



**REPUBLIQUE DU BURUNDI**  
**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE**  
**ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**



**PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2019-2023**  
**ALIGNE AU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT**  
**DU BURUNDI 2018-2027**



## PREFACE

Le Gouvernement du Burundi à travers le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida vient de se doter d'un nouveau Plan National de Développement Sanitaire, troisième génération (PNDS III) ; couvrant la période de 2019 à 2023. Ce PNDS III s'inscrit dans la droite ligne de la Politique Nationale de Santé 2016-2025 et du Plan National de Développement 2018-2027.

Le PNDS III est en phase avec les souscriptions du Burundi aux Déclarations et Actes Internationaux en matière de santé notamment : La Déclaration d'Astana sur les Soins de Santé Primaires durables, les Objectifs de Développement Durable (ODD), la Stratégie Sanitaire du Nouveau Partenariat Africain pour l'Aide au Développement (NEPAD) et le Sommet d'Abuja sur le Paludisme. Il va en outre contribuer à l'atteinte de la Vision 2025 du Gouvernement du Burundi, en cohérence avec le Plan National de Développement du Burundi de 2018-2027.

Le PNDS III a pour but de contribuer à la réduction de la mortalité, des handicaps et invalidités évitables par l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité. En conséquence, les indicateurs du PNDS III devront couvrir parfaitement toutes les cibles de l'Objectif de Développement Durable 3(ODD 3) «**Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous et à tout âge**». L'élaboration du PNDS III a adopté une approche participative et inclusive de tous les intervenants du secteur de la santé.

A travers le PNDS III, le Gouvernement du Burundi à travers le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, réaffirme son engagement à améliorer la santé de la population.

Sur base des grandes orientations de la Politique Nationale de Santé, les orientations prioritaires ont été identifiées pour les cinq années à venir, à savoir :

(i) Amélioration de l'offre des soins et services de santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent(e) et du jeune, de la personne âgée ainsi que de la santé nutritionnelle de qualité ; (ii) Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ; (iii) Amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé; (iv) Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des produits pharmaceutiques, des produits de laboratoire, des produits sanguins et produits de santé ; (v) Amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires ; (vi) Renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé ; (vii) Renforcement des mécanismes de Financement du secteur de la santé ; (viii) Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé ; (ix) Renforcement des interventions au niveau communautaire ; (x) Lutte contre les facteurs de risques liés aux maladies transmissibles, non transmissibles et actions sur les déterminants sociaux de la santé ; (xi) Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie, de la gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles ; (xii) Renforcement de la gestion des questions des populations pour tendre vers le dividende démographique.

Ce PNDS III (2019 – 2023) constitue un cadre de référence pour toutes les actions de développement sanitaire du pays. Ce n'est qu'à travers des efforts consentis dans la mise en œuvre de ce PNDS par les différents acteurs, depuis le niveau central jusqu'au niveau communautaire que la performance du système de santé et les réformes en cours pourront être effective.

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

Dr Thaddée NDIKUMANA

  
le 07-12-2018

## TABLE DES MATIERES

PREFACE .....	Erreur ! Signet non défini.
TABLE DES MATIERES .....	1
LISTE DES TABLEAUX .....	3
I. CONTEXTE NATIONAL .....	11
I.1 Situation géographique du pays.....	11
I.2 Situation démographique .....	12
I.3 Situation socio - économique .....	12
I.4 Bilan des OMD .....	12
II. DIAGNOSTIC SECTORIEL .....	12
II.1 Etat de santé de la population .....	13
II.2 Profil épidémiologique et évolution des politiques en matière de santé .....	15
II.3 Organisation et gestion du système national de santé .....	17
II.4 Déterminants de santé.....	23
II.5. Principaux défis en matière d'offre de soins et des services de santé.....	24
II.6 Préparation et Réponse aux urgences et catastrophes.....	25
II.7 Ressources humaines pour la santé .....	27
II.8 Médicaments, produits de santé et laboratoire .....	30
II.9 Infrastructures et équipements de santé .....	32
II.10 Financement du secteur de la santé.....	33
II.11 Information sanitaire, recherche et innovation .....	34
II.12 Gouvernance et leadership .....	36
III. CADRE STRATEGIQUE DU PNDSIII.....	40
III.1 VISION, BUT, OBJECTIFS ET AXES STRATEGIQUES .....	40
IV. CADRE DE MISE EN ŒUVRE .....	43
IV.1 Cadre Institutionnel de mise en œuvre.....	43
IV.2 Planification opérationnelle pour la mise en œuvre du PNDSIII.....	44
IV.3 Mécanismes de Coordination .....	44
V. CADRE DE SUIVI EVALUATION.....	45
V.1 Indicateurs clé de suivi de la mise en œuvre du PNDS III.....	45
V.2 Evaluation du PNDS III .....	46
VI. CADRE PROGRAMMATIQUE ET BUDGET .....	46
VII. ANNEXES.....	54
VII. 1. CADRE LOGIQUE DU PNDS III 2019-2023 .....	54

## LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1: Quelques indicateurs de santé.....</i>	<i>13</i>
<i>Tableau 2 : Evolution des ressources humaines.....</i>	<i>28</i>
<i>Tableau 3: Répartition des médecins et infirmiers selon le milieu de travail. ....</i>	<i>28</i>
<i>Tableau 4 : Répartition du budget par objectif.....</i>	<i>47</i>
<i>Tableau 5 : Répartition du budget par axe stratégique.....</i>	<i>47</i>
<i>Tableau 6 : Répartition du budget par programme .....</i>	<i>49</i>
<i>Tableau 7: Répartition du budget par pilier du système de santé.....</i>	<i>51</i>
<i>Tableau 8 : Répartition du budget par nature de dépenses.....</i>	<i>53</i>

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**ANJE** : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant

**ARV** : Antirétroviraux

**ASC** : Agent de Santé Communautaire

**ASLM** : African Society for Laboratory Medicine

**ATPC** : Assainissement Total Piloté par la Communauté

**DPSHA** : Direction de la Promotion de la Santé, de l'Hygiène et de l'Assainissement

**AVP** : Accidents de la Voie Publique

**BCG** : Bacille de Calmette et Guérin

**BDS** : Bureau du District Sanitaire

**BPCO** : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

**BPF** : Bonnes Pratiques de Fabrication

**BPS** : Bureaux Provinciaux de Santé

**CAM** : Carte d'Assistance Médicale

**CAMEBU** : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du Burundi

**CCC** : Communication pour le Changement de Comportement

**CDMT** : Cadre de Dépense à Moyen Terme

**CDS** : Centre de Santé

**CHANCE** : Chirurgie du Trichiasis, Antibiothérapie, Nettoyage du visage et changement de l'Environnement

**CIPD** : Conférence Internationale sur la Population et le Développement

**CLS** : Comités Locaux de Lutte contre le SIDA

**CMAM** : Community Based Management of Acute Malnutrition Model

**CNLS** : Centre National de Lutte contre le Sida

**CNTS** : Centre National de Transfusion Sanguine

**COCOLS** : Comités Communaux de lutte contre le SIDA

**COGEDI** : Comité de Gestion du District

**COPIDI** : Comité de Pilotage des Districts

**COPS** : Centre Opérationnel d'Urgences de Santé Publique

**COSA** : Comité de Santé

**CPLS** : Comités Provinciaux de Lutte contre le SIDA

**CPN** : Consultation Pré-Natale

**CPSD** : Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement

**CPVV** : Comité Provincial de Vérification et de Validation

**CRTS** : Centre Régional de Transfusion Sanguine

**CSLP** : Cadres stratégiques de croissance et de lutte contre la pauvreté

**CSU** : Couverture Sanitaire Universelle

**DGP** : Direction Générale de la Planification

**DGR** : Direction Générale des Ressources

**DHIS2** : District Health Information System, 2ème Edition

**DISE** : Direction des Infrastructures Sanitaires et d'Équipement

**DM** : Décès Maternel

**DND** : Données Non Disponibles

**DPML** : Direction de la Pharmacie, des Médicaments et des Laboratoires

**DSNIS** : Direction du Système National d'Information Sanitaire

**DTS** : Dépenses Total en Santé

**EAC** : East African Community

**EDS** : Enquête Démographique et de Santé

**EDSB** : Enquête Démographique et de Santé du Burundi

**EEC** : Evaluation Externe Conjointe

**ENHAB** : Enquête Nationale d'Hygiène et d'Assainissement de Base

**ENIR** : Equipe Nationale d'Intervention Rapide

**FAN** : Foyer d'Apprentissage Nutritionnel

**FARN** : Foyer d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle

**FBP** : Financement Basé sur les Performances

**FNUAP** : Fonds des Nations Unies pour la Population

**FOSA** : Formation Sanitaire

**GASC** : Groupements des Agents de Santé Communautaire

**GMAO** : Gestion de la Maintenance Assistée par l'Ordinateur

**HPV** : Papillomavirus Humain

**HTA** : Hypertension Artérielle

**iCCM** : Integrated Community Care Management

**ICN** : Instance Nationale de Coordination

**IEC** : Information Education et Communication

**iHRIS** :Integrated Human Resources Information System

**IMC** : Indice de Masse Corporelle

**INSP** : Institut National de Santé Publique

**INSS** : Institut National de sécurité sociale

**IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique

**ISF** : Indice synthétique de fécondité

**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles

**ISTEEBU**:InstitutdesStatistiquesetdesEtudesEconomiquesduBurundi

**JANS**: Joint Assessment of National HealthStrategies and Plans

**JICA** :Japan International Cooperation Agency

**JRF** : Joint Report Form

**PNILMCNT**:Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles

**MFP** : Mutuelle de la Fonction publique

**MILDA** : Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide à Longue Durée d’Action

**MPR** : Médecine Physique et Ré adaptative

**MSPLS**: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida

**MTN** : Maladies Tropicales Négligées

**ND** : Non Disponible

**NEPAD** : Nouveau Partenariat Africain pour l’Aide au Développement

**NV** : Naissances vivantes

**ODD** : Objectif de Développement Durable

**OG** :Objectif Général

**OMD** : Objectifs du millénaire pour le Développement

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**ONPR** : Office National des Pensions et des Risques professionnels

**ONU SIDA**: Organisation des Nations Unies pour le Sida

**PCA** : Paquet Complémentaire d’Activités

**PCDC** : Plans Communaux de Développement Communautaire

PCI : Prévention et Contrôle de l'Infection

PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance

PEC : Plan d'Extension et de la Couverture

PEV : Programme Elargi de vaccination

PIB : Produit Intérieur Brut

PID : Pulvérisation Intra-Domiciliaire

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PND : Plan National de Développement

PNDIS : Plan de Développement de l'Informatique en Santé

PNDS: Plan National de Développement Sanitaire

PNS : Politique Nationale de Santé

PNSR : Programme National de Santé de la Reproduction

PPN : Politique Pharmaceutique Nationale

PRGC : Préparation de la Riposte et Gestion des Catastrophes

PRISM: Performance of Routine Information System Management

PSNLS : Plan Stratégique National Lutte Sida

PTF : Partenaire Technique et Financier

PTME : Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant

PVVIH : Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine

RAC : Revue Annuelle Conjointe

RDC : République Démocratique du Congo

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

RH : Ressources Humaines

RHS :Ressources Humaines en Santé

ROI : Règlement d'Ordre Intérieur

RR :Rougeole Rubéole

RSI : Règlement Sanitaire International

SARA : Services Availability & Readiness Assessment

SEP-CNLS : Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida

SF : Sage-Femme

SIS : Système d'Information Sanitaire



**SISR** : Système d'Information Sanitaire de Routine

**SONE** : Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels

**SONU** : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

**SONUB** : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base

**SONUC** : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet

**SRMNIA** : Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, et de l'Adolescent

**SSRAJ** : Santé Sexuelle Reproductive des Adolescents et des Jeunes

**SUN**: Scaling Up Nutrition

**TB** : Tuberculose

**TB/MR** : Tuberculose Multi Résistante

**TB/VIH** : coïnfection Tuberculose et Virus de l'Immunodéficience Humaine

**Td** : Tétanos-diphthérie

**TIC** : Technologie de l'Information pour la Communication

**TIDC** : Traitement par Ivermectine sous Directive Communautaire

**TPB+** : Tuberculose Pulmonaire Bactériologiquement positif

**TPIg** : Traitement Préventif Intermittent pendant la Grossesse

**TTF** : Tuberculose Toutes Formes confondues

**UE** : Union Européenne

**UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

**USAID**: United States Agency for International Development

**USD** : Dollar Américain

**VIH/SIDA**: Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome d'Immunodéficience Acquise

**VSBG** : Violence Sexuelle Basée sur le Genre

**WISN**: Workload Indicators of Staffing Need

## RESUME EXECUTIF

Le présent Plan National de Développement Sanitaire de Troisième génération (PNDSIII) s'inscrit dans la droite ligne du Plan National de Développement (PND) 2018-2027 et sert de référence pour l'orientation des stratégies sectorielles pour le développement. D'autres documents de référence nationale dont le PNDSIII s'inspire sont la vision du Burundi 2025 et la Politique Nationale de Santé 2016-2025. Le PNDS III est en outre en phase avec les souscriptions du Burundi aux Déclarations et Actes Internationaux en matière de santé notamment : (1) La Déclaration d'Astana 2018 avec sa vision à quatre composantes : (i) **les gouvernements et les sociétés** doivent promouvoir la santé et le bien-être des populations ; (ii) **les soins de santé primaires et les services de santé** qui sont de grande qualité, sûrs, complets, intégrés, accessibles, disponibles et abordables pour tous et partout ; (iii) **l'environnement stimulant et propice** à la santé ; (iv) **l'implication des partenaires et des parties prenantes** pour apporter un soutien efficace aux politiques, aux stratégies et aux plans sanitaires nationaux ; et (2) le 3<sup>ème</sup> objectif des ODD : « **Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous et à tout âge** ».

Le PNDS III a pour but de contribuer à la réduction de la mortalité, des handicaps et invalidités évitables par l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité. En conséquence, les indicateurs du PNDS III devront couvrir parfaitement toutes les cibles de l'ODD 3.

L'élaboration du PNDS III a adopté une approche participative et inclusive de tous les intervenants du secteur de la santé (secteur public, privé, société civile, l'administration et les partenaires techniques et financiers).

A travers le PNDS III, le Gouvernement du Burundi réaffirme son engagement à améliorer la santé de la population. Sur base des grandes orientations de la Politique Nationale de Santé, douze orientations prioritaires ont été identifiées pour les cinq années à venir, à savoir :

(i) l'amélioration de l'offre des soins et services de santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent(e) et du jeune, de la personne âgée ainsi que de la santé nutritionnelle de qualité ; (ii) le renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ; (iii) l'amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé ; (iv) l'amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des produits pharmaceutiques, des produits de laboratoire, des produits sanguins et autres produits de santé ; (v) l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires ; (vi) le renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé ; (vii) le renforcement des mécanismes de financement du secteur de la santé ; (viii) le renforcement de la gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé ; (ix) le renforcement des interventions du niveau communautaire ; (x) la lutte contre les facteurs de risques liés aux maladies transmissibles, non transmissibles et actions sur les déterminants sociaux de la santé ; (xi) le renforcement de la surveillance intégrée de la maladie, de la gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles et (xii) le renforcement de la gestion des questions des populations pour tendre vers le dividende démographique.

Le PNDS III est structuré autour de cinq parties :

- ✓ La première partie concerne *le diagnostic sectoriel* qui montre la situation épidémiologique et l'état de santé de la population burundaise à travers les indicateurs clés de santé ;
- ✓ La deuxième partie traite de *l'organisation du système de santé* y compris le niveau communautaire et retrace l'organisation du système et des soins à tous les niveaux, les ressources humaines, matérielles et financières à mobiliser pour renforcer le système de santé ;
- ✓ La troisième partie montre *la vision, le but, les objectifs et les axes stratégiques* du PNDS III ;
- ✓ La quatrième partie montre le cadre institutionnel de mise en œuvre et les mécanismes de coordination ;
- ✓ La cinquième partie concerne le cadre de suivi évaluation, qui montre les mécanismes et l'organisation du suivi et de l'évaluation du PNDSIII et les indicateurs à suivre durant la période de sa mise en œuvre.

Le PNDSIII constitue un cadre de référence pour toutes les actions de développement sanitaire du pays, depuis le niveau central jusqu'au niveau communautaire. L'implication effective de tous les acteurs (secteur public, privé, société civile, l'administration, la communauté et les Partenaires Techniques et Financiers) constitue la clé pour la réussite de la mise en œuvre de ce plan.

Pour ce faire, il faut avoir une bonne stratégie de mobilisation des ressources et de communication à l'endroit de toutes les parties prenantes à savoir les bénéficiaires, les prestataires, les partenaires techniques et financiers, les régulateurs, la société civile, les syndicats, les représentants du peuple, les gestionnaires du médicament et d'autres secteurs connexes à la santé tels que l'éducation, les finances, l'agriculture et l'élevage, l'environnement, l'adduction en eau potable et l'électrification ainsi que la communication.

En vue de réussir la mise en œuvre du PNDSIII, le Gouvernement du Burundi via le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida doit saisir des opportunités de mobilisation des fonds nécessaires. En effet, l'engagement des partenaires du secteur de la santé s'inscrit dans le plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement du Burundi (UNDAF 2019-2023), la participation communautaire dans les activités de santé et l'implication d'autres secteurs dans l'amélioration de santé de la population ainsi que l'augmentation du budget de l'état alloué à la santé. Avec la conjugaison des efforts de toutes les parties prenantes au niveau national et l'appui soutenu de la communauté internationale, il ne fait nul doute que le présent PNDSIII conduira à un meilleur état de santé de la population.

## I. CONTEXTE NATIONAL

### I.1.Situation géographique du pays

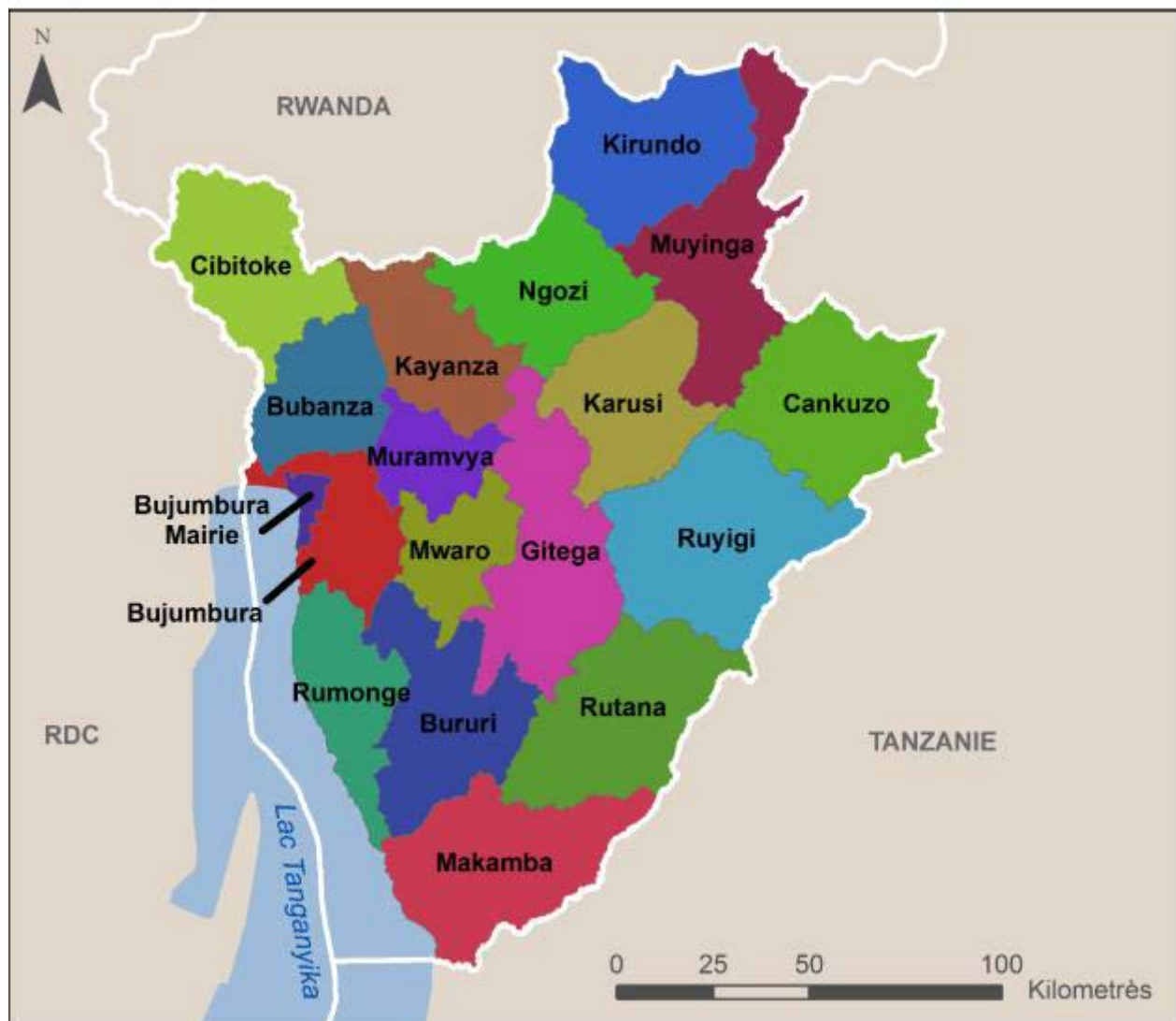
Le Burundi est un pays situé à cheval entre l'Afrique de l'Est et l'Afrique Centrale. Il est frontalier au nord avec le Rwanda, au Sud et à l'Est avec la Tanzanie et à l'Ouest avec la République Démocratique du Congo(RDC). Sa superficie est de 27.834 km<sup>2</sup> incluant la surface des eaux territoriales. Il est situé à 3°22' 34" de latitude sud et à 29°21'36" de longitude Est.

Son relief est dominé par de hauts plateaux au centre et le reste du territoire est occupé par la plaine de l'Imbo à l'Ouest, la dépression de Kumoso à l'Est ainsi que les lacs dont le plus grand est le lac Tanganyika.

Son climat est tropical avec quatre saisons, une petite saison sèche (Janvier à Février), la grande saison des pluies (de Mars à Mai), la grande saison sèche (de Juin à Septembre) et une petite saison de pluie (d'Octobre à Décembre).

Carte géographique du Burundi(EDSIII 2016-2017)

## BURUNDI



## **I.2.Situation démographique<sup>1</sup>**

La population du Burundi est estimée à 11.495. 438 habitants en 2017 et pourrait atteindre 14,9 millions d'habitants en 2030(PND 2018-2027) avec un taux d'accroissement naturel de 2,4% par an, une taille moyenne de 4,8personnes par ménage et un indice synthétique de fécondité de près de 5,9enfants par femme (RGPH 2008, EDS III 2016-2017).

La démographie sans cesse croissante est un défi pour la santé et le bien-être de la population burundaise. Les données démographiques montrent que la population burundaise est relativement jeune avec 65% de personnes de moins de 25 ans, tandis que les personnes âgées de 60 ans et plus ne représentent que 5,4% (EDS III 2016-2017). La densité moyenne de cette population,l'une des plus forte d'Afrique, est estimée à environ 413 hab. /km<sup>2</sup> en 2017<sup>2</sup>. Cette forte croissance démographique a pour conséquence, une pression de plus en plus forte sur les ressources naturelles et sur les services de base avec plus de 90% de la population qui vit en zone rurale.

## **I.3.Situation socio –économique**

Le Burundi a initié depuis 2011 des réformes structurelles et financières afin de consolider les basesproductives, d'améliorer le climat des affaires et de relancerl'activité économique.

L'économie burundaise a enregistré un taux de croissance économique de 3,0% en moyenne sur la période de 2012-2016. Cette croissance est tirée principalement par le secteur tertiaire (5,7%) alors que le primaire et le secondaire enregistraient de faibles croissances (respectivement de 1,8%et 2,5%)

En effet, le secteur primaire constitue le pilier de l'économie burundaise, il a connu une croissance moyenne de 4,7% sur la période 2012-2014. La valeur ajoutée du secteur primaire devrait nettement progresser. Elle devrait enregistrer un taux de croissance moyen de 8,3% contre 0,6% sur la période 2008-2017. Le taux de croissance du PIB s'est amélioré passant de 242dollars en 2010 à 274dollars en 2017(PND 2018-2027, projections ISTEERBU).

## **I.4.Bilan des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)**

Dans le cadre de la réalisation des OMD, le Gouvernement a élaboré et mis en œuvre deux Cadres Stratégiques de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) :le CSLP I qui a couvert la période de 2003-2006 et le CSLP II qui a couvert la période de 2012 – 2015.

Des progrès significatifs sont à souligner en ce qui concerne la prévention, la protection et la répression des violences basées sur le genre. En ce qui est de l'accès universel à la santé de la reproduction le taux de prévalence contraceptive est passé de 22% en 2010 (EDS II 2010) à 29% (EDS III 2016-2017). L'utilisation des services de soins prénatals est passée de 21% en 2010 à 47%(EDS III 2016-2017) pour la consultation prénatale précoce et la proportion des femmes qui ont effectué au moins 4 visites est passée de 33% à 49%(EDS III 2016-2017).

Grâce à la politique de gratuité de soins en faveur des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et à l'appui des partenaires techniques et financiers par le mécanisme de financement basé sur les performances ,la

---

<sup>1</sup>Projections démographiques 2010-2050 niveau national et provincial, ISTEERBU, Avril 2017

<sup>2</sup>Idem que ci-haut.

proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié s'est améliorée passant de 60 % en 2010 (EDS II 2010) à 85% en 2016 (EDS III 2016-2017), la mortalité maternelle est passée de 500 Décès Maternel (DM) (EDS II 2010) à 392 DM/100.000 Naissances Vivantes (NV) pour toute cause de décès et 334 DM/100.000NV selon la définition de l'OMS d'un décès maternel (EDS III 2016-2017), la mortalité néonatale est passée de 31/1000 NV à 23/1000 NV, la mortalité infantile de 59 à 47/1000 NV, la mortalité infanto-juvénile de 96 à 78/1000 NV (EDS III 2016-2017).

La couverture en centres de santé (CDS) et en hôpitaux s'est nettement améliorée avec une couverture en hôpitaux qui est passée de 1 hôpital pour 176 112 habitants en 2010 à 1 hôpital pour 128 486 en 2015 et celle des CDS est passée de 1 CDS pour 12 475 habitants en 2010 à 1 CDS pour 9 377 en 2015.

Quant à l'OMD 6 en rapport avec le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies, les cibles y relatives ont aussi évolué positivement mais partiellement atteintes.

En effet, la prévalence du VIH est passée de 1.4% (EDS II 2010) à 0.9% (EDS III 2016-2017), la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux est passée de 16% en 2010 à 11% en 2017, l'incidence de la tuberculose toutes formes confondues (TTF) est passée de 91/100.000 habitants à 78/100.000habitants de 2010 à 2017, la tuberculose pulmonaire bactériologiquement positive (TPB+) de 54 à 44/100.000 habitants, et les cas de tuberculose multi résistante (TB/MR) notifiés passant de 24 à 50 cas de 2010 à 2017.

## II. DIAGNOSTIC SECTORIEL

### II.1.Etat de santé de la population

La santé de la population est une composante essentielle du développement humain et celui des sociétés. Elle a la particularité d'être à la fois une finalité et un moyen de développement. La mesure de l'état de santé de la population se fait à travers les indicateurs dont certains sont repris dans le tableau ci-après :

Tableau1: Quelques indicateurs de santé

N°	Indicateurs	Valeurs		Sources
		2010	2016-2017	
1	Population totale du pays(Projection de l'ISTEEBU)	8,4 millions	11,4 millions	Projection de l'ISTEEBU à partir du RGPH 2008
2	Espérance de vie à la naissance	54,84 ans	58 ans	Projections Démographiques2010-2050 Niveau National et Provincial ;
3	Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 NV	500	334	Résultats EDS III 2016-2017
4	Taux de mortalité néonatale pour 1000 NV	31	23	Résultats EDS III 2016-2017
5	Taux de mortalité infantile pour 1000 NV	59	47	Résultats EDS III 2016-2017

N°	Indicateurs	Valeurs		Sources
		2010	2016-2017	
6	Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1000NV	96	78	Résultats EDS III 2016-2017
7	Indice de capacité opérationnelle des services	ND	61%	Résultats de l'enquête SARA 2016
8	Utilisation des services curatifs (CDS) (contact/an/personne)	1,22	1,8	Annuaire statistique 2016
9	Taux de couverture vaccinale (enfants de 12 à 23 mois ayant reçu tous les vaccins de base à l'âge approprié pour le groupe d'âge)	83%	83,1%	Résultats EDS III 2016-2017
10	Taux de couverture vaccinale BCG (12-23 mois)	99%	98%	Résultats EDS III 2016-2017
11	Taux de prévalence contraceptive (Méthode moderne chez les femmes en union)	18%	22.9%	Résultats EDS III 2016-2017
12	Taux de couverture en accouchements assistés (naissances assistées par un personnel qualifié)	60%	85 %	Résultats EDS III 2016-2017
13	Taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans	29%	29%	Résultats EDS III 2016-2017
14	Taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans	58%	56%	Résultats EDS III 2016-2017
15	Taux de malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans	6%	5%	Résultats EDS III 2016-2017
16	Taux de couverture en CPN (4 visites et plus)	33,4%	49%	Résultats EDS III 2016-2017
17	Taux de couverture en CPN précoce (<4mois)	20,6%	47.3%	Résultats EDS III 2016-2017
18	Prévalence du paludisme	17%	27%	Résultats EDS III 2016-2017
19	Taux d'incidence du paludisme	327‰	849‰	Annuaire statistique 2016
20	Indice synthétique de fécondité (ISF)	6,4%	5.9%	Résultats EDS III 2016-2017
21	Taux de fécondité des adolescents	11%	8%	Résultats EDS III 2016-2017

N°	Indicateurs	Valeurs		Sources
		2010	2016-2017	
	(15-19 ans)			
22	Taux de prévalence du VIH	1,4%	1,0%	Résultats EDS III 2016-2017
23	Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB	12,19%	10.8% %	Comptes de santé 2012-2013

## II.2 Profil épidémiologique et évolution des politiques en matière de santé

### II.2.1 Santé de la mère et du nouveau-né

Dans le domaine de la santé de la mère et du Nouveau-né, le Burundi a connu des progrès considérables bien que les agendas des OMD soient restés à l'état inachevé.

En effet, le ratio de mortalité maternelle est passé de 500 à 334 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2010 et 2016 alors que la cible des ODD est fixée à moins de 70 décès d'ici 2030.

Le taux de mortalité néo-natale est passé de 31 à 23 décès pour 1000 naissances vivantes de 2010 à 2016 alors que la cible des ODD est fixée à 12 d'ici 2030.

Les résultats de la SDMR de 2017 en intra hospitalier ont montré que l'hémorragie reste la première cause de décès maternels (47.5%), suivi du paludisme (22.9%), et des infections (16.1%), plus de la moitié des décès maternels (52.5%) surviennent en post-partum immédiat (dans les 24 à 48h suivant l'accouchement) tandis que 17.8% des décès maternels surviennent durant la grossesse.

Selon l'EDS III 2016-2017, le risque de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire est passé de 153 ‰ en 1987 à 96 ‰ en 2010 et à 78 ‰ en 2016-2017. Entre 2010 et 2016-2017, on constate aussi une tendance à la baisse de la mortalité néonatale. En effet, le quotient de mortalité est passé de 31 ‰ en 2010 à 23 ‰ en 2016-2017.

Les données de l'EDS III montrent que chez les femmes enceintes, 39 % sont anémiques dont 29 % sous la forme légère, 10 % sous la forme modérée et moins de 1 % sous la forme sévère. La prévalence de l'anémie est beaucoup plus élevée en milieu rural (42 %) qu'en milieu urbain (22 %). Parmi les femmes qui vivent dans un ménage du quintile le plus bas, 50 % sont anémiques contre 25 % de celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus élevé.

La prévalence contraceptive globale qui aurait pu contribuer à réduire la mortalité maternelle reste relativement faible en dépit des progrès enregistrés ces dernières années. Elle est passée de 18% en 2010 à 22.9% en 2017 ; néanmoins, cette prévalence reste très basse chez les jeunes (17,5%) et les adolescentes (3%).

### II.2.2 La santé des enfants

Entre les années 2010 et 2016, le Burundi a enregistré des progrès dans le domaine de la santé des enfants avec un taux de mortalité infanto-juvénile passant de 96 à 78 décès pour 1000 NV alors que la cible de l'ODD est de 25 décès pour 1000 NV d'ici 2030.



Selon l'Annuaire Statistique 2017 les principales causes de morbidité dans les centres de santé (CDS) chez les enfants de moins de cinq ans sont : le paludisme (64,99 %), les IRA autres que la pneumonie (17,48 %), les géo helminthiases (2,48 %), la conjonctivite (2,2%), la pneumonie (2.12 %), la malnutrition aigüe (1.12%), la diarrhée avec déshydratation (1,04%).

Certains domaines comme celui des maladies congénitales (Drépanocytose, Hémoglobinopathies, cardiopathies congénitales, Insuffisance motrice cérébrale, malformations congénitales : pieds bot, etc.) restent faiblement explorés et moins soutenus.

Selon l'EDSIII, 56 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique : 31 % sous sa forme modérée et 25 % sous sa forme sévère. La prévalence de la malnutrition chronique varie de manière importante selon l'âge de l'enfant. C'est parmi les plus jeunes enfants de moins de six mois que la prévalence est la plus faible (25 %). L'augmentation progressive jusqu'à la tranche d'âge de 36-47 mois, âges auxquels les deux-tiers des enfants sont affectés par ce type de malnutrition (66 %). Au-delà, le niveau de la malnutrition chronique diminue, tout en restant élevé, puisque 59 % des enfants de 48-59 mois accusent un retard de croissance. La prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants est 5%. L'insuffisance pondérale est de 29% dont 21% sous forme modérée et 8% sous forme sévère.

La comparaison des résultats de l'EDSB-II 2010 et ceux de l'EDSIII2016-2017 met en évidence une augmentation de la prévalence de l'anémie parmi les enfants de 6-59 mois, celle-ci étant passée de 45 % à 61 %. Parmi ces tranches d'âge en 2017, la forme légère représente 25 % ; modérée 33 % et sévère 4 %. La prévalence de l'anémie chez les enfants est plus élevée en milieu rural (62 %) qu'en milieu urbain (48 %).

### **II.2.3 La santé des jeunes et adolescents**

Selon les projections démographiques 2010-2050 de l'ISTEEBU, les jeunes et adolescents de 15 à 24 ans représentent 19,29% de la population et leur accessibilité aux services de santé reste faible (34%). Leur santé reste marquée par la précocité de la vie procréative (8% ont commencé leur vie procréative) selon l'EDS III 2016-2017. Selon les chiffres contenus dans les rapports du Ministère de l'éducation, en 2013, un total de 1994 cas de grossesses non désirées en milieu scolaire a été rapporté<sup>3</sup> ; ce nombre a augmenté au cours de l'année scolaire 2015-2016 passant à 2208 cas. Ce même rapport indique que 16 % des élèves qui réintègrent l'école le font après abandon scolaire suite aux grossesses non désirées.

Le niveau de connaissance des méthodes de prévention du VIH et des maladies sexuellement transmissibles demeure faible : 42 % des filles contre 50% des garçons ont une bonne connaissance de méthodes de prévention. L'accès aux services de santé sexuelle et de reproduction, qui pour la plupart, ne leur sont pas adaptés demeure un secteur à améliorer. En outre, les adolescents et les jeunes sont exposés à d'autres problèmes tels que la malnutrition, l'usage d'alcool, du tabac et d'autres substances psycho-affectives.

L'enquête STEPS<sup>4</sup> réalisée de Mars à Avril 2013 dans la Province de Kirundo et publiée en Juin 2014 a révélé que 88% de la population consomment l'alcool et que 20% de la population consomment du tabac fumé. La mortalité maternelle chez les jeunes et adolescentes de 15 à 24 ans représente 24.1% de la mortalité maternelle globale.

---

<sup>3</sup> Etude sur les grossesses en milieu scolaire, Novembre 2013, Ministère de la Santé Publique en appui avec l'UNFPA

<sup>4</sup> Enquête STEPS sur les facteurs de risque des maladies chroniques non transmissibles dans la province de Kirundo, Juin 2014

## II.2.4 La santé des adultes et des personnes âgées

Le Burundi fait actuellement face au double fardeau de la morbi-mortalité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles. Le taux de mortalité des adultes est de 3,24% chez les femmes et 4,55% chez les hommes selon l'EDS III 2016-2017. Les principales causes étant les maladies transmissibles (paludisme, le VIH/Sida, tuberculose, les autres infections respiratoires, les hépatites etc.), les maladies non transmissibles (les maladies cardio-vasculaires comme l'hypertension artérielle (HTA), les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, les maladies métaboliques comme le diabète, les cancers etc.), ainsi que les accidents de la voie publique (AVP). Cependant, ces maladies non transmissibles sont faiblement documentées au niveau national. Seules quelques études parcellaires ont été jusque-là réalisées.

La santé des personnes âgées (Gériatrie) reste un domaine presque non exploré. Les services de prévention des maladies de la vieillesse et les besoins des personnes âgées restent moins satisfaits. L'accès aux services de santé pour les personnes âgées reste faible, absence de politique et de stratégies pour améliorer l'accès aux soins de santé à cette catégorie de la population. L'offre de service de santé dans les formations sanitaires est moins adaptée à leurs besoins spécifiques.

Dans les perspectives, le pays envisage de se doter d'une stratégie nationale sur le vieillissement en bonne santé ainsi que les dispositifs de sa mise en œuvre.

En attendant la mise en œuvre de cette stratégie, un mémorandum d'entente vient d'être signé entre le Ministère de la santé Publique et de la Lutte contre le SIDA et le Ministère des Droits de la Personne humaine, des Affaires Sociales et du Genre pour la prise en charge médicale des personnes âgées. En effet, les prestations et /ou les pensions de vieillesse et/ou des programmes de soutien du revenu en faveur des personnes âgées ne couvrent qu'une petite partie de la population âgée retraitée des structures formelles

## II.3 Organisation et gestion du système national de santé

Le système de santé du Burundi est organisé sous forme pyramidale et il s'articule sur 4 niveaux : central, intermédiaire, périphérique et communautaire. Ces niveaux sont reliés entre eux par des relations de fonctionnement hiérarchique.

### II.3.1 Cadre organisationnel et institutionnel

- **Niveau central**

Le niveau central comprend le Cabinet du Ministre, Secrétariat Permanent, l'Inspection Générale de la Santé et de la Lutte contre le Sida, trois Directions Générales centrales (Services de Santé, Ressources et Planification). En outre, il comprend 3 directions générales à gestion personnalisée.

- **Niveau intermédiaire**

Le niveau intermédiaire est un niveau déconcentré du Ministère. Il comprend 18 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) qui ont pour mission de veiller à la mise en œuvre de la politique sanitaire dans leur zone de responsabilité.

- **Niveau périphérique :**

Le niveau périphérique est composé de 46 districts sanitaires et constitue le niveau opérationnel du système de santé. Il a le rôle de coordonner l'action sanitaire et d'encadrer les activités communautaires.

- **Niveau communautaire :**

Le volet communautaire comprend les relais communautaires que sont les associations locales, les agents de santé communautaire, les comités de santé, les accoucheuses traditionnelles et les guérisseurs traditionnels, etc. Ces relais ont pour rôle d'assurer certaines prestations au niveau communautaire et servent de pont entre la communauté et le centre de santé. De façon opérationnelle, les prestations offertes au niveau communautaire sont sous la responsabilité du district sanitaire.

### II.3.2 Organisation de soins

Le système de soins est organisé de façon hiérarchisée à travers un système à cinq niveaux :

- Le niveau communautaire offre les soins préventifs, promotionnels et assure la prise en charge de certaines pathologies telles que le paludisme simple, la diarrhée, la pneumonie ;
- Le centre de santé qui est la porte d'entrée du réseau de soins offre le paquet de soins de santé primaires. Selon l'annuaire statistique 2017, le Burundi compte 1051 Centres de santé (CDS) fonctionnels dont 587 CDS publics, 330 CDS privés et 137 CDS agréés<sup>5</sup>. Parmi les 587 CDS publics, 256 CDS nécessitent une réhabilitation, soit 43.6%<sup>6</sup>. Le document des normes sanitaires publié en 2012 indique que 80% des ménages du Burundi vivent à moins de 5 km et à moins de 2 heures de marche d'un CDS<sup>7</sup>.
- L'hôpital de district est le premier niveau de référence pour les patients provenant des centres de santé ; en plus des hôpitaux de district, il existe des hôpitaux publics, confessionnels et privés offrant un paquet comparable à celui de l'hôpital de district. Le pays compte 39 hôpitaux de districts dont 20 nécessitent une réhabilitation. Les sept (7) districts sanitaires (Vumbi, Busoni, Bugarama, Nyabikere, Bujumbura Mairie Nord, Centre et Sud) n'ont pas d'hôpitaux de district et devraient être construits.
- L'hôpital régional est défini comme un niveau de deuxième référence qui accueille les patients provenant des hôpitaux de district. Cependant, dans la pratique, il fonctionne comme un hôpital de district ;
- L'hôpital national constitue le sommet du réseau de soins et offre les services spécialisés. Ces hôpitaux nationaux qui sont au nombre de cinq sont tous situés dans la capitale Bujumbura, ce qui pose le problème d'équité. En outre, seuls deux des cinq hôpitaux nationaux (Hôpital Prince Régent Charles et Clinique Prince Louis Rwagasore) relèvent du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida. Les autres hôpitaux nationaux relèvent du Ministère ayant l'enseignement supérieur dans ses attributions (Centre hospitalo-universitaire de Kamenge), du Ministère de la Défense Nationale et des anciens combattants (Hôpital Militaire de Kamenge) et du secteur confessionnel (Centre neuropsychiatrique de Kamenge).

En plus des hôpitaux nationaux, il existe essentiellement dans la capitale Bujumbura d'autres hôpitaux et cliniques privés qui participent également à l'offre de soins.

---

<sup>5</sup>Annuaire statistique 2017

<sup>6</sup>Rapport d'activités de la Direction des Infrastructures et équipements, 2017

<sup>7</sup>Normes sanitaires de 2012

### II.3.3. Accessibilité aux soins de Santé de la Reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes (SRMNIA)

En termes d'accès et de couverture aux services de santé, des efforts remarquables ont été consentis notamment avec la politique de la gratuité des soins à ces groupes jugés vulnérables par la surveillance des décès maternels et riposte, la mise en œuvre des stratégies avancées ; le renforcement de la participation communautaire dans l'organisation et l'offre des services comme l'*Integrated Community Care Management* (iCCM) ainsi que la mise en place des services conviviaux aux jeunes dans certains CDS et autres sites jugés stratégiques.

Toutefois les principales interventions à haut impact dans le sous-secteur sont mises en œuvre de façon disparate et sont moins intégrées pour produire des résultats escomptés.

En effet, le PNDS II a permis la mise en œuvre des programmes de santé centrés sur la maladie et non sur les groupes cibles ce qui a occasionné la perte d'intégration des interventions spécifiques. Cette faible cohérence a relativement réduit l'impact des interventions<sup>8</sup>

Pour faire face à ces défis et consolider les acquis des interventions prioritaires visant l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune, il est nécessaire d'améliorer la qualité des soins offerts à travers: (1) des soins obstétricaux et néonataux essentiels (SONE) ; (2) des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complets (SONUB et SONUC) ; (3) de la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'enfant (PTME) et de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) ; (4) des services de santé adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes ; (5) des services de santé de la reproduction et de la planification familiale ; (6) des services de prévention et de prise en charge de toute forme de violence ; (7) des services de gestion des affections gynécologiques (cancers, maladies du 3<sup>ème</sup> âge, etc.) ; (8) de la promotion de l'équité, des droits humains et du genre.

### II.3.4. Maladies évitables par la vaccination

Les efforts fournis lors de la mise en œuvre de la stratégie de vaccination, ont permis d'atteindre des performances considérables avec près de 93% des Districts Sanitaires qui disposent des couvertures vaccinales supérieures à 80% si on considère le Pentavalent 3 (JRF2016) ; d'un taux d'enfants complètement vaccinés (0-11 mois) de 83,1% si on considère tous les vaccins de base (EDS 2016-2017). En termes d'équité, on n'observe pas d'effet du sexe sur la couverture vaccinale. En effet, le taux de couverture vaccinale chez les garçons de 0 à 11 mois est de 84,5% contre 85,8% chez les filles. Pour chaque catégorie de rang de naissance des enfants la couverture vaccinale oscille autour de 85%. Néanmoins certains groupes vulnérables ont une accessibilité limitée à la vaccination (le personnel soignant, les sujets âgés, etc.).

Par ailleurs, il persiste des défis d'appropriation et de capitalisation des performances acquises en matière de vaccination. Ces derniers constituent en même temps les priorités du sous-secteur et consistent notamment à (i) l'implication du secteur privé dans le financement, l'organisation et l'offre des services de vaccination ; (ii) le renforcement de la résilience du système de santé pour assurer les services de vaccination ; (iii) l'augmentation de la part de l'Etat dans le financement de la vaccination ; (iv) la maintenance de la chaîne de froid pour garantir la qualité des vaccins ; (v) le renforcement du plaidoyer et de la communication pour le PEV ; (vi) le renforcement de la surveillance active ; (vii) l'intégration systémique de la vaccination en dehors des programmes verticaux ; (viii) amélioration des couvertures vaccinales contre la rougeole et la rubéole ; (ix)

---

<sup>8</sup>Revue des programmes SRMNIA 2016

qualité des données vaccinales ; (x) l'introduction des nouveaux vaccins (du vaccin contre hépatite B dose à la naissance, mise à l'échelle du vaccin contre HPV, introduction de la 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> dose du vaccin Td, ....etc.).

### **II.3.5.Nutrition et alimentation**

Au niveau national, un Plan stratégique multisectoriel de sécurité alimentaire et nutrition pour la période 2014-2017 a été élaboré et mis en œuvre jusqu'en 2018. En vue de renforcer la coordination de la réponse pour accélérer l'atteinte des résultats, le pays a adhéré au mouvement Scaling Up Nutrition(SUN) d'ancrage institutionnel placé à la deuxième Vice-Présidence de la République du Burundi. La mise en œuvre des interventions est assurée par les ministères techniques ayant en charge dans leurs attributions la santé, d'une part et l'agriculture et l'élevage d'autre part.

Dans le secteur de la santé, les interventions de nutrition sont gérées à travers un programme spécifique qui bénéficie des appuis des partenaires mais les résultats restent mitigés. Le taux de malnutrition chronique reste élevé et s'estime à 56% selon l'EDS 2016-2017. La même source montre que 5% des enfants souffrent d'une malnutrition aiguë et 29% d'une insuffisance pondérale dont 21% sous sa forme modérée et 8% sous sa forme sévère et ceci cache des disparités entre les provinces et les régions. En termes de réponse, des structures de prise en charge sont mises en place et renforcées pour l'opérationnalisation du programme à travers des approches innovantes. En effet, le pays a ouvert 183 Services de Supplémentation Nutritionnelle(SSN), 368 Services Thérapeutiques Ambulatoire(STA), 43 Services de Stabilisation Thérapeutique et des Foyer d'Apprentissage Nutritionnelle/Foyer d'Apprentissage et Réhabilitation Nutritionnelle au niveau communautaire(FARN). En outre, une stratégie ANJE a été élaborée et le programme s'attèle présentement à sa mise en œuvre avec l'appui de ses partenaires.

Toutefois, des défis persistent dans ce domaine et les principaux sont liés à (i) l'intégration de la nutrition dans les paquets des services de santé, (ii) La prévention et la prise en charge de l'anémie chez les femmes en âge de procréer ou enceintes (iii) la supplémentation chez la femme enceinte et allaitante (iv) la promotion des pratiques familiales clés en nutrition, (v) l'accroissement du budget de l'Etat alloué à la nutrition, (vi) la fortification des aliments et la production des aliments thérapeutiques, (vii) la mise en place d'un centre d'excellence en nutrition, l'intégration de la prise en charge de la malnutrition dans les curricula de formation médicale et paramédicale (viii) la disponibilité d'une base de données sur la nutrition.

### **II.3.6.Lutte contre les maladies transmissibles**

Le profil épidémiologique du pays reste dominé par les maladies transmissibles qui constituent les principales causes de morbi-mortalité particulièrement chez les femmes et les enfants de moins de cinq ans. Il sied de citer notamment le paludisme, le VIH/Sida, la tuberculose, les hépatites, les maladies tropicales négligées etc. Concernant les trois maladies à savoir le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose, des plans stratégiques par programme ont été élaborés et le pays bénéficie des appuis du Fonds Mondial depuis 2002.

Au Burundi, le **VIH** se présente sous forme d'épidémie généralisée avec une prévalence estimée à 0,9% chez les personnes de 15 – 49 ans avec une tendance à la féminisation de l'épidémie (1.2% chez la femme, 0.6% chez l'homme) et les disparités entre les milieux de vie (2,5% en milieu urbain, 0.7% en milieu rural) d'après les données de l'EDS III 2016-2017.

Par ailleurs, le nombre de PVVIH est estimé à environ 77 810 cas dont 60115 sont déjà sous traitement ARV (Estimation Spectrum ONUSIDA 2017) soit une couverture de 77.2%. La lutte contre le VIH/Sida figure parmi les principales priorités de la politique nationale de santé 2016-2025 qui préconise l'accélération de la prise en charge du VIH vers la couverture sanitaire universelle. Les autres infections sexuellement transmissibles (IST), bien qu'insuffisamment documentées, restent un problème de santé publique au Burundi.

Néanmoins, des défis persistent dans le domaine de lutte contre le VIH et portent principalement sur (i) l'atteinte des cibles 90-90-90, (ii) l'application du «Test and Treat», l'accroissement des couvertures sous ARV chez les enfants par la décentralisation et la délégation des tâches, (iii) le dépistage précoce du VIH chez les nouveaux nés, (iv) le maintien des femmes sous ARV, (v) le suivi médical et biologique des patients sous ARV, (vi) la prévention du VIH chez les adolescents et les jeunes et les populations clés, (vii) la surveillance des résistances aux ARV, (viii) la mise en œuvre des nouvelles directives de prise en charge des IST, (ix) l'intégration de la prévention et de la prise en charge des IST dans le plan stratégique de lutte contre le VIH.

Dans le domaine **des hépatites**, la situation épidémiologique est peu connue. Néanmoins, quelques études parcellaires réalisées au cours des 2 dernières décennies montrent que la prévalence de l'hépatite B oscillerait entre 5% et 10% et celle de l'hépatite C est plus importante, proche des 10% et augmente avec l'âge<sup>9</sup>.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie globale pour la lutte contre les hépatites<sup>10</sup>, le Burundi vient de se doter d'un plan stratégique nationale 2018-2022 de lutte contre les hépatites mais sa mise en œuvre n'est pas encore effective.

Les principaux défis sont particulièrement constitués par : (i) l'absence de documents d'orientations (directives, normes, protocoles, etc.), (ii) l'insuffisance des équipements et matériels pour le diagnostic et le traitement et (iii) l'insuffisance des données nationales pour orienter les stratégies et les moyens de mise en œuvre de ces stratégies.

En matière de **lutte contre la tuberculose**, la maladie demeure un problème de santé publique au Burundi avec une incidence annuelle de près de 118 cas pour 100.000 habitants<sup>11</sup>. La coinfection TB/VIH reste une préoccupation (la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux est de 11%). Le rapport annuel du PNILT 2017 montre 50 cas de tuberculose multi résistante notifiés contre 80 cas notifiés en 2016<sup>12</sup>. Le plan stratégique national 2014 -2020 de lutte contre la tuberculose s'inspire de la stratégie mondiale « **mettre fin à la tuberculose d'ici 2030** ». Cependant, quelques défis persistent notamment (1) accroître la détection des cas de TB et tuberculose multi résistante (TBMR); (2) garantir l'assurance qualité de la prise en charge des cas de tuberculose et TB Multi Résistante ; (3) assurer la disponibilité des ressources pour la lutte contre la tuberculose et la disponibilité de l'information stratégique, (4) renforcer le dépistage et la prise en charge de la coinfection TB/VIH ; (5) renforcer la communication pour l'adoption des pratiques et des comportements favorables à la lutte contre la tuberculose.

Concernant le **paludisme**, la prévalence parasitaire de la maladie est passée de 17% en 2010 (EDS II 2010) à 27% en 2017 (EDS III 2016-2017) chez les enfants de moins de 5 ans. L'incidence de la maladie en 2017 (815 pour 1000) a été très élevée suite à l'épidémie de paludisme. Le fardeau de la maladie pèse lourdement surtout chez les enfants de moins de 5 ans.

---

<sup>9</sup>Rapport d'analyse rapide de la situation des hépatites au Burundi, 2016.

<sup>10</sup>69<sup>ème</sup> session de l'Assemblée Mondiale de l'OMS en Mai 2016

<sup>11</sup>Rapport mondial sur la tuberculose 2017

<sup>12</sup>Le rapport annuel du PNILT 2016 et 2017

Le paludisme reste la première cause de mortalité avec une proportion de 29% d'enfants de 0 à 14 ans décédés suite au paludisme comparé à l'ensemble des cas de décès liés à la maladie.

La proportion d'enfants de moins de 5 ans et de femmes enceintes qui dorment sous moustiquaire reste faible, respectivement de 40% et 44% (EDSIII 2016-2017).

Les principales interventions mises en place sont : la lutte anti vectorielle (la distribution des MIILDA en routine et pendant les campagnes de masse, la pulvérisation intra domiciliaire), la prise en charge de la maladie en milieu de soins, l'iCCM au niveau communautaire et le Traitement Préventif Intermittent pendant la grossesse (TPIg). Ces interventions ont permis une relative maîtrise du paludisme quoi que le pays ait continué à faire face aux flambées des cas à une allure épidémique. En dépit des efforts consentis, l'année 2017 a été marquée par une épidémie que le pays a pu gérer avec l'appui de ses partenaires. Les principaux défis que le pays doit relever portent notamment sur (1) l'alignement à la stratégie mondiale de l'élimination du paludisme d'ici 2030 ; (2) le renforcement de la prise en charge correcte des cas ; (3) la lutte anti-vectorielle basée sur l'utilisation des MIILDA et la pulvérisation intra-domiciliaire (PID) ; (4) le renforcement de la surveillance épidémiologique ; (5) le renforcement de la mise en œuvre des stratégies à haut impact comme le TPIg et l'iCCM.

Quant aux **maladies tropicales négligées (MTN) et la cécité**, le pays est sur la voie d'élimination de certaines MTN (l'onchocercose, la schistosomiase et le trachome) par une chimiothérapie préventive, d'ici 2020. Les dernières évaluations épidémiologiques de l'onchocercose en 2012 – 2014 montrent une prévalence proche du seuil d'élimination. La prévalence des géo helminthiases a sensiblement diminué et est passée de 36% en 2007 à 25% en 2014. Malgré ces résultats encourageant, la gestion de la lutte contre les géo helminthiases reste dans la phase de contrôle et justifie la mise en œuvre de la chimiothérapie préventive par albendazole comme réponse au statut épidémiologique. L'enquête de 2014 - 2016 montre que la prévalence de la schistosomiase a sensiblement diminué, passant de 22,1% dans les zones endémiques en 2005 à 3,9% en 2014. Ce résultat classe le Burundi parmi les pays à faible prévalence de la schistosomiase qui pourrait entrer dans la phase d'élimination de la maladie à l'horizon de 2020 ; ainsi des interventions sont justifiées pour accélérer l'acheminement vers l'élimination.

Pour le trachome, un plan d'élimination est déjà disponible et préconise une cartographie des Districts Sanitaires exposées pour permettre de redéfinir les interventions de la stratégie CHANCE (Chirurgie du Trichiasis, Antibiothérapie, Nettoyage du visage et changement de l'Environnement).

Les données sur la situation de la lèpre montrent que le seuil d'élimination a été atteint et la prévalence est en dessous de 1 cas pour 10.000 habitants sur l'ensemble du pays. Néanmoins, une surveillance renforcée permettrait de garder les acquis voir même réduire significativement les cas de lèpre.

La lutte contre les Maladies Tropicales Négligées est un objectif stratégique qui va contribuer à la rupture du cycle maladie – pauvreté –maladie avec un apport soutenu dans la prévention des invalidités liées aux MTN. La pérennisation des interventions pour le maintien des acquis en termes de couverture, la mise en œuvre et le suivi évaluation des interventions de lutte constituent des gages du Burundi pour contribuer à la participation mondiale de la vision 2020 qui préconise l'élimination de certaines Maladies Tropicales Négligées.

### **II.3.7.Lutte contre les maladies chroniques non transmissibles**

Le Burundi dispose des documents de politiques et stratégies sur le diabète, santé mentale, alcool, tabac et cancer. Un plan stratégique multisectoriel de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles est en

cours d'élaboration. Les maladies concernées sont : les maladies cardio-vasculaires (HTA), les BPCO, des maladies métaboliques (le diabète), les cancers, la santé mentale, les maladies congénitales et les maladies du 3<sup>ème</sup> âge, etc. Le pays ne dispose que des données parcellaires sur les Maladies Non Transmissibles et leurs facteurs de risque dont l'alcoolisme, le tabagisme, etc.

Selon l'Enquête STEPS réalisée dans la Province de Kirundo en 2013, la prévalence de l'hypertension artérielle est de 25,2 % et celle du diabète est de 1% chez les personnes âgées de 25 à 64 ans.

La prévalence des facteurs de risque se présente comme suit selon la même source :

- ✓ 0,4% pour l'obésité ;
- ✓ 3,1% pour la surcharge pondérale ;
- ✓ 20% pour la consommation du tabac ;
- ✓ 88% pour la consommation de l'alcool ;
- ✓ 91,5% pour la faible consommation des fruits et légumes ;
- ✓ 16,7% pour la faible activité physique.

Selon l'enquête SARA, l'accessibilité aux services est de 49% pour le diabète, 45% pour les Maladies Cardio-Vasculaires, 39% pour les Maladies Respiratoires Chroniques et 3% pour le cancer du col.

Pour faire face aux défis ci-haut cités : le PNDS III prévoit (1) l'amélioration de l'offre des soins pour certaines Maladies Chroniques Non Transmissibles (MCNT) dans le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et Paquet Complémentaire d'Activités (PCA), (2) l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins des MCNT, (3) l'implication effective du secteur privé et des systèmes de sécurité sociale dans le financement, l'organisation et l'offre des services préventifs et (4) la mise en place des services de prise en charge des maladies du troisième âge.

#### **II.4 Déterminants de santé**

Sur le plan économique, le Burundi est vulnérable aux chocs externes, notamment du fait de la volatilité des prix des matières premières particulièrement le pétrole et surtout à sa forte dépendance de l'aide extérieure. Le pays est frappé d'une restriction des appuis budgétaires suite à la crise déclenchée depuis l'année 2015 et le domaine de la santé n'est pas épargné.

Au niveau social, les progrès encourageants enregistrés ont permis de se rapprocher sensiblement des OMD 5 (cibles 1 et 2), OMD 6 (cibles 1 et 2) et OMD 8 (cible 2) en 2015 en rapport avec la santé et ceci constitue de toute évidence des opportunités d'atteindre les ODD à l'horizon 2030.

Dans le secteur de l'éducation, grâce à la mesure de la gratuité de l'enseignement primaire pour tous, le taux net de scolarisation est passé de 80% en 2003-2004 à 156,3% en 2009-2010. Selon l'EDS III 2016-2017, le taux de fréquentation scolaire dans l'enseignement préscolaire, primaire et secondaire est respectivement de 7%, 81% et de 30%. Le ratio garçons/filles au niveau primaire est désormais égal à 1. Des défis persistent notamment au niveau des gros effectifs dans les classes, ce qui influe négativement sur la qualité de l'enseignement. Le taux de déperdition scolaire est plus élevé pour les filles que les garçons entre autres à



cause de grossesses contractées pendant la scolarité<sup>13</sup>. Le taux de fréquentation scolaire est de 75% à l'école primaire tandis que celui du secondaire est de 26 % selon l'EDSIII.

Sur le plan du genre et de l'équité, des progrès ont été accomplis dans la réalisation de la parité entre les sexes dans l'éducation. L'écart entre les sexes pour le taux d'achèvement du primaire se rétrécit (75% pour les filles contre 76% pour les garçons en 2016). Selon l'EDS III 2016-2017, une femme sur deux a un niveau primaire (complet ou incomplet) tandis que chez les hommes, cette proportion est de 57%. La proportion de femmes et d'hommes sans niveau d'instruction diminue de générations anciennes aux plus récentes.

Selon les données de l'EDS III 2016-2017, 39% de la population utilise les toilettes améliorées, 10% de la population utilise des toilettes partagées, 47% utilise des toilettes non améliorées, et 3% font la défécation à l'air libre. Selon la même enquête, 83 % de la population ont accès à une source d'eau améliorée tandis que 17 % de la population utilise une source non améliorée. En outre, les maladies liées à des mains sales trouvent leur pic épidémiologique pendant la période de saison sèche.

## **II.5. Principaux défis en matière d'offre de soins et des services de santé**

Les principaux défis auxquels fait face le système de santé burundais en matière d'offre de soins et des services de santé sont :

- La faible qualité des soins et services de santé ;
- la faible implication du secteur privé dans l'offre des soins et services de santé ;
- la faible intégration de certains soins et services de santé dans le paquet défini à différents niveaux du système ;
- la faible résilience du système de santé ;
- L'insuffisance des ressources (humaines, financières, infrastructures et équipements, médicaments et consommables médicaux).

### **II.5.1. La faible qualité des soins et services de santé**

La revue à mi-parcours du PNDS II (2011-2015) montre que les résultats des différentes approches d'amélioration de la qualité des soins sont mitigés à cause d'une application insuffisante des protocoles et guides thérapeutiques (RMP PNDS II, p. 49). D'après l'enquête SARA 2016, l'indice de capacité opérationnelle générale des services généraux est de 61% au niveau national avec une moyenne la plus élevée en matière d'équipements essentiels (79%) et une basse moyenne observée pour les médicaments essentiels (29%). A titre illustratif, la disponibilité des éléments traceurs pour la prescription d'ARV et le suivi médical des patients parmi les établissements de santé offrant ce service n'est que de 26%. Quant au diabète, la capacité opérationnelle dans les centres de santé est limitée à 38% et à 57% dans les hôpitaux. En outre, la surveillance active au niveau opérationnel fait défaut ; et la préparation et réponse aux urgences de santé publique et catastrophes reste faible. La mise en œuvre du PNDSIII contribuera donc au renforcement des capacités techniques à tous les niveaux en veillant à l'application des protocoles, des guides et à la surveillance active dans le but d'assurer la qualité des soins à tous les niveaux.

---

<sup>13</sup>CIPD (Conférence Internationale sur la Population et le Développement) après 2014, Rapport national, ISTEERU, Personnes âgées, page 16.

## **II.5.2. La faible implication du secteur privé dans l'offre des soins et services de santé**

L'implication effective du secteur privé dans l'offre de services de santé constitue un atout au maintien de l'équité géographique dans l'offre des services ainsi que dans la promotion de ces derniers. Le partenariat public-privé reste faible au Burundi et le secteur privé participe dans une moindre mesure à l'offre des soins curatifs (27%)<sup>14</sup>. Les structures de soins privées sont principalement implantées dans les centres urbains et dispensent préférentiellement des soins curatifs délaissant les services préventifs et promotionnels. En effet, une étude réalisée en 2013 sur la qualité des prestations sanitaires au Burundi a révélé que seulement 14,1% des CDS privés offrent des services de vaccination<sup>15</sup>. La mise en œuvre du présent PNDS renforcera l'implication effective du secteur privé dans l'offre des soins et services de santé de qualité.

## **II.5.3. Intégration du paquet des services offerts.**

Le système de santé reste caractérisé par la verticalité des programmes de santé souvent centrée sur la maladie ; ce qui n'est pas de nature à favoriser l'intégration de l'offre des services centrés sur la personne. Cette verticalité ne favorise pas l'offre de soins continus et équitables. Elle constitue également une entrave à l'intégration des services offerts par les prestataires du niveau communautaire. La mise en œuvre du PNDS III apportera un appui substantiel dans la consolidation et l'opérationnalité du district sanitaire y compris le niveau communautaire. Une attention particulière sera portée essentiellement sur (i) les populations vulnérables (enfants, adolescents, femmes enceintes, femmes allaitantes et personnes âgées) ; (ii) le renforcement du système de référence et contre référence ; (iii) l'assurance qualité des soins à tous les niveaux ; (iv) la formation continue et (v) le renforcement de la demande des soins et services.

## **II.5.4. Faible résilience du système de santé**

Au Burundi, les effets combinés du changement climatique, l'appauvrissement des ménages, le contexte géopolitique et la diminution des financements externes ont augmenté la fréquence, la gravité et l'exposition aux risques sanitaires des populations. Le système de santé burundais et les interventions humanitaires développées n'ont pas été suffisamment efficaces pour s'attaquer aux causes persistantes de vulnérabilité.

La résilience dans le secteur de la santé devra se construire autour de la mise en place des mécanismes et stratégies novatrices favorisant la mobilisation des financements internes et externes durables, le renforcement du système de santé, l'intégration des services, la participation des communautés et le renforcement de la coordination du partenariat et du leadership.

## **II.6. Préparation et Réponse aux urgences et catastrophes**

Le Règlement Sanitaire International (RSI) 2005 a été adopté par l'Assemblée Mondiale de la Santé le 23 Mai 2005 et est entré en vigueur le 15 Juin 2007. Il s'agit d'un instrument juridique international visant à « prévenir la propagation internationale des maladies, s'en protéger, les maîtriser et y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elles présentent pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ».

---

<sup>14</sup>Rapport annuel PBF 2017

<sup>15</sup>Evaluation de la qualité des prestations dans les formations sanitaires du Burundi, 2<sup>ème</sup> édition, janvier 2014 p.2

En 2018, une évaluation de la mise en œuvre du RSI (2005) au Burundi a permis d'identifier les capacités du pays à prévenir les risques graves pour la santé publique en utilisant des scores attribués à chaque domaine technique. Il ressort des résultats de cette évaluation que d'importants efforts restent encore à consentir pour 18 domaines parmi les 19 qui ont fait l'objet d'évaluation.

Il existe au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) un service de système d'alerte précoce aux urgences et catastrophes qui dépendent de la Direction des Programmes et Projets de Santé (DPPS). Ce service est chargé d'organiser et de coordonner l'action de lutte contre les endémo-épidémies, la préparation et la riposte face aux épidémies et autres urgences de santé publique. Il travaille en étroite collaboration avec la Direction du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS) au MSPLS et l'Equipe Nationale d'Intervention Rapide (ENIR) dont l'action est coordonnée à travers un service placé sous la responsabilité du Ministère de la Sécurité Publique et Gestion des catastrophes.

Il existe une plate-forme nationale de préparation, riposte et gestion des catastrophes (PRGC) qui regroupe des cadres et experts en provenance de différents ministères concernés. Cette plate-forme est placée sous le comité interministériel de crises sous la coordination des services de la Première Vice-Présidence de la République. Il existe des structures déconcentrées de la plate-forme de PRGC à tous les échelons administratifs depuis le niveau central jusqu'au niveau le plus périphérique correspondant à la commune. La plate-forme communale de PRGC travaille en étroite collaboration avec le niveau communautaire où se trouvent des bases opérationnelles dans les collines et sous-collines.

Le Ministère de la Santé Publique de la Lutte contre le Sida en collaboration avec l'OMS a élaboré avec l'outil STAR une cartographie des risques sanitaires dans le cadre du Règlement Sanitaire International (RSI). Cette cartographie permet d'identifier les priorités d'intervention et en même temps de mettre en place une stratégie d'intervention tenant compte des différentes catégories de vulnérabilité.

Un certain nombre d'atouts existent et favorisent la promotion du secteur de la préparation et riposte face aux épidémies et autres urgences de santé publique parmi lesquels nous citons :

- Un engagement politique fort notamment à travers la création d'une direction générale en charge de la gestion des catastrophes au sein du ministère ayant la sécurité dans ses attributions et l'organisation fonctionnelle de l'action de prévention et de gestion des catastrophes à tous les niveaux de la structure administrative ;
- Existence d'un cadre de collaboration avec d'autres entités de préparation et riposte face aux épidémies dans les pays partenaires de la Communauté Est-Africaine.
- De façon globale, les principales réalisations dans le domaine de la préparation et la réponse aux urgences sont la surveillance et la gestion permanente des maladies à potentiel épidémique, la mise en place d'une plateforme nationale (multisectorielle) et d'un centre national d'isolement (Rukaramu), le renforcement des capacités d'une équipe de riposte lors de la menace de la maladie à virus d'Ebola sur le plan mondial, la redynamisation des équipes provinciales d'intervention rapide, etc.

Des défis subsistent en matière de préparation et de réponse aux épidémies et catastrophes notamment (i) absence de plan de contingence global pour les épidémies émergentes et ré-émergentes et autres événements de préoccupation internationale, (ii) insuffisance de plateau technique des laboratoires de référence nationale pour le diagnostic rapide, (iii) insuffisance de mécanisme de détection et de riposte face aux maladies d'origine alimentaire et à la contamination des aliments, (iv) insuffisance des ressources humaines qualifiées notamment dans les domaines de l'épidémiologie et du laboratoire, (v) faible capacité des communautés à faire face aux risques et catastrophes, (vi) faible performance du système de sécurité et sûreté biologique, (vii) faible coordination entre le système de santé et d'autres secteurs connexes tels que la magistrature, les douanes et

les services en charge des migrations, (viii) absence de cadre institutionnel et opérationnel des interventions en rapport avec le RSI (2005).

Les actions prioritaires à réaliser sur le court et moyen terme comprennent :

- Définition d'un cadre institutionnel et opérationnel de mise en œuvre du RSI à tous les niveaux ;
- Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie d'intégration du RSI dans les activités de préparation et de riposte aux épidémies et autres catastrophes
- La mise en place et le fonctionnement d'un centre national d'opérations d'urgence de santé publique ;
- La création d'un mécanisme national d'alerte précoce multirisque et adapté aux menaces potentielles ;
- L'élaboration et l'opérationnalisation du plan national pour la sécurité sanitaire 2019-2023.

## II.7. Ressources humaines pour la santé

Dans le secteur public, la formation du personnel paramédical est faite par cinq écoles d'infirmiers et une école des techniciens d'assainissement et de laboratoire. Le pays dispose aussi d'une faculté de médecine au sein de l'Université du Burundi et d'un Institut National de Santé Publique.

L'université du Burundi forme des médecins généralistes ainsi que des médecins spécialistes en pédiatrie, médecine interne, chirurgie, gynécologie obstétrique, anesthésie-réanimation, imagerie médicale et otorhinolaryngologie.

L'offre de formation s'est agrandie et le Burundi compte actuellement 33 écoles paramédicales et dix-sept universités privées dont deux dispensent une formation médicale (Universités Espoir d'Afrique et de Ngozi) et quinze dispensent une formation paramédicale supérieure.

En plus de l'INSP, d'autres institutions privées d'enseignement supérieur forment des techniciens : les anesthésistes, les radiologues, les laborantins, les sages-femmes, les techniciens de santé publique, etc.

La production des personnels de santé a considérablement augmenté et de manière rapide, contrairement aux dotations budgétaires pour les recrutements de personnels au profit du MSPLS.

L'accréditation des institutions de formation universitaire est de la responsabilité du Ministère ayant en charge l'enseignement supérieur; on constate une faible implication du MSPLS dans la régulation des formations surtout pour la formation supérieure et universitaire.

Les ressources humaines constituent un pilier très important dans le système de santé sans lequel il est impossible d'offrir des soins et services de qualité à la population. L'efficacité de leurs prestations tient non seulement à leurs effectifs mais aussi à leurs compétences et à leur qualité de gestion de carrière. Cette dernière tient notamment compte de la répartition des personnels de santé sur le territoire national, de leur stabilité aux postes et leur avancement de grades.

Il existe au sein du MSPLS une Direction en charge de la gestion des ressources humaines qui dépend hiérarchiquement de la Direction Générale des Ressources (DGR). Elle est responsable de la gestion des ressources humaines à tous les échelons de la pyramide sanitaire sous la supervision de la DGR et du Cabinet du Ministre. L'essentiel des ressources humaines en santé est produit localement, le Ministère fait appel à des personnels en provenance de l'extérieur pour des aspects exigeant des compétences non disponibles localement.

## II.7.1 Evolution des ressources humaines

Les ressources humaines en santé ont connu une évolution en quantité comme le montre le tableau suivant<sup>16</sup> : La population de référence considérée est de 9 461 117 habitants en 2010 et de 11 495 438 habitants en 2017<sup>17</sup>.

Tableau 2 : Evolution des ressources humaines

Années	2010		2017	
	Effectif	Ratio RH/Pop	Effectif	Ratio RH/Pop
Infirmiers	5967	1 inf/1586 hab.	7332	1 inf/1.568 hab.
Médecins	418	1 méd./22.634	647	1 Méd/17.768 hab.
Sage femmes	16	1 SF/141.190 Femmes en âge de procréer	103	1 SF/27.080 femmes en âge de procréer

Avec une densité du personnel en santé est de 0.7, le Burundi se situe loin derrière, en comparaison avec la densité de 4,45 médecins, infirmiers et sage-femmes pour 1000 habitants, proposée à titre indicatif par l'OMS pour mesurer les progrès vers l'atteinte des ODD.

Les infirmiers sont inégalement répartis sur le territoire burundais, le milieu urbain et semi-urbain étant plus servis que le milieu rural<sup>18</sup>. De plus, les besoins en ressources humaines particulièrement pour les médecins et sages-femmes restent importants.

## II.7.2. Répartition des médecins et infirmiers selon le milieu de travail.

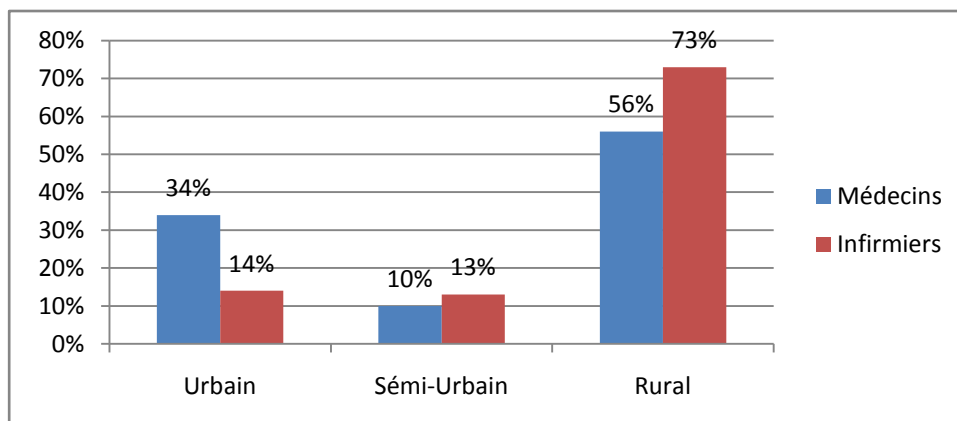
Tableau 3: Répartition des médecins et infirmiers selon le milieu de travail.

Milieu de travail	Urbain	Semi-Urbain	Rural	Total
Médecins	187 (34%)	55(10%)	305(56%)	547(100%)
Infirmiers	949 (14%)	892 (13%)	5006 (73%)	6847(100%)

<sup>16</sup>Cartographie des ressources humaines du MSPLS de 2017

<sup>17</sup>ISTEEBU 2017. Projection démographique 2010-2050 niveau national et provincial

<sup>18</sup>Profil des ressources humaines au Burundi, 2011 du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA



Le milieu urbain est plus pourvu en médecins avec 34% des effectifs et 10% sont dans les grandes villes du pays (Gitega, Ngozi et Rumonge). Le milieu rural se partage 56% des effectifs restants. Les 14% des effectifs infirmiers sont dans la capitale, les grandes villes du pays à savoir Gitega, Ngozi et Rumonge, partagent 13%. Les 73% des effectifs occupent le reste du pays. La répartition par rapport à la population est relativement moins déséquilibrée que pour les médecins.

Par rapport à la gestion des ressources humaines, quelques efforts ont été consentis notamment :

- (i) la mise en place d'un système de motivation du personnel du secteur de la santé: l'octroi des primes, indemnités et autres avantages ;
- (ii) le redéploiement du personnel pour assurer la répartition équitable du personnel ;
- (iii) la description de poste et de profil du personnel de santé pour l'amélioration de la gestion des ressources humaines ;
- (iv) la cartographie des ressources humaines prestant dans le secteur public et privé ;
- (v) mise en place des ordres des professionnels de santé ;
- (vi) création de nouvelles filières de formation de professionnels de santé telles que Sages-femmes, Santé mentale et, Kinésithérapie ;

Malgré les nombreux efforts consentis, quelques défis et contraintes ont été relevés notamment :

- ✓ Insuffisance dans la mise en œuvre des documents de référence en matière de gestion des ressources humaines ;
- ✓ Un observatoire des ressources humaines a été créé, mais n'est pas opérationnel ;
- ✓ Absence d'un document de référentiel de compétences des différents profils d'agents de santé (sage-femme, infirmier, infirmier licencié, médecin, etc.) ;
- ✓ Absence d'un logiciel de gestion des RH ;
- ✓ Insuffisance du personnel en quantité et en qualité ;
- ✓ Une répartition inéquitable des ressources humaines ;
- ✓ Non décentralisation de la gestion des ressources humaines ;
- ✓ Insuffisance du budget pour couvrir les besoins en personnel (recrutement limité du personnel qualifié) ;
- ✓ Insuffisance des Médecins spécialistes ;
- ✓ Insuffisance des enseignants en quantité et qualité, du matériel didactique et des locaux, des terrains de stage non adaptés, non-respect de la réglementation et des normes régissant les écoles paramédicales ;
- ✓ Absence de certaines filières de formation de spécialisations médicales et para médicale (faculté de pharmacie et de nutrition) ;

- ✓ Absence de référentiels de formation pour les paramédicaux bacheliers ;
- ✓ Insuffisance dans la mise en œuvre du plan de formation continue.

**Les priorités en ressources humaines sont :**

**a) Par rapport à la production**

- ✓ Mise en place d'un cadre de collaboration permanente entre le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida et d'autres Ministères connexes afin d'assurer l'adéquation entre les effectifs du personnel à produire et en fonction des besoins du pays en ciblant les filières prioritaires comme la nutrition, le génie biomédicale et génie sanitaire, l'oncologie médicale, la neurochirurgie, la chirurgie, la gynécologie, la pédiatrie, la kinésithérapie, les urgentistes et d'autres spécialités.
- ✓ Actualisation et mise en œuvre du plan de formation continue ;
- ✓ Mettre en place / rendre fonctionnel le système d'accréditation des institutions de formation en santé ;
- ✓ Amélioration de la qualité de formation par la mise à disposition aux écoles paramédicales des enseignants en quantité et qualité, du matériel didactique, des locaux et des terrains de stage adaptés ;
- ✓ Renforcement de la régulation des établissements de formation des ressources humaines notamment à travers l'accréditation, l'harmonisation des systèmes de recrutement et d'évaluation ;
- ✓ Réviser régulièrement les programmes de formation ;
- ✓ Production locale des spécialistes dans les domaines prioritaires ;
- ✓ Elaboration des référentiels de formation pour les paramédicaux bacheliers

**b) Par rapport à la gestion des ressources humaines**

- ✓ Renforcement de la collaboration inter sectorielle dans la gestion et la production des ressources humaines ;
- ✓ Elaboration d'un manuel des procédures de la gestion des ressources humaines permettant la mise en œuvre réelle de la politique de décentralisation des ressources humaines ;
- ✓ Elaboration et institutionnalisation des comptes nationaux des ressources humaines en santé ;
- ✓ Opérationnalisation de l'observatoire national des ressources humaines ;
- ✓ Elaboration d'un document de référentiel de compétences métier pour les différents professionnels de santé.

**II.8 Médicaments, produits de santé et laboratoire**

Le secteur pharmaceutique burundais n'a cessé d'évoluer depuis le décret de 1980, portant organisation de l'exercice de la pharmacie au Burundi, en mettant en place des outils règlementaires de référence nationale tels que la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) de 2012 ; Normes et standards des laboratoires de biologie médicale 2016, le Plan stratégique national de laboratoire de biologie médicale 2015-2019 , plan stratégique national de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé au Burundi 2016-2020, la ratification par le Burundi du traité portant harmonisation de la régulation pharmaceutique dans l'EAC, l'Ordonnance ministérielle conjointe portant homologation des médicaments à usage humain au Burundi de 2013.

De plus, la politique nationale de laboratoire (2015), les directives nationales d'assurance qualité des médicaments et autres intrants pharmaceutiques (2016), les directives nationales de pharmacovigilance (2015) ont été élaborés et validés.

L'Institut National de Santé Publique comprend en son sein la direction des laboratoires qui est fonctionnelle depuis 2004. Celle-ci a pour mission de renforcer les capacités du Ministère ayant la santé publique dans ses attributions dans le diagnostic et la surveillance des pathologies endémiques et épidémiques, le contrôle de qualité des médicaments, de l'eau et des aliments ainsi que le contrôle de l'environnement. Cette direction est également la référence nationale pour le contrôle de qualité de diagnostic dans les formations sanitaires

Le domaine de la transfusion sanguine est réglementé à travers la loi numéro 1/009 du 16 Juin 1999 portant réglementation de la transfusion sanguine au Burundi, la politique nationale de transfusion sanguine et le plan stratégique pour la sécurité transfusionnelle de 2016-2020.

Par rapport au système d'approvisionnement, depuis 2000 le pays dispose d'une Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels, dispositifs médicaux et produits de laboratoire du Burundi (CAMEBU) en charge de l'approvisionnement et la distribution des médicaments et autres intrants de santé dans tout le pays. En plus de la CAMEBU, il existe des établissements pharmaceutiques privés qui sont impliqués dans l'importation et la commercialisation des médicaments génériques et spécialités ainsi que des équipements et consommables biomédicaux.

Des efforts visant le renforcement dans le domaine des médicaments, pharmacies et laboratoires sont enregistrés comme :

- La mise en place (i) d'un groupe thématique « Médicaments » fonctionnel et multidisciplinaire, (ii) d'une liste nationale des médicaments essentiels à partir de 1977 révisable tous les deux ans ; (iii) la détaxation des produits pharmaceutiques ; (iv) la mise en place d'une commission multisectorielle de lutte contre les médicaments illicites ; (v) mise en place des pharmacies de district opérationnelles ; (vi) existence du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) déconcentré en centres régionaux de transfusion sanguine.
- La qualité du médicament est abordée à travers différents mécanismes dont : (i) le système national d'homologation du médicament, (ii) les référentiels de bonnes pratiques de fabrication, (iii) le contrôle de la qualité des produits pharmaceutiques.

Malgré tous ces efforts, de nombreux défis et contraintes persistent tels que :

- ✓ Rupture de stock de médicaments essentiels et autres consommables médicaux (selon l'enquête SARA, 2016 : indice de disponibilité des médicaments essentiels 29 %) ;
- ✓ Longues procédures des marchés publics dans l'approvisionnement ;
- ✓ Quantification des besoins non faite sur base des données factuelles ;
- ✓ Prix du médicament est financièrement inaccessible (enquête OMS, 2013) ;
- ✓ Capacité limitée et inappropriée de transport des produits pharmaceutiques à partir du niveau central vers les structures périphériques (District, hôpital, CDS) ;
- ✓ Faible capacité de stockage des produits pharmaceutiques au niveau opérationnel ;
- ✓ Fractionnement du sang et sécurité transfusionnelle insuffisants (enquête SARA 2017) ;
- ✓ Insuffisance en quantité et en qualité du personnel qualifié dans le domaine ;
- ✓ Existence de plusieurs circuits parallèles de commandes des produits pharmaceutiques ;
- ✓ Commercialisation illicite des produits pharmaceutiques ;
- ✓ Absence de stratégie de développement des ressources humaines spécialisées dans le domaine du médicament et laboratoire ;



- ✓ Faible capacité de production locale du médicament ;
- ✓ Faible réglementation du secteur pharmaceutique ;
- ✓ Faible coordination des intervenants dans le processus de prise de décisions réglementaires ;
- ✓ Faible capacité du système de pharmacovigilance à tous les niveaux du circuit de gestion du médicament ;
- ✓ Faible visibilité des activités en rapport avec le laboratoire biomédical ;
- ✓ Faible capacité du système de contrôle de qualité du secteur de la pharmacie et du laboratoire tant public que privé ;
- ✓ Faible capacité de maintenance des équipements de laboratoire ;
- ✓ Insuffisance du paquet de services de laboratoire offert à tous les niveaux du système de soins ;
- ✓ Manque d'interopérabilité des différents logiciels (Sage, Chanel, DHIS2) de gestion des produits pharmaceutiques au niveau national.

Pour lever les contraintes dans ce secteur, des principales interventions suivantes sont proposées :

- ✓ Renforcement des capacités fonctionnelles de toute la chaîne d'approvisionnement ;
- ✓ Harmonisation de tous les circuits d'approvisionnement en médicaments ;
- ✓ Assurer une surveillance de la résistance aux médicaments couramment utilisés au Burundi ;
- ✓ Renforcement de la capacité, qualité de stockage et de transport des médicaments du niveau central vers la périphérie ;
- ✓ Actualisation du cadre législatif et réglementaire du secteur pharmaceutique, médicaments et laboratoires ;
- ✓ Mise en place d'une Autorité Nationale Autonome de Régulation du Médicament, des Aliments et des Compléments Nutritionnels pour s'assurer de leur qualité ;
- ✓ Mise en place d'une Commission Nationale Permanente de sélection et de quantification des médicaments et autres produits de santé ;
- ✓ Renforcement des capacités des structures transfusionnelles pour garantir la disponibilité et l'accessibilité du sang et des produits sanguins de qualité aux bénéficiaires ;
- ✓ Développement d'un cadre de collaboration et de coordination entre les laboratoires de santé humaine et les laboratoires d'autres secteurs connexes ;
- ✓ Renforcement et/ou mise en place des réseaux régionaux des laboratoires de surveillance des maladies.

## II.9. Infrastructures et équipements sanitaires

Il existe au MSPLS une Direction des Infrastructures sanitaires et Equipement (DISE) au sein de la Direction Générale des Ressources. Cette direction a pour mission de formuler les priorités, les objectifs et les orientations, les politiques et les plans d'actions du MSPLS. L'objectif principal de la DISE est la mise à disposition du système de santé des infrastructures et des équipements qui respectent les normes sanitaires. Cette direction dispose pour cela un certain nombre d'outils permettant la planification de l'acquisition d'infrastructures et équipements ainsi que leur gestion. Il s'agit notamment du plan d'extension de la couverture sanitaire, de l'outil de Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO) et des plans types pour les formations sanitaires et les normes des équipements sanitaires.

En dépit de l'existence de ces différents outils, des contraintes persistent. Il s'agit entre autres de (i) l'absence d'une politique nationale d'acquisition, gestion, maintenance des infrastructures et équipements sanitaires, (ii) la

faible capacité technique en maintenance des équipements biomédicaux, (iii) l'absence de contrôle de qualité pour les équipements biomédicaux, (v) l'insuffisance des ressources humaines qualifiées en génie biomédicale et génie sanitaire, (iv) la non mise à l'échelle nationale de l'outil GMAO, (x) l'insuffisance en alimentation électrique et en eau pour les structures sanitaires, (xi) le non-respect de la mise en œuvre du Plan d'Extension de la Couverture (PEC).

Les priorités dans ce domaine pour les cinq prochaines années sont les suivantes :

- ✓ Développement des politiques et des stratégies en matière d'acquisition, de gestion et de maintenance des équipements et infrastructures sanitaires ;
- ✓ Mise en place d'un système informatisé (outil GMAO) de gestion des infrastructures et équipements y compris le suivi de leur maintenance ;
- ✓ Amélioration de la couverture en infrastructures et équipements sanitaires ;
- ✓ Renforcement de la digitalisation du système de santé ;
- ✓ Augmentation de la couverture en eau et électricité des structures sanitaires ;
- ✓ Renforcement du système de référence et contre référence.

## II.10. Financement du secteur de la santé

Le financement de la santé du Burundi s'inscrit dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (CSU). Les dépenses allouées à la santé par habitant ont connu une augmentation progressive de 2007 à 2013 passant respectivement de 17,42 \$ à 30,53 \$. Les dépenses directes des ménages ont diminué passant de 40 % à 19% pour la même période. La part du budget de l'Etat allouée à la santé est passée de 5,3 % en 2007 à 10,85 % en 2013.

Des mécanismes de financement ont été initiés notamment : (i) l'instauration de la CAM rénovée ; (ii) la mise en place du financement basé sur la performance (FBP) couplé à la gratuité des soins des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans, avec une contribution du gouvernement qui s'élève à 1,4% de son budget global et cette approche de financement est en extension progressive au niveau communautaire; (iii) la subvention totale de la vaccination, de la prise en charge médicale (des PVVIH, des tuberculeux et des cas de paludisme simple traités avec Artésunate-Amodiaquine) ainsi que d'autres services promotionnels

Les principales faiblesses dans le domaine du financement sont entre autres : (i) l'absence d'une stratégie nationale du financement avec fragmentation des régimes assuranciers et faible régulation des mécanismes de financement de la santé existant ; (ii) la forte dépendance aux financements extérieurs (62% du budget de la santé selon CNS 2013), (iii) inadéquation de l'allocation budgétaire et des besoins réels du secteur de la santé ; (iv) Insuffisance des données actualisées sur le financement de la santé, (v) le la budgétisation et le financement de la santé non basé sur le CDMT santé (loi budgétaire).

Le MSPLS doit élaborer une stratégie nationale de financement de la santé solide, durable, équitable pour tendre vers la CSU. Cette stratégie devra garantir la traçabilité de toutes les sources de financement et de recouvrement des coûts et les mécanismes pérennes de mobilisation des ressources. Elle va en outre promouvoir l'alignement des financements des partenaires aux priorités nationales et accélérer l'atteinte de la cible de 15% du budget de l'Etat alloué à la santé (Déclaration d'Abuja).

## II.11. Information sanitaire, recherche et innovation

### II.11.1. Information sanitaire

Le MSPLS, avec le concours des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) qui appuient le fonctionnement du Système d'Information Sanitaire (SIS), a mis ensemble des moyens nécessaires afin d'assurer la disponibilité de l'information sanitaire de qualité pouvant orienter la prise de décision.

Ainsi, trois documents de référence ont été produits :(i) le Plan Stratégique du Système National d'Information Sanitaire 2011-2015 étendu à 2018, (ii) le manuel des normes et procédure de gestion du système national d'information sanitaire (SNIS) et (iii) le plan national de développement de l'informatique Sanitaire.

L'enquête PRISM réalisée en 2016 a montré que la performance globale du Système d'Information Sanitaire de Routine (SISR) est passée de 59% en 2013 à 63 % en 2016. Parmi les dimensions de la qualité des données, la faible performance se situe au niveau de l'utilisation de l'information, qui n'a que peu évolué, passant de 35% en 2013 à 36 % en 2016. Même si la performance de la dimension de l'exactitude des données semble avoir évolué, passant de 72 % en 2013 à 85 % en 2016, les 15% restants sont au-delà de la marge d'erreur tolérable pour la fiabilité des données.

Dans l'optique de mettre à disposition des utilisateurs des données sanitaires de qualité, un annuaire statistique et les bulletins trimestriels sont produits régulièrement. Il existe aussi une plateforme web DHIS2 pour l'intégration des données des logiciels de gestion de l'information sanitaire et certaines interconnexions ont été faites entre le DHIS2 - Open Clinic et DHIS2 - Open RBF. Le DHIS2 permet de rendre disponible les données en ligne.

Aujourd'hui, il existe une collaboration avec différents secteurs (Etat Civil, ISTEEBU) pour l'enregistrement des statistiques des faits de l'état civil et une intégration sous régionale (Surveillance intra frontalière) par le partage des indicateurs liés aux données de routine dans la base sous régionale EAC.

Le SIS communautaire vient d'être mis en place, ce qui permet de recueillir des informations sur les événements se passant dans la communauté. D'autres stratégies sont en cours de mise en œuvre comme la stratégie e-Health (Plan de Développement de l'Informatique en Santé = PNDIS).

Des améliorations restent nécessaires en terme de : (i) poursuite de la digitalisation du SNIS, (ii) amélioration de la qualité des données, (iii) production des outils de collecte des données.

Pour renforcer le système d'information sanitaire, les actions suivantes sont à envisager :

- Intégrer tous les sous-systèmes d'information sanitaire (Système d'information logistique, inventaire des infrastructures et équipements, ressources humaines) et mise en interconnexion les différents logiciels de gestion utilisés ;
- Instaurer une identification unique des patients permettant d'avoir une continuité des soins entre les structures de santé.

## II.11.2. Recherche en santé

La recherche en général et en santé en particulier n'apparaissent que très peu dans les documents de politiques au plus haut niveau (la vision 2025, le Plan National de Développement 2018-2027, la politique nationale de santé 2016-2025). L'actuelle Politique Nationale de la santé souligne l'importance de la disponibilité de l'information de qualité, son partage et son utilisation en temps réel et aux différents niveaux du système de santé. Cela permet de mesurer régulièrement l'état de santé de la population et les performances des systèmes de santé avec des prises des décisions basées sur les évidences<sup>19</sup>. Cependant, seuls les aspects liés à la collecte des données de qualité à travers les systèmes de santé et de soins en utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication y sont développés. Le processus de production de la connaissance n'est pas suffisamment développé et le rôle de la recherche en santé à travers ses différentes composantes (recherche épidémiologique, recherche action, recherche opérationnelle, recherche sur les politiques et systèmes de santé, etc.) n'apparaît pas clairement.

Le document de Politique Nationale de Santé souligne en outre le besoin de renforcement de la multisectorialité dans la réalisation de la recherche en évoquant la nécessité d'implication d'autres secteurs de la vie nationale tels que la planification, l'économie et finances, l'agriculture, l'éducation, l'environnement, la protection sociale et la promotion de la femme<sup>20</sup>.

Il existe au sein du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA une direction de la recherche et de l'épidémiologie située au sein de l'Institut National de Santé Publique (INSP). L'INSP est une administration publique à autonomie de gestion qui est directement rattachée au Cabinet du Ministre. Le décret Présidentiel No 100/090 du 30 Mai 1991 portant création, organisation et fonctionnement de l'INSP assigne à la Direction de la Recherche et de l'Epidémiologie la mission de promouvoir et d'initier la recherche appliquée en santé publique.

En plus de l'INSP, il existe au sein de la Direction du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS), un service en charge du suivi-évaluation et Recherche. La DSNIS dépend de la Direction Générale de la Planification au sein du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA.

D'autres travaux de recherche sont occasionnellement réalisés par les programmes verticaux du Ministère, surtout dans le cadre du suivi-évaluation de leurs activités. Il existe au-delà du Ministère d'autres institutions qui réalisent des travaux de recherche en santé. Il s'agit principalement de la Faculté de Médecine de l'Université du Burundi, les Universités privées, l'Institut de la Statistique et des Etudes Economiques du Burundi (ISTEEBU).

Il existe des opportunités pouvant contribuer à la promotion de la recherche en santé au Burundi parmi lesquelles nous pouvons citer :

- L'intégration du Burundi à la Communauté Est-Africaine ( la Commission Est-Africaine de Recherche en Santé (East African Health Research Commission) est basée à Bujumbura) ;
- Le besoin de plus en plus croissant d'évidence sur l'efficacité des interventions de santé par les Partenaires Techniques et Financiers ( PTFs) ;
- La création récente à l'INSP d'un Master de Santé Publique ;

---

<sup>19</sup>Politique Nationale de Santé 2016-2025, pge 58

<sup>20</sup>Politique Nationale de Santé 2016-2025, pge 66

- La mise en œuvre d'un projet d'appui à l'INSP avec un volet de développement des compétences en recherche pour appuyer la prise de décision et l'élaboration des politiques publiques ;
- Le renforcement de la DSNIS sur la production des données de qualité.

En dépit de ces opportunités, la recherche en santé au Burundi fait face à des défis importants parmi lesquels nous citons :

- Inexistence de la coordination de la recherche et des différents acteurs impliqués dans le processus de production de la connaissance en santé ;
- Faible demande interne de la recherche par les différentes structures et entités (Directions Générales, Départements et Programmes de santé) du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA ;
- Absence de ligne budgétaire pouvant alimenter la recherche sur le Budget de l'Etat et faible engagement des partenaires pour la recherche en santé ;
- Absence de documents de politique et de stratégies sur la recherche en santé.

**Les priorités de recherche** sur le court et le moyen terme sont :

- Mise en place d'une structure de coordination de la recherche en santé ;
- Elaboration des documents de politique, de stratégie et de financement de la recherche en santé.

## **II.12.Gouvernance et leadership**

### **II.12.1.Cadre institutionnel, juridique et réglementaire**

Le secteur de la santé est régi par le Décret n°100/254 du 04 Octobre 2011 portant organisation, fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida et d'autres textes d'application que sont : le Code de la santé publique, le Règlement d'Ordre Intérieur, les ordonnances de mise en œuvre et le Manuel des procédures administratives, comptables et financières. D'autres textes juridiques, réglementaires et normatifs sont en application. Il s'agit entre autres de la loi pharmaceutique, du code de l'eau, des protocoles et normes pour les ressources humaines et les infrastructures, du Règlement Sanitaire International, du manuel des procédures d'accréditation des structures sanitaires et apparentés et des normes d'inspection des structures sanitaires et apparentés, du manuel national de référence et contre référence, du guide opérationnel de gestion du district sanitaire.

La régulation du secteur est assurée par le niveau central à travers le Cabinet du Ministre, le Secrétariat permanent, l'Inspection Générale de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida et les trois Directions Générales. Au niveau déconcentré, cette tâche de régulation est déléguée au Bureau provincial de santé.

L'opérationnalisation des stratégies sectorielles est assurée par le niveau périphérique composé du Bureau de district sanitaire et des formations sanitaires ainsi que par le niveau communautaire. Pour garantir la gestion efficace, efficiente et transparente des formations sanitaires, des organes de gestion ont été mis en place dans les hôpitaux et administrations personnalisées de l'Etat. A cet effet, les manuels des procédures administratives, comptables et financières des CDS et Hôpitaux sont en cours d'utilisation dans toutes les FOSA publiques et confessionnelles.

S'agissant du dialogue avec les partenaires sociaux, le MSPLS collabore avec les syndicats et les ordres professionnels.

Toutefois, quelques insuffisances existent notamment : (i) la faiblesse de mise en œuvre des mécanismes existants de suivi et évaluation, (ii) le chevauchement de certaines attributions et actions entre les directions et départements du MSPLS (voir ROI), (iii) la décentralisation du système de santé non accompagnée par une décentralisation de la gestion des ressources, (iv) la faible capacité managériale à tous les niveaux du système de santé, (v) l'insuffisance dans la réglementation de la destruction des médicaments et autres produits périmés et (vi) la faible application des textes réglementaires.

### **II.12.2. Coordination et Partenariat**

Dans le cadre de la Déclaration de Paris et de partenariat international de la santé, la coordination du secteur de la santé se fait à travers un Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD) créé en 2007 en vue d'une synergie des interventions de tous les acteurs du système de santé. Des groupes thématiques ont été mis en place pour alimenter les discussions stratégiques du CPSD.

Au niveau déconcentré, des cadres de coordination des partenaires (CPSD provinciaux) ont été mis en place pour la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des interventions sanitaires. La coordination au niveau des districts sanitaires se fait à travers des Comités de Pilotage des Districts (COPIDI) et des Comités de Gestion des Districts (COGEDI), mais la plupart des districts n'en disposent pas et là où ils existent, leur fonctionnement est à renforcer.

Des sous mécanismes de coordination existent notamment l'ICN (Instance de Coordination Nationale) pour les subventions du fonds mondial, la plateforme multisectorielle de sécurité alimentaire et de nutrition, le secteur santé pour les urgences, etc.

Suite aux irrégularités et dysfonctionnements constatés dans la coordination du secteur, le MSPLS et ses partenaires ont réalisé une évaluation du fonctionnement du CPSD qui a été suivie par une proposition de restructuration avec de nouveaux termes de références avec création d'un nouveau groupe thématique « Santé de la Mère et de l'Enfant ». Un nouveau règlement d'ordre intérieur (ROI) est en cours d'élaboration pour renforcer cette instance de coordination.

### **II.12.3 Système de protection sociale**

Le système de mutualisation des risques et de couverture sociale en soins de santé comprend plusieurs régimes assurantiels. Il s'agit de la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP), des mutuelles communautaires, de la Carte d'Assistance Médicale restructurée (CAM), de l'assurance des corps de défense et de sécurité, de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans, et les soins liés à la grossesse et à l'accouchement et des assurances par les employeurs du secteur privé. En dépit de la multiplicité des régimes assurantiels, les paiements directs des ménages restent élevés et constituent une barrière importante à la couverture universelle en santé. En effet, une personne sur deux dépend encore des paiements directs pour ses soins de santé<sup>21</sup>. Selon la même source, environ 123 burundais tombent chaque jour dans la pauvreté à cause des

---

<sup>21</sup>République du Burundi, Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA. Rapport de l'étude du financement de la santé 2014.

dépenses catastrophiques liées à la maladie ; et l'incidence des paiements catastrophiques est de 7% au seuil de 5% comme part de la santé dans les dépenses totales du ménage. Cette dépense aux conséquences catastrophiques est plus importante parmi les couches de la population les plus pauvres(14,4%) que les plus riches (1,8%).

#### **II.12.4 Planification, Suivi et Evaluation**

Le MSPLS dispose d'une Politique Nationale de Santé couvrant une période de 10 ans et d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour une période de 5ans. Il existe des plans stratégiques sous sectoriels, des plans d'actions annuels dans toutes les unités de prestation du MSPLS et des outils standards de planification à tous les niveaux du système de santé.

Le suivi-évaluation des réalisations du Ministère se fait à travers l'organisation des revues à mi-parcours et finales des politiques, des plans stratégiques sous sectoriels, l'organisation des revues à mi-parcours et finales des projets, l'organisation des revues annuelles conjointes (RAC), l'organisation des réunions trimestrielles d'évaluation des activités du Ministère, etc.

La revue à mi-parcours du PNDSII a révélé les faiblesses suivantes : (i) le non-respect du cycle de planification par certains programmes, (ii) l'imprévisibilité budgétaire, (iii) l'insuffisance des compétences en planification et suivi évaluation à tous les niveaux du système, (iv) la faible intégration des systèmes de suivi-évaluation dans le secteur de la santé et les retards accusés dans la production des comptes nationaux de la santé.

#### **II.12.5. Communication stratégique**

La communication stratégique du MSPLS vise la transparence, la visibilité, le plaidoyer, la sensibilisation et la participation des acteurs impliqués dans le renforcement du système de santé. A cet effet, le MSPLS a mis en place des systèmes de communication interne et externe.

S'agissant de la communication interne, le MSPLS organise des réunions de services et évaluations régulières conformément au règlement d'ordre intérieur en vigueur.

La communication externe est matérialisée par des réunions avec les partenaires, la diffusion des rapports et revues conjointes annuelles, les bulletins et les conférences de presse et la fonction de porte-parole. La communication externe contribue à garantir la transparence, la visibilité et la redevabilité envers les contribuables, en témoigne les sorties médiatiques régulières de l'autorité ministérielle, la diffusion des messages de promotion de la santé par le service IEC, les médias et d'autres canaux.

En matière de Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), le MSPLS dispose d'un site web pour permettre aux partenaires de s'informer à distance. En outre, le logiciel DHIS2 est opérationnel au niveau national et est accessible en ligne aux acteurs du secteur.

Cependant des faiblesses restent observées notamment la tenue irrégulière des réunions du CPSD et des groupes thématiques avec une faible participation des parties prenantes, absence de plan cadre de communication stratégique, faible coordination en matière de communication pour le changement de comportement, faible alimentation du site web du Ministère.

Dans le domaine de la gouvernance et leadership, le PNDS III mettra en œuvre les priorités suivantes : (i) Elaboration et/ou respect de lois, règlements et normes en vigueur, (ii) Renforcement des mécanismes de bonne gestion (transparence, redevabilité, équité), (iii) Mise en place d'un cadre et d'une stratégie de communication efficaces, (iv) Renforcement des mécanismes de coordination et de partenariat.

Les priorités d'action en matière de protection sociale sont :

- ✓ Actualisation et mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire ;
- ✓ Mise à l'échelle progressive du FBP Communautaire et de l'approche communautaire d'assainissement ;
- ✓ Poursuite de la mise en œuvre de la stratégie « iCCM » et son passage à l'échelle;
- ✓ Développement d'une stratégie de promotion de la santé dans toutes les politiques.

En matière de planification et suivi-évaluation les priorités sont : (i) l'alignement des plans stratégiques sous sectoriels au PNDS III ; (ii) l'élaboration et suivi de la mise en œuvre du compact et du CDMT ; (iii) le renforcement des capacités en planification et suivi évaluation à tous les niveaux du système ; (iv) le suivi périodique et régulier de la mise en œuvre des plans sous-sectoriels et (v) la restructuration et redynamisation de la stratégie nationale de coordination en matière de suivi-évaluation.

#### **II.12.6. Santé communautaire**

Un département de la promotion de la santé et de l'hygiène et assainissement a été mis en place au niveau du ministère en charge de la santé. Des programmes de santé communautaire ont été mis en œuvre pour améliorer la santé des populations avec plus ou moins de succès.

En matière de santé communautaire, le PNDS II prévoyait de donner un focus sur les interventions communautaires visant l'amélioration de meilleures pratiques de santé et de nutrition. Pour ce faire, des documents stratégiques suivants sont disponibles notamment le plan stratégique de santé communautaire et ses outils de mise œuvre (manuels des procédures de santé communautaire, outils standards du sis communautaire, manuel de FBP communautaire, les kits de l'ASC).

#### **II.12.7. Participation communautaire**

La participation communautaire contribue dans la mise en œuvre des activités telles que: (i) la prise en charge communautaire de certaines maladies (pneumonie, paludisme, diarrhée) ; (ii) le FBP au niveau communautaire ; (iii) le SIS communautaire ; (iv) l'information, éducation et communication en matière de santé (v) la mise en œuvre de l'approche communautaire (identification et mise en œuvre par la communauté des priorités d'actions) . Un plan stratégique de santé communautaire est disponible, décrivant les missions de chaque acteur en santé communautaire.

Les défis en matière de santé communautaire sont :

- ✓ Insuffisance et forte dépendance des financements de l'extérieur ;
- ✓ Faible appropriation des interventions de la promotion de la santé au niveau des entités décentralisées.

Les priorités pour les cinq prochaines années en matière de promotion de la santé sont :



- ✓ Elaboration et mise en œuvre d'un plan stratégique en santé communautaire ;
- ✓ Mise à l'échelle progressive du FBP communautaire et de l'approche communautaire d'assainissement ;
- ✓ Mise à l'échelle de la prise en charge communautaire.

### III. CADRE STRATEGIQUE DU PNDSIII

#### III.1.VISION, BUT, OBJECTIFS ET AXES STRATEGIQUES

##### **Vision**

A l'horizon de l'an 2023, le Burundi aura maintenu une paix et une stabilité sociopolitique durable avec une croissance économique assurant la Couverture Sanitaire Universelle et le niveau de santé le plus élevé possible à sa population. La couverture sanitaire universelle (CSU) sera possible grâce à l'établissement d'un système de santé et de soins performant, fort et résilient ainsi que d'un système social d'assurance maladie basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessibles et équitables capables de satisfaire le droit à la santé de tous et en particulier des groupes les plus vulnérables à travers le développement d'un partenariat solide et interagissant au niveau national, régional et international.

Le droit à la santé est reconnu par la Constitution de la République du Burundi du 07 Juin 2018 qui dispose que « l'État reconnaît aux citoyens le droit à la santé. Il œuvre à le promouvoir ». Le droit à la santé implique l'obligation pour l'État de définir une Politique Nationale de Santé à même de promouvoir, de protéger et de restaurer la santé de la population et d'en assurer la mise en œuvre effective.

##### **But**

Le présent PNDS III qui couvre la période de cinq ans 2019-2023 a pour but de contribuer à la réduction de la mortalité, des handicaps et invalidités évitables par l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité à toute la population qui en a besoin.

##### **Objectifs généraux**

Pour atteindre ce but, trois objectifs généraux sont définis :

**Objectif Général 1** : Contribuer à l'amélioration de la couverture effective des besoins de la population en matière des services de santé essentiels particulièrement aux groupes vulnérables

**Objectif général 2** : Améliorer les performances du système national de santé et du système communautaire

**Objectif Général 3** : Renforcer la collaboration intersectorielle pour une meilleure santé

##### **Axes stratégiques**

Le PNDS 2019-2023 s'articule autour de douze axes stratégiques portés par des résultats d'effets, des résultats d'effets intermédiaires et des extrants déclinés en stratégies d'interventions. Ces différents axes stratégiques se présentent comme suit :

**Axe stratégique I** : Amélioration de l'offre des soins et services de santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent(e) et jeune, de la personne âgée ainsi que de santé nutritionnelle de qualité.

Cet axe est porté par 8 résultats:

- Résultat I.1 : L'offre de services de planification familiale est améliorée
- Résultat I.2: La qualité des services de santé maternelle, néonatale est améliorée

- Résultat I.3: La qualité des soins de santé des adolescents et jeunes est améliorée
- Résultat I.4: L'offre des services de prévention et de prise en charge médicale des VSBG est améliorée
- Résultat I.5: La gestion intégrée des maladies du nourrisson et du jeune enfant est améliorée
- Résultat I.6: L'offre des soins et services de santé de l'enfant, de l'adolescent(e) et jeune est amélioré
- Résultat I.7: La qualité des soins de santé des personnes âgées est améliorée
- Résultat I.8: L'offre et la capacité opérationnelle des services de nutrition sont améliorées

**Axe stratégique II:** Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles.

L'axe II se traduit par 7 résultats :

- Résultat 2.1 :La couverture et la qualité des services de prévention et de prise en charge du VIH, des Hépatites et des coïnfections sont améliorées
- Résultat 2.2 :La qualité et l'efficacité des services de prévention et de lutte contre le paludisme sont améliorées
- Résultat 2.3 : La qualité des services de prévention et de prise en charge de la Tuberculose sont améliorées
- Résultat 2.4 : La prévention, le diagnostic et la prise en charge des maladies non transmissibles sont intégrées dans le paquet des services des FOSA
- Résultat 2.5 : Le traitement de masse des MTN est renforcé
- Résultat 2.6 :La surveillance des maladies pour améliorer la réponse est renforcée
- Résultat 2.7 :La capacité des services de laboratoire est améliorée

**Axe stratégique III :**Amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé

L'axe III se traduit en 2 résultats:

- Résultat 3.1 :L'adéquation qualitative et quantitative entre la formation (initiale et continue) des RHS et les besoins du système sanitaire est assurée
- Résultat 3.2 :La gestion des ressources humaines est améliorée

**Axe stratégique IV :** Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des produits pharmaceutiques et produits de santé : médicaments, les vaccins et autres produits de santé

L'axe IV est traduit par 4 résultats :

- Résultat 4.1 :Le cadre institutionnel, juridique et réglementaire du secteur pharmaceutique est renforcé
- Résultat 4.2 :La disponibilité des produits pharmaceutiques et produits de santé (médicaments, les vaccins, et autres produits de santé) est améliorée
- Résultat 4.3 :La qualité des produits pharmaceutiques et produits de santé (médicaments, les vaccins et autres produits de santé) est garantie
- Résultat 4.4 : La disponibilité et l'accessibilité des produits sanguins sont renforcés

**Axe stratégique V :** Amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires

Cetaxe V se traduit par 3 résultats:

- Résultat 5.1 :La planification des constructions et réhabilitation des FOSA qui respectent les normes sanitaires est améliorée
- Résultat 5.2 :La planification de l'acquisition des équipements médicaux et non médicaux des FOSA qui respectent les normes sanitaires est améliorée

- Résultat 5.3 :La maintenance des équipements biomédicaux et non biomédicaux est améliorée

#### **Axe stratégique VI : Renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé**

Le sixième axe est traduit par 2 résultats :

- Résultat 6.1 : La qualité des données du SNIS est améliorée
- Résultat 6.2 :La recherche en santé est renforcée

#### **Axe stratégique VII : Le renforcement des mécanismes de Financement du secteur de la santé**

Cet axe se traduit par 3 résultats:

- Résultat 7.1 : L'accessibilité financière de la population aux soins de santé est améliorée à travers la mise en place d'un mécanisme de couverture sanitaire universelle de caractère obligatoire et de type contributif ;
- Résultat 7.2 : La poursuite de la mise en œuvre de la stratégie de Financement Basé sur les Performances (FBP) couplée à la gratuité des soins (pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes) au niveau des formations sanitaires contribue à améliorer le fonctionnement des formations sanitaire et la qualité des soins de santé ;
- Résultat 7.3 : Augmentation du budget alloué à la santé jusqu'à 12% du budget général de l'Etat d'ici 2023.

#### **Axe stratégique VIII : Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé**

L'axe gouvernance et leadership est porté par 4résultats :

- Résultat 8.1 :Le cadre institutionnel et normatif du MSPLS est renforcé
- Résultat 8.2 :La coordination de la planification et le suivi-évaluation à tous les niveaux du système de santé sont renforcés
- Résultat 8.3 :La communication stratégique pour la promotion de la santé est renforcée
- Résultat 8.4 : La performance des services du niveau central du MSPLS, des BPS et des BDS est renforcée par la mise en œuvre des mécanismes de Financement Basé sur les Performances (FBP)

#### **Axe stratégique IX : Renforcement des interventions au niveau communautaire**

L'axe sur le système communautaire est traduit par 2 résultats:

- Résultat 9.1 :La couverture du paquet de services offerts au niveau communautaire est améliorée à travers la mise en œuvre de la stratégie de Financement Basé sur les Performances (FBP) au niveau communautaire
- Résultat 9.2 : Les capacités des ASC et GASC sont renforcés

#### **Axe stratégique X : Lutte contre les facteurs de risques liés aux maladies transmissibles, non transmissibles et actions sur les déterminants sociaux de la santé**

Cet axe se traduit en 3 résultats :

- Résultat 10.1 : La sécurité alimentaire et la nutrition sont améliorées
- Résultat 10.2 :L'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement est amélioré
- Résultat 10.3 :Les mécanismes de lutte contre les substances psychoactives (Alcool, tabac ; stupéfiants) sont renforcés

#### **Axe stratégique XI :Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles**

Résultat : La préparation, la détection et la riposte aux épidémies et aux urgences de santé publique sont renforcées

**Axe stratégique XII** : Renforcement de la gestion des questions de populations pour tendre vers le dividende démographique

Résultat : Comportement des familles en matière de fécondé a changé

#### **IV. CADRE DE MISE EN ŒUVRE**

##### **IV.1 Cadre Institutionnel de mise en œuvre**

Conformément aux orientations du Gouvernement, la Politique Nationale de Santé 2016-2025 est mise en œuvre à travers un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2019-2023). Le PNDS III sera mis en œuvre dans le cadre du nouvel organigramme du MSPLS selon les résultats de l'audit institutionnel du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida qui sera commandité. Ainsi les rôles et responsabilités des différentes structures au niveau central, intermédiaire et opérationnel seront précisés dans le manuel des procédures administratives et financières et le règlement d'ordre intérieur du MSPLS qui sont à réviser.

Le Plan National de Développement du Burundi (2018-2027) constitue le cadre de référence des planifications stratégiques des secteurs y compris celui de la Santé et de la lutte contre le Sida.

Le niveau central du MSPLS est chargé de la définition de la Politique Sanitaire et l'élaboration des stratégies d'intervention et de planification ; principalement de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la coordination, de la mobilisation et de l'affectation des ressources ainsi que du suivi - évaluation.

Ce niveau assure la fonction de régulation et de normalisation à travers :

- Le Cabinet du Ministre: chargé de la mise en œuvre de la politique sectorielle et du pilotage du secteur ; il est responsable devant le Gouvernement de la mise en œuvre du PNDS III.
- L'Inspection Générale de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida est chargée de veiller au respect de la réglementation et de la règlementation en vigueur en matière de la santé et de la lutte contre le Sida, veiller au respect des politiques, normes et procédures du Gouvernement et du MSPLS en rapport avec la tenue et le fonctionnement des établissements de soins, des pharmacies, des laboratoires ; les normes de sécurité, de salubrité et d'hygiène des lieux publics et de la gestion et de la destruction des déchets biomédicaux.
- Le Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida (SEP/CNLS) à gestion autonome : notamment chargé d'apporter un appui technique aux organisations publiques et privées, ONG, confessions religieuses, associations et communautés de base impliquées dans l'exécution du Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida (PSNLS) ; d'assurer le suivi et évaluation de l'exécution du PSNLS ; de collaborer avec les autres structures de l'administration centrale du MSPLS pour assurer l'intégration de la réponse nationale à la pandémie du VIH.
- Le Secrétariat Permanent du MSPLS : il est chargé notamment de la coordination stratégique et technique du PNDS, des relations du MSPLS avec les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), de la

Supervision, du suivi Évaluation des Plans d'actions des Directions Générales, des départements, des institutions personnalisées, des programmes de santé et des Bureaux Provinciaux de la Santé et de la lutte contre le SIDA et des services connexes.

- Les Directions Générales et les Institutions Spécialisées, généralement investies dans un rôle normatif, de régulation, de planification, et de suivi technique des unités de prestations du MSPLS.

Le niveau Intermédiaire comprend 18 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) chargés de la coordination de toutes les activités sanitaires de la province. Ils sont chargés du suivi de la mise en œuvre des plans opérationnels des districts sanitaires, de la coordination des activités des PTF ; et s'assurent de la bonne collaboration intersectorielle et de la participation communautaire.

Le niveau opérationnel comprend 46 Districts Sanitaires répartis sur les 119 communes du pays. Ils sont animés par les Equipes Cadres de Districts qui assurent la coordination de la mise en œuvre du PNDS au niveau périphérique. Ils sont chargés également de l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi – évaluation des plans opérationnels des centres de santé et des hôpitaux de districts ; ceci en collaboration avec les secteurs connexes au niveau périphérique et communautaire (les prestations des services par les ASC), les partenaires techniques et financiers, le secteur privé.

#### **IV.2 Planification opérationnelle pour la mise en œuvre du PNDS III**

Le PNDS III sera mis en œuvre à travers des plans opérationnels à tous les niveaux : central, intermédiaire, périphérique et communautaire. Au niveau central, les Directions Générales, les Départements, les Institutions spécialisées, les Hôpitaux nationaux, les Programmes de santé devront disposer des plans stratégiques/opérationnels alignés au PNDS III.

Les Bureaux Provinciaux de Santé devront disposer de plans provinciaux de développement sanitaire. Ils devront aussi s'assurer que chaque district sanitaire dispose d'un plan de travail opérationnel qui tient compte des plans communaux de développement communautaire (PCDC). Cette planification opérationnelle utilisera des normes et standards actualisés et des outils de planification (carte sanitaire, normes sanitaires, plan d'extension de couverture, etc.).

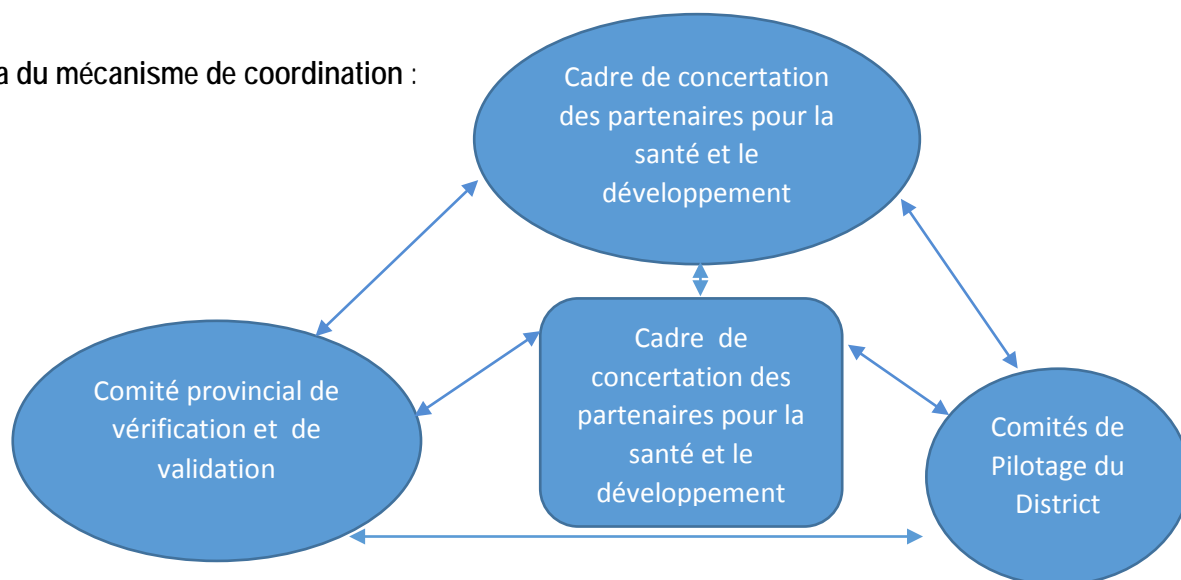
#### **IV.3 Mécanismes de Coordination**

La coordination à tous les niveaux devra contribuer à la mise en œuvre du PNDS III. Au niveau central, le CPSD est chargé de la coordination des partenaires dans la mise en œuvre du PNDS III.

Au niveau intermédiaire, un CPSD provincial est mis en place pour assurer la coordination et le suivi de toutes les interventions en matière de santé et de lutte contre le Sida dans la province. Il est nécessaire de redynamiser ce comité provincial pour le rendre plus fonctionnel. A côté de cette instance, d'autres organes spécialisés contribueront à la coordination technique des activités du PNDS III tel que le comité provincial de vérification et de validation (CPVV). Il faudra veiller à aligner et intégrer tous ces comités et organes techniques et définir leurs liens fonctionnels.

Au niveau périphérique, des Comités de Pilotage des Districts (COPIDI), avec l'encadrement des autorités locales, seront mis en place pour assurer la coordination des interventions. Ils impliqueront les partenaires techniques et financiers, le secteur privé du niveau local avec la pleine participation de la communauté.

**Schéma du mécanisme de coordination :**



## V. CADRE DE SUIVI EVALUATION

Un cadre de suivi – évaluation est élaboré et comporte une matrice des indicateurs clés de suivi évaluation du PNDS III. Les mécanismes et l'organisation du suivi et de l'évaluation du PNDS sont décrits pour chaque niveau de la pyramide sanitaire et le cadre de suivi-évaluation est assorti d'un plan d'action de mise en œuvre pendant les 5 années du PNDS.

Sur le plan organisationnel, des revues conjointes MSPLS/secteurs connexes et partenaires du PNDS sont prévues selon une périodicité trimestrielle pour les districts, semestrielle pour les provinces sanitaires et annuelles pour le niveau national.

La Direction Générale de la Planification valide et évalue les plans opérationnels des Directions centrales, des Bureaux Provinciaux et Districts une fois l'an, au quatrième trimestre de chaque année avec la participation de toutes les parties prenantes.

### V.1 Indicateurs clés de suivi de la mise en œuvre du PNDS III

Dans le cadre d'une gestion axée sur les résultats, et conformément au cadre logique du PNDS III, le suivi - évaluation sera essentiellement basé sur la liste d'indicateurs clés du PNDS III choisis de commun accord avec tous les acteurs de mise en œuvre de ce plan.

Cette liste d'indicateurs est établie dans le cadre de suivi - évaluation qui précise les modalités de collecte, de transmission, de calcul et d'analyse des informations.

De façon générale, le suivi - évaluation de l'état d'avancement des actions inscrites au PNDS III et des résultats obtenus (outputs/out come) repose sur un système d'information performant qui soit à même de fournir en temps opportun l'ensemble des informations nécessaires.

## V.2 Evaluation du PNDS III

Une évaluation à mi-parcours du PNDS III est planifiée pour réorienter ou renforcer au besoin les actions.

Une évaluation finale servira à mesurer les résultats obtenus et l'impact du PNDS, le niveau d'atteinte des ODD, tirer des leçons pour apporter des mesures correctives et éventuellement orienter la politique sectorielle de Santé. L'évaluation à mi-parcours est planifiée en 2021 et l'évaluation finale en 2023.

Dans un souci d'appropriation par les cadres du MSPLS, les évaluations à mi-parcours et finale comprendront une évaluation interne, une enquête de prévalence et une enquête de satisfaction des bénéficiaires dont les résultats pourraient éventuellement servir pour l'évaluation externe. Les termes de référence de ces évaluations seront définis en concertation avec les différentes parties prenantes concernées.

## VI. CADRE PROGRAMMATIQUE ET BUDGET

Le costing a été élaboré avec l'outil One Health sur base des interventions et cibles du cadre logique et précise le niveau attendu de gestion, d'affectation ainsi que la nature des dépenses. Cet exercice permet également d'alimenter le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) du secteur santé, qui est l'outil d'exécution du PNDS III.

**Tableau 4 : Répartition du budget par objectif**

Objectif général		2019	2020	2021	2022	2023	Total
1	Contribuer à l'amélioration de la couverture effective des besoins de la population en matière des services de santé essentiels particulièrement aux groupes vulnérables	49 745 166 796	55 524 366 493	63 120 192 818	70 232 723 175	78 342 445 010	316 964 894 291
2	Améliorer les performances du système national de santé y compris le système communautaire	262 870 801 296	271 576 279 027	294 084 060 232	284 386 997 919	259 583 382 482	1 372 501 520 958
3	Renforcer de la collaboration intersectorielle pour une meilleure santé	9 642 015 741	10 675 368 267	10 034 410 488	10 150 611 589	11 146 848 470	51 649 254 555
<b>Total Général</b>		<b>322 257 983 833</b>	<b>337 776 013 787</b>	<b>367 238 663 538</b>	<b>364 770 332 683</b>	<b>349 072 675 962</b>	<b>1 741 115 669 805</b>

**Tableau 5 : Répartition du budget par axe stratégique**

Axes stratégiques		2019	2020	2021	2022	2023	Total
1	Amélioration de l'offre des soins et services de santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent(e) et jeune, de la personne âgée ainsi que de santé nutritionnelle de qualité.	31 278 975 428	37 063 570 563	43 435 265 358	49 650 777 335	56 063 802 959	217 492 391 641
2	Renforcement des interventions au niveau communautaire	16 990 191 367	16 984 795 931	18 208 927 459	19 105 945 840	20 802 642 051	92 092 502 648
3	Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles.	112 328 129 544	125 397 268 943	122 787 235 940	127 251 150 201	141 375 303 353	629 139 087 981
4	Amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé	28 431 485 854	29 763 639 382	31 137 475 462	32 483 629 078	33 852 914 961	155 669 144 736



Axes stratégiques		2019	2020	2021	2022	2023	Total
5	Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des produits pharmaceutiques et produits de santé : médicaments, les vaccins et autres produits de santé	426 747 934	405 598 001	440 975 825	419 825 892	419 825 892	2 112 973 543
6	Amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires	100 734 171 089	96 092 138 803	100 516 517 446	103 572 721 032	62 469 810 528	463 385 358 898
7	Renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé	4 134 480 842	2 727 843 282	2 746 891 477	2 427 214 491	2 768 645 471	14 805 075 563
8	Le renforcement des mécanismes de Financement du secteur de la santé	18 123 397 034	18 415 607 619	37 776 120 079	19 567 701 224	20 050 126 278	113 932 952 234
9	Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé	168 389 000	250 183 000	154 844 005	140 756 002	122 755 999	836 928 006
10	Lutte contre les facteurs de risques liés aux maladies transmissibles, non transmissibles et actions sur les déterminants sociaux de la santé	197 637 670	288 726 170	197 637 670	288 726 170	197 637 670	1 170 365 350
11	Renforcement la surveillance intégrée de la maladie et de gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles	8 354 082 834	9 359 749 246	8 603 592 892	8 683 337 161	9 686 594 904	44 687 357 038
12	Renforcement de la gestion des questions de populations pour tendre vers le dividende démographique	1 090 295 237	1 026 892 851	1 233 179 926	1 178 548 258	1 262 615 896	5 791 532 167
<b>Total</b>		<b>322 257 983 833</b>	<b>337 776 013 791</b>	<b>367 238 663 539</b>	<b>364 770 332 684</b>	<b>349 072 675 962</b>	<b>1 741 115 669 805</b>

Tableau 6 : Répartition du budget par programme

Coûts récapitulatifs avec médicaments désagrégés par domaine de programme/ niveau de prestation de soins (BIF)	2019	2020	2021	2022	2023	Total
<b>Programme National de Santé de la Reproduction</b>						
Coût des programmes	11 614 375 240	11 681 728 905	12 420 466 549	12 476 109 118	12 639 099 973	60 831 779 784
Médicaments, produits et fournitures	12 707 841 020	14 502 191 810	16 381 495 142	18 337 449 336	20 387 240 283	82 316 217 591
Part des coûts du système de santé	31 482 845 414	28 672 638 439	34 980 845 925	31 881 536 039	23 730 513 222	150 748 379 039
<b>Total Programme National de Santé de la Reproduction</b>	<b>55 805 061 674</b>	<b>54 856 559 154</b>	<b>63 782 807 615</b>	<b>62 695 094 493</b>	<b>56 756 853 478</b>	<b>293 896 376 414</b>
<b>Programme Elargi de Vaccination</b>						
Coût des programmes	1 935 366 000	1 072 695 000	1 459 236 000	1 527 898 000	1 600 645 000	7 595 840 000
Médicaments, produits et fournitures	15 054 825 367	15 912 100 931	16 749 691 459	17 578 047 840	19 201 997 051	84 496 662 648
Part des coûts du système de santé	1 452 910 059	1 240 996 956	1 426 905 871	1 231 169 254	886 259 755	6 238 241 896
<b>Total Programme Elargi de Vaccination</b>	<b>18 443 101 427</b>	<b>18 225 792 887</b>	<b>19 635 833 330</b>	<b>20 337 115 094</b>	<b>21 688 901 807</b>	<b>98 330 744 544</b>
<b>Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme</b>						
Coût des programmes	1 791 699 000	946 389 000	1 370 606 000	1 412 763 000	1 572 113 000	7 093 570 000
Médicaments, produits et fournitures	27 339 378 310	37 396 042 435	29 834 478 892	30 631 921 585	40 664 499 012	165 866 320 233
Part des coûts du système de santé	8 967 598 929	8 300 281 954	8 428 503 167	7 064 162 124	5 365 339 344	38 125 885 518
<b>Total Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme</b>	<b>38 098 676 239</b>	<b>46 642 713 389</b>	<b>39 633 588 059</b>	<b>39 108 846 709</b>	<b>47 601 951 356</b>	<b>211 085 775 751</b>
<b>Programme National de lutte contre la Tuberculose</b>						
Coût des programmes	3 328 897 660	2 485 676 017	2 469 630 371	2 357 290 977	2 330 790 142	12 972 285 167
Médicaments, produits et fournitures	29 140 020 488	30 957 025 245	32 843 158 244	34 797 626 448	36 820 619 275	164 558 449 699
Part des coûts du système de santé	47 481 630 101	40 202 960 793	45 935 103 169	39 458 036 767	27 812 570 407	200 890 301 237
<b>Total Programme National de lutte contre la Tuberculose</b>	<b>79 950 548 249</b>	<b>73 645 662 055</b>	<b>81 247 891 784</b>	<b>76 612 954 191</b>	<b>66 963 979 824</b>	<b>378 421 036 104</b>

Coûts récapitulatifs avec médicaments désagrégés par domaine de programme/ niveau de prestation de soins (BIF)	2019	2020	2021	2022	2023	Total
<b>Programme VIH/SIDA</b>						
Coût des programmes	1 236 662 238	1 421 539 257	796 106 024	391 861 622	70 096 740	3 916 265 881
Médicaments, produits et fournitures	21 551 588 055	23 381 969 471	25 294 234 557	27 308 316 390	29 431 707 237	126 967 815 710
Part des coûts du système de santé	1 940 501 426	1 740 458 743	2 099 391 979	1 899 547 531	1 407 716 799	9 087 616 478
<b>Total programme VIH/SIDA</b>	<b>24 728 751 719</b>	<b>26 543 967 471</b>	<b>28 189 732 560</b>	<b>29 599 725 544</b>	<b>30 909 520 776</b>	<b>139 971 698 069</b>
<b>Programme National Intégré de l'Alimentation et de la Nutrition</b>						
Coût des programmes	1 518 200 000	1 518 200 000	1 478 200 000	1 478 200 000	1 478 200 000	7 471 000 000
Médicaments, produits et fournitures	13 624 999 409	17 484 487 701	21 484 428 597	25 633 712 142	29 918 023 602	108 145 651 451
Part des coûts du système de santé	51 223 927 067	52 734 511 536	70 644 520 477	69 401 587 894	54 909 378 281	298 913 925 255
<b>Total Programme National Intégré de l'Alimentation et de la Nutrition</b>	<b>66 367 126 476</b>	<b>71 737 199 237</b>	<b>93 607 149 074</b>	<b>96 513 500 036</b>	<b>86 305 601 883</b>	<b>414 530 576 706</b>
<b>Programme santé communautaire, eau et assainissement</b>						
Coût des programmes	197 637 670	288 726 170	197 637 670	288 726 170	197 637 670	1 170 365 350
Médicaments, produits et fournitures	-	-	-	-	-	-
Part des coûts du système de santé	2 683 407 071	2 517 428 392	3 153 589 328	2 944 408 001	2 239 563 318	13 538 396 110
<b>Total Programme santé communautaire, eau et assainissement</b>	<b>2 881 044 741</b>	<b>2 806 154 562</b>	<b>3 351 226 998</b>	<b>3 233 134 171</b>	<b>2 437 200 988</b>	<b>14 708 761 460</b>
<b>Programme des maladies non transmissibles</b>						
Coût des programmes	558 809 885	260 016 385	335 043 706	171 947 960	220 859 960	1 546 677 896
Médicaments, produits et fournitures	28 142 766 486	29 174 417 643	30 198 518 500	31 223 481 345	32 247 184 712	150 986 368 686
Part des coûts du système de santé	2 983 971 895	2 542 199 224	2 917 805 185	2 516 330 705	1 779 530 906	12 739 837 916
<b>Total programme des maladies non transmissibles</b>	<b>31 685 548 266</b>	<b>31 976 633 252</b>	<b>33 451 367 390</b>	<b>33 911 760 010</b>	<b>34 247 575 578</b>	<b>165 272 884 497</b>

Coûts récapitulatifs avec médicaments désagrégés par domaine de programme/ niveau de prestation de soins (BIF)	2019	2020	2021	2022	2023	Total
<b>Programme National Intégré de Lutte contre le Maladies Tropicales Négligées et la Cécité</b>						
Coût des programmes	22 683 500	1 100 092 000	549 277 750	899 276 000	926 614 500	3 497 943 750
Médicaments, produits et fournitures	1 949 561 754	2 013 705 733	2 079 629 786	1 119 857 033	1 157 268 676	8 320 022 982
Part des coûts du système de santé	3 323 594 075	2 801 819 765	3 186 159 188	2 215 069 400	1 553 207 099	13 079 849 528
<b>Total Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité</b>	<b>5 295 839 330</b>	<b>5 915 617 498</b>	<b>5 815 066 724</b>	<b>4 234 202 433</b>	<b>3 637 090 275</b>	<b>24 897 816 260</b>
<b>Grand Total</b>	<b>323 255 698 118</b>	<b>332 350 299 505</b>	<b>368 714 663 533</b>	<b>366 246 332 682</b>	<b>350 548 675 964</b>	<b>1 741 115 669 805</b>

Tableau 7: Répartition du budget par pilier du système de santé

Piliers	2019	2020	2021	2022	2023	Total
<b>Ressources Humaines</b>						
Salaires du personnel et bénéficiaires	28 431 485 854	29 763 639 382	31 137 475 462	32 483 629 078	33 852 914 961	155 669 144 737
<b>Total Ressources Humaines</b>	<b>28 431 485 854</b>	<b>29 763 639 382</b>	<b>31 137 475 462</b>	<b>32 483 629 078</b>	<b>33 852 914 961</b>	<b>155 669 144 737</b>
<b>Infrastructures</b>						
Coût de construction	19 230 000 001	20 250 000 001	21 660 000 001	27 590 000 003	-	88 730 000 006
Equipements, meubles et véhicules	28 686 280 557	21 005 280 559	29 600 251 986	25 968 028 571	10 600 228 570	115 860 070 243
Coût de réhabilitation	45 162 052 317	45 909 709 958	46 009 709 958	45 409 709 958	45 659 709 958	228 150 892 149
Coûts opérationnels et de maintenance	7 177 552 499	2 025 434 000	3 246 555 500	4 604 982 500	6 209 872 000	23 264 396 499
<b>Total Infrastructures</b>	<b>100 255 885 374</b>	<b>89 190 424 518</b>	<b>100 516 517 445</b>	<b>103 572 721 032</b>	<b>62 469 810 528</b>	<b>456 005 358 897</b>

<b>Logistique</b>						
Total coûts du dépôt	205 200 000	205 200 000	205 200 000	205 200 000	205 200 000	1 026 000 000
Total coûts des véhicules	135 932 734	114 782 801	150 160 625	129 010 692	129 010 692	658 897 544
Total des coûts des employés	85 615 200	85 615 200	85 615 200	85 615 200	85 615 200	428 076 000
<b>Total Logistique</b>	<b>426 747 934</b>	<b>405 598 001</b>	<b>440 975 825</b>	<b>419 825 892</b>	<b>419 825 892</b>	<b>2 112 973 544</b>
<b>Médicaments, produits et fournitures</b>						
Médicaments, produits et fournitures (calculé des domaines de programmes)	149 510 980 888	170 821 940 969	174 865 635 176	186 630 412 118	209 828 539 849	999 439 462 440
<b>Financement de la santé</b>						
Coûts directs	18 123 397 034	18 415 607 619	37 776 120 079	19 567 701 224	20 050 126 278	113 932 952 234
<b>Total Financement</b>	<b>18 123 397 034</b>	<b>18 415 607 619</b>	<b>37 776 120 079</b>	<b>19 567 701 224</b>	<b>20 050 126 278</b>	<b>113 932 952 234</b>
<b>Système d'information sanitaire</b>						
Coûts de la dimension SIS	2 606 028 117	1 629 448 907	1 648 497 102	1 328 820 116	1 670 251 096	8 883 045 338
Coûts Recherche en Santé	1 528 452 725	1 098 394 375	1 098 394 375	1 098 394 375	1 098 394 375	5 922 030 225
<b>Total Système d'information sanitaire</b>	<b>4 134 480 842</b>	<b>2 727 843 282</b>	<b>2 746 891 477</b>	<b>2 427 214 491</b>	<b>2 768 645 471</b>	<b>14 805 075 563</b>
<b>Gouvernance</b>						
Activités de gouvernance	168 389 000	250 183 000	154 844 000	140 756 000	122 756 000	836 928 000
<b>Total Gouvernance</b>	<b>168 389 000</b>	<b>250 183 000</b>	<b>154 844 000</b>	<b>140 756 000</b>	<b>122 756 000</b>	<b>836 928 000</b>
<b>Total du Plan</b>	<b>301 051 366 926</b>	<b>311 596 386 704</b>	<b>347 624 231 573</b>	<b>345 249 181 877</b>	<b>329 519 541 021</b>	<b>1 741 115 669 805</b>

Tableau 8 : Répartition du budget par nature de dépenses

Type de dépenses	2019	2020	2021	2022	2023
Dépenses récurrentes (fonctionnement) (BIF)	230 108 025 506	245 137 119 182	271 371 836 862	267 226 879 356	294 237 022 643
Dépenses de capital (investissement) (BIF)	93 147 672 613	87 213 180 323	97 342 826 672	99 019 453 326	56 311 653 322
<b>Coût total des plans</b>	<b>323 255 698 119</b>	<b>332 350 299 505</b>	<b>368 714 663 534</b>	<b>366 246 332 682</b>	<b>350 548 675 965</b>
<b>Dépenses par habitant</b>					
Population totale	11 739 101	12 127 285	12 520 793	12 918 890	13 321 324
Dépenses récurrentes par habitant (BIF)	19 602	20 214	21 674	20 685	22 088
Dépenses d'investissement par habitant (BIF)	7 935	7 191	7 774	7 665	4 227
Coût total par habitant (BIF)	27 537	27 405	29 448	28 350	26 315

## VII. ANNEXES

### VII. 1. CADRE LOGIQUE DU PNDS III 2019-2023

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
<b>But:</b> Le présent PNDS qui couvre la période de cinq ans 2019-2023 a pour but de contribuer à la réduction de la mortalité, des handicaps et invalidités évitables par l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité à toute la population qui en ont besoin									
Cible 1	Le Ratio de mortalité maternelle passe de 334 à 261 pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2023								
Cible 2	Le taux de mortalité néonatale passe de 23 à 15 pour 1000 naissances vivantes d'ici 2023								
Cible 3	Le taux de mortalité infantile passe de 47 à 37 pour 1000 NV d'ici 2023								
Cible 4	Le taux de mortalité infanto-juvénile passe de 78 à 64 pour 1000NV d'ici 2023								
Cible 5	Le taux de mortalité due au paludisme passe de 42,5 à 17 pour 100.000 habitants d'ici 2023								
Cible 6	Le taux de mortalité due à la tuberculose passe de 5.0 à 1.4 pour 100.000 habitant en 2023								
Cible 7	Le taux mortalité prématurée due à des maladies non transmissible passe de 24% à 20% d'ici 2023								
Cible 8	Le taux de mortalité due au cancer passe de 5 à 4 % d'ici 2023								
Cible 9	D'ici 2023, l'indice synthétique de fécondité sera réduit de 5.5 à 4.6 naissances par femme en âge de procréer								
<b>OG1 : CONTRIBUER A L'AMELIORATION DE LA COUVERTURE EFFECTIVE DES BESOINS DE LA POPULATION EN MATIERE DES SERVICES DE SANTE ESSENTIELS PARTICULIEREMENT AUX GROUPES VULNERABLES</b>									
Cible 1	La couverture contraceptive chez toutes les femmes de 15 à 49 ans passe de 18 % à 23 % en 2023								
Cible 2	Le % des besoins non satisfaits en PF passent de 29.7 à 25 % d'ici 2023								
Cible 3	Le % d'accouchements dans les établissements de santé passe de 84 % à 90 % d'ici 2023								
Cible 4	Le taux d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié								
Cible 5	Taux de fécondité chez les adolescentes de 15 à 19 ans passe de 58‰ à 51‰ d'ici 2023								
Cible 6	Le taux de couverture des enfants complètement vaccinés passe de 85.2 à 90% d'ici 2023								
Cible 7	La prévalence VIH/Sida des femmes et les hommes de 15 à 49 ans passe de 0.9 à 0,6% d'ici 2023								

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
Cible 8	Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant								
Cible 9	Le taux de notification de tuberculose, toute forme confondu (TTF) passant de 78 à 105 pour 100 000habitants d'ici 2023								
Cible 10	Le taux de notification de la Tuberculose Pulmonaire Bacille positif (TPB +) passant de 44 à 73 pour 100 000 habitant d'ici 2023								
Cible 11	% des cas de tuberculose TB/MR passant de 25 à 70 % d'ici 2023								
Cible 12	% de lépreux avec degrés d'invalidité 2 passant de 9 à 5 % d'ici 2023								
Cible 13	L'Incidence du paludisme passe de 815 à 326 pour 1 000 habitants d'ici 2023								
Cible 14	La prévalence parasitaire du paludisme passe de 27% à 10.8% d'ici 2023								
Cible 15	La prévalence de l'hépatite B passe de 7% à 5% d'ici 2023								
Cible 16	La prévalence de l'hépatite C passe de 10% à 7% d'ici 2023								
Cible 17	Le taux de prévalence de la schistosomiase passant de 3,9% à 1% d'ici 2023								
Cible 18	Le taux de prévalence du trachome passant de 7% à 2% d'ici 2023								
Cible 19	Le taux de prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5ans passe de 29% à 20% en 2023								
Cible 20	L'Incidence de la rougeole passe de 1.8 à 0.7 d'ici 2023								
Cible 21	La prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5ans passe de 56 à 50% d'ici 2023								
Cible 22	La prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de moins de 5ans passe de 5.1 à 3 % d'ici 2023								
Axe stratégique I: Amélioration de l'offre des soins et services de santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent(e)et jeune, de la personne âgée ainsi que de santé nutritionnelle de qualité.									
Résultat I.1	L'offre de services de planification familiale est améliorée	Taux d'acceptation de méthodes contraceptives modernes	20%	22%	24%	26%	28%	30%	Disponibilité des fonds pour le renforcement des capacités opérationnelles des Fosa dans l'offre de services PF
Action I.1.1	Renforcer la qualité des services de PF à tous les niveaux de l'offre des soins	% des FOSA intégrant la PF en post-partum dans le service de maternité	37%	45%	54%	63%	71%	80%	



Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
Résultat I.2	La qualité des services de santé maternelle, néonatale est améliorée	Ratio de décès maternels dans les formations sanitaires	101 pour 100000 NV	55	88,6 pour 100000 NV	82,4 pour 100000 NV	76,2 pour 100000 NV	70 pour 100000 NV	Disponibilité des fonds pour le renforcement des capacités opérationnelles des FOSA dans l'octroi des soins de qualité
		Ratio de décès néonatal dans les formations sanitaires	2,1 pour 1000 NV	1,98 pour 1000 NV	1,86 pour 1000 NV	1,74 pour 1000 NV	1,62 pour 1000 NV	1,5 pour 1000 NV	
		Taux de césarienne	6,4	6,4	6,4	6,4	6,4	6,4	
		Taux de mortalité périnatale dans les formations sanitaires	12,4	11,16	9,92	8,68	7,44	6,2	
		% de femmes enceintes de 15 à 49 qui ont bénéficié d'au moins 4 visites de CPN	38,00%	46,40%	54,80%	63,20%	71,60%	80%	
		Taux de prévalence des fistules obstétricales	0,02	0,02	0,02	0,1	0,1	0,1	
		Taux de couverture en CPON précoce	60%	64%	68%	72%	76%	80%	
		Action I.2.1	Renforcer l'offre des Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) de qualité	Score qualité d'offre des services SONE	5	6	6	6	
Action I.2.2	Renforcer l'offre des Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence de base et complets (SONUB et C) du réseau SONU	% des hôpitaux SONUC du réseau	29%	43%	57%	72%	86%	100%	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
Action I.2.3	Renforcer les capacités techniques des FOSA sur la prévention, le dépistage précoce et la prise en charge des lésions précancéreuses.	% des FOSA offrant les services de prévention, de dépistage précoce et de prise en charge des lésions précancéreuses	2%	21,30%	41,00%	60,70%	80,30%	100%	
Résultat I.3	La qualité des soins de santé des adolescents et jeunes est améliorée	% des adolescents et jeunes bénéficiant des services	20%	36%	52%	68%	84%	100%	Disponibilité des fonds pour le renforcement des Fosa dans l'octroi des soins de qualité aux jeunes et adolescents
Action I.3.1	Renforcer l'offre des services SSRAJ de qualité	% des CDS qui offrent les services SSRAJ de qualité	38%	45%	53%	60%	68%	75%	
		% des centres de santé amis des jeunes ayant des réseaux sociocommunautaires fonctionnels	17%	23,92%	30,44%	36,96%	43,48%	50%	
Résultat I.4	L'offre des services de prévention et de prise en charge médicale des VSBG est améliorée	% des victimes des VSBG prises en charge	25%	40%	55%	70%	85%	100%	Disponibilité des fonds pour le renforcement des capacités opérationnelles des FOSA pour la prise en médicale des VSBG
Action 1.4.1	Renforcer la prévention et la prise en charge des VSBG	% des FOSA ayant au moins un prestataire formé sur la prise en médicale des VBG	50%	60%	70%	80%	90%	100%	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
Résultat I.5	La gestion intégrée des maladies du nourrisson et du jeune enfant est améliorée	Proportion des nouveaux nés ayant reçu un paquet intégré	49%	55%	62%	65%	68%	70%	Disponibilité des fonds pour le renforcement des capacités opérationnelles des FOSA pour la prise en charges des maladies du nourrisson
Action I.5.1	Offrir un service de qualité de prévention du nouveau-né et du nourrisson	% d'enfants complètement vaccinés (à 2ans)	76.6%	78%	80%	84%	88%	90%	
		% d'enfants vaccinés au RR1	90%	92%	94%	95%	95.5%	96%	
Action I.5.2	Promouvoir les pratiques familiales essentielles (allaitement maternel exclusif, alimentation de complément, utilisation MIILDA, lavage des mains, reconnaissance des signes de danger et recours aux soins)	Proportion des enfants ayant reçus les aliments de compléments appropriés à partir de 6 mois	13%	19%	21%	25%	29%	35%	
		% des femmes ayant fait un allaitement précoce	85%	87%	89%	91%	93%	95%	
		% des femmes ayant fait un allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois	83%	84%	84%	85%	87%	90%	
		Pourcentage de ménages disposant le sel iodé	99%	99%	99.1%	99.2%	99.3%	99.4%	
		Taux de couverture en vitamine A	83%	85%	87%	89%	90%	95%	
Action I.5.3	Passer à l'échelle la prise en charge de la MAS Selon l'approche CMAM	% des enfants MAS prises en charges	80%	84%	86%	89%	92%	95%	
		% des enfants MAM prises en charges	50%	54%	58%	62%	66%	70%	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
		% des femmes enceintes et allaitantes MAM prises en charge	17.7%	21%	25%	29%	33%	38%	
		% des enfants de plus de 5 ans et des adolescents MAS ayant bénéficié la prise en charge nutritionnelle	4.5%	12%	20%	27%	34%	40%	
		% des enfants de plus de 5 ans et des adolescents MAM ayant bénéficié la prise en charge nutritionnelle	3.5%	7%	10%	13%	16%	20%	
Résultat I.6	L'offre des soins et services de santé de l'enfant, de l'adolescent(e) et jeune est amélioré	Pourcentage des formations sanitaires offrant les services de santé de l'enfant, de l'adolescent(e) et jeune	23%	25%	33%	40%	45%	50%	Disponibilité des fonds pour rendre disponible les services conviviaux aux jeunes
Action I.6.1	Offrir un service de qualité pour l'immunisation chez l'enfant et l'adolescent	Couverture vaccinale en Td5 chez le jeune enfant (garçon et fille)	0%	50%	60%	70%	80%	90%	
		Couverture vaccinale en Td6 chez le jeune enfant (garçon et fille)	0%	50%		60%	75%	90%	
		Couverture vaccinale contre le HPV chez la jeune fille	0%	50%	60%	70%	80%	90%	
Résultat I.7	La qualité des soins de santé des personnes âgées est améliorée	% des FOSA qui offrent un service de Gériatrie							Engagement du gouvernement pour la mise en place de la gratuité des soins

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
Action I.7.1	Elaboration d'une stratégie nationale sur le vieillissement en bonne santé ainsi que les dispositifs de sa mise en œuvre.	un document définissant le paquet de soins spécifiques aux personnes âgées disponible		x					aux personnes âgées
Action I.7.2	Faire un plaidoyer pour la gratuité des soins aux personnes âgées	Le paquet de soins gratuit aux personnes âgées.		x					
		% du budget alloué au paiement des soins offerts aux personnes âgées							
Action I.7.3	Intégration du paquet de soins des personnes âgées à différents niveaux de l'offre de soins	% des FOSA intégrant le paquet des soins des personnes âgées		x					
Résultat I.8	L'offre et la capacité opérationnelle des services de nutrition sont améliorées	% de FOSA intégrant les services de nutrition	50.8%	55%	60%	65%	70%	75%	Disponibilité des fonds pour le renforcement des capacités opérationnelles des FOSA pour la prise en charge de la malnutrition
Action I.8.1	Renforcement de l'intégration de la prise en charge globale de la malnutrition dans le PMA et PCA	Proportion des FOSA assurant la prise en charge nutritionnelle selon l'approche CMAM	51%	55%	60%	65%	70%	75%	
Action I.8.2	Renforcement des capacités techniques des	Proportion de FOSA qui dispose d'un personnel formé sur les actions	51%	58%	64%	70%	73%	75%	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	prestataires de sante dans les activités promotionnelles sanitaires et nutritionnelles	promotionnelles et nutritionnelles							
Action I.8.3	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant en veillant à la disponibilité des médicaments de forme pédiatrique de qualité	Prévalence de l'anémie chez les moins de 5 ans	61%	58%	50%	45%	40%	35%	
Axe stratégique II: Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles.									
Résultat II.1	La couverture et la qualité des services de prévention et de prise en charge du VIH, des Hépatites et des coinfections sont améliorées	Taux de couverture de dépistage du VIH	69%	75%	80%	85%	90%	95%	Disponibilité des fonds pour le renforcement des capacités opérationnelles des FOSA dans la prise en charge du VIH et les hépatites
		Taux de couverture en traitement ARV	77%	85%	90%	91%	92%	93%	
		Couverture de traitement pour l'hépatite B	DND	50%	70%	80%	90%	100%	
		Couverture de traitement pour l'hépatite C	DND	50%	70%	80%	90%	100%	
Action II.1.1	Renforcer la prévention du VIH pour les groupes vulnérables	Nombre de structures offrant des services conviviaux aux populations vulnérables au VIH	4	10	12	15	18	20	
Action II.1.2	Adapter et mettre en œuvre les directives et documents de	% de formations sanitaires qui mettent en œuvre les nouvelles	53%	60%	65%	75%	80%	85%	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	prise en charge globale du VIH/SIDA (médicale, psychosociale, socioéconomique, réhabilitation, réadaptation)	directives de prise en charge du VIH							
		% de formations sanitaires qui font la prise en charge psychosociale des PVVIH	19%	25%	30%	35%	40%	45%	
Action II.1.3	Renforcer l'intégration des programmes VIH/sida-Tuberculose/Hépatites	% des FOSA qui offrent les services prise en charge de la tuberculose aux PVVIH	28%	35%	45%	50%	55%	60%	
Action II.1.4	Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de lutte contre les hépatites	% de FOSA offrant les services de lutte contre les hépatites							
Résultat II.2	La qualité et l'efficacité des services de prévention et de lutte contre le paludisme sont améliorées	Taux d'utilisation des MIILDA chez les enfants de moins de 5ans	40%	60%	70%	75%	78%	80%	Disponibilité des fonds pour la mise en œuvre des interventions clés de lutte contre le Paludisme
		Taux d'utilisation des MIILDA chez les femmes enceintes	44%	50%	70%	70%	75%	80%	
		Taux de couverture en PID (Pulvérisation intra domiciliaire)	7%	10%	21%	35%	45%	51%	
		Taux de couverture en TPIg (Traitement préventif intermittent au cours de la grossesse)	54%	66%	76%	83%	91%	100%	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
Action II.2.1	Distribution continue des MILDA	Taux de possession des MILDA	51%	60%	65%	75%	80%	90%	
Action II.2.2	Mise à l'échelle d'interventions efficaces de prévention contre le paludisme	Taux de couverture en PID (Pulvérisation intra domiciliaire)	7%	10%	21%	35%	45%	51%	
Action II.2.3	Actualisation et mise en œuvre des directives de prise en charge du paludisme	Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique conformément aux directives	86.6%	91%	96%	99%	100%	100%	
Résultat II.3	La qualité des services de prévention et de prise en charge de la Tuberculose sont améliorées	Taux de succès thérapeutique contre la tuberculose	92,3% en 2016	92,30%	92,30%	92,30%	92,30%	92,30%	La disponibilité des fonds et l'engagement des prestataires
Action II.3.1	Renforcer la détection et la prise en charge de la TB multi résistante	Nombre de cas TB/MR notifiés et traités	80 en 2016	157	165	165	165	165	Disponibilité des fonds pour l'achat des réactifs et médicaments
Action II.3.2	Améliorer les interventions de prévention adaptée à la lutte contre la tuberculose	Nombre de cas contacts trouvés tuberculeux et traités	566	586	600	620	640	660	
Résultat II.4	La prévention, le diagnostic et la prise en charge des	% des CDS offrant des services de préventions, de diagnostic et de prise	38%	42%	46%	50%	54%	58%	Disponibilité des fonds pour le renforcement des



Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	maladies non transmissibles est intégrée dans le paquet des services des FOSA	en charge du diabète							capacités opérationnelles des FOSA dans la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles
		% des CDS offrant des services de préventions, de diagnostic et de prise en charge des maladies cardio-vasculaires	29%	31%	33%	35%	37%	39%	
		% des CDS offrant des services de préventions, de diagnostic et de prise en charge des maladies respiratoires chroniques	35%	38%	41%	44%	47%	50%	
		% des hôpitaux offrant des services de prévention, de diagnostic et de prise en charge du diabète	57%	57%	60%	64%	68%	77%	
		% des hôpitaux offrant des services de prévention, de diagnostic et de prise en charge des maladies cardiovasculaires	51.8%	53%	57%	64%	68%	72%	
		% des hôpitaux offrant des services de prévention, de diagnostic et de prise en charge des maladies respiratoires chroniques	87.3%	89%	91%	93%	95%	97%	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
Action II.4.1	Offrir des services de prévention, de détection précoce et de prise en charge des Maladies chroniques non transmissibles (MCNT) : Diabète, Maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques, épilepsie, cancer	% de FOSA intégrant les services de prévention et de détection précoce des MCNT	DND	5%	8%	10%	15%	20%	
Action II.4.2	Mettre en place le centre national de référence de prise en charge des cas de cancer	le centre de prise en charge de cancer est fonctionnel	0	0	0	0	1	0	
Action II.4.3	Mettre en place l'approche des soins centrés sur la personne en particulier les soins palliatifs dans au moins 4 provinces	Le nombre d'hôpitaux régionaux offrant les services centrés sur la personne en soins palliatifs	0	0		1	1	2	
Action II.4.4	Intégrer l'offre des services de soins de santé mentale dans les paquets PMA et	Nombre de CDS intégrant le PMA pour les soins de santé mentale	19	22	25	28	31	34	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	PCA	Nombre d'hôpitaux intégrant le PCA pour les soins de santé mentale	14	17	22	26	28	30	
Action II.4.5	Intégrer l'offre de service de médecine physique et réadaptation dans les Hôpitaux de District	Nombre d'hôpitaux de district intégrant les services de médecine physique et réadaptation	3	4	5	6	7	8	
<b>Résultats II.5</b>	Le traitement de masse des MTN est renforcé	Taux de Couverture thérapeutique schistosomiase.	98.6%	99%	99%	99%	99%	99%	La disponibilité des médicaments à temps
		Taux de Couverture thérapeutique onchocercose	81%	82%	82%	83%	83%	84%	
		Taux de Couverture thérapeutique trachome cécitant	95%	95%					
		Taux de Couverture thérapeutique Géo helminthiases	98%	98%	98%	98%	98%	98%	
Action II.5.1	Renforcer la mobilisation communautaire	% des groupes cibles touchés par les séances de mobilisation	80%					95%	Adhésion de la communauté à l'approche
Action II.5.2	Renforcer les capacités des FOSA dans l'offre de services	% des FOSA des districts ayant les capacités techniques d'offrir les services	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Disponibilité des ressources humaines

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
Action II.5.3	Renforcer les capacités des GASC pour la distribution de masse des médicaments	% des GASC des districts sous traitement ayant les capacités techniques pour assurer la distribution des médicaments au niveau communautaire	90%	91%	92%	93%	94%	95%	Mobilités des membres des GASC formés
Action II.5.4	Etudes d'impact des interventions de lutte contre les MTN	% des MTN ayant fait objet d'une étude d'impact	63%	75%	80%	82%	85%	90%	Dépendance des exigences des PTF et parfois sortie du cadre normatif de l'OMS
Résultat II.6	La surveillance des maladies pour améliorer la réponse est renforcée	% des menaces ou catastrophes survenus et maîtrisés	70%	80%	90%	95%	100%	100%	disponibilité des fonds pour le renforcement des capacités opérationnelles des FOSA
Action II.6.1	Améliorer la surveillance continue des maladies dans le pays et dans les zones transfrontalières	Nombre de sites de surveillance fonctionnels	17	23	25	25	25	25	
Action II.6.2	Renforcer les capacités de détection, de prévention et de réponse efficaces aux menaces pour la santé (par exemple, les urgences liées	Nombre de prestataires formés sur la détection, prévention et réponse efficaces aux menaces pour la santé	320	900	950	950	1000	1000	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	aux maladies, les épidémies)								
Action II.6.3	Développer des outils d'aide à la décision intégrés aux systèmes nouveaux ou existants pour aider les agents de santé confrontés à des cas d'épidémies et d'urgences sanitaires (alertes épidémiologiques, alerte régional, instructions de soins, alertes aux protocoles)	Nombre de Districts Sanitaires disposant des outils de surveillance et d'aide à la décision	12	16	46	46	46	46	
Résultat II.7	La capacité des services de laboratoire est améliorée	Nombre de laboratoires accrédités	2	3	5	7	8	9	Disponibilité des fonds pour augmenter la capacité opérationnelle des laboratoires
Action II.7.1	Renforcer l'amélioration de la qualité des laboratoires d'analyse biomédicale	Nombre des laboratoires de biologie médicale incorporés dans le processus de d'amélioration de la qualité des services	9	13	17	21	25	30	
Action II.7.2	Elaborer les directives nationales	les directives nationales PCI sont disponibles		x					

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	PCI: "Prévention et contrôle de l'infection"								
Action II.7.3	Elaborer un plan national de prévention/suivi de la résistance aux antimicrobiens	un plan national de prévention/suivi de la résistance aux antimicrobiens est disponible		x					
<b>OG 2 : AMELIORER LES PERFORMANCES DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE ET DU SYSTEME COMMUNAUTAIRE</b>									
Cible 1	Le pourcentage des FOSA qui remplissent les normes en ressources humaines passe de 5% à 15% en 2023								
Cible 2	Le pourcentage des FOSA qui n'ont connu de rupture de stock en médicaments traceurs passe à 95% en 2023								
Cible 3	Taux de disponibilité moyenne des médicaments traceurs au niveau de toutes les FOSA								
Cible 4	Le score global de la qualité des données du SISR passant de 63% à 90%								
Cible 5	Augmentation du budget alloué au secteur de la santé passant de 10.9% en 2018 à 12% en 2023								
<b>Axe stratégique III: Amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé</b>									
Résultat III.1	L'adéquation qualitative et quantitative entre la formation (initiale et continue) des RHS et les besoins du système sanitaire est assurée	% des lauréats médicaux/paramédicaux ayant les qualifications requises répondant aux besoins du pays	DND					60%	Implication effective de tous les acteurs du secteur de la santé et du ministère de l'éducation
		% des établissements secondaires et universitaires de santé disposant un programme harmonisé et tenant compte des besoins du pays	24%	40%	60%	80%	90%	90%	
Action III.1.1	Mettre en place un cadre d'accréditation conjointe annuelle des filières de	% filières de formation médicale et paramédicale accréditées	0		100%	100%	100%	100%	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	formation initiale médicale et paramédicale	conjointement selon les besoins du secteur de la santé							
Action III.1.2	Harmoniser les programmes de formation secondaire et universitaire tenant compte du contexte national/ régional et du marché du travail dans le secteur de la santé au Burundi	% des établissements secondaires et universitaires de santé disposant un programme harmonisé et tenant compte des besoins du pays		x					
Action III.1.3	Assurer le suivi et l'encadrement régulier des institutions de formation médicale et paramédicale	% des institutions assurant une formation de qualité	23%	70%	80%	90%	100%	100%	
Résultat III.2	La gestion des ressources humaines est améliorée	% des FOSA disposant d'un logiciel fonctionnel de gestion des ressources humaines	0%	0%	20%	60%	80%	100%	engagement du gouvernement pour le redéploiement du personnel et pour le recrutement du personnel en fonction des besoins exprimés par le MSPLS
Action III.2.1	Mettre en place un plan de déploiement et une stratégie de rétention du personnel des RHS dans les zones rurales et difficiles	Une stratégie de rétention est disponible	0%	0%		100%			

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
Action III.2 .2	Elaborer et institutionnaliser les comptes nationaux des ressources humaines en santé	Disponibilité des comptes nationaux RHS	0	0%	100%				
Action III.2.3	Actualiser les normes sur les RHS du MSPLS en tenant compte de la charge de travail	WISN est Fonctionnel,	0	10%	100%				
		-Document de normes sur les RHS actualisé et disponible		X					
Action III.2.4	Rendre plus performant le système d'information sur les RHS	Un logiciel de gestion des ressources humaines disponible	0	0%	100%				
Action III.2 .5	Mettre en place un cadre de collaboration multisectorielle dans la production et la gestion des ressources humaines	-Existence d'un observatoire RHS	0	0%	100%				
		-Nombre de réunions organisées	0	X	X	X	X	X	
Axe stratégique IV: Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des produits pharmaceutiques et produits de santé : médicaments, les vaccins et autres produits de santé									
Résultat IV.1	<b>Le cadre institutionnel, juridique et réglementaire du secteur pharmaceutique</b>	Pourcentage des Structures pharmaceutiques respectant la réglementation en vigueur	DND	0	40%	60%	80%	95%	L'adoption des projets des nouveaux documents réglementant le Secteur pharmaceutique



Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	<b>est renforcé</b>								
Action IV.1.1	Actualiser et adopter la loi régissant la pharmacie, le médicament et la médecine traditionnelle	Une loi pharmaceutique est disponible		x					
Action IV.1.2	Mettre en place une autorité nationale autonome de régulation du médicament, des aliments et des compléments nutritionnels	Existence de l'Autorité Nationale autonome de Régulation du médicament, des Aliments et du complément nutritionnel		x					
Action IV.1.3	Révision des statuts de la CAMEBU	Existence des nouveaux Statuts de la CAMEBU			x				
Résultat IV.2	La disponibilité des produits pharmaceutiques et produits de santé (médicaments, les vaccins, et autres produits de santé) est améliorée	Taux de satisfaction des commandes des pharmacies de district	50%	60%	70%	80%	85%	90%	Disponibilité de fonds pour l'achat des médicaments et du charroi pour la distribution de ces médicaments à tous les niveaux
Action IV.2.1	Renforcement des capacités fonctionnelles (achat	Capital de la CAMEBU	18milliards	21milliards	24Milliards	27Milliards	30Milliards	35Milliards	
		Nombre d'entrepôts de la CAMEBU	2	4	6	8	10	12	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	des produits, stockage, transports, etc. ....) au niveau de la CAMEBU et des structures Sanitaires	Nombre de camions de transport	2	4	6	7	8	9	
Action IV.2.2	Mise en place d'un cadre de planification conjointe trimestrielle (DPML, CAMEBU, Pharmacies Privées et PTFs) des importations et de stockage des produits pharmaceutiques	Nombre de réunions de planification conjointe	0	3	3	3	3	3	
Résultat IV.3	La qualité des produits pharmaceutiques et produits de santé (médicaments, les vaccins et autres produits de santé) est garantie	Pourcentage des structures d'importation faisant l'analyse de la qualité de tous les lots des produits pharmaceutiques importés	DND	30%	40%	60%	80%	90%	L'adoption des projets des nouveaux documents réglementant le Secteur pharmaceutique
Action IV.3.1	Mise en place d'un cadre d'audit périodique de l'assurance qualité des produits	Pourcentage des structures pharmaceutiques auditées (Pharmacies privées, CAMEBU,	0	2	2	2	2	2	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	pharmaceutiques	ONGs)							
Action IV.3.2	Renforcement de l'usage rationnel des produits de santé à tous les niveaux du système de santé	Pourcentage de structures utilisant les outils de gestion des médicaments selon les directives du MSPLS		40	55	70	80	95	
Résultat IV.4	La disponibilité et l'accessibilité des produits sanguins sont renforcés	% des hôpitaux de premier référence qui offre le service de transfusion sanguine	54% (Enquête SARA 2016)					80%	La disponibilité du matériel, ressources humaines et financier, Participation massive de la population au don volontaire de sang et l'implication effective des responsables des FOSA
		Le taux de disponibilité des éléments traceurs pour la transfusion sanguines parmi les établissements de santé offrant ce service	89% (Enquête SARA 2016)					100%	
Action IV.4.1	Renforcement du système d'information sur la transfusion sanguine	% des centres de transfusion disposent d'un logiciel de gestion des donneurs opérationnel connecté au serveur central	0%	50%	100%	100%	100%	100%	
		Existence des directives nationales sur le système d'hémovigilance			X				
Action IV.4.2	Renforcement des capacités du CNTS en infrastructures et équipements et en	Pourcentage de CRTS construits et équipés	55	50%	75%	100%	100%	100%	
		Pourcentage des FOSA (Hôpitaux et cliniques et	62%	66%	71%	75%	78%	80%	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	sécurité transfusionnelle	Centre Médical) disposant d'une banque de sang							
		Pourcentage de demandes de sang des FOSA (Hôpitaux et cliniques) totalement honorées	68.70%	72%	78%	85%	90%	100%	
Action IV.4.3	Renforcement de la sécurité transfusionnelle	Pourcentage de poches de sang séparées en ses dérivés	0%	10%	30%	50%	100%	100%	
		Nombre de contrôle de qualité externe effectué	0	0	2	2	2	2	
Axe stratégique V: Amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires									
Résultat V.1	La planification des constructions et réhabilitation des FOSA qui respectent les normes sanitaires est améliorée	% des FOSA qui respectent les normes en infrastructure	0%	30%	50%	60%	70%	80%	Hypothèse: Disponibilité des fonds
Action V.1.1	Actualisation de la cartographie du niveau de respect des normes en infrastructures des formations sanitaires.	% des districts sanitaires ayant actualisé la cartographie du niveau de respect des normes en infrastructures des formations sanitaires	0%	100%	100%	100%	100%	100%	Engagement des acteurs dans le respect des normes et procédures
Action V.1.2	Elaboration d'un plan d'extension et sa mise en œuvre	% des districts sanitaires ayant d'un plan d'extension pour	0%	80%	100%	100%	100%	100%	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	des FOSA pour attendre les normes en infrastructures sanitaires au niveau de chaque district.	attendre les normes en infrastructures sanitaires.							
Action V.1.3	Construction de quatre(4) hôpitaux de districts, 35 bureaux de districts sanitaires ,85centres de santé et 3 laboratoires, 12 dépôts pharmaceutiques et deux centres Régionaux de transfusion sanguine (CRTS) de GITEGA et de NGOZI	Nombre de structures sanitaires construites, respectant les normes.	0	28	55	84	110	141	
Action V.1.4	La réhabilitation des structures de soins pour offrir le service de médecine Physique et Ré adaptative (MPR) et de transfusion sanguine (CRTS) Bururi et Cibitoke	Nombre de structures soins réhabilitées	2	4	5	7	8	10	
Résultat V.2	La planification de l'acquisition des équipements	% des FOSA disposant des équipements qui respectent les normes	26%	28%	32%	38%	44%	50%	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	médicaux et non médicaux des FOSA qui respectent les normes sanitaires est améliorée	sanitaires. % des districts qui disposent les trois éléments de maintenance (Personnel formés, outillage de maintenance/intervention et logiciel GMAO	13%	35%	57%	79%	91%	100%	d'acquisitions des équipements
Actions V.2.1	Actualisation de la cartographie du niveau de respect des normes en équipement des formations sanitaires.	% des districts sanitaires ayant actualisé la cartographie du niveau de respect des normes en équipement des formations sanitaires	0%	100%	100%	100%	100%	100%	Implication effective de tous les acteurs du secteur de la santé et d'autres ministères: environnement, énergie et mines
Actions V.2.2	Elaboration d'un plan d'acquisition des équipements médicaux et non médicaux essentiels par les FOSA pour attendre les normes sanitaires au niveau de chaque district.	% des districts sanitaires ayant d'un plan d'extension pour attendre les normes en équipements sanitaires.	0%	80%	100%	100%	100%	100%	
Actions V.2.3	Acquisition des équipements spécialisés au niveau des hôpitaux nationaux et	Nombre d'IRM acquis par l'hôpital national Nombre de scanner médical acquis par les hôpitaux nationaux.	0 0	0 0	0 1	1 2	1 3	1 4	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	régionaux : un IRM, un scanner par hôpital national), quatre générateurs et une station de traitement d'eau d'hémodialyse par hôpital régional	Nombre des générateurs avec une station de traitement d'eau d'hémodialyse acquis par les hôpitaux régionaux.	0	0	0	4	8	12	
Actions V.2.4	Elaboration et mise en œuvre d'un plan d'électrification et d'adduction d'eau de toutes les FOSA	Existence d'un plan d'électrification et d'adduction d'eau élaboré.	0	x					
		% des FOSA pourvues en eau et électricité.	80%	82%	85%	87%	88%	90%	
Résultat V.3	La maintenance des équipements biomédicaux et non biomédicaux est améliorée	% des districts qui disposent les trois éléments de maintenance (Personnel formés, outillage de maintenance/intervention et logiciel GMAO	13%					100%	Disponibilité des fonds et les ressources humaines qualifiées pour assurer la maintenance des équipements
Action V.3.1	Mise en place d'une politique nationale d'acquisition, de gestion et de maintenance des équipements et infrastructures sanitaires.	Existence d'une politique nationale d'acquisition, de gestion et de maintenance des équipements et infrastructures sanitaires		X	X				

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
Action V.3. 2	Elaboration et mise en œuvre d'un plan de connexion internet dans les structures sanitaires	plan de connexion internet dans les structures sanitaires élaboré et mis en œuvre		X					
Action V.3. 3	Mise à l'échelle de l'Outil GMAO (Gestion de la Maintenance Assistée par l'Ordinateur) dans les structures sanitaires.	L'outil GMAO mis à l'échelle	0%	50%	80%	85%	100%	100%	
Axe stratégique VI: Renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé									
Résultat VI.1	La qualité des données du SNIS est améliorée	% des CDS disposant des registres informatisés	80%	85%	90%	100%	100%	100%	Risque : Manque d'expertise abordable
		% des Hôpitaux disposant dossiers patients informatisés	0%	10%	30%	40%	50%	60%	
Action VI.1.1	Assurer la disponibilité des outils standardisés pour la collecte et l'utilisation des données du SIS	% de FOSA ne connaissant pas de rupture de stock en outils de collecte des données	DND	70%	80	85%	90%	95%	
Action VI.1.2	Evaluation du niveau de mise en œuvre du manuel des normes et procédures de	Pourcentage de structures respectant les normes et procédures de gestion de données	DND					80%	



Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	gestion des données.								
Action VI.1.3	Mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données	Taux de mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données	0%	0%	50%	80%	83%	90%	
Action VI.1.4	Acquisition des outils de collecte des données informatisés pour les CDS	Disponibilité des outils informatisés	DND	100%	100%	100%	100%	100%	
Action VI.1.5	Mise en place un Data Center de la santé qui héberge les différentes bases de données du secteur de la santé au Burundi	Disponibilité du Data Center fonctionnel pour le MSPLS			X				
Action VI.1.6	Renforcement des capacités des FOSA en vue de l'utilisation des TIC (Formation, équipements, connexion internet).	% des FOSA ayant les capacités requises pour l'utilisation du DHIS2, Open Clinic, ...)		40%	50%	65%	75%	80%	
Résultat VI.2	La recherche en santé est renforcée	Niveau (%) de mise en œuvre du plan de recherche	DND	20%	40%	55%	70%	80%	
Action VI.2.1	Mise en place d'un cadre de collaboration de la	Existence du cadre de collaboration de la recherche en santé			X				

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	recherche en santé de tous les partenaires	fonctionnel							
Action VI.2.2	Renforcement des capacités des intervenants sur la recherche opérationnelle	% des structures de recherche ayant les capacités techniques de mener la recherche opérationnelle.		0%	5%	15%	30%	60%	
Action VI.2.3	Mise en place d'un observatoire national de santé fonctionnel	Disponibilité de l'observatoire national de santé fonctionnel			X				
Axe stratégique VII: Le renforcement des mécanismes de financement du secteur de la santé									
Résultat VII.1	Le budget alloué à la santé est augmenté	% du budget alloué à la santé augmenté	10.8%	11%	11%	11.3%	11.7%	12%	Hypothèse :engagement du Gvnt d'aller vers l'atteinte de la CSU
		Dépenses total de santé par habitant	31 USD en 2013					45 USD en 2023	
Action VII.1.1	Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie nationale de financement de la santé en vue d'une évolution vers la CSU	Existence d'une stratégie élaborée		X					
Action VII.1.2	Poursuite de la stratégie de Financement Basé sur les Performances (FBP) couplée à la gratuité des soins au niveau des formations	% de FOSA appliquant le FBP couplé à la gratuité des soins		80%	85%	90%	90%	90%	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	sanitaires								
Action VII.1.3	Organiser une table ronde pour l'instauration des mécanismes innovants pérennes de mobilisation des ressources pour augmenter les recettes domestiques pour la santé	Table ronde organisée		X	X	X	X	X	
Axe stratégique VIII: Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé									
Résultat VIII.1	Le cadre institutionnel et normatif du MSPLS est renforcé	% des structures fonctionnant selon la réglementation en vigueur	0		80%			90%	Disponibilité des documents des normes retraçant la responsabilité de chaque UP du ministère
		Taux de mise en œuvre des recommandations des revues annuelle conjointes		95%	95%	95%	95%	95%	
Action VIII.1.2	Organiser l'audit institutionnel du MSPLS	Les résultats de l'audit sont disponibles		X					
Action VIII.1.3	Elaborer et réviser les lois et normes sanitaires	Proportion des documents normatifs et légaux prévus et élaborés		x					

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
Action VIII.1.4	Organiser des revues annuelles conjointes avec le CPSD	% des revues annuelles organisées	x	x	x	x	x	x	
Résultat VIII.2	La coordination de la planification et le suivi-évaluation à tous les niveaux du système de santé sont renforcés	% des plans stratégiques sectoriels disponible pour la mise en œuvre du PNDS III	40%	100%					Disponibilité des fonds et de l'expertise pour l'élaboration du CDMT
		Niveau (%) de mise en œuvre des plans stratégiques sectoriels	DND	20%	20%	40%	70%	90%	
Action VIII.2.1	Elaborer le cadre de suivi évaluation du PNDSIII	Existence d'un cadre de suivi évaluation du PNDSIII		X					
Action VIII.2.2	Appuyer l'alignement des plans stratégiques sous sectorielles au PNDSIII	% des plans stratégiques alignés au PNDSIII	18%	82%					
Action VIII.2.3	Elaborer le CDMT santé	Existence du CDMT santé		X					
Action VIII.2.4	Mettre en œuvre la stratégie de Financement Basé sur les Performances (FBP) au niveau des services du niveau central du MSPLS, des BPS et des BDS	Existence du FBP au niveau des organes de régulation du MSPLS	x	x	x	x	x	x	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
<b>Résultat VIII.3</b>	<b>La communication stratégique pour la promotion de la santé est renforcée</b>	% de réalisation de la stratégie de communication	DND					100%	Disponibilité des fonds et le leadership du service IEC
Action VIII.3.1	Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie de la communication du Ministère	Stratégie de communication	0		10%	20%	30%	50%	
Action VIII.3.2	Assurer l'encadrement des districts sanitaires en matière de la CCC	% de districts encadrés en matière de la CCC	6,50%	10%	20%	30%	40%	50%	
Action VIII.3.3	Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie de promotion de la santé et hygiène en milieu scolaire	La stratégie de promotion de la santé et hygiène en milieu scolaire est disponible	0	x					
		% d'écoles mettant en œuvre la stratégie de promotion de la santé et hygiène en milieu scolaire	0	0	20%	40%	60%	80%	
<b>Axe stratégique IX: Renforcement des interventions au niveau communautaire</b>									
Résultat IX.1	La couverture du paquet de services offerts au niveau communautaire est améliorée	% de GASC mettant en œuvre le paquet de service communautaire	54%	64	74	84	94	100%	Adhésion de la communauté à l'approche de prise en charge de certaines maladies au niveau
		% des districts mettent en œuvre le paquet complet de l'iCCM	58%	65	78	85	98	100%	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
Action IX.1.1	Mise à l'échelle de la prise en charge communautaire de certaines pathologies (pneumonie, paludisme, diarrhée) chez les enfants de moins de 5 ans;	% des districts sanitaires appliquant l'approche iCCM	67%	80%	90%	100%	100%	100%	communautaire
Action IX.1.2	Extension progressive du FBP au niveau communautaire	% des BPS appliquant le FBP Communautaire	0%	16%	32%	66%	100%	100%	
Action IX.1.3	Mettre en place une approche de réhabilitation à base communautaire chez les personnes vivantes avec le handicap	% des centres pour les personnes vivant avec Handicap appliquant l'approche	0%	10%	16%	20%	20%	20%	
Action IX.1.4	Mettre en place une stratégie de développement de la médecine traditionnelle au Burundi	Existence de la stratégie		x					
		Existence de la cartographie des tradi praticiens		x					
Résulta IX.2	Les capacités des ASC et GASC sont renforcés	% des GASC formés en matière d'hygiène	4,70%	10%	15%	20%	30%	50%	Engagement et disponibilité des ASC dans l'accomplissement de leurs missions en
		% des communes appliquant l'approche ATPC	17,50%	20%	25%	30%	40%	50%	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
		% des GASC formés en SIS communautaire	34%	60%	70%	80%	100%	100%	plus ses missions familiales
Action IX.2.1	Etendre la formation sur les pratiques clés d'hygiène	Pourcentage d'ASC formés sur les pratiques clés d'hygiène	0,80%	2%	5%	8%	10%	21%	
Action IX.2.2	Etendre l'Approche l'Assainissement Total Piloté par la Communauté(ATPC)	Pourcentage d'ASC formés sur l'ATPC	17,50%	20%	25%	30%	40%	50%	
Action IX.2.3	Renforcer les capacités des GASC en matière du SIS communautaire	Pourcentage d'ASC formés en matière du SIS communautaire	17,50%	30%	40%	50%	60%	70%	
<b>OG 3: RENFORCER DE LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE POUR UNE MEILLEURE SANTE</b>									
Cible 1	D'ici 2023, le taux de prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5ans va passer de 56% à 50%								
Cible 2	D'ici 2023, taux de prévalence de la malnutrition aigüe globale chez les enfants de moins de 5 ans sera réduit de 5.1% à 3%								
Cible 3	D'ici 2023, le taux de prévalence de la malnutrition aigu global chez les femmes de 15 ans à 49 ans avec déficience énergétique chronique (IMC<18) (EDSIII) est réduit à 14%								
Cible 4	D'ici 2023, les ménages ayant accès à l'eau de boisson de source améliorée passe de 82.8% à 90%								
Cible 5	Réduction du nombre de décès dus aux maladies non transmissibles de 30 500 à 25 000								
Cible 6	D'ici 2023, le % des ménages utilisant les latrines améliorées passe de 39% à 50%								
Cible 7	D'ici 2023, le % d'écoles fournissant l'ensemble minimum des services de santé et de nutrition en milieu scolaire passent à 10%								
<b>Axe stratégique X: Lutte contre les facteurs de risques liés aux maladies transmissibles, non transmissibles et actions sur les déterminants sociaux de la santé</b>									
Résultat X.1	La sécurité alimentaire et la nutrition sont améliorées	% d'enfants de 6–23 mois qui ont reçu l'apport alimentaire minimumAcceptable (Conformément aux 3 pratiques optimales de l'alimentation du nourrisson et du jeune	10%	15%	20%	25%	30%		Disponibilité des fonds et l'implication effective du ministère de la santé pour la promotion des bonnes pratiques alimentaires et le Ministère de

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
		enfant)							l'agriculture pour la promotion de production des aliments
		% des communes disposant et appliquant le règlement d'hygiène et assainissement spécifique à leur circonscription	0%	10%	20%	40%	60%		
Action X.1.1	Assurer la complémentarité et la synergie pour la mise en œuvre du plan multisectorielle de sécurité alimentaire et de nutrition	Nombre de séances de coordination multisectorielles pour la mise en œuvre du plan							
		niveau(%) de réalisation (technique et financier) par secteur pour la mise en œuvre du plan multisectoriel	DN					90%	
Action X.1.2	Développer les mécanismes de partenariat avec les industries agro-alimentaires pour l'enrichissement et la fortification des aliments en faveur de la santé	% des FOSA disposant les aliments fortifiés dans les FOSA	25%	39%	53%	67%	74%	80%	
		Nombre d'industries agro-alimentaires enrichissant et fortifiant les aliments	1			1	1	1	



Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
Résultat X.2	L'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement est amélioré	Proportion de formations sanitaires disposant d'infrastructures eau/hygiène et assainissement adéquates et fonctionnelles toute l'année	SARA : 95% (latrines) 76%(eau)	80%	82%	100% 85% (eau)	100%	100%(latrines) 100%(eau)	Adhésion de la communauté aux bonnes pratiques d'hygiène et la disponibilité des fonds pour rendre disponible l'eau potable dans les ménages
Action X.2.1	Rendre disponible l'eau potable dans les structures sanitaires	% de Fosa disposant de l'eau potable	76%	78%	80%	90%	100%	100%	
Action X.2.2	Renforcer la collaboration interministérielle pour la promotion de l'hygiène et l'assainissement du milieu	proportion de ménages disposant de latrines adéquates,	41%	46%	51%	56%	58%	60%	
		proportion de ménages disposant d'un endroit de lavage de main	7,18%	18%	25%	36%	45%	50%	
Action X.2.3	Plaidoyer pour la disponibilité d'eau potable dans les ménages	Proportion de ménages ayant une source d'eau améliorée située à une distance ne dépassant pas les 30 minutes de trajet aller-retour	52%	57%	62%	67%	68%	70%	
Résultats X.3	Les mécanismes de lutte contre les substances psychoactives (Alcool, tabac ;	Prévalence de la consommation de n'importe quel type de tabac dans la population de 15-49 ans	13,7% Chez les hommes et 1,4% chez les femmes					6,85% pour	Engagement du gouvernement dans la lutte contre la consommation des substances

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	stupéfiants) sont renforcés	Pourcentage de femmes enceintes et allaitantes qui consomment de boissons alcoolisées	1,40%					0,7%	psychoactives
		Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui consomment de boissons alcoolisées	48%	46%	44%	42%	41%	40%	
		Pourcentage des débits de boissons affichant des messages sur la consommation responsable des boissons alcoolisées	DND					60%	
Action X.3.1	Elaboration et mise en œuvre des textes d'application de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac	Disponibilité des textes d'application	0	X					
		Etat de mise en œuvre des textes			20%	50%	60%	70%	
Action X.3.2	Elaboration et mise en œuvre d'un plan stratégique multisectoriel de réduction de la consommation d'alcool	Niveau de mis en œuvre du plan	0	X	20%	50%	80%	100%	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
Axe stratégique XI: Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles									
Résultat XI.1	La préparation, la détection et la riposte aux épidémies et aux urgences de santé publique sont renforcées	Score de performance du RSI (capacités institutionnelles essentielles de mise en œuvre du RSI et de préparation à faire face aux urgences de santé publique) :	13%	20%	40%	60%	70%	80%	Disponibilité des fonds pour la surveillance des maladies et la gestion des catastrophes
Action XI.1.1	Mise en place d'un mécanisme permanent de surveillance intégrée et d'alerte précoce afin de répondre promptement aux volets sanitaires des urgences de santé publique et de causes anthropiques à tous les niveaux du système de santé	Pourcentage d'épidémies précocement détectées dans les 72 heures	0			1			
Action XI.1.2	Elaborer et mettre en œuvre le Plan national de sécurité sanitaire et la stratégie de communication de surveillance et de la prévention des	Niveau (en %) de mise en œuvre du plan	0	20%	40%	50%	70%	90%	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	urgences de santé publique								
Action XI.1.3	Renforcer les capacités sectorielles de gestion des urgences de santé publique	Existence d'un Centre Opérationnel d'Urgences de Santé Publique (COUPS)		X					
		Existence de mémorandums d'accords avec les pays voisins pour la gestion des urgences de santé publiques mis en place		X					
Axe stratégique XII: Renforcement de la gestion des questions de populations pour tendre vers le dividende démographique									
Résultat XII.1	Comportement des familles en matière de fécondité a changé	% des familles ayant adhéré à l'approche modèle de 3 enfants /famille	ND	20%	30%	40%	50%	60%	Adhésion à l'approche de limitation des naissances par la communauté
Action XII.1.1	Renforcer la collaboration multisectorielle pour la maîtrise des données démographiques	Existence des mécanismes d'échanges des données d'état civil (décès, naissances) entre les FOSA et les communes	0	X					
Action XII.1.2	Renforcement du plaidoyer auprès des leaders religieux et administratifs en faveur de la maîtrise de la croissance démographique	% des leaders et autorités administratives religieuses sensibilisés sur la dividende démographique	DN	30%	40%	60%	80%	100%	

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2019	2020	2021	2022	2023	Hypothèses et risques
	(PNSR)								
Action XII.1.3	Mobilisation de la population sur les avantages socio-économiques de la maîtrise de la croissance démographique	Nombre des campagnes (intégrées) de sensibilisation de la population organisées	ND	1	1	1	1	1	