

REPUBLIQUE DU BURUNDI



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

**STRATEGIE SECTORIELLE DE LA
SANTE 2021-2027**

**ALIGNEE AU PLAN NATIONAL DE
DEVELOPPEMENT DU BURUNDI
2018-2027**

Février 2022

PREFACE

Le Gouvernement du Burundi à travers le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida se dote d'une stratégie sectorielle 2021-2027. Cette stratégie s'inscrit dans la droite ligne de la Politique Nationale de la Santé et contribue à opérationnaliser le Plan National de Développement du Burundi de 2018 à 2027.

La présente stratégie sectorielle 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 est entrain de contribuer à l'atteinte de la Vision 2025 du Gouvernement du Burundi, en phase avec le Plan National de Développement du Burundi de 2018-2027. Elle a pour but de contribuer à la réduction de la mortalité, des handicaps et invalidés évitables par l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité. En conséquence, les indicateurs de cette stratégie sectorielle 2021-2027 devront couvrir parfaitement toutes les cibles de l'Objectif de Développement Durable 3 (ODD) **“Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous et à tout âge”**.

A travers la stratégie sectorielle 2021-2027, 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 de grandes orientations de la Politique Nationale de la Santé, les orientations prioritaires ont été identifiées pour les six ans 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 jeune, de la personne âgée ainsi que de 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 et produits de santé : médicaments, les vaccins et autres 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) Le 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 et de gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles, (xii) Renforcement de la gestion des questions de populations pour tendre vers le dividende démographique.

La stratégie sectorielle 2021-2027 constitue donc un cadre de référence pour toutes les actions de développement sanitaire du pays. Elle est mise en œuvre grâce aux efforts consentis par différents acteurs sous le lead du Gouvernement de la République du Burundi à travers le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, depuis le niveau central jusqu'au niveau communautaire et dont la performance du système de santé et les réformes en cours dépendent afin d'atteindre effectivement les objectifs fixés.

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

Cabinet du Ministre
Dr Sylve NZEYIMANA

ii



SOMMAIRE

PREFACE	ii
SOMMAIRE	iii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES	v
SIGLES ET ABREVIATIONS	v
RESUME EXECUTIF	ix
I. CONTEXTE NATIONAL	1
I.1. Situation géographique du pays	1
I.2. Situation démographique	2
I.3. Situation socio –économique	2
I.4. Bilan des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)	2
II. DIAGNOSTIC SECTORIEL	4
II.1. Etat de santé de la population	4
II.1.1. Profil épidémiologique et évolution des politiques en matière de santé	5
II.1.1.1. Santé de la mère et du nouveau-né	5
II.1.1.2. La santé des enfants	6
II.1.1.3. La santé des jeunes et adolescents	7
II.1.1.4. La santé des adultes et des personnes âgées	7
II.1.2. Déterminants de santé	8
II.2. Organisation et gestion du système national de santé	9
II.2.1. Cadre organisationnel et institutionnel	9
II.2.2. Organisation de soins	9
II.2.3. Santé communautaire	10
II.2.4. Accessibilité aux soins de Santé de la Reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes (SRMNIA)	11
II.2.5. Nutrition et alimentation	12
II.2.6. Maladies évitables par la vaccination	13
II.2.7. Lutte contre les maladies transmissibles	13
II.2.8. Lutte contre les maladies chroniques non transmissibles	16
II.3. Principaux défis en matière d'offre de soins et des services de santé	17
II.3.1. Faible qualité des soins et services de santé	17
II.3.2. Faible implication du secteur privé dans l'offre des soins et services de santé	17
II.3.3. Intégration du paquet des services offerts.	18
II.3.4. Faible résilience du système de santé	19
II.4. Préparation et Réponse aux urgences et catastrophes	19

II.5. Ressources humaines pour la santé	21
II.5.1. Evolution des ressources humaines.....	22
II.5.2. Répartition des médecins et infirmiers selon le milieu de travail	23
II.5.2.1. Par rapport à la production.....	24
II.5.2.2. Par rapport à la gestion des ressources humaines	24
II.6. Médicaments, produits de santé et laboratoire.....	25
II.7. Infrastructures et équipements sanitaires.....	27
II.8. Financement du secteur de la santé.....	27
II.9. Système de protection sociale.....	28
II.10. Information sanitaire, recherche et innovation.....	28
II.10.1. Information sanitaire	29
II.10.2. Recherche en santé.....	30
II.11. Gouvernance et leadership	32
II.11.1. Cadre institutionnel, juridique et réglementaire	32
II.11.2. Coordination et Partenariat.....	32
II.11.3. Planification, Suivi et Evaluation	33
II.11.4. Communication stratégique.....	33
III. CADRE STRATEGIQUE DU PLAN STRATEGIQUE 2021-2027	35
III.1. VISION, BUT, OBJECTIFS ET AXES STRATEGIQUES.....	35
III.1.1. Vision	35
III.1.2. But	35
III.1.3. Objectifs généraux	35
III.1.4. Axes stratégiques	36
IV. CADRE DE MISE EN ŒUVRE	39
IV.1. Cadre Institutionnel de mise en œuvre.....	39
IV.2. Planification opérationnelle pour la mise en œuvre de la stratégie sectorielle 2021-2027.....	40
IV.3. Mécanismes de Coordination	40
V. CADRE DE SUIVI EVALUATION.....	42
V.1. Indicateurs clés de suivi de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle 2021-2027	42
V.2. Evaluation de la stratégie sectorielle 2021-2027	42
V.3. Cadre programmatique et budget.....	43
ANNEXES.....	57
CADRE LOGIQUE DU PLAN STRATEGIQUE D’ICI 2027.....	57

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1:Quelques indicateurs de santé	4
Tableau 2. Evolution des ressources humaines de 2010 à 2017	22
Tableau 3. Répartition du budget par objectif.....	44
Tableau 4. Répartition du budget par axe stratégique	44
Tableau 5. Répartition du budget par programme	46
Tableau 6. Répartition du budget par pilier du système de santé	52
Tableau 7. Répartition du budget par nature de dépenses	55

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Carte géographique du Burundi (EDSIII 2016-2017).....	1
Figure 2.Répartition des médecins et infirmiers selon le milieu de travail	23
Figure 3. Schéma du mécanisme de coordination	41

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
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'Equipement
DM	: Décès Maternel
DND	: Données Non Disponibles
DPML	: Direction de la Pharmacie, des Médicaments et des Laboratoires
DPSHA	: Direction de la Promotion de la Santé, de l'Hygiène et de l'Assainissement
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	: Institut des Statistiques et des Etudes Economiques du Burundi
JICA	: Japan International Cooperation Agency
JRF	: Joint Report Form

MFP	: Mutuelle de la Fonction publique
MILDA	: Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide à Longue Durée d’Action
MPR	: Médecine Physique et Réadaptative
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
PNILMCNT	: Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles
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
PD	: Partenaires au Développement
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	: Ccoïnfection Tuberculose et Virus de l'Immunodéficience Humaine
Td	: Tétanos-diptérie
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	: Unit ed 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	: Work loard Indicators of Staffing Need

RESUME EXECUTIF

La présente stratégie sectorielle des actions prioritaires pour opérationnaliser le Plan National de Développement du BURUNDI 2018 à 2027 et sert de référence pour l'orientation des stratégies sectorielles pour le développement. Elle s'inspire d'autres documents de référence nationale dont la Vision du Burundi 2025 et la Politique Nationale de Santé 2016-2025. Elle 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^{ème} objectif des ODD : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous et à tout âge ».

Elle 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 de cette stratégie sectorielle devront couvrir parfaitement toutes les cibles de l'ODD 3.

L'élaboration cette stratégie sectorielle 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 au développement).

A travers cette stratégie sectorielle, 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 six 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.

Cette stratégie sectorielle est structurée 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 de la stratégie sectorielle jusqu'en 2027* ;

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 de la stratégie sectorielle et les indicateurs à suivre durant la période de sa mise en œuvre.

La stratégie sectorielle 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 au Développement) 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 au Développement, 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 de cette stratégie sectorielle, 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. 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 document 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 km² 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).

BURUNDI

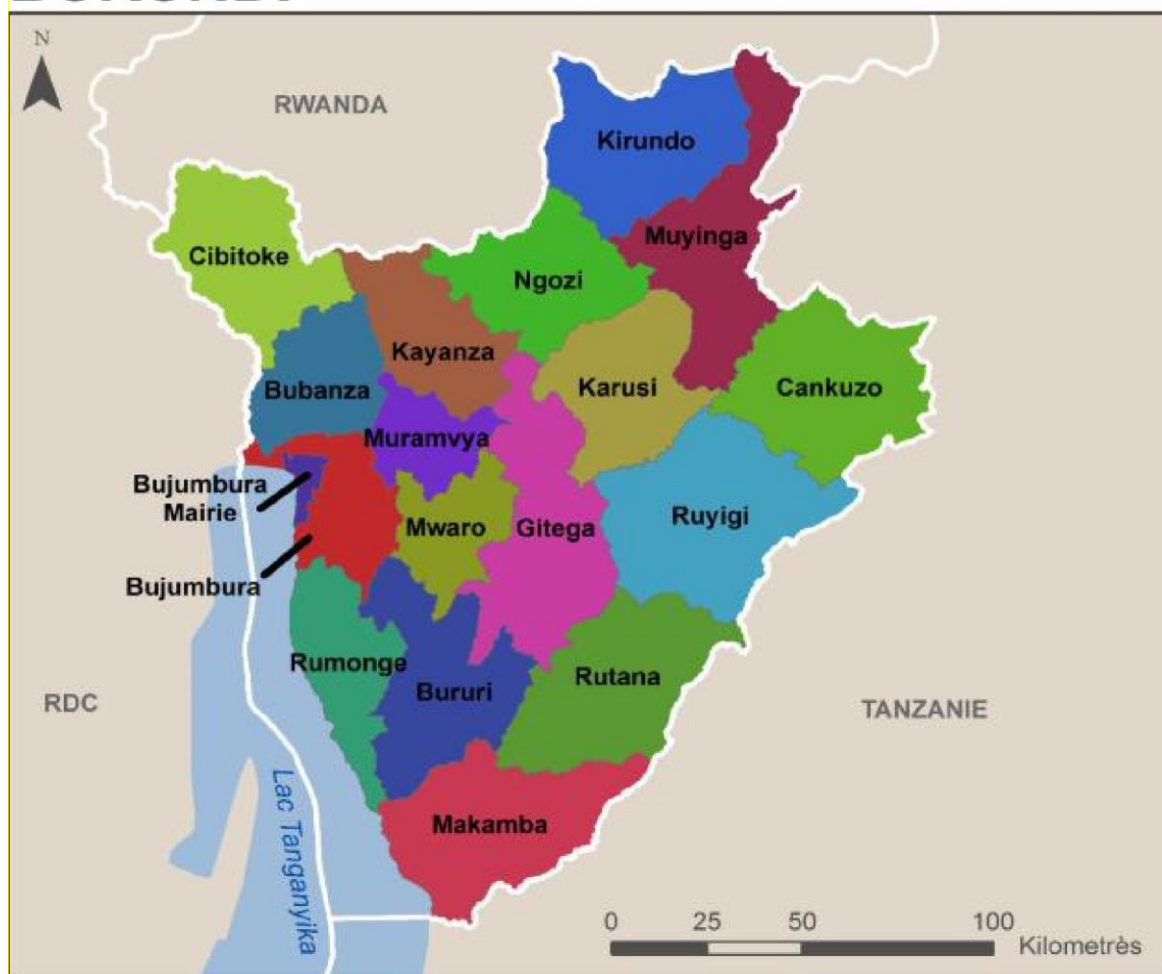


Figure 1. Carte géographique du Burundi (EDSIII 2016-2017)

I.2. Situation démographique¹

La population du Burundi a été estimée à 11.495. 438 habitants en 2017, elle est actuellement estimée à 12.599.000 habitants en 2021 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 4,8 personnes par ménage et un indice synthétique de fécondité de près de 5,9 enfants 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. /km² en 2017². 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 bases productives, d'améliorer le climat des affaires et de relancer l'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 242 dollars en 2010 à 274 dollars en 2017 (PND 2018-2027, projections ISTEERU).

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 (2003-2006) et le CSLP II (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%

¹ Projections démographiques 2010-2050 niveau national et provincial, ISTEERU, Avril 2017

² Idem que ci-haut

(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 au Développement par le mécanisme de financement basé sur les performances, la 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 habitants 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 78/100.000 habitants 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 :

Tableau 1: 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 Démographiques 2010-2050 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
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 (Méthodes modernes 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 (15-19 ans)	11%	8%	Résultats EDS III 2016-2017
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.1.1. Profil épidémiologique et évolution des politiques en matière de santé

II.1.1.1. 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 inachevés.

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 Surveillance des Décès Maternels et la Riposte (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.1.1.2. 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 2020, les principales causes de morbidité dans les centres de santé (CDS) chez les enfants de moins de cinq ans sont : le paludisme (32%), les Infections Respiratoires Aigües (IRA) autres que la pneumonie (14.9 %), les géo helminthiases (1.7%), la conjonctivite (1.25%), la malnutrition globale (0.8%) et la diarrhée avec déshydratation (0.6%).

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

Selon l'EDS III, 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'EDS III 2016-2017 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.1.1.3. 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 rapporté³ ; 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.

La dernière enquête STEPS⁴ 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.

II.1.1.4. 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

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

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

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 a été 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.1.2. Déterminants de santé

Sur le plan économique, le Burundi est vulnérable aux chocs externes, notamment la volatilité des prix des matières premières particulièrement le pétrole.

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'EDSIII 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 scolarité⁵. 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

⁵ CIPD (Conférence Internationale sur la Population et le Développement) après 2014, Rapport national, ISTEEBU, Personnes âgées, page 16

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.2. Organisation et gestion du système national de santé

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

II.2.1. Cadre organisationnel et institutionnel

- **Niveau central**

Le niveau central comprend le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Permanent, l'Inspection Générale de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, quatre Directions Générales centrales (Services de Santé, Ressources, Planification et Offre des soins). En outre, il comprend 4 Directions Générales à gestion personnalisées.

- **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 48 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 qui 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.2.2. 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 Poste de soins** : est une entité de base qui est la porte d'entrée dans une structure de soins de santé où des prestations promotionnelles, préventives et curatives du niveau communautaire

sont réalisées par un poste de soins sur chaque colline et un Groupement d'Agents de Santé Communautaire (GASC).

- **Le centre de santé** qui est le deuxième niveau d'entrée du réseau de soins, offre le paquet de soins de santé primaires. Selon l'annuaire statistique 2020, le Burundi compte 1182 Centres de santé (CDS) fonctionnels dont 657 CDS publics, 340 CDS privés, 145 CDS agréés⁶ et 40 CDS associatifs.

- **L'Hôpital communal** : L'hôpital communal constitue le premier niveau de référence selon l'indication pour les patients provenant des centres de santé (CDS)⁷ de la même commune. Il comporte des services médicaux et paramédicaux qui assurent une certaine précision dans la détermination du diagnostic clinique et biomédical. Il offre également des soins promotionnels et préventifs [comme la vaccination, la consultation prénatale (CPN), la consultation post natale (CPoN), la planification familiale (PF), ainsi que les soins obstétricaux et néonataux essentiels/d'urgence (SONE, SONU) et le suivi de la croissance et de l'état nutritionnel] Les cas qui dépassent les compétences de l'hôpital communal sont référés à l'hôpital de district.

- **L'hôpital de district** est le deuxième niveau de référence pour les patients provenant des hôpitaux communaux. 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 80 hôpitaux de districts dont 51 hôpitaux publics, 10 privés et 18 hôpitaux confessionnel et un hôpital associatif. Les sept (7) districts sanitaires (Vumbi, Busoni, Bugarama et Nyabikere n'ont pas d'hôpitaux de district.

- **L'hôpital régional** est défini comme un niveau de troisième référence qui accueille les patients provenant des hôpitaux de district. Cependant, 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 sept sont pour la plupart situés dans la capitale Bujumbura, ce qui pose le problème d'équité. En outre, seuls trois des sept hôpitaux nationaux (Hôpital Prince Régent Charles, Clinique Prince Louis Rwagasore et l'Hôpital Natwe Turashoboye de Karusi) 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), du Ministère de l'Intérieur, Développement Communautaire et de la Sécurité Publique (Hôpital de Police Nationale du Burundi) 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.

II.2.3. Santé communautaire

⁶ Annuaire statistique 2017

⁷: PSN-SRMNIA 2019-2023

Une direction de la Promotion de la Santé, de la Demande des Soins, de la Santé Communautaire et Environnementale vient d'être mise 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 système d'information sanitaire communautaire, manuel de FBP communautaire, les kits de l'ASC).

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 sept prochaines années en matière de promotion de la santé sont entre autres :

- 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.

II.2.4. 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 surtout dans les centres de santé (CDS) appelés CDS Amis des Jeunes où plus particulièrement des services adaptés aux jeunes sont dispensés ainsi que d'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 interventions⁸

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^{ème} âge, etc.) ;(8) de la promotion de l'équité, des droits humains et du genre.

II.2.5. 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 Primature. 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. En outre, un projet relatif à la petite enfance et à la maîtrise démographique (Projet Nkuriza) vient de démarrer pour une durée de quatre ans et six mois. Il s'agit d'un projet multisectoriel dont la coordination de la mise en œuvre est assurée par le MSPLS et un mémorandum d'entente sera signé entre le MSPLS et quatre (4) autres Ministères impliqués dans la mise en œuvre du projet dont l'objectif principal est d'étendre la couverture des interventions communautaires en faveur de la nutrition aux femmes en âge de procréer et aux enfants de moins de deux ans, et l'utilisation des services de planification familiale dans les régions ciblées.

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 III 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 Foyers d'Apprentissage Nutritionnel/Foyers 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.

⁸ Revue des programmes SRMNIA 2016

Toutefois, des défis persistent dans ce domaine et les principaux sont liés à (i) l'intégration de la nutrition dans le paquet 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 et (viii) la disponibilité d'une base de données sur la nutrition.

II.2.6. 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) 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^{ème} et 6^{ème} dose du vaccin Td, etc....).

II.2.7. 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%. Les nouvelles infections à VIH ont diminué passant de 2062 à 1168 nouvelles infections respectivement de 2019 à 2020. 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'âge⁹.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie globale pour la lutte contre les hépatites¹¹, le Burundi s'est doté d'un plan stratégique national 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 (TB), la maladie demeure un problème de santé publique au Burundi avec une incidence annuelle de près de 59 cas pour 100.000 habitants¹⁰. La coinfection TB/VIH reste une préoccupation (la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux est de 7.8% selon la même source). Le rapport annuel 2020 du PNILT montre 62 cas de tuberculose multi résistante notifiés contre 64 cas notifiés en 2019¹¹.

⁹ Rapport d'analyse rapide de la situation des hépatites au Burundi, 2016

¹¹ 69^{ème} session de l'Assemblée Mondiale de l'OMS en Mai 2016

¹⁰ Rapport annuel du P NILT, 2020

¹¹ Le rapport annuel du PNILT 2016 et 2017

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.

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 milieux 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 quoique 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 antivectorielle 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 encourageants, 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 jusqu'en 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 exposés 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.2.8. Lutte contre les maladies chroniques non transmissibles

Le Burundi dispose des documents de politiques et stratégies sur le diabète, la santé mentale, l'alcool, le tabac et le cancer. Un plan stratégique multisectoriel de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles est en cours d'élaboration. Les maladies concernées sont : les maladies cardiovasculaires (HTA), les Broncho Pneumopathies Chroniques Obstructives (BPCO), des maladies métaboliques (le diabète), les cancers, la santé mentale, les maladies congénitales et les maladies du 3^{ème} 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 d'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 stratégie sectorielle 2021-2027 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. Cette stratégie sectorielle 2021-2027 contribuera à renforcer la mise en œuvre des priorités du PNDS III.

II.3.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.3.1.Faible qualité des soins et services de santé

La revue à mi-parcours du PNDS II (2011-2015) avait montré 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 2017, 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 de la stratégie sectorielle 2021-2027 contribue 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.

II.3.2.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%)¹². 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 vaccination¹³. La mise

¹² Rapport annuel PBF 2017

¹³ Evaluation de la qualité des prestations dans les formations sanitaires du Burundi, 2^{ème} édition, janvier 2014 p.2

en œuvre de la présente stratégie sectorielle renforcera l'implication effective du secteur privé dans l'offre des soins et services de santé de qualité.

II.3.3.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 de cette stratégie sectorielle apportera un appui substantiel dans la consolidation et l'opérationnalité du district sanitaire y compris le niveau communautaire. Une attention particulière est 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.3.4.Faible résilience du système de santé

Au Burundi, les effets combinés du changement climatique, l'appauvrissement des ménages 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.4.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 ».

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.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) dispose d'un Centre des Opérations des Urgences de Santé Publique qui est un service de système d'alerte précoce aux urgences et catastrophes. 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) du 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 Primature. 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 global de contingence global pour les épidémies émergentes et ré-émergentes et autres événements de préoccupation internationale, seul un plan de contingence contre la pandémie à Covid-19 est actuellement disponible, (ii) insuffisance de plateau technique des laboratoires de référence nationale pour le diagnostic rapide, (iii) insuffisance de mécanismes 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 termes 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 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

II.5.Ressources humaines pour la santé

Dans le secteur public, la formation du personnel paramédical est faite par des écoles d'infirmiers et des écoles 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'une Institut Nationale de Santé Publique (INSP).

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 une trentaine d'écoles paramédicales et une dizaine d'universités privées dont deux dispensent une formation médicale (Universités Espoir d'Afrique et de Ngozi), les autres dispensent d'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 et 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 et le Ministère fait appel à des personnels en provenance de l'extérieur pour des aspects exigeant des compétences non disponibles localement.

II.5.1. Evolution des ressources humaines

Les ressources humaines en santé ont connu une évolution en quantité comme le montre le tableau suivant¹⁴ : La population de référence considérée est de 9461117 habitants en 2010 et de 11495438 habitants en 2017¹⁵.

Tableau 2. Evolution des ressources humaines de 2010 à 2017

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

Avec une densité du personnel en santé proche de 1, le Burundi se situe loin derrière, en comparaison avec la densité de 4,45 médecins, infirmiers et sages-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 rural¹⁶. De plus, les besoins en ressources humaines particulièrement pour les médecins et sages-femmes restent importants.

¹⁴ Cartographie des ressources humaines du MSPLS de 2017

¹⁵ ISTEEBU 2017. Projection démographique 2010-2050 niveau national et provincial

¹⁶ Profil des ressources humaines au Burundi, 2011 du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA

II.5.2. Répartition des médecins et infirmiers selon le milieu de travail

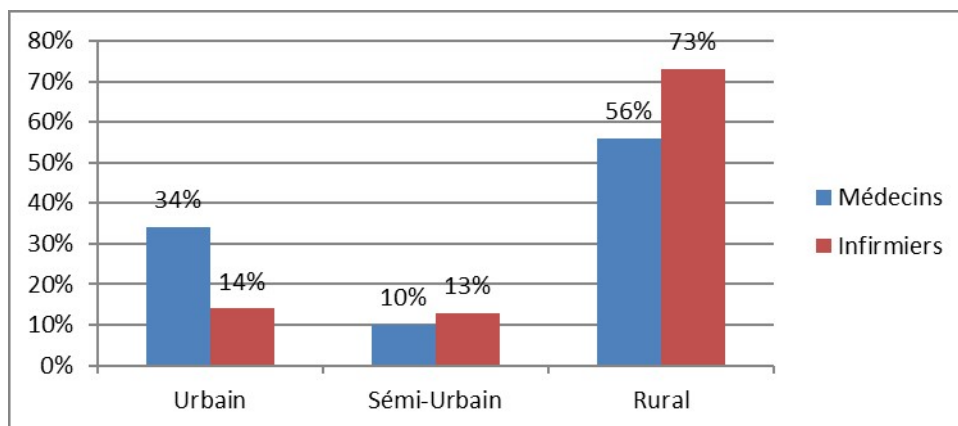


Figure 2. Répartition des médecins et infirmiers selon le milieu de travail

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) La mise en place des ordres des professionnels de santé ;
- (vi) La création de nouvelles filières de formation de professionnels de santé telles que Sage-femme, Santé mentale et Kinésithérapie ;

Malgré les nombreux efforts consentis, quelques défis 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 (sagefemme, infirmier, infirmier licencié, médecin, etc.) ;
- Absence d'un logiciel de gestion des ressources humaines ;
- 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 :

II.5.2.1. 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 biomédical 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

II.5.2.2. Par rapport à la gestion des ressources humaines

Renforcement de la collaboration intersectorielle 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.6.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 réglementaires 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 persistent tels que :

Rupture de stock de médicaments essentiels et autres consommables médicaux (selon l'enquête SARA 2017 : 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 offerts 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 défis dans ce secteur il a été mis en place une Autorité Nationale Autonome de Régulation du Médicament, des Aliments et des Compléments Nutritionnels pour s'assurer de leur qualité.

D'autres 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 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.7. Infrastructures et équipements sanitaires

Il existe au MSPLS une Direction des Infrastructures Sanitaires et Equipements (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.8. 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 2010 à 2018 passant respectivement de 17,42 \$ à 30,53 \$. Les dépenses directes des ménages ont diminué passant de 40 % à 29% pour la même période. La part du budget de l'Etat allouée à la santé est passée de 10,41% en 2010 à 12 % en 2018.

Des mécanismes de financement ont été initiés notamment : (i) l'instauration de la Carte d'Assistance Médicale (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 assurantiels 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 les Comptes Nationaux de Santé 2018), (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) la budgétisation et le financement de la santé non basés 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.9. 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 santé¹⁷. Selon la même source, environ 123 burundais tombent chaque jour dans la pauvreté à cause des 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.10. Information sanitaire, recherche et innovation

¹⁷ 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

II.10.1. Information sanitaire

Le MSPLS, avec le concours des Partenaires au Développement (PD) 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 a été 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). Un Programme de Gestion d'Informatique du Système de Santé (PROGISSA) vient d'être créé également pour contribuer à l'informatisation du système de santé du Burundi.

Des améliorations restent nécessaires en termes 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.10.2. 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 évidences¹⁸. 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 femme¹⁹.

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 au Développement (PD) ;

¹⁸ Politique Nationale de Santé 2016-2025, pge 58

¹⁹ Politique Nationale de Santé 2016-2025, pge 66

- La création récente à l'INSP d'un Master de Santé Publique ;
- 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 termes 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.11. Gouvernance et leadership

II.11.1. Cadre institutionnel, juridique et réglementaire

Le secteur de la santé est régi par le nouveau Décret N°100/093 du 11 Novembre 2020 portant Organisation et Fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida ainsi que 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 quatre 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 de 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.11.2. 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 et restructuré en 2019 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 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.11.3. 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. Ce dernier est en train d'être révisé. 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 PNDS II 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.11.4. 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 service 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, la stratégie sectorielle 2021-2027 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 à la stratégie sectorielle 2021-2027 ; (ii) le renforcement des capacités en planification et suivi évaluation à tous les niveaux du système ;(iii) le suivi périodique et régulier de la mise en œuvre des plans sous-sectoriels et (iv) la restructuration et redynamisation de la stratégie nationale de coordination en matière de suivi-évaluation.

III. CADRE STRATEGIQUE DU PLAN STRATEGIQUE 2021-2027

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

III.1.1. Vision

A l'horizon de l'an 2027, 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.

III.1.2. But

Le présent document qui couvre la période de six ans allant de 2021 à 2027 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. Il renforce le document du Plan National de Développement Sanitaire de troisième génération qui va de 2019 jusqu'en 2023 (PNDS III, 2019-2023) pour contribuer à opérationnaliser le Plan National de Développement (PND) de 2018 à 2027.

III.1.3. 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

III.1.4. Axes stratégiques

Le présent document s'articule autour de douze axes stratégiques portés par des résultats d'effets, des résultats d'effets intermédiaires et des extraits 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 intégrée 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

Cet axe 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 14,4% du budget général de l'Etat d'ici 2027.

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

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

- 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 psycho actives (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 : Le comportement des familles en matière de fécondité 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 est mise en œuvre à travers cette stratégie sectorielle 2021-2027. Il sera mis en œuvre dans le cadre du nouvel organigramme du MSPLS par le décret de Novembre 2020. 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 de cette stratégie sectorielle sur 6 ans.
- 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 de la stratégie sectorielle, des relations du MSPLS avec les Partenaires au Développement (PD), 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 PD; et s'assurent de la bonne collaboration intersectorielle et de la participation communautaire.

Le niveau opérationnel comprend 47 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 de ce plan 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 au Développement, le secteur privé.

IV.2. Planification opérationnelle pour la mise en œuvre de la stratégie sectorielle 2021-2027

La stratégie sectorielle 2021-2027 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 à la présente stratégie sectorielle 2021-2027.

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 de cette stratégie sectorielle 2021-2027. Au niveau central, le CPSD est chargé de la coordination des partenaires dans la mise en œuvre de ce plan.

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 de la stratégie sectorielle 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 au Développement, le secteur privé du niveau local avec la pleine participation de la communauté.

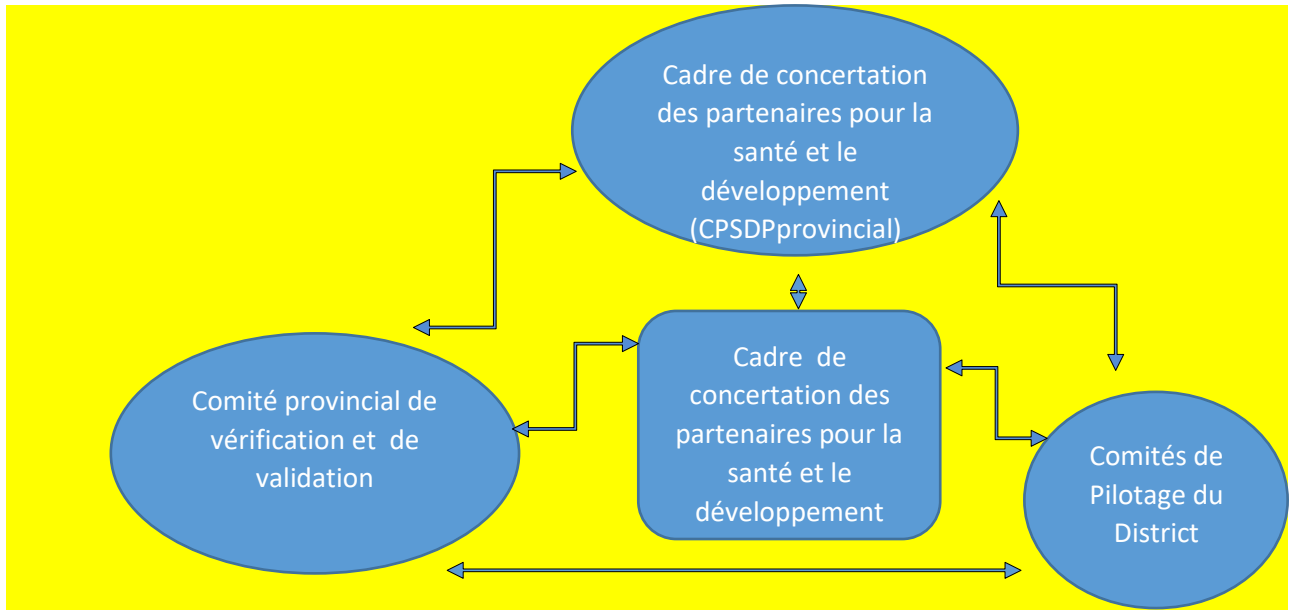


Figure 3. Schéma du mécanisme de coordination

V. CADRE DE SUIVI EVALUATION

Un cadre de suivi évaluation est élaboré et comporte une matrice des indicateurs clés de suivi évaluation de la stratégie sectorielle 2021-2027. Les mécanismes et l'organisation du suivi et de l'évaluation de la stratégie sectorielle 2021-2027 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 6 années de la stratégie sectorielle.

Sur le plan organisationnel, des revues conjointes MSPLS/secteurs connexes et partenaires du Ministère 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 de la stratégie sectorielle 2021-2027

Dans le cadre d'une gestion axée sur les résultats, et conformément au cadre logique de la stratégie sectorielle 2021-2027, le suivi évaluation sera essentiellement basé sur la liste d'indicateurs clés de la stratégie sectorielle 2021-2027 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 à la stratégie sectorielle 2021-2027 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 de la stratégie sectorielle 2021-2027

Une évaluation à mi-parcours de la stratégie sectorielle 2021-2027 est planifiée pour réorienter ou renforcer au besoin les actions.

Une évaluation finale servira à mesurer les résultats obtenus et l'impact de la stratégie sectorielle 2021-2027, 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 2024 et l'évaluation finale en 2027.

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.

V.3. Cadre programmatique et budget

Le costing a été élaboré sur base des interventions et cibles du cadre logique et précise le niveau attendu de gestion, d'affectation ainsi que la nature des dépenses.

Tableau 3. Répartition du budget par objectif

Objectif général	2 021	2 022	2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	Total
Contribuer à l'amélioration de la couverture effective des besoins de la population en matière des services de santé essentiels particulièrement aux groupes vulnérables	37 340 144 614	32 674 542 381	35 007 343 497	35 007 343 497	34 229 743 125	34 748 143 373	34 661 743 332	243669003 820
Améliorer les performances du système national de santé y compris le système communautaire	210 563 045 174	203290248439	206 926 646 807	206 926 646 807	205714514018	206522602544	206387921123	1446331624910
Renforcer de la collaboration intersectorielle pour une meilleure santé	7 525 807 866	7 612 958 692	7 569 383 279	7 569 383 279	7 583 908 417	7 574 224 991	7 575 838 896	53 011 505 419
Total Général	255 428 997 654	243 577749512	249 503 373 583	249 503 373 583	247528165559	248844970908	248625503350	1743012134149

Tableau 4. Répartition du budget par axe stratégique

Axes stratégiques	2 021	2 022	2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	Total
-------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

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.	42 576 449 019	37 238 083 001	39 907 266 010	39 907 266 010	39 017 538 340	39 610 690 120	39 511 831 490	277769 123 990
Renforcement des interventions au niveau communautaire	13 656 695 594	13 329 459 380	13 493 077 487	13 493 077 487	13 438 538 118	13 474 897 697	13 468 837 767	94 354 583 531
Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles.	92 097 426 955	75 445 362 651	83 771 394 803	83 771 394 803	80 996 050 752	82 846 280 119	82 537 908 558	581465 818 641
Amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé	13 359 106 595	22 368 721 809	17 863 914 202	17 863 914 202	19 365 516 737	18 364 448 380	18 531 293 107	127716 915 032
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	2 330 731 869	314 869 499	1 322 800 684	1 322 800 684	986 823 622	1 210 808 330	1 173 477 545	8 662 312 233
Amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires	45 389 388 185	77 481 540 994	61 435 464 589	61 435 464 589	66 784 156 724	63 218 361 968	63 812 661 094	439557 038 142
Renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé	2 068 868 608	1 821 110 878	1 944 989 743	1 944 989 743	1 903 696 788	1 931 225 425	1 926 637 319	13 541 518 503
Le renforcement des mécanismes de Financement du secteur de la santé	28 232 090 159	14 675 774 018	21 453 932 089	21 453 932 089	19 194 546 065	20 700 803 414	20 449 760 523	146160 838 356

Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé	116 033 004	105 567 002	110 800 003	110 800 003	109 055 669	110 218 558	110 024 743	772 498 981
Lutte contre les facteurs de risques liés aux maladies transmissibles, non transmissibles et actions sur les déterminants sociaux de la santé	148 228 352	216 544 748	182 386 550	182 386 550	193 772 616	186 181 905	187 447 024	1 296 947 744
Renforcement la surveillance intégrée de la maladie et de gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles	6 452 694 669	6 512 502 891	6 482 598 780	6 482 598 780	6 492 566 817	6 485 921 459	6 487 029 019	45 395 912 414
Renforcement de la gestion des questions de populations pour tendre vers le dividende démographique	924 884 773	883 906 194	904 395 483	904 395 483	897 565 720	902 118 896	901 360 033	6 318 626 582
Total	247 352 597 781	250393 443 063	248 873 020 422	248873 020 422	249379 827 969	249041 956 271	249098 268 221	1743012134149

Tableau 5. Répartition du budget par programme

Coûts récapitulatifs avec médicaments désagrégés par domaine de programme/ niveau de prestation de soins (BIF)	2 021	2 022	2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	TOTAL
Programme National de Santé de la Reproduction								
Coût des programmes	9 580 311 033	9 317 406 079	9 448 858 556	9 448 858 556	9 405 041 063	9 434 252 725	9 429 384 115	66 064 112 126

Médicaments, produits et fournitures	11 920 996 761	13 224 966 224	12 572 981 493	12 572 981 493	12 790 309 736	12 645 424 241	12669571 823	88 397 231 771
Part des coûts du système de santé	24 620 563 950	22 254 357 359	23 437 460 655	23 437 460 655	23 043 092 890	23 306 004 733	23262186 092	163 361 126 334
Total Programme National de Santé de la Reproduction	46 121 871 744	44 796 729 662	45 459 300 703	45 459 300 703	45 238 443 689	45 385 681 698	45361142 030	317 822 470 230

Programme Elargi de Vaccination

Coût des programmes	972 824 000	1 018 598 667	995 711 333	995 711 333	1 003 340 444	998 254 370	999 102 049	6 983 542 198
Médicaments, produits et fournitures	13 666 460 973	12 718 698 560	13 192 579 766	13 192 579 766	13 034 619 364	13 139 926 299	13122375 143	92 067 239 872
Part des coûts du système de santé	951 270 581	820 779 503	886 025 042	886 025 042	864 276 529	878 775 537	876 359 036	6 163 511 269
Total Programme Elargi de Vaccination	15 590 555 553	14 558 076 729	15 074 316 141	15 074 316 141	14 902 236 337	15 016 956 207	14997836 228	105 214 293 338

Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme

Coût des programmes	913 737 333	941 842 000	927 789 667	927 789 667	932 473 778	929 351 037	929 871 494	6 502 854 975
Médicaments, produits et fournitures	21 989 652 595	21 421 281 057	21 705 466 826	21 705 466 826	21 610 738 236	21 673 890 629	21663365 230	151 769 861 398
Part des coûts du système de santé	6 919 002 111	5 809 441 416	6 364 221 764	6 364 221 764	6 179 294 981	6 302 579 503	6 282 032 083	44 220 793 621
Total Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme	29 822 392 039	28 172 564 473	28 997 478 256	28 997 478 256	28 722 506 995	28 905 821 169	28875268807	202 493 509 994
Programme National de lutte contre la Tuberculose								
Coût des programmes	2 746 420 247	2 571 527 318	2 658 973 783	2 658 973 783	2 629 824 961	2 649 257 509	2 646 018 751	13 243 048 786
Médicaments, produits et fournitures	22 895 438 829	24 198 417 632	23 546 928 231	23 546 928 231	23 764 091 364	23 619 315 942	23643445 179	118 120 708 947
Part des coûts du système de santé	31 623 402 113	27 305 357 845	29 464 379 979	29 464 379 979	28 744 705 934	29 224 488 630	29144524 848	146 042 479 369
Total Programme National de lutte contre la Tuberculose	57 265 261 189	54 075 302 795	55 670 281 992	55 670 281 992	55 138 622 260	55 493 062 081	55433988 778	277 406 237 102

Programme VIH/SIDA

Coût des programmes	530 737 349	261 141 081	395 939 215	395 939 215	351 006 504	380 961 645	375 969 121	2 691 694 132
Médicaments, produits et fournitures	18 862 823 038	19 205 344 260	19 034 083 649	19 034 083 649	19 091 170 519	19 053 112 606	19059455591	133 340 073 312
Part des coûts du système de santé	2 399 594 653	1 266 365 021	1 832 979 837	1 832 979 837	1 644 108 231	1 770 022 635	1 749 036 901	12 495 087 114
Total programme VIH/SIDA	21 793 155 040	20 732 850 362	21 263 002 701	21 263 002 701	21 086 285 255	21 204 096 886	21184461614	148 526 854 558

Programme National Intégré de l'Alimentation et de la Nutrition

Coût des programmes	985 466 667	985 466 667	1 478 200 000	1 149 711 111	1 204 459 259	1 277 456 790	1 210 542 387	8 291 302 881
Médicaments, produits et fournitures	34 322 952 398	14 009 141 428	29 918 023 602	26 083 372 476	23 336 845 835	26 446 080 638	25288766 316	179 405 182 693
Part des coûts du système de santé	47 096 346 985	46 267 725 263	54 909 378 281	49 424 483 509	50 200 529 018	51 511 463 603	50378825 377	349788752035

Total Programme National Intégré de l'Alimentation et de la Nutrition	82 404 766 049	61 262 333 357	86 305 601 883	76 657 567 097	74 741 834 112	79 235 001 031	76878134 080	537 485 237 609
Programme santé communautaire, eau et assainissement								
Coût des programmes	131 158 447	192 182 113	161 670 280	161 670 280	171 840 891	165 060 484	166 190 552	826 432 486
Part des coûts du système de santé	3 102 392 885	1 952 938 667	2 527 665 776	2 527 665 776	2 336 090 073	2 463 807 209	2442521019	12 297 749 854
Total Programme santé communautaire, eau et assainissement	3 233 551 332	2 145 120 781	2 689 336 056	2 689 336 056	2 507 930 964	2 628 867 692	2 608 711 571	13 124 182 341
Programme des maladies non transmissibles								
Coût des programmes	335 043 706	178 142 960	256 593 333	256 593 333	230 443 209	247 876 625	244 971 056	1 236 477 555
Médicaments, produits et fournitures	20 084 114 500	26 114 131 345	23 099 122 923	23 099 122 923	24 104 125 730	23 434 123 858	23545790 837	117 282 286 270
Part des coûts du système de santé	1 917 805 185	1 736 710 705	1 827 257 945	1 827 257 945	1 797 075 532	1 817 197 141	1 813 843 539	9 082 632 101

Total programme des maladies non transmissibles	22 336 963 391	28 028 985 010	25 182 974 201	25 182 974 201	26 131 644 470	25 499 197 624	25604605432	127 601 395 927
Programme National Intégré de Lutte contre le Maladies Tropicales Négligées et la Cécité								
Coût des programmes	366 185 296	599 510 475	482 847 885	482 847 885	521 735 415	495 810 395	500 131 232	2 483 372 812
Médicaments, produits et fournitures	1 386 409 873	726 571 358	1 056 490 616	1 056 490 616	946 517 530	1 019 832 920	1 007 613 689	5 086 945 370
Part des coûts du système de santé	1 124 106 126	1 176 712 939	1 150 409 533	1 150 409 533	1 159 177 335	1 153 332 134	1 154 306 334	5 767 634 868
Total Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité	2 876 701 295	2 502 794 772	2 689 748 034	2 689 748 034	2 627 430 280	2 668 975 449	2 662 051 254	13 337 953 050
Grand Total	281 445 217 634	256274757941	283 332 039 967	273 684 005 180	271096934363	276037659 837	273606199793	1743012134149

Tableau 6. Répartition du budget par pilier du système de santé

Ressources Humaines								
Salaires du personnel et bénéfices	20 758 316 975	21 655 752 719	21 207 034 847	21 207 034 847	21 356 607 471	21256892388	21273511568	148 715 150 814
Total Ressources Humaines	20 758 316 975	21 655 752 719	21 207 034 847	21 207 034 847	21 356 607 471	21256892388	21273511568	148 715 150 814
Infrastructures								
Coût de construction	14 419 000 001	19 394 856 500	16 906 928 250	16 906 928 250	17 736 237 667	17183364723	17275510213	119 822 825 605
Equipements, meubles et véhicules	19 704 501 324	17 590 919 011	18 647 710 168	18 647 710 168	18 295 446 449	18530288928	18491148 515	129 907 724 563
Coût de réhabilitation	30 673 139 972	30 265 139 901	30 469 139 937	30 469 139 937	30 401 139 925	30446473266	30438917709	213 163 090 646
Coûts opérationnels et de maintenance	2 164 370 333	3 069 988 303	2 617 179 318	2 617 179 318	2 768 115 647	2 667 491 428	2 684 262 131	18 588 586 478

Total Infrastructures	66 961 011 630	70 320 903 716	68 640 957 673	68 640 957 673	69 200 939 687	68827618 344	68889838568	481 482 227 290
Logistique								
Total coûts du dépôt	205 200 000	205 200 000	205 200 000	205 200 000	205 200 000	205 200 000	205 200 000	1 436 400 000
Total coûts des véhicules	150 160 625	129 010 692	139 585 659	139 585 659	136 060 670	138 410 662	138 018 997	970 832 963
Total des coûts des employés	85 615 200	85 615 200	85 615 200	85 615 200	85 615 200	85 615 200	85 615 200	599 306 400
Total Logistique	440 975 825	419 825 892	430 400 859	430 400 859	426 875 870	429 225 862	428 834 197	3 006 539 363
Médicaments, produits et fournitures								
Médicaments, produits	155 436 120 156	124420274745	139928 197 451	139928197451	134 758 889 882	138205094928	137630727420	970 307 502 034
Financement de la santé								

Coûts directs	25 184 080 053	13 045 134 149	19 114 607 101	19 114 607 101	17 091 449 450	18440221217	18215425923	130 205 524 995
Total Financement	37 776 120 079	19 567 701 224	19 114 607 101	19 114 607 101	17 091 449 450	18440221217	18215425923	130 205 524 995
Système d'information sanitaire								
Coûts de la dimension SIS	1 098 998 068	885 880 077	992 439 073	992 439 073	956 919 408	980 599 184	976 652 555	4 899 049 292
Coûts Recherche en Santé	732 262 917	732 262 917	732 262 917	732 262 917	732 262 917	732 262 917	732 262 917	3 661 314 583
Total Système d'information sanitaire	1 831 260 985	1 618 142 994	1 724 701 989	1 724 701 989	1 689 182 324	1 712 862 101	1 708 915 472	8 560 363 875
Gouvernance								
Activités de gouvernance	154 844 000	140 756 000	147 800 000	147 800 000	145 452 000	147 017 333	146 756 444	734 825 778
Total Gouvernance	154 844 000	140 756 000	147 800 000	147 800 000	145 452 000	147 017 333	146 756 444	734 825 778

Total par pilier	283 358 649 649	238143357290	251 193 699919	25119 699 919	244 669 396 684	249018932174	248294009593	1 743 012 134 149
-------------------------	------------------------	---------------------	-----------------------	----------------------	------------------------	---------------------	---------------------	--------------------------

Tableau 7. Répartition du budget par nature de dépenses

Type de dépenses	2 021	2 022	2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	
Dépenses récurrentes (fonctionnement) (BIF)	178914017362	128131032901	244230 022 643	183758357635	185373137726	204453839335	191195111566	1 316 055 519 168
Dépenses de capital (investissement) (BIF)	64 395 050 402	64 002 268 883	56 304 653 322	61 567 324 202	60 624 748 802	59498908776	60563660593	426 956 614 981
Coût total des plans	243309067764	192133301784	300534 675 965	245325681838	245997886529	263952748111	251758772159	1743012134149
Dépenses par habitant								
Population totale	12 574 571	12 837 743	13 097 400	13 353 053	13 604 768	13 351 740	13 436 520	

Dépenses récurrentes par habitant (BIF)	14 449	13 790	14 725	14 322	14 279	14 442	14 347	100 355
Dépenses d'investissement par habitant (BIF)	5 183	5 110	2 818	6 555	4 828	4 734	5 372	34 599
Coût total par habitant (BIF)	19 632	18 900	17 543	20 877	19 107	19 176	19 720	134 954

ANNEXES

CADRE LOGIQUE DU PLAN STRATEGIQUE D'ICI 2027

OBJECTIF GENERAL 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

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
But: Le présent document qui couvre la période de six ans de 2021 à 2027 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, il renforce en outre la stratégie sectorielle 2021-2027 et l'étend sur l'échéance du PND 2018-2027										
Cible 1	Le ratio de mortalité maternelle passe de 295 à 217 pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2027									
Cible 2	Le taux de mortalité néonatale passe de 20 à 14 pour 1000 naissances vivantes (NV) d'ici 2027									
Cible 3	Le taux de mortalité infantile passe de 47 à 27 pour 1000 NV d'ici 2027									
Cible 4	Le taux de mortalité infanto-juvénile passe de 78 à 50 pour 1000NV d'ici 2027									
Cible 5	Le taux de mortalité due au paludisme passe de 25.5 à 8 pour 100.000 habitants d'ici 2027									
Cible 6	Le taux de mortalité due à la tuberculose passe de 5.0 à 1 pour 100.000 habitants en 2027									
Cible 7	Le taux mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles passe de 23% à 16% d'ici 2027									
Cible 8	Le taux de mortalité due au cancer passe de 4,5 à 3,3 % d'ici 2027									
Cible 9	D'ici 2027, l'indice synthétique de fécondité sera réduit de 5.5 à 3.5 naissances par femme en âge de procréer									
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										
Cible 1	La couverture contraceptive chez toutes les femmes de 15 à 49 ans passe de 26 % à 32 % en 2027									
Cible 2	Le % des besoins non satisfaits en PF passent de 28.5 à 23 % d'ici 2027									
Cible 3	Le % d'accouchements dans les établissements de santé passe de 87 % à 98 % d'ici 2027									
Cible 4	Le taux d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié passe de 88 % à 94 % d'ici 2027									
Cible 5	Taux de fécondité chez les adolescentes de 15 à 19 ans passe de 6.5% à 3.5% d'ici 2027									

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Cible 6	Le taux de couverture des enfants complètement vaccinés passe de 84 à 95 % d'ici 2027									
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 2027									
Cible 8	Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant passe de 11,5 à 5% d'ici 2027									
Cible 9	Le taux de notification de tuberculose, toute forme confondue (TTF) passant de 93 à 105 pour 100 000habitants d'ici 2027									
Cible 10	Le taux de notification de la Tuberculose Pulmonaire Bacille positif (TPB +) passant de 62 à 61 pour 100 000 habitants d'ici 2027									
Cible 11	% des cas de tuberculose TB/MR passant de 25 à 90 % d'ici 2027									
Cible 12	% de lépreux avec degrés d'invalidité 2 passant de 9 à 5 % d'ici 2027									
Cible 13	L'Incidence du paludisme passe de 489 à 200 pour 1 000 habitants d'ici 2027									
Cible 14	La prévalence parasitaire du paludisme passe de 21,6% à 9% d'ici 2027									
Cible 15	La prévalence de l'hépatite B passe de 7% à 5% d'ici 2027									
Cible 16	La prévalence de l'hépatite C passe de 10% à 7% d'ici 2027									
Cible 17	Le taux de prévalence de la schistosomiase passant de 4% à 0,5% d'ici 2027									
Cible 18	Le taux de prévalence du trachome passant de 1% à l'élimination d'ici 2027									
Cible 19	Le taux de prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5ans passe de 20% à 16% en 2027									
Cible 20	L'Incidence de la rougeole passe de 1.8 à 0.2 d'ici 2027									
Cible 21	La prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5ans passe de 50 à 44% d'ici 2027									
Cible 22	La prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de moins de 5ans passe de 3 à 2 % d'ici 2027									
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%	26%	28%	30%	32%	34%	38%	40%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Action I.1.1 action Familiale à tous les	Renforcer la qualité des services de Planification Familiale à tous les niveaux de l'offre des soins	% des Formations Sanitaires intégrant la Planification Familiale (PF) en post-partum dans le service de maternité	23%	30%	34%	38%	42%	46%	52%	56%
	Renforcer les capacités des prestataires des services des CPN sur la corrélation entre la démographie galopante et la malnutrition	% des formations sanitaires intégrant la malnutrition dans les services de planification familiale		1%	5%	15%	25%	35%	45%	50%
Résultat I.2	La qualité des services de santé maternelle, néonatale est améliorée	Ratio de décès maternels dans les formations sanitaires	101 pour 100000 Naissances Vivantes	57.8 pour 100000 Naissances Vivantes	52.8 pour 100000 Naissances Vivantes	47.8 pour 100000 Naissances Vivantes	42.8 pour 100000 Naissances Vivantes	37.8 pour 100000 Naissances Vivantes	32.8 pour 100000 Naissances Vivantes	27.8 pour 100000 Naissances Vivantes
		Ratio de décès néonatal dans les formations sanitaires	2,1 pour 1000 Naissances Vivantes	1,95 pour 1000 Naissances Vivantes	1,82 pour 1000 Naissances Vivantes	1,69 pour 1000 Naissances Vivantes	1,56 pour 1000 Naissances Vivantes	1,43 pour 1000 Naissances Vivantes	1,30 pour 1000 Naissances Vivantes	1,17 pour 1000 Naissances Vivantes
		Taux de césarienne	6,4	8.9	9,4	9,9	10.4	10.9	11.4	11.9

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
		Taux de mortalité périnatale dans les formations sanitaires	12,4 pour 1000 NV	35.8 pour 1000 NV	33.8 pour 1000 NV	31.8 pour 1000 NV	29.8 pour 1000 NV	27.8 pour 1000 NV	25.8 pour 1000 NV	23.8 pour 1000 NV
		% de femmes enceintes de 15 à 49 qui ont bénéficié d'au moins 4 visites de Consultations Prénatales (CPN)	36.80%	40,80%	45,60%	48%	51%	54%	57%	60%
		Taux de prévalence des fistules obstétricales	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
		Taux de couverture en Consultations Post-natales (CPON) précoce	7%	19%	29%	39%	49%	59%	69%	79%
Action I.2.1	Renforcer l'offre des Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) de qualité	Score qualité d'offre des services Soins obstétricaux et Néonataux Essentiels b (SONE)	5	5	5	5	5	5	5	5
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 Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence et complets (SONUC) du réseau	29%	60%	64%	68%	72%	76%	80%	84%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
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%	5%	7%	9%	11%	13%	15%	17%
Résultat I.3	La qualité des soins de santé des adolescents et jeunes est améliorée	% des adolescents et jeunes bénéficiant des services	6%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	12%
Action I.3.1	Renforcer l'offre des services SSRAJ de qualité	% des CDS qui offrent les services SSRAJ de qualité	20%	28%	30%	32%	34%	36%	38%	40%
Action I.3.2	Accréditation annuelle d'au moins deux hôpitaux de district ou assimilés en vue de soutenir et consolider le processus d'amélioration continue de la qualité des services et soins de santé	Nbre d'hôpitaux accrédités par an	0	0	2	4	6	8	10	12

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
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%	45%	50%	55%	60%	65%	70%
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 charge médicale des VBG	50%	65%	70%	75%	80%	85%	85%	90%
	Coordonner les interventions sur la prise en charge des VSBG, SSRAJ	% des Centres de santé offrant les services de SSRAJ	20%	28%	30%	32%	34%	36%	38%	40%
		% des Formations Sanitaires prenant en charge les VSBG	50%	65%	70%	75%	80%	85%	85%	90%
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%	65%	68%	70%	72%	75%	78%	80%
Action I.5.1	Offrir un service de qualité de prévention du nouveau-né et du nourrisson	% d'enfants complètement vaccinés (à 2 ans)	76.60%	84%	88%	90%	91%	92%	93%	95%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Action I.5.2.	Former tous les tradipraticiens du Burundi sur les signes de dangers des maladies de l'enfance	% de tradipraticiens formés sur les signes de danger des maladies de l'enfance	0%	5%	20%	35%	50%	70%	85%	100%
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%	25%	29%	35%	39%	43%	47%	51%
		% des femmes ayant fait un allaitement précoce	85%	91%	93%	95%	95,5%	96%	96,5%	97%
		% des femmes ayant fait un allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois	83%	85%	87%	90%	91%	92%	93%	94%
		Pourcentage de ménages disposant le sel iodé	99%	99.20%	99.30%	99.40%	99,4%	99,5%	99,5%	99,5%
		Taux de couverture en vitamine A	83%	89%	90%	95%	95,2%	95,5%	95,8%	96%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Action I.5.3	Passer à l'échelle la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère (MAS) Selon l'approche CMAM	% des enfants MAS prises en charges	80%	89%	92%	95%	95,5%	96%	96,5%	97%
		% des enfants malnutrismalnurris aigus modérés (MAM) prises en charges	50%	62%	66%	70%	74%	78%	82%	86%
		% des femmes enceintes et allaitantes MAM prises en charge	17.70%	29%	33%	38%	41%	44%	47%	50%
		% des enfants de plus de 5 ans et des adolescents MAS ayant bénéficié la prise en charge nutritionnelle	4.50%	27%	34%	40%	43%	46%	49%	52%
		% des enfants de plus de 5 ans et des adolescents MAM ayant bénéficié la prise en charge nutritionnelle	3.50%	13%	16%	20%	22%	25%	28%	30%
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%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Action I.6.1	Offrir un service de qualité pour l'immunisation chez l'enfant et l'adolescent	Couverture vaccinale en 5ème dose du vaccin conjugué antitétanique antidiphtérique (Td5) chez le jeune enfant (garçon et fille)	0%	0%	50%	60%	70%	80%	90%	94%
		Couverture vaccinale en 6ème dose du vaccin conjugué antitétanique antidiphtérique (Td6) chez le jeune enfant (garçon et fille)	0%	0%	50%	60%	70%	80%	90%	94%
		Couverture vaccinale contre le Human Papillomavirus (HPV) chez la jeune fille	0%	0%	0%	60%	70%	80%	90%	94%
	Réduire le taux d'abandon	Taux d'abandon spécifique Rougeole-Rubéole (RR)	20%	10%	9%	8%	7%	6%	5%	5%
Résultat I.7	La qualité des soins de santé des personnes âgées est améliorée	% des FOSA qui offrent un service de Gériatrie	0%	0%	1%	2%	5%	10%	15%	20%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Action I.7.1	Élaboration 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	0	1				1		1
Action I.7.2	Faire un plaidoyer pour la gratuité des soins aux personnes âgées	Le paquet de soins gratuit aux personnes âgées.	0%		50%					100%
		% du budget alloué au paiement des soins offerts aux personnes âgées	0%	1%	2%	5%	10%	20%	30%	50%
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	0%	1%	10%	20%	30%	40%	50%	60%
Résultat I.8	L'offre et la capacité opérationnelle des services de nutrition sont améliorées	% de FOSA intégrant les services de nutrition	50.80%	75%	95%	97%	98%	99%	100%	100%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
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%	65%	70%	75%	85%	90%	95%	100%
Action I.8.2	Renforcement des capacités techniques des prestataires de santé dans les activités promotionnelles sanitaires et nutritionnelles	Proportion de FOSA qui dispose d'un personnel formé sur les actions promotionnelles et nutritionnelles	51%	70%	73%	75%	78%	81%	85%	90%
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%	45%	40%	35%	31%	27%	23%	20%

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

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
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%	85%	90%	95%	96%	97%	98%	99%
		Taux de couverture en traitement ARV	77%	91%	92%	93%				
		Couverture de traitement pour l'hépatite B	DND	59%	63%	68%	75%	80%	89%	95%
		Couverture de traitement pour l'hépatite C	DND	59%	63%	68%	75%	80%	89%	95%
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	15	18	20	24	27	31	35
	Coordonner les interventions de lutte contre le VIH et les coinfections	% de la population burundaise atteignant la cible des 95-95-95					90%	92%	93%	95%
	Effectuer des inspections pour vérifier la disponibilité et	Nombres des inspections effectuées par rapports au nombre prévues	0	0	0	50%	75%	80%	90%	100%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	l'état des appareils intervenant dans le suivi des malades.									
Action II.1.2	Adapter et mettre en œuvre les directives et documents de prise en charge globale du VIH/SIDA	% de formations sanitaires qui mettent en œuvre les nouvelles directives de prise en charge du VIH	53%	75%	80%	85%	88%	92%	96%	99%
	(Médicale, psychosociale, socioéconomique, réhabilitation, réadaptation)	% de formations sanitaires qui font la prise en charge psychosociale des PVVIH	19%	35%	40%	45%	54%	70%	85%	99%
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%	50%	55%	60%	70%	88%	95%	100%
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	14%	30%	35%	40%	49%	53%	60%	65%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
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 5 ans	40%	75%	78%	80%			80%	
		Taux d'utilisation des MIILDA chez les femmes enceintes	44%	70%	75%	80%	80%	80%	80%	80%
		Taux de couverture en PID (Pulvérisation intra domiciliaire)	7%	14%	18%	18%	18%	20%	20%	20%
	Coordonner les interventions de lutte contre le paludisme	Taux d'utilisation des MIILDA par les ménages	54%	80%	80%	80%	83%	85%	90%	100%
		Taux de couverture en TPIg (Traitement préventif intermittent au cours de la grossesse)	54%	83%	91%	100%	100%	100%	100%	100%
Action II.2.1	Distribution continue des MILDA	Taux de possession des MIILDA	7%	14%	18%	18%	18%	20%	20%	20%
Action II.2.2	Mise à l'échelle d'interventions efficaces de	Taux de couverture en PID (Pulvérisation intra domiciliaire)	40%	70%	70%	80%	80%	80%	80%	80%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	prévention contre le paludisme									
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	86.60%	99%	100%	100%	100%	100%	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 %	92,30%	92,30%
Action II.3.1	Renforcer la détection et la prise en charge de la TB multirésistantemulti i résistante	Nombre de cas TB/MR notifiés et traités	80 en 2016	165	165	165	165	165	165	165
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	620	640	660	680	700	720	740
	Effectuer une inspection sur la prise en charge de	Nombre des CDT inspectées par rapport				x	x	x	x	x

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	la Tuberculose dans les CDT	aux CDT au nombre prévus								
Résultat II.4	La prévention, le diagnostic et la prise en charge des maladies non transmissibles est intégrée dans le	% des CDS offrant des services de préventions, de diagnostic et de prise en charge du diabète	38%	40%	42%	46%	50%	54%	58%	62%
	paquet des services des FOSA	% des CDS offrant des services de préventions, de diagnostic et de prise en charge des maladies cardio-vasculaires % des CDS offrant des	29%	30%	31%	33%	35%	37%	39%	41%
		services de préventions, de diagnostic et de prise en charge des maladies respiratoires chroniques	35%	37%	38%	41%	44%	47%	50%	53%
		% des hôpitaux offrant des services de prévention, de diagnostic et de prise en charge du diabète	57%	59%	60%	62%	64%	68%	77%	78%
		% des hôpitaux offrant des services de prévention, de diagnostic et de prise en charge des	51.80%	52%	53%	57%	64%	68%	72%	74%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
		maladies cardiovasculaires								
		% des hôpitaux offrant des services de prévention, de diagnostic et de prise en charge des maladies respiratoires chroniques	87.30%	88%	88%	89%	91%	93%	95%	97%
Action II.4.1	Offrir des services de prévention, de détection précoce et de prise en charge des Maladies chroniques non transmissibles (MCNT) : Diabète,	% de FOSA intégrant les services de prévention et de détection précoce des MCNT	DND	10%	15%	20%	25%	27%	29%	32%
	Maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques, épilepsie, cancer									

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	Coordonner les interventions de dépistage et de prise en charge des maladies chroniques non transmissibles	% des Formation sanitaires faisant le dépistage et la prise en charge des maladies chroniques	DND	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%
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	0	0	0	1
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	10	20	30	40	50	70	80
Action II.4.4	Intégrer l'offre des services de soins de santé mentale dans les paquets PMA et PCA	Nombre de CDS intégrant le Paquet Minimum d'Activité (PMA) pour les soins de santé mentale	19	28	32	42	52	62	72	82
		Nombre d'hôpitaux intégrant le Paquet ComplémentaireComplémentaire d'Activité (PCA) pour les soins de santé mentale	14	26	31	41	51	61	71	81

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
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	1	14	16	18	20	22	24	26
	Effectuer des inspections normatives dans les FOSA privées des Provinces sanitaires	Nombre de FOSA privées inspectées par rapport au nombre total des prévues.	X	X	X	X	X	X	X	X
	Effectuer des Inspections d'état des lieux de l'hygiène et assainissement dans les formations sanitaires	nombre de formations sanitaires inspectées par rapport aux prévues	x	x	x	x	x	x	X	x
xRésultats II.5	Le traitement de masse des MTN est renforcé	Taux de couverture thérapeutique schistosomiase	98.60%	99%	99%	99%	99.20%	99.5	99.6	99.8
		Taux de Couverture thérapeutique onchocercose	81%	83%	83%	84%	84.50%	85%	85%	85%
		Taux de Couverture thérapeutique du trachome cécitant et compatible avec son	95%	Pré-élimination (enquête de surveillance)	Pré-élimination (Soumission du dossier à	Elimination				

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
		élimination comme problème de santé publique		pour élimination)	OMS pour élimination					
		Taux de couverture thérapeutique des géohelminthiasesgéo helminthiases	98%	98%	98%	98%	98.50%	98.70%	99%	99%
Action II.5.1	Renforcer la mobilisation communautaire	% des groupes cibles touchés par les séances de mobilisation	80%			95%				100%
Action II.5.2	Renforcer les capacités des Formations OSAanitaires dans l'offre de services	% des Formations OSAanitaires des districts ayant les capacités techniques d'offrir les services	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Action II.5.3	Renforcer les capacités des GASC pour la distribution de masse des médicaments de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées(MTN)	% des Groupement d'Agents de Santé Communautaire (GASC) des districts sous traitement ayant les capacités techniques pour assurer la distribution des médicaments au niveau communautaire dans la lutte contre les MTN	90%	93%	94%	95%	96%	96%	98%	98%
Action II.5.4	Etudes d'impact des interventions de lutte contre les MTN	% des Maladies tropicales TNégligées (MTN) ayant fait objet d'une étude d'impact	63%	82%	85%	90%	92%	94%	95%	95%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Résultat II.6	La surveillance des maladies pour améliorer la réponse est renforcée	% des menaces ou catastrophes survenus et maîtrisés	70%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
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	25	25	25	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 aux maladies, les épidémies)	Nombre de prestataires formés sur la détection, prévention et réponse efficaces aux menaces pour la santé	320	950	1000	1000	1050	1050	1100	1100

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
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	46	46	46	47	47	47	47
Résultat II.7	La capacité des services de laboratoire est améliorée	Nombre de laboratoires accrédités	2	7	8	9	10	11	13	15
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	21	25	30				

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	Coordonner les interventions en rapport avec la classification des laboratoires	% de laboratoires atteignant au moins les 2 étoiles (2 Stars)			5%	10%	20%	30%	40%	50%
Action II.7.2	Elaborer les directives nationales PCI: "Prévention et contrôle de l'infection"	Les directives nationales PCI sont disponibles								
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								
OBJECTIF GENERAL (OG) 2 : AMELIORER LES PERFORMANCES DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE ET DU SYSTEME COMMUNAUTAIRE										
Cible 1	Le pourcentage des FOSA qui remplissent les normes en ressources humaines passe de 5% à 15% en 2027									
Cible 2	Le pourcentage des FOSA qui n'ont connu de rupture de stock en médicaments traceurs passe à 95% en 2027									
Cible 3	Taux de disponibilité moyenne des médicaments traceurs au niveau de toutes les FOSA passe de 85 à 99% d'ici 2027									
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 15% en 2027									
Axe stratégique III: Amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé										
Résultat III.1	L'adéquation qualitative et	% des lauréats médicaux/paramédicaux ayant les qualifications requises répondant aux besoins du pays	DND	50%	55%	60%	65%	75%	80%	90%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	quantitative entre la formation (initiale et continue) des RHS et les besoins du système sanitaire est assurée									
	Système sanitaire est assurée	% des établissements secondaires et universitaires de santé disposant un programme harmonisé et tenant compte des besoins du pays	24%	80%	90%	92%	93%	95%	98%	100%
Action III.1.1	Mettre en place un cadre d'accréditation conjointe annuelle des filières de formation initiale médicale et paramédicale	% filières de formation médicale et paramédicale accréditées conjointement selon les besoins du secteur de la santé	0	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
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	24%	80%	90%	92%	93%	95%	98%	100%
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%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Action III.1.4.	Constituer la base de données des besoins en formation en cours d'emploi	Une base des données des besoins de formation en cours d'emploi constituée et actualisée	0	X	X	X	X	X	X	X
Action III.1.5	Intégrer dans le programme de formation paramédicale secondaire la santé sexuelle et reproductive des	% des écoles ayant le programme intégrant la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes	0	30%	40%	60%	70%	80%	90%	100%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	adolescents et des jeunes									
Résultat III.2	La gestion des ressources humaines est améliorée	% des FOSA disposant d'un logiciel fonctionnel de gestion des ressources humaines	0%	0%	30%	40%	50%	60%	80%	100%
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%	20%	35%	50%	65%	80%	100%
Action III.2 .2	Elaborer et institutionnaliser les comptes nationaux des ressources humaines en santé	Disponibilité des comptes nationaux RHS	0%	30%	40%	60%	70%	80%	90%	100%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Action III.2.3	Actualiser les normes sur les RHS du MSPLS en tenant compte de la charge de travail	WISN est Fonctionnel,	0	0%	10%	25%	35%	50%	65%	80%
		-Document de normes sur les RHS actualisé et disponible	0	X	X	X	X	X	X	X
Action III.2.4	Rendre plus performant le système d'information sur les RHS	Un logiciel de gestion des ressources humaines disponible	0%	20%	30%	50%	70%	80%	90%	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%	0%	20%	40%	60%	80%	100%
		Nombre de réunions organisées	0	X	X	X	X	X	X	X
Action III.2 .6	Développer et mettre en œuvre un plan de recrutement des RHS jusqu'en 2027	Nombre des personnes recrutées par rapport au nombre de personnes prévues dans le plan de recrutement	1673	239	239	239	239	239	239	239

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Action III.2.7	Faire une étude sur le marché du travail en santé	Existence de base de données mise à jour sur les effectifs des agents de santé actifs sur le marché de travail (nombre d'entrants et de sortants sur le marché de travail)	1	X	X	X	X	X	X	X
Action III.2.8	Recruter un médecin Neurochirurgien, Un chirurgien cardio-thoracique et un Néphrologue à l'HPRC	-	-	-	-	-	-	100%		
	Former 150 prestataires de la CPLR sur la communication non violente pour améliorer l'accueil des patients	150 prestataires de la CPLR sont formés sur la communication non violente pour améliorer l'accueil des patients	-	50%	100%					
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	Le cadre	Pourcentage des Structures pharmaceutiques respectant la réglementation en vigueur	DND	60%	80%	95%	97%	98%	100%	100%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	institutionnel, juridique et réglementaire du secteur pharmaceutique est renforcé									
Action IV.1.1	Actualiser et adopter la loi régissant la pharmacie, le médicament et la médecine traditionnelle	Une loi pharmaceutique est disponible				X	X	X	X	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								
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%	73%	75%	80%	85	85	85	85

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Action IV.2.1	Renforcement du système d'approvisionnement des produits pharmaceutiques par préqualification des fournisseurs	Taux de disponibilité des médicaments traceurs	60	78	85	90	95	97	98	99
Action IV.2.2	Construction de deux entrepôts régionaux (GITEGA et NGOZI)	Nombre des entrepôts construits	0	0	0	1	0	0	2	2
	Organiser et effectuer des inspections des structures sanitaires (pharmacies, centres optiques, Maisons de vente des produits et réactifs des équipements biomédical)	Nombre de structures sanitaires inspectées par rapport au nombre prévu	X	X	X	X	X	X	X	X
Résultat IV.3	La qualité des produits pharmaceutiques et produits de santé (médicaments, les vaccins et autres)	Pourcentage des structures d'importation faisant l'analyse de la qualité de tous les lots des produits	DND	30%	40%	50%	70%	80%	90%	95%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	produits de santé) est garantie	pharmaceutiques importés								
		Pourcentage des médicaments homologués circulant sur le territoire national	DND	8,3%	15%	30%	45%	60%	75%	90%
Action IV.3.1	Mise en place d'un cadre d'audit périodique de l'assurance qualité des produits pharmaceutiques	Pourcentage des structures pharmaceutiques auditées (Pharmacies privées, CAMEBU, ONGs)	0	2	2	2	3	3	4	4
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		55%	60%	70%	80%	85%	95%	100%
Résultat IV.4	La disponibilité et l'accessibilité des produits sanguins sont renforcés	% des hôpitaux de première référence qui offre le service de transfusion sanguine	54% (Enquête SARA 2016)			80%	85%	90%	95%	100%
		Le taux de disponibilité des éléments traceurs pour la transfusion sanguine parmi les	89% (Enquête SARA 2016)			100%	100%	100%	100%	1000%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
		établissements de santé offrant ce service								
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%	15%	30%	45%	60%	75%	90%	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 sécurité transfusionnelle	Pourcentage de CRTS construits et équipés	40%	60%	60%	80%	80%	80%	100%	100%
		Pourcentage des FOSA (Hôpitaux et cliniques et Centre Médical) disposant d'une banque de sang	62%	75%	78%	80%	83%	85%	90%	92%
		Pourcentage de demandes de sang des FOSA (Hôpitaux et cliniques) totalement honorées	68.70%	85%	90%	93%	95%	97%	100%	100%
Action IV.4.3	Renforcement de la sécurité transfusionnelle	Pourcentage de poches de sang séparées en ses dérivés	0%	0%	15%	30%	45%	60%	75%	80%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
		Nombre de contrôle de qualité externe effectué	0	1	2	2	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	% des FOSA qui respectent les normes en infrastructure	0%	10%	25%	45%	55%	65%	75%	85%
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%	100%	100%
Action V.1.2	Plaider auprès des Partenaires pour l'équipement du Laboratoire d'analyse et de contrôle de qualité de l'eau et des aliments	Laboratoire d'analyse et de contrôle de qualité de l'eau et des aliments équipé et fonctionnel		Laboratoire fonctionnel à 0%	Laboratoire fonctionnel à 10%	Laboratoire fonctionnel à 40%	Laboratoire fonctionnel à 50%	Laboratoire fonctionnel à 60%	Laboratoire fonctionnel à 80%	Laboratoire fonctionnel à 100%
Action V.1.2	Élaboration d'un plan d'extension et sa mise en œuvre des FOSA pour atteindre les normes en infrastructures sanitaires au	% des districts sanitaires ayant d'un plan d'extension pour atteindre les normes en infrastructures sanitaires.	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	niveau de chaque district.									
Action V.1.3	Construction de quatre (4) hôpitaux de districts, 35 bureaux de districts sanitaires ,85 centres 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	34	55	80	90	110	131	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	Nombre de structures soins réhabilitées	2	7	8	10	10	10	10	10

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	sanguine (CRTS) Bururi et Cibitoke									
	La construction de 116 Hôpitaux communaux	Nombre de communes ayant un hôpital	0%	30%	60%	90%	100%	100%	100%	100%
	Construction des postes de soins sur chaque colline	Nombre de colline ayant des postes de soins	0%	0%	30%	60%	80%	90	100%	100%
	La construction et équipement d' un bâtiment mère- enfant de 2 niveaux à l'Hôpital Prince Régent Charles	Un bâtiment mère-enfant de 2 niveaux construit et équipé à l'Hôpital Prince Régent Charles	0%	0%	20%	40%	60%	80%	90%	100%
	Réaménager les locaux du bloc d'admission pour raccourcir le circuit du malade	Le bloc d'admission est réaménagé	-	-	50%	100%				
	Construire un bâtiment mère- enfant à la CPLR	Un bâtiment mère-enfant est construit à la CPLR	0%	0%	10%	20%	40%	60%	80%	100%
	Construire une salle annexée au Bloc opératoire Maternité à la CPLR	Une salle annexée au Bloc opératoire Maternité à la CPLR est construite	0%	20%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	Aménager un deuxième bloc de chirurgie à la CPLR	Un deuxième bloc de chirurgie à la CPLR est aménagé	0%	20%	100%					
	Renforcement de la capacité d'accueil en infrastructures et en équipements de l'Hôpital Natwe Turashoboye de Karusi	Un bloc de pédiatrie et service de stabilisation thérapeutique disponible d'ici fin 2022	0%	50%	100%					
		Un bâtiment de chirurgie moderne construit d'ici 2027	0%	0%	0%	0%	20%	50%	80%	100%
Résultat V.2	La planification de l'acquisition des équipements médicaux et non médicaux des FOSA qui respectent les normes sanitaires est améliorée	% des FOSA disposant des équipements qui respectent les normes sanitaires.	0%	26%	28%	32%	36%	40%	45%	50%
		% des districts qui disposent les trois éléments de maintenance (Personnel formés, outillage de maintenance/intervention et logiciel GMAO	0%	23%	35%	60%	80%	90%	95%	100%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
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%	23%	35%	60%	80%	90%	95%	100%
	Actualisation de la cartographie du niveau de respect des normes en établissements de médecine traditionnelle	% des établissements de médecine traditionnelle respectant les normes		DND	10%	30%	40%	70%	80%	90%
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 un plan d'extension pour attendre les normes en équipements sanitaires.		0%	80%	100%	100%	100%	100%	100%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	Acheter sept (7) machines d'hémodialyse leurs kits de maintenace à l'Hôpital Natwe Turashoboye de Karusi	-	-	-	-	50%	100%			
	Acheter 8 machines d'hémodiayse à l'HPRC et leurs kits de maintenace		-	-	100%					
Actions V.2.3	Acquisition des équipements spécialisés au niveau des hôpitaux nationaux et régionaux : une IRM, un scanner par hôpital national), quatre générateurs et une station de traitement d'eau d'hémodialyse et un scanner à deux hôpitaux régional	Nombre d'IRM acquis par l'hôpital national	0	0	1	1	2	3	4	4

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
		Nombre de scanner médical acquis par les hôpitaux nationaux	0	0	1	3	4	5	6	6
		Nombre des générateurs avec une station de traitement d'eau d'hémodialyse acquis par les hôpitaux régionaux	0	0	0	4	8	12	12	12
Actions V.2.4	Elaboration et mise en œuvre d'un plan d'électrification	Existence d'un plan d'électrification et d'adduction d'eau élaboré.	0			x				
	ion et d'adduction d'eau de toutes les FOSA	% des FOSA pourvues en eau et électricité.	0%	87%	80%	82%	85%	87%	88%	100%
Action V.2.4	Acheter un nouvel appareil de RX à la CPLR	Un nouvel appareil de RX est acheté	0%	0%	0%	0%	50%	100%		
	Recrutement du personnel (1 Ophtalmologiste, 4 Médecins Généralistes, 3 Anesthésistes, 6 Infirmiers et 2 Laborantins) à la CPLR	Un nouveau personnel est recruté	-	50%	100%					

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
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		23%	35%	60%	80%	90%	95%	100%
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				
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	L'outil GMAO mis à l'échelle	0%	23%	35%	60%	80%	90%	95%	100%
	Maintenance Assistée par l'Ordinateur) dans les structures sanitaires.									

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

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Résultat VI.1	La qualité des données du Système National d'Information sanitaire (SNIS) est améliorée	% des CDS disposant des registres informatisés	0%	0%	8%	16%	24%	33%	42%	50%
		% des Hôpitaux disposant dossiers patients informatisés	0%	23%	30%	37%	44%	51%	58%	64%
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	85%	90%	95%	95%	95%	96%	98%
	Assurer diffusion des données sanitaires	Actualiser la carte sanitaire tous les trois ans	1	2	3	3	3	4	4	4
		Produire chaque année un annuaire des statistiques sanitaires			1	2	3	4	5	6

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Action VI.1.2		Pourcentage de structures respectant les normes et procédures de gestion de données	DND			80%				
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%	80%	83%	90%	95%	100%	100%	100%
Action VI.1.4	Disponibilité des outils informatiques de collecte des données pour les CDS	Pourcentage des CDS ayant des outils informatiques	DND	100%	100%	100%	95%	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		80%	85%	90%				

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
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, ...).		65%	75%	80%	85%	90%	95%	95%
Résultat VI.2	La recherche en santé est renforcée	Niveau (%) de mise en œuvre du plan de recherche	DND	55%	70%	80%	85%	90%	93%	95%
Action VI.2.1	Mise en place d'un cadre de collaboration de la recherche en santé de tous les partenaires	Existence du cadre de collaboration de la recherche en santé fonctionnel.		5%	15%	30%	50%	75%	85%	100%
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		15%	30%	60%	70%	80%	90%	100%
Action VI.2.3	Mise en place d'un observatoire national de santé fonctionnel	Disponibilité de l'observatoire national de santé fonctionnel		5%	15%	40%	60%	80%	100%	100%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Action VI.2.4	Mise en place d'un Centre d'Excellence de Recherche et de formation en Informatique de Santé	Le Centre d'Excellence de Recherche et de formation en Informatique de Santé est fonctionnel			5%	10%	30%	50%	60%	75%
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	10.80%	11.30%	11.70%	12%	12,3	12,9	13,4	14,4
		Dépenses totales de santé par habitant	31 USD en 2013			45 USD en 2023				55USD
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					

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
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 sanitaires	% de FOSA appliquant le FBP couplé à la gratuité des soins		90%	90%	90%	90%	90%	95%	95%
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	X	X
	Coordonner les interventions de mise en oeuvre du FBP y compris la mise à échelle du FBP communautaire	Nombre de provinces appliquant le FBP communautaire		8	10	12	14	16	17	18

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
VII.2	Faire des missions d'Audit financier dans les structures du MSPLS	Nombre de structures l'inspection financière a été effectuée par rapport au nombre prévu.	X	X	X	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			90%			98%	
		Taux de mise en œuvre des recommandations des revues annuelle conjointes		95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
Action VIII.1.2	Organiser l'audit institutionnel du MSPLS	Les résultats de l'audit sont disponibles		X	X	X	X	X	X	X
Action VIII.1.3	Elaborer et réviser les lois et normes sanitaires	Proportion des documents normatifs et légaux prévus et élaborés		100%	100%	100%	100%	10%	100%	100%
Action VIII.1.4	Organiser des revues annuelles conjointes avec le CPSD	% des revues annuelles organisées	x	x	x	x	x	x	x	x
	Organiser et tenir des ateliers provinciaux de restitution et partage des	nombre d'ateliers faits par rapports aux prévus	x	X	x	x	x	x	x	x

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	résultats issus des inspections									
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 de la stratégie sectorielle 2021-2027	40%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Niveau (%) de mise en œuvre des plans stratégiques sectoriels	DND	40%	70%	90%	92%	94%	95%	95%
Action VIII.2.1	Elaborer le cadre de suivi évaluation de la stratégie sectorielle 2021-2027	Existence d'un cadre de suivi évaluation de la stratégie sectorielle 2021-2027					x			
Action VIII.2.2	Appuyer l'alignement des plans stratégiques sous sectorielles à la stratégie sectorielle 2021-2027	% des plans stratégiques alignés à la stratégie sectorielle 2021-2027	18%	92%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Action VIII.2.3	Elaborer le CDMT santé	Existence du CDMT santé					x			

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
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				
	Effectuer des missions de suivi de la mise en œuvre des recommandations issues des inspections.	Nombre de recommandations mises en œuvre par rapport au nombre de recommandations libérées	x	x	x	x	x	x	x	x
Résultat VIII.3	La communication stratégique pour la promotion de la santé est renforcée	% de réalisation de la stratégie de communication	DND			100%	100%	100%	100%	100%
Action VIII.3.1	Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie de la communication du Ministère	Stratégie de communication	0	20%	30%	50%	100%	100%	100%	100%
Action VIII.3.2	Assurer l'encadrement des districts sanitaires	% de districts encadrés en matière de la CCC	6,50%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	en matière de la CCC									
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							
		% d'écoles mettant en œuvre la stratégie de promotion de la santé et hygiène en milieu scolaire	0	40%	60%	80%	80%	80%	80%	80%
Axe stratégique IX: Renforcement des interventions au niveau communautaire										
Résultat IX.1	La couverture du paquet de services offerts au niveau communautaire est améliorée	% de GASC mettant en œuvre le paquet complet de service communautaire	60%	65,9%	65,9%	65,9%	70.40%	70.40%	81.80%	100%
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	58%	90.90%	90.90%	90.90%	95.40%	95.40%	100%	100%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Action IX.1.2	Extension progressive du FBP au niveau communautaire	% des BPS appliquant le FBP Communautaire	0%	66%	100%	100%	100%	100%	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%	20%	20%	20%	25%	25%	25%	30%
Action IX.1.4	Actualiser régulièrement la cartographie du niveau de respect des normes en établissements de la Médecine traditionnelle	% des établissements de la MTR respectant les normes		DN	1 0%	30%	40%	70%	80%	90%
	Former les tradipraticiens sur les signes de danger des maladies de l'enfance	% des tradipraticiens formés		0%	20%	35%	50%	70%	85%	100%
Résulta IX.2	Les capacités des ASC et GASC sont renforcés	% des GASC formés en matière d'hygiène	4,70%	20%	30%	50%	60%	65%	70%	80%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
		% des communes appliquant l'approche ATPC	17,50%	30%	40%	50%	50%	50%	50%	50%
		% des GASC formés en SIS communautaire	34%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
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%	8%	10%	21%	25%	25%	27%	30%
Action IX.2.2	Etendre l'Approche l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC)	Pourcentage d'ASC formés sur l'ATPC	17,50%	30%	40%	50%	60%	70%	75%	80%
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%	50%	60%	70%	80%	90%	95%	95%

OBJECTIF GENERAL (OG) 3: RENFORCER DE LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE POUR UNE MEILLEURE SANTE

Cible 1	D'ici 2027, 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 2027, 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 2027, 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 2027, les ménages ayant accès à l'eau de boisson de source améliorée passe de 82.8% à 90%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Cible 5	Réduction du nombre de décès dus aux maladies non transmissibles de 30 500 à 25 000									
Cible 6	D'ici 2027, le % des ménages utilisant les latrines améliorées passe de 39% à 50%									
Cible 7	D'ici 2027, le % d'écoles fournissant l'ensemble minimum des services de santé et de nutrition en milieu scolaire passent à 10%									
Axe stratégique X: Lutte contre les facteurs de risques liés aux maladies transmissibles, non transmissibles et actions sur les déterminants sociaux de la santé										
Résultat X.1	La sécurité alimentaire et la nutrition sont améliorées	% d'enfants de 6–23 mois qui ont reçu l'apport alimentaire minimum Acceptable (Conformément aux 3 pratiques optimales de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant)	10%	25%	30%	33%	35%	37%	40%	43%
	Nutrition sont améliorées	% des communes disposant et appliquant le règlement d'hygiène et assainissement spécifique à leur circonscription	0%	40%	60%	70%	75%	80%	80%	80%
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	DN			90%				

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
		en œuvre du plan multisectoriel								
Action X.1.2.	Assurer la coordination semestrielle des intervenants en matière d'alimentation et de nutrition	% de réunions de coordination tenues	DND	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Action X.1.2	Développer les mécanismes de partenariat avec les industries agroalimentaires pour l'enrichissement et la fortification des aliments en faveur de la santé	% des FOSA disposant les aliments fortifiés dans les FOSA	25%	67%	74%	80%	80%	80%	80%	80%
		Nombre d'industries agro-alimentaires enrichissant et fortifiant les aliments	1	1	1	1				
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)	100% 85% (eau)	100%	100% (latrines) 100% (eau)	100% (latrines) 100% (eau)	100% (latrines) 100% (eau)	100% (latrines) 100% (eau)	100% (latrines) 100% (eau)

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Action X.2.1	Rendre disponible l'eau potable dans les structures sanitaires	% de Fosa disposant de l'eau potable	76%	90%	100%	100%	100%	100%	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,	42	56%	58%	60%	62%	65%	67%	70%
		Proportion de ménages disposant d'un endroit de lavage de main	7,18%	36%	45%	50%	55%	60%	65%	70%
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%	67%	68%	70%	73%	75%	78%	80%
Résultats X.3	Les mécanismes de lutte contre les substances psychoactives (Alcool, tabac ; stupéfiants) sont renforcés	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%	7%	6,5%	6%	6%
		Pourcentage de femmes enceintes et allaitantes qui consomment de boissons alcoolisées	1,40%			0,70%	0,6%	0,55%	0,5%	0,5%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
		Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui consomment de boissons alcoolisées	48%	42%	41%	40%	38%	37%	35%	32%
		Pourcentage des débits de boissons affichant des messages sur la consommation responsable des boissons alcoolisées	DND			60%	65%	75%	80%	80%
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							
		Etat de mise en œuvre des textes		50%	60%	70%	70%	80%	80%	80%
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	50%	80%	100%	100%	100%	100%	100%
Axe stratégique XI: Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles										

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
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%	60%	70%	80%	85%	90%	95%	100%
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	50%	70%	90%	95%	100%	100%	100%

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	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								
	Coordonner les interventions de renforcement de la surveillance intégrée des maladies et autres urgences de santé publique y compris les catastrophes naturelles	Existence d'un système de santé résilient et efficace à la gestion des urgences sanitaires et catastrophes naturelles							X	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 fécondé a changé	% des familles ayant adhéré à l'approche modèle de 3 enfants /famille	ND	40%	50%	60%	70%	80%	90%	95%
Action XII.1.1	Renforcer la collaboration	Existence des mécanismes d'échanges	0							

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	multisectorielle pour la maîtrise des données démographiques	des données d'état civil (décès, naissances) entre les FOSA et les communes								
Action XII.1.2	Renforcement du plaidoyer auprès des leaders religieux et administratifs en faveur de la maîtrise de la (PNSR)	% des leaders et autorités administratives religieuses sensibilisées sur la dividende démographique	DN	60%	80%	100%	100%	100%	100%	100%
Action XII.1.3	Mobilisation de la population sur les avantages socioéconomiques de la maîtrise de la croissance démographique	Nombre des campagnes (intégrées) de sensibilisation de la population organisées	ND	1	1	1	1	1	1	1