



Burundi : évaluation de la distribution de routine de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action



AVRIL 2012

Cette publication a été réalisée à des fins d'examen par l'Agence américaine pour le développement international. Elle a été préparée par l'USAID | PROJET DELIVER , commande de travail n° 7.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

PRESIDENT'S MALARIA INITIATIVE



Burundi : évaluation de la distribution de routine de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action

USAID | PROJET DELIVER , commande de travail n° 7

Ce document fut préparé par le personnel de l'USAID | PROJET DELIVER , commande de travail n° 7, dont le financement est assuré par l'Agence américaine pour le développement international (USAID) dans le cadre du contrat n° GPO-I-00-06-0007-00, référence de commande AID-OAA-TO-11-00012, et qui a démarré le 28 mars 2011. La commande de travail n° 7 est mise en œuvre par John Snow, Inc., en collaboration avec 3i Infotech, Inc., Crown Agents USA, Inc., FHI 360, Foundation for Innovative New Diagnostics, Logenix International, LLC, The Manoff Group, Inc., MEBS Global Reach, LC, PATH, PHD International (une division du groupe RTI), Population Services International, Social Sectors Development Strategies, Inc., UPS Supply Chain Solutions, Inc., et VillageReach. La commande de travail n° 7 soutient l'objectif de l'USAID consistant à atténuer le fardeau du paludisme en Afrique subsaharienne en obtenant et en livrant des produits sûrs, efficaces et de grande qualité pour lutter contre le paludisme, en fournissant une assistance technique et des compétences logistiques nécessaires sur le terrain pour renforcer les systèmes d'approvisionnement dans les différents pays et consolider les capacités pour la gestion des produits, et enfin, en améliorant l'approvisionnement au niveau mondial et la disponibilité à long terme des produits de lutte contre le paludisme.

Citation recommandée

Wolf, Katherine. 2012. *Burundi : évaluation de la distribution de routine de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action*. Arlington, Virginie : USAID | PROJET DELIVER, commande de travail n° 7.

Résumé

En mars et en avril 2012, l'USAID | PROJET DELIVER a effectué une évaluation de la distribution de routine de MIILDA au Burundi, distribution soutenue par l'USAID. L'évaluation s'est penchée sur les systèmes et les structures de distribution du projet, et a passé en revue les besoins en matière de MIILDA pour le programme de distribution de routine de MIILDA au niveau national. Ce rapport offre quelques recommandations essentielles pour améliorer le fonctionnement des activités du projet, ainsi que des mesures permettant d'améliorer la coordination et la sécurité des MIILDA pour le Burundi sur le plan national.

Photo de couverture : carte du Burundi (à gauche) ; une moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée d'action accrochée au plafond d'une maison (à droite).

USAID | PROJET DELIVER

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 16th Floor

Arlington, VA 22209 États-Unis

Téléphone : 703-528-7474

Télécopie : 703-528-7480

Courriel : askdeliver@jsi.com

Site Internet : deliver.jsi.com

Table des matières

Acronymes	v
Remerciements	vii
Résumé.....	ix
Contexte.....	1
Programme pilote MIILDA.....	2
Objectifs.....	5
Méthodologie.....	7
Résultats.....	9
Revue documentaire	9
Visites de sites	13
Estimation des besoins en MIILDA.....	15
Observations sur la coordination nationale des MIILDA.....	16
Recommandations	17
Assistance technique recommandée pour renforcer le système national de distribution des MIILDA	17
Actions recommandées pour renforcer la distribution des MIILDA soutenue par l’USAID	19
Conclusion.....	21
Références	23
Annexe A.....	25
Tableaux	
1. Taille des districts pilotes.....	3
2. Données récapitulatives sur les MIILDA au niveau national.....	10
3. Données relatives à la distribution dans les districts pilotes	12
4. Résultats des visites de site (les lignes en gras représentent les districts pilotes).....	14

Acronymes

AT	Assistance technique
CCC	Communication pour le changement de comportement
FBP	Financement basé sur la performance
GAVI Alliance	(anciennement Global Alliance for Vaccines and Immunisation)
JSI	John Snow, Inc.
MIILDA	Moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée d'action
MS	Ministère de la Santé
PEV	Programme élargi de vaccination
PMI	Initiative du président américain sur le paludisme
PNILP	Programme national intégré de lutte contre le paludisme
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PSI	Population Services International
RBM	Roll Back Malaria (Faire reculer le paludisme)
SP	Soins prénataux
TOM	Task Order Malaria (USAID PROJET DELIVER) (commande de travail sur le paludisme)
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USAID	Agence américaine pour le développement international

Remerciements

Cette évaluation a bénéficié du soutien technique et financier de l'USAID, et tout particulièrement celui de Eleanore Rabelahasa, de la mission de l'USAID au Burundi. Au bureau de Population Services International / Burundi, l'évaluation a grandement bénéficié de l'aide fournie par Oliver Ntakarutimana, Gilbert Batungwanayo, Beth Brogaard et par les autres membres de l'équipe de ce bureau.

Résumé

En 2009, l'USAID a élargi son programme de lutte contre le paludisme en Afrique subsaharienne au Burundi par le biais de l'USAID | PROJET DELIVER, commande de travail sur le paludisme (TOM), dans le cadre d'un contrat à quantité indéterminée (IQC) mis en œuvre par John Snow, Inc. (JSI) et ses partenaires, parmi lesquels Population Services International (PSI). L'objectif général de la TOM au Burundi est de renforcer et d'élargir les initiatives de lutte contre le paludisme dans le pays, et de compléter les interventions du gouvernement du Burundi pour veiller à ce que les investissements soient harmonisés, et que l'on puisse atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement ainsi que ceux du programme Roll Back Malaria (RBM).

Le renforcement de la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action (MIILDA) est une composante essentielle de la stratégie globale du Burundi en matière de prévention et de lutte contre le paludisme. Les MIILDA ont été distribuées par le biais de campagnes de distribution massive, de distributions de routine et de marketing social.

C'est PSI qui mène les activités de la commande de travail sur le paludisme au Burundi. Au cours des deux dernières années, cet organisme a soutenu la distribution de routine de MIILDA par le biais des soins prénataux (SP) et des cliniques associées au programme élargi de vaccination (PEV).

L'USAID | PROJET DELIVER a procédé à une évaluation de la distribution de routine de MIILDA au Burundi (distribution soutenue par l'USAID) afin de passer en revue la qualité des programmes, et pour évaluer les préoccupations à propos d'éventuelles fuites de ces MIILDA. Le travail sur le terrain eut lieu entre le 26 mars et le 13 avril 2012.

Les objectifs de l'évaluation étaient de vérifier la qualité des contrôles et de la distribution de routine des MIILDA financées par l'USAID. Dans le cadre de ce travail sur le terrain, le personnel s'est livré aux activités suivantes—

- comparer le rendement des MIILDA des districts pilotes à celui des districts témoins
- déterminer la gravité des ruptures de stock actuelles et/ou potentielles
- mettre en évidence les risques de fuite de MIILDA au sein du système de la distribution de routine
- déterminer les mesures concrètes à prendre pour améliorer la distribution des MIILDA financées par l'USAID.

Le personnel JSI de l'USAID | PROJET DELIVER s'est rendu au Burundi pour procéder à un examen en plusieurs phases des activités de PSI/Burundi dans le cadre de l'initiative du président américain sur le paludisme (PMI), activités que l'USAID | PROJET DELIVER a financées entre le 26 mars et le 13 avril 2012.

La première partie de la recherche a consisté en une revue documentaire des bordereaux et autres documents relatifs à la livraison des MIILDA en 2011, suivi par des visites de sites afin d'établir l'exactitude des renseignements repris sur les bordereaux de livraison et les rapports de distribution.

Cette partie de la revue a surtout consisté à confirmer la réception des MIILDA approvisionnées par PMI, et à vérifier si le plan de distribution établi par PSI/Burundi, en collaboration avec le Programme national intégré de lutte contre le paludisme (PNILP), avait été correctement suivi. L'assistance technique (AT) a permis de déterminer les domaines potentiels où le système de distribution pourrait être amélioré.

La phase suivante a consisté à effectuer des visites de sites dans sept districts ruraux et urbains afin d'examiner le système de distribution des MIILDA sur le terrain.

Enfin, les résultats ont suggéré des domaines dans lesquels il convient d'améliorer la qualité des programmes de PSI/Burundi en matière de lutte contre le paludisme dans le cadre de ce contrat. L'examen a permis de déterminer certains domaines techniques et de gestion essentiels qu'il faudrait renforcer dans le cadre du programme national de distribution de MIILDA, ainsi que du programme de distribution des MIILDA financé par l'USAID.

L'évaluation a montré que 100 pour cent des 415.000 MIILDA approvisionnées dans le cadre du projet avaient atteint les différents districts, et que 94 pour cent avaient atteint les différents établissements. L'évaluation a montré par ailleurs que, bien que la disponibilité générale des données soit bonne, des améliorations sont nécessaires dans les pratiques de tenue des dossiers et de gestion des stocks. En outre, l'évaluation a révélé que certains districts gèrent différents systèmes de distribution de MIILDA pour différents donateurs de MIILDA, et ce, au sein du même district. La supervision, qui n'existe à l'heure actuelle que dans certaines régions, devrait être élargie au niveau national.

De plus, il est apparu évident que les MIILDA n'avaient pas été uniformément allouées à travers les différents districts, ce qui a provoqué des pénuries dans certaines d'entre eux et des surstocks dans d'autres.

Les recommandations de l'évaluation se classent en deux grandes catégories : les recommandations pour le système national de distribution des MIILDA, et des recommandations qui ne concernent que le système de distribution des MIILDA soutenu par l'USAID.

Recommandations au niveau national

- *Assurer une coordination au niveau national* : la plus importante recommandation met l'accent sur la coordination au niveau national. Le Burundi devrait mettre au point un plan de distribution national des MIILDA qui tienne compte de toutes les MIILDA du secteur public qui entrent dans le système de distribution de routine ; ainsi, on veillerait à ce que chaque district reçoive une part équitable de MIILDA.
- *Améliorer les structures de supervision* : améliorer la fréquence et la qualité de la supervision depuis le niveau central vers les districts et les établissements sanitaires peut potentiellement améliorer la gestion et la mise en œuvre du système de distribution des MIILDA. De plus, une supervision à intervalles réguliers permettrait d'assurer la qualité des documents produits, par le biais des rapports soumis et des dossiers conservés au niveau des établissements sanitaires ou des districts..
- *Uniformiser les systèmes de distribution des MIILDA* : à l'heure actuelle, plusieurs districts gèrent de multiples systèmes de distribution de MIILDA pour différents donateurs de MIILDA. Étant donné les ressources limitées en personnel au niveau des districts, et compte tenu des populations ciblées bien établies qui sont communes à l'ensemble des MIILDA de routine , il

serait logique de simplifier la distribution des MIILDA, à tout le moins au sein de chaque district..

- *Passer en revue la quantité et le calendrier des MIILDA livrées aux établissements* : dans l'un des districts pilotes, l'ensemble des établissements a reçu d'importantes quantités de MIILDA au cours du même mois, sans tenir compte des stocks disponibles. Renforcer les capacités en supervisant les districts pourrait amener le personnel à mieux comprendre quels sont les niveaux de stocks appropriés qu'il convient de maintenir dans les établissements sanitaires.
- *Renforcer les messages de communication* : une campagne nationale intégrée de communication pour le changement de comportement (CCC) sur le paludisme pourrait non seulement renforcer les messages à propos de l'importance à utiliser des MIILDA de manière systématique, mais également encourager d'autres pratiques de traitement et de prévention en matière de lutte contre le paludisme.
- *Modifier les emballages des MIILDA du secteur public* : idéalement, pour gérer un programme intégré de MIILDA, toutes les MIILDA du secteur public devraient avoir le même emballage. Dans la mesure du possible, le ministère de la Santé devrait proposer un emballage commun pour l'ensemble des donateurs de MIILDA.
- *Introduire des MIILDA du secteur privé* : d'après les récentes informations sur la revente des MIILDA, il y a une réelle demande pour ces produits par le biais de structures du secteur privé.
- *Compléter l'approvisionnement régulier de MIILDA pour 2012 et au-delà* : selon des estimations approximatives concernant les quantités, il manquera entre 25.000 et 50.000 MIILDA pour 2012 par rapport aux besoins.
- *Inclure les MIILDA dans la quantification nationale* : l'instauration d'un processus officiel de quantification et de prévision des MIILDA pourrait contribuer à minimiser le risque de ruptures de stock. Des efforts devraient être consentis pour inclure les MIILDA dans le comité national de quantification déjà mis en place sous l'égide du ministère de la santé.
- *Remplacer les MIILDA qui ont été distribuées par le biais de campagnes de couverture universelles en 2009 et en 2010* : le Burundi risque de perdre beaucoup de terrain par rapport aux objectifs d'Abuja, puisque les MIILDA distribuées en 2009 et en 2010 dans le cadre des campagnes de couverture universelles perdent de leur efficacité. Bien qu'il existe à l'évidence d'importantes contraintes en matière de ressources, notamment en ce qui concerne le Fonds Mondial, il convient de tout mettre en œuvre pour maintenir la couverture des MIILDA au sein des ménages.

Recommandations pour la distribution des MIILDA dans le cadre de l'USAID | PROJET DELIVER /PSI

- *Procédures opératoires standard pour la distribution* : étant donné la confusion constatée dans les districts pilotes concernant les procédures du programme relatives aux documents et au remboursement, un ensemble de procédures opératoires standard, précisant notamment les rôles et les responsabilités à chaque niveau du système, pourrait amener les districts à mieux comprendre à la fois le but du programme et les détails du processus.
- *Officialiser la tenue des dossiers* : mettre en place un système de gestion électronique pour suivre les bordereaux de livraison et les plans de distribution au niveau national et des districts, pourrait favoriser une gestion plus active de la distribution des MIILDA, et permettrait aux superviseurs

du niveau central de consulter les données pertinentes avant de procéder à des visites sur le terrain.

- *Accroître l'effectif du projet* : à l'heure actuelle, le programme de distribution des MIILDA soutenu par l'USAID ne dispose que d'un seul membre du personnel à temps plein. Accroître le personnel de ce projet pourrait nettement améliorer la qualité de la mise en œuvre, et pourrait contribuer à appuyer les activités de consolidation des capacités qui sont nécessaires au niveau des districts et des établissements.

Contexte

En 2009, l'USAID élargissait son programme de lutte contre le paludisme en Afrique subsaharienne au Burundi par le biais de l'USAID | PROJET DELIVER, commande de travail sur le paludisme (TOM), dans le cadre d'un contrat à quantité indéterminée (IQC) mis en œuvre par John Snow, Inc. (JSI) et ses partenaires, parmi lesquels Population Services International (PSI). L'objectif général de la TOM au Burundi est de renforcer et d'élargir les initiatives de lutte contre le paludisme dans le pays, et de compléter les interventions du gouvernement du Burundi pour veiller à ce que les investissements soient harmonisés, et que l'on puisse atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement ainsi que ceux du programme Roll Back Malaria (RBM).

Le renforcement de la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action (MIILDA) est une composante essentielle de la stratégie globale du Burundi en matière de prévention et de lutte contre le paludisme. Une campagne de couverture universelle pour les MIILDA – dont l'objectif était d'atteindre une couverture nationale d'une MIILDA pour deux habitants – fut mise en œuvre par le biais de campagnes successives entre 2009 et 2011, atteignant à terme tous les districts. A cause de difficultés liées à la capacité financière actuelle du Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), la prochaine campagne de couverture universelle, prévue pour 2013, a été repoussée à 2014. Les MIILDA continuent d'être mises à disposition par le biais de campagnes de distribution massive, de distributions de routine et, précédemment, par le biais du marketing social.

Selon le plan opérationnel de lutte contre le paludisme au Burundi pour l'exercice 2011, PMI s'attend à approvisionner et à distribuer 530.000 MIILDA par le biais de l'USAID | PROJET DELIVER en 2012, tandis que l'UNICEF compte approvisionner et distribuer 150.000 MIILDA dans certains districts de convergence¹. La GAVI Alliance² compte fournir 30.000 MIILDA supplémentaires dans 12 districts, également à titre de distribution de routine. En outre, la Croix-Rouge effectue des activités de « maintien à niveau » dans deux provinces, où elle estime que 74 pour cent des ménages disposent d'une MIILDA pour un taux d'utilisation de 61 pour cent (en baisse par rapport à une couverture de 93 pour cent et un taux d'utilisation de 81 pour cent six mois après la campagne de 2010³).

S'il est vrai que le Burundi a la chance d'avoir de multiples donateurs de MIILDA, il subsiste malgré tout dans le pays des préoccupations concernant l'adéquation de ces ressources en MIILDA par rapport aux besoins, étant donné les rapports de cas isolés faisant état de ruptures de stock au niveau des établissements, ou encore la récente apparition de MIILDA sur le marché central de Bujumbura⁴.

¹ Les districts de convergence de l'UNICEF sont les lieux où le soutien de l'ensemble des zones de programme de l'UNICEF convergent pour maximiser les résultats.

² L'ancien nom de la GAVI Alliance était Global Alliance for Vaccines and Immunisation.

³ Entretien avec la Croix-Rouge au Burundi, 5 avril 2012.

⁴ Fin février 2012, on avait recueilli 1.315 MIILDA auprès de vendeurs sur le marché central de Bujumbura. Parmi ces moustiquaires, 17 ont été positivement identifiées comme ayant été approvisionnées par l'USAID. Selon les rapports de cette opération de collecte, de nombreuses MIILDA semblaient avoir été utilisées.

C'est PSI qui mène les activités (financées par l'USAID) de lutte contre le paludisme au Burundi. Au cours des deux dernières années, cet organisme a soutenu la distribution de routine de MIILDA par le biais de cliniques prodiguant des soins prénataux et la vaccination des enfants. Pour l'année en cours, les activités de PSI porteront sur la distribution de routine de MIILDA, et notamment sur un programme pilote de distribution renforcé dans 10 districts. PSI a travaillé en étroite collaboration avec le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) du Burundi pour mettre en place un plan de distribution national de MIILDA jusqu'au niveau des districts. À l'heure actuelle, les MIILDA sont distribuées, par le biais du système de routine, aux femmes enceintes et aux enfants qui se font vacciner dans les services de santé préventive au niveau des établissements sanitaires. PSI dispose actuellement d'un seul membre du personnel pour gérer uniquement le programme de routine de distribution des MIILDA.

Dans les districts non pilotes, le bureau du district sanitaire répartit sa livraison de MIILDA parmi tous les centres de santé du district. PSI est chargé de la logistique du transfert des MIILDA vers les districts (à l'aide d'un camion loué), et ensuite des districts vers les centres de santé (grâce à un véhicule de PSI). PSI conserve des exemplaires des bordereaux de livraison à la fois des districts et des établissements.

Programme pilote MIILDA

Le principe qui régit le programme pilote MIILDA consiste à traiter les MIILDA comme des produits essentiels et de les gérer de la même manière que les médicaments essentiels et avec les mêmes contrôles. PSI a lancé le programme pilote dans le cadre d'une initiative visant à améliorer la gestion des MIILDA au niveau des établissements. Dans les districts pilotes, PSI livre le quota de MIILDA du district au bureau sanitaire de ce dernier. Chaque district a comme responsabilité d'entreposer les MIILDA et de les livrer au centre de santé grâce à un système de réquisition – en d'autres termes, les centres de santé soumettent une demande au bureau sanitaire du district pour les MIILDA dont ils ont besoin. Le district livre ensuite les MIILDA au centre de santé, opération qui est confirmée par un bordereau de livraison signé. Des exemplaires du formulaire de demande et du bordereau de livraison sont renvoyés à PSI, avec un rapport mensuel sur le nombre de MIILDA qui ont été distribués par le biais des services sanitaires de vaccination et de soins prénataux. Les districts sont remboursés à un taux forfaitaire par PSI pour la distribution des MIILDA, ainsi que pour les visites de supervision mensuelles au centre de santé afin de surveiller les activités relatives aux MIILDA. À l'heure actuelle, on compte dix districts pilotes dans neuf provinces, et la période d'essai proposée du programme pilote est d'un an.

Vu les critères qui ont été définis pour le choix des districts pilotes (accent mis sur un espace d'entreposage suffisant et un minimum de deux véhicules à disposition pour faciliter la distribution et la supervision des MIILDA), les districts pilotes ne peuvent pas représenter d'autres districts. Par exemple, il apparaît que les districts pilotes sont plus grands, en moyenne, que les districts non pilotes (voir tableau 1), et peuvent parfois avoir des ressources plus importantes que les districts non pilotes. Cela étant dit, le Burundi est un pays relativement petit et aucun des districts pilotes n'est situé en zone urbaine, de sorte que même les différences mesurables entre districts pilotes et non pilotes n'indiquent pas nécessairement qu'il existe d'importantes différences d'un district à l'autre.

Tableau I. Taille des districts pilotes

Nombre de centres de santé par district	Nb.
Nombre moyen de centres de santé par district	13,2
Nombre moyen de centres de santé par district(pilote)	15,6
Nombre moyen de centres de santé par district (non pilote)	12,7

L'USAID | PROJET DELIVER a procédé à une évaluation de la distribution de routine de MIILDA au Burundi (distribution soutenue par l'USAID) afin de passer en revue la qualité des programmes et pour évaluer les préoccupations à propos d'éventuelles fuites de ces MIILDA. Le travail sur le terrain eut lieu entre le 26 mars et le 13 avril 2012.

Objectifs

Les objectifs de l'évaluation consistaient à—

- vérifier la qualité des contrôles et de la distribution de routine des MIILDA financées par l'USAID, et notamment comparer le rendement des MIILDA des districts pilotes à celui des districts témoins ;
- déterminer la gravité des ruptures de stock actuelles et/ou potentielles, mettre en évidence les risques de fuite de MIILDA au sein du système de distribution de routine ;
- déterminer les mesures concrètes à prendre pour améliorer la distribution des MIILDA financées par l'USAID.

Méthodologie

Du 26 mars au 13 avril 2012, du personnel du siège de l'USAID | PROJET DELIVER s'est rendu au Burundi pour procéder à une évaluation en plusieurs phases des activités (financées par l'USAID et mises en œuvre par PSI/Burundi) de lutte contre le paludisme, dans le cadre de l'USAID | PROJET DELIVER.

La première phase de la recherche a consisté en une revue documentaire des bordereaux de livraison et autres documents des MIILDA distribués en 2011. Cette revue documentaire couvrait à la fois les districts pilotes et non pilotes où PSI continue de mener des activités de distribution de routine de MIILDA. Au nombre des documents passés en revue figuraient notamment les plans de distribution, les bordereaux de livraison des MIILDA, des recherches opérationnelles récentes relatives aux MIILDA, des modèles de rapport au niveau des établissements sanitaires et des districts, des documents de communication, ainsi que des exemplaires des mises à jour de la mission.

La deuxième phase de l'évaluation a consisté en des visites de sites afin d'établir l'exactitude des renseignements repris sur les bordereaux de livraison et les rapports de distribution. Les visites sur le terrain ont été effectuées dans quatre districts ruraux et trois urbains, parmi lesquelles deux districts pilotes. Des efforts ont été consentis pour échantillonner des établissements urbains et ruraux, ainsi que des districts pilotes et non pilotes. Pour des raisons logistiques, c'est la province de Gitega qui a été choisie pour les visites parce que c'est la seule province dans laquelle on trouve deux districts pilotes. Cette partie de l'évaluation a surtout consisté à confirmer la réception des MIILDA approvisionnées par l'USAID, et à vérifier si le plan de distribution établi par PSI/Burundi, en collaboration avec le Programme national intégré de lutte contre le paludisme (PNILP), avait été suivi. Les visites sur le terrain ont également permis d'examiner les infrastructures physiques de stockage où étaient entreposées les MIILDA, l'objectif principal restant la détermination des domaines potentiels où le système de distribution pourrait être amélioré.

Dans le cadre de l'exercice consistant à déterminer le risque de rupture de stock, une simple quantification des MIILDA fut effectuée pour estimer le besoin continu d'une distribution de routine. L'intention de cette quantification était de voir si les réserves usuelles actuelles de MIILDA étaient suffisantes pour les besoins en cours. On reconnaît qu'étant donné l'intervalle important entre les campagnes de couverture universelles, il est peu probable que la distribution de routine de MIILDA sera en mesure de maintenir la couverture des MIILDA dans les ménages aux niveaux qui avaient été atteints pendant la campagne de distribution massive.

Enfin, l'évaluation a déterminé les domaines permettant d'améliorer la qualité des programmes de routine (financés par l'USAID) de lutte contre le paludisme dans le cadre de ce contrat, et a également mis en évidence les forces du programme qu'il conviendrait de maintenir.

Résultats

Remarque : pour effectuer cette analyse, le personnel a saisi sur une feuille de calcul les données concernant 45 bureaux de santé de districts et près de 600 établissements sanitaires. Bien que tout ait été mis en œuvre pour réduire au minimum les erreurs d'encodage des données, il est possible que certaines données aient été dupliquées à cause de contraintes en matière de ressources. Il est possible que de légères erreurs de saisie des données se retrouvent dans cette analyse.

Revue documentaire

La revue documentaire des MIILDA au bureau PSI/Burundi a porté sur des documents relatifs au projet, comme les plans de distribution des MIILDA ou les documents de confirmation de réception. La revue documentaire a concerné à la fois les districts pilotes et non pilotes où PSI s'occupe actuellement des activités de distribution de routine de MIILDA.

Les principaux documents du projet ont été passés en revue, parmi lesquels les plans de distribution, les bordereaux de livraison des MIILDA, les enquêtes récentes relatives aux MIILDA, les modèles de rapport pour les établissements sanitaires et au niveau des districts, les documents de communication, ainsi que des exemplaires des mises à jour de la mission. Le personnel n'a trouvé aucune note de conception ou description écrite, à l'exception d'un résumé du plan de travail du projet dans le cadre du programme pilote qui a commencé fin 2011.

Les documents relatifs à la distribution des MIILDA (principalement les bordereaux de livraison) figurant au dossier chez PSI sont nombreux, ceux-ci ne montrant aucun signe évident de fraude ou d'altération. Les documents disponibles confirment que la plupart des MIILDA financées par l'USAID ont été acheminées à travers le système de distribution (et continuent d'ailleurs de l'être), comme prévu. Globalement, les documents permettant de suivre les MIILDA depuis le niveau central jusqu'au niveau du district et ensuite jusqu'au niveau périphérique, figurent au dossier, même s'il est vrai qu'il existe plusieurs lacunes.

En général, la qualité des documents est bonne. Mais il y a malgré tout un nombre élevé, quoique d'importance mineure, de documents sur papier qui sont soit incomplets (il manque la date, le point de livraison ou le cachet de réception), soit illisibles (écriture indéchiffrable ou cachet officiel apposé par-dessus des informations essentielles). Dans un cas de figure, il était difficile de savoir si un duplicata du bordereau de livraison avait été soumis ou si deux livraisons avaient été effectuées, un problème qui pourrait être évité en utilisant des bordereaux de livraison portant des numéros consécutifs⁵. De plus, au moment de l'examen initial, deux des plans de distribution pour les districts non pilotes n'étaient pas disponibles. L'un a été trouvé pendant l'évaluation, mais pas l'autre. Un troisième plan d'évaluation était écrit à la main et difficile à lire.

Les bordereaux de livraison sur papier étaient disponibles, mais il n'existe aucune feuille de calcul ou base de données électronique permettant de suivre les données trimestrielles au niveau des districts

⁵ Sur les bordereaux de livraison, il y a actuellement un espace permettant d'insérer un numéro, mais sur nombre d'entre eux cette information n'est pas reprise. La faisabilité de bordereaux de livraison numérotés depuis les districts vers les établissements est incertaine.

et des centres de santé, ce qui fait qu'il est difficile d'évaluer d'un seul coup d'œil la quantité de MIILDA qui ont été distribuées ou utilisées.

La conséquence de ces problèmes est qu'un petit nombre d'incertitudes subsistent dans les données qui n'ont pas été corroborées ou vérifiées au moment de la revue documentaire. Par ailleurs, le bureau national n'avait pas procédé à l'analyse des données du premier trimestre de mise en œuvre (octobre-décembre 2011).

De plus, il n'existe aucune liste complète des établissements sanitaires ayant droit aux MIILDA. Certes, on peut comprendre que les centres de santé de l'État puissent ouvrir et fermer pendant la phase de distribution de MIILDA, mais il est impossible de vérifier, par le biais d'une revue documentaire si les centres de santé qui ne faisaient pas partie de la distribution originelle sont de nouveaux établissements ou des établissements *fantômes*⁶.

Après la découverte de MIILDA sur le marché central de Bujumbura, des préoccupations concernant des fuites dans le système de distribution ont été soulevées dans le pays. Étant donné les documents qui ont été examinés dans cette phase-ci de l'évaluation, l'hypothèse est qu'il est peu probable qu'il y ait une fuite entre le niveau central et le niveau des districts, ou entre les districts et les établissements. Pour que ceci se produise, il aurait fallu qu'il y ait une entente généralisée entre le personnel du projet, les transporteurs et plusieurs membres du personnel dans les bureaux de santé de district et les centres de santé de district pour falsifier toute une série de signatures sur les bordereaux de livraison depuis le niveau central jusqu'au districts, et ensuite des districts vers les établissements sanitaires.

La revue documentaire a montré que les bordereaux de livraison en provenance de l'entrepôt de PSI vers les bureaux de santé de district étaient disponibles pour cent pour cent des 415.000 MIILDA que PSI indique avoir distribuées, selon le plan de distribution national (voir tableau 2). Les bordereaux de livraison sont par ailleurs également disponibles pour 412.337 MIILDA depuis les districts vers les centres de santé⁷. Parmi les bordereaux de livraison que PSI possède actuellement dans ses dossiers (jusqu'en décembre pour la plupart des districts, quelques rapports étant également disponibles pour janvier et février), il n'y a actuellement aucun bordereau de livraison disponible depuis les districts vers les établissements pour 24.138 MIILDA qui ont été livrées au niveau district. Cette évaluation présume que ces MIILDA constituent un stock de sécurité au niveau des districts, ou bien que ces moustiquaires ont été livrées aux établissements sanitaires depuis décembre, mais les documents de confirmation n'ont pas encore été soumis à PSI. Les rapports soumis par les districts à PSI pour le trimestre allant de janvier à mars 2012 permettront de clarifier ces renseignements.

Tableau 2. Données récapitulatives sur les MIILDA au niveau national

État de la livraison des MIILDA	Nb. ou pourcentage
Nombre de MIILDA avec confirmation de livraison au niveau des districts	415.000
Pourcentage de MIILDA avec confirmation de livraison au niveau des districts	100 %
Nombre de MIILDA avec confirmation de livraison aux centres de santé ⁸	390.862

⁶ Il s'agit d'établissements qui apparaissent sur une liste mais qui n'existent pas ou qui ne sont pas en fonction.

⁷ Bien que les bordereaux de livraison confirment la réception de 412.337 MIILDA au niveau des établissements, une analyse plus approfondie indique qu'au moins 21.475 des MIILD signalées au niveau des districts pilotes ont probablement été approvisionnées par un autre donateur.

⁸ Les bordereaux de livraison confirment la réception de 412.337 MIILDA, mais pour 21.475 d'entre elles, il est peu probable qu'il s'agisse de MIILDA faisant partie du projet, étant donné les quantités excédentaires signalées dans plusieurs districts.

État de la livraison des MIILDA	Nb. ou pourcentage
Pourcentage de MIILDA avec confirmation de livraison aux centres de santé	94 %
Moustiquaires livrées au niveau des districts, mais pas encore livrées aux centres de santé	24.138
Districts ayant signalé un excédent de MIILDA livrées aux établissements	6 (sur 45 communes)
Points de livraison prévus n'ayant aucune confirmation de la réception de MIILDA	16 (sur 593 établissements)

La majorité des MIILDA non livrées – soit environ 6 pour cent du nombre total de MIILDA – se trouve dans les 10 districts pilotes, mais il y a plusieurs districts non pilotes où les établissements sanitaires n'ont pas reçu l'ensemble des MIILDA allouées. Étant donné que PSI a livré les MIILDA des districts non pilotes directement aux établissements sanitaires, le sort de ces MIILDA *non livrées* ou des MIILDA des districts non pilotes livrées en trop est incertain. Certaines se trouvent peut-être toujours au niveau des districts à titre de stock de sécurité. Puisqu'il y a un district non pilote qui signale avoir reçu plus de MIILDA que prévu (500 MIILDA, soit cinq balles de plus), il est possible que certaines des MIILDA aient été livrées à un district différent de celui qui était prévu à l'origine. En l'absence de plans de distribution complets pour l'ensemble des districts, il est difficile de vérifier la source de ces petites divergences.

En effet, six districts (cinq districts pilotes plus le district n'ayant pas de plan de distribution, à savoir Muramvya) ont soumis des bordereaux de livraison indiquant un nombre supérieur de MIILDA par rapport à ce que PSI avait alloué. Parmi les districts pilotes, il est possible que ceux – ci aient soumis à PSI des bordereaux de livraison pour les MIILDA provenant d'un autre donateur, étant donné que les MIILDA de l'UNICEF et de la GAVI Alliance circulent dans différents districts. Comme il n'existe aucun plan de distribution pour Muramvya, il est difficile de savoir quel est le ou quels sont les centres de santé ayant reçu le surplus, ou de savoir s'il s'agit de MIILDA de PSI ou si ces centres de santé avaient accès à des MIILDA d'un autre donateur.

Au niveau national, neuf centres de santé non pilotes ont reçu un nombre erroné de MIILDA par rapport à ce qui est repris sur les plans de distribution dans les dossiers, certains indiquant avoir reçu davantage de MIILDA que ce qui avait été alloué, d'autres indiquant en avoir reçu moins. Cette situation pourrait partiellement s'expliquer par le fait que des MIILDA ont été attribuées à de nouveaux établissements après que le plan a été défini, ou bien il peut s'agir d'établissements ayant fermé leurs portes et dont les MIILDA prévues ont ultérieurement été affectées à un autre centre de santé. Il est également possible que des erreurs ont été commises dans la rédaction des bordereaux de livraison, erreurs qui n'auraient pas été rectifiées. Par exemple, dans le district de Gohombo, les bordereaux de livraison indiquent que Muhanga I a reçu non seulement les 700 MIILDA qui lui avaient été allouées, mais également 600 MIILDA supplémentaires, alors que Muhanga II – pour qui 600 MIILDA avaient été allouées selon le plan de distribution du district – n'a reçu aucune MIILDA. On ignore s'il s'agit d'une erreur sur le bordereau de livraison (nom incorrect du centre de santé), ou si les MIILDA ont été livrées au mauvais centre de santé. Une autre explication est que Muhanga II a peut-être fermé ses portes ou a arrêté d'offrir des services de MIILDA, et ces moustiquaires ont peut-être été délibérément réaffectées à Muhanga I.

Par ailleurs, il n'y a aucun bordereau de livraison pour 16 établissements sanitaires et un entrepôt de district, qui pourtant devait recevoir un stock de sécurité. On ignore si ces établissements n'ont pas reçu les MIILDA parce qu'ils avaient déjà un stock suffisant à disposition, ou bien parce qu'il n'y a jamais eu de bordereau pour cette livraison, ou encore parce que le bordereau de livraison n'a pas été renvoyé à PSI⁹. Théoriquement, il est également possible que ces MIILDA aient été détournées. PSI est en train de vérifier auprès des établissements pour obtenir des renseignements précis pour chacun des établissements sanitaires.

Districts pilotes

Outre les bordereaux de livraison, les districts pilotes soumettent à PSI des données mensuelles portant sur les MIILDA distribuées à la population cible, ainsi qu'un exemplaire des demandes de MIILDA depuis les établissements vers les districts (voir tableau 3). Ces données permettent au niveau central d'avoir un aperçu clair de la dynamique de distribution des MIILDA aux niveaux inférieurs du système. Un important pourcentage des demandes pour des MIILDA émanant des points de prestation de services portent la même date que le bordereau de livraison, et par conséquent, on peut se demander qui remplit les demandes et avec quels renseignements. On ne sait pas exactement si ce résultat provient de membres du personnel d'établissements sanitaires qui remplissent les demandes le jour où ils rendent visite aux bureaux de santé de districts pour récupérer les MIILDA, ou s'il s'agit de membres du personnel au niveau district qui aident à remplir ces formulaires et qui livrent les MIILDA dans le cadre de visites régulières, probablement à des fins de supervision.

Tableau 3. Données relatives à la distribution dans les districts pilotes

État de la livraison des MIILDA et soumission des rapports	Nb. ou pourcentage
Nombre moyen de MIILDA livrées par mois au centre de santé dans les districts pilotes	13.354
Nombre moyen de MIILDA livrées par mois à la population dans les districts pilotes	6.999
% de MIILDA des districts pilotes distribuées à la population depuis les centres de santé	39 %
% de centres de santé dans les districts pilotes ayant soumis les rapports pour octobre	87 %
% de centres de santé dans les districts pilotes ayant soumis les rapports pour novembre	97 %
% de centres de santé dans les districts pilotes ayant soumis les rapports pour décembre	96 %

Les données issues du premier trimestre du programme pilote montrent que 39 pour cent des MIILDA ont déjà été distribuées aux bénéficiaires. Étant donné que cette livraison de 415.000 MIILDA est censée durer neuf mois, on peut dire que la consommation est élevée.

⁹ Les informations disponibles au moment de la rédaction de ce rapport indiquent qu'au moins deux de ces établissements ont reçu des MIILDA, bien que le bordereau de livraison ne soit pas encore dans les dossiers de PSI. Un autre établissement a indiqué que du stock provenant d'une distribution précédente était toujours disponible.

Un examen des bordereaux de livraison et des demandes à partir des districts pilotes a également montré que, au Burundi, pratiquement tous les établissements ont reçu une livraison de MIILDA en novembre, mais aucune livraison n'a été signalée au cours d'un autre mois. En outre, les demandes ont montré que les établissements sanitaires recevaient un nombre important de MIILDA indépendamment de leurs stocks disponibles. Les bordereaux de livraison pour plusieurs autres districts ont montré que les districts ouvrent les balles de MIILDA lors de la livraison d'un réapprovisionnement aux établissements, une pratique qui peut donner lieu à des fuites.

Visites de sites

Dans le cadre de l'évaluation, des visites ont été effectuées auprès de six bureaux de santé de districts¹⁰ et à sept établissements sanitaires, dont deux districts pilotes : Mutaho et Kiganda. Les visites consistaient surtout à évaluer l'exactitude et le remplissage des fiches de stock, et à comparer les données soumises à PSI avec les sources de données principales auprès de l'établissement sanitaire. Les visites ont également permis d'examiner les conditions d'entreposage dans les districts et dans les établissements, ainsi que les niveaux de stock relatifs.

La comparaison entre les fiches de stock et le comptage du stock s'est avéré très instructive. Au niveau des districts, la majorité des dépôts avaient des fiches de stock à jour, à l'exception de Buhiga et de Kibuye. La dernière mise à jour de la fiche de stock à Buhiga remontait à fin janvier 2012, et ne reflétait pas la situation précise du stock disponible (416 unités reprises sur la fiche de stock, par rapport aux 700 MIILDA comptabilisées dans l'inventaire physique). Ce type de situation crée un risque important de chapardage. Il a été observé que dans les districts non pilotes, les stocks de MIILDA de PSI n'étaient pas inscrits sur la fiche de stock au niveau du district parce que les moustiquaires étaient rapidement transférées aux établissements sanitaires, de sorte qu'elles n'étaient jamais gérées par le district. La comparaison entre les fiches de stock et le comptage physique au niveau des établissements présentait une difficulté plus subtile. Dans chacun des magasins, les fiches de stock ne correspondaient pas au stock disponible, mais pratiquement chaque établissement (5 sur 7) a pu démontrer que le stock repris sur la fiche de stock était exact au début de la journée. Les divergences proviennent d'une confusion au sein du personnel quant aux moments auxquels il fallait mettre à jour la fiche de stock, et comment transférer le stock depuis le magasin vers les services de *distribution* (cliniques prénatales et de vaccination). Il est également apparu évident que plusieurs établissements sanitaires ne procédaient pas à un inventaire physique mensuel des MIILDA en stock, ce qui a également contribué à des différences dans les soldes des fiches de stock. Ces problèmes peuvent être résolus par des visites de supervision régulières depuis le niveau central.

Outre les commentaires concernant la tenue des stocks, on a également remarqué qu'un seul des 13 magasins visités utilisait des palettes pour entreposer les MIILDA ; les autres magasins conservaient les MIILDA à même le sol. Tous sauf un étaient verrouillés et sécurisés. Le bureau de santé de district de Bujumbura Centre conserve actuellement les MIILDA dans un couloir parce qu'il ne dispose pas d'un espace d'entreposage suffisant.

Le jour de la visite, le centre de santé de Kamenge était le seul qui ne disposait pas d'un stock important en magasin. En effet, il n'y avait que cinq MIILDA en stock ; ils nous ont expliqué que le bureau de santé de district de Bujumbura Nord, qui n'était pas disponible le jour de la visite, était en rupture de stock. Les autres bureaux de santé de district et établissements sanitaires disposaient tous d'un stock de MIILDA en magasin.

¹⁰ Le jour de la visite, personne n'était disponible au bureau de santé du district du Nord.

Tableau 4. Résultats des visites de site (les lignes en gras représentent les districts pilotes)

District	Fiche de stock	Comptage du stock	Établissement sanitaire	Fiche de stock	Comptage du stock	Rapport mensuel (déc. 2011)	Registre MIILDA (déc. 2011)
Mutaho	775	776	Bugendana	366	364	184	198
Kibuye	4.983	4.946	Maramvya	220	215	150	149
Buhiga	416	700	Buhiga	554	623	ND	174
Kiganda	800	800	Gatabo	175	170	127	124
Nord	ND	ND	Kamenge	5	6	ND	192
Sud	1.291	1.291	Kanyosha	200	200	250	231
Centre	200	200	Bwiza-Jube	242	237	119	125

ND = non disponible

Il est intéressant de noter que les visites de sites ont montré que de nombreux districts gèrent en réalité deux systèmes différents pour les MIILDA. Dans un district non pilote, celle-ci a reçu des MIILDA à la fois de l'USAID et de l'UNICEF. Alors que les MIILDA de l'USAID étaient livrées par PSI aux différents établissements, ces derniers utilisent un système similaire à celui du programme pilote pour demander un supplément de MIILDA de l'UNICEF auprès du district. D'autre part, les districts pilotes visités reçoivent toutes les deux des stocks supplémentaires de MIILDA de la part d'autres donateurs, et elles gèrent le stock des autres donateurs par le biais d'un système d'allocation différent du système pilote que PSI met en œuvre. Résultat : de nombreux districts gèrent deux systèmes de distribution de MIILDA distincts pour fournir les établissements sanitaires.

Les rapports mensuels sur les MIILDA étaient disponibles pour les services prénataux et de vaccination auprès de cinq des sept établissements visités. Pour les cinq établissements où des comparaisons étaient possibles, on a relevé des divergences dans chacun d'entre eux entre la quantité de MIILDA prétendument distribuées aux femmes enceintes et aux enfants vaccinés, et la quantité reprise dans les registres du service. Dans certains cas, les différences pourraient résulter des politiques concernant le financement basé sur la performance (FBP), qui nécessite des dossiers d'identification complets pour chaque patient. Par exemple, si on ne fournit pas d'adresse ou de carte d'identité nationale pour un client recevant une MIILDA, cette personne pourrait ne pas apparaître dans le registre des MIILDA afin d'éviter de conserver des dossiers incomplets dans le cadre du programme FBP. Bien que le programme FBP semble avoir amélioré la disponibilité et la qualité des données à travers tout le secteur de la santé, on constate malgré tout certaines complications. Autre explication possible de ces divergences : certains établissements fournissent des MIILDA par le biais des services de maternité – qui ne font pas officiellement partie de la stratégie de distribution régulière des MIILDA –, ce qui pose des problèmes en matière de soumission de rapports, puisque certains établissements intègrent ces MIILDA dans leurs rapports, alors que d'autres ne le font pas.

Districts pilotes

Plusieurs observations portent expressément sur les districts pilotes. Lorsqu'on leur posait la question, les deux districts pilotes visités étaient incapables d'expliquer la manière dont fonctionnait le système de remboursement du carburant pour les activités financées dans le cadre du programme pilote. Ils ont indiqué que le personnel au niveau du district ne comprenait pas

clairement la conception du programme pilote ni leur rôle au sein de celui-ci. Par ailleurs, les districts pilotes ont comme responsabilité de procéder à une supervision une fois par mois pour veiller à ce que les procédures de gestion adéquates soient suivies en ce qui concerne les MIILDA. Plusieurs registres de supervision ont montré que bien que des visites de supervision fussent effectuées dans les établissements sanitaires, on ne retrouvait dans le registre aucun commentaire spécifique concernant les MIILDA ou leur gestion. On ignore si l'équipe de supervision a vérifié les MIILDA lors de sa visite et aurait ensuite omis d'indiquer d'éventuels commentaires à ce sujet, ou si les MIILDA n'ont tout simplement pas fait l'objet de la supervision.

À ce stade précoce de la mise en œuvre, on ne sait pas encore avec certitude dans quelle mesure les MIILDA dans les districts pilotes sont considérées comme des médicaments essentiels, ce qui est précisément l'intention du programme pilote. PSI n'a effectué qu'une seule évaluation jusqu'à présent¹¹ ; mais à l'heure actuelle, nous ne disposons pas d'informations utiles pour pouvoir déterminer dans quelle mesure les MIILDA sont systématiquement traitées comme des médicaments essentiels (Olivi 2012).

Estimation des besoins en MIILDA

Pour pouvoir déterminer si les approvisionnements actuels en MIILDA conviennent au programme de distribution régulière de MIILDA au Burundi, on a utilisé deux méthodologies différentes pour une simple quantification. Pour estimer les besoins, la première méthodologie repose sur les rapports des districts pilotes concernant le nombre de MIILDA distribuées aux populations cibles en novembre et en décembre 2011, c'est-à-dire à une époque où la plupart des établissements avaient des réserves suffisantes de MIILDA. Ces chiffres de consommation sont ensuite mis à l'échelle nationale, en fonction de la population proportionnelle des districts pilotes exprimée en tant que pourcentage de la population nationale¹².

Avec plus de 27.000 MIILDA distribuées dans 10 districts pilotes, représentant 23 % de la population totale au Burundi en novembre et en décembre, on estime que les besoins nationaux en MIILDA pour un an sont de 715.330 unités (voir annexe A).

En se servant d'un modèle fondé sur la population, une deuxième estimation des besoins nationaux fut calculée. Étant donné que 92 pour cent des enfants se font vacciner contre la rougeole (la dernière vaccination *donnant droit* à la MIILDA) et que 99 pour cent des femmes enceintes se rendent à une consultation de soins prénataux, on estime que l'on aura besoin de 739.747 MIILDA pour couvrir entièrement les services de routine (voir annexe A).

À l'heure actuelle, les renseignements disponibles dans le pays indiquent que 810.000 MIILDA sont prêtes à être distribuées en 2012, la répartition se présentant comme suit :

- USAID (via l'USAID | PROJET DELIVER) : 530.000
- UNICEF : 250.000¹³
- GAVI Alliance : 30.000¹⁴

¹¹ Olivi, Elena, 2012. *Assessment of Routine LLINs in 10 Pilot Districts of Burundi*.

¹² On a utilisé les chiffres du recensement de 2008 pour les prévisions de population.

¹³ Renseignements fournis par l'USAID/Burundi.

¹⁴ Renseignements fournis par PSI/Burundi.

Si l'on part du principe que les chiffres de l'UNICEF et la GAVI sont corrects, il semble que l'on dispose de suffisamment de MIILDA pour une distribution de routine en 2012. Si la couverture en MIILDA dans les ménages au Burundi court déjà un risque à cause de retards dans la campagne de couverture universelle de suivi, le maintien d'une réserve suffisante de MIILDA pour une distribution régulière sera d'une importance cruciale à la prévention du paludisme dans le pays. Si les donateurs sont en mesure de tenir leurs engagements en matière de MIILDA pour 2012, le Burundi devrait disposer d'une réserve suffisante pour permettre aux activités de distribution régulière de MIILDA de se poursuivre dans d'excellentes conditions.

Un exercice de quantification plus officiel pour les MIILDA au Burundi serait très avantageux, notamment à des fins de planification et de mobilisation de ressources en matière de MIILDA. L'un des instruments possibles de coordination et de consolidation des capacités dans ce domaine, c'est le comité national de quantification, qui existe déjà. Si l'on pouvait inclure les MIILDA dans le mandat de ce comité, il serait possible de mieux assurer la sécurité de l'approvisionnement des MIILDA.

Observations sur la coordination nationale des MIILDA

Comme le montre le tableau 4, tous les districts et tous les établissements visités, à l'exception de Bujumbura Nord, avaient du stock à la fois dans le magasin au niveau de l'entrepôt du district et dans l'établissement visité. Des discussions avec le personnel du pays ont montré que les MIILDA de l'USAID, prévues pour l'ensemble des établissements en 2011, ont été allouées de manière proportionnelle, et à travers tous les districts, par le Programme national de lutte contre le paludisme. Des MIILDA supplémentaires, fournies par l'UNICEF et la GAVI, ont été reprises dans l'analyse des lacunes au niveau national, mais celles-ci ciblent des districts précis : l'UNICEF soutient 15 districts, tandis que la GAVI en soutient 12. Les MIILDA de l'UNICEF et de la GAVI Alliance semblent être allouées à *leurs* districts, en plus des MIILDA de l'USAID allouées précédemment à ces districts. Par conséquent, les districts pour lesquelles il y a plus d'un donateur de MIILDA reçoivent une part plus qu'équitable des MIILDA disponibles, tandis que celles qui ne reçoivent que les MIILDA de l'USAID reçoivent moins de MIILDA que ce à quoi ils ont droit. Résultat : un district comme Bujumbura Nord est en rupture de stock de MIILDA, tandis que d'autres entrepôts de district, comme celui de Kibuye, a près de 5.000 MIILDA en stock.

Les efforts de supervision pour la distribution des MIILDA profiteraient également d'une coordination au niveau central. Le fait d'élargir les plans de supervision du niveau central vers l'ensemble des districts permettrait d'aider le personnel du niveau central à être prévenu de problèmes persistants sur le terrain, et permettrait aux décideurs de prendre des mesures correctrices immédiates.

Outre les problèmes de distribution de routine, il faut une coordination nationale pour revoir l'emballage des MIILDA du secteur public. En effet, l'ensemble des MIILDA observées pendant l'évaluation étaient emballées dans le sac de la marque du fabricant, sans aucun marquage supplémentaire. Mais à cause des préoccupations concernant les fuites et la découverte récente de MIILDA sur le marché, il serait prudent d'apposer une marque sur les MIILDA du secteur public, indépendamment de leur origine, au moyen d'un logo commun du ministère de la Santé et une inscription indiquant qu'il est interdit de les vendre. La présence évidente de MIILDA dans le secteur privé montre qu'il y a une demande pour ce produit. Étant donné le décalage entre les campagnes de couverture universelles, mettre à la disposition du public des MIILDA légitimes émanant du secteur privé permettrait de combler le fossé, en attendant la campagne MIILDA de 2014.

Recommandations

A partir de cette évaluation, plusieurs recommandations sont proposées. Celles-ci se concentrent sur l'amélioration de la gestion du système de distribution des MIILDA, et mettent également l'accent sur la gestion au niveau national de la distribution des MIILDA, ainsi que sur le système de distribution de routine de MIILDA soutenu par l'USAID.

Assistance technique recommandée pour renforcer le système national de distribution des MIILDA

Assurer une coordination au niveau national : la plus importante recommandation met l'accent sur la coordination au niveau national. Le fait d'avoir de multiples donateurs de MIILDA, conjugué à de multiples systèmes de gestion des MIILDA au sein des différents districts, a donné naissance à un contexte exagérément complexe pour les MIILDA du secteur public au Burundi. S'il est vrai que l'USAID fournit des MIILDA à tous les districts, d'autres donateurs, comme l'UNICEF et la GAVI, se concentrent sur certains districts dispersés à travers le pays. Par conséquent, les MIILDA de l'USAID sont allouées de manière proportionnelle dans tous les districts, en plus du complément de MIILDA que certains districts reçoivent de la part d'autres donateurs. Résultat : certains districts ont un excédent de stock, tandis que d'autres connaissent des ruptures de stock. La solution idéale consisterait à mettre au point un plan de distribution national des MIILDA qui tienne compte de toutes les MIILDA du secteur public qui entrent dans le système de distribution de routine ; ainsi, on veillerait à ce que chaque district reçoive une part équitable des MIILDA disponibles.

Améliorer les structures de supervision : améliorer la fréquence et la qualité de la supervision du niveau central vers les districts et les établissements sanitaires peut potentiellement améliorer la gestion et la mise en œuvre du système de distribution des MIILDA. De plus, une supervision à intervalles réguliers permettrait d'assurer la qualité des documents produits, à la fois par le biais des rapports soumis et des dossiers conservés au niveau des établissements sanitaires ou des districts. Une supervision à intervalles réguliers pourrait également veiller à ce que les bonnes pratiques en matière de gestion des produits, comme de procéder fréquemment à des inventaires, soient mises en œuvre. À l'heure actuelle, PSI n'a de quoi financer que des supervisions trimestrielles du niveau central vers les districts pilotes. Idéalement, le niveau central – que ce soit PSI, le PNLN ou un effort conjoint – devrait procéder à une supervision régulière des districts pilotes et non pilotes.

De plus, des visites de supervision du projet pourraient être complétées en les intégrant à l'activité (soutenue par l'USAID) de vérification de l'utilisation finale¹⁵. La vérification de l'utilisation finale permet d'intégrer, de manière systématique et valable, les indicateurs de MIILDA dans le suivi des indicateurs trimestriels sur le paludisme ; cela permettrait d'avoir un échantillon de données plus

¹⁵ La vérification de l'utilisation finale consiste à prendre un échantillon d'établissements sanitaires au niveau national aux fins d'une supervision régulière, en se concentrant sur les principaux indicateurs du paludisme. Au Burundi, la vérification de l'utilisation finale est mise en œuvre par « Management Sciences for Health » par le biais des projets « Strengthening Pharmaceutical Services and Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services ».

large, et de renforcer les possibilités de fournir un appui sur place aux travailleurs de la santé qui gèrent les MIILDA.

Uniformiser les systèmes de distribution des MIILDA : à l'heure actuelle, plusieurs districts gèrent de multiples systèmes de distribution de MIILDA pour différents donateurs de MIILDA. Étant donné les ressources limitées en personnel au niveau des districts, et compte tenu des populations ciblées bien établies qui sont communes à l'ensemble des MIILDA de routine, il serait logique de simplifier la distribution des MIILDA, à tout le moins au sein de chaque district, pour veiller à ce qu'un seul système de suivi et de distribution fonctionne dans chaque district. Cela permettrait à la fois d'exploiter au maximum l'efficacité du personnel, et de créer un système capable d'agrèger les informations sur la distribution et l'état des stocks pour tous les programmes de donateurs de MIILDA. Cette mesure s'appliquerait aux districts pilotes comme aux districts non pilotes.

Passer en revue la quantité et le calendrier des MIILDA livrées aux établissements : dans l'un des districts pilotes, l'ensemble des établissements a reçu d'importantes quantités de MIILDA au cours du même mois, sans tenir compte des stocks disponibles. Renforcer les capacités en supervisant les districts pourrait amener le personnel à mieux comprendre quels sont les niveaux de stocks appropriés qu'il convient de maintenir dans les établissements sanitaires. Par ailleurs, et dans la mesure du possible, tous les districts devraient dissuader le personnel d'ouvrir les balles de MIILDA pendant la distribution ; ceci devrait contribuer à prévenir le chapardage des MIILDA, une pratique qui pourrait devenir plus fréquente et tentante une fois les balles ouvertes.

Renforcer les messages de communication : à l'heure actuelle, les initiatives de communication sur le changement de comportement (CCC) sont en place, mais les données de la Croix-Rouge montrent que depuis la campagne de couverture universelle, il y a un déclin dans l'utilisation des MIILDA. Une campagne nationale intégrée de CCC sur le paludisme pourrait non seulement renforcer les messages à propos de l'importance à utiliser des MIILDA de manière systématique, mais également encourager d'autres pratiques de traitement et de prévention en matière de lutte contre le paludisme.

Modifier les emballages des MIILDA du secteur public : il n'existe actuellement aucune norme commune en matière d'étiquetage pour les MIILDA du secteur public au Burundi. Idéalement, toutes les MIILDA du secteur public devraient avoir le même emballage, ce qui faciliterait la gestion d'un programme intégré de MIILDA. Dans la mesure du possible, le ministère de la Santé devrait proposer un emballage commun pour l'ensemble des donateurs de MIILDA. Si cela n'est pas possible, il conviendrait d'apposer sur toutes les MIILDA du secteur public un logo du ministère de la Santé ou un autre logo gouvernemental, et celles-ci devraient porter la mention *Vente interdite*. Pour le moment, bien qu'il n'y ait aucune indication d'une fuite importante de MIILDA provenant du système de distribution du secteur public, ce type de marquage pourrait dissuader les marchands du secteur privé de vendre des MIILDA du secteur public. Si, toutefois, des MIILDA devaient apparaître dans le secteur privé, ce marquage indiquerait clairement qu'il s'agit de MIILDA du secteur public et non d'un bien légitime du secteur privé pouvant être vendu.

Introduire des MIILDA du secteur privé : d'après les récentes informations sur la revente des MIILDA¹⁶, il y a une réelle demande pour des MIILDA par le biais de structures du secteur privé. Les renseignements recueillis ci et là indiquent que les MIILDA étaient vendues entre 3.000 et 9.000 francs (soit approximativement entre 6,00 et 18 USD). Il conviendrait de procéder à une enquête pour voir ce que les gens seraient prêts à payer afin d'établir une tarification juste et équitable pour les MIILDA du secteur privé ; toutefois, les informations préliminaires laissent entendre qu'une

¹⁶ Une enquête sur le marché central de Bujumbura a récemment permis de découvrir quelque 3.000 MIILDA proposées à la vente. La majorité de ces MIILDA semblait usagée.

MIILDA au prix du recouvrement des coûts pourrait avoir des chances de réussir, du moins dans les zones urbaines.

Compléter l'approvisionnement régulier de MIILDA pour 2012 et au-delà : selon des estimations approximatives concernant les quantités, il manquera entre 25.000 et 50.000 MIILDA pour 2012 par rapport aux besoins. En comblant cette lacune, on veillera à assurer l'accès aux MIILDA par le biais de services de santé préventifs réguliers pour les personnes les plus menacées par le paludisme.

Inclure les MIILDA dans la quantification nationale : instaurer un processus officiel de quantification et de prévision des MIILDA pourrait contribuer à minimiser le risque de ruptures de stock. Des efforts devraient être consentis pour inclure les MIILDA dans le comité national de quantification déjà mis en place sous l'égide du ministère de la Santé.

Remplacer les MIILDA qui ont été distribuées par le biais de campagnes de couverture universelles en 2009 et en 2010 : le Burundi risque de perdre beaucoup de terrain par rapport aux objectifs d'Abuja, puisque les MIILDA distribuées en 2009 et en 2010 dans le cadre des campagnes de couverture universelles perdent de leur efficacité. Bien qu'il existe à l'évidence d'importantes contraintes en matière de ressources, notamment en ce qui concerne le Fonds Mondial il convient de tout mettre en œuvre pour maintenir la couverture des MIILDA au sein des ménages. Dans la mesure du possible, cette mesure devrait être soutenue par le biais de la distribution régulière de MIILDA, du moins si l'on ne dispose pas de ressources pour une campagne ultérieure.

Actions recommandées pour renforcer la distribution des MIILDA soutenue par l'USAID

Procédures opératoires standard pour la distribution : étant donné la confusion constatée dans les communes pilotes concernant les procédures du programme relatives aux documents et au remboursement, un ensemble de procédures opératoires standard, précisant notamment les rôles et les responsabilités à chaque niveau du système, pourrait amener les districts à mieux comprendre à la fois le but du programme et les détails du processus.

Officialiser la tenue des dossiers : mettre en place un système de gestion électronique pour suivre les bordereaux de livraison et les plans de distribution au niveau national et des districts, pourrait permettre aux gestionnaires du programme, à la fois chez PSI et dans le cadre du PNLP, d'être immédiatement prévenus au cas où un établissement n'aurait pas reçu la livraison prévue de MIILDA, ou dans le cas où un établissement reçoit un nombre supérieur ou inférieur de MIILDA par rapport à ce qui était alloué. Cette mesure permettrait de favoriser une gestion plus active de la distribution des MIILDA, et permettrait aux superviseurs du niveau central de consulter les données pertinentes avant de procéder à des visites sur le terrain.

Accroître l'effectif du projet : à l'heure actuelle, le programme de distribution des MIILDA soutenu par l'USAID ne dispose que d'un seul membre du personnel à temps plein. Accroître le personnel de ce projet pourrait nettement améliorer la qualité de la mise en œuvre, et pourrait contribuer à appuyer les activités de consolidation des capacités qui sont nécessaires au niveau des districts et des établissements. Idéalement, il faudrait deux postes supplémentaires : une personne travaillant à la collecte des données et à l'initiative susmentionnée visant à officialiser les efforts en matière de données et d'analyse, et une autre personne qui s'occuperait des activités de communication. Une composante de renforcement des capacités devrait occuper une place importante dans la description de ces deux postes.

Conclusion

Le système de distribution de MIILDA au Burundi, soutenu par l'USAID, a une assise solide et continue de garantir la livraison de MIILDA à travers le pays. À l'heure actuelle, cent pour cent des MIILDA bénéficiant du soutien de l'USAID ont été distribuées au niveau des districts, tandis que le taux de confirmation de livraison au niveau des établissements s'élève à 94 pour cent. Avec des structures d'entreposage sécurisées, le principal risque à la sécurité physique des MIILDA concerne de mauvaises pratiques en matière de gestion et de stockage dans les établissements qui ne tiennent pas les fiches de stock à jour, ou qui ne procèdent pas à des inventaires réguliers.

Le manque de coordination adéquate des activités relatives aux MIILDA au niveau national présente un risque réel et important pour le programme des MIILDA au Burundi. Ce pays dispose en ce moment de ressources suffisantes pour subvenir à environ 95 pour cent des besoins en matière de distribution de routine de MIILDA pour l'année 2012. Si les ressources en MIILDA de l'ensemble des sources sont gérées de manière proactive, et dans un cadre intégré, le pays devrait être en mesure de réduire au minimum les ruptures de stock au niveau des établissements, et de veiller à ce que ceux qui ont besoin de MIILDA soient en mesure de les recevoir.

À l'heure actuelle, le plus important risque encouru par le Burundi pour atteindre une couverture universelle en MIILDA, est le décalage entre les campagnes. Étant donné qu'environ la moitié du pays a été couverte pendant la campagne initiale de 2009, le fait de retarder la prochaine campagne à 2014 aura d'importantes conséquences sur la couverture des ménages et, partant, sur l'utilisation de MIILDA. S'il est vrai que l'on pourra combler cette lacune en renforçant la disponibilité de MIILDA dans le secteur privé, un financement suffisant permettant de faire face à ce décalage général pourrait protéger une partie importante de la population qui, autrement, n'aurait pas accès à des MIILDA.

Références

Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi, ministère du Plan et du Développement communal, Institut national de santé publique, ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le sida, MEASURE DHS, ICF Macro. Avril, 2010. Burundi: 2010 DHS – Rapport préliminaire. Calverton, MD: MEASURE DHS.

Olivi, Elena. 2012. Trip Report: Assessment of Routine LLINs in 10 Pilot Districts of Burundi. Washington, DC: PSI Malaria Department.

UNICEF, statistiques sur le Burundi, disponibles à l'adresse http://www.unicef.org/infobycountry/burundi_statistics.html (données consultées en avril 2012).

USAID. 2010. FY11 Burundi Malaria Operational Plan. Washington, DC: US Agency for International Development.

Annexe A

Deux évaluations des besoins ont été effectuées pour obtenir une estimation des besoins en matière de MIILDA afin de répondre aux besoins du système de distribution de routine de MIILDA au Burundi pour l'année 2012. Pour les deux méthodes utilisées dans le cadre des évaluations, on s'est servi d'une extrapolation des chiffres de la population tirés du recensement national de 2008, dont les prévisions font état d'une population de 8.854.998 âmes en 2012.

Estimation des besoins en fonction de la consommation

(Cette estimation suppose une consommation uniforme de MIILDA par la population cible tout au long de l'année calendaire).

Consommation totale de MIILDA signalée dans les communes pilotes en novembre et en décembre 2011 : 27.421 MIILDA

Prévision du besoin total pour la distribution régulière de MIILDA dans les districts pilotes : 164.526 MIILDA

Pourcentage de la population nationale totale dans les districts pilotes : 23 pour cent

Prévision du besoin total pour la distribution régulière de MIILDA au niveau national : **715.330 MIILDA**

Estimation des besoins en fonction de la population

(Cette estimation présume que chaque enfant qui obtient tous ses vaccins ainsi que les femmes enceintes recevront une MIILDA, et qu'aucune autre population cible supplémentaire ne recevra de MIILDA).

Pourcentage de la population âgée de moins de 12 mois : 3,7 pour cent

Pourcentage des enfants âgés d'un an se faisant vacciner contre la rougeole (dernière série de vaccins pour les enfants, celle qui confère le droit à une MIILDA¹⁷) : 92 pour cent

Pourcentage de la population composée de femmes enceintes¹⁸ : 5 pour cent

Pourcentage de femmes enceintes se rendant au moins une fois auprès des services prénataux : 99 pour cent

Prévision du besoin total pour la distribution de routine de MIILDA au niveau national : **739.747 MIILDA**

¹⁷ Fiche de synthèse de l'UNICEF, http://www.unicef.org/infobycountry/burundi_statistics.html

¹⁸ Enquête démographique et de santé, 2010.

Pour de plus amples informations, veuillez consulter le site Internet deliver.jsi.com.

USAID | DELIVER PROJECT

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 16th Floor

Arlington, VA 22209 États-Unis

Téléphone : 703-528-7474

Télécopie : 703-528-7480

Courriel : askdeliver@jsi.com

Site Internet : deliver.jsi.com