



REPUBLIQUE DU BURUNDI



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

PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

2011 - 2015

Version finale

PREFACE

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida se réjouit d'avoir un deuxième plan national de développement sanitaire 2011-2015. Ce deuxième PNDS s'inscrit donc dans la continuité du PNDS 2006 - 2010, bénéficiant ainsi des leçons tirées de ce dernier.

Le PNDS I qui vient de prendre fin avait mis un accent particulier sur les objectifs suivants: la réduction du ratio de mortalité maternelle et le taux de mortalité néo-natale ; la réduction du taux de mortalité infanto juvénile ; le contrôle de la morbidité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles et le renforcement de la performance du système de santé. Comme le PNDS précédent, il tient compte des souscriptions du Burundi aux Déclarations et Actes Internationaux en matière de santé notamment: la Déclaration d'Alma-Ata sur les Soins de Santé Primaires, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la Stratégie Sanitaire du Nouveau Partenariat Africain pour l'Aide au Développement (NEPAD) et le Sommet d'Abuja sur le Paludisme. Il va en outre contribuer à l'atteinte de la vision 2025 du Gouvernement du Burundi en faveur du développement durable en cohérence avec le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP II).

L'élaboration du PNDS II a adopté une approche participative avec une implication de tous les acteurs du secteur : les professionnels de la santé, les secteurs connexes de la santé, la société civile, le secteur privé, et les bailleurs de fonds avec l'appui des consultants tant nationaux qu'internationaux.

A travers le PNDS II, le Burundi réaffirme l'engagement du Gouvernement via le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida à améliorer la santé de la population. Pour cela, le MSPLS se fixe l'objectif sectoriel d'améliorer l'accès et la disponibilité aux soins et services de santé de qualité. Sur base des grandes orientations de la Politique Nationale de la santé, les axes prioritaires ont été identifiés pour les cinq années à venir, à savoir : i) L'amélioration de la Santé de la mère et de l'enfant ; ii) La lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ; iii) Le renforcement de la lutte contre le VIH/Sida dans une approche multisectorielle ; iv) Le renforcement des actions de lutte contre la malnutrition ; v) L'accroissement de la demande des soins de santé ; vi) Le renforcement du système de santé ; vii) Le renforcement et La pérennisation du Financement basé sur les performances associé à la gratuité des soins ; viii) La maîtrise de la croissance démographique.

Ce PNDS 2011 - 2015 dont il me plaît de signer la préface, constitue un cadre de référence pour toutes les actions de développement sanitaires du pays. Ce n'est qu'à travers des efforts consentis par les différents acteurs, depuis le niveau central jusqu'au niveau opérationnel que la performance du système de santé et les réformes en cours pourront être effectives.

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

Honorable Dr Sabine NTAKARUTIMANA

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida vient de se doter d'un **Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011 – 2015**. Son élaboration a requis la participation de nombreux partenaires.

Dans ce cadre, nous réitérons nos remerciements à l'endroit de l'OMS, IHP+, UNICEF, FNUAP, PNUD, UNION EUROPEENE, Banque Mondiale, Ambassade de Belgique, CTB , USAID, PATHFINDER, Coopération SUISSE pour leur apport technique et financier .

Nous apprécions positivement l'assistance des consultants internationaux dont l'appui a permis d'améliorer la qualité du document PNDS 2011-2015.

Notre gratitude va vers l'équipe d'experts en appui au MSPLS pour leur constante collaboration spécialement Mr NKIZWANAYO Sylvestre et Mlle KARISHMAH Bhuwanee.

Nous sommes reconnaissant vis-à-vis des départements, des programmes et projets, des services du MSPLS, d'autres ministères et institutions de l'Etat, la société civile (les secteurs privé et associatif) et les partenaires internationaux de la santé qui ont participé activement au processus d'élaboration du PNDS malgré leur charge de travail. Nous souhaitons que ce plan puisse renforcer leurs services autant que leurs conditions de travail.

L'élaboration du PNDS n'aurait pu être possible sans le travail assidu de l'équipe technique permanente composée de :

- Dr NINTERETSE Hilaire
- Dr NDABIHORE Nina
- Dr GASHUBIJE Longin
- Mme MUHORANE Carmen
- Mr NKINDIYABARIMAKURINDA Sublime
- Mr NZAMBIMANA Joseph

Ces remerciements ne sauraient se conclure sans une mention spéciale au Comité de Pilotage qui a fait le pari que nous pourrions achever l'élaboration de ce plan. Nous espérons nous être montrés dignes de sa confiance et de celle de nos autres partenaires.

A vous tous qui avaient contribué de près ou de loin à l'aboutissement de ce travail, ce PNDS est vôtre.

Notre souhait est que la mise en œuvre de ce PNDS contribue à améliorer la santé de toute la population burundaise en général et les plus vulnérables en particulier.

SOMMAIRE

PREFACE	2
REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	4
I. INTRODUCTION	12
II. CONTEXTE NATIONAL	13
2.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE DU PAYS	13
2.2. SITUATION DEMOGRAPHIQUE	13
2.3. SITUATION SOCIO - ECONOMIQUE	13
2.4. EDUCATION	14
2.5. EQUITE ET GENRE	14
2.6. ALIMENTATION ET NUTRITION	15
2.7. INFORMATION ET COMMUNICATION	16
2.8. EAU ET ENERGIE	16
2.9. HYGIENE ET ASSAINISSEMENT	17
2.10. LEADERSHIP ET GOUVERNANCE	17
III. DIAGNOSTIC SECTORIEL	19
3.1. ETAT DE SANTE DE LA POPULATION	19
3.2. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET EVOLUTION DES POLITIQUES EN MATIERE DE SANTE	20
3.3. ORGANISATION ET GESTION DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE	29
3.4. RESSOURCES POUR LA SANTE	33
3.5. PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	38
3.6. COLLABORATION INTERSECTORIELLE	41
3.7. SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE - PLANIFICATION - SUIVI - EVALUATION ET TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION	43
IV. DEFIS MAJEURS ET PRIORITES DU PNDS II	47
V. VISION, BUT, OBJECTIFS ET AXES STRATEGIQUES DU PNDS II	48
5.1. VISION	48
5.2. BUT	49
5.3. OBJECTIFS GENERAUX	49
5.4. OBJECTIF SECTORIEL	49
5.5. AXES STRATEGIQUES	50
VI. CHAÎNE DES RÉSULTATS, LES RISQUES ET CONDITIONS DE RÉUSSITE	58
6.1. CHAINE DES RESULTATS	58
6.2. CONDITIONS DE REUSSITE ET RISQUES	60
VII. CADRE DE MISE EN ŒUVRE	61
7.1. CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE	61
7.2. PLANIFICATION OPERATIONNELLE DU PNDS	62
7.3. MECANISMES DE COORDINATION	63
VIII. CADRE DE SUIVI & EVALUATION	63
8.1. INDICATEURS DE SUIVI ET EVALUATION	63
8.2. EVALUATION DU PNDS II	64
IX. CADRE PROGRAMMATIQUE ET BUDGET	64
9.1. ESTIMATION DES BESOINS DE FINANCEMENT	64

9.2. FINANCEMENT DU PNDS	71
ANNEXE 1: CADRE LOGIQUE DU PNDS	76
ANNEXE 2: SCENARIO BAS DU PNDS.....	102
ANNEXE 3: SCENARIO HAUT DU PNDS.....	104
TABLEAUX ET GRAPHIQUES.....	106

ACRONYMES & ABREVIATIONS

ABUBEF : Association Burundaise pour le Bien - Etre Familial
ACT : Combinaison Thérapeutique à Base d'Artemisinine
AEN : Actions Essentielles en Nutrition
ARNP: Autorité de Régulation Nationale de la Pharmacie
ARV : Anti-Rétro-Viraux
AS + AQ : Artesunate +Amodiquine
ASBL : Association Sans But Lucratif
ASC : Agents de Santé Communautaire
AT : Accoucheuses Traditionnelles
BPS : Bureau Provincial de Santé
CAMEBU : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du BURUNDI
CAPC : Connaissances, Attitudes, Pratiques et Comportements
CD : Centre de Dépistage
CDS : Centre de Santé
CDT : Centre de Dépistage et de Traitement de la Tuberculose
CEFORMI : Centre de Formation et de Recherche en Médecine et Maladies Infectieuses
CHUK : Centre Hospitalier Universitaire de Kamenge
CNPS : Comité National de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre du PNDS
CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine
COGES : Comité de Gestion
COSA : Comité de Santé
CPN : Consultation Périnatale
CPON : Consultation Post - Natale
CPPS : Coordonnateur Provincial de Promotion de la Santé
CRTS : Centre Régional de Transfusion Sanguine
CT : Centre de Traitement
CT-FBP : Cellule Technique/ Financement Basé sur la Performance
DBC : Distribution à Base Communautaire
DND : Données Non Disponibles
DOTS : Directly Observed Treatment Shortcourse (Prise contrôlée des médicaments)
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
DTC : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche
DTS : Dépenses Totales de Santé
EDSB : Enquête Démographique et de Santé du Burundi
EPC : Equipe de Prise en Charge
EPISTAT : Epidémiologie et Statistiques

EPS : Education Pour la Santé
FAR : Femme en âge de Reproduction
FBP : Financement Basé sur la Performance
FBU: Francs Burundais
GAVI: Global Alliance for Vaccines and Immunization
GLIA : Great Lakes Initiative on Aids (Initiative Régionale de Lutte contre le SIDA
GSIS: Gestion du Système d'Information Sanitaire
HCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
HTA : Hypertension Artérielle
IDH : Indice de Développement Humain
IEC : Information Education Communication
INH : Isoniazide
INSP : Institut National de Santé Publique
IST : Infection Sexuellement Transmissible
ISTEEBU : Institut des Statistiques et des Etudes Economiques du Burundi
JANS : Joint Assessment National Strategy» ou Evaluation Conjointe des stratégies Nationales
ME : Médicaments Essentiels
MII : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
MIILDA : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide de Longue Durée d'Action
MSF : Médecins Sans Frontières
MSPLS : Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA
NEPAD: New Economic Partnership in Africa for Development
OBC: Organisation à Base Communautaire
OBR: Office Burundais des Recettes
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONAPHA : Office National Pharmaceutique
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ORL : Oto-rhino-laryngologie
PAM : Programme Alimentaire Mondial
PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PDPN : Plan Directeur Pharmaceutique National
PEC : Prise En Charge
PETS : Enquête PETS « Public Expenditure Track Survey »
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PFA : Paralysie Flasque Aiguë
PIB : Produit Intérieur Brut
PMA : Paquet Minimum d'Activités
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PNILP : Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme
PNLT : Programme National de lutte contre la Lèpre et la Tuberculose
PNS: Politique National de Santé

PNSR : Programme National de Santé de la Reproduction
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
POA: Plan Opérationnel Annuel
PPN : Politique Pharmaceutique Nationale
PPP : Purchasing Power Parties
PSI : Population Service International
PTME : Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à Enfant
PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH
RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SEP/CNLS : Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte Contre le Sida
SETEMU : Services Techniques Municipaux
SFE : Sage - Femme d'Etat
SIGEFI : Système de Gestion des Finances
SIPHAR : Société Industrielle Pharmaceutique
SNIS : Système National d'Information Sanitaire
SPT : Stratégie Plainte Traitement
SONUB : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
Swap: Sector Wide Approach
TB: Tuberculose
TIDC : Traitement par Ivermectine sous Directive Communautaire
TPS : Techniciens de Promotion de la Santé
UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UP : Unité de Prestation
VAT : Vaccin antitétanique
VSAT: Very Small Aperture Terminal

RESUME EXECUTIF

En s'inspirant de la Vision 2025 du Gouvernement, le secteur de la santé a entamé depuis 2005, un long processus de mise en œuvre de sa Politique Nationale de Santé (PNS 2005-2015). Cette politique basée sur les Soins de Santé Primaires est mise en œuvre à travers un Plan National de Développement Sanitaire et des Plans Stratégiques sous sectoriels en cohérence avec le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Elle est également en cohérence avec tous les engagements internationaux, régionaux et sous régionaux auxquels le pays a souscrit plus spécifiquement dans le cadre du Partenariat International pour la Santé et les initiatives connexes (IHP+).

L'élaboration du PNDS II a fait l'objet d'un processus participatif ayant impliqué l'ensemble des acteurs du secteur de la santé, les partenaires techniques et financiers, la société civile. Avec l'appui de consultants nationaux et internationaux, les différents documents produits par l'Equipe Technique Permanente pour l'élaboration du PNDS (ETP) en collaboration avec les groupes thématiques (GT) ont été régulièrement validés par un Comité de Pilotage du PNDS (COPI) et par le Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement de la Santé (CPSD). Ces instances de coordination, planification et suivi du processus sont constituées de cadres de la santé et des secteurs connexes du gouvernement, des PTFs, des ONGs /Associations du secteur privé.

L'évaluation du Premier PNDS (2006 - 2010) et l'analyse de situation du secteur ont permis de noter une amélioration sensible de certains indicateurs notamment en matière de réduction de la mortalité infanto-juvénile, de lutte contre la maladie, de disponibilité et d'utilisation des services de santé maternelle et infantile. Certains résultats confirmés par l'enquête EDS 2010 montrent la pertinence de certaines réformes engagées au cours de la période écoulée notamment celles en rapport avec la politique de santé de district, la gratuité de soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans soutenue par le financement basé sur les performances. De plus la fusion des deux ministères (Santé et Sida) et la mise en place d'un cadre de concertation des partenaires au Développement du secteur(CPSD) constituent une initiative pertinente pour la revitalisation du système de santé à travers un partenariat efficace pour le développement sanitaire.

Cependant de nombreux défis persistent notamment en matière de réduction des mortalités maternelle (866 pour 100000 NV), infantile (59 pour 1000) et infanto-juvénile (96 pour 1000 NV) ainsi qu'en matière de réduction des morbidités et mortalités liées aux maladies transmissibles et non transmissibles.

Durant les 5 prochaines années, le MSPLS s'engage à accroître son leadership et assurer le pilotage du secteur basé sur la décentralisation, la gestion axée sur les résultats, la collaboration multisectorielle et un partenariat basé sur les principes de la Déclaration de Paris pour l'amélioration de la qualité de vie des burundais. Tenant compte des déficits encore importants en matière de ressources humaines, matériels et des possibilités de mobilisation des Fonds de l'Etat, de l'aide extérieure et de la capacité contributive du

secteur privé et des ménages et les priorités retenues pour la mise en œuvre du PNDS 2011 – 2015 sont :

- L'amélioration de la Santé de la mère et de l'enfant ;
- La lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
- Le renforcement de la lutte contre le VIH/ Sida dans une approche multisectorielle ;
- Le renforcement des actions de lutte contre la malnutrition ;
- L'accroissement de la demande des soins de santé ;
- Le renforcement du système de santé à travers des orientations stratégiques calquées sur les 6 piliers (prestations, ressources humaines, médicaments et produits de santé, financement, information sanitaire, suivi /évaluation, leadership et gouvernance) ;
- Le renforcement et la pérennisation du financement basé sur les performances associé à la gratuité des soins ;
- La contribution à la maîtrise de la croissance démographique.

A l'horizon 2015, le présent PNDS est en phase avec la vision de la PNS et poursuit le même but qui est de « **Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population, non seulement parce que c'est un droit humain, mais aussi pour permettre la relance de l'économie et la diminution de la pauvreté en maintenant le capital humain en bonne santé** ».

Pour l'atteinte de ce but, le secteur de la Santé et de la lutte contre le Sida va contribuer à la poursuite des trois(3) objectifs généraux(OG) suivants :

Objectif général OG1 : Contribuer à la réduction de la morbi mortalité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles d'ici 2015

Objectif général OG2 : Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale d'ici 2015

Objectif général OG3 : Contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans d'ici 2015

L'objectif sectoriel visé d'ici 2015 est d'assurer l'accessibilité de la population aux soins et services de santé de qualité en vue d'une meilleure utilisation à travers 9 axes stratégiques et repartis en 3 groupes :

- 1) Le premier groupe assure l'offre, crée et renforce la demande des soins (le 1^{er} groupe assure la qualité des soins offerts). Il constitue l'axe 1 : Renforcement des prestations de soins et de services de santé (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) de qualité à tous les niveaux du système de santé ;
- 2) Le deuxième groupe vise l'amélioration des capacités d'offre de soins et comprend les axes : ii.1) : Renforcement de la gestion des ressources humaines disponibles ;

ii.2) Amélioration de la production des ressources humaines ayant les qualifications requises; iii) La disponibilité et l'accessibilité de la population aux médicaments et autres produits de santé de qualité ; iv.1) Amélioration de la couverture en Infrastructures Sanitaires et Équipements ; iv.2) Augmentation du financement du secteur santé et amélioration de son utilisation ; iv.3) Renforcement et pérennisation du FBP associé à la gratuité des soins ;

3) et le troisième groupe assurant le pilotage du secteur est représenté par les axes :

v) Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé,

et vi) Renforcement du système d'Information Sanitaire, de Planification et de suivi et évaluation.

Une Matrice de cadre logique (en Annexe 2) décrit la hiérarchie des objectifs, résultats et actions qui seront mises en œuvre au cours de la période 2011-2015. Les conditions de réussite, les risques, le cadre de mise en œuvre et de suivi –évaluation du PNDS II sont décrits dans ce document.

Le cadrage macroéconomique et le Budget du PNDS (en Annexe 1) montrent une évaluation des coûts des besoins du PNDS 2011-2015 d'un montant de 1 656 milliards de FBU .La répartition de l'enveloppe budgétaire par nature de dépenses est de 51% pour le fonctionnement, 12% pour le personnel 11%, pour l'investissement et 26 % pour les médicaments. La répartition par source de financement est de 36% pour l'Etat, 43% pour les PTF et 20% pour le privé dont les ménages. L'affectation des ressources faite au profit du niveau périphérique est de 87%, de 4% pour niveau intermédiaire et 9% pour le niveau central. Un CDSMT 2011-2013 glissant, constitue l'outil de mise en œuvre du PNDS 2011-2015 et est annexé au présent document.

I. INTRODUCTION

Le Plan National de Développement Sanitaire du Burundi assure la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé du Burundi (2005-2015) qui elle-même tire sa source de la Vision 2025 du Gouvernement. Il est en cohérence avec le Cadre Stratégique National de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) en cours de révision ainsi qu'avec les objectifs du millénaire pour le Développement.

L'élaboration du PNDS II a fait l'objet d'un processus participatif ayant impliqué l'ensemble des acteurs du secteur de la santé, les partenaires techniques et financiers, la société civile. Il a comporté plusieurs étapes dont : i) la mise en place de l'Equipe Technique Permanente (ETP) et des Groupes Thématiques (GT) ; ii) la mise en place du Comité de Pilotage du PNDS II ; iii) l'évaluation du PNDS I ; l'analyse de la Situation ; l'élaboration du Cadre Logique ; IV) la rédaction du PNDS II 2011-2015 et sa Budgétisation ; V) l'élaboration du CDMT Sectoriel Santé 2011-2013.

Le présent Document comporte huit(8) grandes parties et deux documents annexes

- Présentation du contexte national ;
- Diagnostic sectoriel ;
- Synthèse des défis majeurs et les priorités ;
- Vision, But, objectifs généraux, objectif sectoriel et axes stratégiques ;
- Chaîne des résultats, cadre logique ;
- Cadre de mise en œuvre
- Cadre de suivi – évaluation
- Cadre programmatique et budget

Annexe 1: Matrice de Cadre logique et Tableau d'estimation des besoins en financement ;

Annexe 2 : Cadre de Dépense Sectoriel à Moyen Terme (CDSMT Santé) 2011-2013.

II. CONTEXTE NATIONAL

2.1. *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 de pluie (d’octobre à décembre), une petite saison sèche (janvier à février), la grande saison des pluies (de mars à mai) et la grande saison sèche (de juin à septembre).

2.2. *Situation démographique*

La population burundaise est estimée à 8,05 millions d’habitants en 2008 avec 50,8% de femmes et 49,2 % d’hommes et une croissance démographique annuelle de 2,4%¹.

Si ce rythme se maintient au cours des deux prochaines décennies, le Burundi pourrait compter 10,2 millions d’habitants en 2018, et 11,5 millions d’habitants en 2023. Avec une densité démographique de 310 habitants au km² au niveau national, le Burundi est classé parmi les pays africains les plus densément peuplés. Cette population vit essentiellement en milieu rural, soit 9 habitants sur 10. La population est majoritairement jeune avec 56,1% de moins de 20 ans dont 44,1% de moins de 15 ans.

L’indice synthétique de fécondité du Burundi est de 6,4 enfants² en moyenne par femme, ce qui est très élevé. Les femmes en âge de procréer représentent près de la moitié de la population féminine totale, soit 46% avec comme conséquence l’accroissement rapide de la population et le niveau élevé de la morbidité et de la mortalité maternelles et infantiles.

La situation démographique actuelle du Burundi constitue un défi pour un pays à ressources limitées avec des besoins considérables sur le plan socio sanitaire en termes d’utilisation et de demande des services de santé.

2.3. *Situation Socio - économique*

L’impact désastreux de la guerre s’est traduit par un ralentissement significatif des performances de l’économie nationale et par un appauvrissement généralisé de la population avec un taux de la pauvreté estimée à 67% en 2006³, taux toujours maintenu en

¹ Cette donnée se réfère au RGPH 2008

² Rapport provisoire de l’EDSB 2010

³ Evaluation de la performance et de l’impact,CSLP1 2007-2009, année 2010

2009, un PIB par habitants qui n'a pas cessé de baisser de 2007 à 2011 passant de 119\$/hab/an à 102\$/hab/an. Cette pauvreté touche près de 69 % des ménages en milieu rural et 34% en milieu urbain⁴. On estime qu'environ huit burundais sur dix vivent en dessous du seuil de pauvreté (moins de 1\$ par jour). Avec des taux d'inflation extrêmement élevés en 2007 (14,5%) et en 2008 (25,7%), ce taux a fortement baissé en 2009, se situant à 4,6% à la fin de l'année. Cette situation a de fortes répercussions sur les secteurs sociaux.

Environ 17 % des malades n'ont pas accès aux soins; 81,5 % des patients sont obligés de s'endetter ou de vendre des biens afin de faire face à la dépense de santé. La pauvreté s'est, en effet, considérablement aggravée avec la crise et le nombre d'indigents augmente de jour en jour. On retrouve encore le cercle vicieux « mauvais état de santé - effet néfaste sur l'économie - paupérisation - aggravation de l'état de santé ».

2.4. Education⁵

Ces dernières années, les taux bruts de scolarisation primaire ont continué d'augmenter, atteignant 130,4% en 2009 sous l'effet de la gratuité de l'enseignement primaire. Les taux nets sont passés de 59,8% en 2005 à 72,4% en 2006 et à 89,7% en 2009. La parité garçons/filles s'est encore améliorée (0,97 en 2009). Cependant, le défi reste l'amélioration du taux d'achèvement qui est de 48% et du taux de redoublement au primaire qui reste élevé (35%) ainsi que le taux d'abandon (7,4%) et de rétention scolaire (44%)

Concernant l'alphabétisation des adultes, les taux ne cessent d'augmenter malgré la résistance à ce genre d'enseignement. Ce taux est estimé à 55,3% pour l'ensemble de la population dont 42,8% pour les hommes et 65,1% pour les femmes. L'indice de parité en matière d'alphabétisation est de 0,84 en 2009.

Le maintien de ces efforts permettra à moyen et long terme d'avoir un impact positif sur les indicateurs en matière de santé.

2.5. Equité et Genre⁶

Les femmes occupent une place importante dans la vie économique et sociale du Burundi d'autant plus qu'elles jouent un rôle majeur dans l'économie familiale et dans la production du secteur agricole qui constitue plus de 90% du PIB. Pourtant les femmes burundaises n'ont pas un accès équitable au revenu familial avec très peu d'autonomie économique.

Selon le recensement de 2008, les femmes représentent 50,8% de la population et 3 femmes sur 5 sont analphabètes avec des disparités interprovinciales. Les filles abandonnent plus tôt l'école (taux d'achèvement scolaire de 17 % contre 23,9% pour les garçons au primaire) et à

⁴ Rapport évaluation OMD Burundi 2010

⁵ Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP I. 2007-2009), Evaluation de la Performance et de l'Impact

⁶ Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP I. 2007-2009), Evaluation de la Performance et de l'Impact, 2010

un niveau moyen (taux d'achèvement de 9,1% contre 17,1% pour les garçons) ce qui explique leur faible niveau de formation et de compétitivité sur le marché du travail. Les causes les plus couramment citées par les acteurs sont relatives aux grossesses précoces et à la pauvreté qui poussent les filles de plus en plus tôt dans le secteur informel.

Outre le faible taux de rétention de la fille à l'école, plusieurs autres contraintes juridiques, économiques et culturelles limitent la capacité des femmes à l'entrepreneuriat et à une autonomie économique.

Dans une étude menée dans la Mairie de Bujumbura avec l'appui de l'UNIFEM⁷, 42% des femmes enquêtées ont affirmé être victimes de violences dans leurs ménages. Les coups et blessures occupent la première place. Le conflit armé et la présence massive d'hommes en armes sur les collines sont à la base d'une augmentation considérable du nombre de viols: environ 300 cas affirmant avoir été victimes de viols sont renseignés mensuellement. Une prise en charge clinique et psychosociale est organisée dans les provinces où le problème se pose avec acuité.

Néanmoins des progrès sont visibles dans différents secteurs de la vie du pays. En effet, la femme burundaise est représentée à plus de 30% dans les instances dirigeantes du pays. Le mouvement associatif féminin qui s'est développé depuis les années 1990 a créé plusieurs organisations de microcrédits qui ont facilité l'accès des femmes à de petits crédits à des conditions acceptables, palliant ainsi à l'inaccessibilité aux systèmes financiers du secteur formel. En effet, le rapport mondial 2007-2008 sur le développement humain a estimé que le ratio du revenu des femmes par rapport au revenu des hommes était 0,77 pour le Burundi.

2.6. Alimentation et nutrition

D'après le rapport d'évaluation conjointe⁸ des récoltes, la production de la saison 2010 du Burundi permet de couvrir juste les besoins alimentaires d'environ trois mois. Un déficit alimentaire brut de 412 000 tonnes d'équivalents céréales (EC), soit 32,3% des besoins intérieurs a été dégagé par ce rapport, même si ce déficit est surtout ressenti par les ménages les plus vulnérables.

L'impact de cette chute de production en légumineuses est ressenti au niveau de la qualité et de l'équilibre de l'alimentation qui devient de moins en moins diversifiée ce qui constitue une porte d'entrée de la malnutrition. C'est ainsi qu'on observe des taux très élevés de malnutrition chronique.

La flambée des prix des denrées alimentaires au pays causée notamment par la faible production locale et les autres facteurs socio - économiques, constitue une grande limite d'accès à l'alimentation équilibrée tant en quantité qu'en qualité, surtout pour les ménages les plus pauvres ayant un faible pouvoir d'achat.

⁷Itaka, UNIFEM: *Les violences faites aux femmes et filles dans les ménages en mairie de Bujumbura*, Bujumbura, 1999

⁸ Ministère de l'Agriculture, FAO, PAM, OCHA, Unicef : Janvier 2011

Le Burundi a un des plus faibles niveaux de consommation calorique par personne par jour avec environ 1600 kcal/p/j ce qui est en dessous de la norme (2300 kcal/p/j)⁹.

2.7. Information et communication¹⁰

Le paysage médiatique au Burundi se révèle très dynamique avec cinq chaînes de télévision, 15 radios locales, 7 agences de presse locales et 28 journaux et périodiques participant dans l'information et la sensibilisation du public en matière de santé.

En ce qui concerne les technologies de l'information et de la communication, l'informatique est de plus en plus accessible à tous en particulier aux jeunes dans les cybercafés en zones urbaines. L'arrivée prochaine de la fibre optique permettra d'améliorer sans doute le niveau de communication en santé. Il y a actuellement six (6) opérateurs de téléphonie mobile au Burundi dont seulement deux couvrent l'ensemble du pays même si leur signal est faible ou inexistant dans certaines localités du pays (CPAP 2010-2014). Toutes ces nouvelles technologies constituent des opportunités à capitaliser dans la communication et information en matière de santé.

Malgré le succès de certains groupes théâtraux, les autres canaux de communication culturelle tels que la chanson, la danse et les arts plastiques restent sous-exploités dans la mobilisation et le renforcement des capacités de la population. Par ailleurs, le Cinéma Mobile figure parmi les outils de communication de proximité utilisés pour renforcer le dialogue communautaire.

2.8. Eau et énergie

La production d'électricité est extrêmement faible et ne touche que 3% de la population. 52% des CDS et 19% d'HD ne disposent pas de courant électrique continu dans le pays¹¹. La proportion des ménages utilisant des combustibles solides (bois, charbon, résidus des récoltes ou déjections animales) comme principale source d'énergie pour la cuisson est estimée à 98,2%¹².

Les taux d'accès à une source d'eau améliorée sont passés de 64,3% en 2005 à 77% en 2009¹³. Il est important de souligner cependant que c'est seulement 2,5% de la population urbaine et rurale (40.513 ménages) qui est directement raccordée aux réseaux de la REGIDESO et de la DGHHER (hydraulique rurale). La grande majorité des burundais s'approvisionne aux bornes fontaines ou dans les ruisseaux et rivières. Pour l'ensemble du

⁹ Eastern and Southern Africa Nutrition Overview, UNICEF 2010

¹⁰ Plan d'action du programme de coopération entre le gouvernement de la République du Burundi et le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (Unicef), CPAP 2010-2014.

¹¹ Rapport d'évaluation des districts sanitaires, 2010

¹² L'enquête ménage de base pour le suivi et l'évaluation de l'impact de l'appui au système de remboursement du paquet minimum de service santé (PMS 2009)

¹³ Evaluation de la performance et de l'impact du CSLP I, 2010

pays, la proportion d'habitants utilisant de l'eau traitée est de 3,3%. En outre, même ceux qui ont accès à l'eau potable ne la reçoivent généralement pas en quantité suffisante. Enfin, les disparités régionales restent importantes. Les réseaux des régions de Bugesera, Kumoso et de l'Imbo (moins arrosées) sont particulièrement déficients. 45 % de CDS et 19% d'HD ne disposent pas de l'eau courante¹⁴, ceci influe fortement sur la qualité des soins¹⁵.

2.9. Hygiène et assainissement

L'hygiène et assainissement constituent un des principaux déterminants de la santé.

L'accès aux latrines hygiéniques reste un grand problème pour une grande partie des ménages. Comme le montrent les résultats de l'enquête ménage 2009, 53,1% des ménages utilisent une latrine traditionnelle et 31,1 % une latrine à fosse ou à trou ouvert. Les latrines améliorées¹⁶ et les toilettes à chasse ne représentent que des proportions insignifiantes, 6,3% pour chaque type.

Un regain d'intérêt est en train de se manifester dans la gestion des déchets. Le secteur privé et diverses associations sont impliqués dans la gestion des déchets surtout dans la ville de Bujumbura et dans certaines villes de l'intérieur. Néanmoins, la gestion hygiénique des ordures ménagères et la salubrité de l'environnement des logements sont encore insuffisantes.

2.10. Leadership et gouvernance

Depuis 2005, le Burundi connaît une stabilité sociopolitique avec des institutions démocratiquement élues. Le Gouvernement a élaboré et mis en œuvre un Cadre Stratégique de croissance et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) et un Cadre Stratégique de Consolidation de la Paix (CSCP). Ces documents stratégiques constituent des dispositifs de stabilisation créant des conditions politiques et sécuritaires pour l'atteinte des OMD.

Sur le plan administratif, le Burundi est organisé en 3 niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire représenté par 17 provinces et le niveau périphérique par 129 communes. Dans le cadre de la réforme administrative, le gouvernement a adopté en 2008 un document cadre de politique nationale de décentralisation et un plan triennal pour sa mise en œuvre. Des efforts ont été déployés pour donner quelques moyens aux conseils communaux. Actuellement, toutes les communes sont dotées des plans communaux de développement communautaire.

Les problèmes de gouvernance se reflètent à travers l'augmentation de la corruption, l'allocation non optimale et la gestion inefficace des ressources rares, ainsi qu'un profil

¹⁴ Rapport d'évaluation des districts sanitaires 2010

¹⁵ Rapport d'évaluation des districts sanitaires 2010

¹⁶ La latrine améliorée est une latrine auto-aérée, c'est-à-dire avec une fosse, une route pour l'évacuation, généralement un tuyau, autre que le trou lui-même.

inapproprié de la dépense publique, suite à l'incompressibilité de certaines dépenses incontournables et à la pénurie de ressources.

Une réelle volonté politique est affichée dans l'assainissement des recettes publiques et dans la lutte contre la corruption. Ainsi, le gouvernement du Burundi a mis en place des organes et institutions de lutte contre la corruption par le renforcement de la cour des comptes et de l'inspection générale d'Etat. Une brigade spéciale anti-corruption qui a démarré en 2007 est venue renforcer ces actions. Ces avancées sont illustrées par le discours d'investiture du Président de la République réaffirmant son engagement à la « tolérance zéro » devant tout cas de corruption. Dans la droite ligne de ce discours, une stratégie nationale de bonne gouvernance a été adoptée par le gouvernement en 2011.

La réforme de la gestion des finances publiques progresse rapidement. Les procédures et les systèmes sont modernisés (Loi Organique, Code des Marchés, Code des Douanes, office du Burundi des recettes (OBR), le système de gestion des finances) et ont été étendus à la quasi-totalité de la gestion financière, aux plans de trésorerie et d'engagements pour un meilleur contrôle de l'exécution budgétaire. Enfin et surtout la part des secteurs prioritaires dans les dépenses exécutées (hors charges communes) a progressé de 40,9% en 2005 à 54,4% en 2009. En particulier pour le secteur de la santé où le Budget de la santé est passé de 5,6% en 2006 à 7,7% en 2010.¹⁷

En termes de régulation et normalisation du secteur, un pas a été franchi à travers l'adoption de plusieurs textes réglementant le secteur et l'existence de manuels de procédures, de protocoles, de normes pour les ressources humaines et les infrastructures, le règlement sanitaire international. Le suivi et le contrôle de la mise en application de ce cadre institutionnel est assuré par l'Inspection Générale de la Santé. La création d'une cellule des Marchés Publics au sein du ministère est également une bonne opportunité pour assurer la transparence et la bonne gestion des marchés publics.

Dans le cadre de la promotion des droits humains, de l'éthique et de la déontologie, des ordres nationaux des médecins, des pharmaciens et le comité national d'éthique existent mais ne sont pas assez visibles et sont peu fonctionnels. Les autres corps de la santé sont en voie de disposer des textes qui les régissent.

¹⁷ Source TOFFE 2007,2008Ministère des Finances ; Enveloppe Ministérielle 2009,2010, 2011.

III. DIAGNOSTIC SECTORIEL

3.1. Etat de santé de la population

L'espérance de vie à la naissance du Burundi est estimée à 49 ans dont 51,8 ans pour les femmes et 46 ans pour les hommes¹⁸. Le taux brut de mortalité est estimé à 16,5 pour 1000 avec un ratio de mortalité maternelle de 866 pour 100 000 naissances vivantes¹⁹, un taux de mortalité infantile de 59 pour 1000 et celui de mortalité infanto-juvénile de 96 pour 1000 naissances vivantes²⁰. Le tableau ci-dessous montre la situation de certains indicateurs.

Tableau 1 : Synthétique des indicateurs de santé

N°	Indicateurs	Valeurs	Sources	Année de base
1	Population totale du pays	8,05 millions	RGPH 2008	2008
2	Espérance de vie à la naissance	49 ans	RGPH	2008
3	Taux de Mortalité générale	16,5 ‰	RGPH	2008
4	Taux de Mortalité infantile	59 ‰	EDSB 2010	2010
5	Taux de Mortalité infanto-juvénile	96 ‰	EDSB2010	2010
6	Taux de Mortalité néonatale	7,2 ‰	EDSB2010	2010
7	Ratio de mortalité maternelle	866 pour 100000 NV	RGPH	2008
8	Taux de Prévalence VIH/SIDA (15 – 49 Ans)	3,58%	ESP/VIH*	2007
9	Taux de dépistage du VIH	18,00%	CNLS 2010	2010
10	Taux de couverture en PTME	19,4%	Rapport CNLS	2010
11	Taux d'incidence du paludisme chez les enfants (0-5 ans)	24,6%	EPISTAT	2010
12	Taux de mortalité due au paludisme	34,07%	EPISTAT	2009
13	Taux de couverture en MIILDA	52,50%	EDSB 2010	2010
14	Taux d'utilisation des MIILDA	44,00%	EDSB 2010	2010
15	Taux de couverture vaccinale (complètement vaccinés)	83,00%	EDSB 2010	2010
16	Taux de couverture Pentavalent 3	95,40%	EDSB 2010	2010
17	Pourcentage d'enfants qui dorment sous MII	45,00%	EDSB 2010	2010
18	Taux de malnutrition globale	59,00%	EDSB 2010	2010
19	Taux de malnutrition chronique chez les enfants (0-5 ans)	58,00%	EDSB 2010	2010
20	Taux d'insuffisance pondérale chez les enfants (0-5 ans)	29,00%	EDSB 2010	2010
21	Taux de couverture en CPN (au moins une visite)	99,00%	EDSB 2010	2010
22	Taux d'accouchements assistés par un personnel de santé formé	60,00%	EDSB2010	2010
23	Taux de Couverture contraceptive	18,60%	EDSB2010	2010
24	Taux de couverture en ARV	45%	PSR –VIH	2009
25	Taux de couverture en ARV pour les enfants	15%	Rapport SEP/CNLS	2010
26	Taux de notification des cas contagieux (TPM+)	54 pour 100 000	Rapport PNLT	2010
27	Taux de notification de toutes les formes de tuberculose	91 pour 100 000	Rapport PNLT	2010
28	Taux de coinfection TB - VIH	26,00%	ENP/TB - VIH**	2007

*Enquête nationale de séroprévalence

** Enquête Nationale sur la prévalence du VIH chez les tuberculeux

¹⁸ Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2008

¹⁹ Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2008

²⁰ EDSB, 2010

3.2. Profil épidémiologique et évolution des politiques en matière de Santé

Au Burundi, la situation sanitaire reste préoccupante et marquée par la prédominance de nombreuses maladies transmissibles et non transmissibles. Selon l'annuaire statistique 2009 ; les maladies qui constituent les principales causes de morbidité et de mortalité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, le VIH/Sida et la tuberculose.

De nombreux facteurs de risque liés aux conditions de vie plus particulièrement en rapport avec l'hygiène, l'assainissement, l'alimentation et l'environnement contribuent à accroître la charge de morbidité dans la population. Les groupes vulnérables tels que les femmes enceintes, les enfants et les orphelins sont particulièrement affectés. Cette situation est encore aggravée par la faible protection sociale de la population face au risque de maladie.

3.2.1. Principales causes de morbidité et de mortalité

3.2.1.1. Paludisme

Il reste la principale cause de morbidité et de mortalité dans la population générale. En 2009, la proportion du paludisme parmi toutes les pathologies était estimée à 74% et le nombre de cas ne cessait d'augmenter depuis les cinq dernières années. Le taux de morbidité est passé de 36,23% en 2005 à 34,07 en 2010 avec un taux de mortalité dans les hôpitaux de 39,55% en 2005 à 34,07% en 2010.²¹

Le pourcentage de ménages possédant une moustiquaire imprégnée d'insecticides de manière permanente est de 52,5%²² avec un taux d'utilisation, pour les enfants de moins de cinq ans de 44,1%²³. Les résultats préliminaires de l'EDS 2010 montrent une augmentation des taux d'utilisation des MII de 45% chez les enfants de moins de 5ans et 50 % chez les femmes enceintes²⁴.

Malgré ces efforts, des lacunes observées sont en rapport avec les ruptures de stocks de médicaments de première ligne, l'utilisation abusive de la quinine, la persistance des monothérapies, le coût élevé des produits de pulvérisation, la faible utilisation de la MII et la faible implication de la communauté.

3.2.1.2. Maladies diarrhéiques

Elles constituent la troisième cause de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans avec un taux de 9 % selon l'annuaire statistique 2009. 25% d'enfants de moins de cinq ans ont eu la diarrhée au cours des 2 semaines ayant précédé l'EDS 2010. Ces maladies sont en grande

²¹ Rapport PNILP, 2010

²² Enquête ménage de 2009

²³ Op. Cit. Page 14

²⁴ EDSB, 2010

partie constituées des helminthiases, de la fièvre typhoïde, des amibiases, des intoxications alimentaires communément appelées « maladies des mains sales ».

Le déficit d'assainissement et d'hygiène, l'insuffisance accrue en eau potable, la déficience du système d'évacuation des excréta expliquent, en grande partie, la forte prévalence des maladies diarrhéiques.

3.2.1.3. Les Maladies évitables par la vaccination

La lutte contre les maladies évitables par la vaccination reste une priorité dans le système de santé. Avec l'appui des partenaires, le Gouvernement a élargi la liste des maladies évitables par la vaccination en introduisant, depuis 2004, les vaccins contre l'Haemophilus influenza de type B et l'hépatite virale B. Notons aussi que le processus est en cours pour introduire le vaccin contre le pneumocoque, le Rota virus et la deuxième dose de vaccin contre la Rougeole.

Grâce aux activités de vaccination de routine, la couverture vaccinale est toujours restée élevée, dépassant plus de 90% pour les principaux antigènes selon le rapport annuel du PEV 2010. L'enquête nationale PMS 2009 a montré que les taux de couverture vaccinale étaient supérieurs à 80% pour les principaux antigènes²⁵ (Polio3 :87,3%, DTC3 ou penta 3 : 95,4% et VAR : 94,3%). L'enquête EDS 2010 montre également que les résultats de vaccination de routine dépassent 85% pour la plupart des antigènes. Les enfants complètement vaccinés atteignent un taux de 83% selon la même enquête. Cette bonne couverture nationale cache des disparités entre les districts sanitaires. En effet, une dizaine de districts sanitaires n'atteignent pas 80% de couverture vaccinale pour le VAR et le DTC3.

Le programme bénéficie de l'appui des partenaires comme l'UNICEF, l'OMS et GAVI qui interviennent dans l'assistance technique, l'achat des vaccins et matériel de vaccination dans plus de 80%. Cette dépendance extérieure reste une menace pour les activités de vaccination. Malgré cette situation, des efforts sont déployés pour maintenir les acquis. Le Burundi fait partie des pays africains ayant réussi à interrompre la transmission du poliovirus sauvage mais la menace d'importation du poliovirus continue de peser sur le pays. C'est la raison pour laquelle la surveillance des paralysies flasques aiguës (PFA) continue.

Le Burundi est aussi classé parmi les pays ayant éliminé le tétanos néonatal depuis 2009 mais, comme pour la poliomyélite, la surveillance continue et des activités visant le maintien d'un niveau élevé d'immunisation sont régulièrement menées.

3.2.1.4. Les Infections respiratoires aiguës

Elles représentent la deuxième cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans²⁶ et regroupent un ensemble hétéroclite de pathologies virales, bactériennes et parasitaires. L'infection la plus fréquente est **la pneumonie** qui a causé 22,4% de morbidité chez l'ensemble des enfants de moins de 5 ans en 2009. La mortalité hospitalière liée à la

²⁵ EDSB, 2010

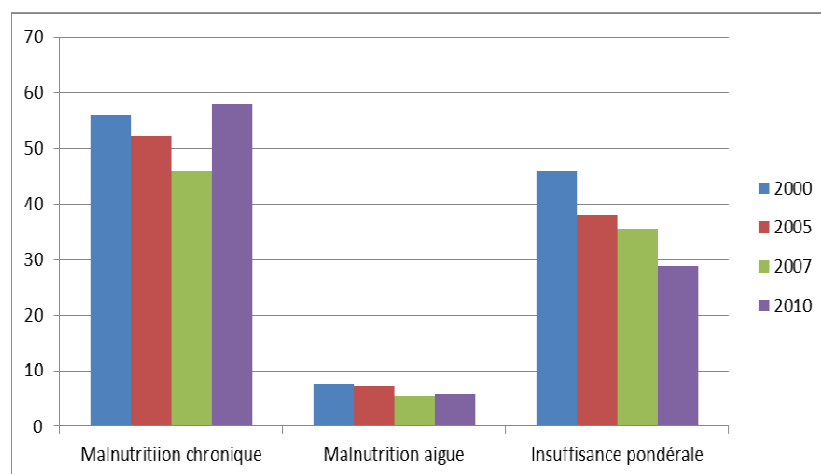
²⁶ Rapport d'évaluation du PNDS 2006 – 2010, Juin 2010

pneumonie est de 7%. Sur 178 cas de décès enregistrés en 2009 par suite de pneumonie, 80 cas ont moins d'un an, soit 45%. Ces cas de décès représentent 17,6% de l'ensemble des enfants décédés avant l'âge d'un an. Ces données sont corroborées par l'EDS 2010 selon laquelle 17% des enfants de moins de cinq ans ont souffert de la toux avec respiration courte et rapide (symptômes d'IRA) au cours des deux dernières semaines ayant précédé l'enquête.

3.2.2. La malnutrition

La malnutrition chronique reste un problème assez grave au Burundi. Selon l'EDS 2010, 58% des enfants de moins de 5 ans souffrent de la malnutrition chronique dont 29% sous sa forme sévère. Par contre, la malnutrition aiguë est en dessous du seuil d'alerte défini par l'OMS (MAG >10%) au Burundi²⁷ et l'EDS 2010 rapporte un taux de 6%. L'insuffisance pondérale dans les provinces enquêtées était encore élevée (plus de 30%²⁸) et selon l'EDS 2010 elle est de 29%. Dans les 6 provinces enquêtées, les prévalences sont supérieures à 55% dont deux sont au-delà de 65% (Kirundo et Muyinga) et selon l'enquête EDS 2010, le taux de malnutrition chronique est de 58%.

Graphique 1 : Evolution des taux de la malnutrition au Burundi (2000-2010)



Source: Enquête Démographique de Santé 2010 (z-score, standards OMS)

Cette situation est tributaire de l'ensemble des facteurs dont le niveau d'instruction de la mère, le déficit alimentaire récurrent, les carences en micronutriments, les pratiques inappropriées d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, avec un taux d'initiation de l'allaitement maternel dans les premières 24 heures de seulement 74 % et un taux d'allaitement exclusif estimé à 69%.

La stratégie d'intervention actuelle est la prise en charge intégrée de la malnutrition dans les FOSA et au niveau communautaire.

²⁷ Enquête nutritionnelle nationale 2005 (LMTC – UNICEF)

²⁸ Enquête nutritionnelle nationale 2005 (LMTC – UNICEF)

3.2.3. Les Maladies Chroniques transmissibles et non transmissibles

- **La tuberculose et la lèpre**

La tuberculose reste un problème de santé publique au Burundi. Elle est la cinquième cause de morbidité au Burundi²⁹. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 15-54 ans (86,6%) avec une prédominance masculine (64,4%)³⁰. Les taux de notification des cas contagieux (TPM+) et de toutes les formes de tuberculose (TTF) sont respectivement de 54 et 91 cas pour 100 000 habitants en 2010 contre 47 et 87 cas pour 100 000 habitants en 2009. Le nombre de TPM+ nouveaux cas déclarés et mis sous traitement a évolué de 2004 à 2010 en passant de 3087 à 4590 TPM+NC. La tuberculose sévit sur tout le territoire national mais avec des disparités selon la région et la densité de la population.

Le taux de séroprévalence du VIH chez les malades tuberculeux est de 26%³¹. La disponibilité des ressources, le renforcement des capacités du personnel, les messages utilisés dans la sensibilisation de la population et le soutien des autorités et des partenaires sont à l'origine de l'amélioration des indicateurs. Cependant, des efforts restent à fournir quant à la détection précoce des cas, la couverture géographique des CT et CDT, la surveillance de la tuberculose multi résistante.

La lèpre continue à affecter durement la population burundaise. Elle est à la source d'importantes mutilations qui hypothèquent l'intégration sociale et l'avenir des malades. Au cours de l'année 2010, on dénombre 534 nouveaux cas de lèpre dont 484 multi bacillaires (468 adultes et 16 enfants) et 50 pauci bacillaires (39 adultes et 11 enfants). Le nombre important d'enfants dépistés montre que la transmission de l'infection est encore active dans la communauté. Le degré d'infirmité est estimé à 18% parmi les 772 malades sous traitement à la fin de l'année 2010. Ce chiffre est nettement plus élevé que la moyenne mondiale estimée à 5%. On observe dans toutes les provinces que 94 % des malades lépreux ont terminé le traitement tandis que 5% ont abandonné le traitement en 2008. Malgré les efforts fournis dans la recherche et le traitement des malades, beaucoup reste à faire en matière de détection et de prise en charge des cas.

- **Le VIH-SIDA**

Au niveau du Burundi le profil épidémiologique du VIH est de type généralisé avec 2,97% de séroprévalence nationale moyenne et de 3,6% au sein de la population âgée entre 15-49 ans. Le sexe féminin est plus touché avec 2,91% contre 2,81%. De 2002 à 2007 l'infection VIH continue à progresser en milieu rural (2,5% à 2,8%) alors qu'il y a eu inversion de la tendance en milieu urbain (9,4% à 4,6%)³².

²⁹ Annuaire statistique, EPISTAT, 2009

³⁰ Rapport PNL, 2010

³¹ Enquête nationale sur la prévalence du VIH chez les tuberculeux réalisée en 2007

³² Evaluation de la performance et de l'impact du CSLP I, 2010

L'infection par le VIH SIDA est la quatrième cause de mortalité au Burundi et augmente sensiblement la charge de travail des services curatifs. Le VIH /SIDA a un impact négatif important sur les déterminants du développement économique et social du pays que ce soit sur le plan sanitaire, éducatif, social et démographique. Le nombre de personnes séropositives et d'orphelins du SIDA ne cesse d'augmenter. Pour faire face à cette situation, une stratégie nationale de réponse à la lutte contre le VIH-SIDA 2007-2011 a été élaborée. Sa mise en œuvre a permis d'atteindre un taux de dépistage de 18%³³ dans la population générale, une couverture en PTME de 19,4 %³⁴, un taux d'accès aux ARV de 30%³⁵, une prise en charge pédiatrique VIH de 3,7%³⁶ avec une file active de 17 500 personnes en 2009 qui reçoivent une combinaison thérapeutique ARV (Cible : 60 000). Malgré les efforts déployés par le Gouvernement du Burundi en collaboration avec les partenaires pour une prise en charge plus adéquate, l'acquisition des ARV en quantité suffisante y compris les formes pédiatriques reste un défi.

Des efforts importants sont menés dans la lutte contre le VIH, notamment le renforcement de l'intégration du volet VIH/Sida dans le secteur santé, le renforcement du leadership, le passage à l'échelle, en cours, des interventions de prévention et de prise en charge.

Le gouvernement a fait de la couverture universelle l'épine dorsale de sa politique en matière de lutte contre le VIH/Sida et adhéré à toutes les initiatives internationales et régionales : UNGASS 2001, l'accès universel à la prévention, aux soins, aux traitements et au soutien socio – économique. Pour répondre d'une manière appropriée à l'épidémie du VIH, la réponse efficace est articulée sur une approche multisectorielle, l'implication de la société civile, du secteur privé et de la communauté.

Cependant quelques difficultés ont été observées comme les ruptures de stocks de médicaments et de réactifs, le manque d'équipement pour le dosage des CD4, le suivi biologique des malades, le passage à l'échelle de la PTME, l'augmentation de la couverture géographique des sites ARV et CDV et l'intégration des services dans les FOSA (entre autre VIH/PF, VIH/santé maternelle).

3.2.4. Maladies tropicales négligées

C'est le groupe des maladies comme l'onchocercose, les géo helminthiases, la schistosomiase, le trachome, la rage et la cysticercose.

L'Onchocercose est connue comme méso ou hyper-endémique dans 10 Districts sanitaires sur les 45 que compte le pays. Un traitement de masse utilisant la stratégie de "Traitement par l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC)" a été mise en œuvre en 2005 à Cibitoke - Bubanza ainsi qu'à Bururi et Rutana en 2006. Le taux de couverture thérapeutique varie de 68% à 76% en 2009.

³³ Rapport CNLS, 2010

³⁴ Rapport du CNLS, 2010

³⁵ Evaluation du PNDS 2006 – 2010, Juin 2010

³⁶ Rapport CNLS, 2010

Le MSPLS, en collaboration avec ses partenaires, est en phase de mettre en place une stratégie de l'élimination de la transmission de l'onchocercose.

Les géo helminthiases constituent un problème de santé publique sur tout le territoire national. Les enquêtes menées en 2007, 2008 et 2009 ont montré des prévalences qui dépassent largement les 20% qui constituent le seuil maximal admis par l'OMS.

La Schistosomiase urinaire n'est pas encore retrouvée au Burundi alors que **la Schistosomiase intestinale** est méso/hyper endémique dans 9 provinces (>10%). Ces provinces sont Cibitoke, Bubanza, Bujumbura, Bujumbura Mairie, Bururi, Makamba, Kirundo, Rutana et Ruyigi. Depuis 2007, la lutte contre la schistosomiase est principalement axée sur le traitement de masse lors des campagnes nationales et le traitement cas par cas dans les structures de santé à base de Praziquantel.

Depuis très longtemps, le **trachome** était une maladie peu connue au Burundi. Ce n'est qu'en 2007, qu'une enquête réalisée dans 43 communes a montré une prévalence de 30,33%. Sur 1473 adultes âgés d'au moins 15 ans examinés, seulement 3 montraient des signes du Trichiasis trachomateux (TT) dans au moins un œil, soit une prévalence de 0,20% (MSP, 2008).

La **cysticercose**, facteur de risque majeur de l'épilepsie au Burundi³⁷, elle se rencontre dans des régions où se pratiquent un élevage de porc dans de mauvaises conditions d'hygiène. Elle semble très fréquente au Burundi puisque 4 foyers (Kayanza, Ngozi, Bururi, Cibikoke) ont été déjà identifiés. A Kiremba – Ngozi, la séroprévalence est de 31,5%³⁸.

La cécité³⁹ : La lutte contre la cécité a débuté en 2005 avec le premier atelier de réflexion sur ce problème de santé publique. Le pays a été subdivisé en 7 régions ophtalmiques. La région Ouest est la plus active car elle concentre la majorité des ressources humaines, des équipements et des infrastructures. La région Nord a mené une enquête de prévalence de la cécité qui a révélé que 62,5% des causes de cécité sont évitables, dont 57,5% sont curables et 5% qui auraient pu être prévenues. La principale cause de la cécité est la cataracte à un taux de 55% suivi par le total des anomalies du segment postérieur de l'œil à 22,5%. Le glaucome est chef de file des maladies du segment postérieur à un taux de 15%. Un plan de développement des ressources humaines par une sous-commission du GTNC pour déployer un personnel de niveau intermédiaire à travers tout le pays est la prochaine étape.

3.2.5. Maladies non transmissibles et traumatismes

³⁷ Nsengiyumva G et al., *Cysticercosis as a major risk factor of epilepsy in Burundi, east Africa*, 2003, *Epilepsia*, 44(7):950-955,.

³⁸ Nsengiyumva G. *Epilepsie au Burundi : Problème de santé publique méconnu*. Editions universitaires européennes, Nov 2010

³⁹ Enquête " ARCE Octobre 2010, Burundi Région Ophtalmique Nord". ARCE= Appréciation Rapide de la Cécité Evitable

Elles regroupent les pathologies comme le diabète, l'hypertension artérielle, les cancers, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives. Elles sont prises en charge dans le cadre d'un programme nouvellement créé au sein du MSPLS. Elles sont peu documentées car les données épidémiologiques de routine ne les prennent pas en compte et il n'existe pas non plus d'enquêtes fiables dans ce domaine. Le diabète et l'HTA sont associés dans 30% des cas selon une étude faite au CHUK et causent des complications dégénératives dans 73,17% des cas selon la même étude. La prise en charge de ces maladies reste un problème majeur du fait que les médicaments sont très chers et doivent être pris quotidiennement. Le cancer est considéré comme une fatalité au Burundi à cause de son évolution très lente, de l'absence de moyens de diagnostic et de traitement.

Quoique ne disposant pas d'informations fiables sur les maladies non transmissibles et les traumatismes de la voie publique, les données disponibles montrent l'importance de ces maladies. Elles constituent un problème de santé publique. Des études plus approfondies méritent d'être menées afin d'obtenir des informations fiables et d'organiser des interventions multisectorielles pour y faire face.

3.2.6. Problèmes de santé mentale

La crise a considérablement aggravé la précarité et entraîné une détérioration significative de la santé mentale de la population. En 1998-1999, une enquête nationale réalisée auprès d'un échantillon de 1100 personnes vivant dans des conditions 'normales' à leurs domiciles⁴⁰ a révélé que de nombreux burundais souffrent, à des degrés divers, de problèmes de santé mentale. Environ 59,33% des personnes enquêtées disent que la crise a fortement affecté leur vie alors que 56,34% de personnes avouent être tristes et découragées dont 20,29% disent être souvent tristes. En outre, 55,61% reconnaissent avoir des difficultés de dormir et ont des cauchemars. Les violences sexuelles faites aux femmes ont occasionné divers traumatismes psychoaffectifs qui ont altéré leur santé mentale⁴¹.

La qualité de la prise en charge des pathologies psychiatriques et troubles psychologiques est faible essentiellement du fait de l'insuffisance de ressources humaines qualifiées, d'infrastructures spécialisées et de produits.

3.2.7. Epidémies, catastrophes et urgences sanitaires

En matière de lutte contre les épidémies, une stratégie de surveillance intégrée des maladies et riposte a été adaptée à la situation burundaise, mais elle nécessite une actualisation. La «Stratégie de Surveillance intégrée des Maladies et Riposte» 'SIMR' a permis la mise en œuvre d'un Paquet minimum d'interventions visant à maîtriser les maladies à potentiel épidémique et à protéger les populations. Les maladies à potentiel épidémique sous surveillance épidémiologique sont entre autres, la rougeole, le choléra, la méningite à méningocoque, le paludisme, la paralysie flasque aiguë (PFA), la dysenterie

⁴⁰ISTEBU, Banque Mondiale: *Enquête Nationale sur les conditions de vie de la Population*, Bujumbura 1999

⁴¹OMS, *Rapport d'évaluation du système de santé mentale*, 2008

bacillaire, la shigellose, le typhus exanthématique et la fièvre hémorragique. Un système de surveillance des maladies couvrant tous les niveaux de la pyramide sanitaire est fonctionnel à travers l'équipe d'intervention rapide et l'EPISTAT. Dans le cadre de la confirmation du diagnostic les laboratoires de référence de CHUK et INSP participent au diagnostic biologique des cas suspects et des suspicions d'épidémies. Néanmoins, il convient également de stigmatiser l'insuffisance notoire d'activités de laboratoires au niveau intermédiaire et périphérique et l'absence d'une équipe de réponse rapide.

Dans le cadre de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI 2005), il existe un Plan de contingence pour la lutte contre les pandémies et les urgences sanitaires.

3.2.8. Santé de la mère et de l'enfant

- **Santé des enfants**

La Santé des enfants reste au cœur des préoccupations du MSPLS. En vue d'atteindre les OMD, le Gouvernement a adopté un certain nombre de mesures visant l'amélioration de la situation et la réduction des taux de mortalité notamment par l'adoption de la gratuité des soins des enfants de moins de cinq ans, le renforcement de la vaccination de routine, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, le renforcement des activités de prise en charge des cas de malnutrition et la prise en charge des indigents.

L'EDS réalisée en 2010 rapporte un taux de mortalité infantile de 59 pour mille et un taux de mortalité infanto juvénile de 96 pour mille.

- **Santé de la mère et du Nouveau-Né**

Elle fait partie des principales préoccupations du gouvernement et du MSPLS en particulier. D'après le RGPH 2008, le ratio de mortalité maternelle est estimé à 866 décès pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité néonatale est passé de 8,4/1000 à 7,2/1000⁴² naissances vivantes au cours de la même période.

La mortalité périnatale était estimée à 37/1000 naissances vivantes en 2008 (Rapport OMS Burundi, 2008). Elle semble proche de celle constatée dans les structures de santé qui est passée de 37,6% à 28,7% entre 2006 et 2009 mais reste aussi difficile à estimer suite à un nombre relativement élevé d'accouchements à domicile et de la faible notification des cas de décès à domicile.

Le taux d'utilisation des services de CPN est de 99%⁴³ (au moins une visite). Cependant 72%⁴⁴ des femmes enceintes ont fait au moins 4 visites avec un taux d'accouchement assisté par un personnel formé de 60%⁴⁵. L'EDS rapporte un taux de prévalence

⁴² EDSB,2010

⁴³ EDSB,2010

⁴⁴ Rapport PNSR, 2010

⁴⁵ EDSB,2010

contraceptive par la méthode moderne de 18,6%. Cette situation est sous tendue par les efforts déployés par le gouvernement et ses partenaires dans la disponibilité des intrants et la gratuité des soins pour les femmes enceintes jusqu'à l'accouchement, la disponibilité des services dans les formations sanitaires, la mobilisation de la population pour la planification familiale ainsi qu'à la bonne disponibilité des contraceptifs dans les structures sanitaires⁴⁶. Malgré l'amélioration de la consultation prénatale, des efforts restent à fournir notamment en matière de la planification familiale et de l'accouchement assisté par un personnel qualifié.

L'évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence réalisée en 2010 a montré que le Burundi ne dispose que de 5 centres de santé comme FOSA SONUB sur l'ensemble des centres de santé du pays et 17 hôpitaux comme structures SONUC et ces dernières sont mal réparties selon les provinces.

- **Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes**

La précocité des rapports sexuels est la facette la plus visible parmi les problèmes de santé chez les adolescents du Burundi. Selon une étude réalisée en 2002 auprès des adolescents, 16% des enquêtés déclarent avoir eu leur 1^{er} rapport sexuel à l'âge de 10 ans, 17% entre 10 et 14 ans et 38% entre 15 et 20 ans⁴⁷. De 1980 à 1990, la grossesse était la cause majeure de renvoi de 34,5% des filles de l'enseignement secondaire. Le taux de fécondité des adolescentes est de 32 pour 1000⁴⁸. L'accès aux services de santé de la reproduction pour les jeunes est très faible. Lors du forum national des adolescents tenu en décembre 1998, les adolescents ont présenté le "manque d'information en matière de sexualité et de santé de la reproduction" comme un problème crucial. Depuis, une série de "Centres Jeunes" gérés par l'Association Burundaise pour le bien Etre Familial (ABUBEF) ont vu le jour pour tenter de combler cette lacune.

3.2.9. Evolution des politiques en matière de Santé

La situation sanitaire du Burundi a été sérieusement affectée par la crise socio - politique déclenchée à partir de 1993 et qui a duré plus d'une décennie. Au cours de cette période, le Ministère de la Santé Publique a mis en œuvre une série de plans d'actions d'urgences humanitaires de 2 ans soutenue par les agences des Nations Unies et les ONGs. La signature de l'accord de paix d'Arusha en 2000 a conduit au retour progressif de la paix et à la stabilité. Le Pays est passé ainsi de la situation d'urgence humanitaire à des actions de développement sanitaire avec l'exécution de plans d'actions pluriannuels. Le Burundi a souscrit aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et à tous les engagements Internationaux, régionaux (membre de l'EAC) et sous régionaux (Pays des

⁴⁶ Rapport OMD, 2010

⁴⁷ PNSR, CEFORMI: *Etude sur la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents en mairie de Bujumbura*, Bujumbura, 2002

⁴⁸ RGPH, 2008

Grands Lacs) en matière de Santé. Le Burundi premiers pays pilotes du Partenariat International pour la Santé (IHP+). La vision du Gouvernement 2025 a été adoptée en 2004.

S'accordant à la loi fondamentale, le Gouvernement du Burundi s'est engagé à assumer toutes ses responsabilités pour offrir à tout citoyen burundais des services de santé de base de qualité tel que repris dans l'axe N° 3 du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté de première génération CSLPI (2006- 2010).

S'inspirant de cette volonté politique, le secteur de la santé a entamé un long processus d'adoption d'une Politique Nationale de Santé (PNS 2005-2015). Cette politique basée sur les Soins de Santé Primaires est mise en œuvre à travers le Plan National pour le Développement du Secteur de Santé (PNDS 2006-2010) et des Plans Stratégiques sous sectoriels.

Plusieurs réformes ont été initiées par le Gouvernement notamment: (i) la décentralisation à travers la mise en place des districts sanitaires ; (ii) la mesure présidentielle de la gratuité des soins en faveur des enfants de moins de 5ans et des femmes enceintes ; (iii) l'approche du financement basé sur les performances ; (iv) la fusion du Ministère de la Santé Publique et celui de la Lutte contre le Sida; (v) les réformes institutionnelles du MSPLS, (vi) la mise en place d'un Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD).

3.3. Organisation et Gestion du Système National de Santé

Le système de santé du Burundi est organisé sous forme pyramidale et il s'articule sur 3 niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. Toutefois le secteur privé n'est pas bien intégré dans le système national de santé de même que la médecine traditionnelle ainsi que la participation de la communauté. Ces niveaux sont reliés entre eux par des relations de fonctionnement hiérarchique.

3.3.1. Cadre Organisationnel et institutionnel

- **Niveau central**

Le niveau central regroupe le Cabinet du Ministre, une Inspection Générale de la Santé, deux Directions Générales, les institutions personnalisées, 6 départements, 9 programmes de santé et les services connexes.

En raison de la fusion des deux ministères (Santé Publique et lutte contre le Sida) et les résultats de l'audit institutionnel réalisé en 2009, un nouvel organigramme s'impose afin d'intégrer la lutte contre le Sida dans le secteur et les recommandations issues de l'audit. Les deux reformes préconisent la création d'un Secrétariat Permanent (SP), d'une direction générale de la planification et du suivi évaluation et d'un programme national intégré de lutte contre le VIH/SIDA.

Le niveau central est chargé principalement de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la coordination, de la mobilisation et affectation des

ressources ainsi que du suivi - évaluation. Ce niveau assure la fonction de régulation et de normalisation. Toutefois, il souffre du manque de ressources humaines et financières pour assurer la planification, la coordination et la régulation.

- **Niveau intermédiaire**

Le niveau intermédiaire est composé de 17 bureaux provinciaux de santé (BPS). Les BPS sont chargés de la coordination de toutes les activités sanitaires de la province, de l'appui aux districts sanitaires et s'assurent de la bonne collaboration intersectorielle.

Les missions initialement confiées au BPS sont actuellement partagées avec les BDS. Ce qui entraîne une inefficience dans l'affectation des ressources, les frustrations du personnel et une absence d'encadrement. La perspective est de regrouper les provinces sanitaires en régions sanitaires pour des raisons d'efficience.

- **Niveau périphérique**

Le niveau périphérique est composé de 45 districts de santé couvrant 63 hôpitaux et 735 centres de santé⁴⁹ répartis sur les 129 communes du pays. Un district couvre 2 à 3 communes regroupant entre 100 000 à 150 000 habitants. Son cadre réglementaire n'est pas encore défini.

Le district de santé constitue l'unité opérationnelle du système de soins. Il regroupe le niveau communautaire, les centres de santé (CDS) et l'hôpital de district qui est l'hôpital de première référence.

Les communautés sont impliquées dans le système de soins à travers la gestion des centres de santé par la mise en place des comités de santé et de gestion des CDS. Elles sont représentées également par les relais communautaires qui assurent l'interface entre le centre de santé et la communauté à travers les messages de sensibilisation, la prise en charge, le suivi et le soutien des malades.

- **Organisation du réseau des soins**

Le fonctionnement du réseau des soins s'articule autour de trois niveaux : le niveau de base, le niveau de première référence et le niveau de référence nationale.

Un paquet minimum d'activités est défini pour chaque niveau couvrant les soins curatifs, préventifs, promotionnels et réadaptatifs.

Le centre de santé est la porte d'entrée du système de soins. Il existe 735 CDS dont 423 publics, 105 agréés confessionnels et 207 privés. Chaque Centre de Santé doit offrir un paquet minimum d'activités (PMA) comprenant les services de consultations curatives et préventives, de laboratoire, de pharmacie, de promotion de la santé et d'éducation pour la santé ainsi que l'observation dans les services d'hospitalisation. Les actes techniques qui

⁴⁹ EPISTAT : Annuaire statistique, 2010

peuvent être posés sont notamment les accouchements, la petite chirurgie et les soins infirmiers. Néanmoins, le PMA n'est pas toujours assuré dans certains centres de santé. En effet, 45% des centres de santé n'offrent qu'un PMA partiel soit par manque de personnel, de locaux d'équipements et de médicaments.

- **Première référence**

Selon les normes sanitaires, chaque Hôpital de District (HDS) offre les services de Consultation Externe (CE), d'urgences, d'hospitalisation, techniques spécialisés, de diagnostic et d'appui. Les services de CE à l'hôpital de district reçoivent seulement les nouveaux cas qui ont été référés par le centre de santé.

Il existe 63 hôpitaux publics, 41 publics, 8 agréés et 14 privés. Sur le terrain, ce circuit du patient n'est pas respecté. Ainsi, les HDS offrent à la fois le paquet minimum d'activités et le paquet complémentaire qui est parfois incomplet. Ceci entraîne une forte utilisation des services des hôpitaux et une sous-utilisation de ceux des centres de santé. Malgré cette subdivision qui vise à rapprocher les soins de la population, 9 districts sur 45 n'ont pas d'hôpitaux. Même ceux qui en ont, le PCA n'est pas complètement assuré. Certains hôpitaux ne sont pas suffisamment équipés pour servir comme hôpitaux de référence.

- **Deuxième référence**

Actuellement, il existe trois (3) hôpitaux de deuxième référence situés à Ngozi, Bururi et Gitega. Ceux-ci complètent le paquet d'activités en offrant certains soins spécialisés. Ce niveau manque de cadre juridique de fonctionnement et même son paquet de soins n'est pas bien défini. Leur statut sera défini et ils seront renforcés pour jouer leur véritable rôle de référence.

- **Troisième niveau de référence**

La référence nationale est constituée par des hôpitaux spécialisés qui offrent des soins qui ne sont pas fournis aux autres niveaux comme certains traitements et examens spécialisés. C'est notamment le centre hospitalo-universitaire de Kamenge (CHUK), l'Hôpital Prince Régent Charles (HPRC), l'Hôpital Militaire de Kamenge (HMK), la Clinique Prince Louis Rwagasore (CPLR) auxquels s'ajoutent les centres hospitaliers spécialisés comme le Centre Neuropsychiatrique de Kamenge (CNPK), le Centre national de prise en charge de la tuberculose multi résistante (ex- Sanatorium de Kibumbu), le Centre National d'Appareillage et de Réadaptation (CNAR) à Gitega.

Le circuit du malade n'est pas bien structuré car tous les hôpitaux assurent tous les paquets sans distinction. Les districts de la Mairie de Bujumbura ne disposent pas d'hôpitaux de 1^{ère} référence. Ainsi les malades ont tendance à se rendre directement au niveau des Hôpitaux nationaux, obligeant ces derniers à offrir le PMA qui est pourtant disponible au niveau des CDS.

3.3.2. Accès aux services de santé

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida a initié certaines réformes structurelles pour améliorer l'accessibilité des soins du point de vue géographique en mettant en place les districts sanitaires. L'accessibilité géographique est satisfaisante puisque la population en général (80%)⁵⁰ peut accéder à un centre de santé à moins de 5 km de distance, quoiqu'il existe des disparités géographiques surtout en faveur des centres urbains.

La communication est aussi assurée par la voie routière. En effet, la plupart des formations sanitaires (plus de 90%) sont accessibles par une route même si elles sont parfois défectueuses. Cette voie de communication joue un rôle important dans le système de référence et contre référence.

S'agissant de l'accessibilité financière, la majorité des ménages burundais a recours au paiement direct pour financer leurs dépenses de santé. Avec le faible pouvoir d'achat, ce mode de paiement limite l'accès des populations aux soins.

Pour pallier à ce problème le gouvernement avait mis en place une carte d'assurance maladie (CAM) en 1984. Toutefois cette carte n'est acceptée que dans certaines formations sanitaires publiques et agréées car les créances y relatives sont difficilement et tardivement remboursées⁵¹.

Pour les fonctionnaires de l'Etat, une mutuelle de la fonction publique couvre leurs soins à hauteur de 80%, la contrepartie étant payée directement par les bénéficiaires et par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida pour son personnel.

Les assurances privées, les mutuelles communautaires ainsi que les initiatives des personnes vivant avec le VIH/Sida existent mais ne couvrent pas tout le pays.

En vue d'accroître l'accès aux soins de certaines catégories de personnes vulnérables, le Gouvernement burundais a décidé en mai 2006 de mettre en place la politique de gratuité des soins au bénéfice des enfants âgés de moins de 5 ans et des soins liés à la grossesse et à l'accouchement dans les formations sanitaires publiques et assimilées. . En Avril 2010, le passage à l'échelle du FBP, a permis au Gouvernement de subventionner la gratuité des soins. Le Gouvernement, a également initié en 2010, la gratuité des médicaments antipaludiques de première ligne.

Toutefois certaines barrières culturelles bloquent le recours aux services de santé et empêchent la prise en charge précoce du malade, surtout pour certains groupes vulnérables

⁵⁰ Enquête PETS, 2008

⁵¹ Enquête PETS, 2008

comme les Batwa. Même si le recours à la médecine traditionnelle n'est pas documenté, certains malades préfèrent recourir aux guérisseurs traditionnels ou aux groupes de prière.

3.3.3. Offre des soins de santé

D'une manière générale, les formations sanitaires publiques semblent mieux observer les bonnes pratiques relatives à la permanence de l'offre des soins. Les soins sont généralement offerts tous les jours, 24 heures sur 24 avec des services de garde organisés en fonction des besoins dans les proportions de 71,1% des CDS publics et 81,4% des hôpitaux publics, agréés et privés⁵². Cependant l'insuffisance d'équipement et de logement handicapent la permanence de l'offre avec des disparités entre les provinces.

3.4. Ressources pour la Santé

3.4.1. Disponibilité des ressources humaines

3.4.1.1. Production des ressources humaines

L'effectif total de 15.941 agents se répartit entre 5.957 infirmiers, 418 médecins et stagiaires, 16 sages femmes, 827 autres personnels paramédicaux qualifiés et 8.739 autres effectifs.⁵³

En ce qui concerne les médecins, le ratio global pour tout le pays est de 1 médecin par 19.231 habitants alors que la norme de l'OMS préconise un ratio de 1 médecin par 10.000 habitants est très éloigné de cette réalité.

Le ratio infirmier par habitant est satisfaisant avec un infirmier par 1349 habitants (la norme de l'OMS étant d'un infirmier par 3 000 habitants).

Le Burundi est également confronté à un manque criant de sages-femmes d'état (1SFE pour 124312 Femmes en Age de Reproduction). Signalons que plus de 50.5% de médecins et de 21%⁵⁴ d'infirmiers exercent à Bujumbura.

La formation des médecins est assurée par la faculté de médecine de l'université du Burundi, l'université de Ngozi et l'Université Espoir d'Afrique. Il existe des instituts supérieurs de formation des paramédicaux A1 comme l'Institut National de Santé Publique (INSP), l'université de Mwaro et l'université de Ngozi. D'autres écoles publiques et privées assurent la formation des paramédicaux A2.

L'insuffisance qualitative s'explique en partie par l'absence ou l'insuffisance d'encadrement au niveau des établissements d'enseignement public et privé, le recrutement non sélectif des candidats au niveau des écoles privées, la non adaptation des curricula aux besoins de l'emploi et l'insuffisance de la planification des besoins en personnel.

⁵² Enquête FOSA, 2010

⁵³ Enquête DRH, Nov 2010

⁵⁴ Enquête PETS, 2008

Des mesures sont nécessaires pour asseoir une formation de qualité pour le moyen et le long terme plus particulièrement pour les sages-femmes.

3.4.1.2. Gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines est caractérisée par une trop forte centralisation des actes de gestion du personnel au niveau de l'administration centrale, qui conduit à des situations qui handicapent parfois le bon fonctionnement des formations sanitaires sur le terrain.

L'absence de description de postes et de plan de carrière des agents et l'absence de gestion prévisionnelle des effectifs sont des déterminants de la mauvaise gestion des ressources humaines.

Le Gouvernement a pris des mesures de motivation qui sont entre autres la subvention des soins de santé du personnel et la généralisation de l'approche FBP dans les formations sanitaires.

3.4.2. Ressources matérielles et infrastructures

Le MSPLS comptait en 2010, 17 bureaux des provinces sanitaires, 45 bureaux de districts sanitaires dont certains n'ont pas de locaux, 735 centres de santé et 63 hôpitaux. Les terrains de certaines de ces structures ne sont pas délimités et n'ont pas de documents cadastraux l'eau et l'électricité restent également des limites pour améliorer l'offre de soins de qualité.

Malgré les normes définies en 2004, plusieurs structures restent à équiper en termes de matériels biomédicaux en conformité avec le paquet de services offerts.

Aussi bien pour les infrastructures que pour les équipements, il manque une politique et un plan de maintenance et d'entretien au niveau national qui devrait guider toutes les interventions.

De plus, le MSPLS ne dispose ni d'un plan d'extension de la couverture ni d'un plan d'investissement. Face à cette situation, il est nécessaire de réaliser un inventaire de l'existant et d'élaborer un plan d'investissement afin d'orienter la prise de décisions en matière d'implantation et de réhabilitation.

3.4.3. Ressources financières

3.4.3.1. Sources de financement

Selon les Comptes Nationaux de la Santé de 2007, les sources de financement du secteur de la santé sont : 17% publiques (les ministères y compris les fonds IPTE et les entités publiques), 43%⁵⁵ privées (dont 40% pour les ménages et le reste par les associations, les

⁵⁵ Comptes Nationaux de Santé, Burundi 2007, Août 2009

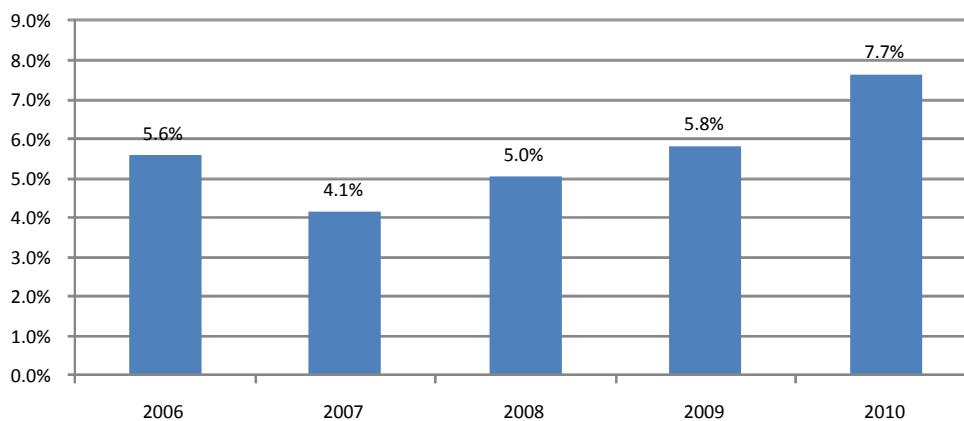
ONG confessionnelles et non-confessionnelles, les entreprises) et 40% de l'aide extérieure (les coopérations bilatérales, coopération multilatérales et les ONGS, fondations et initiatives internationales).

3.4.3.2. Financement public

- **Financement de l'Etat**

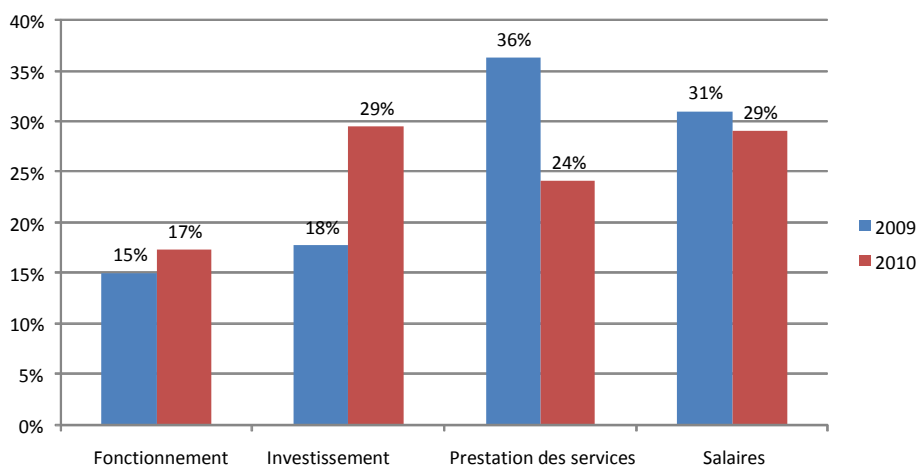
Depuis 2007, on constate un fort engagement de l'Etat avec une augmentation de l'allocation du budget de l'état pour le secteur de la santé.

Graphique 2 : La proportion du budget national alloué au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA



Le budget alloué à la santé a augmenté de 5.6% à 7.7% du budget national de 2006 à 2010.

Graphique 3: Répartition du budget du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida



La répartition budgétaire entre les salaires, investissements, fonctionnement et prestations de services varie d'une année à l'autre comme le montre le graphique ci-dessous. De 2009 à 2010, les investissements ont augmentés de 18% à 29% du budget du ministère. Le taux d'exécution du budget d'investissement est de 65% en 2009 et 57% en 2010).

Le taux d'exécution du budget par le ministère est au-dessus de 90%⁵⁶ grâce à un taux d'engagement et de paiement des fonds alloués au MSP (100% des dépenses salariales, médicaments et prestations de services).

En plus du MSPLS, d'autres ministères (Ministères de la Fonction Publique, de la Défense Nationale, de la Sécurité Publique, de la Solidarité et de l'Enseignement Supérieur et Recherche,...) contribuent au financement de la santé à hauteur de 4%.

- **Mutuelles de santé**

La Mutuelle de la fonction publique (MFP) couvre les fonctionnaires de l'Etat et leurs ayants droits soit 10%⁵⁷ de la population burundaise. Elle couvre 80% de tous les coûts des prestations et des produits pharmaceutiques. Les cotisations collectives à travers la MFP ne représentent que 15% des dépenses publiques et 6% des Dépenses Totales Santé (DTS).

- **Assurances maladies**

La Carte de l'Assistance Médicale (CAM) a été initiée par le Gouvernement du Burundi en 1984 au profit de certaines populations à faible revenu (les cultivateurs, les artisans et les petits commerçants). Cette carte permet la prise en charge de 80% des coûts des analyses

⁵⁶ Exécution budgétaire MSP, 2010

⁵⁷ Comptes nationaux de Santé, Burundi 2007, Août 2009

de laboratoires, des consultations et des hospitalisations et ne couvre pas les médicaments et il revient au bénéficiaire de payer en plus des médicaments le solde du 20%. Les principales difficultés résident dans le manque de remboursement de certains prestataires entraînant une réticence dans l'offre de soins aux détenteurs de la CAM, ce qui à long terme décrédibilise ce mode de paiement et décourage la population. Cependant la CAM contribue à hauteur de 0.4% des DTS⁵⁸ Il serait judicieux d'évaluer l'utilisation de la CAM et de rechercher les mesures correctives à cette stratégies afin qu'elle puisse représenter une alternative pérenne et crédible d'accès aux soins et de financement de la santé.

3.4.3.3. Financement privé

- **Financement des ménages**

Le financement des ménages au titre des paiements directs des soins de santé représente 40% de la dépense totale de santé⁵⁹. Cette situation limite l'accès aux soins pour les ménages particulièrement les plus pauvres qui utilisent plusieurs stratégies pour faire face à ces paiements de soins et qui aggravent leur précarité (vente de parcelle ou de bétail).

- **Les Assurances et Mutuelles privés de santé**

Les initiatives d'assurance et de mutuelles privées commencent à voir le jour, même si elles ne représentent que 0.1% de la dépense de la santé⁶⁰ en 2007. Elles sont peu développées et n'offrent que certains services de couverture du risque maladie. Les revenus de ces assurances proviennent essentiellement des entreprises privées, des organisations non gouvernementales et des ménages.

Certaines organisations initient des mutuelles de santé communautaires en faveur de certaines catégories de personnes (caféiculteurs, riziculteurs et les confessions religieuses) et dans certaines localités. Toutefois, ces initiatives ne sont pas documentées pour mettre en exergue leur contribution.

3.4.3.4. Aide extérieure

Cette forme de financement représente 40% des dépenses totales de la santé⁶¹. Cette forme de financement montre la forte dépendance de l'aide extérieure. Une grande partie de l'appui financier est exécutée à travers les projets et les ONG. Un effort devra être fourni sur la prévisibilité des dépenses, l'harmonisation des procédures de gestion, la disponibilité des informations nécessaires et l'alignement aux priorités du gouvernement.

Dans le cadre de la gestion axée sur les résultats (GAR), le gouvernement est en train de mettre en place des outils pour améliorer la gestion des finances publiques et la traçabilité

⁵⁸ Comptes Nationaux de Santé, Burundi 2007, Août 2009

⁵⁹ Comptes Nationaux de Santé, Burundi 2007, Août 2009

⁶⁰ Comptes Nationaux de Santé, Burundi 2007, Août 2009

⁶¹ Comptes Nationaux de Santé, Burundi 2007, Août 2009

des fonds. Dans le cadre de l'initiative de l'International Health Partnership (IHP+), le MSPLS a signé le compact global et un mémorandum d'entente avec 15 partenaires techniques et financiers de la santé et les autres ministères clés. Les discussions sont en cours pour la préparation d'un compact et la mise en place d'un panier commun Santé.

3.4.3.5. Le financement basé sur performance (output)

La stratégie de financement de la santé basée sur la performance adoptée par le Burundi vise à atteindre les objectifs suivants : (i) améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé offerts à la population ; (ii) améliorer les mécanismes de vérification et de remboursement des prestations du paquet de soins gratuit en faveur de la femme enceinte et des enfants de moins de cinq ans ; (iii) motiver et stabiliser le personnel de santé ; (iv) inciter le personnel de santé à travailler dans les structures de soins périphériques ; (v) renforcer la gestion, l'autonomie et l'organisation des structures de santé ; (vi) prendre en compte le point de vue des bénéficiaires dans la gestion et la résolution des problèmes de santé.

Le Burundi a également adopté en 2006 une politique de gratuité ciblée des soins en faveur des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes. La mise en œuvre de cette politique a connu plusieurs contraintes liées notamment au retard de remboursement des formations sanitaires par l'Etat, à la surfacturation par les formations sanitaires liées à un manque d'un système de vérification des prestations déclarées, à la surcharge de travail du personnel de santé liée à une utilisation plus accrue des services de santé, à la démotivation du personnel de santé, à la charge administrative élevée due au nombre important de formulaires à remplir par les formations sanitaires lors des demandes de remboursement.

Face à ces dysfonctionnements, le MSPLS et les PTF ont décidé d'intégrer le FBP et la gratuité des soins. Les premiers résultats montrent que le FBP est entrain de contribuer à corriger les dysfonctionnements observés lors de la mise en œuvre de la gratuité. En effet, le remboursement du paquet de soins gratuit à travers les mécanismes de FBP a permis de réduire le délai de remboursement des formations sanitaires de 84 à 45 jours ouvrables ; de réduire les surfacturations par la mise en place d'un système efficace de vérification et contre vérification ; de notifier des données fiables au système d'information sanitaire ; de réduire la charge administrative des formations sanitaires avec des documents à remplir qui sont passés de 2.500 pages par mois à 2 pages par mois ; de motiver financièrement les prestataires de soins.

3.4.4. Médicaments, vaccins et consommables

3.4.4.1. Description du domaine pharmaceutique national

Le domaine pharmaceutique national est régi par le décret n° 100/150 du 30 septembre 1980 portant organisation de l'exercice de la pharmacie au Burundi. Un projet de loi - cadre pharmaceutique est en cours de finalisation.

Il existe au sein du MSPLS une structure de contrôle interne, appelée « Inspection Générale de la Santé Publique » dotée d'un service d'accréditation et d'inspection des établissements

pharmaceutiques et laboratoires, une Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML) ainsi qu'un laboratoire de contrôle de qualité de l'INSP.

En tant que membre de la Communauté Est Africaine (EAC), le Burundi devra harmoniser les systèmes de régulation pharmaceutique avec les autres partenaires en transformant la DPML en une Autorité Nationale de Régulation Pharmaceutique (ANRP).

Pour ce qui est de l'achat et de la distribution des médicaments et autres produits de santé, le domaine pharmaceutique du Burundi se divise en 3 secteurs : le secteur public, le secteur para étatique et le - secteur pharmaceutique privé.

Le secteur public est calqué sur l'organisation du système national de santé. Le niveau central comprend la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du Burundi (CAMEBU) qui est un établissement paraétatique sous tutelle du MSPLS, jouissant d'une autonomie de gestion administrative et financière. Sa principale mission consiste à assurer la logistique pharmaceutique dont l'importation, le stockage et la distribution des produits prioritairement aux pharmacies des districts sanitaires et aux hôpitaux à gestion autonome. Le niveau intermédiaire est constitué par les pharmacies des districts sanitaires qui s'approvisionnent principalement à la CAMEBU. Elles distribuent les médicaments aux pharmacies des hôpitaux de district et aux centres de santé publics de leur ressort.

Le niveau périphérique est constitué des services pharmaceutiques des hôpitaux de district et des centres de santé. Ceux-ci sont approvisionnés par les pharmacies des districts sanitaires.

Le secteur paraétatique est constitué par *les pharmacies des hôpitaux nationaux, des hôpitaux à gestion autonome, et celles de la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP)*. Ces structures relèvent respectivement du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, du Ministère de la Défense Nationale et des Anciens Combattants pour l'Hôpital Militaire de Kamenge (HMK), du Ministère de l'Enseignement Supérieur pour le CHUK et du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale pour la MFP.

Le secteur privé comprend des structures à but lucratif et des structures à but non lucratif.

Le secteur privé à but non lucratif est constitué des services pharmaceutiques attachés aux centres de soins appartenant aux confessions religieuses. Ils s'approvisionnent auprès de la CAMEBU ou d'autres fournisseurs privés. Tout comme le secteur public, les centres de soins appartenant aux confessions religieuses reçoivent également des dons de médicaments et de consommables médicaux.

Le secteur privé à but lucratif est constitué par une unité de fabrication privée (SIPHAR), des pharmacies grossistes (13 dont 10 installées dans la capitale à mettre à jour) et 380 pharmacies de détail toutes catégories confondues⁶². La majorité des officines pharmaceutiques sont concentrées dans la capitale. On assiste également à une forte demande d'ouverture de pharmacies en milieu rural.

⁶² Source DPML 2011

3.4.4.2. Circuit d'approvisionnement

Le circuit d'approvisionnement des médicaments et autres produits de santé en vigueur dans le secteur public, est défini par la décision ministérielle de Juin 2009 N° 630/1359/2009 portant sur les normes à respecter dans la gestion du système de médicaments. Les districts sanitaires et les hôpitaux à gestion autonome s'approvisionnent à partir de la CAMEBU. Dans le cas des ruptures de stock à la CAMEBU, ces structures de soins peuvent exceptionnellement recourir aux établissements pharmaceutiques privés de gros, sur autorisation de la DPML. Les produits pharmaceutiques importés par les programmes de santé et les autres partenaires sont stockés et distribués par la CAMEBU. Un audit de la CAMEBU a été réalisé en 2009 et a révélé des difficultés pour assurer l'approvisionnement et la disponibilité des médicaments et autres produits de santé dans les formations sanitaires. La mise en œuvre des recommandations de l'audit et le changement du statut de la CAMEBU en une ASBL pourraient améliorer la situation.

La Production pharmaceutique locale est assurée par un seul établissement de fabrication de médicaments : la Société Industrielle Pharmaceutique (SIPHAR) qui produit une petite gamme de médicaments génériques.

3.4.4.3. Contrôle de qualité des médicaments et autres produits de santé

Un laboratoire de contrôle de qualité a été inauguré à l'INSP le 28 Février 2009. L'analyse de la qualité des médicaments est maintenant effective.

3.4.4.4. Usage rationnel des médicaments

Les schémas thérapeutiques et les protocoles existants ne sont pas scrupuleusement respectés dans les formations sanitaires. Une standardisation des traitements (SPT) au niveau des formations sanitaires périphériques est en cours d'élaboration.

Il existe aussi le phénomène d'automédication et de prescription irrationnelle des médicaments en particulier les anti-infectieux (antibiotiques et antiparasitaires). Une Commission Nationale chargée « de la lutte contre la dissémination illicite des médicaments et l'exercice illégal de l'art de guérir » a été nommée en 2008 par une ordonnance ministérielle N° 630/804/ du 05 août 2008.

3.4.4.5. Domaine de la biologie médicale

Ce domaine souffre de beaucoup d'insuffisances dont les principales sont : i) l'absence de textes réglementaires ; ii) l'insuffisance de moyens logistiques et équipements adéquats ; iii) l'insuffisance et/ou absence de ressources humaines qualifiées ; iv) l'absence d'un système de maintenance des équipements d'analyses biomédicales ; v) les ruptures fréquentes en réactifs et autres consommables.

3.4.4.6. Optométrie et Optique

Il existe beaucoup de points de vente de lunettes dont l'implantation et le fonctionnement ne sont pas réglementés.

La profession d'optométristes, des opticiens et des techniciens supérieurs en ophtalmologie est réglementée par l'ordonnance ministérielle N°630/857 du 3 juin 2010 dont les textes d'application ne sont pas encore disponibles.

3.5. Participation communautaire

Avec un système de santé longtemps centré sur les soins curatifs, le Burundi accuse un retard dans l'adoption des approches centrées sur la communauté et visant à amener les personnes à opter des comportements et habitudes de vie sains et à les motiver à devenir de meilleurs gestionnaires de leur santé. Dans les années 2000, des projets pilotes sur la participation communautaire, avec des comités de santé élus et des assemblées communautaires ont été mis en place dans tout le pays.

Cette forme de représentation communautaire présente des limites en raison de : i) la résistance du personnel soignant à collaborer avec les membres du COSA ; ii) le pouvoir décisionnel de ces comités est limité ; iii) le déphasage entre les comités élus et les populations à la base suite à l'insuffisance d'encadrement et de renforcement de leurs capacités ; iv) le risque de désintérêt de la population ; v) le manque de statut juridique des COSA et des COGES.

Le manque d'orientations stratégiques en santé communautaire au Burundi laisse place à diverses approches d'implication communautaire initiées par les ONG ou d'autres intervenants notamment avec la pandémie du VIH/SIDA, la mise en œuvre de la stratégie TIDC pour le contrôle de l'onchocercose, etc. Il s'agit des agents de santé communautaires (ASC), des animateurs communautaires, des associations locales de lutte contre le VIH/SIDA, des groupes d'intérêt comme les réseaux de personnes vivant avec le VIH/SIDA. L'utilisation de ces groupes d'acteurs communautaires est une réalité dans la prévention de différentes maladies et dans la promotion de la santé. Ils sont souvent utilisés par des programmes verticaux du MSPLS ou des ONG intervenant au niveau périphérique moyennant des incitatifs qui varient d'un employeur à un autre. Des orientations stratégiques et un manuel des procédures sur la santé communautaire sont en cours d'élaboration.

3.6. Collaboration Intersectorielle

La collaboration avec les autres secteurs est matérialisée par la mise en place d'instances de coordination où ils participent. Au niveau national, un Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) constitue le cadre de référence des planifications stratégiques des secteurs et un Groupe de Coordination des Partenaires (GCP) coordonne les instances sectorielles de concertation dont le CPSD (Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le

Développement). D'autres instances de coordination d'envergure nationale ont été mises en place à savoir : le Country Coordinating Mechanism (CCM) pour les projets financés par le Fond Global ainsi que le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS)

Au niveau provincial, un Comité Provincial de Santé (COPROSA) qui est chargé d'assurer la coordination de toutes les interventions en matière de santé dans la province et un Comité Provincial de Lutte contre le Sida (CPLS) spécifique à la lutte contre le Sida. A côté de ces instances, un Comité Provincial de Vérification et Validation (CPVV) spécifique au financement basé sur la performance a été mis en place en 2010 dans toutes les provinces. Signalons ici que tous ces comités ont une composition multisectorielle.

Au niveau district, des Comités de Pilotage du District (COPIDI) ont été mis en place pour assurer la coordination des interventions mais ne sont pas encore fonctionnels. A tous les niveaux de coordination, la vision multi sectorielle n'est pas encore développée à part quelques initiatives menées par le CNLS au niveau national et provincial à travers les unités sectorielles de lutte contre le Sida.

3.7. Système national d'information sanitaire - Planification - Suivi - évaluation et Technologie de l'Information et de la Communication

3.7.1. Système d'information Sanitaire

3.7.1.1. Processus de collecte

A ce jour, le type d'outils de collecte, la périodicité de collecte, le circuit de transmission et de rapportage ne sont pas encore standardisés et harmonisés pour tous les intervenants. Le MSPLS vient de mettre à jour son canevas de collecte des données de routine dans les formations sanitaires. Malgré que ce dernier a été élaboré de manière participative et en essayant d'intégrer le plus possible d'indicateurs des programmes verticaux, certains de ces derniers continuent à utiliser des outils de collecte de données parallèles.

De plus, une irrégularité des enquêtes, influant ainsi sur la disponibilité de données actualisées dont les acteurs du secteur de santé ont souvent besoin (EDS, RGPH, PMS, MICS) est observée. Cela est dû à l'ignorance des sources d'informations par les services compétents, aux chevauchements et aux doubles emplois constatés dans la réalisation des enquêtes auprès de la population. L'enregistrement des naissances et des décès et leurs causes est insuffisant pour ceux survenant en dehors de structure de soins et au niveau communautaire (naissances, décès, cas d'épidémie et couvertures sanitaires). C'est également le cas pour les données en provenance du secteur privé et des hôpitaux. La collecte sur les ressources humaines et les infrastructures n'est pas intégrée dans la base des données.

Le FBP a mis en place des outils de collecte des données avec un nombre réduit d'indicateurs, ce qui peut constituer un modèle intégré de système d'information de gestion dans le cadre du suivi de la performance du système.

3.7.1.2. Analyse, rapportage et diffusion des données

Les données des maladies à potentiels épidémiques sont transmises hebdomadairement par voie électronique alors que la morbidité et la mortalité par pathologies sous surveillance sont transmises mensuellement.

Il existe une cartographie des FOSA 2009, des bases de données de routine intégrées à tous les niveaux du Système de santé (GESIS), et des outils standards et harmonisés de collecte de données pour les CDS permettant de faire l'analyse de l'exhaustivité des données.

Il faudra également encourager l'utilisation des graphiques pour présenter les informations à tous les niveaux, l'initiative positive de produire, de diffuser et de publier un bulletin trimestriel d'information sanitaire et des annuaires statistiques. L'utilisation des informations sanitaires (état de santé de la population, performance et couverture du système sanitaire) est effective dans la planification et dans le suivi-évaluation à tous les niveaux.

Le bulletin épidémiologique mensuel n'est plus produit depuis un certain temps. Toutefois, un bulletin épidémiologique est produit périodiquement par l'USLS/Santé en ce qui concerne le VIH/SIDA. La gestion des données dans les hôpitaux est confrontée à des difficultés relatives à l'inadaptation des supports internes, à l'insuffisance de remplissage des outils de collecte. Il y a également une absence d'un système d'archivage des données et de rétro-information entre différents niveaux.

De plus, il n'existe pas de dictionnaire de métadonnées qui donne des renseignements sur la définition des variables ainsi que leur emploi dans les indicateurs. Un consensus national doit être trouvé notamment en ce qui concerne leur nombre, leur mode de calcul, la source et le niveau de production. Le service de l'EPISTAT souffre d'insuffisance de moyens matériels, financiers et humains (épidémiologistes, démographes, Ingénieurs statisticiens, informaticiens/maintenanciers, etc...) pour assurer sa mission de collecte, de traitement, d'analyse et de diffusion de l'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. C'est pourquoi un plan stratégique du Système National d'Information Sanitaire est en cours d'élaboration.

3.7.2. Le système de planification

3.7.2.1. Planification stratégique

La Politique Nationale de Santé (PNS 2005-2015) est mise en œuvre à travers des Plans Nationaux de Développement Sanitaire qui couvrent une période de 5 ans, assortis des programmes et projets dont l'exécution devrait permettre de résoudre les problèmes prioritaires à court, moyen et long terme. L'évaluation du PNDS I a révélé une insuffisance de sa mise en œuvre en raison du non alignement des plans d'action opérationnels aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Cette situation pourrait être corrigée par l'opérationnalisation du PNDSII à travers des plans d'actions et des plans stratégiques pour toutes les structures, services et programmes (centrales, intermédiaires et périphériques) conformes aux orientations du PNDSII.

3.7.2.2. Planification opérationnelle

Depuis 2009, le MSPLS a initié l'élaboration de son Plan Opérationnel Annuel (POA). Cet exercice permettrait de disposer d'un plan d'action budgétisé centré sur les priorités du PNDS et d'assurer un meilleur suivi des activités notamment à travers les revues annuelles. Suite aux recommandations de l'audit institutionnel du MSPLS, la création de la Direction Générale de planification est une opportunité pour le secteur en vue de la définition d'un cadre opérationnel de planification et de suivi-évaluation.

3.7.3. Suivi-Evaluation

3.7.3.1. Suivi-évaluation de la PNS et du PNDSI

Il convient de souligner l'absence d'un plan de suivi et évaluation de la PNS 2005 – 2015 et du PNDS 2006 – 2010. En absence d'un cadre de suivi évaluation, Il a été pratiquement

difficile de suivre l'évolution des indicateurs afin d'apporter les mesures correctives qui s'imposaient⁶³. La Cellule Exécutive qui avait été mise en place en 2007 a contribué à la définition des normes du MSP pour la mise œuvre du PNDS 2006 – 2010.

A défaut du cadre de suivi-évaluation, le CPSD a initié des revues annuelles conjointes, qui sont précédées chaque fois par les travaux en groupes thématiques en vue d'évaluer la mise en œuvre du PNDS 2006 – 2010.

3.7.4. Utilisation des TIC

L'outil informatique, l'internet, la radiophonie, la téléphonie fixe et mobile sont disponibles dans la quasi-totalité des services du MSPLS que ce soit au niveau central, intermédiaire ou périphérique. Une base de données électronique du FBP est en place et 14 sur les 17 provinces ainsi que la CT-FBP sont déjà équipées avec des antennes VSAT.

Malgré l'existence de ces différents outils de communication, les problèmes de maintenance et la disponibilité d'intranet se posent avec acuité.

L'utilisation des TIC dans le secteur de la santé souffre également de la faible capacité du personnel en matière d'utilisation de l'ordinateur, d'internet, de certains logiciels spécifiques, le GIS et l'utilisation de l'e-health pour l'alerte et la riposte aux épidémies.

3.7.5. Recherche

L'Institut National de la Santé Publique est mandaté par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA pour mener des activités de recherche visant à appuyer le Ministère à générer des connaissances pouvant orienter la prise de décisions éclairées par des évidences scientifiques. Durant les cinq dernières années, un certain nombre de travaux de recherche ont été réalisés par l'institut, dont certains étaient commandités par le MSPLS, ses programmes verticaux et d'autres par les PTF. La recherche à l'INSP comme ailleurs, se trouve cependant confrontée à un certain nombre de contraintes dont les plus importantes sont (i) l'insuffisance des ressources humaines qualifiées, (ii) le manque de fonds permanent pour alimenter la recherche et (iii) le manque de coordination de la recherche en santé au niveau national.

En plus de l'INSP, d'autres structures de recherche existent, qui réalisent des travaux de recherche en matière de santé. Il s'agit notamment du Centre National de Référence en matière de VIH/SIDA (CNR), de l'Institut des Statistiques et des Etudes Economiques du Burundi (ISTEEBU) et de la Faculté de Médecine de l'Université du Burundi qui, en plus de la recherche fondamentale, font également de la recherche opérationnelle.

De manière globale, la recherche en santé au Burundi a encore besoin d'être renforcée, notamment pour ce qui est de la coordination des activités de recherche, l'allocation de fonds de recherche sur le budget national, la diffusion des résultats de recherche et le

⁶³ Rapport d'évaluation du PNDSI 2010

développement de la recherche en système de santé efficace pouvant accompagner les réformes en cours et à venir.

3.7.6. La communication au MSPLS

3.7.6.1. Communication stratégique

Au niveau central, la communication stratégique est réalisée à travers les réunions du conseil du cabinet qui se réunit deux fois par mois. Cette réunion regroupe le Cabinet, les directions générales, le SEP/CNLS, les Directeurs des départements, et les chefs de services.

Les médecins Directeurs des programmes et projets de santé sont invités lors des réunions des conseils de cabinet élargis. Les comptes rendus de ces réunions sont partagés à travers la communication électronique entre les participants à la réunion seulement.

Il y a lieu de mentionner aussi le rôle joué par le porte-parole du ministère au niveau central en matière de communication institutionnelle. Le Service IEC est sollicité par le niveau central lors de la communication événementielle et ponctuelle comme le reportage, la célébration des journées africaines, mondiales et internationales, en collaboration avec les médias publics et privés.

Concernant le circuit de l'information entre les niveaux central, intermédiaire et périphérique, il y a lieu de mentionner les correspondances à travers la pyramide administrative du haut en bas et vice versa. Les difficultés de communication sont relatives aux faits suivants : i) Certains projets de santé donnent l'impression de dépendre beaucoup plus des bailleurs que du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA ; ii) Existence de beaucoup d'intervenants en matière de communication en santé. En effet, la plupart des services organisent ces activités de communication en santé sans se référer aux orientations du MSPLS, le service IEC n'est sollicité que pour participer dans les séances de validation des outils conçus par d'autres ; iii) Certaines ONG produisent aussi des messages parfois contraires à la politique du MSPLS.

3.7.6.2. Information-Education-Communication pour un changement de comportement (IEC/CCC)

En matière d'IEC/ CCC, les activités au niveau central sont réalisées à travers le service IEC qui prépare et diffuse des magazines en kirundi deux fois par semaine à travers le contrat de prestation de services signé entre le Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le SIDA et la Radiotélévision Nationale du Burundi.

Au niveau intermédiaire et périphérique, les Coordonateurs Provinciaux de Promotion de la Santé coordonnent les activités de communication et de promotion de la santé. Un rôle important est joué par le service de la communication du SEP/CNLS à travers le site internet et d'autres outils de communication développés à partir des travaux de consultance en matière de lutte contre le VIH/SIDA.

Le Service IEC éprouve des difficultés techniques en vue de faire face à des sollicitations multiples. En effet, le personnel de l'IEC nécessite un renforcement de ses capacités dans le domaine de la numérique, de la communication pour le changement de comportement.

L'IEC n'a pas toutes les compétences techniques pour réaliser ses missions. Les matériels ne sont pas adaptés, les productions des outils de communication se réalisent au moyen des logiciels dépassés. De plus, les structures de communication qui existent au niveau des programmes posent des problèmes de coordination en matière d'IEC/CCC.

IV. Défis majeurs et Priorités du PNDS II

Sur base de l'analyse de la situation et de l'évaluation du PNDS I et conformément aux orientations du Gouvernement en matière de santé, les défis majeurs que le MSPLS va relever au cours des 5 prochaines années sont notamment :

1. Le renforcement des capacités du système de santé à travers une gestion rationnelle des ressources et le développement d'un système national d'information sanitaire performant ;
2. L'offre intégrée des soins et service de qualité préventifs, curatifs, promotionnels, ré adaptatifs ;
3. L'accès universel aux soins et services par la promotion des mutuelles communautaires ;
4. L'amélioration la demande de soins par la population à travers le renforcement et la pérennisation du FBP associé à la gratuité ciblée ;
5. Le renforcement du leadership et de la gouvernance du secteur permettant de créer un environnement susceptible de favoriser la coordination, le partenariat y compris la communauté et le secteur privé, la multisectorialité ainsi que la mise en œuvre des réformes ;
6. L'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant pour contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, à la réduction de la malnutrition et autres maladies carencielles et à la maîtrise de la croissance démographique ;
7. La lutte contre la maladie par le renforcement du système de surveillance des maladies transmissibles et non transmissibles et une meilleure prise en charge des cas ;
8. La création d'un environnement favorable à la santé y compris la sécurité en milieu scolaire et au travail ;
9. Le renforcement des capacités nationales à faire face aux épidémies et la gestion des urgences et catastrophes.

Les priorités retenues pour la période 2011 – 2015 sont :

1. L'amélioration de la Santé de la mère et de l'enfant ;
2. La lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;

3. Le renforcement de la lutte contre le VIH/ Sida dans une approche multisectorielle ;
4. Le renforcement des actions de lutte contre la malnutrition ;
5. L'accroissement de la demande des soins de santé ;
6. Le renforcement du système de santé ;
7. Le renforcement et la pérennisation du Financement basé sur les performances associé à la gratuité des soins.

V. VISION, BUT, OBJECTIFS Et AXES STRATEGIQUES DU PNDS II

La vision de la Politique Nationale de Santé (2005-2015) s'inspire de la vision 2025 du Burundi en son 2^{ème} et 5^{ème} piliers⁶⁴. En sa qualité d'outil de mise en œuvre, le PNDSII va poursuivre la mise en œuvre du PNDS I à travers, la vision, le but et les objectifs de la PNS 2005-2015.

5.1. Vision

“ A l’horizon de l’an 2015, le Burundi aura une paix et une stabilité socio - politique durable avec une croissance économique permettant à tout citoyen un accès aux soins de santé de base à travers des mécanismes de participation individuelle et communautaire et sous un leadership renforcé du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida. Les différents intervenants, les partenaires et la population en pleine phase avec le gouvernement auront réduit les maladies liées à la pauvreté, à l’exclusion et à l’ignorance dans un contexte de bonne gouvernance, et de développement durable d’un système de santé proactif et performant pour une vie économiquement, socialement et humainement acceptable.

Cette vision réalisée permettra aux habitants de ce pays de vivre plus dignement et plus longtemps dans un environnement meilleur. Ils seront plus conscients de leurs responsabilités dans la promotion de leur santé et de celle des communautés auxquelles ils appartiennent. Les différents groupes à risque ne mourront plus massivement de maladies évitables⁶⁵.”

Conformément à la politique nationale de santé 2005- 2015, la réalisation de cette vision s’articule autour des valeurs suivantes :

- le droit à la santé pour tous ;
- les soins de santé primaires (SSP) ;
- l’acceptabilité, l’efficacité, l’efficience et la qualité de soins de santé ;

⁶⁴ Vision 2025 : 2^{ème} pilier « Fournir une qualité de vie meilleure à la population d’une part et compter sur une population éduquée et jouissant d’une bonne santé d’autre part

« 5^{ème} pilier « Mettre en place une politique démographique agressive afin de limiter le taux de croissance démographique à 2% »

⁶⁵MSP, *Politique Nationale de la Santé 2005 – 2015*, Septembre 2004

- la gestion axée sur les résultats et l'efficacité ;
- La décentralisation ;
- la Bonne gouvernance et la réactivité du système de santé ;
- La coordination, la collaboration intersectorielle, le partenariat, la durabilité ;
- L'éthique dans le domaine de la santé et les droits humains ;
- L'équité, la solidarité, la participation, l'identité culturelle, les points de vue tenant compte du Genre.

5.2. But

“Améliorer l'état de santé de la population, non seulement parce que c'est un droit humain, mais aussi pour permettre la relance de l'économie et la diminution de la pauvreté en maintenant le capital humain en bonne santé.”⁶⁶

L'amélioration de la santé de la population passera par l'atteinte de **trois(3) objectifs généraux(OG) et un objectif Sectoriel (OS)**

5.3. Objectifs généraux

Pour atteindre ce but, trois objectifs généraux en rapport avec les OMD 4, 5, 6 sont poursuivis :

- **Objectif général OG1 : Contribuer à la réduction de la morbi mortalité des maladies transmissibles et non transmissibles d'ici 2015**
- **Objectif général OG2 : Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale d'ici 2015**
- **Objectif général OG3 : Contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans d'ici 2015**

5.4. Objectif Sectoriel

Pour atteindre le But et les Objectifs généraux, le MSPLS vise d'ici 2015 à **“assurer l'accessibilité de la population aux soins et services de santé de qualité en vue d'une meilleure utilisation”**.

Cet objectif sectoriel sera réalisé à travers 9 axes stratégiques portant sur les 6 piliers de Renforcement du Système de Santé(RSS) et répartis en 3 groupes.

Le premier groupe assure l'offre, crée et renforce la demande des soins. Il constitue ***l'axe 1 : renforcement des prestations de soins et de services de santé***

Le deuxième groupe vise l'amélioration des capacités d'offre de soins et comprend les axes : ***ii.1) : Renforcement de la gestion des ressources humaines disponibles ;ii.2) Amélioration de la production des ressources humaines ayant les qualifications requises ; iii) Disponibilité et l'accessibilité de la population aux médicaments et autres produits de***

⁶⁶ MSP, Politique Nationale de la Santé 2005 – 2015, Septembre 2004

santé de qualité ; iv.1) Amélioration de la couverture en Infrastructures Sanitaires et Équipements ; iv.2) Augmentation du financement du secteur santé et amélioration de son utilisation ; iv.3) Renforcement et pérennisation du FBP associé à la gratuité des soins

Le troisième groupe assurant l'amélioration du pilotage du secteur est représenté par le *v) Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé et vi) Renforcement des systèmes d'Information Sanitaire, de Planification et de suivi et évaluation.*

5.5. Axes stratégiques

Axe Stratégique 1 : Renforcement des prestations de soins et de services de santé (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) de qualité à tous les niveaux du système de santé : Les plans stratégiques des services et des programmes de santé seront mis à jour afin de les aligner aux orientations stratégiques du PNDS II. Un paquet de soins intégrés sera défini pour chaque niveau de la pyramide sanitaire et comprendra les interventions à haut impact et la mise en place d'un système d'assurance – qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en vue d'assurer les interventions prioritaires suivantes :

1. Amélioration de la Santé de la mère et de l'enfant qui passera par :

- la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services visant la maîtrise de la croissance démographique à travers : le Renforcement des capacités techniques et institutionnelles du système de santé dans l'offre des services PF ; l'augmentation de la demande des services PF mettant l'accent sur la participation communautaire et de l'homme ; le renforcement du plaidoyer en faveur de la maîtrise de la croissance démographique ;
- le renforcement de l'offre des services conviviaux aux jeunes et adolescents ;
- le renforcement des capacités techniques des structures de soins en SONUB et SONUC (formation des prestataires, équipements) ;
- la prise en charge communautaire de la grossesse (Dépistage des signes de danger et référence) ;
- la promotion de l'approche CPN intégrée en augmentant le taux de couverture en CPN précoce et en complétant le PMA chez la femme enceinte ;
- le renforcement des services de prévention des maladies infantiles et de suivi de l'état de santé des enfants avec : la mise à l'échelle de la PTME et des soins pédiatriques du VIH ; le renforcement des activistes de prévention par la vaccination y compris l'introduction de nouveaux vaccins ; la mise en œuvre d'interventions à haut impact et à large échelle pour la survie et le développement de l'enfant.

2. Lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles à travers :

- le développement/révision des documents stratégiques des programmes de prévention et de lutte contre les maladies (paludisme, tuberculose et lèpre, VIH/SIDA, maladies tropicales négligées et cécité, maladies chroniques, maladies mentales, malnutrition, réadaptation fonctionnelle, santé de la reproduction, vaccination, la PTME, PCIME etc.) en alignement avec le PNDS II ;
- le développement d'un paquet intégré de soins/services par niveau de soins ;
- l'harmonisation des structures et respect des normes sanitaires ;
- le renforcement des services de dépistage et de prise en charge des urgences médico-chirurgicales et obstétricales à tous les niveaux de soins ;
- le renforcement de la prévention et la prise en charge des traumatismes de la voie publique ;
- le développement et mise à jour d'un plan intégré de lutte contre les épidémies ;
- La définition du circuit du malade entre les niveaux de soins (Référence et contre référence) ;
- l'utilisation de directives, fiches techniques et algorithmes stratégie - plaintes - traitements (SPT) en vue de la standardisation de la prise en charge ;
- le renforcement des interventions de prévention ;
- le renforcement du système de gestion des déchets bio médicaux
- la prise en charge des urgences sanitaires et des catastrophes ;
- la promotion de la santé et de préservation de l'environnement des soins.

3. Renforcement de la lutte contre le VIH/ SIDA dans une approche multisectorielle à travers :

- l'intégration des prestations de lutte contre le VIH dans les PMA des FOSA à tous les niveaux des structures de santé ;
- la révision du cadre institutionnel pour consolider les acquis de la multisectorialité à tous les niveaux.

4. Renforcement des actions de lutte contre la malnutrition :

Un paquet d'intervention des actions essentielles en nutrition sera assuré et les interventions communautaires visant l'adoption de meilleures pratiques de santé et nutrition seront mises en œuvre de manière coordonnée à travers les interventions prioritaires suivantes :

- le renforcement de l'intégration, de la prévention et de la prise en charge globale de la malnutrition dans le PMA et PCA ;
- le renforcement des capacités techniques des prestataires de santé dans les activités promotionnelles sanitaires et nutritionnelles ;
- l'élaboration des documents d'orientation stratégique et opérationnelle en matière de prévention et de prise en charge de la malnutrition ;
- le renforcement du cadre de concertation multisectorielle pour la lutte contre la malnutrition chronique ;
- le renforcement des capacités des acteurs communautaires.

A terme, ces interventions contribueront à la réduction de la mortalité maternelle et infanto – juvénile, la maîtrise de la croissance démographique, la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles dans le cadre d'une approche multisectorielle, l'implication effective du secteur privé, les secteurs connexes et les communautés.

Axe Stratégique 2 : Renforcement de la gestion des ressources humaines disponibles ;

L'amélioration des performances du système de Santé passe par la disponibilité et le renforcement des capacités du personnel de santé à tous les niveaux du système (central, intermédiaire et périphérique). Les actions suivantes seront réalisées :

- l'élaboration d'un manuel de procédures de gestion décentralisée des RH ;
- le renforcement des capacités de la DRH et des structures décentralisées dans la gestion des RH ;
- l'analyse de l'effet du PBF sur la motivation du personnel et mise en place de mesures correctives ;
- la définition d'autres stratégies de motivation pour l'ensemble du système et leur mise en œuvre ;
- l'évaluation de la satisfaction du personnel sur les mesures incitatives ;
- l'élaboration du plan de redéploiement du personnel pour l'ensemble du système ;

- l'élaboration des plans de carrières, de recrutement et de gestion prévisionnelle des emplois ;
- la création et opérationnalisations de l'observatoire des RH ;
- la mise en place d'un logiciel de gestion des RH fonctionnel au niveau des districts.

D'ici 2015, le MSPLS va poursuivre les réformes engagées en matière de gestion et consolider les acquis de la stratégie FBP en vue de promouvoir une décentralisation effective des RH et une adéquation profil /emploi. Les normes en ressources humaines seront actualisées et complétées pour chaque structure et chaque niveau afin que le nombre du personnel corresponde aux besoins grâce à une répartition équitable et proportionnelle du personnel de santé sur tout le territoire. Une gestion prévisionnelle du personnel à travers un manuel des procédures de gestion décentralisée des ressources humaines sera développée.

Axe Stratégique 3 : Amélioration de la production des ressources humaines ayant les qualifications requises :

La production d'un personnel qualifié contribue fortement à l'amélioration de l'offre et la demande des services. Pour cela, les capacités des écoles publiques de formation du personnel médical et paramédical seront renforcées pour former toutes les catégories nécessaires. Les interventions suivantes seront mises en œuvre :

- l'élaboration d'une politique et plan intégré de formation continue ;
- la mise en place d'un mécanisme de coordination et suivi de la formation de base et continue du personnel ;
- le renforcement des capacités de l'INSP à assurer la formation continue des RH (sage femme) ;
- le renforcement des capacités de l'INSP à assurer la formation initiale spécialisée des RH (odontologie, stomatologie, santé mentale) ;
- la formation des médecins généralistes sur les urgences chirurgicales et gynéco obstétricales ;
- la mise à niveau des auxiliaires infirmiers (A3).

Les résultats escomptés visent une formation de base et continue organisée et mieux adaptée aux besoins du pays pour les 5 prochaines années. La collaboration intersectorielle notamment avec le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche scientifique permettra la mise à disposition du MSPLS de médecins spécialistes et de pharmaciens. Les opportunités de Coopération Sud –Sud seront explorées pour la formation des catégories qui répondent aux besoins du pays.

Axe Stratégique 4 : Disponibilité des médicaments et autres produits de santé de qualité ; et leur accessibilité ;

Les interventions recommandées sont les suivantes :

- Mise en place d'un circuit intégré d'approvisionnement et de distribution ainsi que des mécanismes de suivi – évaluation du fonctionnement ;
- Intégration des besoins relatifs aux intrants nutritionnels, contraceptifs, vaccins, anti tuberculeux (1ère et 2è ligne) et moustiquaires dans la planification des budgets de l'Etat ainsi que dans la gestion ;
- Elaboration des textes d'application de la loi - cadre pharmaceutique (homologation, inspection, pharmacovigilance, assurance de la qualité, régulation des prix, etc...) en harmonie avec les textes existants dans la communauté Est-Africaine ;
- Renforcement du contrôle de qualité des prestations pharmaceutiques ;
- Elaboration d'une réglementation relative à la médecine traditionnelle ;
- Renforcement des capacités de la CAMEBU, du laboratoire de l'INSP, de la DPMLet de l'IGSP ;
- Développement d'un partenariat public - privé pour renforcer la production locale de médicaments ;
- Promotion de l'inter sectorialité dans la réglementation des prix des médicaments et autres produits de santé ainsi que la collaboration dans la lutte contre la vente illicite et la contrefaçon des médicaments ;
- Assurance de la disponibilité des produits sanguins sécurisés dans tous les hôpitaux.

A l'horizon 2015, l'accessibilité aux médicaments et autres produits de santé de qualité sera assurée dans un cadre réglementaire pharmaceutique amélioré.

Axe Stratégique 5 : Amélioration de la couverture en infrastructures sanitaires et équipements ;

Dans le cadre de l'amélioration des capacités de l'offre des soins, un inventaire physique et qualitatif permettra de disposer d'une situation exhaustive des infrastructures et équipements du secteur. Un plan d'extension de la couverture sanitaire et un système de planification des investissements tenant compte des normes sanitaires seront adoptés. Les principales interventions qui seront menées sont :

- l'assurance de la disponibilité de l'eau et de l'électricité dans les structures sanitaires ;
- la mise en œuvre du plan d'extension de la couverture par rapport à l'infrastructure ;

- la mise en œuvre d'un plan de maintenance et d'entretien des infrastructures équipements biomédicaux et non-médicaux à tous les niveaux ;
- la matérialisation physique des limites du terrain des structures sanitaires ;
- la mise en œuvre du plan d'extension de la couverture par rapport aux nouveaux équipements ;
- La construction/équipement et réhabilitation des services auxiliaires (laboratoires, CAMEBU, CATB, CNTS, INSP, hôpitaux de districts, BDS et dépôts pharmaceutiques).

La mise en œuvre du PNDS II permettra d'assurer une couverture en infrastructures et équipements respectant les normes sanitaires.

Axe Stratégique 6 : Augmentation du financement du secteur santé et amélioration de son utilisation ;

Conformément aux engagements pris en matière d'allocation des ressources financières pour la santé, les efforts vont se poursuivre au cours de la mise en œuvre du présent PNDS en vue d'atteindre la cible de 15% (déclaration d'ABUJA) à travers la mobilisation des ressources internes et externes.

Les actions suivantes seront développées :

- l'élaboration et mise en œuvre d'une stratégie de mobilisation des fonds ;
- le renforcement des mutuelles de santé communautaire ;
- l'amélioration et standardisation des outils de gestion financière ;
- le renforcement des mécanismes de contrôle interne et externe ;
- l'institutionnalisation du CDMT comme outil de la négociation du budget annuel et élaboration des Comptes Nationaux de Santé ;
- la maîtrise de l'information sur le financement des PTF dans le secteur de la santé et son exécution ;
- la préparation et mise en place du panier commun.

Le MSPLS, à travers le PNDS II, visera la coordination des financements du secteur et l'implication de tous les niveaux au processus de budgétisation et d'exécution. Ce qui permettra d'améliorer la transparence, l'équité et l'efficacité dans la gestion des ressources financières.

Toutes ces actions concourent au renforcement de l'offre de soins et à la solvabilité de la demande en vue d'assurer un accès universel à long terme.

Axe Stratégique 7 : Renforcement et pérennisation du FBP associé à la gratuité des soins ;

Dans le cadre de la gestion axée sur les résultats, le MSPLS poursuivra la mise en œuvre du financement basé sur la performance associé à la gratuité des soins.

Les actions prévues au cours de la période 2011-2015 sont :

- le renforcement des capacités des prestataires et des gestionnaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- la contractualisation avec le secteur privé et les ONGs /Associations ;
- le suivi /évaluation du FBP pour plus d'efficacité et efficience.

La poursuite de cette réforme contribuera à l'amélioration de la gestion, la motivation du personnel, l'offre et la demande des soins de qualité pour la population.

Axe Stratégique 8 : Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé ;

L'amélioration de la gouvernance et le renforcement du leadership du secteur constitue l'une des conditions de réussite de la mise en œuvre du PNDS II.

Sa mise en œuvre passera par les actions suivantes :

- le développement des capacités institutionnelles et organisationnelles ;
- le renforcement de la collaboration intersectorielle, la Coordination et le partenariat ;
- la mise en place des cadres législatifs / réglementaires de mise en œuvre des réformes sanitaires ;
- la révision des normes et standards et mise en place d'une carte sanitaire nationale ;
- la participation aux instances sous régionales, régionales et internationales ;
- la décentralisation effective des services de santé à travers le développement du District Sanitaire ;
- la participation et responsabilisation des populations dans la gestion des services de santé au niveau opérationnel.

D'ici 5 ans, le leadership et la bonne gouvernance ainsi renforcés pourront garantir le pilotage de la mise en œuvre efficace et efficiente du PNDS II et les réformes engagées dans le secteur.

Axe Stratégique 9 : Renforcement du système d'Information Sanitaire, de la Planification et du suivi et évaluation.

Tirant les leçons de l'évaluation du PNDS1, le PNDS II se veut innovant en matière de renforcement du Système National d'information sanitaire au Burundi. La gestion et l'exploitation communes des données seront renforcées pour la définition, la conception, l'orientation des politiques et stratégies adaptées aux besoins des populations et aux réalités du terrain.

Le PNDS II permettra l'amélioration du système d'Information Sanitaire, de la planification et du suivi et évaluation à travers les actions suivantes :

- la mise en place d'un SIS intégré et performant ;
- la mise en œuvre d'un plan stratégique de renforcement du Système d'Information sanitaire ;
- la mise en place d'un cadre institutionnel de planification ;
- l'alignement et coordination des cycles de planification stratégique et opérationnelle ;
- la mise à dispositions des outils de planification de référence ;
- l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des TIC à tous les niveaux ;
- la mise en place d'un plan de suivi-évaluation du PNDSII ;
- la promotion de la recherche en Santé.

Les structures au niveau central et décentralisé seront responsabilisées dans leur rôle de production, d'analyse, de diffusion et d'utilisation d'informations fiables sur les déterminants de la santé, le fonctionnement du système de santé et l'état de santé de la population.

Ces 9 axes prioritaires constituent de façon synergique et complémentaire la base des orientations stratégiques pour l'élaboration des plans stratégiques et opérationnels des structures centrales, intermédiaires et périphériques du MSPLS. Ces structures vont définir leurs objectifs spécifiques, les résultats escomptés, les activités qui seront effectivement menées par chaque niveau de responsabilité dans le cadre de la gestion axée sur les résultats.

VI. CHAÎNE DES RÉSULTATS, LES RISQUES ET CONDITIONS DE RÉUSSITE

6.1. Chaîne des résultats

La chaîne de résultats constitue un ensemble de résultats escomptés dans le temps et liés les uns aux autres dans une relation de cause à effet. Elle est composée de trois types de résultats : résultats immédiats (extrants ou produits), résultats à moyen terme (effets) et résultats à long terme (impact). Ces résultats peuvent également être classés en deux grandes catégories : les résultats opérationnels (produits) et les résultats de développement (effets et impact).

Pour le PNDS 2011-2015, cette chaîne comprend trois (3) résultats impacts, un (1) effet et quarante (40) produits répartis par axes stratégiques dans le cadre logique (Annexe n°) du PNDS, qui sont :

Impact :

1. Réduction de la morbi - mortalité des maladies transmissibles et non transmissibles ;
2. Réduction des mortalités maternelle et néonatale ;
3. réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Effet:

Assurer l'accessibilité de la population aux soins et services de santé de qualité en vue d'une meilleure utilisation.

Produits :

Répartition des 40 produits par axe stratégique permettent d'atteindre un certain nombre de produits répartis comme suit :

Axe stratégique AS 1 : Renforcement des prestations de soins et de services de santé (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) de qualité à tous les niveaux du système de santé

1. le paquet des soins et services de santé est défini et appliqué par niveau ;
2. la qualité des soins est assurée (globalité, intégration, continuité) ;
3. tous les aspects de la lutte contre le VIH SIDA sont intégrés au paquet de soins à tous les niveaux du système de santé ;
4. l'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complets est assurée ;
5. la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services visant la maîtrise de la croissance démographique sont assurées ;
6. la disponibilité et l'accessibilité des soins de qualité aux enfants sont assurées ;
7. les interventions de prévention, de promotion de la santé et de riposte aux épidémies sont renforcées ;

8. les interventions communautaires visant à l'adoption de meilleures pratiques de santé et nutrition sont mises en œuvre de manière coordonnée ;
9. le paquet d'intervention des actions essentielles en nutrition est assuré ;

Axe Stratégique AS 2 : Amélioration de la production des ressources humaines ayant les qualifications requises

10. une formation continue mieux organisée est assurée ;

Axe Stratégique AS 3 : Renforcement de la gestion des ressources humaines disponibles

11. chaque structure de santé dispose d'un personnel qualifié selon les normes ;
12. la décentralisation de la gestion des ressources humaines est effective ;
13. le système de motivation qui tient compte des incitatifs financiers et non financiers est opérationnels ;
14. des outils de gestion du personnel sont disponibles et utilisés à tous les niveaux ;

Axe Stratégique AS 4 : La disponibilité et l'accessibilité aux médicaments et autres produits de santé de qualité sont assurées

15. Le cadre réglementaire du secteur pharmaceutique est amélioré ;
16. L'accessibilité géographique des médicaments et autres produits de santé est améliorée ;
17. Le contrôle de qualité des médicaments et autres produits de santé est assuré ;
18. L'usage rationnel des médicaments est amélioré ;
19. Les examens para cliniques de laboratoire sont améliorés ;
20. La profession d'optométristes, des opticiens et des techniciens supérieurs en ophtalmologie est réglementée ;

Axe Stratégique AS 5 : Amélioration de la couverture en infrastructures et équipements

21. le dialogue intersectoriel est amélioré ;
22. la couverture en infrastructure qui respecte les normes sanitaires est assurée ;
23. la couverture en équipements qui respecte les normes sanitaires est assurée ;

Axe Stratégique AS 6 : Augmentation du financement du secteur santé et l'amélioration de son utilisation

24. le financement du secteur santé est augmenté
25. la gestion des financements du secteur de santé est améliorée ;
26. la transparence, l'équité et l'efficacité dans l'allocation des ressources financières sont assurées ;
27. la coordination des financements du secteur de santé est renforcée ;

Axe stratégique AS 7 : Renforcement et pérennisation du financement basé sur les performances couplé à la gratuité

28. la pérennisation du financement basé sur la performance couplé à la gratuité est assurée;

Axe Stratégique AS 8 : Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé

29. les capacités institutionnelles et organisationnelles du secteur de la santé sont renforcées ;

30. les cadres législatifs et réglementaires des différentes réformes du MSPLS sont mis en place ;

31. la coordination du secteur de la santé est assurée ;

32. la gestion rationnelle et transparente est assurée à tous les niveaux ;

33. le processus de planification et de suivi évaluation est régulier et bien coordonné à tous les niveaux ;

34. l'intersectorialité pour la prise en compte des déterminants de la santé est développé à tous les niveaux

Axe Stratégique AS 9 : Renforcement du système d'Information Sanitaire, de planification, de suivi et évaluation et la Recherche en santé

35. un système de planification fonctionnel et efficace est mis en place;

36. un système de Suivi et Évaluation intégré et performant est mis en place;

37. un Système National d'Information Sanitaire (SNIS) est mis en place et fonctionnel

38. un cadre institutionnel de coordination et de promotion de la recherche en santé est mis en place ;

39. les TIC sont disponibles, accessibles et utilisées;

40. un cadre institutionnel de coordination et de promotion de la recherche en santé est mis en place;

41. le système de communication institutionnel en santé est amélioré.

6.2. Conditions de réussite et risques

La consolidation de la paix et la stabilité institutionnelle sont des gages pour un environnement favorable à la mise en œuvre du PNDSII. Les conditions de réussite sont relatives notamment (i) à la volonté politique affichée par le Gouvernement qui s'engage à travers la fusion du Ministère de la Santé Publique et celui de la Lutte contre le Sida et l'adoption d'un nouvel organigramme. Le MSPLS s'inspirera de la multisectorialité de la lutte contre le Sida pour assurer un leadership et jouer pleinement son rôle de conception, de pilotage, de mise en œuvre, de mobilisation des ressources et de suivi de la politique sectorielle de santé et du Plan National de Développement Sanitaire ; (ii) la motivation soutenue, la stabilité du personnel de santé et la mise en œuvre de la contractualisation.

Les opportunités offertes portent sur (i) la volonté et l'engagement des partenaires à adhérer à la mise en place d'un panier commun dans le cadre d'une approche sectorielle

(SWAP) pourraient constituer une opportunité pour la mise en œuvre du PNDS ; (ii) l'élaboration du PNDS II en même temps que la 2^{ème} Génération du CSLP ; le secteur de la santé pourrait de ce faire définir les stratégies pertinentes de renforcement du système de Santé afin d'assurer une offre de soins de qualité et une demande accrue des populations en particulier les pauvres et les plus vulnérables.

L'environnement international et national de crise financière constitue le principal risque avec la baisse potentielle des allocations et de la prévisibilité des ressources financières allouées au secteur.

VII. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

7.1. Cadre Institutionnel de mise en œuvre

Conformément aux orientations du Gouvernement, la PNS 2005-2015 est mise en œuvre à travers un Plan quinquennal de Développement Sanitaire (PNDS). Le PNDS II sera exécuté dans le cadre du nouvel organigramme du MSPLS. Dans la mise en œuvre des recommandations de l'audit institutionnel du Ministère de la Santé Publique réalisé en 2009 et suite à la fusion des deux ministères (Santé Publique et Lutte contre le Sida) de nouvelles structures vont désormais conduire la réforme institutionnelle du MSPLS. Ainsi les rôles et responsabilités des différentes structures au niveau central, intermédiaire et opérationnel seront précisés dans le manuel des procédures et le règlement d'ordre intérieur du MSPLS.

Au niveau national, le CSLP constitue le cadre de référence des planifications stratégiques des secteurs y compris celui de la Santé et de la lutte contre le Sida. Un Groupe de Coordination des Partenaires (GCP) coordonne les instances sectorielles de concertation dont le CPSD pour la Santé.

Le niveau central 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 de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida : Chargé de la mise en œuvre de la politique sectorielle et du Pilotage du secteur ; Il est responsable devant le Gouvernement de la mise en œuvre du PNDS II.
- 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 Lutte 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 : il est chargé notamment de la coordination stratégique et technique du PNDS, des relations du MSPLS avec les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), de la Supervision, du suivi Évaluation des Plans d'actions des Directions Générales, des 6 départements, des institutions personnalisées, des 9 programmes de santé et des 17 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 suivi, de supervision et d'encadrement technique des services, programmes et projets de santé.
- Le comité de coordination et de gestion de la Direction Générale de la Planification devra jouer les rôles de validation et d'évaluation des plans opérationnels des directions centrales, des bureaux provinciaux et des districts.

Le niveau Intermédiaire comprend 17 Bureaux Provinciaux de la Santé (BPS) chargés de la coordination de toutes les activités sanitaires de la province. Ils sont chargés de la supervision et du suivi de la mise en œuvre des plans opérationnels des districts sanitaires, de la coordination des activités des PTF et s'assurent de la bonne collaboration intersectorielle et de la participation communautaire.

Le niveau opérationnel comprend 45 Districts Sanitaires répartis sur les 129 communes du pays. Ils sont animés par les Equipes Cadres de Districts qui assurent la coordination de la mise en œuvre du PNDS au niveau périphérique. Ils sont chargés également de l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi – évaluation des plans opérationnels des centres de santé et des hôpitaux de districts ; ceci en collaboration avec les secteurs connexes au niveau périphérique, les communautés, les partenaires techniques et financiers, le secteur privé.

La fusion du MSP avec le MPLS entrainera une modification de l'organisation des niveaux intermédiaire et périphérique pour la prise en compte des structures de coordination et de mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre le Sida.

7.2. Planification opérationnelle du PNDS

Le PNDS sera mis en œuvre à travers des plans opérationnels à tous les niveaux central, intermédiaire et périphérique. Au niveau central, les Directions générales, les Départements, les Institutions spécialisées, les Hôpitaux nationaux, les Programmes et les services devront disposer des plans stratégiques alignés au PNDS II. Les Bureaux Provinciaux 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 de développement communaux. Cette planification opérationnelle utilisera des normes et standards actualisés et des outils de planification (carte sanitaire, normes sanitaires, plan de couverture etc.)

7.3. Mécanismes de Coordination

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

Au niveau Intermédiaire, un Comité Provincial de Santé et de Lutte contre le Sida (COPROSALS) sera mis en place pour assurer la coordination de toutes les interventions en matière de santé et de lutte contre le Sida dans la province. A côté de cette instance, d'autres organes spécialisés contribueront à la coordination technique des activités du PNDS II tel que le comité provincial de vérification et 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 du District (COPIDI), avec l'encadrement des autorités locales, seront mis en place et pour assurer la coordination des interventions. Ils impliqueront les partenaires techniques et financiers, le secteur privé du niveau local avec la pleine participation des communautés.

VIII. Cadre de suivi & Evaluation

Un cadre de suivi – évaluation est élaboré et comporte une matrice des indicateurs clés de suivi évaluation du PNDS II. Les mécanismes et l'organisation du suivi et de l'évaluation du PNDS sont décrits pour chaque niveau de la pyramide sanitaire et le cadre de suivi – évaluation est assorti d'un plan d'action de mise en œuvre pendant les 5 années du PNDS. Sur le plan de l'organisation, des revues conjointes MSPLS/secteurs connexes et partenaires du PNDS sont prévues selon une périodicité trimestrielle pour les districts, semestrielle pour les régions et le niveau national.

Le Comité de coordination et de gestion de 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.

8.1. Indicateurs de suivi et évaluation

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

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

De façon générale, le suivi - évaluation de l'état d'avancement des actions inscrites au PNDS 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.

8.2. Evaluation du PNDS II

Une évaluation conjointe "Joint Assessment of National Health Strategies and Plans"(JANS) avec les parties prenantes est prévue avant le début de la mise en œuvre du PNDS. Elle permettra d'identifier les forces, faiblesses du PNDS II et aidera à améliorer la qualité du document et son adéquation avec les cadres de développement nationaux existants. Elle permettra également à renforcer la confiance des partenaires pour des financements plus prévisibles, mieux alignés, et à préparer la signature d'un Compact.

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

Une évaluation finale servira à mesurer les résultats obtenus et l'impact du PNDS, le niveau d'atteinte des OMD, tirer les leçons pour apporter des mesures correctives et éventuellement orienter la politique sectorielle de Santé. L'évaluation à mi-parcours est planifiée en 2013 et l'évaluation finale en 2015.

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.

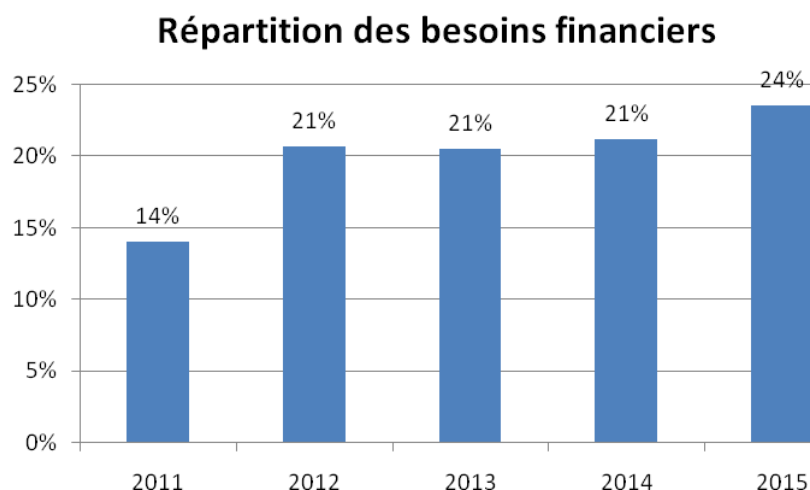
IX. Cadre programmatique et Budget

Au cours de l'élaboration du budget, il a fallu décliner les actions en activités en vue d'estimer le coût global du PNDS II (le costing). Le costing a été élaboré sur base du cadre logique et précise le niveau attendu de gestion, d'affectation ainsi que la nature des dépenses. Cet exercice a permis également d'alimenter le cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) du secteur santé, qui est l'outil d'exécution du PNDS II, élaboré sur base du cadre logique et du costing. Ce CDMT sectoriel est aussi en harmonie avec le CDMT global du ministère des finances.

9.1. Estimation des besoins de financement

L'estimation des besoins de financement du PNDS 2011-2015 donne un montant de 1,656 milliards de FBU ou 1,724 milliards de FBU en tenant compte de la dépréciation monétaire sur la période du PNDS. L'évolution des ressources nécessaires sur les différentes années montre un bond important de 2011 à 2012 et de 2014 à 2015, comme l'indique le graphique ci-dessous.

Graphique 3 : Répartition des besoins financiers du PNDS II



9.1.1. Estimation des besoins par niveau du système de santé

9.1.1.1. Niveau de gestion

Tableau 2: Répartition du budget par niveau de gestion

NIVEAUX DE GESTION	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL	%
CENTRAL	213,297,707,546	318,842,546,549	318,459,889,439	328,694,690,703	359,721,945,015	1,539,016,779,251	93%
INTERMEDIAIRE	864,736,580	2,034,244,660	2,146,281,980	2,095,387,580	9,815,387,580	16,956,038,380	1%
PERIPHERIQUE	18,682,091,264	21,552,712,390	19,491,431,793	19,991,733,099	20,302,586,402	100,020,554,947	6%
TOTAL	232,844,535,390	342,429,503,599	340,097,603,212	350,781,811,381	389,839,918,997	1,655,993,372,579	100%

Durant les cinq ans du PNDS II, la répartition des besoins financiers entre les niveaux de gestion financière indique une concentration des ressources au niveau central, soit 93%, contre 1% au niveau intermédiaire et 6% au niveau périphérique. Cela est dû au fait que le niveau central assure l'engagement des dépenses au profit des autres niveaux (par exemple les salaires, les médicaments, les infrastructures et équipements, etc.). La proportion des financements gérés par le niveau central restera plus ou moins la même entre 2011 et 2014 et sera réduite légèrement de 2014 à 2015 suite à la mise en œuvre de la politique nationale de la décentralisation qui commence en 2014.

9.1.1.2. Niveau d'affectation des ressources

Tableau 3: Répartition du budget par niveau d'affectation

NIVEAUX D'AFFECTION	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL	%
CENTRAL	19,486,587,136	33,289,576,985	29,213,732,038	28,012,292,905	42,074,265,044	152,076,454,107	9%
INTERMEDIAIRE	9,579,462,843	13,001,8078,810	13,993,406,516	12,195,500,819	11,463,851,944	60,233,300,931	4%
PERIPHERIQUE	203,778,485,411	296,138,847,804	296,890,464,658	310,574,017,658	336,301,802,009	1,443,683,617,540	87%
TOTAL	232,844,535,390	342,429,503,599	340,097,603,212	350,781,811,381	389,839,918,997	1,655,993,372,579	100%

Ce tableau ci-dessus montre également l'importance des ressources allouées au profit du niveau périphérique (87%) tandis que le niveau intermédiaire reçoit 4% des affectations des ressources et le niveau central, 9%.

Tableau 4 : Répartition du budget par nature de dépense

Nature de dépenses	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL	%
Investissement	26,555,161,287	57,389,498,260	36,717,878,805	27,138,556,468	33,620,396,654	181,421,491,475	11%
Fonctionnement	90,362,134,193	155,559,943,242	163,752,478,801	176,087,654,739	200,365,187,207	786,127,398,181	47%
Personnel	34,752,121,399	38,326,567,111	43,370,136,480	46,191,537,398	49,011,988,390	211,652,350,778	13%
Médicaments et autres produits de santé	81,175,118,511	91,153,494,986	96,257,109,126	101,364,062,777	106,842,346,745	476,792,132,145	29%
TOTAL	232,844,535,390	342,429,503,599	340,097,603,212	350,781,811,381	389,839,918,997	1,655,993,372,579	100%

Le tableau 4 montre la répartition des besoins financiers par nature de dépenses avec 47% pour le fonctionnement, 29% alloués aux médicaments et autres produits de santé, 13% pour le personnel (salaires et indemnités) et 11% pour l'investissement.

La rubrique « fonctionnement » comprend, en plus des frais de fonctionnement habituels, les dépenses de remboursement des soins (les subsides du système du financement basé sur la performance, les mutuelles de santé ainsi que la Carte d'Assistance Médicale etc.) ce qui pourrait expliquer son taux élevé.

La rubrique « personnel » comprend tous les salaires et indemnités des effectifs du ministère, en utilisant la loi budgétaire de 2011 comme base. En suite ce budget a été augmenté par 8% chaque année pour prendre en compte les nouveaux recrutements et les augmentations salariales.

Tableau 5 : Répartition du budget d'investissement dans le Financement basé sur les performances

Nature des dépenses	2011	2012	2013	2014	2015	Total	Part
Total Général FBP (PNDS)	459,242,283,098	670,795,246,408	669,908,584,199	692,394,076,629	767,435,393,272	3,130,605,753,682	
Investissement dans le FBP 5 %	22,962,114,155	33,539,762,320	33,495,429,210	34,619,703,831	38,371,769,664	162,988,779,180	
Investissement initialement prévu dans le PNDS	26,555,161,287	57,375,998,260	36,704,378,805	27,138,556,468	33,606,896,654	181,380,991,475	
Investissement	49,517,275,442	90,915,760,581	70,199,808,015	61,758,260,299	71,978,666,318	344,369,770,655	20%
Fonctionnement	83,031,436,119	144,300,750,784	150,496,977,771	160,511,184,510	182,073,457,000	720,413,806,183	41%
Personnel	34,752,121,399	38,340,067,111	43,383,636,480	46,191,537,398	49,025,488,390	211,692,850,778	12%
Médicaments et autres produits de santé	81,175,118,511	91,153,494,986	96,257,109,126	101,364,062,777	106,842,346,745	476,792,132,145	27%
TOTAL	232,844,535,390	342,429,503,599	340,097,603,212	350,781,811,381	389,839,918,997	1,753,268,559,761	100%

9.1.2. Estimation des besoins par Axes stratégiques

Tableau 6 : Besoins de financement par axes stratégiques

AXES STRATEGIQUES	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL	%
AS 1: Renforcement des prestations de soins et de services de santé (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) de qualité à tous les niveaux du système de santé	42,669,997,960	59,014,713,518	58,866,366,035	63,135,443,413	67,862,187,906	291,548,708,832	17.6%
Résultat 1.1 : Le paquet de soins et services est défini et assuré dans les FOSA	0	192,750,000	47,000,000	13,500,000	37,000,000	290,250,000	
Résultat 1.2 : La qualité des soins est assurée (globalité, intégration, continuité)	5,007,143,813	8,055,173,509	6,605,911,740	5,054,513,217	4,878,898,874	29,601,641,153	
Résultat 1.3 : Le paquet de soins est intégré à tous les niveaux du système de santé y compris tous les aspects de la lutte contre le VIH SIDA	34,151,907,400	38,460,078,750	42,726,490,000	47,739,618,400	51,887,722,200	214,965,816,750	
Résultat 1.4 : L'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complets est assurée	27,035,000	2,006,025,000	679,462,000	1,743,623,000	556,123,000	5,012,268,000	
Résultat 1.5 : La disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services visant la maîtrise de la croissance démographique	342,500,000	864,346,200	837,595,200	761,595,200	683,935,200	3,489,971,800	
Résultat 1.6 : La disponibilité et l'accessibilité des soins de qualité aux enfants sont assurées	3,141,411,747	5,287,206,817	3,331,186,853	3,299,943,356	5,177,458,392	20,237,207,165	
Résultat 1.7 : Le paquet d'intervention des actions essentielles en nutrition est assuré.	0	2,209,025,240	3,023,285,240	3,052,805,240	3,234,845,240	11,519,960,960	
Résultat 1.8 : Les interventions de prévention , de promotion de la santé et de riposte aux épidémies sont renforcées	0	1,456,230,002	969,320,002	790,520,000	828,970,000	4,045,040,004	
Résultat 1.9 : Les interventions communautaires visant à l'adoption de meilleures pratiques de santé et nutrition sont mises en œuvre de manière coordonnée	0	483,878,000	646,115,000	679,325,000	577,235,000	2,386,553,000	

AS 2: Renforcement de la gestion des ressources humaines disponibles	386,472,000	2,104,651,080	865,781,900	579,300,000	418,850,000	4,355,054,980	0.3%
Résultat 2.1 : Une formation continue mieux organisée est assurée	60,222,000	392,763,580	370,844,400	336,950,000	328,350,000	1,489,129,980	
Résultat 2.2 : La décentralisation de la gestion des RH est effective	0	649,287,500	153,000,000	153,000,000	3,000,000	958,287,500	
Résultat 2.3 : Système de motivation qui tient compte des incitatifs financiers et non financiers est opérationnel	0	366,937,500	66,937,500	37,500,000	37,500,000	508,875,000	
Résultat 2.4 : Des outils de gestion du personnel sont disponibles et utilisés a tous les niveaux	0	470,662,500	50,000,000	51,850,000	50,000,000	622,512,500	
Résultat 2.5: Un système d'assurance qualité des prestataires est mis en place	326,250,000	225,000,000	225,000,000	0	0	776,250,000	
AS 3: Amélioration de la production des ressources humaines ayant les qualifications requises	34,839,271,399	40,488,259,611	43,519,231,480	46,224,907,398	48,707,430,890	213,779,100,778	12.9%
Résultat 3.1 : Les écoles de formations produisent des RH avec des qualifications requises	87,150,000	3,458,692,500	4,014,095,000	3,898,370,000	3,564,942,500	15,023,250,000	
Résultat 3.2 : Chaque structure de santé dispose d'un personnel qualifié selon les normes	34,752,121,399	37,029,567,111	39,505,136,480	42,326,537,398	45,142,488,390	198,755,850,778	
AS 4: Disponibilité et accessibilité de la population aux médicaments et autres produits de santé de qualité	79,017,539,473	90,062,431,947	94,347,392,048	98,638,021,298	103,710,876,467	465,776,261,233	28.1%
Résultat 4.1 : Le cadre réglementaire du secteur pharmaceutique est amélioré	1,000,000	479,853,000	253,420,000	236,620,000	216,370,000	1,187,263,000	
Résultat 4.2 : L'accessibilité géographique des médicaments et autres produits de santé est améliorée	75,396,601,111	84,929,984,086	88,989,678,126	93,289,801,377	97,918,190,545	440,524,255,245	
Résultat 4.3 : Le contrôle de qualité des médicaments et autres produits de santé (sang, aliments thérapeutiques, pesticides, etc) est assuré	0	65,200,000	123,900,000	11,300,000	61,300,000	261,700,000	
Résultat 4.4 : L'usage rationnel des médicaments est amélioré	16,650,000	341,878,000	226,113,000	206,428,000	215,428,000	1,006,497,000	
Résultat 4.5 : Les examens para cliniques de laboratoire sont améliorés	3,603,288,362	4,214,485,362	4,740,831,922	4,893,871,922	5,299,587,922	22,752,065,488	
Résultat 4.6 : L'implantation des magasins optiques est améliorée	0	31,031,500	13,449,000	0	0	44,480,500	

AS 5: Amélioration de la couverture en infrastructures et équipements	24,379,367,747	53,323,146,113	34,251,523,533	26,116,147,641	26,171,667,255	164,241,852,290	9.9%
Résultat 5.1 : Dialogue intersectoriel amélioré	0	0	0	0	0	0	
Résultat 5.2 : Couverture en infrastructure qui respecte les normes sanitaires	17,782,264,937	32,931,900,000	17,831,150,000	19,996,322,500	20,089,500,000	108,631,137,437	
Résultat 5.3 : Couverture en Equipements qui respecte les normes sanitaires	6,597,102,810	20,391,246,113	16,420,373,533	6,119,825,141	6,082,167,255	55,610,714,853	
AS 6: Augmentation du financement du secteur santé et amélioration de son utilisation	11,390,242,221	32,417,608,204	31,582,690,014	28,764,422,374	28,638,026,377	132,792,989,190	8.0%
Résultat 6.1 : Le financement du secteur santé est augmenté	1,257,000,000	20,256,672,092	19,944,150,983	17,427,978,182	16,798,249,659	75,684,050,917	
Résultat 6.2 : Gestion des financements du secteur de santé améliorée	10,107,722,221	11,935,416,112	11,605,294,031	11,295,474,192	11,611,991,718	56,555,898,274	
Résultat 6.3 : Transparence, équité et efficience dans l'allocation des ressources financières améliorées	25,520,000	25,520,000	33,245,000	40,970,000	51,785,000	177,040,000	
Résultat 6.4 : Coordination des financements du secteur de santé renforcée	0	200,000,000	0	0	176,000,000	376,000,000	
AS 7: Assurance de la pérennité du financement basé sur la performance couplé à la gratuité	36,753,840,770	56,426,772,690	66,377,855,550	77,982,701,545	91,559,001,435	329,100,171,990	19.9%
AS 8: Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé	272,745,000	3,350,587,950	5,335,148,970	5,364,713,991	13,054,702,507	27,377,898,417	1.7%
Résultat 8.1 : Les capacités institutionnelles et organisationnelles du SS sont renforcées	209,625,000	712,750,000	1,700,000,000	1,700,000,000	1,400,000,000	5,722,375,000	
Résultat 8.2 : Les cadres législatifs et réglementaires des différentes réformes du MSPLS sont mis en place	18,500,000	1,036,919,950	1,989,065,950	1,989,989,450	1,963,469,450	6,997,944,800	
Résultat 8.3 : La coordination du secteur de la santé est assurée	44,620,000	1,284,718,000	1,309,883,020	1,300,024,541	9,311,033,057	13,250,278,617	
Résultat 8.4 : La gestion rationnelle et transparente est assurée à tous les niveaux	0	311,200,000	331,200,000	369,700,000	375,200,000	1,387,300,000	
Résultat 8.6 : L'intersectorialité pour la prise en compte des déterminants de la santé est développé à tous les niveaux	0	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	20,000,000	

AS 9: Renforcement du systeme de suivi et evaluation	3,135,058,820	5,241,332,485	4,951,613,682	3,976,153,721	9,717,176,160	27,021,334,868	1.6%
Résultat 9.1 : Un système de planification fonctionnel et efficace est mise en place	123,490,000	1,955,040,400	125,182,612	103,159,311	1,707,114,090	4,013,986,413	
Résultat 9.2 : Un système de Suivi et Evaluation intégré et performant est mise en place	1,904,693,820	1,373,114,280	3,050,266,820	2,097,485,160	6,279,347,820	14,704,907,900	
Résultat 9.3 : Un Système National d'Information Sanitaire (SNIS) est mise en place et fonctionnel	914,375,000	914,375,000	902,500,000	878,750,000	902,500,000	4,512,500,000	
Résultat 9.4 : Les TIC sont disponibles, accessibles et utilisés	22,500,000	20,000,000	20,000,000	10,000,000	20,000,000	92,500,000	
Résultat 9.5 : Un cadre institutionnel de coordination et de promotion de la recherche en sante est mise en place	0	551,346,805	178,708,250	459,303,250	133,258,250	1,322,616,555	
Résultat 9.6 : Le système de communication institutionnelle en santé est amélioré	170,000,000	427,456,000	674,956,000	427,456,000	674,956,000	2,374,824,000	
TOTAL	232,844,535,390	342,429,503,599	340,097,603,212	350,781,811,381	389,839,918,997	1,655,993,372,579	100%

Le tableau 6 montre les besoins de financements par axe stratégique. Il apparaît que les axes stratégiques relatifs au financement, infrastructures / équipements et FBP représentent la majeure partie du budget, soit 38%. Les axes stratégiques relatifs aux ressources humaines et le Système national d'information sanitaire représentent respectivement 13% et 2%, ce qui semble sous-estimées.

9.2. Financement du PNDS

Le cadrage budgétaire du PNDS 2011-2015 a été réalisé notamment à partir de documents nationaux d'orientation (CSLP, Lettre de cadrage macro-économique, CDMT global, Modèle macroéconomique etc.) avec un effort additionnel de projection des agrégats macroéconomiques et sectoriels sur les années 2012 à 2015. Cet exercice a tenté de prendre en compte au maximum les orientations ou indications de l'évolution économique et financière du pays suivant l'avis des experts des institutions de Bretton Woods. D'autres documents nationaux ont été utilisés dans ce travail tel que l'étude sur les comptes nationaux de la santé, l'enquête PETS, l'enquête ménage/qualité 2009-2010.

9.2.1. Présentation des scénarii

Dans cette partie, nous nous limiterons à présenter le scénario moyen (scénario retenu), les autres scénarii étant décrits en annexe.

Le tableau suivant indique les différents paramètres qui ont permis de réaliser un cadrage sectoriel des ressources budgétaires nécessaires à la mise en œuvre du PNDS ainsi que le scénario moyen. Il a été confectionné à partir des données du CDMT global du Ministère des finances, des comptes nationaux de la santé de 2007 ainsi que des données sur les contributions des partenaires collectées par le MSPLS.

Tableau 7 : Eléments de cadrage macroéconomique et budgétaire du PNDS 2011 – 2015

Éléments de cadrage macroéconomique						
		2011	2012	2013	2014	2015
1. Données démographiques						
	Population totale (en milliers)	8,647	8,855	9,067	9,285	9,507
2. Produit intérieur brut						
	PIB national en valeur courante (milliards FBU)	1,243.785	1,307.218	1,383.037	1,477.083	1,568.663
	Taux de croissance réel (%)	4.5	5.1	5.8	6.8	6.2
3. Dépenses publiques totales						
	Dépenses totales des administrations publiques (milliards FBU)	643.400	682.519	783.143	909.709	926.960
	Ratio : Dépenses publiques sur PIB (%)	51.7	52.2	56.6	61.6	59.1
4. Dépenses publiques de santé						
	Budget Ministère de la santé et de la lutte contre le VIH/SIDA (milliards de FBU)	72.364	78.737	90.521	107.816	112.476
	Pourcentage du budget MSP/Dépenses totales des administrations	11.25	11.54	11.56	11.85	12.13
	Dépenses de santé des autres ministères (milliard de FBU)	14.155	15.015	17.229	20.014	20.393
	Pourcentage des dépenses de santé des autres ministères par rapport aux dépenses publiques totales	2.20	2.20	2.20	2.20	2.20
	Autres fonds publics (INSS, MFP, Entreprises publiques/ paraétatiques) en milliard de FBU	20.717	21.977	25.217	29.293	29.848
	Pourcentage des dépenses de santé des autres structures publiques par rapport aux dépenses publiques totales	3.22	3.22	3.22	3.22	3.22
	Dépenses publiques totales de santé (milliards FBU)	107.236	115.730	132.967	157.122	162.717
	Ratio : Dépenses étatiques en santé/dépenses totales (%)	16.7	17.0	17.0	17.3	17.6
5. Dépenses privées de santé						
	Ménages					
	Dépenses totales des ménages (milliards FBU)	82.16	87.49	94.06	101.14	108.74
	Dépenses totales directes de santé des ménages (milliards FBU)	77.2	82.2	88.4	95.1	102.2
	Dépenses directes de santé effectuées dans le secteur public (80%)	61.8	65.8	70.7	76.1	81.8
	Dépenses de santé par habitant (\$)	6.89	6.89	6.89	6.89	6.89
	Dépenses totales des Institutions privées intervenant dans la santé publique (Société d'assurance privée et Entreprises privées hors assurance maladie) en milliard de FBU	0.752	0.791	0.836	0.893	0.949
	Dépenses totales de santé du Secteur privé santé à but non lucratif	5.308	5.308	5.308	5.308	5.308
	Dépenses privées totales pour la santé publique	67.843	71.887	76.880	82.257	88.031
6. Dépenses des partenaires techniques et financiers (PTF)						
	Dépenses totales des PTF (millions \$)	208.173	201.439	212.895	223.032	233.653
	Dépenses des PTF en santé (millions \$)	115.340	100.720	106.447	111.516	116.827
	Proportion des dépenses de santé des PTF sur leurs dépenses totales	55%	50%	50%	50%	50%
	Dépenses de santé des PTF par habitant (\$)	13.34	11.37	11.74	12.01	12.29
	Taux de change annuel moyen	1379.0	1434.0	1505.7	1581.0	1660.0
	Ressources totales pour les dépenses de santé publique en milliards de FBU	334.1	332.0	370.1	415.7	444.7
	Dépenses par habitant en \$	28.02	26.15	27.11	28.32	28.18
	Part des dépenses assumées par les ménages (%)	18.5	19.8	19.1	18.3	18.4
	Ratio : Dépenses de santé publiques sur PIB (%)	26.86	25.40	26.76	28.14	28.35

Le tableau suivant (tableau 8) indique les ressources prévisibles par source de financement selon le scénario moyen qui est bâti sur les hypothèses suivantes :

- Maintien du niveau des tendances du PIB indiqué par le Ministère des finances au mois d'avril 2011;
- La part du MSPLS est conforme dans les montants indiqués aux allocations budgétaires proposées dans le CDMT global 2012-2014 (exception faite donc de l'année 2015 maintenue dans les mêmes tendances que les années précédentes) ;
- Les dépenses de santé des ménages par habitant qui ont atteints un niveau de 6,89 dollars soit 9.501 FBU en 2008 sont maintenues à ce niveau sur l'ensemble de la période.

Tableau 8 : Potentialités de financement du PNDS II (scénario moyen-cadrage budgétaire par source en milliard de FBU)

<i>Source</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>TOTAL</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>ETAT*</i>	107,236	115,730	132,967	157,122	162,717	675,773	35,63%
<i>PTF</i>	159,054	144,432	160,278	176,305	193,936	834,005	43,97%
<i>Privé dont MENAGES**</i>	67,843	71,887	76,880	82,257	88,031	386,898	20,40%
<i>Total en milliards de FBU</i>	334,133	332,049	370,125	415,684	444,684	1.896,676	100%

*En dehors du MSPLS, sont pris en compte les ressources des autres ministères et d'autres fonds publics (INSS, MFP, Entreprises publiques/ paraétatiques)

** En dehors des ménages, sont prises en compte les dépenses totales des Institutions privées intervenant dans la santé publique (Société d'assurance privée et Entreprises privées hors assurance maladie) et les dépenses totales de santé du Secteur privé santé à but non lucratif.

Pour ce qui est des partenaires, l'année 2012 du cadrage fait ressortir le retrait de partenaires importants du secteur de la santé, ramenant la part des dépenses de santé dans leurs dépenses totales à 50% en 2012 au lieu de 55% l'année précédente (2011). Ce taux est maintenu sur les années suivantes. Sur les 1.896 milliards de FBU pouvant être mobilisés pour le financement du PNDS, 35,63% proviendrait de l'Etat, 43,97% des partenaires et 20,40% du privé notamment les ménages. Entre le début et la fin de la période du PNDS, les ressources annuelles mobilisables augmenteraient d'un tiers (33%). En considérant les coûts du PNDS II, on constate que ce scénario moyen permet de couvrir les besoins de financement en incluant la dépréciation monétaire: 1.724 milliards de besoins de financement pour des possibilités de financement s'élevant à 1.896 milliards de FBU. Le scénario moyen est le cas de figure choisi pour développer les analyses sur le financement potentiel du PNDS (les scénarii haut et bas sont décrits en annexes 2 et 3).

Dans ce scénario moyen, la contribution des ménages par tête d'habitant est maintenue à 6,89⁶⁷ dollars par an, mais cet effort doit pouvoir s'intégrer dans un contexte d'amplification de la mise en place de mutuelles de santé. Cette contribution des ménages est élevée en considérant leurs pauvretés. Cependant, le gouvernement continuera les autres stratégies pour réduire les barrières financières.

Actuellement le financement prévu par les partenaires de 2013 à 2015 est inférieur à ce qui est prévu dans le scénario retenu. Cela est dû à l'imprévisibilité des financements à long terme. Le maintien du financement des partenaires prévu dans ce scénario nécessite alors une forte mobilisation / plaidoyer de la part du gouvernement pour s'assurer que le gap de financement à partir en 2013 sera comblé le plus tôt possible.

⁶⁷ Enquête qualité ménage 2009-2010, CORDAID

ANNEXES

Annexe 1: Cadre logique du PNDS

Vision : A l'horizon de l'an 2015, le Burundi aura une paix et une stabilité socio - politique durable avec une croissance économique permettant à tout citoyen un accès aux soins de santé de base à travers des mécanismes de participation individuelle et communautaire et sous un leadership renforcé du Ministère de la Santé. Les différents intervenants, les partenaires et la population en pleine phase avec le gouvernement auront réduit les maladies liées à la pauvreté, à l'exclusion et à l'ignorance dans un contexte de bonne gouvernance, et de développement durable d'un système de santé proactif et performant pour une vie économiquement, socialement et humainement acceptable. Cette vision réalisée permettra aux habitants de ce pays de vivre plus dignement et plus longtemps dans un environnement meilleur. Ils seront plus conscients de leurs responsabilités dans la promotion de leur santé et de celle des communautés auxquelles ils appartiennent. Les différents groupes à risque ne mourront plus massivement de maladies évitables.

But: Améliorer l'état de santé de la population, non seulement parce que c'est un droit humain, mais aussi pour permettre la relance de l'économie et la diminution de la pauvreté en maintenant le capital humain en bonne santé.

OG	Enoncé	
	1	Contribuer à la réduction de la morbi-mortalité des maladies transmissibles et non transmissibles
	Cible 1	La prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est réduite de 59% à 30 % d'ici 2015
	Cible 2	La prévalence du VIH/SIDA est réduite de 2,97% à 2 % d'ici 2015
	Cible 3	Les complications de l'HTA chez l'adulte sont réduites de 20% d'ici 2015
	Cible 4	Réduire la morbi-mortalité liée au DBT et ses complications
	Cible 5	Réduire l'insuffisance pondérale de 29% à 21% d'ici 2015
	Cible 6	Réduire la morbi-mortalité liée à la tuberculose
	Cible 7	Réduire la morbi mortalité liée aux maladies mentales
	2	Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale
	Cible 1	Le ratio de mortalité maternelle est réduit de 866 (RGPH 2008) à 390 décès pour 100 000 NV d'ici 2015
	Cible 2	Réduire de 50% le taux de mortalité néonatale d'ici 2015
	3	Contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans
	Cible 1	Le taux de mortalité infantile est réduit de 59 décès (EDSB 2010), à 34 décès pour 1000 NV d'ici 2015
	Cible 2	Le taux de mortalité infanto-juvénile est réduit de base 96 décès (EDSB 2010), à 71 décès pour 1000 NV d'ici 2015

Type	Libellé	INDICATEURS	BASE	2011	2012	2013	2014	2015
O.S	Assurer l'accessibilité des soins et services de santé de qualité à la population en vue d'une meilleure utilisation							
Cible 1	La couverture sanitaire passe de 80%(Enquête PET 2008) à 97% d'ici 2015	Taux de couverture sanitaire	80%	82%	87%	92%	95%	97%
Cible 2	Le taux d'utilisation des services curatifs est augmenté de 0,18 (Enquête PMS 2010) à 0.35 (cons/hab/an)	Taux d'utilisation des services curatifs	ND	0.28	0.3	0.35	0.4	0.45
Cible 3	La couverture vaccinale (enfants complètement vaccinés) est maintenue à au moins 83% (EDSB 2010)	Proportion d'enfants complètement vaccinés	83%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%
Cible 4	Le % d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous MII passe 45% à 70% d'ici 2015 (EDSB 2010)	Couverture en MII chez les enfants de moins de 5 ans	45%	45%	51%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
Cible 5	La couverture contraceptive est augmentée de 18,6%(EDS 2010) à 28% en 2015	Taux de couverture contraceptive	18,6%	22%	24%	26%	28%	30%
Cible 6	Le % des femmes enceintes qui accouchent avec assistance d'un personnel de santé formé augmente de 60%(EDSB 2010) à 80% en 2015	Taux de couverture en accouchements assistés	60%	62%	68%	74%	78%	80%
Cible 7	La couverture en PTME est augmentée de 15,4% (EPISTAT, 2009) à 85%	Taux de couverture en PTME	15,4%	20%	30%	40%	60%	85%
Cible 8	La couverture en ARV est augmentée de 45% à 80%	Taux de couverture en ARV	45%	52%	60%	67%	74%	80%
Cible 9	La mortalité intra hospitalière est réduite de moitié	Taux de mortalité hospitalière	ND					
Cible 10	La couverture du CMAM est à 70%	Taux de couverture CMAM	60%	60%	60%	65%	65%	70%

A.S.1 Renforcement des prestations de soins et de services de santé (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) de qualité à tous les niveaux du système de santé								
Résultat 1.1	Le paquet de soins et services est défini et assuré dans les FOSA	Proportion des CDS qui assurent le PMA tel que défini dans le document des normes révisées	ND	10%	30%	50%	65%	80%
		Proportion d'hôpitaux qui assurent le PCA tel que défini dans le document des normes révisées		30%	50%	65%	80%	90%
Action 1.1.1	Elaboration/actualisation des orientations stratégiques sous - sectorielles en fonction du PNDS	Proportion des programmes spécifiques qui disposent d'un plan stratégiques aligné au PNDS	0%	23%	100%	100%	100%	100%
Action 1.1.2	Révision des documents de normes sanitaires pour tous les niveaux	% des institutions sanitaires disposant d'un document de normes révisées	0%	20%	100%	100%	100%	100%
Action 1.1.3	Mise en conformité des FOSA qui ne répondent pas aux normes révisés	% d'institutions sanitaires conformes aux normes révisés	ND		25%	35%	50%	65%
Résultat 1.2	La qualité des soins est assurée (globalité, intégration, continuité)	% des FOSA qui offrent les soins et les services répondant aux critères de qualité	ND	20%	30%	40%	50%	> 60%
Action 1.2.1	Définition du circuit du malade entre les niveaux de soins (Référence et contre référence)	% des FOSA disposant des outils cliniques (SPT et guides thérapeutiques)	ND	20%	40%	60%	80%	100%

Action 1.2.2	Définition de la gestion du patient (dossier médical, carnet de soins, échéanciers)	% des FOSA utilisant des documents de gestion du malade	ND	20%	100%	100%	100%	100%
Action 1.2.3	Définition/actualisation des protocoles de diagnostic et de prise en charge	% des FOSA utilisant les protocoles de diagnostic et de prise en charge	ND	20%	100%	100%	100%	100%
Action 1.2.4	Développement d'un réseau national de laboratoires pour le contrôle de qualité des tests	Proportion de laboratoires avec des tests soumis au contrôle de qualité	ND	20%	40%	60%	100%	100%
Action 1.2.5	Mise en place d'un système d'assurance qualité à tous les niveaux	% des FOSA qui appliquent les normes du MSPLS en matière d'assurance qualité des soins (la stratégie plainte-traitement, les guides thérapeutique et autres directives opérationnelles)	ND	20%	40%	60%	80%	100%
Résultat 1.3	Tous les aspects de la lutte contre le VIH SIDA sont intégrés au paquet de soins à tous les niveaux du système de santé	% de structures sanitaires offrant des prestations intégrées en fonction des normes prédéfinies (centre dépistage volontaire, ...)	ND	10%	20%	30%	50%	80%
		% de collines qui ont au moins une organisation communautaire offrant des prestations intégrées	ND	5%	20%	40%	60%	80%
Action 1.3.1	Révision du cadre institutionnel en prenant en compte l'intégration du VIH SIDA pour le renforcement du système de santé	Cadre institutionnel révisé		x				

Action 1.3.2	Consolidation des acquis de multisectorialité en matière de lutte contre le VIH SIDA à tous les niveaux	Existence d'un cadre de concertation permanent entre les différents secteurs concernés			x			
Résultat 1.4	L'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complets est assurée	La proportion des FOSA offrant les SONUB		0,87% (5/753)	20%	30%	40%	50%
		La proportion des FOSA offrant les SONUC		33% (17/51)	50%	60%	70%	80%
Action 1.4.1	Renforcement des capacités techniques des structures de soins en SONUB et SONUC (formation des prestataires, équipements)	Proportion des FOSA satisfaisant aux normes en SONUB et SONUC		40%	50%	60%	70%	80%
Résultat 1.5	La disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services visant la maîtrise de la croissance démographique	Taux de prévalence contraceptive	18,6%	21%	23%	25%	27%	30%
Action 1.5.1	Renforcement des capacités techniques et institutionnelles du système de santé dans l'offre des services PF	Proportion des FOSA avec un personnel formé sur les techniques de PF	ND	15%	25%	50%	75%	100%
		Proportion des FOSA qui ne connaissent pas des ruptures de stock en produits contraceptifs	ND	100%	100%	100%	100%	100%
		Proportion des FOSA qui offrent les services de PF	ND	76%	80%	85%	90%	100%

Action 1.5.2	Accroissement de la demande des services PF mettant l'accent sur la participation communautaire et de l'homme	Taux d'acceptabilité des méthodes contraceptives modernes		29%	32%	36%	40%	45%
Résultat 1.6	La disponibilité et l'accessibilité des soins de qualité aux enfants sont assurées							
Action 1.6.1	Renforcement des services de prévention des maladies infantiles et de suivi de l'état de santé des enfants	Proportion des enfants de moins de 5 ans qui reçoivent le paquet AEN	ND	ND	40%	60%	70%	80%
		Proportion des FOSA qui offrent les services de prévention et de vaccination des enfants	ND					95%
Action 1.6.2	Mise à l'échelle de la PCIME	Proportion de FOSA qui offre un service préventif essentiel (PF, CPN, Postnatal, suivi croissance nourrisson, Vaccination)	ND			50%	75%	90%
Résultat 1.7	Les interventions de prévention, de promotion de la santé et de riposte aux épidémies sont renforcées	% de FOSA qui ont au moins un personnel formé dans la riposte aux épidémies				50%	75%	90%
Action 1.7.1	Elaboration et mise en œuvre des outils IEC/CCC intégrés	Proportion de FOSA qui organisent chaque jour des séances d'EPS		18%	20%	30%	40%	50%
Action 1.7.2	Soutien /renforcement des services d'éducation pour la santé dans toutes les FOSA	Taux de fréquentation des services de dépistage au VIH/SIDA		ND	20%	30%	40%	50%
Action 1.7.3	renforcement des services des urgences à tous les niveaux de soins	un plan intégré de contingence pour la prise en charge des urgences et la lutte contre les épidémies mis à jour		X				
Action 1.7.4	Elaboration /mise à jour du plan intégré et d'un dispositif de lutte contre les épidémies	Proportion de FOSA ayant des outils pour la riposte aux épidémies			10%	20%	30%	40%

Action 1.7.5	Renforcer le système de gestion des déchets	Proportion de FOSA qui utilisent un incinérateur aux normes			50%	75%	100%	100%
Action 1.7.6		proportion de FOSA qui ont un système fonctionnels de collecte et de traitement des DBM				50%	75%	100%
Résultat 1.8	Les interventions communautaires visant à l'adoption de meilleures pratiques de santé et nutrition sont mises en œuvre de manière coordonnée	% des collines qui ont au moins une organisation communautaire de promotion de la santé répondant à des normes préalablement définies				50%	75%	100%
		% des ménages qui adoptent les 5 pratiques essentielles (PF, Allaitement exclusif au sein pendant 6 mois, lavage des mains aux moments critiques, 3CPN, utilisation MII)				25%	35%	50%
Action 1.8.1	Elaboration des documents d'orientation stratégique et opérationnelle des acteurs communautaires	% des FOSA qui ont le document d'orientation	ND	ND	ND	50%	65%	80%
Action 1.8.2	Renforcement des capacités des acteurs communautaires	% d'OBC formées dans le cadre de renforcement des capacités				30%	70%	90%
Résultat 1.9	Le paquet d'intervention des actions essentielles en nutrition est assuré							

Action 1.9.1	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	60%	60%	65%	70%	75%	75%
Action 1.9.2	Renforcement des capacités techniques des prestataires de sante dans les activités promotionnelles sanitaires et nutritionnelles	Proportion de FOSA qui disposent d'un personnel formé sur les actions promotionnelles et nutritionnelles						
		Proportion des enfants de moins de 6 mois allaités exclusivement	69%	69%	74%	79%	84%	85%
		Proportion des enfants ayant reçus les aliments de compléments appropriés à partir de 6 mois	70%	70%	75%	80%	85%	85%
		Prévalence de l'anémie chez les moins de 5 ans	45%	45%	40%	35%	30%	25%
		Proportion des ménages utilisant le sel iodé	78%	78%	>80%	>85%	>85%	>85%
		Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes	19%	19%	17%	15%	13%	11%
		Taux de couverture en vitamine A	89%	89%	>90%	>90%	>90%	>90%
Action 1.9.3	Renforcement du cadre de concertation multisectorielle pour la lutte contre la malnutrition chronique.	Existence d'un cadre fonctionnel de concertation multisectorielle dans la lutte contre la malnutrition	X	X	X	X	X	X
A.S 2	Amélioration de la production des ressources humaines ayant les qualifications requises							
Résultat 2.1	Les écoles de formations produisent des RH avec des qualifications requises							
Action 2.1.1	Accélérer la réforme paramédicale en cours	Référentiels de métier, formation, compétences et évaluation du personnel paramédical disponibles et utilisés			X	X	X	X
		Normes des écoles paramédicales sont disponibles et appliquées			X	X	X	X

Action 2.1.2	Mettre en place des filières de formation non encore développées, réadaptation médicale, soins bucco-dentaires, santé mentale, nutrition, Technicien Supérieur en Ophtalmologie et maintenance des équipements biomédicaux)	Nombre de filières de formation mises en place à l'INSP	9		10		12	
Action 2.1.3	Améliorer la production des médecins spécialistes, pharmaciens, infirmiers spécialisés et sages femmes	Référentiels de métier, formation, compétences et évaluation du personnel médical existant				X	X	X
		Nombre de réunions de concertation entre le MSP et les facultés de médecines						
Action 2.1.4	Suivi-évaluation de la qualité des formations dans les écoles, instituts et universités	Taux de réalisation de supervision et contrôle de qualité	ND	ND	50%	70%	90%	100%
Résultat 2.2	Chaque structure de santé dispose d'un personnel qualifié selon les normes							
Action 2.2.1	Répartition équitable des RH dans tout le pays	Plan de redéploiement élaboré et approuvé		X	X	X	X	X
		Plan de recrutement élaboré et approuvé		X	X	X	X	X
Action 2.2.2	Description des postes pour chaque structure	Manuel des descriptions de tâches et profils adopté par le Ministère			X			
Action 2.2.3	Mettre en place et redynamiser un ordre pour chaque corps pour renforcer l'éthique et la déontologie	Nombre d'ordre mis en place et fonctionnel	ND					
A.S 3	Renforcement de la gestion des ressources humaines disponibles							
Résultat 3.1	Une formation continue mieux organisée est assurée	Proportion d'unités de prestation par niveau avec un personnel ayant bénéficié d'une formation continue	ND	ND	30%	50%	70%	80%
Action 3.1.1	Elaboration d'une politique et plan intégré de formation continue	Plan de formation continue disponible et diffusée	ND	X	X	X	X	X

Action 3.1.2	Mise en place d'un mécanisme de coordination et suivi de la formation de base et continue du personnel	Organe de coordination mis en place et fonctionnel au niveau du MSPLS	ND	X	X	X	X	X
Action 3.1.3	Renforcement des capacités de l'INSP à assurer la formation continue des RH	Service chargé de la formation continue disponible et fonctionnelle	ND	X	X	X	X	X
Action 3.1.4	Formation des médecins généralistes sur les urgences chirurgicales et gynéco obstétricales	% des hôpitaux de District avec des médecins généralistes formés sur les urgences chirurgicales et gynéco obstétricales	ND	40%	60%	80%	100%	100%
Action 3.1.5	Mise à niveau des auxiliaires infirmiers(A3) existants dans les structures de santé	% des auxiliaires infirmiers(A3) ayant bénéficiés d'une formation de mise a niveau	ND	ND	20%	40%	50%	70%
Résultat 3.2	La décentralisation de la gestion des RH est effective	% des structures de sante avec une autonomie de gestion des RH comme défini dans la politique de RH	ND	0%	60%	80%	90%	100%
Action 3.2.1	Elaboration d'un manuel de procédures de gestion décentralisée des RH	% des unites de prestation utilisant un manuel des procédures de gestion du personnel	ND	ND	100%	100%	100%	100%
Action 3.2.2	Renforcement des capacités de la DRH et des structures décentralisées dans la gestion des RH	Proportion d'unités de prestation ayant un personnel forme sur la gestion des ressources humaines.	ND	ND	10%	20%	30%	40%
Résultat 3.3	Système de motivation qui tient compte des incitatifs financiers et non financiers est opérationnel	% des personnes de santé satisfaites des mesures incitatives mises en place				40%		70%
Action 3.3.1	Analyse de l'effet du PBF sur la motivation du personnel et mise en place de mesures correctives	Etude sur l'effet PBF sur la motivation du personnel est faite et une feuille de route pour son amélioration est disponible	ND	ND	X		X	
Action 3.3.2	Définition d'autres stratégies de motivation pour l'ensemble du système et leur mise en œuvre	Disponibilité de la stratégie de motivation pour l'ensemble du systeme a tous les niveaux	ND	ND		X		

Action 3.3.3	Evaluation de la satisfaction du personnel sur les mesures incitatives	Réalisation d'une enquête sur l'effet des stratégies du motivation sur le personnel	ND	ND	X			
Résultat 3.4	Des outils de gestion du personnel sont disponibles et utilisés à tous les niveaux	% des unités de prestations qui disposent et utilisent le paquet de tous les outils de gestion des RH				30%	60%	80%
Action 3.4.1	Elaboration du plan de redéploiement du personnel pour l'ensemble du système	Plan de redéploiement du personnel disponible à la fin de 2011		X				
Action 3.4.2	Elaborer les plans de carrières, de recrutement, et de gestion prévisionnelle des emplois	Plan élaboré au plus tard la fin de 2012			X			
Action 3.4.3	Créer et rendre opérationnel l'observatoire des RH	La fonctionnalité de l'observatoire à partir de 2012			X			

Action 3.4.4	Mettre en place et rendre fonctionnel un logiciel de gestion des RH (au niveau des districts)	Un logiciel installé et utilisé aux niveaux des districts			30%	60%	80%	100%
A.S 4	La disponibilité des médicaments et autres produits de santé de qualité sont assurées et leur accessibilité de la population							
Résultat 4.1	Le cadre réglementaire du secteur pharmaceutique est amélioré	Pourcentage d'institutions et/ou établissements pharmaceutiques qui sont en harmonie avec la PPN et les textes législatifs et réglementaires	0%	30%	40%	50%	70%	80%
Action 4.1.1	Mise en place d'un circuit intégré d'approvisionnement et de distribution ainsi que des mécanismes de suivi – évaluation du fonctionnement	Existence d'une décision décrivant le circuit	ND		X			
		Existence d'un document décrivant les mécanismes de suivi -évaluation de ce circuit	ND		X			
Action 4.1.2	Intégration des besoins relatifs aux intrants nutritionnels, contraceptifs, vaccins, anti tuberculeux (1ère et 2 è ligne) et moustiquaires dans la planification des budgets de l'Etat ainsi que dans la gestion	Existence des lignes budgétaires respectives et augmentation des budgets	ND		X	X	X	X
Action 4.1.3	Elaboration des textes d'application de la loi cadre pharmaceutique (homologation, inspection, pharmacovigilance, assurance de la qualité,régulation des prix, etc)	Nombre de textes d'applications de la loi cadre pharmaceutique élaborés et mis en œuvre	ND		1	2	2	
Action 4.1.4	Renforcement des capacités de la DPML	Augmentation du budget alloué à la DPML, nombre de pharmaciens et techniciens supérieurs affectés à la DPML par an	4 Pharmaciens et 3 techniciens supérieurs					

Action 4.1.5	Renforcement des capacités d'inspection générale de la santé publique	% d'établissements publics remplissant les normes	40%	50%	60%	75%	90%	100%
Action 4.1.6	Renforcement de l'assurance de la qualité des prestations pharmaceutiques	% de prestataires formés sur l'assurance de la qualité	ND	10%	20%	30%	40%	50%
		% d'établissements pharmaceutiques qui respectent les normes de qualité de prestations	ND	10%	20%	30%	40%	50%
Action 4.1.7	Renforcement des mécanismes de coordination des acteurs du secteur pharmaceutique	Au moins une (1) réunion mensuelle du GT médicament	8	12	12	12	12	12
Action 4.1.8	Elaboration d'une réglementation relative à la médecine traditionnelle	Au moins 2 textes réglementaires de la médecine traditionnelle sont adoptés	0	0	1	1		
Action 4.1.9	Adoption d'un nouveau statut de la CAMEBU	Nouveau statut de la CAMEBU disponible			x			
Résultat 4.2	L'accessibilité géographique des médicaments et autres produits de santé est améliorée	% de la population ayant un accès facile aux médicaments à un prix abordable	ND					95%
Action 4.2.1	Renforcement des capacités de la CAMEBU	% de l'augmentation du chiffre d'affaires	6,5milliards	5%	5%	5%	5%	5%
Action 4.2.2	Création des structures décentralisées de la CAMEBU (dépôts régionaux de distribution)	Rapport de l'étude des coûts et de l'impact de la décentralisation de la CAMEBU est validé			x			
Action 4.2.3	Amélioration des capacités d'approvisionnement et de gestion des médicaments dans les DS	taux d'augmentation du fonds de roulement des pharmacies du District	200millions	5%	5%	5%	5%	5%
		pourcentage des ruptures de stocks des médicaments traceurs au niveau des CDS	ND	0%	0%	0%	0%	0%

Action 4.2.4	Développement d'un partenariat public - privé pour renforcer la production locale de médicaments	% de contribution de la production locale dans la satisfaction des besoins en médicaments essentiels	5%	5%	5%	5%	10%	15%
Action 4.2.5	Promotion de l'intersectorialité dans la réglementation des prix des médicaments et autres produits de santé	% des FOSA affichant la tarification des médicaments et/ou mettant en application la réglementation des prix	0%			50%	75%	100%
		% d'établissements pharmaceutiques qui respectent les prix	0%	0	0	50%	60%	75%
Action 4.2.6	Assurance de la disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité dans le secteur pharmaceutique	% de DS disposant d'au moins un technicien supérieur en pharmacie	20%	25%	30%	40%	60%	80%
Action 4.2.7	Assurance de la disponibilité des produits sanguins sécurisés dans tous les hôpitaux	% de rupture de stocks en produits sanguins sécurisés	ND					0%
Action 4.2.8	création des centres régionaux de transfusion sanguine(CRTS)	nombre de centre régionaux fonctionnels	0					4
Résultat 4.3	Le contrôle de qualité des médicaments et autres produits de santé(sang, eau, aliments, pesticides, etc) est assuré	% de tests d'analyses des médicaments et autres produits de santé satisfaisants	ND					90%
Action 4.3.1	Dotation du laboratoire National de référence de l'INSP des textes de base	Textes de base du labo de l'INSP adoptés	-	1	2			
Action 4.3.2	Renforcement des capacités du laboratoire de l'INSP	Nombre de test réalisé	0	100	200	300	400	500
Action 4.3.3	Développement de la recherche opérationnelle sur l'efficacité et l'innocuité des médicaments et la pharmacovigilance	Nombre d'études ou d'enquêtes faites sur l'efficacité et l'innocuité des médicaments	ND	1	1	1	1	1
Action 4.3.4	Renforcement de la collaboration intersectorielle dans la lutte contre la vente illicite et la contrefaçon des médicaments	Nombre de réunions de la Commission nationale chargée notamment de la lutte contre la vente illicite et la contrefaçon des médicaments	4	6	6	6	6	6

Résultat 4.4	L'usage rationnel des médicaments est amélioré	Pourcentage de la population qui ne consomme que les médicaments prescrits	ND						50%
Action 4.4.1	Révision périodique de la liste nationale des médicaments essentiels	La liste nationale des médicaments essentiels est révisée tous les deux ans		X		X			X
Action 4.4.2	Elaboration des guides thérapeutiques en faveur des FOSA	Guides thérapeutiques élaborés et diffusés aux FOSA	0		X	X	X		
Action 4.4.3	Renforcements des capacités en matière de prescription rationnelle de médicaments à tous les niveaux y compris le niveau communautaire	Pourcentage de FOSA disposant d'au moins 50% de prestataires formés en prescription rationnelle des médicaments	PM	10%	25%	50%	75%	90%	
Action 4.4.4	Sensibilisation des communautés sur les dangers de l'automédication et de la consommation abusive des médicaments et autres produits de santé	Pourcentage d'adultes sensibilisés sur les dangers de l'automédication et de la consommation abusive des médicaments et autres produits de santé	ND	ND	5%	25%	35%	50%	
Résultat 4.5	Les examens paracliniques de laboratoire sont améliorés	% de laboratoires effectuant des examens paracliniques selon les normes.							
Action 4.5.1	Adoption d'une politique nationale des laboratoires d'analyses biomédicales et l'harmoniser avec la politique de l'EAC	Document de politique nationale des laboratoires d'analyses biomédicales adopté	0			X			
Action 4.5.2	Mise en place d'un plan directeur pour le développement du réseau de laboratoires	Plan directeur pour le développement du réseau de laboratoires disponible	0			X			
		Pourcentage de laboratoires membres du réseau	0						
		Nombre de tests inter labo effectués							

Action 4.5.3	Renforcement du plateau technique du laboratoire national de référence cfr le Point 3.4.2	% de laboratoire national de référence conformes aux normes	0			X		
Résultat 4.6	L'implantation des magasins optiques est améliorée	texte de réglementation de l'implantation des magasins optiques validé et appliqué	0		X			
Action 4.6.1	Mise en place d'un plan directeur de réglementation des magasins optiques	Plan directeur de magasins optiques disponible	0		X			
A.S 5	Amélioration de la couverture en infrastructures et équipements							
Résultat 5.1	Dialogue Intersectorielle amélioré	Nombre de réunions tenues dans le cadre de collaboration intra et intersectorielle			50%	70%	80%	85%
Action 5.1.1	Mise en place d'un cadre de collaboration intra et intersectorielle en santé	Le document définissant le cadre de collaboration existe		X				
Action 5.1.2	Assurer la disponibilité de l'eau et électricité dans les structures sanitaires	% des structures sanitaires pourvues en eau et électricité	76%	76%	81%	84%	87%	90%
Résultat 5.2	Couverture en infrastructure qui respecte les normes sanitaires	% des infrastructures respectant les plans types	ND					
Action 5.2.1	Mise en œuvre du plan d'extension de la couverture par rapport à l'infrastructure	% des structures construites annuellement par rapport aux besoins définis dans le plan d'extension de la couverture	30%	30%	50%	60%	70%	80%
Action 5.2.2	Mise en œuvre d'un plan de maintenance et d'entretien des infrastructures à tous les niveaux	% des unités de prestations qui ont fait la maintenance et d'entretien des infrastructures par rapport aux besoins définis dans le plan	ND		70%	80%	90%	100%

Action 5.2.3	Disponibilisation des documents cadastraux du patrimoine	% des structures de sante qui ont leurs documents cadastraux du patrimoine	ND		25%	40%	60%	80%
Action 5.2.4	Matérialisation physique des limites du terrain des structures sanitaires	% des structures sanitaire clôturées	ND		15%	30%	50%	70%
Résultat 5.3	Couverture en Equipements qui respecte les normes sanitaires	% des formations sanitaires qui respectent les normes sanitaires par rapport aux équipements	22%	22%	37%	50%	63%	76%
		Un document d'inventaire des équipements disponible	0	X		X		X
Action 5.3.1	Mise en œuvre du plan d'extension de la couverture par rapport aux nouveaux équipements	% des structures de soins ayant été équipés annuellement par rapport aux besoins définis dans le plan d'extension de la couverture			50%	60%	60%	70%
Action 5.3.2	Mise en œuvre du plan de redistribution d'équipements en vue d'une meilleure équité	% des équipements redistribués par rapport au plan			70%	80%	90%	100%
Action 5.3.3	Mise en œuvre du plan de maintenance et d'entretien des équipements bio - médicaux et non-médicaux à tous les niveaux	% des unités de prestations qui ont reçu la maintenance et d'entretien des équipements par rapport aux besoins définis dans le plan			70%	80%	90%	100%
A.S 6	Augmentation du financement du secteur santé et l'amélioration de son utilisation							
Résultat 6.1	Le financement du secteur santé est augmenté	Taux d'augmentation du financement du secteur de la santé			5%	6%	7%	7%
Action 6.1.1	Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie de mobilisation des fonds	% du budget national alloué à la santé	7,7%	7,7%	10%	12%	15%	15%

		Taux d'augmentation de la contribution financière totale des partenaires			5%	5%	4%	4%
Action 6.2.2	Renforcement des mutuelles de santé communautaire	Taux de la population couverte par les mutuelles de santé communautaire			20%	40%	50%	70%
Résultat 6.2	Gestion des financements du secteur de santé améliorée	% des unités de prestation auditées qui appliquent les procédures de la gestion		50%	70%	80%	90%	100%
Action 6.2.1	Amélioration et standardisation des outils de gestion financière	% des unités de prestation qui utilisent les outils de gestion financières standards		50%	100%	100%	100%	100%
Action 6.2.2	Renforcement des mécanismes de contrôle interne et externe	% des unités de prestation qui a été soumise à un audit interne		25%	40%	50%	60%	70%
Action 6.2.3	Fonctionnement des institutions de santé	% des frais de fonctionnement du niveau central	84%	87%	79%	84%	86%	85%
		% des frais de fonctionnement du niveau intermédiaire	2%	4%	2%	2%	2%	3%
		% des frais de fonctionnement du niveau périphérique	14%	9%	19%	15%	13%	12%
Résultat 6.3	Transparence, équité et efficience dans l'allocation des ressources financières améliorées (*)	% du financement de l'état précise dans le CDMT qui est assuré dans la loi budgétaire	12,13%	32%	35%	36%	38%	38%
		% du financement des partenaires précisé dans le CDMT qui est assuré	49%	48%	43%	43%	42%	42%
Action 6.3.1	Implication de tous les niveaux au processus de budgétisation	% des structures qui répondent aux requêtes du niveau central pendant le processus de la budgétisation			75%	100%	100%	100%

Action 6.3.2	Institutionnalisation du CDMT comme outils de la négociation du budget annuel	Le CDMT actualisé annuellement existe		x	x	x	x	x
Résultat 6.4	Coordination des financements du secteur de santé renforcée							
Action 6.4.1	Elaboration des Comptes Nationaux de Sante chaque deux ans	L'existence des CNS actualisés	x	x			x	
Action 6.4.2	Maitrise de l'information sur le financement des PTF dans le secteur de la santé et son exécution	Mapping des informations sur le financement des PTF (l'exécution et prévisions) dans le secteur de la santé faite annuellement	MOU	x	x	x	x	x
Action 6.4.3	Préparation et mise en place du panier commun	% des financements des partenaires financières dans le panier commun			10%	15%	20%	25%
Action 6.4.4	L'alignement du financement des partenaires au PNDS II	% financement des projets des partenaires qui se referent au PNDS		100%	100%	100%	100%	100%
A.S 7	Renforcement et pérennisation du financement basé sur les performances associé à la gratuité							
Résultat 7.1	Pérennisation du financement basé la performance couplé la gratuité est assurée	% des dépenses pro pauvres alloué a la gratuite	3%	3%	5%	5%	5%	5%
Action 7.1.1	Renforcement des capacités des prestataires et gestionnaire à tous les niveaux	% d'accroissement du nombre de prestataires formés		5%	5%	5%	5%	5%

Action 7.1.2	Contractualisation des acteurs	% d'accroissement de structures ayant signé le contrat et exécuté correctement		5%	5%	5%	5%	5%
A.S 8	Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé							
Résultat 8.1	Les capacités institutionnelles et organisationnelles du SS sont renforcées	Le plan de développement de capacités institutionnelles et organisationnelles est disponible et mis en œuvre à tous les niveaux				X		
Action 8.1.1	Mise en place d'une stratégie nationale de stabilisation du personnel à tous les niveaux	Existence de la stratégie nationale de stabilisation du personnel	ND	X				
		Nombre de mesures politiques et administratives prises en faveur de la stabilisation du personnel	ND		X	X	X	X
Action 8.1.3	Mise en place d'une stratégie de la décentralisation du secteur de la santé	Une (1) stratégie de la décentralisation du secteur de santé est disponible et mise en œuvre	ND					X
Action 8.1.4	Planification des assistances techniques nécessaires pour la mise en œuvre du PNDS	Un (1) plan d'assistance technique des District sanitaires est disponible et mis en œuvre	ND		X	X	X	X
		Un (1) plan de développement sanitaire du district (PDSD) est disponible	ND		X			

Résultat 8.2	Les cadres législatifs et réglementaires des différentes réformes du MSPLS sont mis en place	% de cadres législatifs et réglementaires des différentes réformes du MSPLS adoptés et appliqués							
							X	X	X
Action 8.2.1	Adoption des textes législatifs et réglementaires sur les principales réformes ; (Décentralisation, Financement, Réforme des RH, Médicaments)	la loi et les décrets d'application sur la décentralisation du secteur de la santé adoptés et appliqués							X
		la loi et les décrets d'application sur le statut et le fonctionnement de la CAMEBU adoptés et appliqués				X			
		la loi et les décrets d'application de la réforme hospitalière adoptés et appliqués							X
		les textes réglementaires ou législatifs relatifs au statut et au fonctionnement des CDS, COSA et écoles de la santé adoptés et appliqués						X	
Action 8.2.2	Mise en place d'un mécanisme sectoriel de lutte contre la corruption et les malversations économiques dans l'esprit de la "tolérance zéro"	Un service contentieux du MSPLS est mis en place					X		
Action 8.2.3	Renforcement de l'Inspection Générale et d'autres services de suivi évaluation pour assumer le rôle de faire respecter les lois et règlements	Le rapport d'audit interne annuel est produit par l'Inspection Générale					X	X	X
		Le plan de contrôle de la qualité des services et produits alimentaires publiques (Pharmacies, restaurant, manifestations publiques) est disponible et mis en œuvre par l'INSP					X	X	X

Action 8.2.4	Réforme administrative et fonctionnelle du MSPLS	Le texte de loi de réorganisation et de restructuration du niveau central et intermédiaire est adopté et appliqué		X					
Action 8.2.5	Actualisation et mise en application des normes sanitaires	Les normes sanitaires sont actualisées et appliquées		X	X	X	X	X	
Résultat 8.3	La coordination du secteur de la santé est assurée	Le CPSD est l'organe unique fonctionnel et régulateur de la coordination à tous les niveaux du secteur santé				X	X	X	
Action 8.3.1	Coordination des intervenants PTF, secteur privé, société civile, gouvernements et prestataires à tous les niveaux	% de réunions thématiques et conjointes réalisées par rapport aux prévisions à tous les niveaux du secteur santé	0.7	80%	90%	100%	100%	100%	
		% de mission de terrain conjoint réalisées par rapport aux prévisions à tous les niveaux du secteur santé	0.3	80%	90%	100%	100%	100%	
		% de revues conjointes réalisées par rapport aux prévisions à tous les niveaux du secteur santé	0.3	80%	90%	100%	100%	100%	
Action 8.3.2	Mise en place, renforcement et harmonisation des structures de coordination à tous les niveaux (central, province, district)	% de structures de coordination fonctionnelles à tous les niveaux	0.3	80%	90%	100%	100%	100%	
Action 8.3.3	Développement d'une approche sectorielle (SWAP)	L'existence d'une approche sectorielle (SWAP)	ND	ND	x	x	x	x	
Action 8.3.4	Intégration du Burundi dans les instances sanitaires internationales, régionales et sous régionales	% des FORA, conférences, réunions, assemblées, échanges d'expériences,...dans lesquelles le Burundi est représenté	ND	50%	60%	70%	80%	100%	
		% des textes et politiques harmonisés et adoptés	ND	50%	60%	70%	80%	100%	

Résultat 8.4	La gestion rationnelle et transparente est assurée à tous les niveaux	Nombre de structures et Programmes de santé audité par l'Inspection Générale						
			2%	10%	30%	30%	30%	
Action 8.4.1	Mise en place des outils harmonisés de gestion des provinces et districts sanitaires	Le guide opérationnel des PS et DS est disponible et appliqué		X	X	X	X	
		La carte sanitaire est disponible et régulièrement mise à jour sur base des Plan d'extension de la couverture sanitaire		X			X	
Action 8.4.2	Organisation des audits externes à tous les niveaux	% des hôpitaux sous autonomie de gestion qui ont été soumis à un audit externe par rapport aux prévisions			60%	80%	90%	
		% des DS y compris les pharmacies de DS ont été audités au moins une fois par rapport aux prévisions			60%	80%	90%	
		% des programme /projet/service ayant bénéficiés d'un audit externe par rapport aux prévisions	ND	ND	60%	80%	90%	100%
Résultat 8.5	Le processus de planification et de suivi évaluation est régulier et bien coordonné à tous les niveaux (cfr planification)	% de DS disposant du rapport validé d'évaluation du plan d'action annuel	ND	0%	0%	50%	80%	100%
Action 8.5.1	Harmonisation et alignement des cycles de planification stratégiques et opérationnels sur le PNDS	Le rapport d'évaluation qualitative du PNDS (JANS) est disponible et renforce l'engagement des partenaires	ND	x		x	x	
		% des plans stratégiques des Programmes nationaux s'alignent sur le PNDS	ND	50%	70%	80%	100%	100%
		% de conventions de financement des Partenaires techniques et financiers qui s'alignent sur le PNDS	ND	ND	ND	50%	60%	80%

Résultat 8.6	L'intersectorialité pour la prise en compte des déterminants de la santé est développé à tous les niveaux	% des secteurs ayant intégré les activités de santé dans leurs plans stratégiques	ND	ND	20%	30%	45%	60%
Action 8.6.1	Implication des secteurs et institutions connexes au secteur de la santé dans la planification, la mise en œuvre et le suivi pour la prise en compte des principaux déterminants de la santé (Eau, hygiène et assainissement, démographie, genre, agriculture et la nutrition, Gouvernance, énergie, Min inter et Sécurité publique, Justice)	% de Ministère ayant un (1) point focal santé et lutte contre le SIDA dans les ministères ciblés	ND	ND	100%	100%	100%	100%
A.S 9	Renforcement du système de planification et de suivi et évaluation							
Résultat 9.1	Un système de planification fonctionnel et efficace est mis en place	% des unités de prestations disposant d'un plan d'action dans les délais	ND	30%	60%	80%	100%	100%
Action 9.1.1	Mise en place d'un cadre institutionnel de planification	Un (1) cadre institutionnel de planification disponible		x				
Action 9.1.2	Alignement et coordination des cycles de planification stratégique et opérationnelle	% de structures respectant le cycle de planification du PNDS à tous les niveaux	ND	ND	30%	70%	100%	100%
Action 9.1.3	Mise à disposition des outils de planification de référence	% de structures qui utilisent les outils standardisés de planification	ND	ND	100%	100%	100%	100%
Résultat 9.2	Un système de Suivi et Evaluation intégré et performant est mise en place	% des services ayant des rapport de S&E dans les délais	ND	20%	30%	60%	80%	100%
Action 9.2.1	Mise en place d'un cadre de suivi des résultats du PNDS	Nombre d'indicateurs clé du PNDS suivi	ND	80%	85%	90%	95%	100%

Résultat 9.3	Un Système National d'Information Sanitaire (SNIS) est mise en place et fonctionnel	% des unités de prestation fournissant des données sanitaires complètes et dans les délais	40%						
				45%	50%	60%	75%	90%	
Action 9.3.1	Mise en place des outils de gestion des données (Collecte, analyse, validation ; production des rapports ; diffusion, archivage)	% des structures qui utilisent les outils intégrés de gestion des données	ND	30%	80%	100%	100%	100%	
		% de la complétude et promptitude des données	ND	30%	80%	100%	100%	100%	
Résultat 9.4	Les TIC sont disponibles, accessibles et utilisés	% des unités de prestations qui utilisent les TIC définis dans les normes	0%	10%	20%	35%	55%	75%	
Action 9.4.2	Redynamisation de l'alimentation et de l'utilisation du site Web du MSPLS	Annuaire statistiques du SNIS sont annuellement postés sur le Site	ND	x	x	x	x	x	
		% des structures alimentant le site	ND	10%	20%	35%	55%	75%	
Résultat 9.5	Un cadre institutionnel de coordination et de promotion de la recherche en santé est mise en place	Nombre d'institutions effectuant des recherches répondant aux normes et aux priorités nationales	ND	1	2	4	4	4	
Action 9.5.1	Renforcement des capacités des institutions de recherche en santé	Un plan de formation des chercheurs existe	ND		x				
		Nombre d'institutions ayant bénéficié d'une subvention de recherche	ND			2	3	4	
Action 9.5.2	Organisation des recherches opérationnelles en santé	Un(1) répertoire des études pertinentes en santé existe et est mis à jour.	ND		x	x	x	x	

Résultat 9.6	Le système de communication institutionnelle en santé est amélioré	% des unités de prestation qui utilisent un plan de communication institutionnelle							
			ND	10%	20%	30%	55%	75%	
Action 9.6.1	Mise en place d'un mécanisme de communication stratégique et continu à tous les niveaux	Le document définissant le mécanisme existe	ND	x					
Action 9.6.2	Renforcement des capacités du service IEC/CCC	Nombre de personnels formés	ND	10%	20%	30%	55%	75%	
		Taux d'accroissement des subventions reçues	ND	10%	20%	30%	30%	30%	

Annexe 2: Scénario bas du PNDS

Les besoins de financement du PNDS ne sont pas couverts quand on considère le scénario bas dont le montant des ressources mobilisables s'élève à 1.649 milliards soit un gap de 74 milliards de FBU soit 4% des besoins. Notons que ce scénario bas comporte les éléments suivants :

- Maintien du niveau des tendances du PIB indiqué par le Ministère des finances au mois d'Avril 2011 ;
- Une baisse de la part relative du budget de l'État alloué à la santé sur 2012 et un maintien du nouveau taux de 9,93% au lieu de 12,13% ;
- Une baisse des dépenses moyennes par tête d'habitant à partir du niveau atteint en 2008 pour atteindre 3,39 dollars par habitant en 2015. Ce qui s'explique par une application et intensification de la politique de gratuité.
- Concernant les partenaires, en 2012, du fait du retrait d'un partenaire important et du démarrage de nouveaux projets qui risquent d'être tardifs, il est prévu une chute importante du niveau des dépenses de santé dans les dépenses totales. Ce niveau global va se redresser progressivement au cours des années suivantes.

Éléments de cadrage macroéconomique

	2011	2012	2013	2014	2015
1. Données démographiques					
Population totale (en milliers)	8,647	8,855	9,067	9,285	9,507
2. Produit intérieur brut					
PIB national en valeur courante (milliards FBU)	1,243.785	1,307.218	1,383.037	1,477.083	1,568.663
Taux de croissance réel (%)	4.5	5.1	5.8	6.8	6.2
3. Dépenses publiques totales					
Dépenses totales des administrations publiques (milliards FBU)	608.107	743.383	859.912	903.041	926.960
Ratio : Dépenses publiques sur PIB (%)	48.9	56.9	62.2	61.1	59.1
4. Dépenses publiques de santé					
Budget Ministère de la santé et de la lutte contre le VIH/SIDA (milliards de FBU)	73.793	73.854	85.431	89.716	92.092
Pourcentage du budget MSP/Dépenses totales des administrations	12.13	9.93	9.93	9.93	9.93
Dépenses de santé des autres ministères (milliard de FBU)	13.378	16.354	18.918	19.867	20.393
<i>Pourcentage des dépenses de santé des autres ministères par rapport aux dépenses publiques totales</i>	2.20	2.20	2.20	2.20	2.20
Autres fonds publics (INSS, MFP, Entreprises publiques/ paraétatiques) en milliard de FBU	19.581	23.937	27.689	29.078	29.848
<i>Pourcentage des dépenses de santé des autres structures publiques par rapport aux dépenses publiques totales</i>	3.22	3.22	3.22	3.22	3.22
Dépenses publiques totales de santé (milliards FBU)	106.752	114.145	132.038	138.661	142.333
Ratio : Dépenses étatiques en santé/dépenses totales (%)	17.6	15.4	15.4	15.4	15.4
5. Dépenses privées de santé					
Ménages					
Dépenses totales des ménages (milliards FBU)	64.27	62.09	59.93	57.10	53.50
Dépenses totales directes de santé des ménages (milliards FBU)	60.4	58.4	56.3	53.7	50.3
Dépenses directes de santé effectuées dans le secteur public (80%)	48.3	46.7	45.1	42.9	40.2
Dépenses de santé par habitant (\$)	5.39	4.89	4.39	3.89	3.39
Dépenses totales des Institutions privées intervenant dans la santé publique (Société d'assurance privée et Entreprises privées hors assurance maladie) en milliard de FBU	0.752	0.791	0.836	0.893	0.949
Dépenses totales de santé du Secteur privé santé à but non lucratif	5.308	5.308	5.308	5.308	5.308
Dépenses privées totales pour la santé publique	54.392	52.790	51.214	49.141	46.491
6. Dépenses des partenaires techniques et financiers (PTF)					
	55%	50%	46%	43%	41%
Dépenses totales des PTF (millions \$)	208.173	201.439	212.895	223.032	233.653
Dépenses des PTF en santé (millions \$)	115.340	100.720	97.932	95.904	95.798
Proportion des dépenses de santé des PTF sur leurs dépenses totales	55%	50%	46%	43%	41%
Dépenses de santé des PTF par habitant (\$)	13.34	11.37	10.80	10.33	10.08
8. Taux de change annuel moyen					
	1379.0	1434.0	1505.7	1581.0	1660.0
Ressources totales pour les dépenses de santé publique en milliards de FBU	320.2	311.4	330.7	339.4	347.9
Dépenses par habitant en \$	26.85	24.52	24.22	23.12	22.04
Part des dépenses assumées par les ménages (%)	15.1	15.0	13.6	12.7	11.6
Ratio : Dépenses de santé publiques sur PIB (%)	25.74	23.82	23.91	22.98	22.18

Annexe 3: Scénario haut du PNDS

S'agissant du scénario haut (voyez le tableau ci-dessous), il est basé sur les paramètres ci-après :

- Taux de croissance du PIB réajusté à la hausse notamment pour les années 2012 et 2013;
- Part du secteur santé par rapport au budget global prévu pour augmenter jusqu'à 15% en 2015 ;
- Suivant les tendances, et en dépit de la gratuité, la contribution des ménages devrait avoir augmentée au moins jusqu'à environ 8 dollars en 2011 (enquête ménage 2010 CORDAID donne plus de 10 dollars). Il est prévu que ce montant reste fixe jusqu'en 2015 du fait des efforts que devrait intensifier le MSPLS en direction des groupes vulnérables dans la lutte contre la pauvreté ;
- Pour ce qui est des partenaires, l'année 2012 du cadrage fait ressortir le retrait des partenaires important du secteur de la santé, ramenant la part des dépenses de santé dans leurs dépenses totales à 50% en 2012 au lieu de 55% l'année précédente (2011). Ce taux est maintenu sur les années suivantes.

Dans cette hypothèse haute, les ressources atteignent 2.052 milliards de FBU soit 328 milliards de marge par rapport au coût du PNDS ; ce dernier paraissant dans ce cas peu ambitieux par rapport aux possibilités du secteur.

Éléments de cadrage macroéconomique					
	2011	2012	2013	2014	2015
1. Données démographiques					
Population totale (en milliers)	8,647	8,855	9,067	9,285	9,507
2. Produit intérieur brut					
PIB national en valeur courante (milliards FBU)	1,243.785	1,318.412	1,410.701	1,506.629	1,600.040
Taux de croissance réel (%)	4.5	6.0	7.0	6.8	6.2
3. Dépenses publiques totales					
Dépenses totales des administrations publiques (milliards FBU)	608.107	743.383	859.912	903.041	926.960
Ratio : Dépenses publiques sur PIB (%)	48.9	56.4	61.0	59.9	57.9
4. Dépenses publiques de santé					
Budget Ministère de la santé et de la lutte contre le VIH/SIDA (milliards de FBU)	73.793	95.561	116.732	129.089	139.044
Pourcentage du budget MSP/Dépenses totales des administrations	12.13	12.85	13.57	14.29	15.00
Dépenses de santé des autres ministères (milliard de FBU)	13.378	16.354	18.918	19.867	20.393
Pourcentage des dépenses de santé des autres ministères par rapport aux dépenses publiques totales	2.20	2.20	2.20	2.20	2.20
Autres fonds publics (INSS, MFP, Entreprises publiques/ paraétatiques) en milliard de FBU	19.581	23.937	27.689	29.078	29.848
Pourcentage des dépenses de santé des autres structures publiques par rapport aux dépenses publiques totales	3.22	3.22	3.22	3.22	3.22
Dépenses publiques totales de santé (milliards FBU)	106.752	135.852	163.339	178.033	189.285
Ratio : Dépenses étatiques en santé/dépenses totales (%)	17.6	18.3	19.0	19.7	20.4
5. Dépenses privées de santé					
Ménages					
Dépenses totales des ménages (milliards FBU)	95.39	101.58	109.22	117.43	126.26
Dépenses totales directes de santé des ménages (milliards FBU)	89.7	95.5	102.7	110.4	118.7
Dépenses directes de santé effectuées dans le secteur public (80%)	71.7	76.4	82.1	88.3	94.9
Dépenses de santé par habitant (\$)	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00
Dépenses totales des Institutions privées intervenant dans la santé publique(Société d'assurance privée et Entreprises privées hors assurance maladie) en milliard de FBU	0.752	0.797	0.853	0.911	0.968
Dépenses totales de santé du Secteur privé santé à but non lucratif	5.308	5.308	5.308	5.308	5.308
Dépenses privées totales pour la santé publique	77.796	82.493	88.293	94.527	101.225
6. Dépenses des partenaires techniques et financiers (PTF)					
Dépenses totales des PTF (millions \$)	208.173	201.439	212.895	223.032	233.653
Dépenses des PTF en santé (millions \$)	115.340	100.720	106.447	111.516	116.827
Proportion des dépenses de santé des PTF sur leurs dépenses totales	55%	50%	50%	50%	50%
Dépenses de santé des PTF par habitant (\$)	13.34	11.37	11.74	12.01	12.29
8. Taux de change annuel moyen					
	1379.0	1434.0	1505.7	1581.0	1660.0
Ressources totales pour les dépenses de santé publique en milliards de ---	343.6	362.8	411.9	448.9	484.4
Dépenses par habitant en \$	28.82	28.57	30.17	30.58	30.69
Part des dépenses assumées par les ménages (%)	20.9	21.1	19.9	19.7	19.6
Ratio : Dépenses de santé publiques sur PIB (%)	27.63	27.52	29.20	29.79	30.28

Tableaux et graphiques

1. Tableau 1 : Synthétique des indicateurs de santé
2. Tableau 2: Répartition du budget par niveau de gestion
3. Tableau 3: Répartition du budget par niveau d'affectation
4. Tableau 4 : Répartition du budget par nature de dépense
5. Tableau 5 : Répartition du budget d'investissement dans le Financement basé sur les performances
6. Tableau 6 : Besoins de financement par axes stratégiques
7. Tableau 7 : Eléments de cadrage macroéconomique et budgétaire du PNDS 2011 – 2015
8. Tableau 8 : Potentialités de financement du PNDS II (scenario moyen – cadrage budgétaire par source en milliard de FBU)