en œuvre du plan opérationnel annuel.	44
CHAPITRE 8 : CADRE LOGIQUE	45
CHAPITRE 9 : PLANNING OPERATIONNEL ET BUDGET	61
CHAPITRE 10. CONCLUSION	1

Liste des abréviations et des sigles

AD	Action Damien
ASC	Agent de Santé Communautaire
APSR	Approche Pratique de la Santé Respiratoire
BCG	Bacille Calmette-Guérin
BPS	Bureau Provincial de Santé
CACP	Connaissance / Attitude / Croyance / Pratique
CDS	Centre de Santé
CDV	Conseil pour le Dépistage Volontaire
CQ	Contrôle de Qualité
CATB	Centre Anti tuberculeux de Bujumbura
CDT	Centre de Dépistage et de Traitement
CEMUBAC	Centre d'études médicales de l'Université Libre de Bruxelles pour les Activités de Coopération
CPPS	Coordonnateur Provincial pour la Promotion de la Santé
CQ	Contrôle de Qualité
CT	Centre de Traitement
CTB	Coopération Technique Belge
Cs	Cyclosérine
DOT	Direct Treatment Observed
DOTS	Direct Observed Treatment Short Course
E	Etambutol
EPISTAT	Service d'Epidémiologie et des Statistiques Sanitaires
EST	Equipe de Supervision Technique
H	Isoniazide
FPE	Faux Positif Elevé
FMSTP	Fonds Mondial pour le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
FNE	Faux Négatif Elevé
GDF	Global Drug Facility
IDH	Indicateur du Développement Humain
INH	Isoniazide
IEC/EPS	Information, Education, Communication/Education pour la Santé
INSP	Institut National de Santé Publique
Km	Kanamycine
LNR	Laboratoire National de Référence
TB-MR	Tuberculose Multi Résistante
NEPAD	Nouveau Partenariat Africain pour le Développement
N C	Nouveau Cas

Ofx	Ofloxacine
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OAC	Organisation à Assise Communautaire
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLT	Programme National Lèpre et Tuberculose
Pto	Prothionamide
PVVIH	Personnes vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
R	Rifampicine
RBC	Réhabilitation à Base Communautaire
SIDA	Syndrome d'Immuno - Déficience Acquise
SILT	Service d'Intégration de la Lèpre et de la Tuberculose
TB	Tuberculose
TDO	Traitement Directement Observé
TB MR	Tuberculose multi résistante
TP	Tuberculose Pulmonaire
TPM+	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive
TPMNF	Tuberculose pulmonaire à microscopie non faite
TPS	Technicien de Promotion de la Santé
TTF	Tuberculose Toutes Formes
USLS	Unité Sectorielle de Lutte contre le SIDA
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHA	World Health Assembly

PREFACE

La tuberculose reste un problème de santé publique au Burundi. D'après l'OMS, en 2007, l'OMS estimait l'incidence de la tuberculose toutes formes confondues à 367 cas/100.000 habitants dont 158 cas/100.000 habitants pour les nouveaux cas à microscopie positive¹.

Depuis sa création en 1992, le PNLT n'a cessé de dépister un nombre croissant de malades tuberculeux. Les cas notifiés ont passé de 4464 en 1992 à 7323 en 2009. Cependant, les indicateurs de performance du programme restent faibles. En effet, le taux de détection des TPM+ est estimé à 47% comparé aux objectifs mondiaux qui fixent ce taux à 70%, le taux de succès thérapeutique pour la cohorte de 2008 est estimé à 90% chez les TPM+ alors que l'OMS recommande 85%. Le taux d'abandons pour cette même cohorte est de 6%. La maladie n'est pas encore sous contrôle et l'épidémie du VIH avec un taux de séroprévalence moyen de 2,97%² dans la population générale de 18 mois et plus continue à alourdir le fardeau dû à la tuberculose. De 2007 à 2011, un plan stratégique a été mis en œuvre par le programme en collaboration avec les partenaires pour pallier à ces faibles indicateurs de performance. Au terme de ce plan, une analyse du programme a été faite et a permis de dégager les forces et les faiblesses permettant d'élaborer un nouveau plan pour la période 2011-2015.

Ce plan s'inscrit dans le cadre de la poursuite de l'extension de la stratégie DOTS et a été élaboré dans la logique du plan global de partenariat « Halte à la tuberculose 2005-2015 » et concourt ainsi à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Le Ministère de la Santé Publique, par la présente, remercie vivement tous les partenaires qui interviennent dans le domaine de la santé pour leur appui technique et financier. Il en profite pour solliciter la poursuite de cet appui dans la mise en œuvre du présent plan stratégique.

Bujumbura, le 27 Août 2010

Le Ministre de la Santé Publique

Dr Emmanuel KORO



¹ Global tuberculosis control 2009,

² Enquête combinée de surveillance des comportements face au VIH/SIDA/IST et d'estimation de la séroprévalence du VIH/SIDA au Burundi, octobre 2008

CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA REVISION DU PLAN STRATEGIQUE 2007-2011

Depuis sa création en 1992, le PNLT s'est doté successivement de deux plans stratégiques 2001-2005 et 2007-2011. Ce dernier avait comme but de contribuer à l'amélioration de la santé de la population burundaise en réduisant le fardeau lié à la tuberculose et à la lèpre.

Pour la tuberculose, les objectifs étaient :

- Augmenter le taux de détection des TPM + de 29% à 44%,
- Augmenter le taux de succès thérapeutique de 79% à 85% pour les TPM+ NC,
- Diminuer le taux d'abandon au traitement de 19 % à 14% pour les TPM+ NC,
- Assurer le Conseil de Dépistage Volontaire(CDV) du VIH à 100% de tuberculeux,
- Assurer la prise en charge de 100% de cas dépistés de TB multi résistante.

Pour la lèpre, les objectifs étaient :

- Réduire de 50% le nombre de malades dépistés avec degré d'invalidité 2 de l'OMS d'ici 5 ans à travers un diagnostic précoce,
- Eliminer la lèpre dans toutes les provinces du pays,
- Organiser la prévention des invalidités,
- Organiser la réhabilitation physique et sociale d'au moins 50% des personnes handicapées suite aux complications de la lèpre,
- Faire le plaidoyer pour la lutte contre la lèpre à tous les niveaux;

L'élaboration de ce plan stratégique est motivée par le fait que le PNLT veut s'aligner au PNDS 2011-2015, en tenant compte des nouveaux défis (tuberculose chez l'enfant, co-infection TB/VIH, TB/MR) et le contrôle de l'infection. C'est dans ce cadre qu'un nouveau plan stratégique couvrant la période 2011-2015 est élaboré. Ce dernier n'inclut pas la lèpre car le PNLT compte se doter de deux plans stratégiques séparés pour les deux maladies.

CHAPITRE I : CONTEXTE NATIONAL

1.1. Géographie

Le Burundi est un pays membre de l'East Africa Community (EAC) limité au Nord par le Rwanda, au Sud-Est par la Tanzanie et à l'Ouest par la République Démocratique du Congo. Sa superficie est de 27.834 Km². Son climat est tropical avec deux grandes saisons, une saison pluvieuse s'étendant plus ou moins sur une période de 9 mois et une saison sèche de 3 mois allant de juin à août.

1.2. Démographie

La population burundaise est estimée à 8 166 903 d'habitants selon le recensement de l'année 2008.¹ La proportion de la population féminine est de 51,20% contre 48,80% pour la population masculine. La population est à majorité rurale, avec 90 % vivant en zone rurale. La densité de la population est de 280 habitants au km², faisant ainsi du Burundi l'un des pays les plus densément peuplés d'Afrique. La croissance démographique est estimée à 2,9% et l'espérance de vie à la naissance est de 50,1ans². La distribution par âge de la population suit les caractéristiques communes aux pays en voie de développement. Les moins de 15 ans représentent 46,3% de la population, tandis que les 65 ans et plus ne représentent que 2,6 %.³ L'indice synthétique de fécondité est de 6,55 enfants/femme. Le taux brut de mortalité est de 13,46 ‰⁴.

1.3. Situation politique

L'histoire politique du pays a été marquée par une crise socio-politique grave qui a débuté en octobre 1993. Avec le concours de la communauté internationale et partant de la volonté de résolution pacifique des intervenants nationaux, cette crise a été résolue à travers la signature des accords d'Arusha intervenue en 2003. Ces accords ont débouché sur des élections générales en 2005, mettant le pays sur la voie de la démocratisation. Les accords de cessez-le-feu avec le dernier mouvement rebelle ont été signés en septembre 2006, accords dont l'application effective est entrée en vigueur à la fin de l'année 2008. Ces élections générales se déroulent de mai à septembre 2010, Ces élections pourraient mettre définitivement le Burundi sur la voie de la démocratisation.

¹ Annuaire statistique du BURUNDI 2007, N°72 , Bujumbura, Décembre 2009.

² UNDP. Rapport mondial sur le développement humain 2009.

³ UNDP. Rapport mondial sur le développement humain 2006. UNDP.

⁴ The World Factbook, CIA, 2006

1.4. Situation socio-économique

Sur le plan économique, la situation reste marquée par les effets néfastes de la crise socio-politique de 1993 et de la conjoncture économique et financière mondiale qui s'est aggravée avec la crise financière de 2008⁵.

L'analyse socioéconomique montre une forte détérioration des conditions de vie des populations suite à la crise politique qui a duré plus d'une décennie. Cette crise a engendré la dislocation du tissu social, l'abandon des terres par une partie de la population réfugiée dans les pays voisins ou déplacée vers les villes. Les activités économiques s'étaient fortement réduites et les programmes de développement avaient ralenti leurs interventions. Actuellement, la situation est en cours de normalisation de sorte que la plupart des réfugiés et des déplacés de l'intérieur regagnent leur domicile. Néanmoins, la pression démographique avec un taux de croissance de 2,9%, à l'origine de sérieux problèmes fonciers et la pauvreté exacerbent les tensions communautaires et aggravent la dégradation de l'environnement.

Le Rapport mondial sur le développement humain 2009 du PNUD montre que 87,6% de la population vivait avec moins de deux (2) dollars US par jour et 36,6% vivait en dessous du seuil national de pauvreté. Cette précarité vient aggraver l'ampleur actuelle de la Tuberculose.

L'économie burundaise est largement basée sur les ressources agricoles et 56% du PIB est issu du secteur primaire. Le Produit Intérieur Brut (PIB) par tête d'habitant était de 341 \$ US en 2009. L'Indice de Développement Humain (IDH) est de 0,394 en 2009 classant le Burundi au 174^{ème} rang sur 182 pays. Le taux d'alphabétisation des adultes était de 59.3%⁶.

Des progrès notables ont été enregistrés et le Burundi a déjà atteint le point d'achèvement pour l'initiative PPTE au début de l'année 2009. En outre, en juillet 2008, le Burundi a signé avec le FMI un nouveau Programme macro-économique destiné à soutenir la mise en œuvre du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté et consolider les équilibres et la stabilité macroéconomiques.

⁵ En rappel, la crise économique de 2008-2010 est une récession dans laquelle sont entrés la plupart des pays industrialisés du monde suite au krach de l'automne 2008, seconde phase de la crise financière de 2007-2010. Les États-Unis ont été les premiers à entrer en récession, en décembre 2007, suivis par plusieurs pays européens au cours de l'année 2008, ainsi que la zone euro dans son ensemble. Cette crise économique mondiale est considérée comme la pire depuis la Grande Dépression.

⁶ UNDP. Rapport mondial sur le développement humain 2009.

1.5. Situation sanitaire nationale

1.5.1 Profil épidémiologique

Les principales causes de morbidité et de mortalité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, la tuberculose, le VIH /SIDA les traumatismes et les brûlures.

Les autres maladies non transmissibles à évolution chronique telles que le diabète, l'hypertension artérielle, l'asthme, les cardiopathies, les maladies mentales, la goutte sont à l'origine de morbi-mortalité non encore suffisamment documenté.

Les violences physiques (sexuelles, accidents de la voie publique) continuent d'entraîner des incapacités physiques et mentales.

1.5.2 Principaux indicateurs de l'état de santé⁷

- † Taux de mortalité maternelle par an : 615 pour 100.000 naissances vivantes
- † Taux de mortalité néonatale par an : 42 pour 1.000 naissances vivantes
- † Taux de mortalité infantile par an: 120 pour 1.000 naissances vivantes
- † Taux de couverture vaccinale pour les enfants de moins d'un an : 93% en 2006 et 98% en 2007 (DTC-Hib+HépB3 et polio 3^odose, BCG);
- † Taux de couverture contraceptive par an : 9,4%
- † Taux d'accouchement en milieu de soins par an : 41,19%

⁷ Rapport annuel définitif d'activités curatives et préventives des centres de santé et des hôpitaux. Année 2006. Bujumbura: Ministère de la Santé Publique; 2007.

1.6. Aperçu du système de santé

1.6.1 La politique sanitaire

La politique nationale de la santé du Burundi(PNS) 2005-2015 est basée sur l'accès universel aux services et soins de santé de base afin de réduire la charge très élevée de morbi-mortalité. La mise en œuvre pour les 5 premières années a été réalisée à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 2006-2010. Les quatre principaux objectifs de ce plan sont :

1. Réduire la mortalité maternelle et la mortalité néonatale
2. Réduire le taux de mortalité infantile et juvénile.
3. Réduire la prévalence des maladies transmissibles et non transmissibles.
4. Renforcer la performance du système national de santé

1.6.2 Organisation et fonctionnement du secteur sanitaire

Le Burundi a entrepris une politique de réformes du secteur sanitaire. Ces réformes sont axées sur la déconcentration et la décentralisation du système de santé burundais avec comme principale innovation la mise en place du district sanitaire. Ce dernier constitue désormais l'unité opérationnelle la plus périphérique et a pour principale mission la gestion des soins de santé primaire. Le secteur sanitaire est organisé en 3 niveaux :

- le niveau central : Son fonctionnement est centré sur les responsabilités transversales, avec comme principale tâche l'appui du niveau intermédiaire et périphérique. La priorité est donnée à la formulation de la politique sectorielle, à la définition des normes structurelles et sanitaires, à la coordination de l'aide apportée au secteur, et au respect d'une planification des ressources et d'activités par niveau.
- le niveau intermédiaire : Représenté par les 17 BPS, il est considéré comme un niveau de déconcentration. Leur responsabilité principale est la coordination de l'action sanitaire dans chaque province. Cette coordination concerne les différents niveaux intermédiaire et périphérique

- le niveau périphérique : est structuré autour du concept de district sanitaire. Dans chaque province, le district sanitaire couvre une population d'environ 150.000 habitants, et comprends entre 10 et 15 CdS et un hôpital de district pour la première référence. C'est à ce niveau que s'organise la participation des bénéficiaires des soins et services et de la communauté par le biais des comités de santé (CoSa).

1.6.3 Le secteur sanitaire privé

Le secteur privé à but non lucratif est essentiellement constitué de centre de santé (33% de l'ensemble) appartenant aux confessions religieuses. Ces dernières disposent également d'un réseau de 8 hôpitaux sur les 42 fonctionnels au niveau national. Ce secteur participe pleinement à la réalisation du PMA et du PCA en conformité avec la Politique National de Santé.

Le secteur privé lucratif médical et pharmaceutique est essentiellement présent au niveau des centres urbains et plus particulièrement au niveau de la ville de Bujumbura. Ce secteur joue un rôle progressivement croissant dans le système de santé en dépit de l'absence de données chiffrées sur leurs activités. Au niveau des secteurs de soins, le secteur privé lucratif comprend 6 cliniques qui se trouvent dans la ville de Bujumbura et un réseau de centres de santé et pharmacies disséminés sur tout le territoire.

1.6.4 La médecine et la pharmacopée traditionnelles

Bien que largement pratiquée sur l'ensemble du territoire national, la médecine traditionnelle est faiblement prise en compte dans le système national de santé ; elle n'est ni structurée ni intégrée dans le système. Son importance vis à vis de la population et son interférence avec le système de soins de santé sont mal connues.

1.6.5 L'approvisionnement en médicaments

Les médicaments et autres produits pharmaceutiques sont fournis grâce au budget de l'état qui est complété par d'autres sources comme les coopérations multi- et bilatérales, les ONGs, les pharmacies privées, les organisations religieuses, et autres.

Ces médicaments et produits pharmaceutiques sont fournis par la Centrale d'Achat des Médicaments du BURUNDI (CAMEBU) à tous les Districts Sanitaires (pour les centres de santé) et hôpitaux du pays sur base de commandes. A partir de la pharmacie du District, les

centres de santé et les Hôpitaux de District s'approvisionnent sur base des commandes établies en fonction des consommations périodiques. Le secteur privé joue un grand rôle dans l'approvisionnement des médicaments, actuellement le secteur publique peut acheter des médicaments dans les pharmacies de gros privées en dehors de la CAMEBU.

Au-delà des structures formelles du système d'approvisionnement, il existe un circuit de vente illicite de médicaments. Le système est également caractérisé par une prescription irrationnelle des médicaments essentiels au niveau des structures sanitaires périphériques et une automédication relativement importante qui sont parmi les problèmes majeurs auxquels il est urgent d'apporter une solution.

1.6.6 Le financement de la santé

Les financements du Ministère de la Santé proviennent du budget de l'Etat, des ressources issues de la remise de la dette (Fonds IPSTE), des ressources extérieures (partenaires bilatéraux et multilatéraux) et de la contribution des populations dans le cadre du recouvrement des coûts.

1.6.7 Fréquentation des services de santé

Au Burundi, on ne dispose pas encore de données chiffrées et fiables sur l'utilisation des services. Toutefois, suite aux mesures de gratuité de soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, tout pourrait porter à croire à l'amélioration de l'accessibilité financière des prestations de santé pour les catégories ciblées.

CHAPITRE 2 : ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

2.1. Historique de la lutte contre la tuberculose au Burundi

Plusieurs dates ont marqué la lutte contre la tuberculose.

En 1949, une première étude approfondie a été menée par le CEMUBAC sur le problème de la tuberculose au Burundi. De 1952 à 1960, le CEMUBAC organise des campagnes de vaccination BCG. En 1953 intervient la construction du Sanatorium de Kibumbu, un centre qui accueille des malades tuberculeux non seulement du Burundi, mais aussi des autres pays des Grands Lacs. Les malades y sont hospitalisés jusqu'à l'issue de leur maladie.

En 1964, une enquête tuberculique nationale a été conduite par l'OMS, suivie de 1966 à 1971 par une Campagne de Vaccination de masse par le BCG.

Dès 1967, la prise en charge de la tuberculose a commencé à être assurée par le Centre Antituberculeux de Bujumbura (CATB). Ce centre a été renforcé en infrastructures par la construction en 1981 de nouveaux bâtiments, afin d'assurer au mieux, la prise en charge en ambulatoire des malades.

Une réponse plus cohérente au problème de la tuberculose est intervenue à travers la création par le Ministère de la Santé du Service d'Intégration de la Lèpre et de la Tuberculose (SILT) en 1984. Ce service assurera la coordination des actions jusqu'à la mise en place en 1992 du Programme National Lèpre Tuberculose, selon les orientations de l'OMS. La stratégie appliquée par le Programme est basée sur le DOTS avec l'introduction entre autre du schéma de traitement court et la supervision directe du traitement. Les principales directives du programme ont été énoncées en 1999 à travers l'édition et la diffusion d'un guide technique. La seconde édition est intervenue en 2005. Le PNLT a élaboré un plan stratégique 2001-2005 et 2007-2011. Le présent plan stratégique couvrira la période allant de 2011 à 2015.

2.2 Structure et organisation dans la lutte contre la tuberculose

Le Programme National Lèpre Tuberculose est structuré selon les 3 niveaux de la pyramide sanitaire.

2.2.1 Niveau central:

Le Programme National Lèpre et Tuberculose (PNLT) est l'un des programmes du Ministère de la Santé Publique. Il dépend hiérarchiquement du Département des Services et des Programmes de Santé, lui-même dépendant de la Direction Générale de la Santé Publique. Il est géré par un

Directeur, assisté par un Directeur Adjoint et un staff technique représentant les principaux partenaires techniques et financiers (AD, FM).

Le PNLT est structuré comme suit :

- La Direction du Programme
- La Direction Technique chargée du Suivi et de l'Evaluation
- La Coordination Opérationnelle (conseillers techniques)
- Les services du PNLT :
 - Service chargé de la gestion administrative, comptable et financière.
 - Service chargé des approvisionnements et des stocks
 - Service chargé des statistiques
 - Service chargé de la Communication et la Sensibilisation pour la lutte contre la lèpre et la TB.
 - Centre National de référence des cas de TB/MR de Kibumbu

2.2.2 Niveau intermédiaire:

Tous les 17 bureaux des provinces sanitaires (BPS), dirigés par des médecins sont chargés d'accompagner et d'appuyer les BDS en matière de lutte contre la lèpre et la tuberculose. A l'heure actuelle, tous les BPS disposent de ressources humaines et logistiques nécessaires à la mise en œuvre et au suivi des activités. Des coordonnateurs provinciaux ont été recrutés et affectés afin de suivre au mieux la lutte contre ces deux maladies et d'appuyer l'équipe du BPS dans ses tâches quotidiennes.

2.2.3 Niveau périphérique

C'est le niveau opérationnel du système de santé. A ce titre, il comprend les Bureaux de District Sanitaire avec au centre l'hôpital de district entouré des centres de santé. On compte au total 606 centres de santé⁸. Parmi eux, 165 sont des centres de dépistage et de traitement (CDT). La notion de centres de traitement a largement évolué. Des 138 CT fonctionnels, on conçoit que chaque centre de santé est potentiellement un CT. Partant de ce principe, tous les CDS qui ne sont pas des CDT devront être capables de suspecter la tuberculose parmi les consultants, les orienter vers un laboratoire du CDT ou collecter des échantillons de crachats pour acheminement vers le CDT, assurer le suivi d'un malade tuberculeux dépisté au CDT et envoyé pour suivi au CDS le plus proche de son domicile. Les prestataires de ces centres sont supervisés par l'équipe polyvalente

⁸ Profil du système de santé au BURUNDI, MSP 2007

de supervision du BDS, laquelle équipe est supervisée par le niveau intermédiaire appuyé par le niveau central.

2.2.4 Autres structures qui contribuent à la lutte contre la Tuberculose.

Dans le cadre du renforcement de la lutte antituberculeuse, des structures collaborent étroitement avec le PNLT dans le but d'assurer la mise en œuvre des activités prévues:

- L'INSP, à travers le LNR assure toutes les tâches liées au contrôle de qualité et supervision du réseau de laboratoires, la préparation des colorants, la culture et les antibiogrammes et l'appui du programme pour les formations du personnel de laboratoire.
- La CAMEBU, depuis 2008 assure la gestion des stocks de médicaments antituberculeux.
- Le CATB joue un rôle capital dans la lutte contre la tuberculose. En effet, le Centre Antituberculeux de Bujumbura qui de part son ancienneté et sa renommée dans la prise en charge de la tuberculose, constitue un centre de première importance. Il continue d'attirer de nombreux patients en provenance de tout le pays. Le CATB a dépisté en 2009, 26% des cas notifiés dans le pays. A ce titre, le PNLT compte renforcer le CATB pour qu'il puisse continuer à jouer son rôle.

2.3. Les ressources du PNLT

2.3.1 Les ressources humaines du programme

L'équipe qui assure la mise en œuvre des activités au niveau central et intermédiaire est constituée comme suit :

Postes	Profil	Effectif
Postes SUR RESSOURCES BUDGETAIRES NATIONALES		
Directeur	Médecin	1
Directrice Adjointe	Médecin	1
Secrétariat	Secrétaire	2
Service Statistique	A1 Santé Publique	3
	A2 Technique Médicale	
	A1 Santé Publique	
Service IEC	Assistante Sociale	3
	A1 Santé Publique	
	A1 Santé Publique	
Gestion	Licence en gestion	3
	A1 Pharmacie	
	A3 Gestion	
Point Focal /Lèpre	A2 Technique Médicale	2
	A2 Technique Médicale	2
Travailleurs	-	2

Postes	Profil	Effectif
Postes SUR RESSOURCES FONDS MONDIAL		
Responsable Technique	Médecin	1
Responsable technique Adjoint	Médecin	1
Point focal TB VIH	Médecin	1
Point focal TB MDR	Médecin	1
Point focal PAL	Médecin	1
Gestionnaire Comptable	Licence	1
Conseiller Technique du LNR	Pharmacien	1
Psychologue clinicien	Licence	1
Comptable	Licence	1
Statisticien	Licence	1
Coordonnateurs provinciaux	A2 Technique Médicale	17
Chauffeurs		22

Postes	Profil	Effectif
Postes SUR RESSOURCES ACTION DAMIEN		
Conseiller Technique	Médecin	1
Chauffeurs	-	2
Comptable	Licence	1
Sentinelle	-	1

Le Centre National de référence des cas de TB/MR de Kibumbu compte un médecin directeur appuyé par 6 infirmiers, 1 Technicien de laboratoire et 2 microscopistes. Le personnel d'appui est constitué de 35 travailleurs.

Autres intervenants :

- Au niveau des structures de collaboration, le Laboratoire National de Référence, est intégré à l'INSP, est composé de deux biologistes et de trois techniciens supérieurs, appuyés par un pharmacien conseiller technique du LNR et un personnel d'appui.
- Le CATB dispose de 2 médecins et de 13 infirmiers.
- Le personnel au niveau intermédiaire, sous la supervision des Médecins Directeurs de provinces sanitaires, est périodiquement formé et appuyé dans la coordination de la mise en œuvre des activités. Exceptionnellement et cela depuis 2005, les provinces sanitaires ont été renforcées par des infirmiers coordonnateurs provinciaux de lutte contre la tuberculose et la lèpre, qui devront à terme transférer leurs compétences aux équipes polyvalentes des ECD.
- Au niveau district, la lutte contre la tuberculose s'intègre dans le PMA de l'ECD. A ce niveau, l'ECD sera renforcé pour assurer la supervision dans les centres de santé. Les tâches principales sont entre autre les supervisions mensuelles des CDS publics et agréés, l'approvisionnement mensuel en médicaments, analyse et consolidation mensuelle des données sur la TB, formation continue du personnel de santé des CDT et des CDS, sous la coordination du BPS.

Dans les Centres de santé, le personnel assure de façon intégrée, la mise en œuvre des activités de détection et de prise en charge de la tuberculose.

La participation de la communauté est assurée à travers les agents de santé communautaires, dont l'implication dans la lutte contre la tuberculose prend de plus en plus de l'importance. Cette participation porte un caractère de bénévolat, et une petite motivation leur est concédée par le

PNLT.

L'apport financier des communautés au fonctionnement des formations sanitaires est assuré par le budget des Comités de Gestion. En raison des mesures de gratuité prises par le gouvernement, la contribution financière des tuberculeux reste limitée.

2.3.2 Les infrastructures, équipements du système de santé

A l'heure actuelle, la situation des infrastructures est la suivante :

- La Direction centrale du PNLT est abritée dans un bâtiment loué à un particulier. Les frais de location sont payés mensuellement par les partenaires financiers. Un plan de construction d'un siège propre au Programme a été élaboré depuis quelques années mais jusque là, la construction n'a pas pu être réalisée par manque de ressources financières.
- Le Laboratoire National de référence des Mycobactéries est actuellement intégré à l'INSP.
- Les activités dans les centres de santé, bien qu'intégrées, souffrent de la vétusté et de la non adaptation de certaines infrastructures aux exigences actuelles de la lutte antituberculeuse, entre autre le contrôle de l'infection en milieu de soin, la microscopie, l'absence de confidentialité dans le cadre du counselling et la prise en charge de la co-infection TB/VIH.
- Pour ce qui concerne les équipements, il persiste d'énormes difficultés pour le diagnostic de la tuberculose, particulièrement les formes à microscopie négative et extra pulmonaires à travers l'utilisation de la radiographie et l'échographie, la culture des mycobactéries et d'autres moyens diagnostics. La plupart des hôpitaux de district ne disposent pas d'appareils de radiographie et pour quelques uns qui en disposent, ils ne sont pas fonctionnels. De plus, les hôpitaux manquent de ressources humaines pour la manipulation et l'interprétation des clichés. En outre, on note une absence d'un système de maintenance des équipements médicaux.
- Le plateau technique des hôpitaux nationaux (CHUK, HPRC, CPLR) et des hôpitaux de deuxième référence (5) n'est pas suffisant pour assurer un diagnostic aisé des tuberculoses à microscopie négative et des tuberculoses extra pulmonaires. Ce plateau technique pourrait être renforcé par l'installation d'appareils d'échographie, la maintenance des équipements et la formation du personnel.
- Le réseau de bacilloscopie comprend un parc de microscopes optiques dont certains sont munis de dispositifs LED pour la microscopie à fluorescence. A terme, le passage à

l'échelle de la microscopie à fluorescence, essentiellement dans les centres à fortes activités de détection est envisagé. En outre, il reste entendu que la petite maintenance des microscopes du réseau peut être assurée par un ou deux techniciens formés et équipés à cet effet. Cela amoindrirait l'effet de l'absence d'un système national de maintenance des équipements, y compris les microscopes et les pièces de rechange.

2.3.3 Les ressources financières

Plusieurs sources de financement permettent au PNLT de mettre en œuvre son plan stratégique.

L'Etat burundais apporte une contribution pour l'achat des médicaments antituberculeux de 2^{ème} ligne et les salaires du personnel. En outre, il supporte les frais de fonctionnement du Centre de Référence de la tuberculose multi résistante de Kibumbu et du PNLT.

L'ONG Action Damien est un partenaire traditionnel du PNLT. Elle apporte un appui technique à travers la présence aux côtés du PNLT d'un conseiller technique et un appui financier pour couvrir certains besoins du programme. Action Damien apporte aussi un soutien logistique et en ressources humaines.

L'OMS apporte une assistance technique au PNLT selon les besoins exprimés par celui-ci et assure le financement de certaines activités dont les formations, l'élaboration et l'adoption des directives.

Le Fond Mondial est devenu, depuis la mise en œuvre du Round 4 en mai 2005, le partenaire financier le plus important du PNLT. Le FM assure le financement du fonctionnement du programme, l'achat et l'entretien du matériel roulant pour le niveau central du PNLT et le niveau intermédiaire (BPS), des produits et matériels de laboratoire et l'appui pour les activités techniques et le renforcement du PNLT en ressources humaines.

Tableau II : Les partenaires du PNLT par domaine d'intervention

Partenaire	Type d'agence	Domaine d'intervention
OMS	Coopération multilatérale	Appui technique et financier (formation, supervision, planification, suivi/évaluation)
Fonds Mondial	Coopération multilatérale	Appui financier (tous les domaines)
Action Damien	ONG	Appui Technique et financier (tous les domaines)
GLC	Coopération Multilatérale	Appui technique (Médicaments de 2 ^{ème} ligne, monitoring en perspective)
Université et INSP	Gouvernementale	Appui technique (Formation, Recherche, contrôle de qualité, supervision et formation du réseau de bacilloscopie)
GDF	Coopération multilatérale	Appui technique (Médicaments et monitoring)

2.3.4 Les ressources logistiques

Le PNLT dispose d'un charroi assez étoffé en véhicules type « camionnettes » et des véhicules type « Jeep » pour les activités de terrain. Des véhicules sont affectés dans chaque BPS pour le suivi des activités.

2.4 Les documents d'orientation

Le PNLT procède à la planification, mise en œuvre et suivi-évaluation des activités en se basant sur un certain nombre de documents directeurs, qui sont régulièrement mis à jour. Ce sont :

- La Politique Nationale de Santé 2005-2015 (PNS)
- Le Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010, ce plan est en cours d'évaluation et de révision
- Le Guide technique pour la tuberculose. Une nouvelle édition est en préparation pour 2010 ;

- Les Directives de prise en charge de la co-infection TB/VIH : ce document a été élaboré en avril 2010 ;
- Les Directives de prise en charge de la TB/MR : le document a été adopté en mai 2010
- Les Directives pour la mise en œuvre de l'Approche Pratique de la Santé Respiratoire (APSR): ce document est disponible depuis début 2009 ;
- Les Directives pour la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant, document élaboré et adopté en avril 2010 ;
- Les grilles de supervision ont été mis à jour en avril 2010 ;

Ces différents documents ont servi de base à l'élaboration des modules de formation des prestataires sur la tuberculose.

CHAPITRE 3 : SITUATION DE LA TUBERCULOSE

3.1. Situation de la tuberculose dans le monde

L'OMS estime à 9,4 millions les nouveaux cas de tuberculose toutes formes dans le monde en 2009. Les cas rapportés sont de 5,7 millions au cours de 2008, dont 2,6 millions de formes contagieuses, soit 61% des cas. Près d'un million et demi de ces cas rapportés sont co-infectés par le VIH.⁹

On estime que trente trois pour cent (33%) de la population mondiale est infectée par le BK soit 1,9 milliards de personnes. L'incidence de la tuberculose est estimée à 363 pour 100 000 habitants en Afrique (TTF) contre 139 pour 100 000 habitants dans le monde. On estime à près de 2 millions le nombre de décès dont la plupart surviennent dans les pays en développement. La situation s'est aggravée avec le Syndrome d'immuno-déficience acquise (Sida) qui rend plus vulnérables les malades infectés par le bacille de la tuberculose.¹⁰

Face à ce fléau, la communauté internationale a adopté la stratégie DOTS fondée entre autre sur la détection prioritaire des cas de tuberculose à microscopie positive et leur traitement par la chimiothérapie de courte durée. Cette Stratégie s'est révélée être une arme efficace aux mains des

⁹ Highlights IUATLD Congress 2009, Cancun Mexico

¹⁰ WHO Global Report 2009

programmes pour la lutte contre la tuberculose.

En 2007, l'OMS rapporte que 94 % de la population mondiale vivant dans 180 pays et territoires étaient couvertes par la stratégie DOTS. La découverte des cas a été plus importante dans ces pays que dans les pays et territoires qui n'appliquent pas la stratégie.

En Afrique, en 2007, l'OMS rapporte que 93% de la population étaient couverte par la stratégie DOTS. Le taux de détection pour l'année citée était de 64% et le succès thérapeutique de 85 % pour la cohorte 2006.¹¹

La communauté internationale a soutenu la stratégie DOTS à travers plusieurs résolutions:

- la résolution WHA 44.8 de l'assemblée mondiale de la santé déterminant la cible de cas TPM+ à dépisté à 70% et la cible à guérir à 85%.
- la résolution WHA 46.36 déclarant la tuberculose une urgence mondiale ;
- la résolution AFR/RC55/R5 déclarant la TB une urgence pour la région africaine.

La déclaration d'Abuja, le NEPAD, le partenariat Halte à la tuberculose et la mise en place du Fonds mondial pour le Sida, la tuberculose et le paludisme sont des manifestations de la volonté de la communauté internationale et africaine à lutter contre la tuberculose.

De nouveaux objectifs ont été formulés en fin 2009 à la conférence de l'UNION à Cancun pour la période 2010-2015, mais un consensus n'avait pas été atteint. Ces objectifs visaient entre autre la détection de 84% des cas contagieux et la guérison de 87% d'entre eux.

¹¹ Global Tuberculosis Control, WHO Report 2009

3.2 Situation de la tuberculose au Burundi

3.2.1 Couverture du programme

La couverture du programme est estimée en 2009 à 100% pour le DOTS. Le PNLT a augmenté le nombre de CDT avec l'appui du FMSTP. Il compte actuellement 165 CDT incluses dans les structures de santé prenant en charge le diagnostic et le traitement de la tuberculose. Tous les centres de santé sont en cours d'être des CT. Chaque province compte plus d'un CDT pour 100.000 habitants soit en moyenne 1 CDT pour 49 198 hab, avec des variations allant de 30 871/hab à Cankuzo à 69695/hab dans la province de Muyinga. Bien que la couverture semble satisfaisante, il reste que dans la réalité, l'accessibilité géographique des CDT est rendue difficile par le caractère très accidenté du relief.

En 2007, l'OMS estimait l'incidence de la tuberculose toutes formes confondues à 367 cas/100.000 habitants dont 158 cas/100.000 habitants pour les nouveaux cas à microscopie positive.

3.2.2 Impact de l'infection VIH/SIDA sur la prévalence de la tuberculose

L'enquête nationale de séroprévalence effectuée en 2007 a montré une prévalence de 2,97% dans la population générale. Elle est de 4,59 % en milieu urbain, 4,41 % en milieu semi-urbain et 2,82 % en milieu rural.¹² Pour les patients co-infectés, l'OMS estime que la prévalence du VIH parmi les tuberculeux dans la tranche d'âge de 15-49 ans est de 30%.¹³ D'après le rapport de l'enquête nationale sur la prévalence de l'infection à VIH chez les malades tuberculeux au Burundi, la prévalence est de 26%.¹⁴

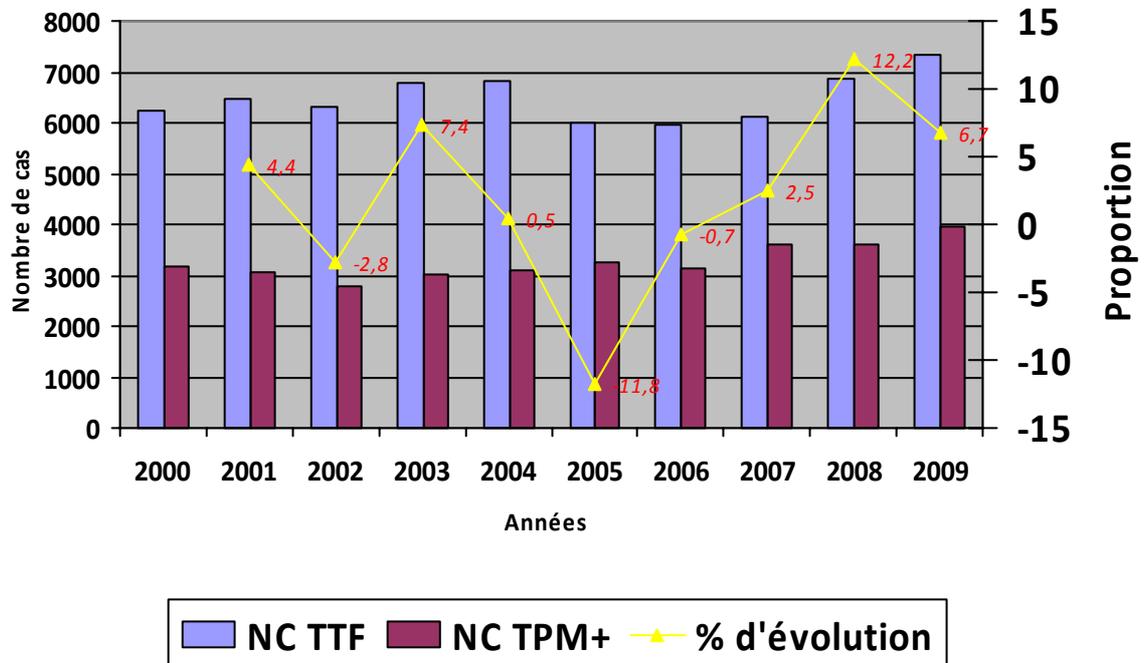
¹² CNLS. Enquête combinée de surveillance et comportement face au VIH/Sida/IST et d'estimation de la séroprévalence au BURUNDI. Rapport Octobre 2008.

¹³ WHO. Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing, WHO. WHO/HTM/TB/2006.362, 1-45. 2006. Geneva, WHO.

¹⁴ Rapport Final de l'enquête nationale de prévalence du VIH chez les tuberculeux, PNLT, Février 2008

3.2.3 La détection

Graphique 1 : Evolution des cas de tuberculose détectés de 2000 à 2009 au Burundi



De 2000 à 2009, on note une tendance globale à l'augmentation du nombre de cas dépistés d'une année à l'autre, avec cependant une baisse observée entre 2005 et 2006.

Avec l'introduction du nouveau guide technique en 2005, l'application stricte des directives du PNLT en matière de diagnostic de la tuberculose basé essentiellement sur l'examen des crachats, en particulier le mode de détection des TPM- pourrait expliquer la baisse constatée dans la détection des cas de tuberculose.

Néanmoins, on constate une reprise de l'accroissement du nombre de cas à partir de 2007.

En moyenne, l'accroissement est de 2,2% par an depuis 2000.

En 2009, le PNLT a déclaré 7323 cas de tuberculoses toute forme dont 3974 sont des nouveaux cas à microscopie positive, 238 cas de retraitement, 1222 cas à microscopie négative, 1889 cas de tuberculose extra pulmonaire. Aspect très important, le PNLT a réduit le nombre de TB sans microscopie de 210 en 2005 à 0 cas en 2009.

La proportion de TPM+ représente 54% de total des cas. Les nouveaux cas représentent 97% et les retraitements 3%.

L'incidence de la tuberculose contagieuse (TPM+) est de 47 nouveaux cas pour 100.000 habitants. Pour la tuberculose toute forme confondue, cette incidence est de 87 cas pour 100.000 habitants. En se basant sur les estimations nationales qui jusqu'alors tenait compte du risque annuel d'infection, le taux de détection pour la tuberculose TPM+ est situé à 47 %.

En 2009, 70 % des patients détectés sont jeunes entre 15 - 54 ans. Les hommes sont plus nombreux que les femmes et représentent 63% des cas.

3.2.4. Evaluation du traitement

Concernant le bilan de traitement des NC TPM+, le PNLT enregistre des progrès très remarquables avec un taux de guérison de 75% pour la cohorte de 2006, 74% pour la cohorte 2007 et de 76% pour la cohorte 2008. Le taux de succès thérapeutique des NC TPM+ est de 90% soit une augmentation de 4% par rapport à la cohorte 2007 (86%). Le taux d'abandon des NC TPM+ a diminué, passant de 11% en 2006 à 8% en 2007 puis 6% en 2008.

En 2008, le taux de succès thérapeutique a franchi la cible de l'OMS qui est de 85% (90%). Cependant, le taux de dépistage pour l'exercice 2009 reste bas. Il est de 47%, encore loin de la cible de 70%, fixée par l'OMS.

L'un des grands succès du PNLT est la réduction à 0 du nombre de TPM+ non évalués. Ce chiffre, qui avoisinait la centaine les années précédentes, a été ramené pour la cohorte 2008 à 0 (3635 TPM+NC enregistrés, 3635 TPM+NC évalués ; 194 TPM+ en retraitement enregistrés, 194 TPM+ en retraitement évalués). Cela a permis d'améliorer les résultats de l'analyse de cohorte.

Le taux de décès n'a pas beaucoup varié et a fluctué autour de 4%. Le taux d'échec thérapeutique quant à lui reste en dessous de 1%¹⁵.

¹⁵ Rapport annuel 2009 d'activités du PNLT, Ministère de la Santé Publique, Février 2010

3.2.5 Analyse de la réponse nationale

Dès sa création en 1992, le PNLT s'est basé sur les principes de la stratégie DOTS avec les cinq éléments dans la lutte contre la TB. Ces cinq points ont été renforcés par les approches nouvelles proposées par le Partenariat Halte à la Tuberculose :

1. Poursuite de la mise en œuvre d'un DOTS de qualité :

- *L'engagement de l'Etat* s'est renforcé et le gouvernement du Burundi assure le paiement des salaires du personnel de l'Etat, l'achat des médicaments anti-tuberculeux de 2^{ème} ligne et les médicaments pour la prise en charge des effets secondaires. Le plaidoyer a été mené pour que le financement de l'Etat soit constamment renforcé. Ainsi, le budget alloué au programme a été augmenté en vue de soutenir d'autres activités notamment l'amélioration de la prise en charge thérapeutique et la prise en charge de la co-infection TB/VIH.
- *L'accès au dépistage par la microscopie de qualité*: le Burundi a décentralisé le dépistage et le diagnostic de la tuberculose dans les structures de soins de santé primaires. L'examen microscopique des crachats étant une priorité, un réseau de laboratoires de bacilloscopie a été mis en place et est fonctionnel sur l'ensemble du territoire. La microscopie à fluorescence a été installée dans 8 CDT à fortes activités, ce qui a permis d'améliorer la détection des cas dans ces centres. Tous les laboratoires du réseau participent au contrôle de qualité (CQ) des frottis et bénéficient régulièrement des supervisions par les Techniciens de laboratoire du LNR.
- Le PNLT applique *un régime court de six mois* pour tous les nouveaux cas de tuberculose en prise alternée. Le passage à la prise quotidienne est en cours et devrait être réel à partir de fin 2010 sous le régime **2RHZE/4RH**. Pour les cas de retraitement, (échec, rechute et reprise après abandon), le régime utilisé est le suivant : **2SRHZE/1RHZE/5RHE**. Les cas d'échec aux précédents régimes thérapeutiques **sont** soumis au traitement des multi-résistants après confirmation de la culture et l'antibiogramme sous le régime: **6ZKmOfxPtoCs/14ZOfxPtoCs**.

Z : Pyrazinamide ; Km : Kanamycine ; Ofx : Ofloxacin ; Pto : Prothionamide ; Cs : Cyclosérine

La supervision et le support au patient sont appliqués à chaque étape du traitement selon les instructions.

- *L'approvisionnement en médicaments* est régulier et ininterrompu et le PNLT a bénéficié d'un appui des partenaires financiers et techniques pour couvrir ce volet à travers l'appui d'Action Damien et de la CTB. Après l'appui du GDF, le PNLT bénéficie d'une subvention du FM pour l'achat des médicaments.

Un système performant de gestion des médicaments est mis en œuvre depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique en passant par le niveau intermédiaire.

- *Le suivi et l'évaluation* font partie intégrante des activités du programme. Les outils standardisés suivants sont régulièrement mis à jour et fournis aux centres de santé :
 - les bulletins de demande d'examen d'expectoration ;
 - les registres de laboratoire, registres de traitement de la tuberculose ;
 - les fiches et cartes de traitement ;
 - les formulaires du rapport trimestriel des activités de bacilloscopie, du rapport trimestriel de dépistage des cas, du rapport trimestriel des résultats de traitement
 - les formulaires de commande des médicaments, des consommables et du petit matériel de laboratoire ;
 - les fiches de référence du malade tuberculeux, de transfert du malade tuberculeux, de référence du malade TB/VIH au centre de traitement par ARV.

La compilation et le traitement des données sont organisés à chaque niveau du système de santé pour que chaque BPS puisse disposer d'une base de données propres à elle en matière de tuberculose. Le programme assure un suivi intégral des activités et collecte trimestriellement toutes les données en vue d'assurer l'évaluation du programme.

2. Réponses à la problématique de la TB/VIH et de la TB/MR

La collaboration a été renforcée avec les Institutions en charge du VIH/Sida en vue d'assurer une prise en charge cohérente des malades co-infectés. La plupart des CDT sont devenus à présent capables d'effectuer le test VIH grâce à leur accréditation comme centres de dépistage (151 sur 165 soit 92%, fin 2009). Ce processus les rend à même d'effectuer le test VIH chez les patients tuberculeux. Parallèlement, l'introduction de nouveaux outils de collecte de l'information sur la TB et la co-infection et la répétition des directives du PNLT auprès des prestataires lors des ateliers trimestriels de validation des données ont fourni de bons résultats. On note un taux de proposition du test (counselling fait) de plus de 47% et un taux de réalisation du test (test fait chez les personnes conseillées) de 72,8%.

Des mesures de contrôles et de prise en charge des TB/MR ont été mises en place. Le Centre National de Kibumbu assure la prise en charge des cas de TB/MR. D'autres challenges tels la

prise en compte des groupes des prisonniers et des réfugiés trouvent des réponses à travers les dépistages actifs dans les prisons et l'organisation de la prise en charge des personnes déplacées.

3. Le renforcement du système de santé

Le PNLT a contribué au renforcement en ressources humaines en procédant au recrutement de médecins pour le niveau central et de coordonnateurs provinciaux. En outre, des ressources logistiques ont été concédées dans le but d'appuyer les BPS dans les activités de santé en général et la lutte antituberculeuse en particulier. La mise en œuvre de l'Approche Pratique en Santé Respiratoire (APSR) a démarré et peut contribuer à renforcer les capacités des prestataires dans la prise en charge des maladies respiratoires en général et de la tuberculose en particulier. Le réseau des laboratoires de bacilloscopie a été renforcé en microscopes et le personnel de ce réseau bénéficie de formations et de supervisions régulières.

4. L'engagement de tous les soignants

La plateforme de Collaboration Mixte Public-Privé (PPM-DOTS) n'a pas été mise en place. Cependant, la collaboration avec les établissements de santé privés agréés (non lucratifs) a été enclenchée à travers la subvention des examens de laboratoire, la formation du personnel et l'implication progressive de ces structures dans la détection et la prise en charge de la tuberculose. Les établissements privés à but lucratif trainent à s'impliquer dans la lutte antituberculeuse. La Polyclinique Centrale à Bujumbura, des établissements privés à Ngozi et Bururi ont été impliqués dans la lutte antituberculeuse, sans toutefois **avoir** de résultats satisfaisants.

5. L'implication des communautés et des personnes affectées par la maladie

Elle a trouvé sa mise en œuvre concrète à travers la sensibilisation et la mobilisation sociale impliquant les ASC, les associations et les leaders communautaires. L'implication de ces acteurs a été réalisée dans la détection et le suivi des cas de tuberculose et la diffusion de la charte des patients en langue nationale.

6. La promotion de la recherche

Quelques recherches-actions ont été mises en œuvre sur différents thèmes de la lutte antituberculeuse (DOT communautaire, enquête nationale TB/VIH) et les conclusions **seront** utilisées pour l'amélioration des performances du programme.

CHAPITRE 4 : INSUFFISANCES ET CONTRAINTES DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Malgré les résultats ci-dessus évoqués, des insuffisances et contraintes subsistent ; le PNLT devrait en faire face au cours des cinq prochaines années.

4.1 Faible financement de la part du Gouvernement:

L'engagement du gouvernement en faveur de la lutte antituberculeuse n'est pas accompagné de ressources financières suffisantes et durables. La ligne budgétaire de l'Etat Burundais consacrée au financement de la lutte contre la tuberculose constitue moins de 2% du budget annuel du PNLT¹⁶.

Les 2 % sont consacrées à l'achat des médicaments de la 2ème ligne de traitement de la TB mais Néanmoins , il y a d'autres apports du gouvernement en matière d'infrastructures, les ressources humaines etc....

4.2 Accès limité au service de dépistage

L'accès au service de dépistage bien que suffisant, reste difficile dans la réalité en raison du relief très accidenté du pays. Le pays compte un laboratoire de bacilloscopie pour 49 198 habitants en moyenne. La stratégie de collecte des échantillons de crachats est encore à ses débuts et ne couvre pas toutes les structures de santé. Il avait été prévu de couvrir 138 CT dans le cadre du financement du Round 7 du FM et à cette date, près de 105 prestataires ont été formés à la collecte des échantillons venant de 53 centres de santé. Les sites de collecte ne sont pas équipés en moyens logistiques adaptés. L'utilisation des bicyclettes s'est révélée difficile pour le transport des échantillons en raison du relief accidenté. Les équipements de laboratoire en place seront amortis et devront être remplacés pendant les cinq prochaines années. Le taux de notification reste faible par rapport au taux préconisé par l'OMS.

4.3 Le TDO n'est pas toujours systématiquement appliqué, principalement dans les CDT difficilement accessibles. Cela serait en particulier dû aux longues distances à parcourir

¹⁶ Plan d'Action 2010 du PNLT, Janvier 2010

quotidiennement par les malades pour arriver aux CDT. L'implication successive de tous les centres de santé comme site de traitement décentralisé devrait permettre d'améliorer l'accès, l'application correcte du traitement directement observé et l'assiduité au traitement. De même, il s'avère indispensable de mettre à contribution les ASC à large échelle dans le suivi des patients tuberculeux afin de réduire les distances à parcourir.

4.4 La recherche des contacts des cas contagieux n'est pas faite.

Les prestataires de soins des centres de santé ne pratiquent pas la recherche active de la tuberculose auprès des personnes en contact rapprochées avec les patients tuberculeux bacillifères y compris pour la multirésistance. De même, les agents de santé communautaires qui participent au DOT communautaire n'ont pas encore été mis à contribution pour l'orientation et référence des personnes en contact étroit et prolongé avec un tuberculeux bacillifère. En outre, il n'existe pas d'outils permettant le bon suivi des cas contact.

4.5 Faible implication des ECD dans le SE

Les membres des ECD (responsables des SIS, superviseurs polyvalents) des districts ne sont pas suffisamment formés et impliqués dans le suivi/évaluation des activités du PNLT.

Les ECD ont des difficultés d'intégrer dans les supervisions des centres de santé les aspects en rapport avec la détection et le suivi du traitement des malades tuberculeux. Le déficit quantitatif et qualitatif est lié au manque de formation et suivi des superviseurs polyvalents ECD en technique de supervision.

Les capacités et compétences des membres de l'équipe du niveau central, intermédiaire et périphérique en matière de planification, exécution et suivi-évaluation des activités de la lutte antituberculeuse sont insuffisantes.

4.6 Insuffisance dans le diagnostic et la prise en charge de la co-infection

La lutte contre la co-infection TB/VIH est à ses débuts. Selon les statistiques du PNLT en 2009, le test VIH chez les tuberculeux est réalisé dans 44% des cas alors que la prévention au cotrimoxazole est assurée à 47% pour les malades co-infectés. Cela peut s'expliquer par la faible accessibilité géographique aux activités de conseil et de dépistage de l'infection à VIH, les ruptures récurrentes de stock de réactifs pour le dépistage et les ruptures de stock de Cotrimoxazole pour la prévention de certaines infections opportunistes chez les malades co-infectés. Il y a lieu de signaler une insuffisance des compétences des prestataires dans la prise en charge de la co-infection TB/VIH.

La réalisation des examens complémentaires, le suivi biologique, le dépistage et la prévention de la tuberculose chez les PVVIH (chimio prophylaxie à l'INH des PVVIH), la prévention du VIH chez les tuberculeux sont des domaines en souffrance qui vont être renforcés au cours des prochaines années grâce à la collaboration avec l'USLS/Santé et le SEP/CNLS.

4.7 Insuffisance de la surveillance, le diagnostic et la prise en charge de la TB MR

Dans le cadre de la prise en charge de la tuberculose multi résistante, des efforts restent à faire. La détection des cas reste très faible aussi bien chez les suspects que chez les sujets contacts. Des faiblesses dans le suivi des cas sous traitement persistent que ce soit en hospitalisation qu'en ambulatoire. Le traitement des malades se fait toujours avec une variante du schéma de Bangladesh qui n'est pas approuvé par l'OMS et le GLC.

4.8 Faiblesse du système de santé affectant la lutte contre la tuberculose

- Infrastructures et équipements

La Direction centrale du PNLT ne dispose pas d'un bâtiment lui appartenant, elle est abritée dans un bâtiment loué à un particulier. Les frais de location sont payés mensuellement par les partenaires financiers. Les ressources financières n'ont pas pu être mobilisées pour la construction d'un siège malgré le fait qu'une étude prospective ait été faite et débouché sur un plan de construction.

Le Laboratoire National de Référence des Mycobactéries est intégré à l'INSP. Les locaux qui lui sont affectés ne sont pas adaptés pour la mise en place d'un LNR selon les recommandations internationales d'où la nécessité de lui doter un bâtiment convenable.

Le réseau des laboratoires de bacilloscopie du Burundi connaît quelques faiblesses, entre autre le plateau technique du niveau intermédiaire inexistant pour assurer la formation, la supervision, le contrôle de qualité des laboratoires des CDT de son ressort.

Bon nombre de CDT disposent de laboratoires polyvalents intégrés aux centres de santé et hôpitaux, mais l'espace de travail n'est pas toujours suffisant. Cela ne permet pas de mettre en application les mesures adéquates pour le contrôle de l'infection. Les infrastructures quant à elles sont vétustes (laboratoires et unités de traitements) non adaptées aux exigences du contrôle de l'infection. Les risques de contamination nosocomiale de la tuberculose sont alors accrus surtout en cas de VIH ou chez les enfants.

Les lieux de stockage de médicaments dans les BDS sont, pour la plupart en mauvais état, insuffisamment ventilés compromettant ainsi à la longue la qualité des médicaments mis à la disposition des malades. Les capacités de stockage du magasin du PNLT sis au CATB sont également limitées.

Le matériel et les équipements médico-techniques en place dans les CDT s'amortissent au fil du temps, et leur renouvellement doit être continu au cours des cinq prochaines années. Il en est de même pour les équipements et matériel de travail (ordinateurs, photocopieurs, mobilier de travail) existant au PNLT.

La plupart des hôpitaux de district ne disposent pas d'appareils de radiographie et pour quelques uns qui en disposent, ces appareils ne sont pas toujours fonctionnels. On note en général une insuffisance d'opérationnalité du Service de maintenance des équipements médicaux du Ministère de la Santé Publique avec pour conséquence une insuffisance de maintenance des microscopes du réseau des laboratoires de bacilloscopie et des appareils de radiographie. Au niveau du LNR, aucun contrat de maintenance n'a été signé pour assurer le suivi de tous les équipements lourds au laboratoire.

Une partie du matériel roulant du PNLT est utilisée depuis près de cinq ans et se trouve en phase d'amortissement. Le renouvellement de ce matériel roulant les cinq prochaines années est impératif afin de garantir le maintien du rythme et de la qualité de la mise en œuvre des activités sur le terrain (supervision, formations, approvisionnement etc.).

L'intégration de la lutte contre la tuberculose dans le PMA du district nécessite que des moyens logistiques soient disponibles pour les ECD. Des moyens de déplacement (motos) doivent être acquis au cours des cinq années et mis à la disposition des superviseurs de district pour la supervision et des CDT pour la recherche des perdus de vue, les visites à domicile et la recherche des contacts des cas contagieux.

Des vélos ont été mis à la disposition des agents de santé communautaires et nécessitent un renouvellement au cours des cinq ans à venir.

- Ressources humaines

La gestion des ressources humaines a pour principale contrainte la grande mobilité des personnels et l'arrivée sur le terrain de prestataires peu expérimentés nouvellement sortis des écoles de formation. Cette situation oblige le PNLT à organiser de nombreuses sessions de formation en cours d'emploi. La décentralisation progressive des activités du programme devrait permettre d'impliquer un plus grand nombre d'intervenants au niveau intermédiaire et périphérique.

L'intégration de l'enseignement de la lutte antituberculeuse (différente de l'enseignement de la tuberculose qui est faite) dans le curriculum de formation des étudiants en médecine n'est pas encore effective. Les médecins nouvellement sortis des facultés de médecine, les infirmiers et techniciens de laboratoire sortis des écoles de formation ne sont pas toujours outillés pour conduire les activités de lutte antituberculeuse.

4.9 La contribution du secteur sanitaire privé lucratif

Cette contribution reste encore faible. Ce déficit de collaboration entre le secteur public et le secteur privé réduit les chances de dépister et de traiter le plus grand nombre de malades qui se présentent dans les formations sanitaires.

4.10 La participation communautaire à la lutte antituberculeuse

Les insuffisances dans ce domaine sont les suivantes :

- Les interventions des OAC restent encore limitées à l'implication de quelques agents de santé communautaires pour la détection et le suivi des malades. Une meilleure concertation permettrait d'impliquer un plus grand nombre d'associations et optimiser ainsi leur contribution à la lutte antituberculeuse.
- L'application du DOTS communautaire est à ses débuts et est appliquée dans six des dix-sept provinces du pays. Des outils de mise en œuvre et de suivi ont été élaborés à cet effet. Il reste à déployer plus d'efforts pour assurer le suivi et la documentation de l'intervention puis son extension à d'autres provinces.
- Les tradipraticiens sont pas suffisamment organisés sous forme d'associations et sont difficilement abordables par les autorités sanitaires. Dans la plupart des cas, leurs actions restent encore obscurantistes, illicites et non déclarées auprès des autorités du Ministère de la Santé Publique. Néanmoins, il revient au PNLT de rechercher les voies et moyens

pour mettre à contribution les Associations de tradipraticiens existantes et collaborant avec le MSP.

- Les anciens malades de la tuberculose ne sont pas suffisamment organisés en associations et participent peu à la lutte contre la tuberculose. Le PNLT a pour soucis d'inciter la mise en place de telles structures et de les appuyer en moyens financiers pour mener des activités de sensibilisation à l'endroit de la population.
- Le niveau de connaissances et de conscience des populations sur la tuberculose est encore insuffisant. Cela rend pertinente une sensibilisation à grande échelle.

4.11 Insuffisances au sein des centres spécifiques :

- **CATB**

- Bien que rattaché au BPS Mairie, le CATB n'offre pas le paquet minimum d'activités comme les autres CDS. Le centre reste spécifique pour la tuberculose.
- le MSP n'a pas encore octroyé le budget de fonctionnement alors que le CATB offre des services gratuits et n'a pas un système de recouvrement des couts. la planification est insuffisante voire inexistante, avec une mobilisation très insuffisante de ressources pour la mise en œuvre des activités propres au centre : suivi des malades, recherche des absents, visites à domiciles, sensibilisation, gestion et entretien du matériel et des infrastructures ;
- tous les besoins du CATB ne peuvent pas être couverts par les frais de la contractualisation mise en place par le MSP.
- les infrastructures sont inadaptées pour la confidentialité et le contrôle de l'infection. Les réhabilitations faites dans le passé n'ont pas pris en considérations les préoccupations sus citées.
- Le centre manque de moyens logistiques : ambulance pour la référence des malades (hospitalisation et examens divers dans les hôpitaux nationaux), motos pour la recherche des perdus de vue ;
- Le centre, en dehors des médecins généralistes, ne disposent pas de compétences spécialisées (spécialistes en pneumologie).

- Les Hôpitaux Nationaux (CHUK, HPRC, CPLR) et de deuxième référence (5) ne disposent pas toujours d'un plateau technique suffisant pour assurer le diagnostic de la tuberculose à microscopie négative et de la tuberculose extra pulmonaire. Ce plateau

technique devrait être renforcé par l'installation d'appareils d'échographie, la maintenance des équipements et la formation du personnel

- **CNR de Kibumbu.**

Tous les cas de tuberculose multirésistants suspects ou confirmés sont pris en charge au centre national de référence des cas multirésistants de Kibumbu jusqu'à la négativation des crachats et de la culture. Ils sont suivis en hospitalisation par une équipe de prestataire de soins dirigée par le médecin directeur du centre. L'état des bâtiments ne permet pas de respecter les mesures de contrôle de l'infection.

CHAPITRE 5 : BUT ET OBJECTIFS

6.1 But

Contribuer à l'amélioration de la santé de la population burundaise en réduisant le fardeau lié à la tuberculose.

6.2 Objectif général

Tuberculose : Réduire la morbi-mortalité liée à la tuberculose.

6.3 Objectifs spécifiques

1. Augmenter le taux de notification des nouveaux cas TPM+ de 51 à 59cas pour 100 000 habitants en fin 2015¹⁷ et celui des TTF de 93 à 105cas pour 100 000 habitants ;
2. Maintenir le taux de succès thérapeutique des TPM+ NC au-delà de 85% pendant cinq ans ;
3. Assurer le dépistage du VIH chez plus de 85% des tuberculeux et une prise en charge adéquate à au moins 90 % des cas de co-infectés (Cotrimoxazole, ARV) ;
4. Assurer le dépistage et la prise en charge adéquate de plus de 85% des cas attendus de TB/MR¹⁸ ;

¹⁷ Ce calcul donne 4551 cas TPM+ à An1, 4872 à An2, 5207 à An3, 5558 à An4 et 5926 cas à An5. Pour les TTF, détectera 8300 cas à An1, 8824 à An2, 9373 à An3, 9947 à An4, 10546 à An5.

¹⁸ Calcul sur la base de l'évolution du nombre de cas TB/MR enregistrés de 2006 à 2009, soit 16 cas en 2011, 18 cas en 2012, 20 cas en 2013, 22 cas en 2014, 24 cas en 2015

5. Améliorer les capacités managériales du PNLT
6. Renforcer le contrôle de l'infection
7. Contribuer au renforcement du système de santé
8. Promouvoir la recherche opérationnelle.

CHAPITRE 6 : GRANDES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Les orientations stratégiques de lutte contre la tuberculose tiennent compte des stratégies internationales et les orientations issues de l'évaluation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2005-2010. Le plan stratégique du PNLT s'inscrit aussi dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et dans le Plan Global 2006-2015 du Partenariat Halte à la Tuberculose.

Ainsi, les stratégies suivantes seront appliquées pour arriver à détecter, traiter et guérir le maximum de patients tuberculeux et ainsi diminuer l'incidence de la maladie dans le pays.

6.1 Amélioration du taux de notification de la tuberculose

6.1.1 Amélioration de l'accès aux services de détection de qualité

➤ Ouverture de nouveaux CDT

Le nombre de CDT a déjà atteint le ratio recommandé par l'OMS. Cependant Le renforcement de l'accès au laboratoire par l'accroissement du nombre de CDT pourrait être la stratégie primordiale pour faciliter l'accès des malades au centre de dépistage de la tuberculose. Ainsi, le PNLT propose d'augmenter le nombre de CDT dans des provinces ciblées sur la base des critères suivants :

- Population de l'aire d'attraction ;
- Fréquence des maladies des voies respiratoires inférieures ;
- Accessibilité géographique ;
- Existence d'un personnel suffisant et motivé.

- Renforcement de la qualité du diagnostic des TPM- et TEP

Le PNLT souhaite renforcer le diagnostic des TPM- et des TEP très insuffisant de nos jours par l'amélioration du plateau technique des hôpitaux nationaux là où c'est nécessaire et des hôpitaux de deuxième référence et de districts. Ce plateau sera renforcé par l'installation et la maintenance des équipements tels les appareils de radiographie et d'échographie et la formation du personnel.

- Transport des échantillons de crachats

La stratégie primordiale reste pour le PNLT l'extension du transport des échantillons de crachats à tous les centres de santé du pays. Cela contribuera à diminuer les distances à parcourir par les malades, réduirait le risque d'interruption du processus de dépistage et garantirait l'implication d'un plus grand nombre de prestataires dans la lutte antituberculeuse.

- Recherche de la TB chez les sujets contact des TPM+

La détection de la tuberculose chez les sujets ayant été en contact avec des cas contagieux de tuberculose sera renforcée, avec l'appui des agents de santé communautaire.

- Amélioration du diagnostic de la TB chez l'enfant

Le programme renforcera le diagnostic de la TB chez l'enfant, en particulier en rendant disponible le test IDR dans un premier temps dans les hôpitaux de provinces et en assurant la formation du personnel à l'administration et l'interprétation du test.

- Partenariat public-privé

Créer une plate forme de collaboration public-privé

6.1.2 Renforcement du plaidoyer, communication, sensibilisation et mobilisation sociale pour la lutte contre la tuberculose (PCSM)

- Sensibilisation pour la mise en place des associations de lutte contre la tuberculose

Le PNLT mènera la sensibilisation et la mobilisation de la communauté pour encourager la mise en place d'associations de lutte contre la tuberculose et leur apportera son appui pour la mise en œuvre des activités de lutte antituberculeuse.

Des efforts seront déployés en vue d'une meilleure implication et coordination des OAC (Associations y compris celles de lutte contre le VIH, Agents de Santé Communautaires, Associations des personnes infectées et affectées par la tuberculose, Associations des tradipraticiens etc.) non seulement pour la sensibilisation mais aussi l'orientation et le suivi des

malades. Une meilleure concertation permettra d'impliquer un plus grand nombre d'associations et optimiser ainsi leur contribution à la lutte antituberculeuse.

➤ Campagnes de sensibilisation

Des campagnes de sensibilisation devront être entreprises sur l'ensemble du territoire, en collaboration avec les associations à base communautaire. Les mass médias seront mis à contribution pour une information continue en rapport avec la tuberculose. Des séances de sensibilisation seront organisées dans les écoles à régime d'internat sur la tuberculose et la co-infection TB/VIH.

➤ Populations vulnérables

Dans les structures de santé prenant en charge des populations vulnérables (prisons, réfugiés, déplacés), l'accent sera mis sur l'intégration des activités de dépistage de la tuberculose dans leurs activités quotidiennes.

6.1.3 Renforcement de la qualité de la microscopie

➤ Amélioration de la qualité par la microscopie à fluorescence

L'amélioration de la qualité de l'examen des crachats sera renforcée entre autre par l'installation des microscopes à fluorescence, actuellement limitée à 16 CDT, sera étendue essentiellement aux centres à forte activités de détection.

➤ Formation/recyclage des techniciens/microscopistes

Des sessions de formation/recyclage des laborantins et microscopistes des CDT seront régulièrement organisées pour leur permettre des mises à jour périodiques. Les capacités du personnel des CDT en gestion des approvisionnements de laboratoire seront renforcées et un approvisionnement régulier en réactifs et autres matériels de laboratoire pour éviter les ruptures de stock sera renforcé.

➤ Supervision, contrôle de qualité et culture des mycobactéries

La supervision formative des techniciens et microscopistes sera d'une part assurée par les ECD renforcées par les coordonnateurs provinciaux déjà formés à la technique de supervision et au contrôle de qualité du laboratoire de microscopie au rythme d'une supervision par mois et d'autre part par les techniciens du LNR au moins une fois l'an.

Le contrôle de qualité centripète se poursuivra en intégrant le niveau intermédiaire. Le contrôle de qualité type centrifuge sera développé dès qu'un niveau intermédiaire du réseau de bacilloscopie sera fonctionnel.

La culture des mycobactéries et tests de sensibilité seront décentralisés dans un laboratoire à l'intérieur du pays, en plus du laboratoire pour culture qui est en cours d'installation au CHUK à Bujumbura.

➤ Introduction des tests rapides

Dans le cadre de la surveillance du diagnostic de la TB/MR, le PNLT introduira les tests rapides dans un premier temps au LNR puis dans les laboratoires là où la culture des mycobactéries sera décentralisée. Dans ce même cadre, il poursuivra la mise en œuvre de la technique de coloration par la FDA et celle de l'antibiogramme sur lame en milieu liquide.

6.2 Amélioration de la prise en charge

6.2.1. Amélioration de l'application du TDO

L'amélioration de l'accès aux services de traitement de la tuberculose par l'application du TDO passe par l'implication des centres de santé dans l'administration du traitement et le suivi des malades. Le suivi du traitement de la tuberculose par les prestataires des centres de santé publics et privés et l'implication des OAC (Associations, Agents de santé communautaires, tradipraticiens etc.) s'avèrent nécessaires pour faciliter l'application du TDO et améliorer l'adhésion au traitement. A cette fin, des outils adaptés seront mis à la disposition des CDS, un système de suivi sera défini et des formations adaptées seront assurées.

6.2.2. Approvisionnement régulier en médicaments et assurance qualité

En collaboration avec les partenaires, le programme pourra procéder à la mise à jour du plan en cours pour l'acquisition et la distribution des médicaments antituberculeux. Le programme veillera à l'acquisition d'un stock suffisant de médicaments de qualité. Afin de garantir cette qualité, il développera un système de contrôle de qualité interne et externe des médicaments par l'évaluation des conditions de stockage en vue de leur amélioration continue, par la collecte des échantillons des médicaments de différents niveaux de stockage et de distribution et leur analyse dans les laboratoires spécialisés. La formation des prestataires en gestion des médicaments, matériels et produits de laboratoire et à leur usage rationnel se poursuivra.

6.2.3 Amélioration de l'observance au traitement et DOTS communautaire

Les stratégies d'aide à l'observance au traitement antituberculeux par les malades seront développées pour accompagner le patient tuberculeux durant son traitement. Ainsi, le personnel des centres de soins sera formé aux techniques de communication interpersonnelle pour l'observance au traitement de la tuberculose.

L'accent sera mis sur le rôle des ASC pour le suivi du traitement, la relance des malades irréguliers au traitement et aux contrôles bactériologiques. Ils pourront administrer les médicaments antituberculeux à domicile en cas de nécessité. Les ASC déjà opérationnels seront formés ou recyclés afin de jouer efficacement ce rôle. Les vélos, les équipements et matériels qui ont été mis à la disposition des ASC seront utilisés pour la sensibilisation, l'orientation et le suivi des malades sous traitement.

Quant aux services de santé, ils continueront à jouer leur rôle pour l'encadrement et la coordination des activités communautaires de lutte contre la tuberculose.

6.2.4 Renforcement de la prise en charge de la co-infection TB/VIH

Les mécanismes de coordination des activités de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA sont mis en place et sont fonctionnels. Le plan de collaboration entre les programmes respectifs permettra de mettre en place des actions concrètes en vue de réduire le poids de la co-infection TB/VIH. Ces actions sont essentiellement les suivantes :

- *Le dépistage du VIH chez les malades tuberculeux* : il sera intensifié à travers l'intégration du dépistage du VIH dans tous les centres de prise en charge de la tuberculose et l'application des stratégies novatrices telles que le dépistage à l'initiative du prestataire. Le plaidoyer à travers le comité TB/VIH sera poursuivi en vue de la décentralisation de la prise en charge du VIH dans les centres de santé.
- *Dépistage précoce de la tuberculose chez les PVVIH* : le PNLT collaborera étroitement avec le Programme VIH afin d'accélérer la mise en place du screening de la TB chez les PVVIH suivis dans les centres de prise en charge du VIH.
- *Surveillance épidémiologique* : La surveillance de la séoprévalence du VIH chez les tuberculeux sera mis en œuvre à travers le renforcement du système de surveillance de routine (renforcement des compétences des prestataires dans le remplissage des outils, mise à jour des outils de collecte des données sur la co-infection) d'une part et une enquête de prévalence d'autre part afin de réajuster si besoin les données collectées.
- *La prévention des deux infections* : Les mesures de préventions recommandées pour les deux pathologies seront appliquées dans les structures de prise en charge.

- *Le traitement antirétroviral* sera initié le plus tôt possible au cours du traitement antituberculeux pour les patients qui remplissent les critères d'admission aux deux traitements. Pour ce faire, les directives nationales de prise en charge de la coïnfection par la tuberculose et le VIH déjà disponibles seront diffusées et appliquées par les prestataires de soins. Ceux-ci seront formés sur cette prise en charge.
- *Renforcement des capacités des structures*: Les capacités des CDT et dans la mesure du possible, les structures assurant la prise en charge des PVVIH seront renforcées à travers l'approvisionnement régulier de médicaments, matériels et consommables nécessaires pour le diagnostic et le traitement des malades co-infectés.
- *Système de référence et contre référence* : La collaboration entre les centres de prise en charge de la tuberculose et les centres de prise en charge des PVVH sera renforcée afin de mettre en place le système de référence et de contre référence déjà défini dans les directives nationales.

6.2.5 Le renforcement de la surveillance et de la prise en charge des cas de TB/MR

➤ Surveillance de la TB/MR

Le PNLT a défini les catégories suivantes, susceptibles de bénéficier de la culture et tests de sensibilité : tout échec au retraitement complètement supervisé (2 frottis positifs au 5ème mois ou après), tout cas de TB diagnostiqué parmi les contacts d'un cas TB-MR confirmé, tout malade en retraitement frottis positifs quel que soit le mois, tout malade en primo traitement avec frottis positifs en fin du second mois ou après.

➤ Diagnostic de la TB/MR

Selon les directives du PNLT, les échantillons sont prélevés chez les malades suspectés de TB/MR et envoyés au LNR pour la culture et l'antibiogramme sur milieu solide et liquide. La confirmation de la résistance est obtenue à l'issue des résultats de l'antibiogramme montrant une résistance à l'Isoniazide et Rifampicine.

➤ Prise en charge des cas TB/MR et suivi

Le Comité de Sélection assure l'analyse des dossiers des malades suspects, la prise de décision et le suivi des malades sous traitement.

➤ Suivi des cas TB/MR

- Suivi clinique : Durant la phase de l'hospitalisation à Kibumbu, les malades bénéficient de visites médicales régulières du médecin et du staff infirmier. Après négativation des crachats

et cultures, ces malades sont suivis en ambulatoire dans le CDT de leur choix, proche de leur domicile.

- Suivi bactériologique : pendant la phase intensive, les frottis sont réalisés toutes les deux semaines et la culture une fois par mois. En ambulatoire au cours de la phase de continuation, les frottis sont réalisés une fois par mois et la culture tous les 3 mois jusqu'à la fin du traitement.
- Surveillance des effets secondaires : l'éducation du patient à l'apparition des effets secondaires du traitement constitue un aspect incontournable de cette surveillance. Des examens complémentaires sont réalisés suivant les directives nationales TB/MR. Le soutien psychosocial est développé pour compléter la prise en charge des effets.

➤ Suivi des contacts

Les contacts domiciliaires d'un malade TB-MR confirmé bénéficient de l'examen à la recherche d'une TB active. Le suivi clinique est assuré pendant au moins deux ans. Une fiche familiale sera remplie.

➤ Contrôle de l'infection

En plus des activités initiées à l'endroit du CNR, des activités d'IEC axées sur les mesures de prévention de la tuberculose multi résistante seront poursuivies à l'endroit des patients, de la population aux abords du centre de Kibumbu ou dans l'entourage immédiat du malade. Un plan pour le contrôle de l'infection tuberculeuse dans les structures de soins, les prisons, les écoles à régimes d'internat, les casernes militaires, les campus universitaires sera développé par le PNLT.

6.3 Renforcement des capacités de gestion du programme

6.3.1 Décentralisation du programme

Le Programme poursuivra le processus de décentralisation en cours selon la réforme en cours du secteur de santé défini par le Ministère de la Santé Publique. Il veillera à une décentralisation et une intégration de la lutte antituberculeuse dans les prérogatives des équipes cadre de district (formation, approvisionnement, suivi-évaluation etc.)

Durant le processus de la mise en place des districts sanitaires, le programme continuera à appuyer le niveau intermédiaire et périphérique via les coordonnateurs et les superviseurs du niveau central.

6.3.2 Renforcement du programme en ressources

➤ Infrastructures et ressources financières et matérielles

Dans le but de permettre au PNLT de jouer pleinement son rôle, il est plus qu'urgent de renforcer le bureau national en termes d'infrastructures et de ressources financières pour son fonctionnement. Le PNLT mobilisera les ressources pour la construction des bureaux, l'achat des équipements et bureautiques.

➤ Ressources humaines

L'équipe du niveau central, renforcée par les points focaux pour des aspects spécifiques de la lutte antituberculeuse, continuera à jouer le rôle de conception, planification, mobilisation des ressources et suivi/évaluation des activités de lutte contre la tuberculose.

Afin de mener à bien leurs activités, les capacités du personnel seront renforcées à tous les niveaux. Il s'agira de former le personnel du niveau national dans divers domaines de la lutte antituberculeuse et d'encourager la participation aux réunions et fora internationaux. Les gestionnaires du programme au niveau intermédiaire (médecins provinciaux, médecins chefs de districts sanitaires, ECD, coordonnateurs provinciaux), de même que les laborantins, microscopistes, infirmiers des CDT, CT et autres structures de soins verront également leurs capacités renforcées par des formations continues et chacun dans le domaine qui le concerne.

6.3.3. Renforcement et coordination du partenariat

➤ Partenaires techniques et financiers

La lutte contre la tuberculose bénéficie de l'attention de plusieurs partenaires techniques et financiers. Il est nécessaire de coordonner toutes les interventions et d'éviter les conflits d'attribution et les doubles financements.

La coordination s'effectuera à travers l'organisation de réunions périodiques, l'implication des partenaires dans la définition du système de gestion des ressources du programme et la participation de toutes les parties aux évaluations périodiques.

➤ Partenaires pour les prestations de soins

Dans le cadre du partenariat public-privé, l'implication de structures de soins privés, surtout lucratives, reste une opportunité que saisira le PNLT en vue d'augmenter l'accès aux services de dépistage. Pour cela, la mise en place d'une plateforme de collaboration des services privés avec le PNLT est un préalable.

Le PNLT renforcera le partenariat avec les autres structures du Ministère de la santé publique ou des autres ministères en vue de la prévention, le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose dans le cadre de la collaboration public-public.

6.4 Recherche

Au cours des cinq prochaines années, le programme développera et mettra en œuvre des activités de recherche opérationnelle qui seront essentiellement axées sur la documentation de l'expérience sur le DOTS-communautaire, la prévalence de la résistance aux antituberculeux de première ligne, la co-infection TB/VIH, la prévalence de la tuberculose, l'enquête CAP etc.

Le programme pourra soutenir les étudiants en année de thèses à finaliser leurs projets de recherche sur la tuberculose et la co-infection TB/VIH. Les résultats de ces recherches seront pris en compte dans les stratégies et approches du programme.

6.5 Développement du soutien aux patients

Le PNLT poursuivra la diffusion de la charte du patient afin de permettre une meilleure perception de la maladie au sein de la communauté et de combattre la stigmatisation des malades. Le PNLT poursuivra le développement d'actions en faveur des malades multirésistants en fournissant nourriture, draps, moyens pour le transport et en renforçant le soutien psychosocial.

CHAPITRE 7 : SUIVI ET EVALUATION DU PLAN

7.1 Mécanismes de suivi et d'évaluation du plan

7.1.1 Développement d'un plan d'action annuel

La mise en œuvre efficace du présent plan stratégique pour cinq ans appelle au développement d'un plan d'action annuel. Ce plan sera développé chaque année en collaboration avec les partenaires, tout en prenant en compte non seulement les activités programmées pour l'année mais aussi celles non exécutées ou celles dont l'exécution a été retardée dans les calendriers antérieurs.

7.1.2 Développement d'un plan de suivi-évaluation

Le programme développera un plan de suivi évaluation qui décrira de façon exhaustive les indicateurs de la lutte contre la tuberculose, les activités entrant dans le cadre du suivi-évaluation de la lutte antituberculeuse à tous les niveaux. Parmi les principales activités de ce plan, figurent entre autre la supervision, la collecte et l'analyse des données. Des réunions de monitoring seront organisées trimestriellement au niveau régional afin de valider et collecter les données produites par le niveau périphérique. Des sessions de diffusion des données de la lutte antituberculeuse se tiendront une fois par an au niveau national, régional et district.

Le PNLT prévoit d'organiser, avec l'appui des partenaires, une revue externe du programme afin de mieux décrire la situation nationale de la lutte contre la tuberculose et entreprendre des actions correctrices des éventuels goulots d'étranglement.

Le plan de suivi-évaluation détaillera le rôle de chaque intervenant dans le suivi, de même que le chronogramme ou le rythme du suivi.

7.2 Indicateurs de la tuberculose

Les indicateurs pour la tuberculose tiennent compte de l'évolution vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement. Il s'agit de l'objectif n°6, cible 8 : « avoir arrêté et commencer à inverser la tendance de l'incidence de la tuberculose d'ici 2015 ».

Il s'agira également d'évoluer vers l'atteinte des objectifs liés aux OMD et approuvées par le Partenariat « Halte à la tuberculose » :

- Dépister au moins 70 % des cas de tuberculose à microscopie positive et guérir au moins 85% d'entre eux ;
- D'ici 2015 : réduire la prévalence et la mortalité de 50% par rapport à 1990 ;
- D'ici 2050 : éliminer la tuberculose en tant que problème de santé publique (un cas par million d'habitants).

Mais l'évolution vers l'atteinte de ces indicateurs doit tenir compte des indicateurs actuels du programme.

Les indicateurs de processus et d'impact sont définis dans le cadre logique. Quelques indicateurs de résultats seront particulièrement suivis :

7.2.1 Indicateurs de dépistage

- *La proportion de cas suspects confirmés positifs* : le PNLT travaillera à ce que la valeur de cet indicateur au niveau national soit d'environ 10%.
- *Taux de TPM-* : la valeur moyenne visée par le PNLT en fin 2015 est de 10%.
- Le taux d'erreurs majeures (% de résultats fortement faux négatifs et fortement faux positifs) au contrôle de qualité externe des lames frottis : la valeur visée par le PNLT est inférieure à 3% .
- *Le taux de notification des TPM+* : Le taux de notification des TPM+ est de 47 cas pour 100 000 hab. Ce taux reste en deçà de la valeur estimée par l'OMS pour le Burundi (taux d'incidence attendue :....). Le programme fournira des efforts particuliers en vue d'augmenter ce taux pour atteindre 55 cas TPM+ pour 100 000 habitants en 2015.

7.2.2 Indicateurs de résultats de traitement

- *Le taux de succès thérapeutique* : Actuellement, le taux de succès thérapeutique des TPM+ est de 90%. Le PNLT a le devoir de maintenir ce taux à ce niveau et si possible de l'améliorer.
- *Le taux de guérison des TPM+* : Selon le rapport annuel 2009, le taux de guérison est de 76%. Le programme, à travers l'amélioration du suivi des malades par les examens bacilloscopiques vise un taux de plus de 87 % d'ici 2015.

7.2.3 Indicateurs de suivi de la co-infection TB/VIH

- *Proportion des nouveaux malades tuberculeux testés pour le dépistage de l'infection par le VIH* : Le PNLT vise une valeur de plus de 85% en fin 2015.
- *Proportion de nouveaux malades co-infectés TB/VIH bénéficiant d'une prophylaxie au cotrimoxazole* : au moins 90% des nouveaux malades tuberculeux dépistés positifs bénéficieront d'une prophylaxie au cotrimoxazole en fin 2015.

7.2.4 Indicateurs de détection et de suivi de la TB-MR

- *Proportion des cas MDR dépistés par rapport au cas attendus* : le PNLT vise la détection d'au moins 85% des cas attendus de TB/MR d'ici fin 2015.
- *Taux de guérison des cas MDR pris en charge* : la proportion des cas TB/MR déclarés guéris devrait être supérieur à 70% en fin 2015.

7.2.5 Indicateurs de participation communautaire

- *Nombre d'agents de santé communautaires impliqués* dans la lutte antituberculeuse ;
- *Nombre de malades référés par les structures communautaires* ;

7.2.6 Indicateurs de couverture

- *Nombre de centres de santé assurant le DOTS* ;
- *Nombre de CDT fonctionnels* (laboratoire fonctionnel, personnel formé, médicaments et réactifs, TDO) ;
- *Nombre de laboratoires fonctionnels* ;
- *Ratio population par CDT*.

7.3 Evaluation du plan stratégique

Le présent plan stratégique sera évalué de deux manières :

- ◆ L'évaluation interne : Elle sera conduite annuellement au niveau national à travers l'évaluation la mise en œuvre du plan opérationnel annuel.
- ◆ L'évaluation externe : Le plan stratégique sera évalué à mi parcours en 2013 et à la fin de sa mise en œuvre en 2015. L'évaluation de type externe est assurée par des équipes composées de membres du Ministère de la Santé Publique et d'autres structures partenaires et sera basée sur les rapports d'activités de routine, des visites de terrains et des entretiens avec les acteurs à différents niveaux.

CHAPITRE 8 : CADRE LOGIQUE

Objectif général: Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose			
Objectif spécifique 1: Augmenter le taux de notification des nouveaux cas TPM+ de 51 à 59 cas pour 100 000 habitants en fin 2015 et celui des TTF de 93 à 105 cas pour 100 000 habitants			
Résultat 1: L'accès aux services de détection est amélioré			
N°	Logique d'Intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification
1.1	Mener une évaluation de la couverture du pays en CDT et procéder à une redistribution	Nombre d'évaluations effectuées/nombre attendu	Rapport d'évaluation
1.2	Mettre en place 16 nouveaux CDT dans les provinces ciblées (Makamba (2) Muyinga (2), Kirundo (2), Karusi (2) Mwaro (2), Ngozi (1), Cibitoke (1), Gitega (1), Bujumbura Mairie : Service Yezu Mwiza (1), Cankuzo (2) en deux ans	Nombre de nouveau CDT mis en place	Rapport annuel du PNLT
1.3	Elaborer la stratégie du PNLT en matière de collecte et transport des échantillons des crachats pour le dépistage et le contrôle des CDS vers les CDT (recruter un consultant national)	Existence d'un document décrivant le système de transport des échantillons	Document décrivant les tâches par niveau
1.4	Former 57 techniciens de laboratoire -formateurs régionaux et de district en vue de la formation des prestataires sur les techniques de collecte et de transport des échantillons de crachats des CDS vers les CDT en 4 sessions de trois jours.	Nombre techniciens de laboratoires formés/Nombre prévu	Rapports de formation
1.5	Former 450 prestataires de soins des CDS sur les techniques de collecte et de transport des échantillons de crachats des CDS vers les CDT en 30 sessions de 15 personnes pendant trois jours pendant 2 ans	Nombre de prestataires formés/Nombre prévu	Rapports de formation
1.6	Doter 467 CDS en motos pour le transport des échantillons de crachats des CDS vers les CDT	Nombre de motos doté/Nombre prévu	Rapport d'inventaire du PNLT
1.7	Doter 181 CDT en motos pour les visites à domicile, y compris la recherche des sujets contacts	Nombre de motos doté/Nombre prévu	Rapport d'inventaire du PNLT
1.8	Former/recycler 954 prestataires de soins (2 unités par structure de soins) sur la suspicion et la référence des cas vers le CDT pour le diagnostic de la TB, soit 34 sessions de 28 personnes en trois jours d'ici 2015	Nombre de prestataires formés/Nombre prévu	Rapports de formation
1.9	Subventionner la recherche des BAAR dans les crachats et les autres explorations en cas de suspicion de la TB dans 8 hôpitaux privés et 8 structures publiques	Nombre de structures subventionnées/nombre prévu	Contrats de subvention

Objectif général: Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose			
Objectif spécifique 1: Augmenter le taux de notification des nouveaux cas TPM+ de 51 à 59 cas pour 100 000 habitants en fin 2015 et celui des TTF de 93 à 105 cas pour 100 000 habitants			
Résultat 2: La qualité du diagnostic des toutes les formes de tuberculose est renforcée, en particulier les TPM+			
N°	Logique d'Intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification
2.1	Former 120 étudiants de la dernière année en médecine à la Faculté de Médecine de Bujumbura et Ngozi sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose en 4 sessions de 30 personnes en cinq jours par an	Nombre de personnes formées/Nombre prévu	Rapports de formation
2.2	Former les élèves finalistes de 4 écoles paramédicales publiques sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose en 7 sessions de 30 personnes en trois jours par an	Nombre de personnes formées/Nombre prévu	Rapports de formation
2.3	Former les élèves finalistes de 4 écoles paramédicales privées sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose en 7 sessions de 30 personnes en trois jours par an	Nombre de personnes formées/Nombre prévu	Rapports de formation
2.4	Former les enseignants permanents de 4 écoles paramédicales en charge des pathologies infectieuses sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose en une session de 30 personnes en trois jours	Nombre de personnes formées/Nombre prévu	Rapports de formation
2.5	Mener le plaidoyer en vue d'intégrer la lutte antituberculeuse et contre les maladies respiratoires dans les curricula de formation du personnel médical et paramédical	Plaidoyer organisé	Rapport d'atelier
2.6	Organiser un atelier pour la révision et validation des curricula de formation en vue d'intégrer la lutte antituberculeuse (honoraires de deux commissions de 15 personnes enseignement supérieur et 15 pour le secondaire, et un atelier pour 50 personnes en une journée)	Réunion tenue	Rapport de réunion
2.7	Former/recycler 60 médecins des hôpitaux de districts sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose en 2 sessions de 30 personnes en cinq jours par an	Nombre de personnes formées/Nombre prévu	Rapports de formation
2.8	Former/recycler 360 prestataires des CDT sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose en 12 sessions de 30 personnes en cinq jours par an	Nombre de personnes formées/Nombre prévu	Rapports de formation
2.9	Former/recycler 28 prestataires de soin des dispensaires des camps militaires, de la police des prisons et camps de réfugiés sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose en une session de trois jours	Nombre de personnes formées/Nombre prévu	Rapports de formation
2.10	Former/recycler 450 prestataires des centres de santé sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose dans les districts sanitaires en 15 sessions de 30 personnes pendant cinq jours pendant 2 ans	Nombre de personnes formées/Nombre prévu	Rapports de formation
2.11	Former et recycler 147 superviseurs de district (trois unités/district) sur le diagnostic, la prise en charge de la tuberculose et le suivi des activités dans les districts sanitaires en 7 sessions d'environ 20 personnes pendant quatre jours pendant 2 ans	Nombre de personnes formées/Nombre prévu	Rapports de formation
2.12	Former/recycler 17 coordonnateurs TB des BPS sur la gestion des programmes TB en une session de cinq jours	Nombre de personnes formées/Nombre prévu	Rapports de formation

Objectif général: Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose			
Objectif spécifique 1: Augmenter le taux de notification des nouveaux cas TPM+ de 51 à 59cas pour 100 000 habitants en fin 2015 et celui des TTF de 93 à 105cas pour 100 000 habitants			
Résultat 3: Le diagnostic de la tuberculose chez les groupes spécifiques est renforcé			
N°	Logique d'Intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification
3.1	Former/recycler deux unités pour 7 prisons et pour 3 camps de réfugiés sur la TB et la technique de collecte et transport des crachats soit 20 personnes en une session de trois jours	Nombre d'unités formés/Nombre prévu	Rapport de formation
3.2	Contribuer à la prise en charge nutritionnelle des prisonniers tuberculeux	Montant dépensé pour achat des suppléments nutritionnels des prisonniers	Rapport financier
3.3	Organiser un atelier de sensibilisation des responsables des 7 prisons et des 3 camps de réfugiés sur la lutte contre la tuberculose soit 30 personnes en un jour tous les deux ans	Nombre de responsables ayant bénéficié de la sensibilisation	Rapport de l'activité de sensibilisation
3.4	Organiser une journée de sensibilisation à la lutte contre la tuberculose dans les écoles à régime d'internat et inciter la création des clubs stop TB dans les écoles (au moins 5 écoles) par an	Nombre d'écoles ayant bénéficié de la sensibilisation/Nombre prévu	Rapport d'activité de sensibilisation
3.5	Organiser 2 campagnes de dépistage actif par an dans 7 grandes prisons du pays	Nombre de campagnes de dépistage actif effectuées/nombre prévues	Rapports du PNLT
3.6	Doter les 17 hôpitaux de provinces en Tuberculine et seringues pour la réalisation des tests IDR	Absence de rupture de stock en tuberculine	Rapports d'inventaires
3.7	Former de 34 prestataires de soins sur la TB chez l'enfant y compris l'utilisation et l'interprétation des tests IDR en raison de deux unités par hôpital en deux sessions de cinq jours	Nombre de prestataires formés/Nombre prévu	Rapports de formation
3.8	Former les 48 Médecins des districts sanitaires, du CNR de Kibumbu et du CATB sur l'interprétation des clichés radiologiques de l'enfant.	Nombre de médecins formés/Nombre prévu	Rapports de formation

Objectif général: Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose			
Objectif spécifique 1: Augmenter le taux de notification des nouveaux cas TPM+ de 51 à 59cas pour 100 000 habitants en fin 2015 et celui des TTF de 93 à 105cas pour 100 000 habitants			
Résultat 4: L'implication des OAC dans la lutte antituberculeuse et leur coordination sont renforcées			
N°	Logique d'Intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification
4.1	Organiser quatre ateliers (deux par an) de sensibilisation à l'intention 200 associations qui œuvrent dans le secteur de santé sur leur contribution dans la lutte contre la tuberculose à raison de 50 personnes en un jour	Nombre d'associations sensibilisées	Rapport d'activités
4.2	Former en deux jours 80 prestataires chargés des soins dans 40 associations sur l'identification et l'orientation des suspects de tuberculose en 3 sessions de trois jours en deux ans	Nombre de prestataires formés/Nombre prévu	Rapport de formation
4.3	Appuyer les associations dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs plans d'action annuels pour la lutte antituberculeuse	Nombre d'association ayant bénéficié d'appui/nombre d'associations de lutte contre la tuberculose	Rapport d'activités
4.4	Appuyer chaque année 1 association de lutte contre la tuberculose en ressources financières pour la mise en œuvre de leurs plans d'action annuels	Nombre d'association dont les plans d'action sont financés/nombre total d'associations impliquées dans la lutte contre la tuberculose	Rapport financier
4.5	Former/Recycler au moins 1 agent de santé communautaire par colline (soit 2908) sur le DOTS communautaire à raison de 80 sessions de 36 participants chacune sur 3 ans (de 2012 à 2013).	Nombre d'ASC formés/Nombre prévu	Rapport de formation
4.6	Elaborer/Adapter les outils sur le DOTS communautaire à l'usage de l'agent de santé communautaire et produire 2800 exemplaires	Nombre de prestataires formés/Nombre prévu	Rapport de formation
4.7	Renouveler le Kits pour de l'agent de santé communautaire impliqué dans les activités de lutte antituberculeuse	Nombre de kits distribués	Rapport financier
4.8	Motiver 5816 Agents de Santé Communautaires sur base de la performance en raison de 5USD en moyenne par mois et par ASC	Nombre d'ASC motivés/ Nombre prévu	Rapport financier
4.9	Former/recycler 147 formateurs de districts sanitaires (soit trois formateurs par district sanitaire) sur le DOTS communautaire en 4 sessions de 37 participants pendant trois jours	Nombre de formateurs formés/Nombre prévu	Rapport de formation
4.10	Former /recycler 910 prestataires de soins sur le DOTS communautaire en 30 sessions de trois jours	Nombre de prestataires formés/Nombre prévu	Rapport de formation
4.11	Former/recycler 5816 agents de santé communautaires soit deux agents de santé communautaire par colline sur le DOTS communautaire et la co-infection TB/VIH en 166 sessions de 35 personnes pendant deux jours d'ici 2015	Nombre d'agents de santé communautaires formés/Nombre prévu	Rapports de formation
4.12	Soutenir le niveau district sanitaire dans la mise en œuvre des activités de suivi des ASC (réunions trimestrielles de coordination)	Nombre de réunions tenues/nombre prévu	Rapport d'activités
4.13	Tenir une réunion de coordination des associations impliquées dans la lutte contre la tuberculose avec le Programme une fois par an	Nombre de réunions tenues/nombre prévu	Rapport d'activités
4.14	Faire le plaidoyer pour l'affectation d'un cadre en charge de la coordination des activités communautaires de lutte contre la tuberculose (DOTS communautaire, activités des associations)	Cadre affecté pour la coordination des activités communautaires	Cahiers des charges

4.15	Mettre en place et motiver les COSA dans les prisons	Nombre de COSA mis en place/nombre prévu	Contrat de performance
------	--	--	------------------------

Objectif général: Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose			
Objectif spécifique 1: Augmenter le taux de notification des nouveaux cas TPM+ de 51 à 59cas pour 100 000 habitants en fin 2015 et celui des TTF de 93 à 105cas pour 100 000 habitants			
Résultat 5: La qualité de la microscopie et la performance du réseau des laboratoires de microscopie sont améliorées			
N°	Logique d'Intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification
5.1	Former/recycler 362 techniciens de laboratoire et microscopistes sur les techniques de bacilloscopie en 6 sessions de 5 jours par an	Nombre de techniciens et microscopistes formés/Nombre prévu	Rapport de formation
5.2	Former 34 techniciens de laboratoire de 16 hôpitaux et du CATB en techniques de bacilloscopie et supervision du réseau des laboratoires de bacilloscopie en deux sessions de cinq jours	Nombre de techniciens formés/Nombre prévu	Rapport de formation
5.3	Former/recycler les techniciens du LNR et de deux laboratoires ciblés sur les techniques de cultures, antibiogrammes et nouvelles techniques (tests rapides, PCR etc.) dans un laboratoire supra national soit 10 techniciens d'ici 2015	Nombre de techniciens formés/Nombre prévu	Rapport de formation
5.4	Doter les laboratoires en produits et matériel de laboratoire pour la détection et le suivi bactériologique des tuberculeux pour la coloration en Ziehl-Neelsen	Nombre de laboratoires ayant connu une rupture de stock de plus de 7 jours /trimestre	Rapports trimestriels/ annuels
5.5	Mener des supervisions trimestrielles des techniciens du réseau de laboratoire de bacilloscopie par les unités des hôpitaux de district	Nombre de CDT supervisés/ Nombre total de CDT	Rapports de supervision
5.6	Mener des supervisions annuelles des superviseurs du réseau de laboratoire de bacilloscopie par les techniciens du LNR	Nombre de techniciens supervisés/ Nombre total de CDT	Rapports de supervision
5.7	Mener le contrôle de qualité de tous les laboratoires du réseau de bacilloscopie une fois par trimestre	Nombre de laboratoires inclus dans le CQ/Nombre total de laboratoire de bacilloscopie	Rapports de CQ
5.8	Supporter frais pour l'envoi des échantillons dans le cadre du contrôle de la qualité du LNR par le Laboratoire supranational (ITM Anvers)	Nombre de contrôles effectués	Rapport annuel du PNLT
5.9	Elaborer un plan de développement du réseau national de bacilloscopie	Existence d'un plan de développement du Réseau	Plan de développement
5.10	Acquérir les microscopes et dispositifs LED pour équiper tous les hôpitaux provinciaux CDT à forte activités de dépistage pour couvrir au total 45 CDT d'ici fin 2015	Nombre de microscopes et dispositifs LED acquis/Nombre prévu	Rapport d'inventaire annuel du PNLT
5.11	Doter le réseau de laboratoire de microscopie en intrants pour la microscopie LED (coloration à l'auramine)	Nombre de laboratoires pratiquant la microscopie LED/Nombre prévu	Rapport d'inventaire annuel
5.12	Doter le LNR en intrants pour la culture et l'antibiogramme	Nombre de jours de rupture de stock enregistrés par le LNR/année	Rapport d'inventaire annuel du PNLT
5.13	Doter le LNR en équipements et intrants pour les tests rapides (antibiogrammes sur lames et technique PCR)	Nombre matériel disponible au LNR/Nombre prévu	Rapport d'inventaire annuel du PNLT

5.14	Etendre le LNR pour respecter les normes et standards de l'OMS	Existence de nouvelles infrastructures au niveau du LNR	Visite des lieux/Rapport d'inventaire
Objectif général: Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose			
Objectif spécifique 1: Augmenter le taux de notification des nouveaux cas TPM+ de 51 à 59cas pour 100 000 habitants en fin 2015 et celui des TTF de 93 à 105cas pour 100 000 habitants			
Résultat 6: Renforcer du plaidoyer, communication, sensibilisation et mobilisation sociale pour la lutte contre la tuberculose (PCSM)			
N°	Logique d'Intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification
6.1	Confectionner, reproduire et diffuser 5000 affiches à 5 USD chacune, 2500 boîtes à images à 30 USD chacune, 6000 dépliants à 5 USD chacun, 6000 livrets ASC sur la tuberculose à 3 USD chacun d'ici 5 ans	Nombre de supports de sensibilisation produits et diffusés par type d'outil	Rapport de formation
6.2	Produire et diffuser 6 spots télé à 2000 USD chacun, 8 spots radio à 1000 USD chacun, un film documentaire et une émission NINDE à 5000 USD et 2 émissions radio sur la tuberculose par an à 2000 USD	Nombre de supports de sensibilisation produits et diffusés par type d'outil	Rapport de formation
6.3	Organiser deux caravanes de sensibilisation sur la lutte contre la tuberculose tous les deux ans	Nombre de personnes ayant participé aux séances de sensibilisation sur la TB	Rapport financier
6.4	Organiser deux séances de sensibilisation sur la TB par districts sanitaires (projection vidéo, conférence dans les lycées, collèges et campus universitaires...) et par an	Nombre estimé de personnes ayant participé dans la séance d'animation publique réalisée dans ces villes	Rapport de l'activité de sensibilisation
6.5	Organiser 4 animations publiques (vedettes ou troupes théâtrales) accompagnées de jeux concours dans les plus grandes villes (Bujumbura, Gitega, Ngozi, Rumonge) par an à raison de 1000USD par ville	Nombre de radios disposant de journalistes/animateurs formés sur la tuberculose	Rapport d'activité de sensibilisation
6.6	Former 40 animateurs radio et journalistes radios/télé sur la tuberculose en deux sessions de trois jours tous les deux ans	Nombre d'animateurs et de journalistes radio formés/ Nombre prévu	Rapports du PNLT
6.7	Mettre en place un mécanisme de suivi des prestations des média pour la lutte contre la tuberculose	existence d'un mécanisme de suivi des prestations des média	Rapport du PNLT
6.8	Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication sur la tuberculose	Existence d'un plan de communication	Document plan de communication
6.9	Former/recycler les 17 CPPS et 319 TPS sur la tuberculose en 11 sessions durant trois jours pendant deux ans	Nombre de membres formés/Nombre prévu	Rapports de formation
6.10	Former/recycler 100 encadreurs des écoles en 3 sessions pendant trois jours par an	Nombre d'encadreurs formés/ Nombre prévu	Rapports de formation
6.11	Organiser deux sessions par an et par province pour l'information et la sensibilisation sur la tuberculose à l'intention des leaders d'opinion, des autorités administratives et des élus locaux par district sanitaire	Nombre de personnes sensibilisées par séance	Rapport d'activité

6.12	Organiser la célébration de la journée mondiale TB une fois par an	Journée organisée	Rapport d'activité
6.13	Organiser une réunion de plaidoyer à l'attention des hautes autorités de l'Etat pour placer la tuberculose en bonne position parmi les priorités du Gouvernement Burundais.	Nombre de personnes sensibilisées par séance	Rapport d'activité
Objectif général: Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose			
Objectif spécifique 1: Augmenter le taux de notification des nouveaux cas TPM+ de 51 à 59cas pour 100 000 habitants en fin 2015 et celui des TTF de 93 à 105cas pour 100 000 habitants			
Résultat 7: La collaboration Public-Privé et Public-Public est renforcée dans le cadre de l'Approche PPM-DOTS			
N°	Logique d'Intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification
7.1	Mener une analyse de la situation et dresser la cartographie des établissements de soins du secteur privé et public y compris leurs capacités en offre de soins : Recrutement d'un consultant national	Analyse de la situation faite	Rapport d'analyse
7.2	Mettre en place le Comité Technique National pour la tuberculose (TB team)	Comité Technique National mis en place	Règlement d'ordre Intérieur du Comité
7.3	Tenir une réunion semestrielle et extraordinaire du Comité Technique National pour la tuberculose (TB team)	Nombre de réunions tenues/Nombre prévu	PV de réunions
7.4	Tenir une réunion annuelle du Comité Technique National pour la tuberculose élargie au secteur privé	Nombre de réunions tenues/Nombre prévu	PV de réunions
7.5	Organiser une réunion annuelle avec les partenaires pour l'évaluation des activités tuberculose	Réunion tenue	PV de réunion
7.6	Organiser un atelier pour l'élaboration et la validation des outils et documents sur le PPM-DOTS au Burundi	Existence des outils et document PPM	Document
7.7	Mettre à contribution tous les partenaires dans les évaluations périodiques du PNLT	Nombre de partenaires associés/Nombre prévu	Rapport d'activités

Objectif général: Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose			
Objectif spécifique 2 : Maintenir le taux de succès thérapeutique des TPM+ NC au-delà de 85% pendant cinq ans			
Résultat 8: L'accès au traitement de qualité est amélioré			
N°	Logique d'Intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification
8.1	Acquérir des médicaments antituberculeux pour prendre en charge 46 936 malades tuberculeux TTF en cinq (5) ans	Quantité de médicaments reçu/quantité prévue	Fiches de stock du PNLT
8.2	Approvisionner régulièrement tous les CDT en médicaments antituberculeux	Nombre de CDT ayant connu une rupture de stock de plus de 7 jours /trimestre	Fiches de stock des CT

8.3	Assurer le contrôle de qualité externe des médicaments antituberculeux de première ligne (prélèvement des échantillons à tous les niveaux, expédition vers un laboratoire externe qualifié etc.) : une fois l'an à la CAMEBU et dans 3 CDT à forte activités	Nombre de lots examinés	Rapport de contrôle de qualité
8.4	Réviser tous les deux ans, en concertation avec la DPML et la CAMEBU, le plan d'acquisition et de gestion des stocks de médicaments antituberculeux : une commission de 15 personnes qui siège pendant 5 jours	Existence d'un plan d'acquisition et de gestion des stocks de médicaments antituberculeux	Plan d'acquisition et de gestion
8.5	Former/recycler les gestionnaires des médicaments des 17 provinces et 45 districts sanitaires à la gestion des médicaments et des intrants de laboratoires en cinq jours en 2 sessions de 31 personnes	Nombre de formations réalisées/Nombre prévu	Rapports de formation
8.6	Etendre le réseau flotte téléphonique de 75 à 260 abonnés dès An1 à raison de 33 au niveau central, 17 au niveau intermédiaire, 45 au niveau district, 165 au niveau CDT, en vue d'améliorer la communication et le suivi des malades tuberculeux	Nombre d'abonnés au réseau flotte/nombre prévu	Factures d'abonnement
8.7	Payer les frais d'entreposage du stock des médicaments acquis par le PNLT à la CAMEBU	Période d'entreposage payée dans l'année	Rapport financier
8.8	Mettre en place des outils adaptés (cahiers) dans les centres de santé pour le suivi du traitement antituberculeux (cf détection)	Nombre de malades sous traitement suivis dans les CDS	Rapport annuel du PNLT
8.9	Impliquer les OAC dans le suivi du traitement antituberculeux (cf détection)	Nombre de malades sous traitement suivis par les OAC	Rapport annuel du PNLT
8.10	Elaborer le protocole de surveillance des effets indésirables des médicaments antituberculeux au Burundi : recrutement d'un consultant national	Existence d'un protocole	Document de protocole
8.11	Appliquer le protocole de surveillance des effets indésirables des médicaments antituberculeux au Burundi (consultations médecin, examens pour bilan de suivi paraclinique dans 10 CDT d'hôpitaux de district par an pour atteindre 45 CDT d'ici 2015)	Nombre d'hôpitaux assurant la surveillance des effets indésirables des médicaments antituberculeux	Rapports d'activités

Objectif général: Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose

Objectif spécifique 2 : Maintenir le taux de succès thérapeutique des TPM+ NC au-delà de 87% pendant cinq ans

Résultat 9: Le soutien aux patients est développé

N°	Logique d'Intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification
9.1	Multiplier et diffuser chaque année la charte des patients auprès de 15 000 personnes (malades tuberculeux, agents de santé communautaires, leaders d'opinion, responsables administratifs et personnel de santé)	Nombre d'exemplaires de la charte diffusés/Nombre prévu	Rapport de distribution
9.2	Assurer un appui nutritionnel pour 46936 tuberculeux pendant cinq ans	Nombre de tuberculeux ayant reçu des rations alimentaires/nombre total de tuberculeux	Rapport d'activités

Objectif général: Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose			
Objectif spécifique 3 : Assurer le dépistage du VIH chez plus de 85% des tuberculeux et une prise en charge adéquate à au moins 90 % des cas de co-infectés (Cotrimoxazole, ARV);			
Résultat 10: La prise en charge de la co-infection TB/VIH est mise en œuvre			
N°	Logique d'Intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification
10.1	Tenir deux réunions par an de l'organe de coordination chargé du suivi des activités de collaboration TB/VIH	Nombre de réunions tenues/nombre prévu	Procès verbaux des réunions Rapport annuel du PNLT
10.2	Adapter les directives, les modules de formation des prestataires et les outils en rapport avec la prise en charge de la co-infection TB/VIH : recrutement d'un consultant national	Nombre de modules validés/nombre prévu	Rapport d'activité
10.3	Multiplier et approvisionner trimestriellement les structures chargées de la prise en charge de la co-infection en outils en rapport avec la prise en charge de la co-infection TB/VIH.	Nombre d'exemplaires d'outils diffusés/Nombre prévu	Rapport de distribution
10.4	Evaluer le plan conjoint 2010-2013 de coordination des activités de collaboration TB/VIH en 2013 : recrutement d'un consultant national	Evaluation faite	Rapport d'évaluation
10.5	Organiser un atelier pour finaliser et valider le plan conjoint 2014-2018 de coordination des activités de collaboration TB/VIH en 2013	Nombre d'ateliers tenu/Nombre prévu	Rapport d'activités
10.6	Former 186 prestataires des centres de TARV sur la détection et la prise en charge de la tuberculose chez les PVVIH en 6 sessions de 31 personnes en An1 et An2, la durée de la formation est de 3 jours	Nombre de personnel formé/ Nombre prévu	Rapport de formation
10.7	Assurer l'approvisionnement des centres de prise en charge des PVVIH en matériel et produits de laboratoire pour le dépistage de la TB	Nombre de centres ayant connu une rupture de stock de plus de 7 jours /trimestre	Fiches de stock des centres
10.8	Approvisionner les CDT en test pour le dépistage du VIH chez les tuberculeux	Nombre de centres ayant connu une rupture de stock de plus de 7 jours /trimestre	Fiches de stock des centres
10.9	Acquérir les consommables pour la culture chez 4515 ¹⁹ PVVIH suspects de TPM- au LNR pendant 5 ans	Quantité de consommables reçue/quantité prévue	Fiches de stock du PNLT

¹⁹ Le calcul des suspects de TPM- est réalisé en partant de la prévalence du VIH de 26% chez les 46 936 tuberculeux à dépister, soit 12 203 tuberculeux VIH+ chez lesquels 37% développent une tuberculose à microscopie négative, soit 4515 tuberculeux (H. Getahun, M. Harrington, R. O'Brien, P. Nunn: Diagnosis of smear-negative pulmonary tuberculosis in people with HIV infection or AIDS in resource-constrained settings: informing urgent policy changes, Lancet 2007; 369: 2042–49)

10.10	Former/recycler les 17 points focaux TB au BPS, 17 CPLS d'une part et 17 médecins provinciaux et 45 Médecins chefs de districts d'autre part sur la prise en charge de la co-infection TB/VIH en 3 sessions de 34 pendant 5 jours	Nombre de personnel formé/ Nombre prévu	Rapport de formation
10.11	Former /recycler le personnel de santé des associations de lutte contre le VIH/SIDA sur la co-infection TB/VIH : 2 associations par provinces soit 34 participants en une session par an	Nombre de personnel formé/ Nombre prévu	Rapport de formation
10.12	Superviser une fois par trimestre et conjointement les prestataires de soins en charge de la co-infection TB-VIH (Comité de Coordination TB/VIH)	Nombre de visites de supervision effectuées avec un canevas correctement rempli	Rapport de supervision
10.13	Organiser une évaluation à mi-parcours du plan conjoint TB/VIH en 2013 : recrutement d'un consultant national	Evaluation faite	Rapport d'évaluation

Objectif général: Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose

Objectif 4 : Assurer le dépistage et la prise en charge adéquate de plus de 85% des cas attendus de TB/MR

Résultat 11. La prévention, le diagnostic, la surveillance et la prise en charge de la TB/MR sont améliorées

N°	Logique d'Intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification
11.1	Mettre à jour et diffuser les directives sur la surveillance et la prise en charge de la TB/MR : recrutement d'un consultant national	Nombre de documents-directives diffusés	Rapport annuel du PNL'T
11.2	Former/recycler prestataires de soins sur la surveillance et la prise en charge de la TB/MR (cf. formation sur la TB)	Nombre de prestataires formés/nombre prévu	Rapport de formation
11.3	Former/recycler 30 prestataires du centre de Kibumbu, CDT de Bujumbura et des hôpitaux de 2 ^{ème} référence (Gitega, Rumonge, Ngozi) sur la prévention et la prise en charge de la TB/MR en une session de trois jours	Nombre de prestataires formés/nombre prévu	Rapport de formation
11.4	Réaliser les cultures et les tests de sensibilité pour le diagnostic et le suivi des cas de TB/MR (cfr labo)	Nombre de tests réalisés/Nombre prévu	Rapport annuel du PNL'T
11.5	Rendre disponible les intrants pour la surveillance et le diagnostic de la TB/MR	Nombre de jour de rupture de stock/année	Rapport annuel du PNL'T
11.6	Aider au suivi clinique et paraclinique de 64 malades MDR en remboursant les frais liés aux examens	Nombre de malades pour lesquels les frais de suivi ont été remboursés	Rapport financier
11.7	Acquérir les médicaments pour le traitement des cas TB/MR : 16 An1, 18 An2, 20 An3, 22 An 4, 24 An 5 malades à raison de 2000USD par malade	Nombre de malades traités	Rapport d'activité
11.8	Payer les frais de consultations spécialisées et les médicaments prescrits pour la prise en charge les effets secondaires des médicaments de 2 ^{ème} ligne	Nombre de malades pris en charge/Nombre attendu	Rapport financier
11.9	Acheter une ambulance du Centre de référence TB/MR de Kibumbu pour le transport des patients TB/MR en 2015	Existence d'une ambulance	Inventaire du patrimoine
11.10	Payer les frais de fonctionnement du Centre de référence de Kibumbu (consommables de bureau, carburant, maintenance des équipements, frais de communication, assurance des ambulances, draps et couvertures, produits de nettoyage)	Frais de fonctionnement payé	Les factures

11.11	Achever les travaux de réhabilitation du Centre de référence TB/MR de Kibumbu	Nombre de pavillons réhabilités/Nombre prévu	PV des réceptions définitives
11.12	Construire une clôture autour du Centre de référence TB/MR de Kibumbu	Clôture construite	PV de réception définitive
11.13	Mener les activités d'IEC à l'endroit des patients, de la population aux abords du centre ou dans l'entourage immédiat du malade	Nombre de personnes ayant bénéficié IEC	Rapport d'activité
11.14	Renouveler le matériel audio visuel (divertissement) 2 postes téléviseurs, 2 DVD, 5 stabilisateurs de courant et 5 multiprises en vue de la dotation du Centre de référence TB/MR de Kibumbu	Nombre de matériel audio visuel acquis et disponible sur le terrain/Nombre prévu	Bordereau d'expédition
11.15	Assurer la prise en charge nutritionnelle des malades TB/MR : 16 An1, 18 An2, 20 An3, 22 An 4, 24 An 5 malades à raison de 60 USD par malade et par mois	Nombre de malades pris en charge sur le plan nutritionnel	Rapport trimestriel du centre
11.16	Tenir une réunion mensuelle du comité de sélection et de suivi des cas de TB/ MR	Nombre de réunions tenues/ Nombre prévu	PV de réunion
11.17	Payer la contribution du PNLT pour l'assistance technique du GLC dans la prise en charge des cas TB/MR	Nombre de versements effectués	Documents de décharge

Objectif général: Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose

Objectif 5: Améliorer les capacités managériales du PNLT

Résultat 12: Le cadre institutionnel du programme est renforcé

N°	Logique d'Intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification
12.1	Payer les salaires et les primes de performance du personnel (personnel de la fonction publique, personnel recruté par les projets)	Nombre de personnes rémunérées /nombre prévu	Rapport financier
12.2	Renouveler les 10 véhicules de supervision du niveau central de d'ici 2015	Nombre de véhicules disponibles	Rapport d'inventaire
12.3	Payer les frais de fonctionnement du PNLT (consommables de bureau, carburant, maintenance des équipements, frais de communication, assurance des véhicules)	Nombre de matériel acquis/Nombre prévu	Fiche de stock
12.4	Construire un bâtiment pour abriter les services du PNLT	Besoins couverts	Rapport financier
12.5	Payer les frais de location d'un immeuble pour abriter les services du PNLT en attendant la construction d'un bâtiment propre	Nombre de mois de location payés	Rapports financiers
12.6	Participer aux cours internationaux et manifestations scientifiques (réunions, conférences, cours et fora internationaux)	Nombre des personnes ayant participé aux cours, conférences, réunions régionales et internationales	Rapports de missions
12.7	Organiser un voyage par an d'échange d'expérience des cadres du programme (3 personnes par voyage) sur la réponse face aux nouveaux défis de la lutte contre la tuberculose (TB/VIH, TB/MR, APSR, implication communautaire)	Nombre de voyages effectués / Nombre prévu	Rapports d'activités

12.8	Acquérir 10 ordinateurs de bureau + accessoires et 5 ordinateurs portables en vue de doter le PNLT (y compris LNR, CNR Kibumbu et CATB) d'ici 2015	Nombre de matériel acquis	Bordereau de livraison
------	--	---------------------------	------------------------

Objectif général: Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose

Objectif 5: Améliorer les capacités managériales du PNLT

Résultat 13. Les mécanismes de suivi/évaluation des activités du programme sont améliorés

N°	Logique d'Intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification
13.1	Réviser le plan de suivi évaluation du programme en 2012 : recrutement d'un consultant national	Plan révisé	Document plan
13.2	Mettre à jour, multiplier et diffuser les outils de suivi évaluation du PNLT (registre CDT, labo, fiches de traitement, formulaire de rapport...)	Outils disponibles	Rapport d'atelier d'adaptation
13.3	Superviser régulièrement le niveau intermédiaire au moins 1 fois par trimestre par le niveau central	Nombre de visites de supervision prévues/Nombre des supervisions réalisées	Rapport de supervision
13.4	Superviser mensuellement les prestataires assurant la prise en charge de la tuberculose en y intégrant la co-infection, TB/MR, la gestion des stocks des médicaments etc.	Nombre de supervision réalisées /Nombre des supervisions prévues	Rapport de supervision
13.5	Organiser les réunions trimestrielles de validation et de diffusion des données au niveau de chaque province	Nombre des réunions tenues/ Nombre des réunions prévues	Rapport d'activités
13.6	Organiser une réunion par an de diffusion des résultats du programme au niveau national	Nombre des réunions tenues/ Nombre des réunions prévues	Rapport annuel du PNLT
13.7	Organiser un atelier annuel de planification	Nombre d'ateliers tenus/ Nombre des réunions prévues	Rapport annuel du PNLT
13.8	Evaluer à mi-parcours le plan stratégique de lutte contre la tuberculose 2011-2015 au cours de l'année 2013 : Recrutement d'un consultant national	Document du plan stratégique révisé	Rapport d'évaluation du Plan stratégique
13.9	Mener une évaluation finale du plan stratégique de lutte contre la tuberculose 2011-2015 au cours de l'année 2015	Document du plan stratégique révisé	Rapport d'évaluation Plan stratégique
13.10	Elaborer et valider le nouveau plan stratégique 2015-2020	Document du plan stratégique disponible	Plan stratégique
13.11	Réviser le guide technique de lutte contre la tuberculose en 2013	Guide technique du PNLT disponible	Guide technique
13.12	Organiser une revue externe du programme en 2013	Résultats de l'évaluation	Rapport de l'évaluation
13.13	Mener un audit financier externe annuel	Résultats de l'évaluation	Rapport de l'évaluation

Objectif général: Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose			
Objectif 6: Renforcer le contrôle de l'infection			
Résultat 14: Les mesures de contrôles de l'infection tuberculeuse sont appliquées dans tous les CDT			
N°	Logique d'Intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification
14.1	Faire l'état des lieux sur le contrôle de l'infection tuberculeuse dans les structures de prise en charge de la tuberculose en vue de l'élaboration du plan national y compris la transmission de la TB chez le personnel soignant par un consultant international	Etat des lieux réalisé	Rapport d'activité
14.2	Elaborer le plan national de contrôle de l'infection tuberculeuse en 2012 par un consultant international	Plan de contrôle de l'infection tuberculeuse élaboré	Document de plan
14.3	Mener une étude sur la transmission de la TB chez le personnel soignant afin de mettre en place un système de surveillance de l'infection tuberculeuse chez le personnel soignant par une recherche opérationnelle	Etude réalisée	Rapport d'étude
14.4	Motiver le point focal chargé du contrôle de l'infection tuberculeuse au ministère de la santé publique	Point focal recruté	Contrat
14.5	Elaborer et diffuser le module de formation des prestataires et les autres outils nécessaires pour le contrôle de l'infection (y compris l'identification et la recherche des contacts).	Outils disponibles	Documents
14.6	Former les prestataires de soins sur le contrôle de l'infection : au moins 1 prestataire dans chacun des 606 CDS et 45 Hôpitaux de District, soit 651 participants en 20 sessions de 33 chacune pendant 3 jours	Nombre de prestataires formés	Rapport de formation
14.7	Organiser tous les ans un atelier de sensibilisation des prestataires du CNR de Kibumbu, du CATB et des hôpitaux de district sur le respect des mesures de contrôle de l'infection tuberculeuse	Atelier organisé	Rapport de réception définitive
14.8	Réhabiliter les laboratoires de 45 CDT afin de les rendre conformes aux exigences du contrôle de l'infection soit 9 CDT par an (cf. activité 15.1)	Nombre de laboratoires réhabilités/Nombre prévu	Rapport annuel du PNLIT
14.9	Doter le Centre de référence TB/MR de Kibumbu et le LNR en masques respiratoires (FFP3) de protection pour le personnel et les visiteurs : 2000 masques	Nombre de masques respiratoires/Nombre prévu	Rapport annuel du PNLIT

Objectif général: Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose			
Objectif 7: Contribuer au renforcement du système de santé			
Résultat 15. Les Services sont dotés en infrastructures, équipements et matériels adéquats			
N°	Logique d'Intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification
15.1	Réhabiliter les laboratoires de 45 CDT afin de les rendre conformes aux exigences du contrôle de l'infection soit 9 CDT par an	Nombre de laboratoires réhabilités/Nombre prévu	Rapport de réception définitive
15.2	Doter le laboratoire du CATB en équipement et intrant pour le suivi des malades sous traitement	Enquête réalisée	Rapport d'enquête
15.3	Equiper le service IEC du Ministère de la Santé Publique en matériels professionnels (camera professionnel numérique, appareil photo numérique, ordinateur multimédia, matériel de sonorisation, groupe électrogène)	Nombre de matériels professionnels disponible/nombre prévu	Rapports d'inventaires
15.4	Assurer la maintenance du matériel du LNR, du réseau de bacilloscopie et des autres structures (CATB, Kibumbu,)	Nombre de matériel sous contrat de maintenance	Contrat de maintenance
15.5	Renforcer les capacités logistiques du niveau intermédiaire et périphérique par l'achat de véhicule de supervision et d'approvisionnement soit 17 véhicules d'ici 2015	Nombre de véhicules acquis/nombre prévu	PV de réception
15.6	Payer les frais de fonctionnement du CATB (consommables de bureau, carburant, maintenance des équipements, frais de communication, assurance des véhicules)	Frais de fonctionnement disponibles	Rapports financiers
15.7	Achat d'un véhicule du LNR	Véhicule acheté	PV de réception

Objectif général: Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose			
Objectif 7: Contribuer au renforcement du système de santé			
Résultat 16: La qualité du diagnostic des TPM- et TEP est renforcée			
	Logique d'Intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification
16.1	Acquérir et installer 19 appareils de radiographie en 5 ans dans les hôpitaux nationaux, régionaux et de district, au CATB et au CNR Kibumbu en complémentarité avec les installations existantes	Nombre d'appareils installés et fonctionnels/nombre prévu	PV de réception
16.2	Acquérir et installer appareil d'échographie par an en vue du diagnostic des TEP dans 3 hôpitaux nationaux en 3 ans	Nombre d'appareils installés et fonctionnels/nombre prévu	PV de réception
16.3	Signer des contrats de maintenance des appareils de radiographie et échographie installés.	Nombre d'appareils de radiographie dont la maintenance est assurée	Contrats de maintenance
16.4	Former /recycler 15 médecins des hôpitaux par an sur l'interprétation des clichés RX et échographie pour le diagnostic des TPM- et TEP	Nombre de médecins formés/ Nombre prévu	Rapports de formation

16.5	Former/recycler 25 techniciens manipulateurs Radio par an pour l'entretien minimum du matériel	Nombre de techniciens formés/ Nombre prévu	Rapports de formation
16.6	Approvisionner régulièrement les Hôpitaux en intrants en vue d'assurer le fonctionnement des appareils de radiographie et échographes fonctionnels	Absence de rupture de stock en consommables	Rapport d'inventaire
16.7	Assurer le suivi des médecins dans le diagnostic des TPM- et TEP	Nombre de médecins supervisés/an	Rapport de supervision

Objectif général: Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose			
Objectif 7: Contribuer au renforcement du système de santé			
Résultat 17: La mise en œuvre de l'Approche Pratique en Santé Respiratoire (APSR) est poursuivie			
N°	Logique d'Intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification
17.1	Mener une évaluation de la phase pilote de la mise en œuvre de l'APSR en 2012 avec l'appui de deux consultants	Evaluation faite	Rapport d'évaluation
17.2	Elaborer le plan d'extension de l'APSR au Burundi	Plan d'extension disponible	Document de plan d'extension
17.3	Organiser un séminaire national en vue de valider les résultats de la phase pilote et le plan d'extension de l'APSR au Burundi	Evaluation de la phase pilote et plan d'extension validés	Rapport du séminaire
17.4	Mettre en œuvre le plan d'extension de l'APSR dans les centres de santé des provinces en 3 ans à raison d'une province par an à partir de 2013	Nombre de provinces mettant en œuvre l'APSR/Nombre total de provinces	Rapport d'activités
17.5	Actualiser les modules de formation des prestataires pour la mise en œuvre de l'APSR	Nombre de modules actualisés/nombre prévu	Rapport d'activités
17.6	Former 20 formateurs nationaux pour la formation en cascades des prestataires des centres de santé sur l'APSR	Nombre de formateurs nationaux formés/Nombre prévu	Rapport de formation
17.7	Former 240 prestataires de soins des centres de santé (deux par CDS) des provinces ciblées pour l'APSR pendant 5 jours à raison de 8 sessions de 30 personnes par an.	Nombre de prestataires formés/Nombre prévu	Rapport de formation
17.8	Acquérir des médicaments de prise en charge des pathologies respiratoires (broncho-dilatateurs et corticoïdes inhalés: Salbutamol, beclométhasone, ipratropium bromide) et le matériel de diagnostic et de prise en charge	Absence de ruptures de stock en médicaments et matériel de diagnostic au niveau du stock national	Rapport d'inventaire annuel du PNLT
17.9	Doter les centres de santé des provinces ciblées en médicaments de prise en charge des pathologies respiratoires (broncho-dilatateurs et corticoïdes inhalés: Salbutamol, beclométhasone, ipratropium bromide)	Nombre de structures de santé dotées régulièrement en médicaments/ nombre prévu	Rapport de supervision
17.10	Doter les centres de santé des provinces ciblées en matériel de diagnostic et de prise en charge des maladies respiratoires dans le cadre de l'APSR (extension sur 3 provinces en 3ans)	Nombre de structures de santé dotées régulièrement en matériel/ nombre prévu	Etat de répartition
17.11	Former/recycler 45 superviseurs polyvalents de district et du niveau intermédiaire sur l'APSR pendant 5 jours à raison d'une session de 15 personnes par an	Nombre de prestataires formés/Nombre prévu	Rapport de formation
17.12	Superviser les prestataires de soins sur les activités APSR à raison d'une supervision par mois par le district sanitaire et une fois tous les trois mois par le niveau central et intermédiaire.	Nombre de visites de supervision effectuées avec un canevas correctement rempli	Rapport de supervision

Objectif général: Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose			
Objectif 7: Contribuer au renforcement du système de santé			
Résultat 18. : le personnel est motivé et stabilisé			
N°	Logique d'Intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification
18.1	Signer des conventions avec les bénéficiaires secondaires en vue de la mise en œuvre des activités (INSP, Hôpitaux, Associations, CAMEBU etc....)	Convention signée	Document de convention
18.2	Contractualiser les prestations du personnel du CATB, du CNR Kibumbu, du LNR et les centres de prise en ambulatoire des cas TB/MR	Nombre de personnes contractualisées	Contrat de performance

Objectif général: Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose			
Objectif 8: Promouvoir la recherche opérationnelle			
Résultat 19. La recherche opérationnelle est développée			
	Logique d'Intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification
19.1	Elaborer un plan de recherche sur la lutte antituberculeuse	Existence d'un plan de recherche	Document « Plan de recherche »
19.2	Mener une enquête de prévalence de la résistance des mycobactéries aux antituberculeux	Enquête réalisée	Rapport d'enquête
19.3	Mener une étude sur l'incidence de la tuberculose chez les PVVIH	Etude réalisée	Rapport d'étude
19.4	Soutenir un étudiant de médecine/INSP chaque année dans le développement de thèse de fin d'étude sur la tuberculose	Nombre de thèses finalisés sur la TB/ Nombre prévu	Documents de thèses
19.5	Démarrer deux recherches actions par an en collaboration avec la Faculté de médecine de l'Université du Burundi et d'autres institutions de recherche	Etudes démarrées	Protocoles de mise en œuvre
19.6	Mener une étude CAP sur la tuberculose intégrant l'évaluation de la portée de la charte sur la connaissance de la tuberculose et son effet sur la stigmatisation	Etude CAP menée	Rapport d'étude CAP
19.7	Initier les formations diplômantes à l'intention de deux médecins en pneumologies, deux en imagerie médicale, deux en santé publique et deux techniciens de labo en mycobactériologie d'ici 5ans	Nombre de médecins ayant obtenu les bourses/nombre total de médecins devant bénéficier la bourse	Rapport financier

CHAPITRE 9 : PLANNING OPERATIONNEL ET BUDGET

R1	Résultat 1 : L'accès aux services de détection est amélioré	ANNEES 2012-1016					TOTAL
		Activités	An1	An2	An3	An4	
1.1	Mener une évaluation de la couverture du pays en CDT et procéder à une redistribution	PM					
1.2	Mettre en place 16 nouveaux CDT dans les provinces ciblées (Makamba (2) Muyinga (2), Kirundo (2), Karusi (2) Mwaro (2), Ngozi (1), Cibitoke (1), Gitega (1), Bujumbura Mairie : Service Yezu Mwiza (1), Cankuzo (2) en deux ans	185432	185432	-	-	-	370864
1.3	Elaborer la stratégie du PNLT en matière de collecte et transport des échantillons des crachats pour le dépistage et le contrôle des CDS vers les CDT (recruter un consultant national)	9000	-	-	-	-	9000
1.4	Former 57 techniciens de laboratoire -formateurs régionaux et de district en vue de la formation des prestataires sur les techniques de collecte et de transport des échantillons de crachats des CDS vers les CDT en 4 sessions de trois jours.	3681	3681	-	-	-	7362
1.5	Former 450 prestataires de soins des CDS sur les techniques de collecte et de transport des échantillons de crachats des CDS vers les CDT en 30 sessions de 15 personnes pendant trois jours pendant 2 ans	34020	34020	-	-	-	68040
1.6	Doter 467 CDS en motos pour le transport des échantillons de crachats des CDS vers les CDT	700500	700500	-	-	-	1401000
1.7	Doter 181 CDT en motos pour les visites à domicile, y compris la recherche des sujets contacts	271500	271500	-	-	-	543000
1.8	Former/recycler 954 prestataires de soins (2 unités par structure de soins) sur la suspicion et la référence des cas vers le CDT pour le diagnostic de la TB, soit 34 sessions de 28 personnes en trois jours d'ici 2015	64330	64330	-	-	-	128660
1.9	Subventionner la recherche des BAAR dans les crachats et les autres explorations en cas de suspicion de la TB dans 8 hôpitaux privés et 8 structures publiques	-	-	15851	15851	15851	47553
		1268463	1259463	15851	15851	15851	2575479

R2	Résultat 2 : La qualité du diagnostic des TPM+, TPM- et TEP est renforcée	ANNEES 2012-1016					
		Activités	An1	An2	An3	An4	An5
2.1	Former 120 étudiants de la dernière année en médecine à la Faculté de Médecine de Bujumbura et Ngozi sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose en 4 sessions de 30 personnes en cinq jours par an	24992	24992	24992	24992	24992	124960
2.2	Former les élèves finalistes de 4 écoles paramédicales publiques sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose en 7 sessions de 30 personnes en trois jours par an	27636	27636	27636	27636	27636	138180
2.3	Former les élèves finalistes de 4 écoles paramédicales privées sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose en 7 sessions de 30 personnes en trois jours par an	27636	27636	27636	27636	27636	138180
2.4	Former les enseignants permanents de 4 écoles paramédicales en charge des pathologies infectieuses sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose en une session de 30 personnes en trois jours	4248	4248	4248	4248	4248	21240
2.5	Mener le plaidoyer en vue d'intégrer la lutte antituberculeuse et contre les maladies respiratoires dans les curricula de formation du personnel médical et paramédical	PM	-	-	-	-	-
2.6	Organiser un atelier pour la révision et validation des curricula de formation en vue d'intégrer la lutte antituberculeuse (honoraires de deux commissions de 15 personnes enseignement supérieur et 15 pour le secondaire, et un atelier pour 50 personnes en une journée)	-	7750	-	-	-	7750
2.7	Former/recycler 60 médecins des hôpitaux de districts sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose en 2 sessions de 30 personnes en cinq jours par an	14896	14896	14896	14896	14896	74480
2.8	Former/recycler 360 prestataires des CDT sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose en 12 sessions de 30 personnes en cinq jours par an	79236	79236	79236	79236	79236	396180
2.9	Former/recycler 28 prestataires de soin des dispensaires des camps militaires, de la police des prisons et camps de réfugiés sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose en une session de trois jours	3890	3890	3890	3890	3890	19450
2.10	Former/recycler 450 prestataires des centres de santé sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose dans les districts sanitaires en 15 sessions de 30 personnes pendant cinq jours pendant 2 ans						
2.11	Former et recycler 147 superviseurs de district (trois unités/district) sur le diagnostic, la prise en charge de la tuberculose et le suivi des activités dans les districts sanitaires en 7 sessions d'environ 20 personnes pendant quatre jours pendant 2 ans	23858	23858	-	-	-	47716
2.12	Former/recycler 17 coordonnateurs TB des BPS sur la gestion des programmes TB en une session de cinq jours	4285	-	-	-	-	4285
		210677	214142	182534	182534	182534	972421

R3	Résultat 3: Le diagnostic de la tuberculose chez les groupes spécifiques est renforcé	ANNEES 2012-2016					
	Activités	An1	An2	An3	An4	An5	Total
3.1	Former/recycler deux unités pour 7 prisons et pour 3 camps de réfugiés sur la TB et la technique de collecte et transport des crachats soit 20 personnes en une session de trois jours	3050	-	-	-	3050	6100
3.3	Organiser un atelier de sensibilisation des responsables des 7 prisons et des 3 camps de réfugiés sur la lutte contre la tuberculose soit 30 personnes en un jour tous les deux ans	1420	-	1420	-	1420	4260
3.4	Organiser une journée de sensibilisation à la lutte contre la tuberculose dans les écoles à régime d'internat et inciter la création des clubs stop TB dans les écoles (au moins 5 écoles) par an	1600	1600	1600	1600	1600	8000
3.5	Organiser 2 campagnes de dépistage actif par an dans 7 grandes prisons du pays	2240	2240	2240	2240	2240	11200
3.6	Doter les 17 hôpitaux de provinces en Tuberculine et seringues pour la réalisation des tests IDR : 1 flacon de tuberculine pour 10 enfants à raison de 1000 flacons chaque année, 1 flacon coûte 370 USD	370000	370000	370000	370000	370000	1850000
3.7	Former de 34 prestataires de soins sur la TB chez l'enfant y compris l'utilisation et l'interprétation des tests IDR en raison de deux unités par hôpital en deux sessions de cinq jours	8286	-	-	8286	-	16572
3.8	Former les 48 Médecins des districts sanitaires, du CNR de Kibumbu et du CATB sur l'interprétation des clichés radiologiques de l'enfant. Cfr 16.4	PM	PM	PM	PM	PM	PM
		395620	376864	378284	385150	381334	1917252

R4	Résultat 4: L'implication des OAC dans la lutte antituberculeuse et leur coordination sont renforcées	ANNEES 2012-2016				
-----------	--	-------------------------	--	--	--	--

	Activités	An1	An2	An3	An4	An5	TOTAL
4.1	Organiser quatre ateliers (deux par an) de sensibilisation à l'intention 200 associations qui œuvrent dans le secteur de santé sur leur contribution dans la lutte contre la tuberculose à raison de 50 personnes en un jour	3660	3660	-	-	-	7320
4.2	Former en deux jours 80 prestataires chargés des soins dans 40 associations sur l'identification et l'orientation des suspects de tuberculose en 3 sessions de trois jours en deux ans	4860	4860	-	-	-	9720
4.3	Appuyer les associations dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs plans d'action annuels pour la lutte antituberculeuse	PM	PM	PM	PM	PM	PM
4.4	Appuyer chaque année 1 association de lutte contre la tuberculose en ressources financières pour la mise en œuvre de leurs plans d'action annuels	2000	2000	2000	2000	2000	10000
4.5	Former/Recycler au moins 1 agent de santé communautaire par colline (soit 2908) sur le DOTS communautaire à raison de 80 sessions de 36 participants chacune sur 3 ans (de 2012 à 2013).	-	-	80895	80895	-	161790
4.6	Elaborer/Adapter les outils sur le DOTS communautaire à l'usage de l'agent de santé communautaire et produire 2800 exemplaires	-	-	14000	-	-	14000
4.7	Renouveler le Kits pour de l'agent de santé communautaire impliqué dans les activités de lutte antituberculeuse	-	-	-	203560	-	203560
4.8	Motiver 5816 Agents de Santé Communautaires sur base de la performance en raison de 5USD en moyenne par mois et par ASC	29080	29080	29080	29080	29080	145400
4.9	Former/recycler 147 formateurs de districts sanitaires (soit trois formateurs par district sanitaire) sur le DOTS communautaire en 4 sessions de 37 participants pendant trois jours	9311	9311	-	-	-	18622
4.10	Former /recycler 910 prestataires de soins sur le DOTS communautaire en 30 sessions de trois jours	53700	53700	-	-	-	107400
4.11	Former/recycler 5816 agents de santé communautaires soit deux agents de santé communautaire par colline sur le DOTS communautaire et la co-infection TB/VIH en 166 sessions de 35 personnes pendant deux jours d'ici 2015	229670	229670	-	-	-	459340
4.12	Soutenir le niveau district sanitaire dans la mise en œuvre des activités de suivi des ASC (réunions trimestrielles de coordination)	PM	PM	PM	PM	PM	PM
4.13	Tenir une réunion de coordination des associations impliquées dans la lutte contre la tuberculose avec le Programme une fois par an	1708	1708	1708	1708	1708	8540
4.14	Faire le plaidoyer pour l'affectation d'un cadre en charge de la coordination des activités communautaires de lutte contre la tuberculose (DOTS communautaire, activités des associations)	PM	PM	PM	PM	PM	PM
4.15	Mettre en place et motiver les COSA dans les prisons	3024	3024	3024	3024	3024	15120
		333989	333989	127683	317243	32788	1145692

R5	Résultat 5: La qualité de la microscopie et la performance du réseau sont améliorées	ANNEES 2012-1016					Total
		Activités	An1	An2	An3	An4	
5.1	Former/recycler 362 techniciens de laboratoire et microscopistes sur les techniques de bacilloscopie en 6 sessions de 5 jours par an	20 418	20 418	20 418	20 418	20 418	102 090
5.2	Former 34 techniciens de laboratoire de 16 hôpitaux et du CATB en techniques de bacilloscopie et supervision du réseau des laboratoires de bacilloscopie en deux sessions de cinq jours	4218	4218	-	-	-	8 436
5.3	Former/recycler les techniciens du LNR et de deux laboratoires ciblés sur les techniques de cultures, antibiogrammes et nouvelles techniques (tests rapides, PCR etc.) dans un laboratoire supra national soit 10 techniciens d'ici 2015	12000	12000	12000	-	-	36 000
5.4	Acheter les équipements, les intrants et les consommables pour le LNR et 181 CDT	244977	42823	173812	209034	196860	867 506
5.5	Mener des supervisions trimestrielles des techniciens du réseau de laboratoire de bacilloscopie par les unités des hôpitaux de district	13320	13320	13320	13320	13320	66 600
5.6	Mener des supervisions annuelles des superviseurs du réseau de laboratoire de bacilloscopie par les techniciens du LNR	7038	7038	7038	7038	7038	35 190
5.7	Mener le contrôle de qualité de tous les laboratoires du réseau de bacilloscopie une fois par trimestre (Cfr 18.2)	PM	PM	PM	PM	PM	0
5.8	Supporter aux frais pour l'envoi des échantillons dans le cadre du contrôle de la qualité du LNR par le Laboratoire supranational (ITM Anvers)	100	100	100	100	100	500
5.9	Elaborer un plan de développement du réseau national de bacilloscopie	12000	-	-	-	-	12 000
5.9.1	Acquérir les équipements, réactifs et consommables pour le réseau de microscopie et le LNR	363380	256535	249357	164342	235375	905609
5.9.2	Acquérir les microscopes et dispositifs LED pour équiper tous les hôpitaux provinciaux CDT à forte activités de dépistage pour couvrir au total 45 CDT d'ici fin 2015	PM	PM	PM	PM	PM	PM
5.9.3	Doter le réseau de laboratoire de microscopie en intrants pour la microscopie LED (coloration à l'auramine)	PM	PM	PM	PM	PM	PM
5.9.4	Doter le LNR en intrants pour la culture et l'antibiogramme	PM	PM	PM	PM	PM	PM
5.9.5	Doter le LNR en équipements et intrants pour les tests rapides (antibiogrammes sur lames et technique PCR)	PM	PM	PM	PM	PM	PM
5.10	Etendre le LNR pour respecter les normes de l'OMS	-	300000	-			300000
		667 451	656 452	476 045	414 252	473111	2 697 311

R6	Résultat 6: Les actions de sensibilisation pour le changement de comportement sont menées	ANNEES 2011-2015					Total
		Activités	An1	An2	An3	An4	
6.1	Confectionner, reproduire et diffuser 5000 affiches à 5 USD chacune, 2500 boîtes à images à 30 USD chacune, 6000 dépliants à 5 USD chacun, 6000 livrets ASC sur la tuberculose à 3 USD chacun d'ici 5 ans	-	-	148000	-	-	148000
6.2	Produire et diffuser 6 spots télé à 2000 USD chacun, 8 spots radio à 1000 USD chacun, un film documentaire et une émission NINDE à 5000 USD et 2 émissions radio sur la tuberculose par an à 2000 USD	-	29000	29000	29000	29000	116000
6.3	Organiser deux caravanes de sensibilisation sur la lutte contre la tuberculose tous les deux ans	-	15000	-	-	15000	30000
6.4	Organiser deux séances de sensibilisation sur la TB par districts sanitaires (projection vidéo, conférence dans les lycées, collèges et campus universitaires...) et par an	PM	PM	PM	PM	PM	PM
6.5	Organiser 4 animations publiques (vedettes ou troupes théâtrales) accompagnées de jeux concours dans les plus grandes villes (Bujumbura, Gitega, Ngozi, Rumonge) par an à raison de 1000USD par ville	4000	4000	4000	4000	4000	20000
6.6	Former 40 animateurs radio et journalistes radios/télé sur la tuberculose en deux sessions de trois jours tous les deux ans	4200	-	-	4200	-	8400
6.7	Mettre en place un mécanisme de suivi des prestations des média pour la lutte contre la tuberculose	PM	PM	PM	PM	PM	PM
6.8	Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication sur la tuberculose	9000	-	-	-	-	9000
6.9	Former/recycler les 17 CPPS et 319 TPS sur la tuberculose en 11 sessions durant trois jours pendant deux ans	22117	22117	-	-	-	44234
6.10	Former/recycler 100 encadreurs des écoles en 3 sessions de 33 participants pendant trois jours par an	6440	6440	6440	6440	6440	32200
6.11	Organiser deux sessions par an et par province pour l'information et la sensibilisation sur la tuberculose à l'intention des leaders d'opinion, des autorités administratives et des élus locaux par district sanitaire à raison de 50 personnes par session	PM	-	-	-	-	-
6.12	Organiser la célébration de la journée mondiale TB une fois par an	25000	25000	25000	25000	25000	125000
6.13	Organiser une réunion de plaidoyer à l'attention des hautes autorités de l'Etat pour placer la tuberculose en bonne position parmi les priorités du Gouvernement Burundais.	2119	2119	2119	2119	2119	10595
		72876	103676	214559	70759	81559	543429

R7	Résultat 7: La collaboration Public-Privé et Public-Public est renforcée dans le cadre de l'Approche PPM-DOTS	ANNEES 2011-2015					Total
		Activités	An1	An2	An3	An4	
N°	Logique d'Intervention						
7.1	Mener une analyse de la situation et dresser la cartographie des établissements de soins du secteur privé et public y compris leurs capacités en offre de soins : Recrutement d'un consultant national	9000	-	-	-	-	9000
7.2	Mettre en place le Comité Technique National pour la tuberculose (TB team)	PM	PM	PM	PM	PM	PM
7.3	Tenir une réunion semestrielle et extraordinaire du Comité Technique National pour la tuberculose (TB team)	1000	1000	1000	1000	1000	5000
7.4	Tenir une réunion annuelle du Comité Technique National pour la tuberculose élargie au secteur privé	800	800	800	800	800	4000
7.5	Organiser une réunion annuelle avec les partenaires pour l'évaluation des activités tuberculose	800	800	800	800	800	4000
7.6	Organiser un atelier pour l'élaboration et la validation des outils et documents sur le PPM-DOTS au Burundi	4120	-	-	-	-	4120
7.7	Mettre à contribution tous les partenaires dans les évaluations périodiques du PNLT	PM	PM	PM	PM	PM	PM
		15720	2600	2600	2600	2600	26120

R8	Résultat 8: L'accès au traitement de qualité est amélioré	ANNEES 2011-2015					
		Activités	An1	An2	An3	An4	An5
8.1	Acquérir des médicaments antituberculeux pour prendre en charge 8300 cas à An1, 8824 à An2, 9373 à An3, 9947 à An4, 10546 à An5 malades tuberculeux TTF en cinq (5) ans	248170	263838	280253	297415	315325	1405001
8.2	Approvisionner régulièrement tous les CDT en médicaments antituberculeux	PM	PM	PM	PM	PM	PM
8.3	Assurer le contrôle de qualité externe des médicaments antituberculeux de première ligne (prélèvement des échantillons à tous les niveaux, expédition vers un laboratoire externe qualifié etc.) : une fois l'an à la CAMEBU et dans 3 CDT à forte activités	65000	65000	65000	65000	65000	325000
8.4	Réviser tous les deux ans, en concertation avec la DPML et la CAMEBU, le plan d'acquisition et de gestion des stocks de médicaments antituberculeux : une commission de 15 personnes qui siège pendant 5 jours	1550	-	1550	-	1550	4650
8.5	Former/recycler les gestionnaires des médicaments des 17 provinces et 45 districts sanitaires à la gestion des médicaments et des intrants de laboratoires en cinq jours en 2 sessions de 31 personnes	13536	-	-	-		13536
8.6	Etendre le réseau flotte téléphonique de 75 à 260 abonnés dès An1 à raison de 33 au niveau central, 17 au niveau intermédiaire, 45 au niveau district, 165 au niveau CDT, en vue d'améliorer la communication et le suivi des malades tuberculeux	41720	41720	41720	41720	41720	208600
8.7	Payer les frais d'entreposage du stock des médicaments acquis par le PNL/T à la CAMEBU	7200	7200	7200	7200	7200	36000
8.8	Mettre en place des outils adaptés (cahiers) dans les centres de santé pour le suivi du traitement antituberculeux (cf détection)	500	500	500	500	500	2500
8.9	Impliquer les OAC dans le suivi du traitement antituberculeux (cf détection)	PM	PM	PM	PM	PM	PM
8.10	Elaborer le protocole de surveillance des effets indésirables des médicaments antituberculeux au Burundi : recrutement d'un consultant national	9000	-	-	-	-	9000
8.11	Appliquer le protocole de surveillance des effets indésirables des médicaments antituberculeux au Burundi (consultations médecin, examens pour bilan de suivi paraclinique dans 10 CDT d'hôpitaux de district par an pour atteindre 45 CDT d'ici 2015)	PM	PM	PM	PM	PM	PM
		386676	378258	396223	411835	431295	2004287

R9	Résultat 9: Le soutien aux patients est développé	ANNEES 2011-2015					
		Activités	An1	An2	An3	An4	An5
9.1	Multiplier et diffuser chaque année la charte des patients auprès de 15 000 personnes (malades tuberculeux, agents de santé communautaires, leaders d'opinion, responsables administratifs et personnel de santé)	30000	30000	30000	30000	30000	150000
9.2	Assurer un appui nutritionnel pour 46936 tuberculeux pendant cinq ans	2795040	2795040	2795040	2795040	2795040	13975200

		2825040	2825040	2825040	2825040	2825040	14125200
R10	Résultat 10: La prise en charge de la co-infection TB/VIH est mise en œuvre	ANNEES 2011-2015					
	Activités	An1	An2	An3	An4	An5	Total
10.1	Tenir deux réunions par an de l'organe de coordination chargé du suivi des activités de collaboration TB/VIH	1000	1000	1000	1000	1000	5000
10.2	Adapter les directives, les modules de formation des prestataires et les outils en rapport avec la prise en charge de la co-infection TB/VIH : recrutement d'un consultant national	-	-	9000	-	-	9000
10.3	Multiplier et approvisionner trimestriellement les structures chargées de la prise en charge de la co-infection en outils en rapport avec la prise en charge de la co-infection TB/VIH.	PM	PM	PM	PM	PM	PM
10.4	Evaluer le plan conjoint 2010-2013 de coordination des activités de collaboration TB/VIH en 2013 : recrutement d'un consultant national	-	-	9000	-	-	9000
10.5	Organiser un atelier pour finaliser et valider le plan conjoint 2014-2018 de coordination des activités de collaboration TB/VIH en 2013	-	-	5103	-	-	5103
10.6	Former 186 prestataires des centres de TARV sur la détection et la prise en charge de la tuberculose chez les PVVIH en 6 sessions de 31 personnes en An1 et An2, la durée de la formation est de 3 jours	12164	12164	-	-	-	24328
10.7	Assurer l'approvisionnement des centres de prise en charge des PVVIH en matériel et produits de laboratoire pour le dépistage de la TB	PM	PM	PM	PM	PM	PM
10.8	Approvisionner les CDT en test pour le dépistage du VIH chez les tuberculeux	PM	PM	PM	PM	PM	PM
10.9	Acquérir les consommables pour la culture chez 4515[1] PVVIH suspects de TPM- au LNR pendant 5 ans (cfr labo)	PM	PM	PM	PM	PM	PM
10.10	Former/recycler les 17 points focaux TB au BPS, 17 CPLS d'une part et 17 médecins provinciaux et 45 Médecins chefs de districts d'autre part sur la prise en charge de la co-infection TB/VIH en 3 sessions de 34 pendant 5 jours	20659	-	-	20659	-	41318
10.11	Former /recycler le personnel de santé des associations de lutte contre le VIH/SIDA sur la co-infection TB/VIH : 2 associations par provinces soit 34 participants en une session par an	7113	7113	7113	7113	7113	35565
10.12	Superviser une fois par trimestre et conjointement les prestataires de soins en charge de la co-infection TB-VIH (Comité de Coordination TB/VIH)	2000	2000	2000	2000	2000	10000
10.13	Organiser une évaluation à mi-parcours du plan conjoint TB/VIH en 2013 : recrutement d'un consultant national	-	-	-	9000	-	9000
		42936	22277	33216	39772	10113	148314

R11	Résultat 11. La prévention, le diagnostic, la surveillance et la prise en charge de la TB/MR sont améliorées	ANNEES 2011-2015					
		Activités	An1	An2	An3	An4	An5
11.1	Mettre à jour et diffuser les directives sur la surveillance et la prise en charge de la TB/MR : recrutement d'un consultant national	-	-	-	9000	-	9000
11.2	Former/recycler prestataires de soins sur la surveillance et la prise en charge de la TB/MR (cf. formation sur la TB)	PM	PM	PM	PM	PM	PM
11.3	Former/recycler 30 prestataires du centre de Kibumbu, CDT de Bujumbura et des hôpitaux de 2 ^{ème} référence (Gitega, Rumonge, Ngozi) sur la prévention et la prise en charge de la TB/MR en une session de trois jours	4 198	-	-	4 198	-	8396
11.4	Réaliser les cultures et les tests de sensibilité pour le diagnostic et le suivi des cas de TB/MR (cfr labo)	PM	PM	PM	PM	PM	PM
11.5	Rendre disponible les intrants pour la surveillance et le diagnostic de la TB/MR	PM	PM	PM	PM	PM	PM
11.6	Aider au suivi clinique et paraclinique de 100 malades MDR en remboursant les frais liés aux examens	8384	8384	8384	8384	8384	41920
11.7	Acquérir les médicaments pour le traitement des cas TB/MR : 16 An1, 18 An2, 20 An3, 22 An 4, 24 An 5 malades à raison de 2000USD par malade	82400	92700	103000	113300	123600	515000
11.8	Payer les frais de consultations spécialisées et les médicaments prescrits pour la prise en charge les effets secondaires des médicaments de 2 ^{ème} ligne	480	480	480	480	480	2400
11.9	Acheter une ambulance du Centre de référence TB/MR de Kibumbu pour le transport des patients TB/MR en 2015	-	-	-	-	50000	50000
11.10	Payer les frais de fonctionnement du Centre de référence de Kibumbu (consommables de bureau, carburant, maintenance des équipements, frais de communication, assurance des ambulances, draps et couvertures, produits de nettoyage)	5000	5000	5000	5000	5000	25000
11.11	Achever les travaux de réhabilitation du Centre de référence TB/MR de Kibumbu	-	60000	-	-	-	60000
11.12	Construire une clôture autour du Centre de référence TB/MR de Kibumbu	-	30000	-	-	-	30000
11.13	Mener les activités d'IEC à l'endroit des patients, de la population aux abords du centre ou dans l'entourage immédiat du malade	300	300	300	300	300	1500
11.14	Renouveler le matériel audio visuel (divertissement) 2 postes téléviseurs, 2 DVD, 5 stabilisateurs de courant et 5 multiprises en vue de la dotation du Centre de référence TB/MR de Kibumbu	-	-	-	1500	-	1500
11.15	Assurer la prise en charge nutritionnelle des malades TB/MR : 16 An1, 18 An2, 20 An3, 22 An 4, 24 An 5 malades à raison de 60 USD par malade et par mois	23040	25920	28800	31680	34560	144000
11.16	Tenir une réunion mensuelle du comité de sélection et de suivi des cas de TB/ MR	1200	1200	1200	1200	1200	6000
11.17	Payer la contribution du PNLT pour l'assistance technique du GLC dans la prise en charge des cas TB/MR	50000	50000	50000	50000	50000	250000
		175002	273984	197164	225042	273524	1144716

R12	Résultat 12: Le cadre institutionnel du programme est renforcé	ANNEES 2011-2015					
		Activités	An1	An2	An3	An4	An5
12.1	Payer les salaires et les primes de performance du personnel (personnel de la fonction publique, personnel recruté par les projets)	340295	370922	404304	440692	480354	2036567
12.2	Renouveler les 10 véhicules de supervision du niveau central de d'ici 2015	-	150000	150000	-	-	300000
12.3	Payer les frais de fonctionnement du PNLT (consommables de bureau, carburant, maintenance des équipements, frais de communication, assurance des véhicules)	66835	66835	66835	66835	66835	334175
12.4	Construire un bâtiment pour abriter les services du PNLT	-	1500000	-	-	-	1500000
12.5	Payer les frais de location d'un immeuble pour abriter les services du PNLT en attendant la construction d'un bâtiment propre	24000	24000	24000	-	-	72000
12.6	Participer aux cours internationaux et manifestations scientifiques (réunions, conférences, cours et fora internationaux)	150000	150000	150000	150000	150000	750000
12.7	Organiser un voyage par an d'échange d'expérience des cadres du programme (3 personnes par voyage) sur la réponse face aux nouveaux défis de la lutte contre la tuberculose (TB/VIH, TB/MR, APSR, implication communautaire)	9000	9000	9000	9000	9000	45000
12.8	Acquérir 10 ordinateurs de bureau + accessoires et 5 ordinateurs portables en vue de doter le PNLT (y compris LNR, CNR Kibumbu et CATB) d'ici 2015						
		590130	2270757	804139	666527	706189	5037742

R13	Résultat 13. Les mécanismes de suivi/évaluation des activités du programme sont améliorés	ANNEES 2011-2015					
		Activités	An1	An2	An3	An4	An5
13.1	Réviser le plan de suivi évaluation du programme en 2012 : recrutement d'un consultant national	-	9000	-	-	-	9000
13.2	Mettre à jour, multiplier et diffuser les outils de suivi évaluation du PNL/T (registre CDT, labo, fiches de traitement, formulaire de rapport...)	9251	10651	12051	13458	14946	60357
13.3	Superviser régulièrement le niveau intermédiaire au moins 1 fois par trimestre par le niveau central	9384	9384	9384	9384	9384	46920
13.4	Superviser mensuellement les prestataires assurant la prise en charge de la tuberculose en y intégrant la co-infection, TB/MR, la gestion des stocks des médicaments etc.	13320	13320	13320	13320	13320	66600
13.5	Organiser les réunions trimestrielles de validation et de diffusion des données au niveau de chaque province	204000	204000	204000	204000	204000	1020000
13.6	Organiser une réunion par an de diffusion des résultats du programme au niveau national		4470	4470	4470	4470	17880
13.7	Organiser un atelier annuel de planification	5103	5103	5103	5103	5103	25515
13.8	Evaluer à mi-parcours le plan stratégique de lutte contre la tuberculose 2011-2015 au cours de l'année 2013 : Recrutement d'un consultant national	-	-	9000	-	-	9000
13.9	Mener une évaluation finale du plan stratégique de lutte contre la tuberculose 2011-2015 au cours de l'année 2015	-	-	-	-	9000	9000
13.10	Elaborer et valider le nouveau plan stratégique 2015-2020	-	-	-	-	9000	9000
13.11	Réviser le guide technique de lutte contre la tuberculose en 2013	-	-	PM	-	-	0
13.12	Organiser une revue externe du programme en 2013	-	-	30000	-	-	30000
13.13	Mener un audit financier externe annuel	7000	7000	7000	7000	7000	35000
		248058	262928	294328	256735	276223	1338272

R14	Résultat 14: Les mesures de contrôles de l'infection tuberculeuse sont appliquées dans tous les CDT	ANNEES 2011-2015					
		Activités	An1	An2	An3	An4	An5
14.1	Faire l'état des lieux sur le contrôle de l'infection tuberculeuse dans les structures de prise en charge de la tuberculose en vue de l'élaboration du plan national y compris la transmission de la TB chez le personnel soignant par un consultant international	12000	-	-	-	-	12000
14.2	Elaborer le plan national de contrôle de l'infection tuberculeuse en 2012 par un consultant international	-	12000	-	-	-	12000
14.3	Mener une étude sur la transmission de la TB chez le personnel soignant afin de mettre en place un système de surveillance de l'infection tuberculeuse chez le personnel soignant par une recherche opérationnelle	PM	-	-	-	-	-
14.4	Motiver le point focal chargé du contrôle de l'infection tuberculeuse au ministère de la santé publique	PM	-	-	-	-	-
14.5	Elaborer et diffuser le module de formation des prestataires et les autres outils nécessaires pour le contrôle de l'infection (y compris l'identification et la recherche des contacts).	-	9000	-	-	-	9000
14.6	Former les prestataires de soins sur le contrôle de l'infection : au moins 1 prestataire dans chacun des 606 CDS et 45 Hôpitaux de District, soit 651 participants en 20 sessions de 33 chacune pendant 3 jours	-	43895	43895	-	-	87790
14.7	Organiser tous les ans un atelier de sensibilisation des prestataires du CNR de Kibumbu, du CATB et des hôpitaux de district sur le respect des mesures de contrôle de l'infection tuberculeuse	-	5103	-	5103	-	10206
14.8	Réhabiliter les laboratoires de 45 CDT afin de les rendre conformes aux exigences du contrôle de l'infection soit 9 CDT par an (cf. activité 15.1)	PM	PM	PM	PM	PM	PM
14.9	Doter le Centre de référence TB/MR de Kibumbu et le LNR en masques respiratoires (FFP3) de protection pour le personnel et les visiteurs : 2000 masques	1000	1000	1000	1000	1000	5000
		13000	70998	44895	6103	1000	135996

R15	Résultat 15. Les Services sont dotés en infrastructures, équipements et matériels adéquats	ANNEES 2011-2015					
		Activités	An1	An2	An3	An4	An5
15.1	Réhabiliter les laboratoires de 45 CDT afin de les rendre conformes aux exigences du contrôle de l'infection soit 9 CDT par an	-	2700000	-	-	-	2700000
15.2	Doter le laboratoire du CATB en équipement et intrant pour le suivi des malades sous traitement (Acheter un spectrophotomètre et un compteur d'hématologie)	20000	-	-	-	-	20000
15.3	Construire et équiper un laboratoire de culture à Gitega	300000	-	-	-	-	300000
15.4	Assurer la maintenance du matériel du LNR, du réseau de bacilloscopie et des autres structures (CATB, Kibumbu,)	5000	5000	5000	5000	5000	25000
15.5	Renforcer les capacités logistiques du niveau intermédiaire et périphérique par l'achat de véhicule de supervision et d'approvisionnement soit 17 véhicules d'ici 2015	-	21000	15000	15000	-	51000
15.6	Payer les frais de fonctionnement du CATB (consommables de bureau, carburant, maintenance des équipements, frais de communication, assurance des véhicules)	5000	5000	5000	5000	5000	25000
15.7	Achat d'un véhicule du LNR		40000				
		330000	3031000	25000	25000	10000	3421000

R16	Résultat 16: La qualité du diagnostic des TPM- et TEP est renforcée	ANNEES 2011-2015					
		Activités	An1	An2	An3	An4	An5
16.1	Acquérir et installer 16 appareils de radiographie en 5 ans dans les hôpitaux nationaux, régionaux et de district, au CATB et au CNR Kibumbu en complémentarité avec les installations existantes	200000	200000	200000	200000	-	800000
16.2	Acquérir et installer appareil d'échographie par an en vue du diagnostic des TEP dans 3 hôpitaux nationaux et ou régionaux en 3 ans	50000	50000	50000	-	-	150000
16.3	Signer des contrats de maintenance des appareils de radiographie et échographie installés.	11000	11000	11000	11000	11000	55000
16.4	Former /recycler 45 médecins chefs de districts, 2 médecins du CATB, 1 médecin du centre de Kibumbu sur l'interprétation des clichés RX et échographie pour le diagnostic des TPM- et TEP	83951	83951	-	-	-	167902
16.5	Former/recycler 25 techniciens manipulateurs Radio par an pour l'entretien minimum du matériel	21862	21862	-	-	-	43724
16.6	Approvisionner régulièrement les Hôpitaux en intrants en vue d'assurer le fonctionnement des appareils de radiographie et échographes fonctionnels	3000	3000	3000	3000	3000	15000
16.7	Assurer le suivi des médecins dans le diagnostic des TPM- et TEP	PM	-	-	-	-	-
		369813	369813	264000	214000	14000	1231626

R17	Résultat 17: La mise en œuvre de l'Approche Pratique en Santé Respiratoire (APSR) est poursuivie	ANNEES 2011-2015					
		Activités	An1	An2	An3	An4	An5
17.1	Mener une évaluation de la phase pilote de la mise en œuvre de l'APSR en 2012 avec l'appui de deux consultants	-	12000	-	-	-	12000
17.2	Elaborer le plan d'extension de l'APSR au Burundi	-	PM	-	-	-	
17.3	Organiser un séminaire national en vue de valider les résultats de la phase pilote et le plan d'extension de l'APSR au Burundi	-	5103	-	-	-	5103
17.4	Mettre en œuvre le plan d'extension de l'APSR dans les centres de santé des provinces en 3 ans à raison d'une province par an à partir de 2013	-	-	PM	PM	PM	PM
17.5	Actualiser les modules de formation des prestataires pour la mise en œuvre de l'APSR : recrutement d'un consultant national en 2013	-	-	9000	-	-	9000
17.6	Multiplier et diffuser les directives nationales sur l'APSR	-	-	300	300	300	900
17.7	Former 20 formateurs nationaux pour la formation en cascades des prestataires des centres de santé sur l'APSR	44000	-	-			44000
17.8	Former 304 prestataires de soins des structures de soins (deux par structure) des provinces ciblées pour l'APSR pendant 5 jours à raison de 10 sessions de 30 personnes par an.	-	-	64455	64455	64455	193365
17.9	Acquérir des médicaments de prise en charge des pathologies respiratoires (broncho-dilatateurs et corticoïdes inhalés: Salbutamol, beclométhasone, ipratropium bromide) et le matériel de diagnostic et de prise en charge	124000	136400	272800	409200	545600	1488000
17.10	Doter les centres de santé des provinces ciblées en médicaments de prise en charge des pathologies respiratoires (broncho-dilatateurs et corticoïdes inhalés: Salbutamol, beclométhasone, ipratropium bromide)	PM	PM	PM	PM	PM	PM
17.11	Doter les centres de santé des provinces ciblées en matériel de diagnostic et de prise en charge des maladies respiratoires dans le cadre de l'APSR (extension sur 3 provinces en 3ans)		30000	30000	60000	60000	180000
17.12	Former/recycler 30 superviseurs polyvalents de district et du niveau intermédiaire sur l'APSR pendant 5 jours à raison d'une session de 30 personnes par an	3983	-	3983	3983	3983	15932
17.13	Superviser les prestataires de soins sur les activités APSR à raison d'une supervision par mois par le district sanitaire.	7104	7104	14208	21312	28416	78144
17.14	Superviser les districts sanitaires et les hôpitaux de districts de soins sur les activités APSR une fois tous les trois mois par le niveau central et intermédiaire.	1104	1104	2208	3312	4416	12144
		180191	191711	396954	562562	707170	2038588

R18	Résultat 18. Le personnel est motivé et stabilisé	ANNEES 2011-2015					Total
		Activités	An1	An2	An3	An4	
18.1	Signer des conventions avec les bénéficiaires secondaires en vue de la mise en œuvre des activités (INSP, Hôpitaux, Associations, CAMEBU etc....)	PM	PM	PM	PM	PM	PM
18.2	Contractualiser les prestations du personnel du CATB, du CNR Kibumbu, du LNR et les centres de prise en ambulatoire des cas TB/MR	77140	77140	77140	77140	77140	385700
		77140	77140	77140	77140	77140	385700

R19	Résultat 19. La recherche opérationnelle est développée	ANNEES 2011-2015					Total
		Activités	An1	An2	An3	An4	
19.1	Elaborer un plan de recherche sur la lutte antituberculeuse	PM	-	-	-	-	-
19.2	Mener une enquête de prévalence de la résistance des mycobactéries aux antituberculeux	189077	-	-	-	-	189077
19.3	Mener une étude sur l'incidence de la tuberculose chez les PVVIH	12000	-	-	-	-	12000
19.4	Soutenir un étudiant de médecine/INSP chaque année dans le développement de thèse de fin d'étude sur la tuberculose	300	300	300	300	300	1500
19.5	Démarrer deux recherches actions par an en collaboration avec la Faculté de médecine de l'Université du Burundi et d'autres institutions de recherche	2000	2000	2000	2000	2000	10000
19.6	Mener une étude CAP sur la tuberculose intégrant l'évaluation de la portée de la charte sur la connaissance de la tuberculose et son effet sur la stigmatisation	-	9000	-	-	-	9000
19.7	Initier les formations diplômantes à l'intention de deux médecins en pneumologies, deux en imagerie médicale, deux en santé publique et deux techniciens de labo en mycobactériologie d'ici 5ans	72000	72000	72000	72000	-	288000
19.8	Mener une enquête de la séroprévalence du VIH chez les malades TB en 2014	-	-	30000	-	30000	60000
19.9	Démarrer une recherche opérationnelle au moins par an soit 5 recherches opérationnelles d'ici 2015	PM	PM	PM	PM	PM	PM
19.10	Assurer en international une formation diplômante dans le domaine de la co-infection TB/VIH, PAL, TB/MR et mycobactériologie à raison de deux professionnels par domaine	36000	36000	-	-	-	72000
		311377	119300	104300	74300	32300	641577

ANNEE	An 1	An 2	An 3	An 4	An 5	Tot 5 ans
TOTAL	8 160 779	12 283 857	6 610 598	6 608 103	6 298 396	39 961 733

CHAPITRE 10. CONCLUSION

La tuberculose reste aujourd'hui un problème de santé publique majeur pour le monde et pour notre pays, mais aussi un facteur de pauvreté en raison des grandes pertes économiques qu'elle engendre. La lutte contre la tuberculose apparaît donc comme une contribution au développement et un élément de lutte contre la pauvreté.

La lèpre quant à elle demeure une maladie stigmatisante et mutilante qui tue lentement dans l'ombre.

Le présent plan stratégique, conçu pour une période de cinq ans, vise donc l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) que la communauté internationale s'est fixés à atteindre d'ici 2015 et dont un des principaux objectifs est la réduction de la pauvreté. Et cette réduction ne peut se faire sans combattre de façon efficace une des maladies qui appauvrit, la tuberculose. Ce plan rencontre également les objectifs de la « *stratégie globale pour faire barrage à la tuberculose* » dont les principaux objectifs sont la prise en charge adéquate et correcte de tous les malades tuberculeux, la poursuite de l'extension de la stratégie DOTS de qualité et l'accélération des progrès dans le contrôle de la tuberculose de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement.

La poursuite de la stratégie DOTS de qualité mettra un accent particulier sur les activités de collaboration TB/VIH, l'amélioration de la prise en charge de la tuberculose multirésistante, l'appropriation de la lutte par les patients et par la communauté ainsi que la promotion de la recherche opérationnelle.

Quant à la lutte contre la lèpre, les activités contenues dans ce plan se focalisent sur l'élimination de cette maladie surtout dans les provinces encore hyperendémiques ainsi que la prise en charge des invalidités lépreuses de même que la réintégration socio-économique des malades lépreux.

La mise en place de ce plan demande un engagement et une coordination de tous les partenaires : l'Etat, les partenaires multilatéraux et bilatéraux, les soignants à tous les niveaux ainsi que la communauté.

ANNEXES

Bibliographie