

# Évaluation conjointe 2023

## Burundi

L'Évaluation conjointe est un **élément essentiel du suivi et de la gestion périodique de la performance des subventions Gavi**. L'Évaluation conjointe a évolué pour s'harmoniser avec les changements stratégiques de Gavi 5.0, mais elle reste un espace d'examen/discussion **annuel, à vocation nationale et multipartite**. L'évaluation conjointe constitue une opportunité importante pour les pays de faire participer les partenaires de l'Alliance Gavi, et d'autres parties prenantes essentielles, au suivi de l'évolution annuelle des programmes de vaccination de routine par rapport aux buts et objectifs nationaux, et de discuter comment le soutien de Gavi contribue à ces progrès. Les principales parties prenantes impliquées dans le programme de vaccination du pays, dont les organisations de la société civile (OSC), doivent être représentées à l'évaluation conjointe.

Dans le cadre du processus de gestion du portefeuille des soutiens de Gavi, l'évaluation conjointe doit examiner la **contribution de Gavi à la performance du programme de vaccination pendant l'année 2023**, dont celle relative à l'administration des vaccins contre la Covid-19 ; et l'impact de la pandémie de Covid-19 sur la vaccination de routine. Une des principales caractéristiques de l'évaluation conjointe est la discussion conjointe sur les **pratiques prometteuses**, les **difficultés rencontrées** et les **besoins futurs** pour améliorer la performance de la vaccination, en mettant l'accent sur l'atteinte des enfants zéro dose et des communautés manquées.

Le processus d'évaluation conjointe comprendra un travail préparatoire pour rassembler et analyser les données avant la discussion, un échange sur les tendances des performances de la vaccination de routine et leurs implications pour le PEV ; et se terminera par la rédaction d'un rapport et les résultats des délibérations pertinentes, ainsi que des actions de suivi.

Le modèle d'évaluation conjointe de 2023 est structuré de la manière suivante :

- **Section 1 : Situation du pays** : vue d'ensemble de la performance du PEV de routine atteinte avec le soutien de Gavi et de celui des autres partenaires techniques et financiers, et discussion sur les progrès accomplis et les difficultés rencontrées.
- **Section 2 : Perspectives** : résumé des points de discussion et actions de suivi.

Les informations et les indicateurs contenus à la section 1 sur la performance du programme national de vaccination et le soutien de Gavi sont pour la plupart fondés sur des rapports harmonisés. Ils font partie du cadre de suivi et de gestion de la performance de Gavi, qui documentera les discussions en cours sur la gestion du portefeuille complet de soutien, dans le cadre de l'évaluation conjointe, ainsi que les décisions de réallocations de fonds ou d'allocation de doses additionnelles de vaccins.

La section 1 indique également si Gavi s'attend à ce que les rapports soient établis par rapport aux indicateurs clés de performance liés aux subventions, élaborés au cours des demandes de planification de l'ensemble du portefeuille, inclus le financement accélérateur de l'équité et le CDS3. Pour ces indicateurs, les résultats doivent être analysés, en prenant en compte 1) le changement de l'indicateur en tant que tendance dans le temps et 2) la variation en pourcentage de l'indicateur par rapport à la valeur de référence de la planification de l'ensemble du portefeuille ou de la demande de financement accélérateur de l'équité. Les changements au fil du temps seront évalués par rapport à l'objectif et résultats à atteindre en fin de subvention, tel que fixés au cours de la phase de demande de soutien.

Veillez-vous assurer que des données suffisantes sont fournies pour réaliser ces analyses, y compris les valeurs de référence, les objectifs et des données annuelles suffisantes pour dégager les tendances.

L'ensemble des questions transversales ci-dessous doivent être prises en compte pour structurer

### Questions transversales

#### 1. Quels sont les facteurs qui ont facilité ou retardé les avancées du programme ?

La vaccination au Burundi a commencé en 1980 dans une seule province, le secteur de Muramvya. Près d'un demi-siècle plus tard, la vaccination s'est étendue à tout le territoire national et a diversifié la gamme des vaccins offerts. Plusieurs facteurs ont contribué à ces progrès rapides et significatifs :

- Fort engagement des autorités administratives et politiques en faveur de la vaccination
- Appui des partenaires au développement
- Accessibilité géographique (formations sanitaires) et culturelle à la vaccination
- Gouvernance et coordination à tous les niveaux des activités de vaccination (organisation pyramidale du système de santé, plans, instances de coordination).
- Implication de la communauté dans la mobilisation et la sensibilisation en faveur des soins préventifs, promotionnels et curatifs.
- Bonne collaboration avec les autorités politico-administrative à la base.
- Existence d'une chaîne de froid permettant d'assurer la qualité de conservation des vaccins.
- Personnel qualifié impliqué dans la vaccination.

Cependant, malgré ces facteurs facilitant les avancées du programme, des défis persistent et retardent l'atteinte des objectifs visés. Il s'agit notamment de :

- Les hésitations à la vaccination et les croyances religieuses hostiles à la vaccination.
- La faible qualité de l'offre des services de vaccination.
- L'insuffisance de ressources humaines, en qualité et en quantité.
- Rigidité de mécanisme de décaissement régulier des fonds du niveau central au niveau opérationnel.
- Faible redevabilité, appropriation, responsabilisation des cadres des provinces/districts sanitaires
- La faible collaboration entre le secteur public et privé.
- Les agents de santé communautaires surchargés avec peu d'incitatifs financiers.
- La faible notification des manifestations adverses post-immunisation.
- La persistance des épidémies dues aux maladies évitables par la vaccination (MEV).
- Le manque de coordination transfrontalière pour la surveillance des MEV.
- L'inexistence d'une stratégie commune de renforcement de la vaccination de part et d'autre des frontières. En effet, la récente épidémie de poliomyélite avait pour origine la RDC, et les zones frontalières n'ont pas forcément la même couverture vaccinale que les autres zones.
- La faible implication des médias privés et communautaires dans la promotion de la vaccination.
- L'insuffisance des financements internes.

#### 2. Quelles nouvelles pratiques ou approches innovantes ont été utilisées ?

Les approches innovantes utilisées pour faire avancer le programme de vaccination reposent sur plusieurs axes clés. La recherche des enfants zéro dose à travers l'utilisation du registre communautaire par les ASC permet d'identifier et d'atteindre les enfants non vaccinés pour ne laisser aucun enfant de côté. La communication en faveur de la vaccination est renforcée pour sensibiliser et mobiliser la population, cette activité est exécutée en étroite collaboration avec les OSC et les ASC. Le partenariat avec des organisations de la société civile est intensifié, bénéficiant d'un appui financier et technique de Gavi Alliance, de l'OMS, de l'UNICEF et d'autres partenaires. Par ailleurs, une planification ascendante à travers les micro-planifications, prenant en compte les besoins réels du niveau opérationnel, a été réalisée même si peu utilisée.

### **3. Quelles sont les contributions apportées par les partenaires pour améliorer la performance du programme ?**

Les contributions des partenaires au programme de vaccination sont constituées d'appuis techniques et financiers significatifs. Ces assistances techniques visent à renforcer divers aspects cruciaux du programme, notamment la surveillance des maladies évitables par la vaccination, la gestion de la chaîne de froid, la chaîne d'approvisionnement et logistique, ainsi que la prestation des services de vaccination, tant pour les vaccins de routine que pour les campagnes réactives.

Grâce au financement des partenaires, en particulier de Gavi, un grand nombre d'équipements de la chaîne de froid sont disponibles dans toutes les formations sanitaires offrant des services de vaccination. Ces équipements sont régulièrement remplacés en cas d'usure et maintenus rapidement en cas de panne, garantissant ainsi la qualité et l'efficacité des vaccins.

Par ailleurs, des documents stratégiques, y compris des plans d'action, ont été élaborés avec l'appui des partenaires. Des mécanismes de coordination ont été mis en place pour assurer une synergie et une cohérence dans l'exécution des activités vaccinales. Les ressources humaines bénéficient également de renforcements de capacités continus et en cours d'emploi, ce qui améliore leurs compétences et leur efficacité. Ces formations sont essentielles pour maintenir un haut niveau de prestation de services et pour s'adapter aux évolutions et aux défis du programme de vaccination.

### **4. Quels sont les principaux risques pour la bonne performance du programme de vaccination et comment peuvent-ils être mitigés ?**

Les principaux risques du programme de vaccination au Burundi sont liés à l'insuffisance des ressources humaines (RH) tant en qualité qu'en quantité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, à l'insuffisance des financements internes pour la vaccination, et à la tendance à la hausse des hésitations vaccinales. En effet, les centres de santé, qui constituent la première ligne de soins, sont souvent confrontés à une pénurie de ressources humaines, alors même qu'ils reçoivent un grand nombre de patients cherchant des soins curatifs, préventifs et promotionnels. Le niveau central (PEV) n'est pas non plus épargné par cette insuffisance, aggravée par le risque constant de départs de personnel expérimenté vers de nouvelles opportunités, en raison de la mise en veille de certains mécanismes de motivation des RH.

La mobilisation des ressources domestiques reste sous-développée, malgré la volonté du pays de progresser vers l'indépendance vaccinale. De plus, durant la pandémie de COVID-19, les services de vaccination ont été perturbés, en grande partie à cause de l'augmentation des hésitations vaccinales, et dans certains cas, du refus de la vaccination par certains groupes hostiles.

La résurgence des épidémies dues aux maladies évitables par la vaccination (MEV) représente également un risque considérable pour la performance du programme, bien qu'elle soit en même temps une conséquence de la faible performance vaccinale.

Pour atténuer ces défis, une planification solide avec des stratégies rigoureusement mises en œuvre est essentielle afin d'éviter un recul pour un pays comme le Burundi, qui affiche des performances acceptables mais perfectibles. Il est crucial de renforcer l'ensemble du système de vaccination, de mettre en place des mécanismes de riposte immédiate en cas d'épidémie due aux MEV, d'établir des mécanismes de motivation du personnel et de continuer à renforcer tout le système de santé.

### **5. Comment planifier et déployer les stratégies de plaidoyer communautaire et de travail avec les ASC et OSC pour améliorer la demande en immunisation ?**

Les interventions en rapport avec la génération de la demande seront mises en œuvre en impliquant tous les acteurs, du centre de santé à la communauté, avec les Agents de Santé

Communautaire (ASC) et les Organisations de la Société Civile (OSC) comme principaux relais. Un cadre de redevabilité clair sera établi pour définir les rôles et responsabilités, complété et redéfini par la stratégie de santé communautaire en cours d'élaboration. Ces interventions s'articuleront autour des thématiques principales suivantes :

### Planification

- **Au niveau du PEV :**
  - Préciser clairement les objectifs spécifiques mesurables et les résultats attendus de la collaboration entre le PEV, les ASC et les OSC.
  - Définir des indicateurs de performance pour mesurer l'impact des activités de plaidoyer.
  - Analyser et valider conjointement les Plans d'Action Annuels (PAA) des OSC.
  - Assurer le suivi et l'évaluation des interventions des OSC à l'aide de l'outil ODK.
  - Mener une enquête sociale trimestrielle dans les districts à fort taux de zéro dose.
  
- **Au niveau des OSC :**
  - Élaborer un Plan d'Action Annuel (PAA) pour chaque zone d'intervention choisie :
  - Préciser les activités en faveur de la vaccination au niveau communautaire par le biais des Groupes d'Agents de Santé Communautaire (GASC).
  - Définir les résultats à atteindre ainsi que le cadre de suivi-évaluation (avec des indicateurs de performance précis).
  - Assurer semestriellement et conjointement le suivi de la mise en œuvre des activités des OSC.
  - Partager trimestriellement les rapports de réalisation des activités avec les Centres de Santé (CDS), les Bureaux de District Sanitaire (BDS), les Bureaux de Préfecture Sanitaire (BPS) et le PEV.

### Élaboration de la Stratégie de Plaidoyer Communautaire

- **Messages Clés** : Développer des messages clairs et convaincants sur l'importance de la vaccination.
- **Canaux de Communication** : Identifier les canaux de communication les plus efficaces pour atteindre les différentes audiences (radios locales, réunions communautaires, médias sociaux...).
- **Formation des ASC** : Organiser des sessions de formation pour les ASC sur les techniques de plaidoyer, la communication interpersonnelle et les informations actualisées sur les vaccins.
- **Formation des OSC** : Organiser des sessions de recyclage pour les OSC sur la mobilisation communautaire, le suivi et l'évaluation des activités de plaidoyer.

### Mobilisation et Engagement Communautaire :

- Identifier et former les leaders communautaires, y compris religieux, pour promouvoir la vaccination.
- Organiser des campagnes de sensibilisation dans les écoles, les marchés, les églises et les lieux publics.
- Créer des forums de discussion communautaires.

### Rapportage et apprentissage

- **Feedback Communautaire** : Recueillir régulièrement les commentaires de la communauté afin d'ajuster les stratégies et améliorer les interventions.
- **Rapports d'Activités** : Produire régulièrement des rapports afin de documenter les progrès, les défis et les leçons apprises.

Ces interventions viseront à renforcer l'adhésion communautaire à la vaccination, assurant ainsi une couverture vaccinale plus large et efficace.

La section 1 constitue la base analytique pour structurer la discussion de l'évaluation conjointe, alors que la section 2 résume les résultats de l'évaluation conjointe et les actions de suivi.

Le résultat de cette évaluation conjointe comprendra une évaluation des pratiques prometteuses, des difficultés rencontrées et des opportunités qu'offrent les investissements de Gavi, et doit dégager des orientations détaillées pour les actions futures, avec des cibles claires et des responsabilités assignées, avec appropriation de l'ensemble des parties prenantes nationales.

## Section 1- Situation du pays : vue d'ensemble de la performance du soutien et discussion sur les progrès accomplis et les difficultés rencontrées

### A. Performance du programme de vaccination – enfants zéro dose à rattraper, couverture de la vaccination de routine, introductions des vaccins, campagnes et riposte aux épidémies

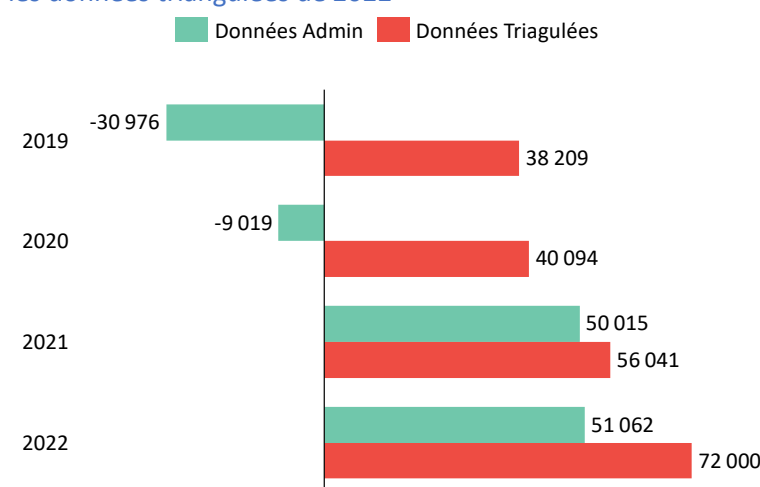
#### 1. Question d'apprentissage : Quels sont les progrès qui ont été réalisés pour apporter la vaccination aux enfants zéro dose et sous-vaccinés ?

##### Indicateur(s) :

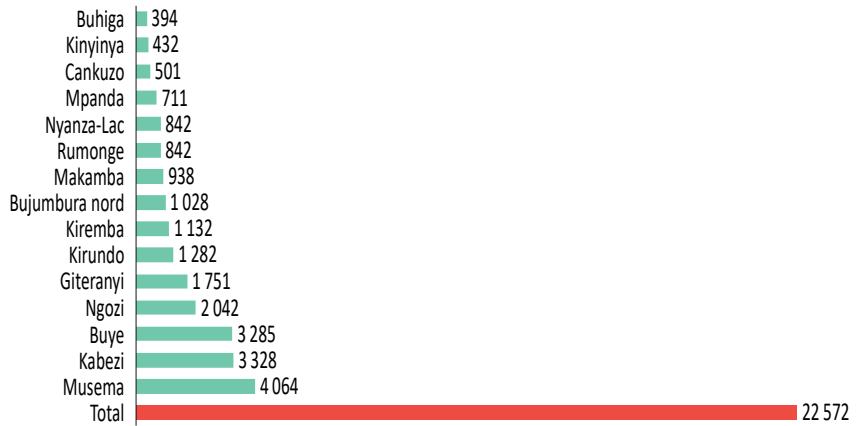
- Réduction absolue du nombre d'enfants zéro dose (nombre total).
- Nombre d'enfants qui ont reçu le DTC1 dans les districts qui seront ciblés par le Fonds Accélérateur pour l'Équité (FAE).
- Variation en pourcentage du nombre d'enfants zéro dose (ventilée par rapport aux années précédentes/ année de référence).
- Écart dans la couverture entre le DTC1 et le VAR1 et entre le VAR1 - VAR2), aussi bien au niveau national que dans les zones ciblées par le Fonds Accélérateur pour l'Équité (FAE)
- Taux d'abandon DTC1-DTC3

##### Graphiques :

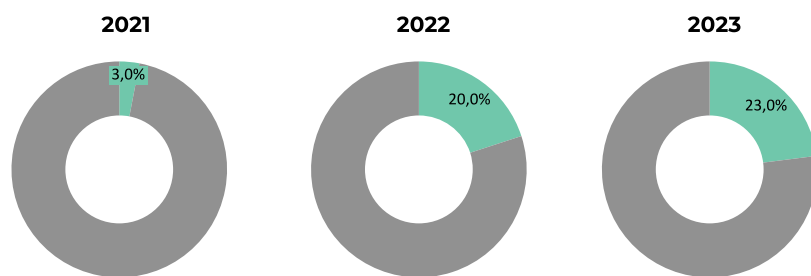
Évolution du nombre d'enfants Zéro dose selon les données administratives et les données triangulées de 2022



Nombre d'enfants zéro dose dans les districts qui seront ciblés par le Fonds Accélérateur pour l'Équité (FAE)

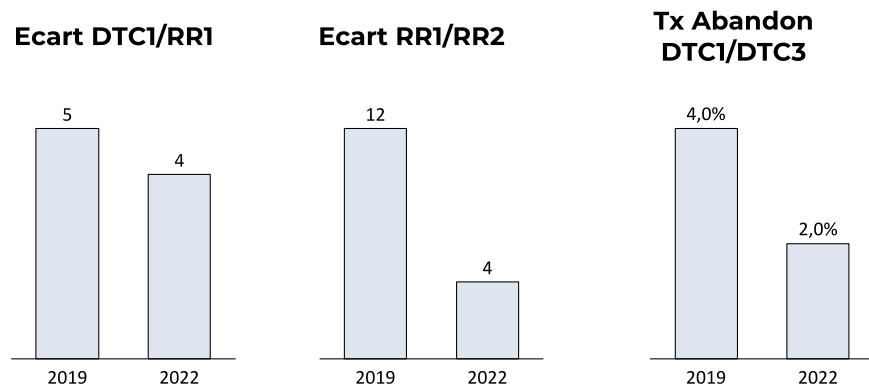


Variation en pourcentage du nombre d'enfants zéro dose (ventilée par rapport aux années précédentes/ année de référence)



L'année de référence utilisée est 2020. Les données triangulées Wuenic/Admin ont été utilisées.

Écart dans la couverture entre le DTC1 et le RR1 et entre le RR1 - RR2) au niveau national données Wuenic 2022 et taux d'abandon DTC1-DTC3



Écart dans la couverture entre le DTC1 et le VAR1 et entre le RR1 - RR2) au dans les zones ciblées par le FAE données admin 2023 et taux d'abandon DTC1-DTC3

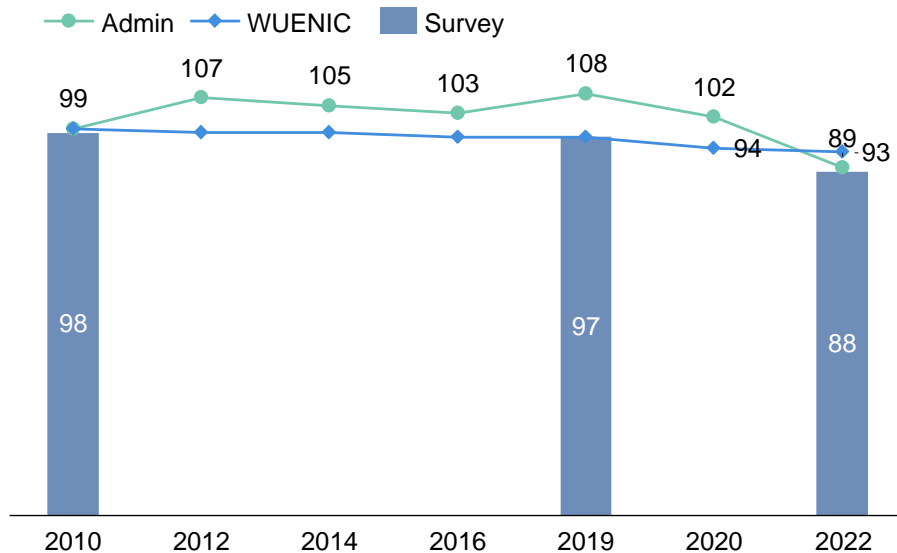
District FAE	Ecart DTC1/RR1	Ecart RR1/RR2	Tx Abandon DTC1 DTC3
Mpanda	15,37	0,59	2%
Bujumbura nord	22,97	10,19	4%
Kabezi	3,91	-4,79	-1%

<b>Cankuzo</b>	2,52	-37,43	-6%
<b>Buhiga</b>	8,61	-7,55	0%
<b>Musema</b>	-2,85	-10,45	-5%
<b>Kirundo</b>	-3,68	3,80	2%
<b>Makamba</b>	-4,75	-13,59	-2%
<b>Nyanza-Lac</b>	5,99	2,86	7%
<b>Giteranyi</b>	-8,77	2,25	1%
<b>Ngozi</b>	5,82	-26,00	4%
<b>Kiremba</b>	23,46	-4,99	27%
<b>Buye</b>	15,85	-11,96	7%
<b>Rumonge</b>	18,37	-1,67	0%
<b>Kinyinya</b>	22,37	-15,13	0%

**Commentaires du pays** (veuillez examiner l'ensemble de questions transversales pour structurer les commentaires) :

- **Comment les données administratives du pays sont-elles en décalage par rapport aux données WUENIC ?** Veuillez envisager l'analyse selon 1) une répartition de la couverture par province et 2) des données sociales/démographiques si disponibles

Couverture vaccinale en Penta 1 de 2010 à 2022, Différentes sources de données



Données de couvertures en Penta 1, Penta 2 et Penta 3 en 2022 et analyse de la cohérence des données

Province	Penta 1	Penta 2	Penta 3
Bubanza	107%	95%	95%
Bujumbura Mairie	115%	106%	106%
Bujumbura Rurale	75%	72%	72%
Bururi	70%	70%	70%
Cankuzo	129%	126%	125%
Cibitoke	94%	90%	90%
Gitega	85%	82%	82%
Karusi	94%	92%	92%
Kayanza	69%	67%	67%
Kirundo	86%	85%	85%
Makamba	104%	98%	98%
Muramvya	70%	69%	69%
Muyinga	98%	94%	94%
Mwaro	58%	57%	57%
Ngozi	80%	76%	76%
Rumonge	86%	84%	84%
Rutana	104%	102%	102%
Ruyiga	109%	105%	105%

- **Pourquoi les données sont différentes, si l'écart est significatif ? Pouvez-vous en expliquer les raisons principales ?**

Jusqu'en 2010, les données administratives étaient en accord avec les données provenant de sources telles que Wuenic et EDS pour la plupart des antigènes, ce qui indiquait une qualité relativement bonne des données dans le pays. Cela peut être attribué en partie au dernier recensement de la population réalisé en 2008, qui a probablement amélioré la précision des données de population cible. Cependant, à partir de 2012, les données ont commencé à diverger, ce qui suggère une fiabilité moindre dans les estimations de la population basées sur les taux de croissance démographique. Ce taux peut varier dans le temps en raison de facteurs socio-économiques et des mouvements migratoires. Au Burundi, la population urbaine a connu une croissance rapide, passant de 520 mille en 2000 à près de 2 millions en 2021, avec un taux de croissance moyen de 5,8%. Cette augmentation est principalement due à l'attraction économique exercée par la capitale Bujumbura et Gitega. De plus, la croissance des petits centres urbains ou semi-urbains est un autre facteur important à prendre en compte.

Par ailleurs, la présence de nombreux réfugiés au Burundi entraîne également une augmentation significative de la population dans certaines régions du pays. Selon UNHCR, 40 % de la population réfugiée réside dans des zones urbaines, tandis que la majorité est hébergée dans cinq camps situés dans les régions de l'est et du nord-est du pays. Près de 110 000 réfugiés burundais retournés résident dans les provinces orientales du pays, principalement dans les provinces de Makamba, Ruyigi, Kirundo et Muyinga. De plus, les déplacements des populations touchées par les inondations vers les districts sanitaires voisins peuvent contribuer au manque des cohérences des données au niveau des provinces, par exemple des taux d'abandon négatifs.

En résumé les raisons d'un manque de fiabilité des données sont :

- Utilisation d'un recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) remonte à 2008 pour estimer les cibles entraînant une sous/sur estimation de la cible dans certains districts et provinces
- Insuffisance dans la remontée des données (promptitude et complétude) due au manque de formation du personnel sur l'importance des données et le manque de coordination entre le PEV au niveau central et le niveau décentralisé
- Faible intégration des données des formations sanitaires privées
- Incohérence des données selon les différentes sources de collecte des données
- Erreurs de transcription des données saisies par les SIS des centres de santé

- Manque de maîtrise du DHSI2 et perte de compétences due à une forte mobilité des agents de santé
- Le SIS de centre de santé qui s'occupe d'autres tâches multiples (curatif et préventif) en plus des données
- Le DQS, RDQA qui ne se font pas
- Insuffisance dans le suivi actif des cibles par les FOSA et les Agents Communautaires à travers l'utilisation des registres communautaires et des bacs à fiches.
- Non effectivité des réunions de validation des données au niveau national, mais aussi au niveau opérationnel
- Insuffisances dans la retro-information et feedback pour donner suite à l'analyse des données à tous les niveaux
- Insuffisance de culture d'analyse des données, en particulier au niveau opérationnel, pour la prise de décision
- Accès limité à la connexion internet qui est un frein à l'envoi et l'analyse des données mais aussi à l'exploitation du DHSI2

- **Quelles solutions proposez-vous pour l'harmonisation des données ?**

Des actions d'envergure et stratégiques sont prévues ou en cours de mise en œuvre

- Organiser des réunions d'harmonisation et validation des données mensuellement au niveau national et districts sanitaires
- Adresser un feed back mensuel sur les données du PEV vers les districts et du district vers les Centres de santé
- Organiser des ateliers semestriels d'analyse des données
- Organiser une formation en cascade sur le DQS
- L'évaluation des données de vaccination sera réalisée à travers un premier audit externe des données prévu en 2024, lequel aboutira à l'élaboration d'un plan d'amélioration des données. Cette évaluation sera répétée tous les deux ans. Entre ces évaluations biennales, un audit interne des données viendra compléter cette évaluation.
- Une formation sera dispensée à 900 prestataires, tant au niveau central que décentralisé, sur l'utilisation du DHSI2. Cette formation inclura une sensibilisation à l'importance de la collecte et de la qualité des données, ainsi qu'à la nécessité de tenir des réunions de validation et d'analyse des données à tous les niveaux
- Élaborer un guide d'analyse des données y compris le document cadre de gouvernance des données PEV sur l'utilisation des outils de gestion
- L'utilisation des données de l'Open e-LMIS (en cours de déploiement) pour les données logistiques

D'une manière pratique, la reprise des réunions de validation des données à plusieurs niveaux se fera de manière suivante :

- **Au niveau central** : réunion mensuelle de validation des données de vaccination avec feedback aux districts. Les districts avec des données incohérentes seront invités à la réunion suivante pour renforcement de capacités
- **Au niveau des district** : les réunions se feront tous les mois avec l'appui du niveau central pour les premières sessions. En dehors des supervisions formatives, une session semestrielle d'analyse et de validation des données du PEV de routine durant 2 jours sera organisée et verra la participation des acteurs à tous les niveaux
- **Au niveau FOSA** : une réunion trimestrielle impliquant les Agents de Santé Communautaire (ASC) et les Organisations de la Société Civile (OSC) sera organisée pour suivre l'état de la vaccination dans chaque sous colline. Cette réunion permettra la triangulation des différentes sources de données pour les sous vaccinés (échancier et Registre de monitoring communautaire). Le registre de monitoring communautaire ressortira également les enfants n'ayant pas été encore en contact avec aucun antigène. Une liste compilée comprendra les enfants sous vaccinés et les enfants n'ayant pas été en contact avec aucun antigène. Cette liste sera remise à chaque ASC, qui sera chargé de retrouver ces enfants et de les encourager à se faire vacciner.

## 2. Question d'apprentissage : Dans quelle mesure les stocks de vaccins sont-ils bien gérés ?

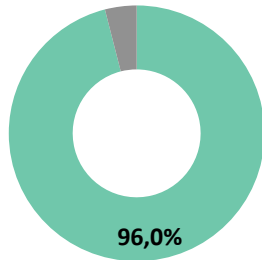
### Indicateur(s) :

- Nombre d'établissements de santé qui n'ont déclaré aucune rupture de stock de vaccin DTC (préciser le nombre total de facilités pris comme référence).
- Nombre d'établissements de santé qui n'ont déclaré aucune rupture de stock de vaccins VAR (préciser le nombre total de facilités pris comme référence).

- Perte de flacons fermés de vaccin DTC. **Graphiques :**

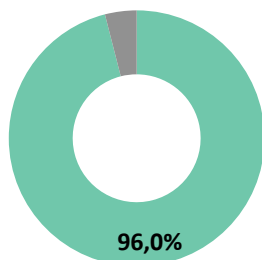
*(Veuillez présenter le graphique sur l'état des stocks du 30 juin 2023 au 30 avril 2024)*

Nombre d'établissements de santé qui n'ont déclaré aucune rupture de stock de vaccin DTC



47 sur 49 districts sanitaires soit 96% des districts sanitaires n'ont connu aucune rupture de stock de DTC pendant la période du 30 juin 2023 au 30 avril 2024.

Nombre d'établissements de santé qui n'ont déclaré aucune rupture de stock de vaccins VAR



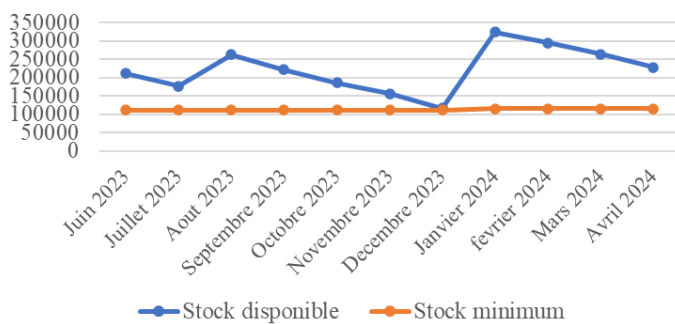
45 sur 49 districts sanitaires soit 96% des districts sanitaires n'ont connu aucune rupture de stock de RR pendant la période du 30 juin 2023 au 30 avril 2024.

Par ailleurs, au niveau central et district sanitaire, aucune perte en flacons fermés de DTC n'a été déclarée pendant les 12 derniers mois. Cependant, au niveau des centres de santé cet indicateur n'est pas renseigné et donc n'est pas disponible. L'eLMIS qui sera déployé à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement permettra de suivre les pertes en flacons fermés.

Les graphiques ci-dessous montrent les états des stocks des 9 vaccins de routine pendant la période du 30 juin 2023 au 30 avril 2024 :

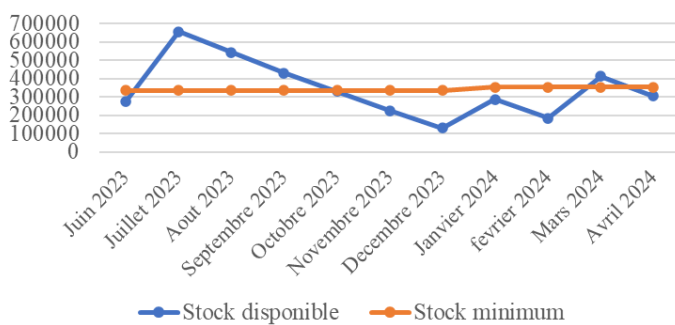
- **VPI :**

**Etat du stock de VPI du 30 juin 2023 au 30 avril 2024**



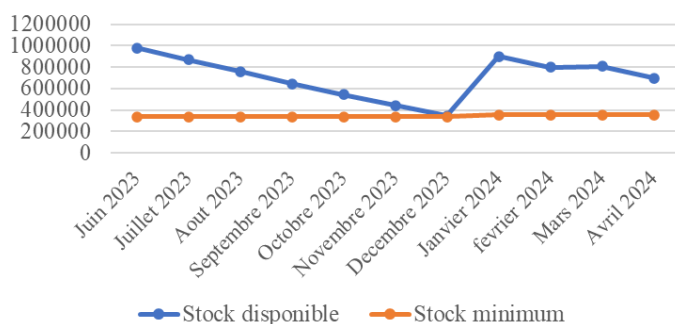
- **DTC-HepB-hib (Penta) : .**

**Etat du stock de Penta du 30 juin 2023 au 30 avril 2024**



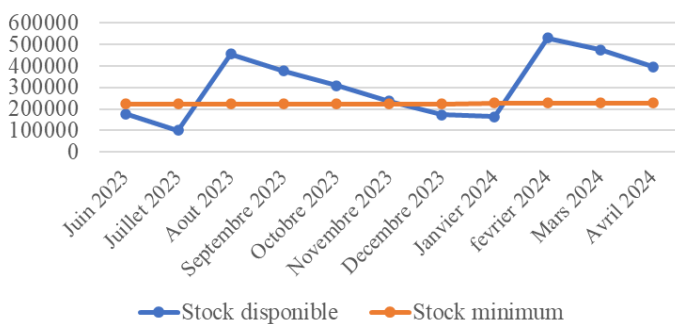
- **PCV\_13 :**

**Etat du stock de PCV\_13 du 30 juin 2023 au 30 avril 2024**



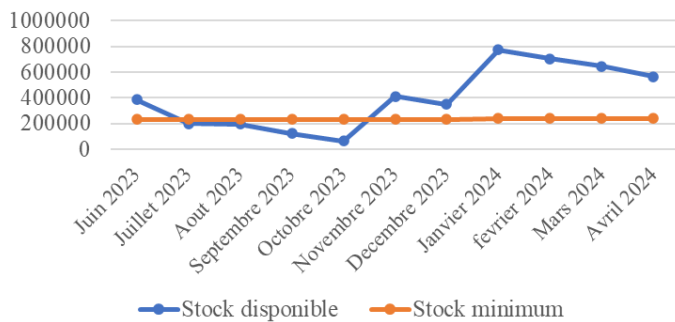
- **Rota :**

**Etat du stock de Rota du 30 juin 2023 au 30 avril 2024**



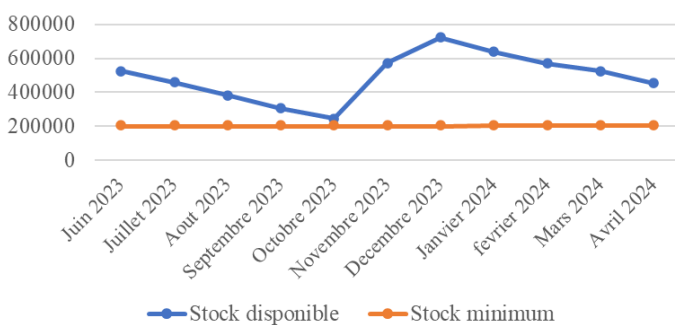
- **RR :**

**Etat du stock de RR du 30 juin 2023 au 30 avril 2024**



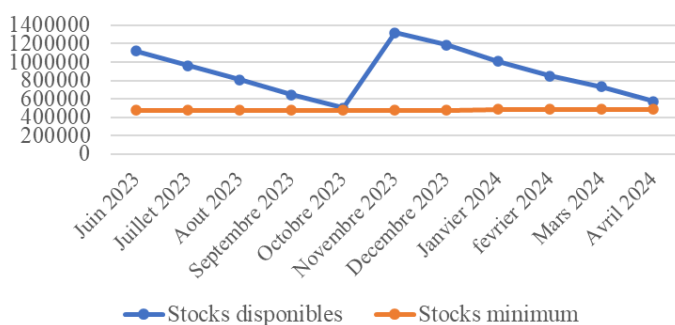
- BCG :

**Etat du stock de BCG du 30 juin 2023 au 30 avril 2024**



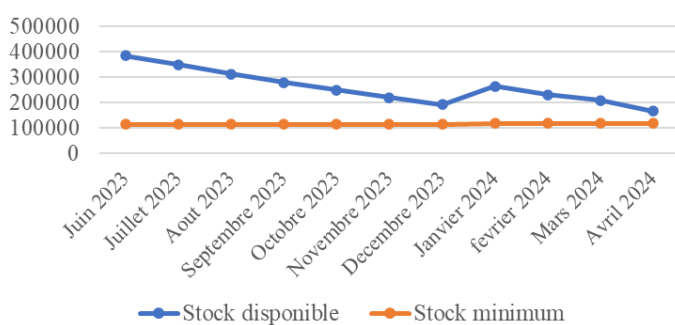
- bOPV :

**Etat du stock de bOPV du 30 juin 2023 au 30 avril 2024**

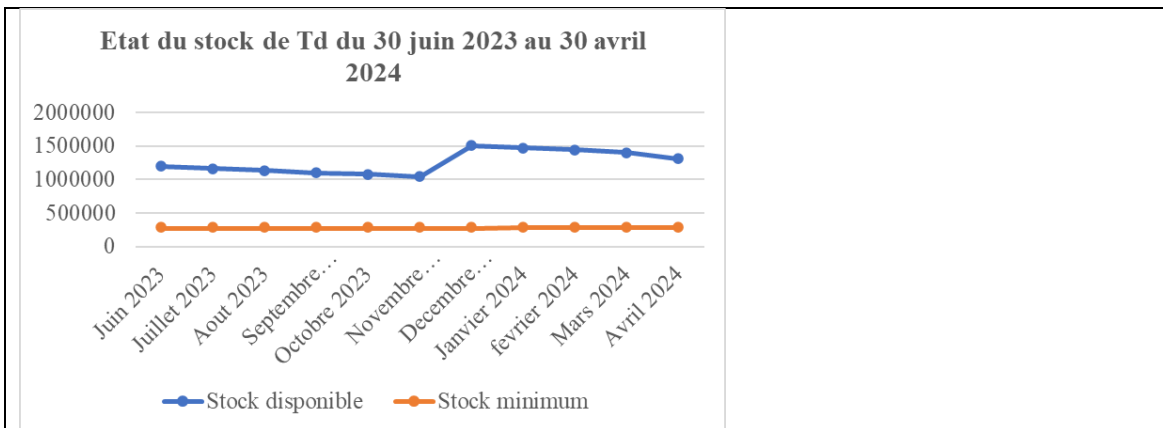


- DTC :

**Etat du stock de DTC du 30 juin 2023 au 30 avril 2024**



- Td

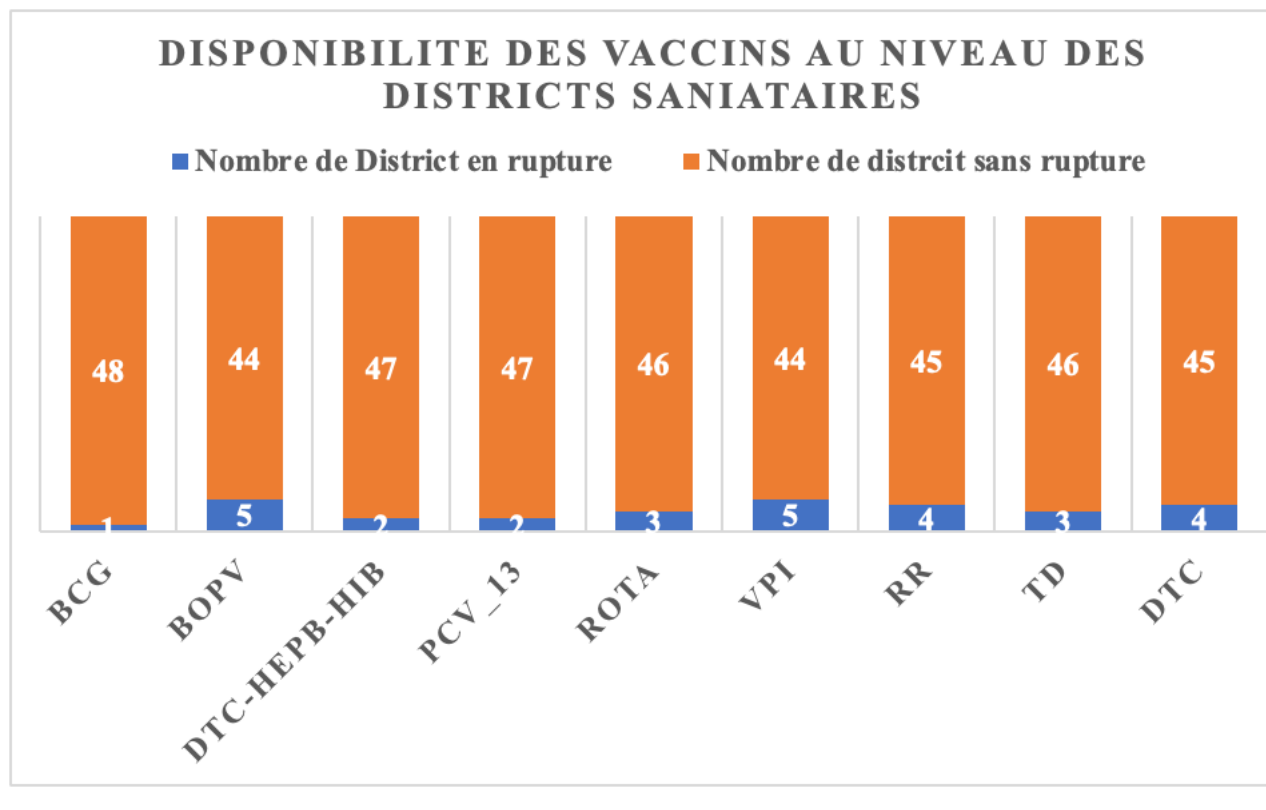


**Commentaires du pays** (veuillez examiner l'ensemble de questions transversales pour structurer les commentaires) :

Durant la période du 30 juin 2023 au 30 avril 2024, les stocks disponibles au niveau central étaient suffisants pour tous les antigènes, à l'exception du Pentavalent, du vaccin contre le Rotavirus (Rota) et du vaccin Rougeole-Rubéole (RR), dont les stocks sont restés en dessous du niveau minimum pendant 3 à 4 mois. Cette insuffisance s'explique par le retard dans le transfert des fonds gouvernementaux pour le cofinancement et l'achat de vaccins traditionnels tels que le RR et le DTC, ainsi que par la production limitée du Pentavalent depuis le début de l'année 2024.

Néanmoins, malgré ces périodes de stocks inférieurs au minimum, aucune rupture totale n'a été constatée au niveau central. Cela a été possible grâce au préfinancement effectué par l'UNICEF, qui a permis d'accélérer le processus de livraison des vaccins devant être financés par le gouvernement, ainsi qu'à l'acquisition de doses de vaccin RR par l'OMS et la Banque mondiale. Ces doses, initialement destinées à la campagne de riposte de l'année dernière, ont finalement été intégrées à la routine.

Cependant, malgré la disponibilité des vaccins au niveau central, des ruptures de stock ont été signalées pour tous les antigènes au niveau des districts sanitaires. Le graphique ci-dessous illustre le nombre de districts sanitaires ayant enregistré une rupture de stock entre le 30 juin 2023 et le 30 avril 2024.



Au niveau central et district sanitaire, aucune perte en flacons fermés de DTC n'a été déclarée pendant les 12 derniers mois. Cependant, au niveau des centres de santé cet indicateur n'est pas renseigné. L'eLMIS qui sera introduit à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement permettra de monitorer les pertes en flacons fermés.

**- Indiquer les principaux défis dans la gestion efficace des vaccins à tous les niveaux (central, régional, district) ?**

En matière de gestion efficace des vaccins, le pays fait face aux défis suivants :

- **Au niveau central :**
  - **Retard de la disponibilité des fonds :** Les fonds pour le cofinancement et l'achat des vaccins entièrement financés par le gouvernement sont souvent retardés.
  - **Manque de personnel qualifié :** Insuffisance de logisticiens et de techniciens qualifiés pour gérer la logistique vaccinale et la maintenance des équipements de la chaîne du froid.
  - **Pénurie d'agents d'appui :** Nombre insuffisant d'agents pour approvisionner les districts en vaccins et matériels, et de veilleurs.
  - **Capacité de stockage limitée :** Les capacités de stockage actuelles sont insuffisantes pour les nouvelles introductions de vaccins prévues entre 2024 et 2027.
  - **Absence d'outil électronique :** Il n'existe pas d'outil électronique en ligne pour la gestion des vaccins.
  - **Problèmes d'électricité et de carburant :** Les nombreuses coupures d'électricité et le manque de carburant mettent les vaccins en danger.
  - **Complexité de la chaîne d'approvisionnement :** Les 49 districts doivent s'approvisionner mensuellement au niveau central, ce qui surcharge les logisticiens.
  - **Procédures de dédouanement longues :** Les procédures de dédouanement des vaccins et matériels d'injection sont longues et risquent de ne pas être finalisées avant l'arrivée des vaccins.
- **Au niveau districts sanitaire et centres de santé :**
  - **Ruptures de stocks évitables :** Des ruptures de stock se produisent alors que les vaccins sont disponibles au niveau central.
  - **Maintenance insuffisante :** La maintenance des équipements de la chaîne du froid est insuffisante.
  - **Absence de suivi électronique :** Manque d'un système électronique de gestion des stocks en temps réel (e-LMIS).
  - **Capacité de stockage limitée :** Les capacités de stockage sont insuffisantes.
  - **Manque de personnel qualifié :** Insuffisance de personnel formé.
  - **Faible utilisation des systèmes de suivi à distance des températures :** Les prestataires s'approprient peu ces systèmes.

**- Que suggérez-vous pour améliorer la gestion des stocks (logistique/ gestion des données etc.) ? Faire le point ici sur l'état d'avancement de l'analyse et schéma d'optimisation de la chaîne d'approvisionnement.**

Pour certains défis identifiés, des actions sont en train d'être mises en œuvre afin d'améliorer la gestion des vaccins à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement. Il s'agit notamment de :

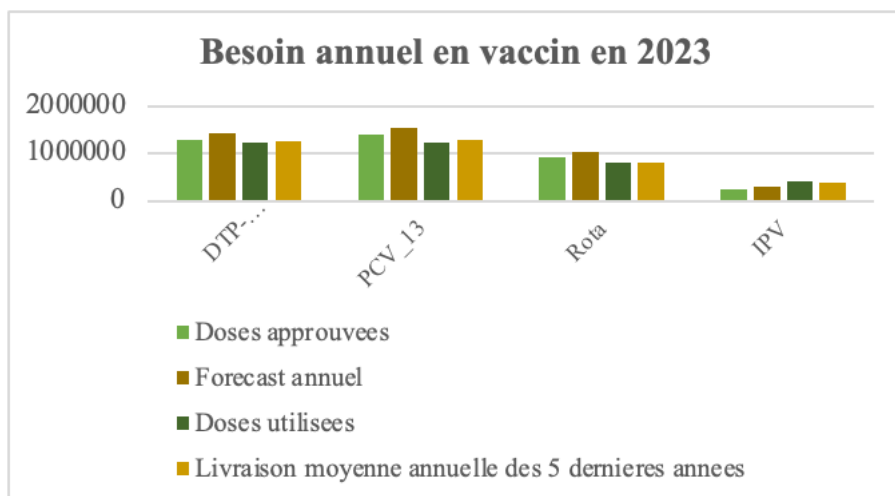
- Faire venir LOGIVAC au Burundi pour une formation certifiante de 4 semaines sur la logistique de la vaccination pour les logisticiens du niveau central et des districts sanitaires
- Créer un partenariat avec l'INSP ou autre institut de formation pour intégrer la logistique de la santé dans leur curriculum (envoyer au préalable 2 personnes de l'institut en formation dans les instituts spécialisées)

- Affecter 4 techniciens de maintenance au niveau central pour une meilleure prise en charge de la maintenance au niveau national. Ces techniciens de maintenance doivent être choisis parmi ceux qui ont été formés sur la maintenance curative
- Faire le plaidoyer auprès de la REGIDESO pour que le PEV puisse disposer d'une ligne électrique privilégiée afin de garantir la disponibilité permanente du courant électrique
- Affecter à la logistique 3 pharmaciens ayant une expérience sur la gestion des vaccins

Concernant l'état d'avancement de l'analyse et schéma d'optimisation de la chaîne d'approvisionnement, le processus de sélection du cabinet est en cours.

### 3. Question d'apprentissage : Le taux de consommation des vaccins est-il conforme aux prévisions approuvées ? Quels sont les principaux facteurs de la consommation par rapport aux attentes (par ex. ruptures de stock, augmentation de la couverture, pertes) ?

Le graphique ci-dessous montre qu'en 2023, les doses demandées par le pays dans le cadre du forecast annuel étaient supérieures aux doses approuvées par Gavi. Cette différence s'explique par la recommandation du gouvernement d'utiliser les données issues des dernières projections démographiques, qui estiment la population totale de 2023 à 13 097 399 habitants, soit un chiffre supérieur à celui initialement utilisé lors de la demande de renouvellement des vaccins auprès de Gavi. La comparaison entre les doses annuelles approuvées par Gavi et les doses effectivement utilisées a révélé un taux de consommation de 95 % pour le Pentavalent, 87 % pour le PCV\_13 et le Rota, et 176 % pour le VPI. Cette consommation accrue du VPI a été rendue possible grâce à l'important stock restant à la fin décembre 2022.



En résumé, aucune rupture de ces vaccins n'a été constatée en 2023, ce qui a permis de ne pas effectuer de demande supplémentaire de vaccins pour l'année.

### 4. Question d'apprentissage : Le pays respecte-t-il le règlement des obligations de cofinancement en temps opportun ?

Commentaires du pays :

#### 1. Obligations de cofinancement du pays remplies, mais avec des retards du fait du décalage de l'année fiscale.

Les obligations de cofinancement du pays sont généralement remplies, bien que des défis subsistent dus aux retards occasionnés par le décalage de l'année fiscale. Pour l'année 2024, le pays a fait face à son premier retard, principalement en raison d'une pénurie de devises. Cet incident a nécessité des discussions approfondies avec les partenaires pour trouver une solution.

adaptée. Dans ce contexte, l'UNICEF a proposé de verser le montant requis en devises étrangères en échange d'une somme équivalente en monnaie locale. Cette mesure temporaire a été mise en place en attendant une amélioration de la situation économique et l'avancement vers l'indépendance vaccinale prévue.

## **2. Quel est le processus pour initier et rendre effectif le paiement du co-financement des vaccins dans les délais ?**

L'Initiative à l'Indépendance Vaccinale a été initiée par l'Unicef auprès du gouvernement burundais. Les discussions sont en cours et sont prometteuses.

## **3. Quelles dispositions préconisées pour l'adhésion à l'Initiative pour l'Indépendance Vaccinale (IIV) de l'UNICEF**

Afin d'aider le pays à prévenir les ruptures de stocks causées par les retards de décaissement des fonds de cofinancement, l'UNICEF a procédé à un préfinancement l'année dernière pour assurer une livraison rapide des vaccins. Pour trouver une solution durable, l'UNICEF accompagne actuellement le pays dans son chemin vers l'indépendance vaccinale.

## **5. Question d'apprentissage : Le cas échéant, de nouveaux vaccins ont-ils été introduits comme prévu ? Dans le cas contraire, pourquoi ?**

### **1- Quels sont les préparatifs en cours dans la perspective de l'introduction du vaccin antipaludique ?**

Un comité de pilotage et un comité technique, chargés de préparer et de conduire l'introduction du vaccin antipaludique, ont été mis en place le 28 mars 2024. L'introduction du vaccin est prévue pour juillet 2024, bien que la date officielle de lancement n'ait pas encore été précisée. Durant cette première phase, le vaccin sera déployé dans 25 districts sanitaires.

Un atelier d'élaboration des modules de formation s'est tenu du 30 avril au 3 mai 2024, et tous les modules ont été validés. Une collecte de données pour une investigation sociale sur l'acceptabilité du vaccin a été conduite la semaine du 13 au 17 mai 2024, et les données sont en cours d'analyse. Ces informations ont alimenté l'élaboration d'un plan et d'outils de communication spécifiques au vaccin antipaludique. Les activités de communication et d'engagement communautaire seront lancées dès que le pays aura une visibilité sur la disponibilité du vaccin, incluant la mobilisation nationale, provinciale, communale et communautaire, ainsi que la formation des agents de santé communautaires et des facilitateurs.

Un atelier de formation des formateurs s'est tenu à Bujumbura du 09 et 12 juin 2024. Les deux derniers jours ont été consacrés au renforcement des compétences en facilitation. Par ailleurs, un atelier de microplanification avec les districts sanitaires est prévu les 16 et 17 juillet 2024.

Des formations en cascade du personnel de vaccination sont également prévues pour le mois d'Août 2024. Par ailleurs, l'autorité de régulation du secteur pharmaceutique du Burundi attend le dossier du fabricant pour donner l'autorisation de mise sur le marché.

### **2- Comment la stratégie de vaccination pendant la 2ème année de vie sera-t-elle utilisée dans le contexte du Burundi pour couvrir l'enfant avec la 4ème dose à**

**administrer en 2ème année de vie de l'enfant (couplage avec la 2ème dose de RR ? Rattrapage d'ESI/ EZD ? etc.).**

La quatrième dose du vaccin antipaludique sera administrée en même temps que la deuxième dose du vaccin contre la rougeole et la rubéole (RR) et la quatrième dose du DTC dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie "Deuxième année de vie et au-delà". Cette intégration vise à améliorer la couverture vaccinale pour la quatrième dose du vaccin antipaludique. Une mise à jour du calendrier vaccinal est prévue pour inclure ces nouveaux vaccins. Par ailleurs, un guide technique du Programme élargi de vaccination (PEV) a été actualisé pour fournir des informations essentielles sur la vaccination antipaludique, facilitant ainsi la mise en œuvre harmonieuse de cette stratégie.

**Les dates prévues pour les campagnes de rattrapage en 2024 doivent être validées au cours de la discussion de l'évaluation conjointe.**

**Commentaires du pays :**

### **Défis Anticipés pour l'Introduction de Nouveaux Vaccins**

#### **Prestation de Services**

- **Temps d'attente élevé** : Les Centres de Santé (CDS) peuvent connaître des temps d'attente longs, ce qui décourage la fréquentation.
- **Faible intégration** : La vaccination n'est pas systématiquement intégrée aux services de soins de santé primaires. Par exemple, il manque une vérification du calendrier vaccinal lors des consultations curatives.
- **Infrastructures insuffisantes** : Malgré l'augmentation du nombre de structures sanitaires, certaines zones restent mal desservies en raison de l'insuffisance d'infrastructures, un défi souligné par la Stratégie Sectorielle de la Santé.

#### **Chaîne d'Approvisionnement**

- **Capacité de stockage** : Il y a une insuffisance de capacité de stockage en positif et en négatif dans certains dépôts des Districts Sanitaires (DS) et CDS, ainsi que des dispositifs de contrôle de la température à distance.
- **Absence de dépôts intermédiaires** : Les DS doivent parcourir de longues distances pour s'approvisionner à Bujumbura.
- **Manque de suivi en temps réel** : L'absence de suivi en temps réel des états de stock peut entraîner des ruptures.

#### **Génération de la Demande**

- **Faible appropriation** : Le cadre de redevabilité n'est pas suffisamment adopté par les acteurs administratifs et communautaires.
- **Peurs et croyances** : 29% des personnes interrogées mentionnent la peur des effets secondaires et les croyances religieuses comme principales raisons de non-vaccination (Enquête CAP sur la vaccination de 2023).

#### **Système d'Information Sanitaire**

- **Multiplicité des outils** : Il existe une multiplicité d'outils de collecte de données.
- **Faible utilisation des données** : Les données de santé sont peu utilisées pour la prise de décisions.

#### **Gouvernance**

- **Coordination faible** : Il y a une faible coordination entre les programmes et départements de santé, entraînant un chevauchement des activités du PEV et d'autres départements au niveau opérationnel.
- **Planification budgétaire inadéquate** : Les activités et le temps consacrés à la planification budgétaire ne sont pas adaptés au niveau décentralisé (BPS, BDS, CDS), car la budgétisation se fait au niveau du programme (approche "Top down" et non "Bottom up").

### Ressources Humaines

- **Insuffisance de personnel qualifié** : Il y a une insuffisance de personnel qualifié, en particulier des Techniciens de Promotion de la Santé, entraînant un faible encadrement des Agents de Santé Communautaire (ASC).
- **Mobilité et répartition inéquitable** : La mobilité fréquente du personnel et une répartition inéquitable des ressources humaines entre milieux urbains et ruraux, ainsi qu'une faible motivation.
- **Surcharge des ASC** : Les ASC doivent suivre plus de 400 ménages chacun, et ils ne sont pas suffisamment motivés.

### Financement des Vaccins

- **Insuffisance de fonds** : Il y a une insuffisance de fonds alloués à l'achat des vaccins.
- **Faible allocation gouvernementale** : Le gouvernement alloue peu de fonds pour les activités de vaccination.

**6. Question d'apprentissage : Le cas échéant, quelle a été l'efficacité des campagnes de vaccination récentes soutenues par Gavi<sup>1</sup> et d'autres sources de financement ? Veuillez mettre en évidence les enseignements tirés qui sont applicables à la vaccination de routine et aux campagnes à venir (par ex. rapidité de la réponse aux épidémies, qualité, portée de la campagne et lien avec le renforcement de la vaccination de routine).**

#### Indicateur(s) :

- Nombre de campagnes de vaccination menées (stratifiées par type de campagne, notamment préventive, réactive, de rattrapage, de suivi, infranationale et nationale)
- Couverture des campagnes récentes soutenues par (1) Gavi, et (2) d'autres partenaires, comparée à la cible retenue.
- Nombre de flambées épidémiques de maladies évitables par la vaccination signalées (pour lesquelles Gavi

#### Graphiques :

Veillez insérer les graphiques ou tableaux que vous estimerez utiles pour illustrer l'analyse des indicateurs

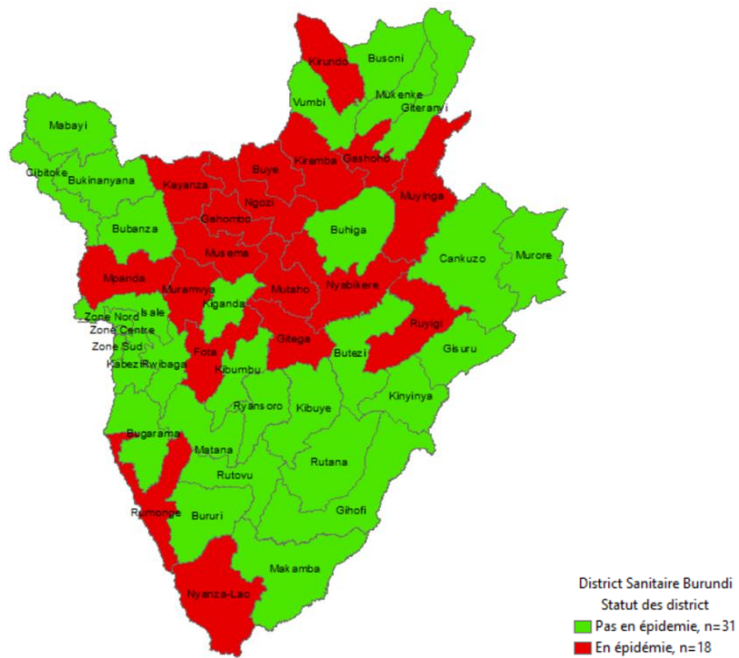
De 2017 à 2023, le pays a organisé au niveau national six campagnes de vaccination dont deux campagnes de rattrapage (contre la rougeole et la méningite à méningocoque de sérogroupe A), une campagne de suivi contre la rougeole et trois campagnes de riposte contre la polio cVDPV2. Au niveau opérationnel, six campagnes de riposte contre les flambées de rougeole ont été menées dans les districts sanitaires suivants :

- Cibitoke plus spécifiquement dans le site de transit Cishemere des réfugiés Congolais, en décembre 2019
- Cankuzo et Butezi toujours dans les camps de réfugiés congolais et dans les collines avoisinantes, en février 2020 ;
- Cibitoke et dans les camps de réfugiés congolais implantés dans les DS de kirembe, kinyinya, Butezi et Gashoho, en avril 2020 ;
- Bubanza, Mpanda, Zone Centre, Bukinanyana et Cibitoke, avril 2023 ;
- Mairie Centre, Mairie Sud, Mairie Nord, Isare; août 2023.

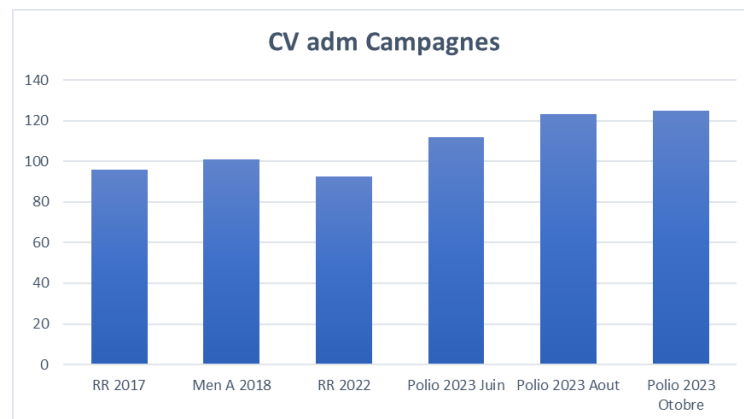
<sup>1</sup> Veuillez réfléchir aux campagnes menées depuis le dernier exercice d'évaluation conjointe/dialogue multipartite.

soutien des campagnes réactives/ de rattrapage)

- En 2024, à la S1-S22, 18 districts étaient en épidémie comme le témoigne la figure ci-dessous



Couvertures vaccinales des campagnes de rattrapage (RR2017 et Men A2018), de suivi (RR 2022) et de riposte contre la polio cVDPV2 réalisées entre 2017 et 2023

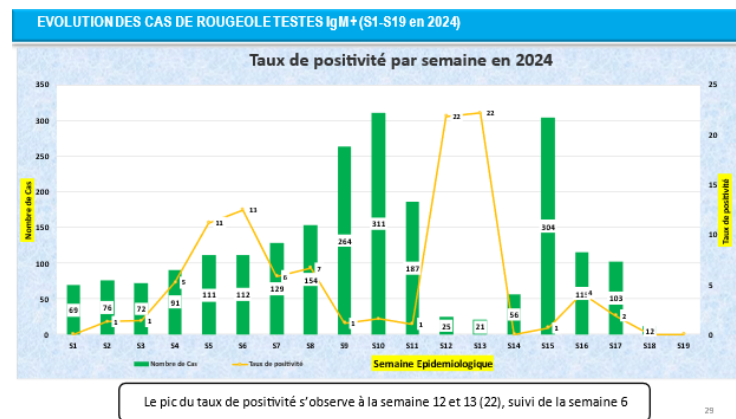


Cas suspects de la rougeole au Burundi (S1-S19 en 2024)

Cas suspects de la rougeole au Burundi (S1-S19 en 2024)	
Indicateurs	S1 à S19 en 2024
Cas suspects de Rougeole notifiés	2222
Cas de Rougeole confirmés IgM+	88
Cas confirmés de Rubéole	17
Cas investigués avec prélèvement	192
Taux de positivité	3,9%
Cas de Rougeole classés compatible	31
Cas confirmés par lien épidémiologique	1427
Taux d'éruption fébrile non rougeoleuse ( $\geq 2/100000$ )	1,37
% des districts ayant notifié au moins un cas	38/49 (77,6%)
Proportion des cas investigués et prélevés	8,64%
Taux d'investigation des cas pour 100 000 Habitants ( $>=2$ )	3,94%
Incidence pour 100 000 Habitants (1/100000 Hab)	11,58

De la semaine 1 à la semaine 19, 2024, le pays a notifié 2222 cas suspects de rougeole dont 88 étaient confirmés IgM+.

### Évolution hebdomadaire de cas de rougeole IgM+ en 2024



Au début de l'année 2024, le pays a connu une flambée de cas de rougeole avec des pics observés à la 12<sup>ème</sup> et 13<sup>ème</sup> semaine. Cette flambée serait due entre autres à la chute de la performance des couvertures vaccinale de RR1 et RR2 observée depuis 2021 et d'autres facteurs comme la malnutrition observée dans certains districts.

D'une manière globale la présence des épidémies que le pays fait face notamment la recrudescence des flambées de Rougeole depuis 2019 et épidémie de polio déclarée en 2023 est une conséquence de la présence des enfants zéro dose et sous vaccinés.

Les défis liés à la surveillance que le pays rencontrent sont en outre :

- Retard tardive dans la riposte aux épidémies surtout pour la Rougeole où la propagation de la maladie est rapide d'un district à un autre. Cela est dû à l'absence de stock d'urgence des vaccins et les coûts opérationnels
- Faible sensibilité des districts sanitaires dans l'identification des cas de MEV avec la présence des districts silencieux. Plusieurs causes sont à l'origine dont la faible connaissance des cliniciens et prestataires des centre de santé sur les définitions des cas des MEV, la surveillance à base communautaire non effective, insuffisance des visites des sites priorisées pour la surveillance
- Rupture des réactifs pour tester les échantillons de Rougeole
- Insuffisance de supervision formative centrées sur la surveillance des MEV
- Discordance des données des bases cas par cas (PFA et Rougeole) et les données de DHIS2

Des actions sont planifiées pour lever ces faiblesses :

- Former les cliniciens et les prestataires des centres de santé
- Renforcer l'encadrement des ASC sur la surveillance à base communautaires
- Organiser des supervisions formatives centrées sur la surveillance des MEV
- Acheter des kits pour tester les échantillons Rougeole
- Organiser des réunions hebdomadaires d'harmonisation des données des différentes sources des données
- Renforcer la surveillance active des MEV

**Commentaires du pays** (veuillez examiner l'ensemble de questions transversales pour structurer les commentaires) :

-Veuillez fournir un aperçu des campagnes réalisées en 2021 - 2023, leurs performances et les enseignements tirés ? Des rapports détaillés peuvent être joints en annexes.

### Campagne de Suivi contre la Rougeole et la Rubéole

En janvier 2022, une campagne de suivi contre la rougeole et la rubéole a été organisée au niveau national. Cependant, le pays n'a pas atteint l'objectif de vacciner au moins 95% de la population cible :

- Couverture administrative : 92.5%
- Enquête post-campagne : 88.6%

Lors de trois passages de riposte à l'épidémie de polio cVDPV2, les couvertures administratives nationales ont été :

- Premier passage : 112%
- Deuxième passage : 123%
- Troisième passage : 125%

Cependant, les résultats des enquêtes post-vaccinales (LQAs) ont montré que la qualité de la riposte vaccinale variait :

- Premier passage : 57% des districts de santé avec une couverture vaccinale d'au moins 95%
- Deuxième passage : 71% des districts de santé avec une couverture vaccinale d'au moins 95%
- Troisième passage : 90% des districts de santé avec une couverture vaccinale d'au moins 95%

Les taux de couvertures administratives supérieurs à 100% sont probablement liés à une mauvaise maîtrise du dénominateur.

### Facteurs de Réussite et Impact des Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS)

Le lancement des campagnes de vaccination sous le patronage des hautes autorités du pays, y compris la Première Dame, et l'implication des autorités politico-administratives dans la coordination et la supervision de ces campagnes ont eu un effet levier et amplificateur sur les résultats. Les activités de vaccination supplémentaires (AVS) jouent un rôle crucial dans le renforcement de la vaccination de routine. Elles permettent :

- D'atteindre les enfants zéro dose et sous-vaccinés.
- D'augmenter la proportion des districts sanitaires qui notifient les cas suspects de maladies évitables par la vaccination et sous surveillance.

## 7. Question d'apprentissage : Comment a évolué l'introduction du vaccin contre la Covid-19 ?

### Indicateur(s) :

- Donner un aperçu des niveaux de couverture actuels de la population adulte et de la population à risque.
- Décrire comment le pays prévoit

### Graphiques :

Veuillez insérer les graphiques relatifs à la couverture vaccinale, désagrégée par tranche d'âge et cible

#### Nombre de personnes vaccinées contre le COVID-19

Répartition des personnes vaccinées contre le COVID-19 en 2023

Cibles	Sinopharm	Janssen (J&J)	Cumul national
Homme	303	17310	17613

d'utiliser les opportunités d'une administration intégrée du vaccin contre la Covid-19 avec la vaccination systématique et d'autres prestations de soins de santé primaires	<b>1 seule dose reçue</b>	Femme	216	9058	9274
	<b>Total</b>		519	26368	26887
	<b>Personnes complètement vaccinées (1 ou 2 doses)</b>	Homme	173	17405	17578
		Femme	196	9108	9304
	<b>Total</b>		369	26513	26882
	<b>Personnes vaccinées par sexe</b>	Homme	173	17405	17578
		Femme	196	9108	9304
	<b>Total</b>		369	26513	26882
	<b>Personnes vaccinées par groupes d'âge</b>	< 45 ans	324	21901	22382
		>= 45 ans	45	4612	4736
	<b>Total</b>		369	26513	26882
	<b>Personnes vaccinées avec comorbidités</b>	HTA	7	355	362
		Diabète	6	179	185
		Asthme	2	76	78
	<b>Total</b>		15	610	625
	<b>Personnel de santé</b>		19	749	768
	<b>Doses de vaccins</b>	Reçues	496468	302400	798868
	Utilisées	8456	36225	44681	
	Restantes	488012	266145	754157	
	Expiration	août-23	Jun et Juillet 2023		

Source : Rapport du COUSP

**Commentaires du pays** (veuillez examiner l'ensemble de questions transversales pour structurer les commentaires) :

**Comment les actions de microplanification pour les AVS polio intégrées à la vaccination de routine se sont déroulées au cours de l'année 2023 ?**

Pour les Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS) contre la polio, un macro-plan a été élaboré au niveau central avec la participation des parties prenantes, notamment le gouvernement et les partenaires. Ce plan a servi de base pour la mobilisation de fonds, laquelle a été réalisée après approbation par (RRT. Le macro-plan a ensuite été partagé avec les équipes des provinces et des districts sanitaires.

Avec le soutien des équipes du niveau central, qui ont été déployées dans différents districts sanitaires, des ateliers spécifiques de microplanification ont été organisés au niveau de chaque district. Ces ateliers ont regroupé les membres des équipes cadres des districts, les délégués des aires de santé (responsables de centres de santé et acteurs communautaires).

Ces sessions de microplanification ont permis aux districts d'élaborer des plans de mise en œuvre détaillés basés sur les données du macro-plan central. Ce processus inclusif et participatif a assuré que chaque district dispose d'un plan opérationnel adapté à ses besoins et réalités locales, facilitant ainsi une exécution plus efficace des campagnes de vaccination.

**Quel est le plan du pays pour l'administration future du vaccin Covid en 2024 et l'intégration avec le programme d'immunisation de la routine ?**

Le Burundi a élaboré son plan de déploiement des vaccins contre la Covid-19 en novembre 2022 et un financement de GAVI de 11,8 millions de dollars lui a été octroyé dans le cadre du CDS3. Un plan de distribution des vaccins contre covid 19 (200 doses par district) est validé et sa mise en œuvre est effective dans 9 districts sanitaires appuyé par les consultants nationaux.

## 8. Question d'apprentissage : Trajectoire et progrès accomplis par rapport aux objectifs fixés

- **Quels sont les progrès réalisés au cours de l'année écoulée par rapport à votre Théorie du changement ou aux objectifs de votre programme ?**

La nouvelle théorie de changement élaborée lors des soumissions du dossier FPP n'a pas été mise œuvre l'année écoulée car elle était toujours en phase de validation par la CEI. Le PEV est à l'œuvre pour cette année 2024.

- **Quels impacts la Covid-19 et la vaccination contre la Covid-19 ont-elles eu sur votre programme de vaccination de routine ?**

Au Burundi, le premier cas de COVID-19 a été déclaré le 31 mars 2020. Depuis 2021, la pandémie de COVID-19 a eu un impact négatif sur l'accès aux services de santé essentiels, malgré l'absence de restrictions telles que le confinement. Les rumeurs suggérant un risque élevé de contracter la COVID-19 en fréquentant les services de santé ont dissuadé de nombreuses personnes de chercher des soins.

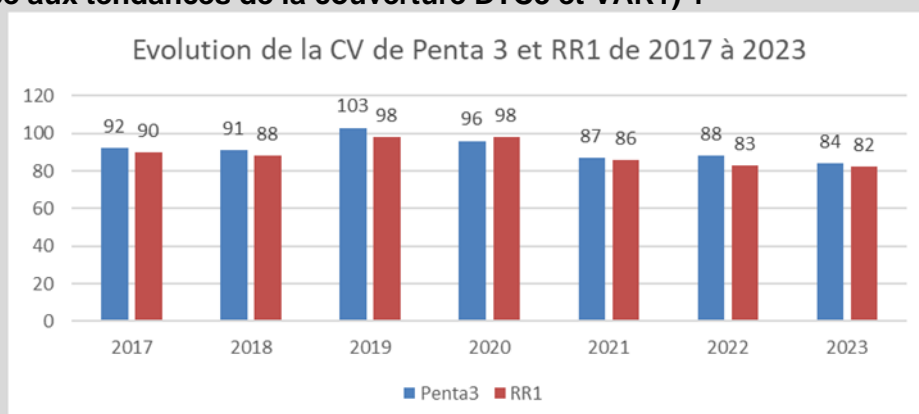
Cette situation a particulièrement affecté les services de vaccination de routine. Des rumeurs ont circulé, prétendant que le vaccin contre la COVID-19 pouvait entraîner des Manifestations Adverses Post-Immunisation (MAPI) graves, y compris des décès. En conséquence, le taux d'accès aux services de soins pour les adultes et les enfants a diminué, et les campagnes de vaccination de masse organisées pendant cette période n'ont pas atteint leurs objectifs.

De plus, la population a montré une réticence marquée à l'égard du vaccin contre la COVID-19, avec une augmentation des rumeurs négatives contre la vaccination en général. Cela a eu un impact négatif sur le Programme Élargi de Vaccination (PEV) de routine, entraînant une baisse de 10% des couvertures vaccinales par rapport à 2022.

- **Quel a été l'impact des épidémies auxquelles le Burundi a fait face en 2023 (polio, choléra, rougeole) sur les performances de la vaccination de routine ?**

Le Burundi a connu les épidémies de poliomyélite, de rougeole, de cholera et autres urgences de santé publique notamment les inondations. Le pays a donc consacré beaucoup de temps à la préparation et à la mise en œuvre de riposte contre ces épidémies et la réponse aux urgences avec un impact négatif sur les activités de routine. Les ressources humaines ont été très sollicitées pour répondre aux urgences et à la riposte contre ces épidémies.

- **Qu'est-ce qui a été fait pour maintenir et rétablir la vaccination de routine et quel a été l'impact des stratégies de rattrapage déployées à ce jour (veuillez inclure une référence aux tendances de la couverture DTC3 et VAR1) ?**



En préparation aux activités de rattrapage, il y a eu le renforcement des capacités des ressources humaines sur le remplissage du registre de monitoring communautaire et l'établissement de la cartographie des enfants zéros doses par district dans sept provinces prioritaires à savoir Bujumbura Mairie, Cibitoke, Ngozi, Kirundo, Ruyigi, Rumonge et Bubanza. Par ailleurs, le rattrapage en routine en utilisant les échéanciers se fait dans tous les 49 districts bien que certains prestataires de certains CDS perdent cette bonne pratique.

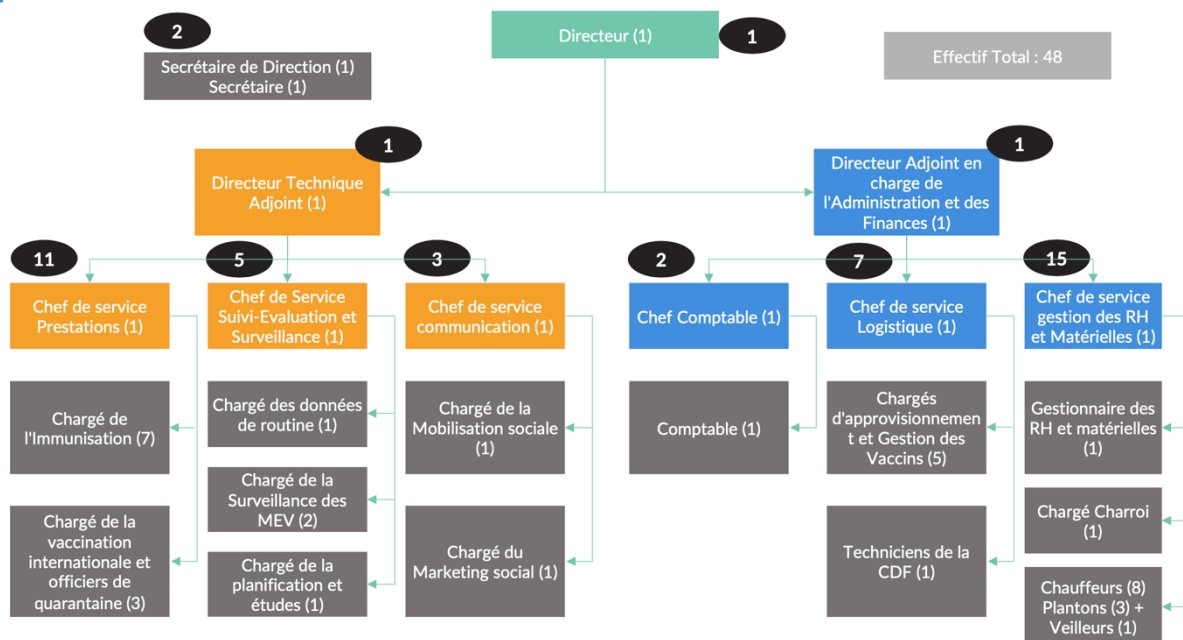
En 2024, un microplan pour chaque district sera élaboré en fonction des problèmes spécifiques pour résoudre la question des enfants zéro dose et sous vaccinés. Un plan de Big catch up qui est déjà validé depuis mai 2024 viendra soutenir toutes les actions mises en place pour le rattrapage des enfants zéro dose et sous vaccinés.

- **S'il y a d'autres facteurs (par ex. des changements de gouvernement, des catastrophes naturelles, d'autres flambées de maladies, etc.) qui ont conduit à des perturbations de votre programme de vaccination au cours de l'année écoulée, veuillez aussi l'intégrer dans l'analyse.**

Dans le cadre de la coopération des pays de l'East African Community (EAC), le Burundi a été alerté du risque lié à l'expansion de la maladie liée à virus Ebola à partir de l'Ouganda et du risque de la fièvre de la vallée du Rift.

## Graphiques :

- **Structure du PEV au niveau central et décentralisé (nombre de positions clés occupées et vacantes)**



Depuis quelques années, le PEV connaît une grande mobilité de ses ressources humaines les plus expérimentées vers le système des Nations Unies ou d'autres organismes, en raison de la rémunération peu attractive offerte par le gouvernement. Bien que le PEV compte plus de 50 collaborateurs, il souffre d'un manque préoccupant de ressources humaines de qualité. Un diagnostic a été réalisé et une proposition d'organigramme a été soumise à Madame la Ministre. Cette proposition, accompagnée d'un cadre de performance incluant une prime de performance substantielle, vise à retenir les compétences au sein du PEV et à relever les défis actuels de couverture vaccinale.

- **% de centres de santé offrant les services de vaccination (formations sanitaires publiques et privées). Faire le lien avec les équipements de chaîne de froid, le plan d'expansion, le nombre de formations à la maintenance des ECF dispensées aux techniciens, le nombre de prestataires privés impliqués dans la manipulation des données et la distribution de vaccins**

Le Burundi compte actuellement 1651 centres de santé dont 869 (53%) qui offrent des services de vaccination et parmi lesquels 684 (79%) sont publics, 118 (14%) confessionnels, 54 (6%) privés et 13 (1%) associatifs. Selon les prévisions, 79 autres centres de santé offriront

des services de vaccination à partir de 2025. Actuellement, tous les 869 centres de santé qui vaccinent disposent d'un équipement de la chaîne du froid.

Avec les soumissions déjà approuvées (CDS3, CCEOP, RSS4) et les financements des autres partenaires, 422 nouveaux équipements de la chaîne du froid sont attendus d'ici le dernier trimestre de 2024. Ces équipements permettront d'équiper les CDS qui vont commencer à fournir des services de vaccination et de combler les gaps en capacité de stockage notés avec les nouvelles introductions de vaccins prévues entre 2024 et 2027.

Pour une utilisation optimale des équipements de la chaîne du froid, 57 techniciens de maintenance ont été formés sur la maintenance préventive et curative.

Concernant la gestion des stocks, 49 sessions de formation ont été organisées dans l'ensemble des districts sanitaires permettant de renforcer les capacités de 1823 prestataires en gestion des vaccins.

- **Planification et mise en œuvre des activités de vaccination de routine et de rattrapage des ESI et EZD.**

La planification rigoureuse à tous les niveaux est essentielle pour garantir une couverture vaccinale adéquate et ainsi protéger la population contre les maladies évitables par la vaccination (MEV). Une stratégie nationale de vaccination (SNV) 2023-2027 a été élaborée et validée par le Groupe Thématique Santé Mère-Enfant (GTSME). Sa présentation a été faite au niveau du CPSD et les observations formulées sont en cours d'intégration. Pour la mise en œuvre de la SNV, un plan d'action annuel clair et concis sera développé aux niveaux opérationnel, intermédiaire et central. Ce plan d'action décrira les activités spécifiques nécessaires pour atteindre les objectifs du programme de vaccination.

Parallèlement, une stratégie de vaccination pour la deuxième année de vie et au-delà a été élaborée pour contribuer à rattraper les ESI et les EZD. La mise en œuvre de la stratégie urbaine de vaccination permettra également d'atteindre les populations urbaines, dont certaines développent de plus en plus des réticences à la vaccination.

Au niveau des districts sanitaires, une mise à jour des microplans sera effectuée pour renforcer la vaccination de routine. Ces microplans précisent l'organisation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de vaccination spécifiques à chaque localité. L'objectif est d'assurer une couverture vaccinale adéquate et ainsi de protéger la population contre les MEV.

Afin de localiser les ESI et EIV, une cartographie a été réalisée dans 25 districts sanitaires prioritaires. Cette cartographie a permis d'identifier les zones où la concentration d'ESI et d'EZD est la plus élevée. Dans la communauté, les Agents de Santé Communautaires (ASC) continuent à identifier les ESI et EIV lors des visites à domicile en utilisant le registre de suivi communautaire du statut vaccinal des enfants. Lors de ces visites, les ASC rappellent aux parents de respecter le calendrier vaccinal de leurs enfants. Cependant certains ASC ont un grand nombre de ménages à visiter et ne peuvent pas les couvrir tous.

Dans les centres de santé, l'utilisation des échéanciers permet de détecter rapidement les perdus de vue à la vaccination ; mais certaines CDS ignorent cette bonne pratique. Les noms et coordonnées de ces enfants sont ensuite communiqués aux ASC pour qu'ils puissent les retrouver et les ramener pour la vaccination. Au niveau transfrontalier, les ESI et EZD identifiés seront référés aux centres de santé pour la vaccination.

Des séances de vaccination en stratégie fixe se poursuivent dans tous les centres de santé. La stratégie avancée est également planifiée et sera utilisée principalement dans les zones difficiles d'accès et/ou dans les communautés avec un grand nombre d'ESI et d'EZD.

Des stratégies spécifiques pour atteindre tous les ESI et EZD seront mises en œuvre. Parmi ces stratégies, on trouve la campagne de rattrapage "Big Catch Up" prévue pour les enfants jusqu'à 5 ans. La planification de cette activité, y compris les doses de vaccins nécessaires, a déjà été approuvée par GAVI.

En résumé, le Burundi met en œuvre une approche multisectorielle et planifiée pour garantir une couverture vaccinale adéquate et protéger sa population contre les MEV. Les efforts ciblés pour atteindre les ESI et EZD, ainsi que l'utilisation de stratégies innovantes, contribueront à l'atteinte des objectifs de vaccination et à l'amélioration de la santé de la population.

- **Progrès et défis : % des activités réalisées en comparaison aux objectifs fixés en 2023**

Si l'indicateur de Financement Basé sur la Performance (FBP) estime à 80% le taux de réussite de mise en œuvre d'un plan d'action, le constat est qu'il est de 40% pour le plan d'action annuel 2023-2024 du Programme Elargi de Vaccination (PEV),

Cette situation s'explique par plusieurs facteurs majeurs :

- **Pénurie de carburant** : La disponibilité insuffisante de carburant a entravé la mise en œuvre des activités du niveau central qui devraient se dérouler à l'intérieur du pays.
  - **Insuffisance de ressources humaines expérimentées** : L'insuffisance du personnel expérimenté a limité la capacité du PEV à mener à bien ses activités notamment celles qui pouvaient se dérouler parallèlement.
  - **Chevauchement avec les activités de riposte aux épidémies de polio et de rougeole** : La mobilisation des ressources et du personnel pour la préparation et la mise en œuvre des ripostes aux épidémies de polio et de rougeole a eu un impact négatif sur la mise en œuvre du plan d'action du PEV.
- **nombre d'interventions avec les organisations à base communautaire pour atteindre les enfants zéro-dose et sous-immunisés.**

Tout au long de l'année 2023, les agents de santé communautaire (ASC) ont joué un rôle crucial dans la promotion de la vaccination au sein de leurs communautés. Ils ont mené des séances de sensibilisation et effectué des visites à domicile pour identifier les enfants sous-vaccinés (ESV) et enfants zéro dose (EZD). Ces enfants ont ensuite été orientés vers les centres de santé pour la vaccination.

Cependant, il est apparu que les ASC avaient besoin d'un renforcement de leurs capacités pour optimiser l'efficacité de leurs interventions. C'est pourquoi, en 2024, une formation sur la communication en faveur de la vaccination et l'utilisation du registre communautaire de suivi vaccinal des enfants a été dispensée à l'ensemble des ASC.

A la suite de cette formation, les ASC ont reçu des registres de suivi, bien que la distribution ne les ait couverts tous. Malgré les défis liés à leur motivation et à leur charge de travail, les ASC mettent à profit les connaissances acquises lors de la formation pour améliorer la qualité des interventions d'identification et de récupération des ESV et EZD.

Leur engagement continu permet de garantir que tous les enfants aient accès à la vaccination et soient protégés contre les maladies évitables par la vaccination.

- **Génération de la demande : Nombre de stratégies de communication intégrées déployées, incluant les messages de vaccination dans d'autres actions de soins de santé primaire. Yvette**

En 2023, si aucune stratégie de communication intégrée incluant les messages de vaccination dans d'autres actions de soins de santé primaire n'a été déployée, des avancées prometteuses sont à souligner. En effet, les différents ministères ayant dans leurs attributions la santé, la communication, l'éducation, la solidarité, l'intérieur et la sécurité publique, en collaboration avec les partenaires au développement, travaillent conjointement à l'élaboration de messages clés intégrés de communication sur les pratiques familiales essentielles.

L'utilisation de ces messages permettra de mener une communication intégrée sur divers thématiques, favorisant ainsi une approche plus cohérente et plus efficace de la promotion de la santé et du bien-être des familles.

- **Nombre d'enfants de communautés migrantes/refugiées qui ont été vaccinés en 2023**  
: Non Applicable

- **Utilisation des données pour la prise de décision : Nombre de formations de renforcement des capacités sur l'analyse des données au niveau central et décentralisé/Nombre d'analyses de données ayant donné lieu à des prises de décisions**

Aucune formation de renforcement des capacités sur l'analyse des données n'a été effectuée en 2023.

**Commentaires du pays** (veuillez examiner l'ensemble de questions transversales pour structurer les commentaires) :

### 9. Question d'apprentissage : Le pays s'attaque-t-il efficacement aux obstacles

**sexospécifiques** (par ex. ceux auxquels sont confrontés les soignantes ou les adolescentes pour accéder aux services de vaccination et les obstacles auxquels sont confrontés les agents de santé pour fournir des services de vaccination) ?

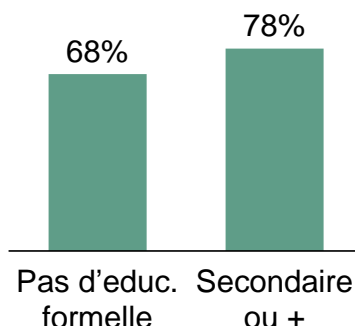
#### Indicateur(s) :

- Existe-t-il les obstacles sexospécifiques dans le domaine d'immunisation ? Quels sont-ils ?  
Pas de différence
- Le pays a-t-il mis en œuvre des initiatives visant à lever ou à réduire ces obstacles sexospécifiques ?

Information qualitative

#### Graphiques :

Couverture vaccins de base selon le niveau d'étude de la mère selon l'EDS 2017



#### Commentaires du pays :

Il n'y a aucune différence dans la couverture vaccinale entre les garçons et les filles.

Par ailleurs, l'équité selon l'éducation de la mère mesure la différence moyenne de couverture vaccinale entre les enfants dont la mère (ou la femme qui s'en occupe) n'a pas été scolarisée et ceux dont la mère a au moins terminé ses études secondaires. Le niveau d'éducation de la mère joue fortement sur le statut vaccinal de l'enfant (10 points de différence). Le Burundi est classé parmi les pays africains présentant un faible taux de scolarisation. Cette situation affecte particulièrement les femmes. En effet, les femmes sont relativement moins scolarisées que les hommes, avec des taux de scolarisation respectifs de 65% et 72% selon l'UNESCO, ce qui entraîne une disparité qui pénalise davantage les femmes en termes d'accès à l'éducation. Le taux de fréquentation scolaire est plus élevé en milieu urbain et chez les hommes. Cependant, il convient de souligner que selon le lieu de résidence, l'écart est plus important chez les femmes.

Enfin, les mères célibataires sont souvent victimes de stigmatisation et de pression sociale de la part de leur famille et de leur communauté, ce qui peut les décourager encore plus de recourir aux services de santé nécessaires, y compris les vaccinations. La peur du jugement ou de la

discrimination peut les empêcher d'accéder aux soins dont leurs enfants ont besoin, perpétuant ainsi un cycle d'accès limité aux soins de santé et d'occasions manquées de se faire vacciner.

Le pays a contractualisé avec sept Organisations de la Société Civile à travers l'Unicef pour sensibiliser aussi bien les hommes et les femmes sur la vaccination.

**10. Question d'apprentissage : Est-ce que le système d'information sanitaire et d'amélioration de la qualité des données du pays est déployé de manière efficiente, ainsi que les activités de suivi et d'apprentissage ?**

- **Quel est l'état d'avancement de la planification, et de la mise en œuvre du système d'information sanitaire, inclus le eSIGL, et d'amélioration de la qualité des données, et des activités de suivi et d'apprentissage ?**

Près de 10% (2,4 millions de dollars) des fonds RSS/FAE sont dédiés au eSIGL. Ces fonds seront mis en œuvre par l'ABREMA et l'Unicef.

Le système d'information sanitaire est un domaine important et indispensable pour le suivi des progrès du programme. Différents outils de collecte des données sont mis à la disposition des acteurs de la santé depuis la communauté jusqu'au niveau central. Une plateforme DHIS2 est fonctionnel et permet le suivi des enfants vaccinés et les doses administrées de façon mensuelle. Depuis 2022, toutes les activités nécessitant des fonds qui étaient dédiés à l'amélioration de la qualité des données n'ont pas été mises en œuvre pour différentes causes notamment budgets non disponibles, des urgences de santé publique que le pays a fait face. Ceci traduisant la disponibilité des données dont la qualité reste à désirer. Seuls des feedbacks mensuels étaient adressés au niveau BDS pour améliorer la qualité et la performance des données de vaccination. Nous constatons aussi que la disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité est insuffisante pour une meilleure gestion des données. Mais également la plateforme DHIS2 a changé de version rendant difficile sa manipulation. Au niveau communautaire, l'utilisation de registre de monitoring communautaire n'est pas effective et son remplissage est difficile pour les ASC.

Dans les dossiers de soumission de FPP et CDS3, des activités telles que la formation à tous les niveaux du système de santé sur la nouvelle version DHIS2, Formation des ECD, TPS et ASC sur le remplissage du registre de monitoring communautaire, cartographie des enfants zéro dose et sous vaccinés, l'analyse des données, la revue des données, les audits interne et externe ainsi que les activités de suivi de l'utilisation du registre de monitoring communautaire ont été planifiées pour pallier aux défis ci haut cités.

Le système de gestion logistique (SGL) existant utilise différents outils de Gestion à plusieurs niveaux à savoir le SMT au PEV central, le logiciel SAGE au niveau de la CAMEBU, le logiciel CHANEL au niveau des districts et les outils papier au niveau des centres de santé et hôpitaux. Tous ces outils n'étant pas interconnectés et ne constituant pas un système d'information de gestion capable de suivre et gérer les médicaments et autres produits de santé et Nutrition, le Burundi appuyé par ses partenaires au développement a engagé un processus de mise en place d'un Système d'information Logistique à travers la plateforme électronique Medexis pour améliorer la gestion de l'ensemble des médicaments et autres produits des programmes de santé. Pour l'année 2023, USD 400K du RSS3 ont été mis en contribution dans le processus de préparation du déploiement du système e-LMIS. Les principales activités réalisées sont les suivantes : i) organisation d'un atelier pour cartographier les flux de processus de chaque programme et pour optimiser et aligner les processus des programmes verticaux ; ii) organisation d'une formation pour 12 formateurs et 30 utilisateurs des UAT ; iii) formation/recyclage des gestionnaires des établissements de santé ; iv) fourniture de deux véhicules de supervision et de 37 ordinateurs portables. La planification du FPP a prévu une somme de USD 2.5M pour appuyer le déploiement du e-LMIS.

- **Quelles mesures le pays compte prendre pour répondre aux lacunes persistantes ou remédier aux barrières à la performance du programme de vaccination, et le cas échéant ?**

Pour répondre aux lacunes persistantes à la performance du programme, le pays compte capitaliser les différents appuis technique et financiers acquis, l'implication de la communauté de la planification à la mise en œuvre et au suivi évaluation, aussi la capitalisation de la plateforme seconde année de vie et les résultats de l'étude socio anthropologique avec une bonne coordination des interventions et des supervisions formatives conjointes ciblées en fonction des résultats de l'analyse des données mais également le rattrapage des EZD et ESV. Il est important de capitaliser toute autres opportunités comme les réponses aux urgences sanitaires pour intégrer la vaccination et remédier aux barrières à la performance du PEV avec un système de surveillance des maladies évitables par la vaccination renforcée.

- **Commentez sur la qualité des données de vaccination en réponse aux questions d'apprentissage identifiées dans vos demandes de subvention.**

**Plus précisément :**

- ✓ **Quelles mesures ont été prises pour améliorer les performances des programmes de vaccination sur la base de ces données ?**
  - Utiliser du registre de monitoring communautaire des ASC pour le suivi du statut vaccinal des enfants
  - Utiliser l'échéancier au niveau des CDS pour identifier les sous vaccinés afin de les rattraper en routine
  - Faire le rattrapage en routine
  - Faire des stratégies avancées
  - Renforcer la qualité des données à travers différentes interventions déjà citées ci haut
  - Faire des missions de supervisions formatives
- ✓ **Les données utilisées peuvent-elles permettre de mieux comprendre les obstacles spécifiques à la vaccination, guider avec succès la mise en œuvre et corriger les activités proposées ?**

Les données quantitatives ne peuvent pas à elles seules ressortir les obstacles spécifiques à la vaccination. Une étude qualitative notamment étude CAP a été réalisée pour appuyer les données quantitatives. Une étude socio anthropologique est aussi en cours.

#### **Commentaires du pays :**

A l'instar d'autres pays de la région Africaine, au Burundi la qualité des données de vaccination constitue un défi majeur avec un taux faible de complétude et des promptitudes à travers le DHS2. Les données collectées à travers DHS2 actuellement ne permettent pas de comprendre les obstacles de la vaccination et de guider une bonne planification des activités du PEV.

Des efforts pour améliorer la qualité des données ont été entrepris par le PEV en concertation avec la DSNIS, notamment la tenue des réunions trimestrielles d'analyse et de validation des données au niveau central et des districts.

Au niveau central, une réunion mensuelle d'harmonisation des données a été convenue avec les parties prenantes. Le niveau central devrait transmettre mensuellement aux districts un feedback sur l'analyse des données de vaccination et de surveillance des MEV pour action et les supervisions formatives seront conduites en fonction des résultats de ces réunions d'analyse.

En outre, un consultant international est en cours de recrutement par l'OMS pour accompagner l'élaboration du plan d'amélioration de la qualité des données (PAQD) et un appui technique au côté du PEV et de la DSNIS pour accompagner les efforts de l'amélioration de la qualité des données est nécessaire.

Il est important de capitaliser les innovations en matière de la qualité des données et renforcer les capacités de ressources humaines au niveau des districts pour l'amélioration de la qualité des données.

## Mise en œuvre financière des subventions en espèces de Gavi

### Résumé du soutien\*\*\* en espèces<sup>2\*</sup>

L'UGADS en coordination avec le PEV et les partenaires techniques concernés sont priés de remplir les colonnes Dépenses, Utilisation et Solde de trésorerie

Subventions	Bénéficiaire	Période	Statut au 30 avril 2024					Solde de trésorerie	Conformité**	
			Valeur subvention	Approuvé	Décaissé	Dépenses	Taux utilisation		Rapp. financier	Audit
CDS3 (11,799,999.88)	IOM	2023-2025	946,179	946,179	257,934					
	MS	2023-2025	3,587,178.54	3,587,178.54	500,000	0	0			
	UNICEF	2023-2025	6,022,865	6,022,865	3,800,808	1,888,352.81	49.68	1912455.19		
	OMS	2023-2025	403,527.00	403,527.00	377128	133876	51%	183251		
RSS3 +PBF (34,550,000)	MS	2019-2023	6,247,493	6,247,493	6,247,493	5,981,446.24	95.74	266,046.76		
	UNICEF	2019-2023	14,244,775	14,244,775	14,244,775	14,242,481.5	99.98%	2294		
	BM	2019-2023	14,007,732	14,007,732	14,007,732					
RSS4		2024-2027	21,458,480	21,458,480 <sup>3</sup>						
FAE		2024-2026	3,863,616	3,863,616						
Projet d'innovation		2024-2025	2,554,454	2,554,454						
CCEOP5.0		2024-2025	1,982,626	1,982,626						
Campagne de suivi RR (951,677)	MS	2021		848,890	848,890					
	UNICEF			102,787	102,787	102787	100%	0		
Introduction du vaccin contre le paludisme	MS	2024-2025	178,534	178,534	178,534	911	0.5%			
Assistance technique	UNICEF	2022-2023		\$364392	\$364392	\$364'392.00	100%	0		
	OMS	2022-2023		\$637'134.80	\$329'009.00	\$239936	73%	89073		
	UNICEF	2023-2025	\$805905.72	\$805 905,72	\$292871	\$329535.36	10%	263335.64		
	OMS	2023-2025	\$403443	\$403443	\$254689	\$79636	78%			

\*Tous les montants sont en USD

\*\*Commentaire ci-dessous en cas de non-conformité

\*\*\* Le tableau ne contient pas les montants des partenaires élargis

**Question d'apprentissage : Dans quelle mesure le pays a été en mesure d'absorber les financements de Gavi et quels en sont les moteurs ?** (Ceci doit couvrir tous les financements, y compris les fonds transitant par les partenaires)

- **Situation des comptes bancaires des 3 subventions en cours de clôture au 31 Décembre 2023**

<sup>2</sup> Toutes les subventions de RSSV (RSS, SIV, OPS, changement), le financement accélérateur de l'équité et le soutien à la livraison des vaccins en espèces, le cas échéant.

<sup>3</sup> Du montant approuvé US\$9,999,032 est disponible pour 2024-2025, et US\$11,459,448 sera disponible à partir de 2026.

	Montant en \$	Engagements	Situation
BRB/RSS3	65 730	0	65 730
BANCOBU/RSS3	317 023	169 350	147 673
BANCOBU/RR	15 390	251	15 139
BANCOBU/VPI	19 804	0	19 804
<b>Total</b>	<b>417 949</b>	<b>169 601</b>	<b>248 348</b>

- Situation actuelle des comptes bancaires des 3 subventions en cours de clôture au 31 Mai 2024

	Montant en \$	Engagements	Situation
BRB/RSS3	25 721	0	25 721
BANCOBU/RSS3	42 693	24 996	17 696
BANCOBU/RR	16 950	251	16 699
BANCOBU/VPI	19 669	0	19 669
<b>Total</b>	<b>105 034</b>	<b>25 247</b>	<b>79 808</b>

- Situation des nouvelles subventions de 2024 -2026

	Montant en \$	Montant en \$	Décaissé Gavi	Décaissé au PEV
<b>CDS3</b>	2023-2025	3 587 178	500 000	48 200
<b>RSS4</b>	2023-2027	21 458 480	0	411 828*
<b>FAE</b>	2024-2026	3 863 616	0	
<b>Paludisme</b>	2024-2025	178 534	178 534	71 031
<b>Total</b>		<b>25 228 056</b>	<b>678 534</b>	<b>531 059</b>

\*244 975 : les fonds CDS ont été utilisés, une réallocation sera faite dès que le RSS4 sera disponible

\*166 853 issus du reliquat de RSS3

**12. Question d'apprentissage : Dans quelle mesure le pays parvient-il à résoudre les problèmes découlant des activités d'assurance fiduciaire ? Quels sont les problèmes restant encore à résoudre et quelles sont les dispositions à envisager pour l'année à venir ?**

- **Quel est l'état d'avancement de la mise en œuvre des exigences en matière de gestion des subventions ?**

Le pays a mis en œuvre certaines exigences en matière de gestion des subventions. Cependant, certaines recommandations n'ont pas été appliquées, notamment :

- Revue du manuel de procédures de gestion financière : L'UGADS devait revoir le manuel pour préciser le délai de justification des avances consenties aux entités de mise en œuvre. Bien que le manuel ait été mis à jour pour fixer ce délai à 15 jours après l'exécution de l'activité, il n'est pas encore appliqué. En effet, l'UGADS accuse des retards significatifs dans la justification des avances, notamment celles octroyées en 2023 qui restent non justifiées.
- Utilisation efficiente du logiciel comptable TOMPRO : L'audit avait recommandé une formation pour le personnel chargé de la gestion des immobilisations et de la passation des marchés afin d'exploiter les modules pertinents de TOMPRO. Ces modules ne sont pas utilisés, contrairement aux recommandations de l'audit de GAVI. De plus, la formation du personnel du service financier à l'utilisation de TOMPRO n'a pas eu lieu, ce qui a un impact négatif sur la gestion quotidienne des subventions de GAVI octroyées au MSPLS.
- Gestion des immobilisations : L'audit avait également recommandé de tenir à jour le registre des immobilisations et de réaliser un inventaire annuel. Cependant, l'UGADS ne dispose pas d'un registre actualisé et le dernier inventaire date du 31 décembre 2022.
- Rapports financiers trimestriels : L'audit de GAVI avait recommandé à l'UGADS de préparer un rapport trimestriel sur la situation de la trésorerie de tous les financements de GAVI au Burundi, ainsi qu'un rapport financier global. Ces rapports ne sont pas encore préparés ; le rapport actuel de l'UGADS ne couvre que les subventions de GAVI allouées au MSPLS.
- Inscription de la subvention de GAVI dans la loi des finances : Cette recommandation de l'audit n'a pas encore été mise en œuvre.
- Signataires des comptes bancaires : L'audit avait recommandé que l'agence fiscale soit signataire sur tous les comptes bancaires utilisés pour la gestion des subventions de GAVI. À ce jour, l'AP n'est pas signataire sur le compte bancaire en devises ouvert à la BRB

- **Quel est le taux de mise en œuvre des recommandations des audits externes de la subvention : nombre de recommandations formulées et nombre de recommandations mises en œuvre.**

Pour les recommandations en cours, préciser les dates prévisionnelles d'achèvement de la mise en œuvre, et justifier les recommandations dont la mise en œuvre accuse un retard et celles jugées non pertinentes.

Le dernier rapport d'audit de GAVI avait formulé vingt-quatre recommandations. Dix-sept (17) recommandations ont été mises en œuvre et sept (7) sont en cours d'exécution. Le taux de réalisation des recommandations est de 70%.

Les tableaux suivants montrent les recommandations mises en œuvre et celles qui sont en cours d'exécution.

#### a) Recommandations mises en œuvre

No	Description de la recommandation	État d'exécution
4.1.1	Le MSPLS, en lien avec le PEV et l'UGP, devra : - S'assurer du respect général du cadre de fonctionnement du CPSD et notamment du groupe thématique SME ;	Mise en œuvre
4.1.4	Planifier des audits externes et un éventuel recrutement d'un cabinet d'audit qualifié	Mise en œuvre
4.1.5	Développer l'outil de suivi pour mieux s'assurer de la mise en œuvre des recommandations d'audits internes, externes et également de l'IGE et de l'IGS, le cas échéant.	Mise en œuvre
4.1.6	Le PEV devra actualiser les fiches de poste pour tout le personnel et inclure ces fiches au manuel des procédures du PEV.	Mise en œuvre
4.2.5	S'assurer que tous les fonds Gavi sont exclusivement transférés sur les comptes dédiés des partenaires sous-bénéficiaires.	Mise en œuvre
4.3.1	Suivi régulier de l'état d'exécution budgétaire de la subvention GAVI.	Mise en œuvre
4.4.1	L'UGP et sa Cellule de Passation de Marchés devra établir un PPM et assurer son suivi régulier par des tableaux de bord appropriés	Mise en œuvre
4.4.2	L'UGP et le PEV devront mettre en place un registre des contrats/bons de commande et s'assurer de sa conformité avec le code des marchés publics.	Mise en œuvre
4.4.3	L'UGP et le PEV doivent respecter les procédures de passation des marchés.	Mise en œuvre
4.5.1	L'UGP devra compléter le manuel des procédures et notamment la fiche d'analyse des paiements par la mise en place de mécanismes permettant un contrôle systématique de la qualité de justification des dépenses.	Mise en œuvre
4.6.1	Dans le cadre de la mise en œuvre des recommandations de la GEV, le PEV devra poursuivre les actions correctives permettant un meilleur suivi des stocks à chaque niveau de la pyramide sanitaire et la remontée des données détaillées de la gestion des vaccins.	Mise en œuvre
4.6.2	Le PEV devra détailler le suivi et l'enregistrement des températures des équipements de la chaîne du froid (notamment à travers l'utilisation des fridge tags)	Mise en œuvre
4.6.3	Le PEV devra procéder à l'évacuation et au retraitement des matériels frigorifiques non utilisés selon les règles environnementales adaptées ;	Non mise en œuvre
4.6.4	Le MSPLS, en concertation avec le PEV, devra prendre les mesures suivantes afin d'améliorer la qualité des données sanitaires entrées dans DHIS2 : - Former les opérateurs de saisie DHIS2 et les personnels chargés de vérifier l'exactitude des données dans tous les FOSA ; - Mettre en place des points de vérification de cohérence des données (triangulations) à différents niveaux de la pyramide sanitaire afin de détecter les saisies incorrectes ; - Dresser une cartographie de la qualité du rapportage des données du DHIS2, comprenant notamment promptitude, exhaustivité et exactitude et engager une réflexion sur l'incitation des FOSA à l'utilisation de	Mise en œuvre

	l'outil DHIS2 (pertinence des données disponibles, ergonomie de la plateforme, reconnaissance des progrès réalisés, etc.).	
4.6.5	Le MSPLS, en lien avec l'UGP et les PTF, devra dans les plus brefs délais : - Identifier les opportunités de reprendre les objectifs de l'activité de dénombrements et atteindre des résultats exploitables ; - S'assurer d'une mobilisation efficace des relais de santé communautaires à travers le recrutement des OSC effectué par les PTF ; - Valider les résultats obtenus à travers une vérification indépendante dans un échantillon de zones géographiques	Mise en œuvre
4.6.6	Le PEV devra mettre en œuvre le renforcement des pratiques en matière de détection de symptômes et de remontée des cas suspects dans les districts (échantillons à analyser et informations à entrer dans DHIS2), à travers notamment la formation des relais de santé communautaire et des campagnes d'information.	Mise en œuvre
4.6.7	Le PEV et les autres programmes épris par la supervision devront revoir les canevas de supervision afin d'apporter une inclusion suffisante des aspects propres à la vaccination.	Mise en œuvre

**b) Les recommandations en cours d'exécution sont les suivantes :**

No	Intitulé	Description de la recommandation	État d'exécution	Délai d'exécution
4.1.3	Cadre de contrôle interne insuffisant	Le manuel des procédures utilisé par le PEV au cours de la période audité était incomplet et peu adapté à la gestion des subventions	La revue du manuel des procédures du PEV est encours par AP 2AC	30 août 2024
4.2.3	Comptabilisation et suivi des immobilisations insuffisants	L'équipe d'audit a identifié des lacunes significatives dans la gestion comptable des immobilisations effectuée par l'UGP	Le registre des immobilisations n'existe pas. L'inventaire des immobilisations n'est pas fait régulièrement. Le dernier inventaire date du 31 décembre 2022	30 septembre 2024
4.4.4	Faiblesses en matière de suivi d'exécution des marchés	Le MSPLS, en lien avec l'UGP et la Cellule de Passations de Marchés, devra : - S'assurer de la conformité documentaire dans le cadre de l'exécution des marchés	Cette recommandation est en cours d'exécution avec l'appui de l'AP.	Continue (au fur et à mesure de la mise en œuvre des marchés)
4.2.1	Suivi des avances	Lacune dans le suivi des avances par l'UGADS	Le problème de suivi des avances n'est pas encore résolu. L'UGADS n'a pas encore reçu les pièces justificatives des avances octroyées en 2023 aux partenaires de mise en œuvre de la subvention ; pourtant le manuel des procédures prévoit que ces pièces justificatives doivent être disponibles dans les 15	30 septembre 2024

			jours après la réalisation de l'activité.	
4.1.2	Manque de coordination entre l'UGP et le PEV	PEV et l'UGP interagissent de manière régulière dans le cadre de la gestion des activités liées aux programmes de vaccination. Ces échanges, non formalisés par des comptes-rendus de réunions, portent essentiellement sur les requêtes de financement. La revue du mécanisme de soumission et de règlement des requêtes de financement formulées par le PEV auprès de l'UGP a mis en évidence des zones d'inefficience	UGADS a rédigé un contrat d'objectif avec le PEV. Ce draft n'est pas encore validé par les deux institutions. Ce contrat sera intégré dans les deux manuels de procédures (PEV et UGADS)	30 août 2024
4.2.2	Contrôle de validation des justificatifs de dépenses non formalisé	Au cours de la période audité, l'UGP n'a pas matérialisé le contrôle quantitatif et qualitatif des pièces justificatives reçues des partenaires sous-bénéficiaires, ni sous forme de checklist de contrôle, ni de procès-verbal de vérification des justificatifs dûment signé par la comptable et approuvé par le RAF.	Ce problème persiste toujours. Actuellement le PEV ne justifie pas les avances reçues de l'UGADS mais au contraire le PEV fait la saisie des transactions comptables et garde les pièces justificatives. Le PEV devrait produire un rapport financier de la requête précédente avant de n'adresser à l'UGADS une nouvelle requête de financement	Immédiat
4.2.4	Respecter les exigences en matière de consolidation comptable des fonds Gavi	L'UGADS ne tient pas la comptabilité consolidée de toute la subvention de GAVI au Burundi afin de permettre une vue d'ensemble de la performance de la subvention comme recommandé par les règles de gestion de la subvention de GAVI.	La consolidation des états financiers de tous les gestionnaires des fonds GAVI (UGADS, PEV, UNICEF, OMS, OSC) n'est pas encore fait. Les agences des nations unies devraient partager avec UGADS les pièces justificatives des dépenses réalisées	Date improbable tant que le défi n'est pas levé

- **Commenter les améliorations apportées en matière de gestion financière et de réduction des risques fiduciaires au soutien de GFA, STPH (p. ex. la mise en œuvre des GMRs, l'implémentation des recommandations des audits**

Les assistants techniques ont soutenu l'UGADS et le PEV dans la mise en œuvre des GMRs. Cependant, ils n'ont pas pu appliquer les GMRs efficacement en raison des changements fréquents dans la structure de l'UGADS, entraînant une perte de mémoire institutionnelle et de ressources humaines expérimentées. Les principaux défis que l'UGADS doit relever sont les suivants :

- **Mise en œuvre du manuel de passation des marchés** : Assurer que les procédures de passation des marchés sont conformes aux directives établies.
- **Utilisation efficiente du logiciel comptable TOMPRO** : Améliorer l'utilisation de TOMPRO pour la production des rapports financiers, la gestion des marchés/contrats, et la gestion des immobilisations.
- **Tenue d'un registre des immobilisations et inventaire annuel** : Maintenir un registre précis des immobilisations et réaliser un inventaire annuel pour assurer une gestion efficace des actifs.
- **Gestion des avances** : Aligner la gestion des avances sur les directives du manuel des procédures de l'UGADS.
- **Rapportage financier à jour** : Mettre à jour les rapports financiers et respecter les exigences des GMRs en matière de rapportage financier des subventions de GAVI.

**13. Question d'apprentissage : Veuillez commenter tout autre goulot d'étranglement en matière de gestion financière pour la mise en œuvre et la conformité avec les Exigences en matière de Gestion des Subventions.**

**Commentaires du pays :**

- **Manque de ressources humaines** : l'UGADS dispose d'un effectif réduit chargé de la gestion des deux subventions de GAVI et du Fonds Mondial. Cet effectif insuffisant rend difficile la mise en œuvre des contrôles internes comme prévu dans le manuel des procédures. Les difficultés incluent la saisie régulière des transactions comptables, le suivi des avances, la réalisation des inventaires, la clôture mensuelle des comptes et la production des états financiers dans les délais réglementaires.
- **Problèmes d'exploitation des logiciels comptables** : Bien que l'UGADS et le PEV possèdent le logiciel comptable TOMPRO, capable de gérer les immobilisations, ces modules ne sont pas exploités en raison du manque de personnel qualifié. Par conséquent, la gestion des immobilisations et des marchés pose des problèmes, notamment la tenue des registres et la réalisation des inventaires.
- **Turnover du personnel** : Le turnover au sein de l'UGADS entraîne une perte de mémoire institutionnelle. Par exemple, les travaux réalisés par l'ancienne chef comptable et responsable de la passation des marchés ne sont pas accessibles en raison d'un système d'archivage inexistant et de l'absence d'un processus adéquat de passation des fonctions lors de la démission du personnel.
- **Audit externe insuffisant** : Les audits externes ne sont pas effectués par des experts capables de fournir des informations nécessaires à l'évaluation de la performance des subventions GAVI. Le rapport d'audit de l'année 2021-2022 ne présente pas tous les états financiers nécessaires, comme le bilan et la comparaison de la performance entre les différents exercices financiers. De plus, les ajustements proposés par l'audit ne sont pas comptabilisés, alors que l'auditeur devrait s'assurer que ces ajustements sont effectués avant la production des états financiers finaux.

### C. Mise en œuvre de l'assistance technique aux pays (Assistance pays ciblée du Cadre d'engagement des partenaires)

État de mise en œuvre de l'assistance technique (à remplir par les partenaires techniques, en coordination avec le PEV)

	Réalisé	En retard	En cours	Reprogrammé	Taux engagement des activités	Réalisations
<b>Assistance technique CDS</b>						
<b>UNICEF</b>	<b>3</b>	<b>2</b>			<b>100%</b>	
<b>OMS</b>	<b>1</b>				<b>100%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recrutement de 4 consultants depuis juillet 2023 et affectés dans les provinces de Bujumbura, Bujumbura Mairie, Ngozi, Gitega et Mwaro ; 9 districts sur 15 ont déjà intégré la vaccination contre la covid-19 dans la routine. Le défi rencontré est la génération du certificat car la base des données n'est pas actualisée</li> </ul>
<b>Dalberg</b>	<b>1</b>	<b>0</b>			<b>60%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation des processus et de la structure organisationnelle du PEV</li> <li>Élaboration du plan de transformation organisationnel avec le cadre de redevabilité</li> <li>Mise en place du tableau de suivi des assistants techniques dans les subventions RSS et CDS3 permettant le suivi de la mise en œuvre du TCA</li> <li>Mise en place d'un tableau de suivi des indicateurs programmatiques et financiers du PEV</li> <li>Élaboration d'un plan de formation annuelle du PEV</li> <li>Appui à la planification intégrée du Plan Annuel du PEV incluant aussi bien les interventions du PEV que celles des Partenaires</li> <li>Appui au renforcement de la coordination au sein de la DPEV et entre la DPEV et l'UGADS</li> <li>Appui à la préparation et la soumission dans les délais des budgets, demandes de subvention et documents Gavi en collaboration avec l'ensemble des partenaires techniques et financiers</li> <li>Autres activités de routine.</li> </ul>
<b>OIM</b>						<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Activité 1</b> : Équipement des enquêteurs chargés de la collecte de données sur les migrations et les risques pour la santé publique. Les équipements ont été achetés et confectionnés pour les enquêteurs (tablettes, laptop, Bottes, tentes, Blouse imperméables, T-shirts)</li> </ul>

						<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Activité 2</b> : Formation des enquêteurs à la collecte de données sur les migrations et les risques pour la santé publique. Formation de la 1ère vague des enquêteurs (25) : 6 et 7 février 2024 et la 2ème vague des enquêteurs (25) : 30 et 31 mai 2024</li> <li>• <b>Activité 3</b> : Déploiement des enquêteurs pour collecter efficacement des données sur les migrations et les risques pour la santé publique. Début collecte des données : 27 février 2024 : Collecte de données toujours en cours</li> <li>• <b>Activité 4</b> : Validation et partage d'informations sur les risques liés à la migration et à la santé publique. Processus de création des formulaires de collecte entamé de novembre 2023 à janvier 2024 avec l'équipe du PEV. Processus de validation mené avec le PEV du 25 mars au 25 avril, incluant une 1ère séance de validation et la prise en compte des recommandations. Planification de la validation finale pour fin juin 2024 (en coordination avec PEV)</li> </ul>
<b>PEF TCA</b>						
<b>UNICEF</b>	<b>10</b>	<b>0</b>			<b>100%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration de la stratégie urbaine de vaccination ;</li> <li>• Soutien à la gestion des vaccins, la maintenance des équipements de la chaîne du froid et au monitoring de la température à distance.</li> <li>• L'enquête CAP a été réalisée. Sur la base des résultats de l'enquête, le plan de communication du PEV a été mis à jour.</li> <li>• Élaboration de la stratégie nationale de vaccination et son costing</li> <li>• Organisation d'un atelier de sensibilisation des parlementaires en vue d'augmenter le financement national de la vaccination.</li> </ul>
<b>OMS</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>		<b>87%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration de la stratégie de la deuxième année de vie et au-delà,</li> <li>• L'élaboration du plan de renforcement de la surveillance</li> <li>• Appui à l'élaboration des plans d'introduction des vaccins HPV et contre le paludisme</li> <li>• Appui à l'intégration des programmes PEV, PNSR, PRONIANUT et PNILP dans les curricula de formation médicale et paramédicale</li> <li>• Appui au fonctionnement des comités MAPI, CNVER, GTCV...</li> <li>• Appui au renforcement de la surveillance des MEV et gestion des données</li> <li>• Appui à la mise en œuvre de la stratégie zéro dose</li> <li>• Appuyer la réalisation de la revue externe du PEV</li> </ul>

OIM						
						•
<b>Autres</b>						
Dalberg	2	0	0		50%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 AT recrutés pour appuyer l'introduction du vaccin antipaludique</li> <li>• Évaluation des mécanismes et infrastructures pour informer le déploiement du vaccin antipaludique</li> <li>• Appui au NITAG pour statuer sur le choix du vaccin antipaludique</li> <li>• Réévaluation du budget d'introduction, identification des gaps et des sources de financement disponibles</li> <li>• Appui à l'élaboration des modules de formation pour le programme de vaccin contre le paludisme</li> <li>• Actualisation des outils de collecte des données pour intégrer la vaccination contre le paludisme</li> <li>• Préparation de l'introduction du vaccin antipaludique : appui à l'élaboration de l'outil de microplanification avec les districts sanitaires</li> <li>• Planification des formations en cascade (niveau central, BPS_BDS et vaccinateurs)</li> <li>• Élaboration d'un chronogramme et stratégies des activités d'introduction</li> <li>• Conduite d'une investigation sociale pour informer l'élaboration du plan de communication</li> <li>• Élaboration du plan de communication spécifique à l'introduction du vaccin contre le paludisme</li> <li>• Appuyer la formation des formateurs</li> </ul>
Solina	8	0	3		100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation du programme intégré de soins de santé primaires et de la capacité des centres de soins de longue durée dans les six provinces sélectionnées.</li> <li>• Rapport de diagnostic partagé avec le programme PEV</li> <li>• Conformément aux recommandations des diagnostics, l'équipe a commencé à aider les provinces à élaborer des plans d'action annuels et à revitaliser les groupes de travail techniques (GTT). Cela comprend un examen des termes de référence et des modèles des GTT</li> <li>• En outre, l'équipe a commencé à planifier la mise en place d'un renforcement des capacités sur mesure pour le personnel. Les progrès</li> </ul>

						réalisés comprennent l'élaboration d'un programme et d'un module de formation
--	--	--	--	--	--	---

**14. Question d'apprentissage : Le pays met-il en œuvre l'Assistance pays ciblée du Cadre d'engagement des partenaires (TCA) et l'assistance technique CDS comme prévu ?**

Oui le pays en collaboration avec ses partenaires de l'Alliance, met en œuvre l'Assistance technique qui a été ciblée. Tous les partenaires de l'Alliance ont pu mettre à la disposition du PEV les appuis de l'AT convenue

**Veillez expliquer comment l'Assistance pays ciblée a aidé à soutenir la réalisation des objectifs du pays.**

L'AT mise à la disposition du PEV a permis d'améliorer les performances du programme dans les domaines de l'approvisionnement en vaccins et matériel de vaccination, la surveillance des maladies, la communication pour le changement de comportement afin d'adhérer à la vaccination, la gestion des données et l'élaboration des document normatifs et de planification et gestion du programme.

**Veillez commenter l'efficacité de l'assistance technique, les limites/défis et les recommandations d'amélioration.**

L'assistance technique apportée au PEV touche plusieurs domaines qui convergent vers l'amélioration des performances du système de vaccination. La collaboration entre le PEV et les partenaires permet d'améliorer l'efficacité de l'AT mise à la disposition du PEV  
Cependant, la mise en œuvre de certaines assistances techniques est limitée par l'insuffisance et la disponibilité du personnel, le déphasage entre la disponibilité de l'AT et celle des coûts opérationnels, la mobilité du personnel et l'insuffisance des moyens pour les approvisionnements et les supervisions

**Indicateur(s) :**

- Analyse nationale des performances des partenaires conformément aux plans de travail

**Graphiques :**

*Voir section précédente*

**Commentaires du pays :**

Les Assistants Techniques (AT) recrutés à tous les niveaux apportent leur soutien aux techniciens nationaux dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités selon les priorités du pays. Globalement, la collaboration entre la partie nationale et les AT est bonne et dans un climat apaisé. Cependant, on observe une inégalité dans leur répartition au niveau opérationnel, certaines provinces étant dépourvues d'AT tandis que d'autres en ont plusieurs. Dans les provinces et districts soutenus, le programme de travail des AT n'est pas toujours aligné avec celui de leurs homologues nationaux. De plus, la redevabilité des AT envers les provinces et districts qu'ils appuient nécessite des améliorations. En outre, certains AT ne sont pas basés dans les structures qu'ils soutiennent, ce qui réduit les interactions avec le personnel local et limite le transfert de compétences vers ce dernier.

Certaines actions pourraient améliorer l'appropriation de l'assistance technique par la partie nationale :

- Le plan d'AT doit être basé sur les besoins réels du PEV et élaborés en étroite collaboration avec ce dernier
- L'élaboration des AT doit être faite conjointement avec le service ou entité concerné
- Chaque AT doit disposer d'un plan de mise en œuvre partagé avec le PEV
- Les AT doivent être redevables des structures qu'ils appuient (PEV, Provinces, Districts) en partageant chaque mois un état de mise en œuvre de leur plan de travail
- Les AT devraient être basés au sein des entités/services qu'ils appuient.

## Section 2 - Perspectives : résumé des points de discussion et actions de suivi à présenter/discuter pendant le CCIA (Comité de Coordination Inter Agences/ Comité de santé Mère-enfant)

Veillez résumer brièvement les **principaux points de discussion**, y compris les **besoins identifiés** et les **actions de suivi** résultant de l'examen de la situation du programme de vaccination en 2023 et des conclusions issues du dialogue entre les parties prenantes lors de l'évaluation conjointe.

Ceci peut comprendre :

- Les besoins et priorités identifiés (à actionner pour l'année 2024).
- Les actions de suivi pour accélérer les activités planifiées.
- Les ajustements attendus des activités et, le cas échéant, du plan de travail, des objectifs et du budget de Gavi, tels que les réaffectations/réallocations du budget, les modifications préconisées pour la planification de l'assistance pays ciblée, la révision des dates pour les demandes ou introductions anticipées de nouveaux vaccins, etc.<sup>4</sup>
- Le déploiement ou l'expansion des pratiques prometteuses et des innovations.
- D'autres aspects et des actions de suivi

Vaccination de routine

- Stratégie de rattrapage des enfants zéro dose et sous vaccinés
- La mise en œuvre du Big Catch Up
- L'intégration de la vaccination contre la Covid-19 dans la routine (défis)
- La qualité des données de vaccination
- Les sui-évaluation des activités de vaccination

La surveillance des MEV

- Le transport des échantillons des districts vers le niveau central
- La mise en œuvre effective de la surveillance active des MEV dans les districts
- La surveillance transfrontalière

L'introduction des nouveaux vaccins

- Le cofinancement
- L'Initiative Indépendance Vaccinale

La préparation et la réponse aux épidémies

- Le retard dans la riposte aux épidémies de rougeole
- La constitution d'un stock de sécurité pour répondre aux épidémies surtout de rougeole

La mise en œuvre des TCA

- La problématique des coûts opérationnels

La réunion du Groupe Thématique Santé Mère Enfant a marqué la conclusion de l'évaluation conjointe et de la visite de Gavi. Cette plateforme de coordination, agissant comme Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA), inclut tous les programmes de santé du Ministère de la Santé relatifs à la santé maternelle et infantile. La session a été présidée par Monsieur le Directeur du Programme Élargi de Vaccination (PEV).

Les principaux sujets abordés lors de cette réunion ont concerné la restitution des résultats de l'évaluation conjointe ainsi que l'état des préparatifs pour la campagne de vaccination contre la rougeole. Cette campagne sera associée à la supplémentation en vitamine A et au déparasitage à l'albendazole.

Le Directeur du PEV a présenté un récapitulatif des discussions tenues durant l'évaluation conjointe et a identifié les principaux défis rencontrés. Dans son exposé, il a proposé un plan d'action pour répondre à ces défis, en insistant particulièrement sur l'amélioration de la qualité des données, le

<sup>4</sup> Ceci concerne tous les types de soutien de Gavi

renforcement de la surveillance et la mise en place de stratégies de rattrapage afin d'augmenter les taux de couverture vaccinale.

À la fin de la réunion, plusieurs recommandations ont été formulées et consignées dans le tableau récapitulatif des actions de suivi, afin d'assurer la mise en œuvre effective des mesures discutées.

**Points d'action et de suivi issus des recommandations de la mission**

Points de suivi	Responsabilité	Échéances
<b>Planification</b>		
Valider la Stratégie Nationale de Vaccination lors de la prochaine réunion CPD	PEV et partenaires	Août 2024
Faire une planification intégrée des différentes subventions, ainsi que le grand rattrapage	PEV et partenaires	8 juillet 2024
Améliorer et mettre à jour les outils de microplanification pour qu'ils soient plus adaptés aux besoins actuels des districts	PEV et partenaires	15 juillet 2024
Finaliser le rapport (formulaire) de l'évaluation conjointe à soumettre au Secrétariat de Gavi	PEV et partenaires techniques	15 juillet 2024
Appuyer les districts à élaborer et mettre à jour leurs microplans annuels / Trimestriels	PEV et partenaires	Trimestriellement
Organiser un atelier pour présenter les microplans budgétisés, permettant ainsi de vérifier leur faisabilité et de garantir leur alignement avec les objectifs du PEV	PEV et partenaires	30 juillet 2024 et puis annuellement
Préparer un mini manuel des procédures en collaboration avec 2AC et UGADS pour guider les districts dans l'élaboration et la mise en œuvre des microplans.	UGADS et 2AC	Juillet 2024
Faire valider le manuel des procédures revu	UGADS et 2AC	Août 2024
<b>Optimisation de l'approvisionnement</b>		
Reconfigurer la chaîne d'approvisionnement afin d'améliorer l'efficacité et la rapidité de la distribution des vaccins et autres fournitures médicales.	Unicef en appui au PEV	30 juillet 2024
Élaborer un plan de distribution trimestriel des vaccins et intrants pour mieux gérer les stocks et les livraisons, en s'assurant de la disponibilité continue des produits nécessaires	PEV, Unicef	Dès le 15 juillet 2024
Faire des estimations des besoins basées sur les consommations réelles en vaccins au	PEV, Unicef	20 juillet 2024

Points de suivi	Responsabilité	Échéances
niveau des districts plutôt que sur des données cibles qui ne sont pas toujours fiables		
<b>Qualité des données</b>		
Mettre en œuvre des audits réguliers de la qualité des données.	OMS	Août 2024
Envisager une triangulation périodique des différentes données, incluant les données des AVS Polio, les données issues des différents dénombrements pour réajuster les cibles.	PEV, Partenaires	A compter de fin Juillet 2024
<b>Surveillance épidémiologique/Stratégie de santé communautaire</b>		
Former les cliniciens des hôpitaux et les prestataires des CDS sur la notification précoce des Maladies Évitable par la Vaccination (MEV) pour améliorer la surveillance et la réponse rapide.	PEV, OMS	Dès que possible avant fin août
Mettre en place un système d'alerte précoce particulièrement important dans un contexte fragile comme celui du Burundi, pour permettre une réponse rapide aux épidémies.	PEV, OMS	Dès que possible d'ici mi-septembre 2024
Valider les directives sur la surveillance des PEV	PEV, OMS	22 Juillet 2024
<b>Assistance technique</b>		
Cartographier les Assistants techniques disponibles et élaborer les besoins d'appui du PEV ainsi que les autres entités du ministère de la Santé.	PEV, en concertation avec les prestataires d'assistance technique	30 juillet 2024
Mettre en place un cadre de coordination des assistances techniques.	PEV	30 juillet 2024
<b>Vaccination aux frontières</b>		
Aménager les locaux aux postes de frontières pour capter les enfants zéro dose et les enfants sous vaccinés.	PEV, Unicef, OIM	30 juillet 2024
Mettre à disposition les ressources nécessaires (vaccinateurs, motos, etc.) disponibles sur les subventions CDS3 et RSS4 pour identifier et vacciner les enfants zéro dose ou sous immunisés à leur entrée aux frontières, et assurer aussi la surveillance des MEV.	Unicef, OIM	30 août 2024

Points de suivi	Responsabilité	Échéances
Accélérer le processus de recrutement des infirmiers pour renforcer les capacités des postes de frontières.	PEV	30 juillet 2024
<b>Santé communautaire</b>		
Avancer l'élaboration de la stratégie de santé communautaire pour que le pays dispose d'un cadre clair avec les rôles et responsabilités des acteurs	Unicef	30 juillet 2024
Mettre à jour la cartographie des ASC pour avoir une vision claire des ressources disponibles sur le terrain.	Voir le travail engagé par le FM	Septembre 2024 (à confirmer)
Harmoniser le référentiel de formation afin d'assurer une uniformité et une qualité des soins au niveau communautaire.	Direction de promotion de la Santé, de la Demande de Soins, Santé Communautaire et Environnementale (DPS DSCE)	Dès que possible d'ici mi-août pour permettre le déploiement des stratégies de rattrapage des enfants zéro dose et sous-immunisés avec l'appui des ASC.
Convenir entre les partenaires financiers (BM, FM, USAID, Gavi) de la répartition des zones couvertes par leur financement pour la prise en charge des motivations des ASC, sur une base harmonisée en accord avec la stratégie nationale de santé communautaire	DPS-DSCE en concertation avec les partenaires techniques et financier	Au plus tard fin août 2024
Proposer et harmoniser les motivations pour les ASC	La DPS-DSCE en concertation avec les partenaires techniques et financiers	Avant le mois de Septembre
<b>Introduction des nouveaux vaccins</b>		
Continuer les efforts de plaidoyer pour faciliter l'introduction du vaccin antipaludique, en particulier en levant les blocages liés à l'enregistrement et à la disponibilité des vaccins.	Membres de l'Alliance, Dalberg	15 juillet 2024
Organiser un appel entre le ministère et Gavi pour apporter des clarifications détaillées sur le vaccin Ebola	Gavi	Mi-juillet 2024
<b>Ressources humaines</b>		

<b>Points de suivi</b>	<b>Responsabilité</b>	<b>Échéances</b>
Organiser des discussions avec les partenaires pour trouver des solutions visant à retenir les compétences au sein du PEV et éviter un recrutement excessif des ressources humaines qualifiées par d'autres organisations.	Gavi, OMS, Unicef, Dalberg	D'ici fin juillet 2024