



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



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LA SANTE DE LA
REPRODUCTION, MATERNELLE, NEONATALE,
INFANTILE ET DES ADOLESCENTS**

PSN-SRMNIA: 2019 - 2023

Janvier 2019

Table des matières

PREFACE	III
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	IV
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATION	V
INTRODUCTION	1
CHAP. I : PROFIL DU PAYS	2
1.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE	2
1.1.1 <i>Situation géographique.</i>	2
1.1.2 <i>Situation démographique</i>	3
1.1.3 <i>Situation socio-économique.</i>	3
1.2. ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET SANITAIRE.	4
1.2.1 <i>Organisation administrative.</i>	4
1.2.2 <i>Organisation du système sanitaire.</i>	4
1.3. ORGANISATION DE LA SRMNIA AU BURUNDI.	5
1.3.1 <i>Organisation structurelle et opérationnelle de la SRMNIA</i>	5
1.3.2 <i>Acteurs clés de la SRMNIA.</i>	6
CHAPITRE II : ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE EN MATIERE DE LA SRMNIA	7
2.1 ANALYSE DE LA SITUATION	7
2.1.1 <i>Indicateurs de l'état de santé des femmes, enfants et adolescents</i>	7
2.1.1.1. Indicateurs de mortalité	7
2.1.1.2. Indicateurs de morbidité	9
2.1.1.3. Indicateurs de la santé de la reproduction	13
2.1.2. <i>Disponibilité et accessibilité des services et soins essentiels de qualité en SRMNIA</i>	15
2.1.2.1 Services et soins de santé de la femme	15
2.1.2.2.- Services et soins de santé des enfants	21
2.1.2.3.- Services et soins de santé des enfants de 5 à 10 ans	25
2.1.2.4.- Services et soins de santé des adolescents et des jeunes	26
2.1.2.5.- Communication et la mobilisation sociale	27
2.2. ANALYSE DE LA REPONSE NATIONALE EN MATIERE DE SRMNIA	28
2.2.1. <i>Gestion du programme</i>	28
2.2.1.1. Gouvernance, coordination et partenariat	28
2.2.1.2. Suivi et Evaluation	29
2.2.1.3. Financement de la SRMNIA	30
2.2.1.4. Ressources humaines de santé	30
2.2.1.5. Gestion et approvisionnement des stocks des médicaments et intrants	32
CHAP. III: PROCESSUS D'ELABORATION DU PSN SRMNIA-2019-2023	34
3.1. DEFIS ET PRIORITES DECOULANT DE LA REVUE DU PLAN BIENNAL SRMNIA 2017-2018	34
3.1.1. <i>Les défis à relever</i>	34
3.1.2. <i>Problèmes prioritaires :</i>	36
3.1.3. <i>Actions prioritaires retenues pour la période 2019 – 2023:</i>	36
3.2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PSN-SRMNIA 2019-2023	37
3.2.1 <i>Valeurs et principes directeurs</i>	37
3.2.1.1. Valeurs	37
3.2.1.2. Principes Directeurs	37
3.2.2. <i>Vision, But et objectifs</i>	38
3.2.2.1. Vision	38

3.2.2.2. But	38
3.2.2.3. Objectifs généraux	38
3.2.2.3. Objectifs spécifiques	38
3.2.3. <i>Stratégies d'interventions</i>	40
3.3. CADRE LOGIQUE DU PSN- SRMNIA BURUNDI 2019-2023	42
3.4. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PSN-SRMNIA 2019-2023	64
3.4.1. <i>Approches d'interventions</i>	64
3.4.2. <i>Structures et organes de mise en œuvre</i>	67
3.4.3. <i>Suivi de la mise en œuvre et évaluation</i>	67
3.5. CADRE DE PERFORMANCE DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL SRMNIA BURUNDI 2019-2023	69
IV. BUDGET DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL SRMNIA 2019-2023	76
V. ANNEXES	79
5.1 DOCUMENTS DE REFERENCE	79
5.2. MEMBRES DU COMITE DE PILOTAGE D'ELABORATION DU PSN SRMNIA 2019-2023.	81
5.3. MEMBRES DU COMITE DE TECHNIQUE D'ELABORATION DU PSN SRMNIA 2019-2023	82
5.4 EXPERT ET CONSULTANTS OMS POUR APPUI A L'ELABORATION DU PSN SRMNIA 2019-2023	82
5.5. CHRONOGRAMME DE L'ELABORATION DU PSN SRMNIA 2019-2023.	83

Préface

Le Gouvernement du Burundi s'est doté au mois de décembre 2018 d'un Plan de Développement Sanitaire de troisième génération 2019-2023 (PNDS III 2019-2023) aligné sur le Plan National de Développement 2018-2027 et en cohérence avec la Politique Nationale de Santé 2016-2025. Le PNDS III se veut être le cadre de référence pour toutes les interventions en rapport avec la santé dans notre pays. Cependant sa mise en œuvre effective nécessite qu'il y ait des plans opérationnels sous-sectoriels. C'est dans cette perspective que s'inscrit le plan stratégique Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent (SRMNIA) que le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida vient de se doter.

Le plan stratégique SRMNIA est une émanation du PNDS III dont il constitue une prolongation et est une des modalités de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé 2016-2025 et du PNDS III 2019-2023. A ce titre, il s'aligne au Plan National de Développement 2018-2027 et à la Politique Nationale de Santé 2016-2025. Il s'inspire aussi des cadres de référence globaux sur la santé notamment la Déclaration d'Astana sur les Soins de Santé Primaires durables, les Objectifs de Développement Durable (ODD) et à la Stratégie Mondiale pour la Santé de la Femme, de l'Enfant et de l'Adolescent 2016-2030. En outre, il est en cohérence avec l'ODD-3 visant à "donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges" et l'ODD-2.2 relatif à la malnutrition.

L'élaboration de ce plan dont le but est de contribuer à l'amélioration du bien-être de la population à travers la réduction de la mortalité, des handicaps et invalidités évitables par l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité aux femmes, enfants et adolescents, surtout les plus vulnérables et qui est fondé sur des valeurs de respect de la dignité humaine, d'équité, de développement durable et de redevabilité a fait l'objet d'une approche participative incluant tous les intervenants clés dans la santé maternelle, infantile et de l'adolescent. Ce plan stratégique SRMNIA a quatre objectifs globaux relatifs à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Ces objectifs globaux seront rendus opérationnels à travers sept objectifs spécifiques.

La mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de ce plan stratégique ainsi qu'une coordination de différents intervenants pour une mise en œuvre efficiente de différentes interventions à haut impact qui y sont inscrites restent des défis majeurs pour tous les acteurs de mise en œuvre de ce plan.

Nous exhortons donc tous les intervenants à s'aligner à ce cadre de référence national pour toutes les interventions qui touchent à la santé maternelle, infantile et de l'adolescent dans notre pays. C'est seulement à ce prix que nous allons tirer le meilleur parti des investissements onéreux que le Gouvernement avec ses partenaires mettent dans l'amélioration de la santé maternelle et infantile.

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

Dr NDIKUMANA Thaddée

08-02-2019

Liste des tableaux et des figures

Liste des tableaux

Tableau I : Contribution MN /MI dans mortalité < 5 ans au Burundi entre 2010 et 2017	8
Tableau II : Répartition des RHS du MSPLS selon les catégories professionnelle au Burundi, 2017	31

Liste des figures

Figure 1: Carte géographique du Burundi	2
Figure 2: Causes de Décès maternels dans l'ensemble des FOSA au Burundi 2017	7
Figure 3: Tendance évolutive de la mortalité maternelle au Burundi de 1990 à 2017	7
Figure 4: Tendance évolutive des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Burundi, 2017	8
Figure 5: Pourcentage d'enfants de 6-59 mois dont le résultat au test de parasitémie palustre est positif selon l'examen microscopique, Burundi 2017	11
Figure 6: Evolution des différentes formes de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans au Burundi, 2017	12
Figure 7: Répartition du taux de fécondité selon les tranches d'âges au Burundi 2017	14
Figure 8: Evolution de l'Indice synthétique de fécondité au Burundi, 2017	14
Figure 9: Répartition des FAP ayant eu une naissance vivante récente par rapport à la CPN1 précoce et CPN4 au Burundi, 2017	16
Figure 10 : Répartition des CPN1 précoce par milieu de résidence au Burundi, en 2017	16
Figure 11 : Répartition des principales causes directes de décès maternels au Burundi en 2017	20
Figure 12 : Evolution des mort-nés, de la mortalité néonatale, et des nouveau-nés de moins de 2.5Kg de 2005 à 2017 au Burundi	22

Liste des acronymes, sigles et abréviation

AGEISE	: Analyse des goulots d'étranglements des interventions de survie de l'enfant
ACT	: Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
AME :	: Allaitement maternel exclusif
ANJE	: Alimentation du Nourrisson et du jeune enfant
ARV	: Anti Retro Viral
ASC	: Agent de Santé Communautaire
BDS	: Bureau de District Sanitaire
BPS	: Bureau Provincial de la Santé
CAM :	: Carte d'Assistance Médicale
CAMEBU	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels, des dispositifs médicaux, de produits et matériels de laboratoire du Burundi
CAO	: Cadre d'Accélération des Objectifs du millénaire pour le développement
CDS	: Centre de Santé
CDV	: Conseil et Dépistage Volontaire
CME	: Carnet Mère-Enfant
CNS	: Comptes Nationaux de Santé
CNTS	: Centre Nationale de Transfusion Sanguine
COGES :	: Comité de Gestion
COSA :	: Comité de Santé
CPN	: Consultation prénatale
CPNr	: Consultation prénatale recentrée
CPoN	: Consultation post natale
CPSD	: Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement
CV :	: Charge virale
DGSSLS	: Direction Générale des Services de Santé et de Lutte contre le SIDA
DHIS_2	: District Health Information Software
DM	: Décès Maternel
DMU :	: Dispositif Minimum d'urgence
DS	: District Sanitaire
DTS	: Dépenses totales de la santé
EAC	: l'East African Community
ECD	: Equipe Cadre de District
ECP	: Equipe cadre Provinciale
EDS	: Enquête Démographique et de Santé du Burundi
GCP :	: Groupe de coordination des Partenaires
FAN :	: Foyer d'Apprentissage Nutritionnel
FAP	: Femme en Age de Procréer
FARN :	: Foyer d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle
FBP/PBF	: Financement basé sur la performance
FDR RMMNI	: Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile
FOSA	: Formation Sanitaire
GFF	: Global Financing Facility
hab	: Habitants
HD	: Hôpital de District
HN	: Hôpital National
HP	: Hôpital Provincial

HPV	: Human Papilloma Virus
iCCM	: Integrated Community Case Management/Prise en charge intégrée des maladies des enfants au niveau communautaire
IDH	: Indice de développement humain
IEC	: Information Education Communication
IMC :	: Indice de Masse Corporelle
Inf	: Infirmier
IRA	: Infection respiratoire
ISF	: Indice synthétique de fécondité
IST	: Infections sexuellement transmissible
LNME	: Liste Nationale des Médicaments Essentiels
MAM	: Malnutrition modérée
MAS	: Malnutrition sévère
MCD	: Médecin Chef de District
Méd	: Médecin
MICS	: Multiple Indicator Cluster Surveys
MIILDA	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MIJ :	: Mortalité infanto-juvénile
MNPs	: Micronutriments en poudre
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le SIDA
ND	: Non disponible
NV	: Naissance vivante
OAC	: Organisations à assise Communautaire
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PAA	: Plan annuel d'activités
PAO	: Plan d'action opérationnel
PB-SRMNIA	: Plan biennal-SRMNIA
PCIGA :	: Prise en charge Intégrée de la grossesse et de l'accouchement
PCIMA	: Prise en charge Intégrée de la malnutrition aigue
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCIME-CI	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant, clinique
PCIMNE :	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du nouveau-né et de l'enfant
PCR	: Polymerase Chain Reaction
PEC	: Prise en charge
PETS	: Enquête PETS « Public Expenditure Track Survey »
PEV	: Programme élargi de vaccination
PF	: Planning Familial
PFE	: Pratiques Familiales Essentielles
PIB	: Produit intérieur brut
PIC	: Plan Intégré de Communication
PND :	: Plan National de Développement
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNILMCNT	: Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles

PNILP	: Programme National intégré de lutte contre le paludisme
PNILS-IST	: Programme National intégré de lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles
PNISR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PNS	: Politique Nationale de santé
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PRISM	: Performance Routin Information System Management
PRONIANUT	: Programme National Intégré pour l'Alimentation et la Nutrition
PSN	: Plan Stratégique National
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la transmission Mère-Enfant
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH
RDC	: République Démocratique du Congo
RHS	: Ressources Humaines en Santé
RMM	: Ratio de mortalité maternelle
SARA	: Service Availability and Readiness Assessment/Indice de disponibilité et de capacités opérationnelles des services de santé
SDMR	: Surveillance des décès maternels et riposte
SDMPR :	: Surveillance des décès maternels, périnataux et riposte
SEN	: Soins essentiels du nouveau-né
SF	: Sage-femme
SIDA	: syndrome d'immunodéficience humaine acquise
SIS	: Système d'information Sanitaire
SISR	: Système d'information Sanitaire de Routine
SMART	: Standardized Monitoring Assessment of Relief and Transition
SONE	: Soins obstétricaux et néonataux essentiels
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SP	: Secrétariat Permanent
SPSR	: Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction
SR	: Santé de la reproduction
SRMNIA	: Santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent
SSRAJ	: Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
TARV	: Traitement Antirétroviral ou Thérapie Antirétrovirale VIH
Td2+	: Deuxième dose ou plus de la vaccination contre le tétanos et la diphtérie
TDR	: Termes de références
TDR	: Test de diagnostic rapide du paludisme
TPIg	: Traitement préventif intermittent du paludisme au cours de la grossesse
TRO	: Traitement de Réhydratation Orale
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAD	: Visite à domicile
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
VSBG	: Violences Sexuelles Basées sur le Genre

INTRODUCTION

La Déclaration du Sommet du Millénaire en 2000 invitait tous les pays à réduire de 2/3 les ratios de la mortalité néonatale et infantile et de 3/4 celui de la mortalité maternelle par rapport aux taux de 1990 en 2015, dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4 et 5. Pour coordonner les actions de ses Etats Membres, la région Africaine a adoptée en 2004 à Brazzaville, une Feuille de Route (FDR) pour l'accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale en vue de l'atteinte des OMD 4 et 5, à travers la résolution AF/RC/54/R9 lors de la 54^{ème} session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Les principaux objectifs de cette feuille de route étaient de (i) rendre disponible le personnel de santé qualifié pour assister les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum à tous les niveaux du système des soins, et (ii) de renforcer les capacités des individus, des familles et des communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale.

A l'instar des autres pays, le Burundi a adopté et mise œuvre sa feuille de route dont la revue finale a été réalisée en 2016. Cette revue été suivi par l'élaboration d'un plan biennal 2017-2018 conformément au PNDS 2011-2015 prorogé jusqu'en 2018. Le plan biennal et d'autres documents de politiques, stratégies et plans en rapport avec la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents mises en œuvre au Burundi ont été l'objet d'une revue intégrée en 2018 dans la contexte des objectifs de développement durables et de la stratégie mondiale 2016-2030 pour la santé de la femme, de l'enfant, et de l'adossent. C'est donc à la suite de cette revue intégrée que le présent plan stratégique 2019-2023 pour la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents a été élaboré. Il est aligné sur la politique nationale de santé 2016-2025 et sur le PNDS 2019-2023. Il est aussi en adéquation avec les objectifs de développement durable (ODD) et les orientations de la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030. Outre l'introduction, le plan comporte 3 chapitres portant respectivement sur : (i) le profil pays (ii) l'analyse de la situation et de réponse du Burundi dans le domaine de la SRMNIA, et (iii) le plan proprement dit.

CHAP. I : PROFIL DU PAYS

1.1. Situation géographique, démographique et socio-économique

1.1.1 Situation géographique.

Le Burundi est un pays situé dans la région des Grands Lacs Africains, à cheval entre l'Afrique de l'Est et l'Afrique Centrale, avec une superficie de 27.834 km² incluant la surface des eaux territoriales et n'a pas d'accès à la mer. Membre de l'East African Community (EAC) depuis juillet 2007, le Burundi fait frontière, 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.

Son relief est essentiellement montagneux dominé par de hauts plateaux au centre avec des collines d'une altitude moyenne de 1.520 mètres, alors que 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 à savoir : une petite saison des pluies d'Octobre à Décembre ; une petite saison sèche de Janvier à Février ; une grande saison des pluies de Mars à Mai et une grande saison sèche de Juin à Septembre.

BURUNDI



Figure 1: Carte géographique du Burundi

1.1.2 Situation démographique

La population du Burundi a été estimée en 2017 à 11.495.438¹ habitants avec 49,3% d'hommes et 50,7% de femmes et un taux d'accroissement annuel de 2.4%. Les données démographiques montrent que la population burundaise est relativement jeune avec 65% de personnes de moins de 25 ans et 51,5% de moins de 18 ans, tandis que les personnes âgées de 60 ans et plus ne représentent que 5,4% (EDSB III 2016-2017). Environ 10% de la population du Burundi vit en zone urbaine dont près des 2/3 à Bujumbura mairie, contre 90% vivant en milieu rural et en habitats dispersés.

La densité de la population a fortement augmenté de 283% entre 1961² et 2017, car elle est passée de 110,58 à 423,06 habitants au Km². Avec cette densité et une taille moyenne de 4,8 personnes par ménage, le Burundi est considéré en 2017³ comme un des pays les plus densément peuplés d'Afrique. Cette forte croissance démographique a pour conséquence, une pression de plus en plus forte sur les ressources naturelles limitées, notamment les terres arables et les pâturages ainsi que sur les services de base dont l'éducation, l'alimentation et la santé. L'indice synthétique de fécondité (ISF) très élevé avec 5,5⁴ enfants en moyenne par femme, induit un accroissement rapide de la population et un niveau élevé de la morbi-mortalité maternelle, néonatale et infantile.

1.1.3 Situation socio-économique.

Le Burundi a une économie rurale essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage avec des moyens de production peu modernes. La population dépend à plus de 90 % de l'agriculture, qui fournit 95% de l'offre alimentaire. Selon le rapport du PNUD, le Burundi est classé à la 185^{ème} position sur 189 pays étudiés en 2018⁵ par rapport au PIB estimé à 320 \$USD⁶ par habitant, au moment où l'indice de développement humain (IDH) est de 0,417 et que 67% des Burundais vivent en dessous du seuil de pauvreté.

L'économie burundaise reste fragile avec l'augmentation de l'inflation en 2017 (16,0 contre 5,6% en 2016)⁷. Cependant, le déficit budgétaire en pourcentage du PIB s'est atténué, passant de 5,9% en 2016⁸ à 4,6 % en 2017. Cette situation s'accompagne d'un faible pouvoir économique de la femme, lié à un accès limité au revenu et à la propriété ainsi que par des contraintes culturelles limitant le pouvoir décisionnel des femmes et des filles au niveau familial et communautaire.

Dans le secteur de l'éducation, selon l'EDSBIII 2016-2017, le taux de fréquentation scolaire dans l'enseignement préscolaire, fondamental et post fondamental est respectivement de 7%, 81% et de 30%. La fréquentation universitaire reste très faible, soit 3,2 %. Le taux d'alphabétisation des adultes est estimé à 67.9% chez les femmes de 15 à 49 ans et à 76.2% chez les hommes de même âge. Le ratio garçons/filles au niveau fondamental est désormais égal à 1. Néanmoins, ce secteur est confronté

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

² <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/tend/BDI/fr/EN.POP.DNST.html>

³ *Idem que ci-haut.*

⁴ Selon l'EDSB III 2016-2017

⁵ <https://www.populationdata.net/pays/burundi/>

⁶ <https://www.populationdata.net/pays/burundi/>

⁷ Source : Les données sur l'Inflation (ISTEERU) ; BRB, *Bulletin Mensuel*, décembre 2017.

⁸ Source : BRB, *Bulletin Mensuel*, Décembre 2017

à certains défis tels que des effectifs nombreux, manque d'enseignants qualifiés, grossesses non désirées chez les jeunes filles⁹.

1.2. Organisation administrative et sanitaire.

1.2.1 Organisation administrative.

Le Burundi est caractérisé par une administration décentralisée du sommet à la base. Il est subdivisé en 18 provinces, 119 communes, 333 zones, 2.956 collines de recensement et 104 quartiers dans la Mairie de Bujumbura. Chaque colline de recensement et chaque quartier de la Mairie de Bujumbura est placé sous l'autorité d'un chef collinaire ou chef de quartier élu et assisté par quatre élus et les chefs de 10 ménages.

1.2.2 Organisation du système sanitaire.

L'**organisation structurelle** du système de santé est pyramidale avec 3 niveaux reliés entre eux par des relations de fonctionnement hiérarchiques :

- **Le niveau central** : est constitué du Cabinet du MSPLS, du Secrétariat Permanent, du Secrétariat Exécutif Permanent du conseil National de Lutte contre le SIDA, de l'Inspection Générale de la santé, de 3 Directions Générales (Services de Santé et de Lutte contre le SIDA, Ressources et Planification), 3 Directions Générales à gestion personnalisées ainsi que les Programmes, Projets et services centraux de santé. C'est le niveau stratégique qui assure l'élaboration des politiques et les stratégies de santé, la planification, la mobilisation des ressources, la gestion, le suivi et l'évaluation des performances, la réglementation et la coordination du secteur de la santé.
- **Le niveau intermédiaire** représente un niveau déconcentré du Ministère. Il comprend 18 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) qui ont pour mission de veiller à la mise en œuvre de la politique sanitaire dans la province à travers la coordination et l'appui administratifs, techniques et logistiques aux districts. Un BPS couvre en moyenne 3 Districts Sanitaires et est dirigé par un Médecin Directeur de la Province Sanitaire qui joue le rôle de conseiller technique en santé à l'administration provinciale et sert de relais entre le niveau central et le niveau périphérique.
- **Le niveau périphérique**, représenté par le district sanitaire qui est l'entité opérationnelle de base du système de santé couvrant en moyenne 2 à 3 communes et une population de 150.000 à 250.000 habitants. Le pays compte 46 districts sanitaires (DS) constitués chacun d'une base administrative, d'un hôpital de district, et d'un réseau de 10 à 15 centres de santé (CDS). Le DS coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités des programmes de santé dans les formations sanitaires (FOSA). Chaque DS est dirigé par une équipe cadre de district (ECD) sous la conduite d'un médecin chef de district (MCD). Chaque FOSA dispose d'un comité de santé (COSA) et d'un comité de gestion (COGES) qui servent d'interface entre la FOSA et la communauté à la base.

Sur le **plan opérationnel**, les prestations de soins dans le système sanitaire burundais sont organisées de façon hiérarchisée selon les niveaux suivants: i) niveau de base communautaire ii) centre de santé, iii) 1^{ère} référence: hôpital de district, iv) 2^{ème} référence: hôpital régional et v) 3^{ème} référence : hôpital national.

⁹ Etude sur les grossesses en milieu scolaire, Novembre 2013, Ministère de la Santé Publique en appui avec l'UNFPA

- Le niveau communautaire participe à l'organisation et à la gestion des FOSA à travers les COGES et les COSA par le biais des ASC formés. Ce niveau est impliqué principalement dans la plupart des prestations préventives et promotionnelles au tour d'un centre de santé, CDS. Le centre de santé offre un paquet minimum d'activité (PMA) d'activités de soins de santé.
- Le document des normes sanitaires publié en 2012 indique que 80% des ménages vivent à moins de 5 km et de 2 heures de marche d'un CDS¹⁰.
- Les hôpitaux sont organisés en trois niveaux de référence et les soins sont hiérarchisés suivant le niveau de complication des cas. L'hôpital de district (HD) qui est le 1^{er} niveau de référence des patients en provenance des CDS offre un paquet complémentaire d'activités, PCA. Le pays compte 46 DS dont 39 disposent d'HD. Les hôpitaux régionaux (HR) sont au nombre de 3 situés à Ngozi, Gitega et Bururi. Ils constituent la 2^{ème} référence et reçoivent des patients référés des HD et leur offrent des soins spécialisés en plus du PCA. Les hôpitaux nationaux (HN) au nombre de 5, représentent le niveau de 3^{ème} référence qui est le sommet du réseau de soins au Burundi et se trouvent tous dans la mairie de Bujumbura, ce qui pose un problème d'équité.

1.3. Organisation de la SRMNIA au Burundi.

1.3.1 Organisation structurelle et opérationnelle de la SRMNIA

➤ Sur le plan structurel:

La SRMNIA est organisée en trois niveaux de la structure pyramidale du système de santé à travers différents départements, programmes et projets (DODS, DPSHA, PNSR, PNILP, PNLS/IST, PRONIANUT, PEV, PNILMCNT, PNILMTN, PCIME etc.) du MSPLS.

- ✓ **Au niveau central**, la DGSSLS organise et coordonne, à travers les Projets et Programmes de santé, la mise en œuvre de la politique nationale et des stratégies en matière de SRMNIA et l'application de ses normes et directives ainsi que le suivi et l'évaluation.
- ✓ **Au niveau intermédiaire**, les bureaux provinciaux de santé assurent la supervision des activités SRMNIA au niveau des districts sanitaires.
- ✓ **Au niveau périphérique**, les Bureaux de Districts Sanitaires, organisent la mise en œuvre et le suivi de la SRMNIA dans les FOSA et la communauté.

➤ Sur le plan opérationnel:

La prise en charge (PEC) de la SRMNIA se fait suivant les 3 niveaux du système de santé.

- Au niveau communautaire, en plus de la sensibilisation, mobilisation et accompagnement en faveur de la SRMNIA, les ASC ont bénéficié des formations leur permettant de dispenser à la population, certaines prestations et de distribuer quelques produits médicamenteux dont des contraceptifs oraux et les préservatifs.
- Au niveau des centres de santé, des soins et services SRMNIA sont offerts généralement en ambulatoire pour les consultations curatives, préventives et promotionnels. Il s'agit essentiellement de la PF, CPN, CPoN, de la vaccination, ainsi que des consultations des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants. Les accouchements eutociques et quelques pathologies simples sont pris en charge en observation de deux à quelques jours. L'offre de services et soins conviviaux et adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes est organisée au niveau des centres pour jeunes et quelques établissements scolaires, membres des réseaux sociocommunautaires de

¹⁰Normes sanitaire de 2012

promotion de la SSRAJ en général et à travers les quelques 189 CDS¹¹ amis de jeunes et les 7 cliniques SR de l'ABUBEF en particulier. Dans le cadre du maintien du statut d'élimination du tétanos maternel et néonatal, le pays prévoit l'introduction de la 5^{ème} dose de Td chez les enfants de 6 à 7 ans (garçons et filles) et la 6^{ème} dose du vaccin contre le tétanos et la diphtérie pour tous les enfants de 9 à 13 ans (garçons et filles). Pour contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au cancer du col de l'utérus, le Burundi va mettre à l'échelle le vaccin contre le cancer du col de l'utérus dû au HPV chez les jeunes filles de 9 à 13 ans.

- Au niveau des hôpitaux, l'essentiel des services et soins SRMNIA est dispensé en hospitalisation au sein de l'HD, HP ou HN selon le degré de complication. Ces soins sont offerts dans les départements de gynéco-obstétrique et de pédiatrie dotés parfois d'unité de réanimation bébé, de couveuse et d'autres services connexes.

1.3.2 Acteurs clés de la SRMNIA.

Le principal acteur de l'organisation de la SRMNIA est le Gouvernement burundais qui offre un environnement et un cadre administratif légal pour la coopération et le partenariat bi et multilatéral, dans la mise en œuvre efficiente de la SRMNIA dans tout le pays. De manière structurelle, les acteurs-clés de la SRMNIA peuvent être répartis en trois catégories :

1. Le Gouvernement essentiellement représenté par le MSPLS qui joue un rôle essentiel dans la définition de la politique générale, l'élaboration des outils normatifs et stratégiques, la régulation de la mise en œuvre des interventions, la mobilisation des ressources financières et logistiques, le suivi de la mise en œuvre des activités au niveau opérationnel ainsi que la coordination des partenaires. Certains Ministères, du fait de leurs attributions d'encadrement, de formation et de recherche ou de prise en charge des problèmes des femmes, des adolescents et des jeunes, sont des partenaires de la SRMNIA. Il s'agit entre autres des Ministères en charge de l'Education/Enseignement, de la jeunesse, de l'intérieur, de la justice, de la sécurité publique, des Droits Humains et du Genre, de l'eau, de l'agriculture et de l'environnement, etc.
2. Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) à travers la coopération bi et multilatérale, le partenariat avec le secteur privé, confessionnel et des ONG nationales et internationales. Les PTF apportent un appui diversifié selon leurs domaines de compétence dans la SRMNIA. Au niveau de la coopération multilatérale on a principalement, les agences du système des Nations Unies (l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, l'ONUSIDA, le PAM), la Banque Mondiale, le Fonds Mondial, GAVI et l'Union Européenne. Sur le compte des bilatéraux il s'agit essentiellement de : l'USAID, les Pays-Bas, l'Allemagne, la Belgique, le Japon, la France, l'Italie, la Suisse, ainsi que diverses ONG internationales. Au niveau national, il s'agit de plusieurs ONG nationales dont l'ABUBEF, NTURENGAHO, Centre Seruka, associations professionnelles des gynécologues-obstétriciens, des pédiatres, et des sages-femmes, des Institutions de recherche et de formation. Il faut noter aussi que des structures sanitaires du secteur privé et confessionnel participent à la SRMNIA au Burundi.
3. La communauté, regroupée ou non au sein des OAC ou des collectivités locales. En plus des interventions promotionnelles, les agents de santé communautaire, œuvrant dans toutes les collines du Burundi, ont reçu des formations leur permettant d'offrir certaines prestations en rapport avec la SRMNIA telles que la distribution à base communautaire des contraceptifs oraux, des préservatifs et autres intrants et produits médicamenteux ainsi que la prise en charge de certaines maladies de l'enfant comme le paludisme simple, la diarrhée, la pneumonie et la malnutrition.

¹¹ Données des routines du PNSR, 2018

CHAPITRE II : ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE EN MATIERE DE LA SRMNIA

La revue du plan biennal SRMNIA 2017-2018, organisée de septembre à décembre 2018 a permis d'obtenir la situation de base dans le domaine. Elle avait pour objectifs : (i) d'évaluer les progrès de la mise en œuvre du plan biennal SRMNIA 2017-2018, et (ii) d'identifier les gaps programmatiques et les priorités stratégiques des programmes de SRMNIA. Ces priorités devraient être en cohérence avec les ODD en particulier l'ODD-3 (donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges), et la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030.

2.1 Analyse de la situation

Le profil épidémiologique en rapport avec la SRMNIA est déterminé par les indicateurs de mortalité, de morbidité, ainsi que ceux liés à la Santé de la Reproduction. Ces indicateurs mettent en évidence l'état préoccupant de la santé de la population en général, et des populations ciblées en particulier.

2.1.1 Indicateurs de l'état de santé des femmes, enfants et adolescents

2.1.1.1. Indicateurs de mortalité

Atteindre la cible 3 des ODD signifierait réduire, à l'horizon 2030, le taux de mortalité néonatale et infanto-juvénile respectivement à moins de 12 et 25 décès pour 1000 naissances vivantes (NV), et le taux de mortalité maternelle à moins de 140 décès pour 100 000 NV, ce qui semble laborieux pour le Burundi. Cependant, ces chiffres doivent inciter davantage les programmes impliqués à renforcer les actions et l'engagement de la part du Gouvernement et ses partenaires à améliorer la santé des mères et des enfants en veillant à l'équité sociale et géographique.

2.1.1.1.1- Mortalité maternelle

Malgré ses valeurs supérieures à la barre de 1000 décès pour 100 000 NV vers les années 1990, le ratio de mortalité maternelle (RMM) au Burundi présente une tendance à la baisse. Comme illustré dans le graphique n°1, il est passé de 500 décès pour 100.000 NV en 2010¹² à 334 en 2016-2017¹³.

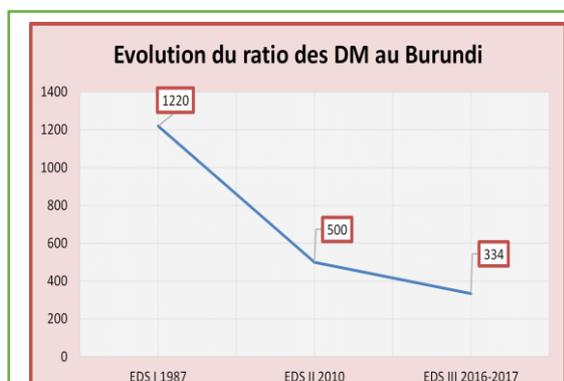


Figure 2: Tendence évolutive de la mortalité maternelle au Burundi de 1990 à 2017, source : EDSBIII 2016-2017

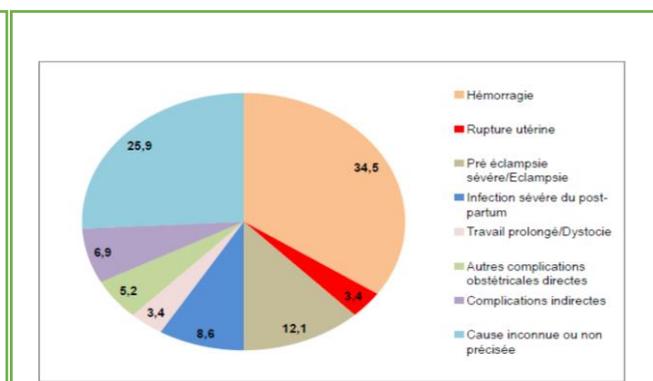


Figure 3: Causes de Décès maternels dans l'ensemble des FOSA au Burundi 2017 ; Source Bilan PNSR 2017

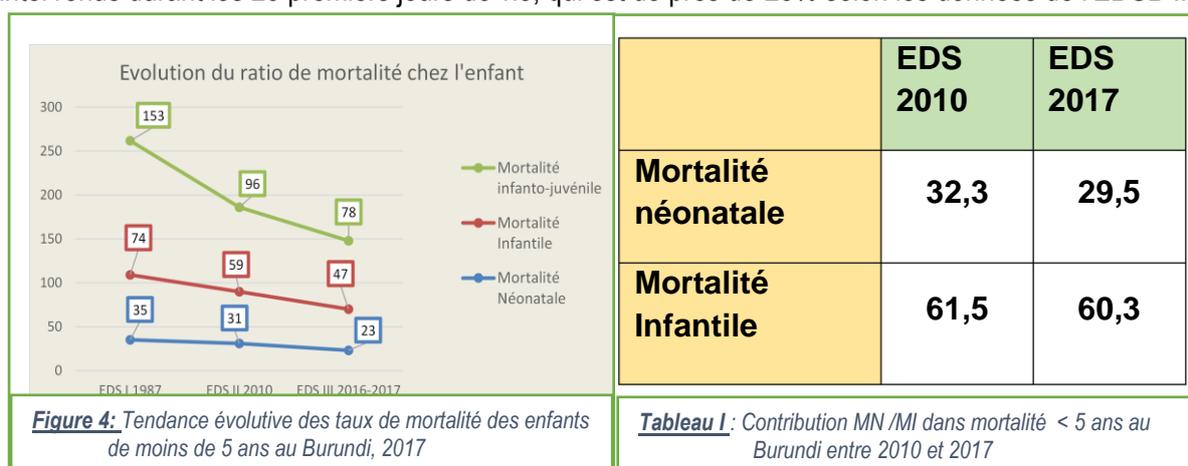
¹² MSPLS, EDSBB-II 2010

¹³ MSPLS, EDSBB-III 2016-2017

Bien qu'on observe une nette régression du RMM, ce dernier reste encore très élevé. Il ne permet pas l'atteinte, à la même allure, de la cible attendue par les ODD-3.1 estimée à 140 décès pour 100.000 NV d'ici 2030. La mortalité maternelle est fortement influencée par celle des mères adolescentes liées particulièrement aux complications des grossesses précoces et non désirées. Le dernier rapport SDMR de 2017 indique que plus de la moitié des décès maternels (52.5%) surviennent en post-partum immédiat tandis que 17.8% des décès maternels surviennent durant la grossesse. Selon l'enquête monitoring SONU de 2017, l'hémorragie reste la cause la plus fréquente (34%) de DM dans les FOSA, suivie de pré-éclampsie sévère/éclampsie 12,1% et de l'infection sévère du post partum 8,6%.

2.1.1.1.2.- Mortalité des enfants

Au Burundi, le risque de décéder entre la naissance et le 28^{ème} jour de vie est de 23‰¹⁴. Le quotient de mortalité infantile est estimé à 47‰. Cela veut dire qu'environ 1 enfant sur 20 meurt avant d'atteindre son premier anniversaire. Globalement, le risque de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 78‰. Ainsi, plus d'un enfant né vivant sur treize meurt avant l'âge de 5 ans¹⁵. L'EDSBB-III 2016-2017 révèle que la tendance de décès d'enfants de moins de 5 ans n'a jamais été aussi basse. Estimé en 1987 à 74‰, le quotient de mortalité infantile est passé de 59‰ en 2010 et à 47 ‰ en 2016. Il faut cependant relever la proportion élevée des décès d'enfants de moins de 5 ans intervenus durant les 28 premiers jours de vie, qui est de près de 25% selon les données de l'EDSB III.



Bien que l'EDSBB-III ait constaté que le quotient de mortalité néonatale varie en défaveur du milieu urbain, soit de 30‰ en milieu urbain contre 22‰ en milieu rural, on notera de manière globale que la probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (79‰ en milieu rural contre 64‰ en milieu urbain). Les enfants dont la mère était adolescente (moins de 20 ans) à leur naissance couraient un risque plus élevé de décéder avant d'atteindre leur 5^{ème} anniversaire que ceux dont la mère était âgée de 20-29 ans (96‰ contre 78‰). Il faut en plus noter que le quotient de mortalité infanto-juvénile diminue de moitié selon que le niveau d'instruction augmente. Il est pratiquement de 92‰ chez les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction contre 47‰ chez ceux dont la mère a le niveau secondaire ou supérieur.

¹⁴ MSPLS, EDSBB-III 2016-2017

¹⁵ MSPLS, EDSBB-III 2016-2017

2.1.1.2. Indicateurs de morbidité

2.1.1.2.1 Morbidité de la femme en âge de procréer

Chez la femme en âge de procréer (FAP), la morbidité est dominée par les maladies infectieuses et transmissibles, particulièrement le paludisme et les IST y compris le VIH/SIDA.

❖ Le paludisme

Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans constituent, les populations les plus vulnérables au paludisme. Selon l'EDSB III 2016-2017, seulement 13% des femmes enceintes ont bénéficié du TPIg (traitement préventif intermittent du paludisme) pendant la grossesse de leur dernière naissance vivante, 44% des femmes enceintes ont dormi sous une MII la nuit avant l'interview. L'utilisation des MIILDA par les femmes enceintes est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (61% contre 42%). L'infection palustre durant la grossesse est un problème majeur de santé publique au Burundi avec des risques importants pour la mère, le fœtus et le nouveau-né.

❖ Le VIH/SIDA

Selon l'EDSBB-III, 2016-2017, le VIH se féminise et s'urbanise. Les derniers chiffres de cette enquête montrent que 1,2% des femmes de 15-49 ans sont séropositives au VIH contre 0,6% des hommes de la même tranche d'âge. Cette prévalence est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (2,5% contre 0,7%). Il faut en plus noter qu'elle est beaucoup plus élevée parmi les femmes en rupture d'union, en particulier les veuves (8,2%) que parmi les célibataires (0,5%) et celles en union (0,9%). Parmi les femmes de 15-49 ans, 71 % savent que le VIH peut être transmis par les trois voies. Pour la transmission de la mère à l'enfant, l'accouchement est la voie de transmission la plus connue (88 % contre 81 % pendant la grossesse). En outre, 85 % d'entre elles savent que le risque de transmission peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux (ARV) par la mère. Vingt-neuf seulement des femmes connaissent leur statut sérologique récent.

❖ Infections sexuellement transmissibles

Comme pour l'infection à VIH, les IST sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Au Burundi, 11% des femmes contre 6% d'hommes de 15-49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu une IST et/ou des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois¹⁶.

❖ L'anémie

Selon les données des EDSB entre 2010 et 2017, l'anémie est fréquemment retrouvée chez la FAP. La prévalence de l'anémie chez les femmes de 15 à 49 ans a augmenté passant de 19% à 39%. Elle est plus élevée en milieu rural (42%) qu'en milieu urbain (22%). Dans les provinces, elle varie d'un maximum de 60% pour Kirundo à un minimum de 20% pour Bururi.

❖ Les cancers gynécologiques :

Les cas des cancers gynécologiques sont présents. Selon le rapport de dépistage du cancer cervical effectué dans le DS de Kayanza en Janvier 2017, sur un total de 382 femmes examinées, 8 ont eu des résultats positifs (lésions précancéreuses ou les cancers du col confirmé) soit 2% des femmes examinées.

❖ Les fistules obstétricales :

Au plan national, la prévalence des fistules obstétricales parmi les femmes ayant accouché au moins une fois, est d'environ 2 pour mille accouchements (1,8‰)¹⁷. Ces cas se concentrent essentiellement dans les régions du Nord et du Centre-Est. Les autres régions ne comptent que peu de cas.

¹⁶ EDSBB-III 2016-2017

¹⁷ MSPLS – CEFOPRE- UNFPA-BURUNDI, enquête nationale d'estimation de la prévalence des fistules obstétricales, Novembre 2013

❖ **La malnutrition chez la FAP**

La morbidité chez les FAP s'installe, le plus souvent, sur un terrain de malnutrition : de carences nutritionnelles et/ou de surcharge pondérale/obésité. Selon l'EDSB III 2016-2017, près d'une femme sur cinq est maigre (19 %) et 6% sont atteintes de maigreur modérée et sévère. À l'opposé, 6 % des femmes présentent une surcharge pondérale et 2 % sont obèses. Par rapport à l'enquête de 2010, on constate une légère augmentation de la maigreur chez les femmes en âge de procréer. En effet, le pourcentage de femmes dont l'IMC est inférieur à 18,5 et qui présentent donc un état de déficience énergétique chronique est passé de 16 % à 19 % entre 2010 et 2016.

2.1.1.2.2- Morbidité chez l'enfant

Sur un fond de malnutrition chronique trop élevée, la morbidité chez l'enfant de moins de 5 ans est principalement dominée par les trois maladies courantes de l'enfant : le paludisme, la pneumonie ainsi que les maladies diarrhéiques. A cela, il faut ajouter l'infection à VIH sida et les anémies.

❖ **Le paludisme et la fièvre chez l'enfant de moins de 5 ans**

Selon les données de l'EDSB III, 40 % d'enfants de moins de 5 ans avaient eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'enquête. Des conseils ou un traitement ont été recherchés pour 70 % de ces enfants malades et dans la majorité des cas, cette démarche a été effectuée rapidement après la survenue de la fièvre (52 %) ¹⁸. Selon l'enquête de disponibilité et accessibilité de juin 2015, 68% des cas de fièvre qui se présentent en consultation dans les CDS visités, présentent un test positif de paludisme ¹⁹. Selon le même rapport, en moyenne, le paludisme constitue 34% de motif de consultation dans les CDS. Selon l'annuaire statistique 2017, le paludisme constitue 45.4% des motifs de consultations générales enregistrées dans les FOSA en 2017 avec un taux de 50,5% chez les enfants de moins de cinq ans. Il est responsable de 59% de décès hospitaliers. Les cas des enfants de moins de 5 ans avec paludisme simple constituent 47% de tous les cas de paludisme simple ²⁰. La prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans a augmenté depuis 2012. Selon les résultats du TDR, elle était estimée à 22% en 2012 (EIPB) contre 38% en 2017 (EDSBB III). Cette prévalence varie de manière importante entre les provinces. C'est la province de Kirundo qui enregistre la prévalence la plus élevée : 79%. À l'opposé, c'est à Bujumbura Mairie que la prévalence est la plus faible, 4%.

¹⁸ EDSBB-III 2016-2017

¹⁹ MSPLS, PNILP, rapport d'enquête sur la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des intrants de lutte contre le paludisme ainsi que la qualité de prise en charge du paludisme dans des structures sanitaires sélectionnées, 8 au 16 juin 2015

²⁰ Idem

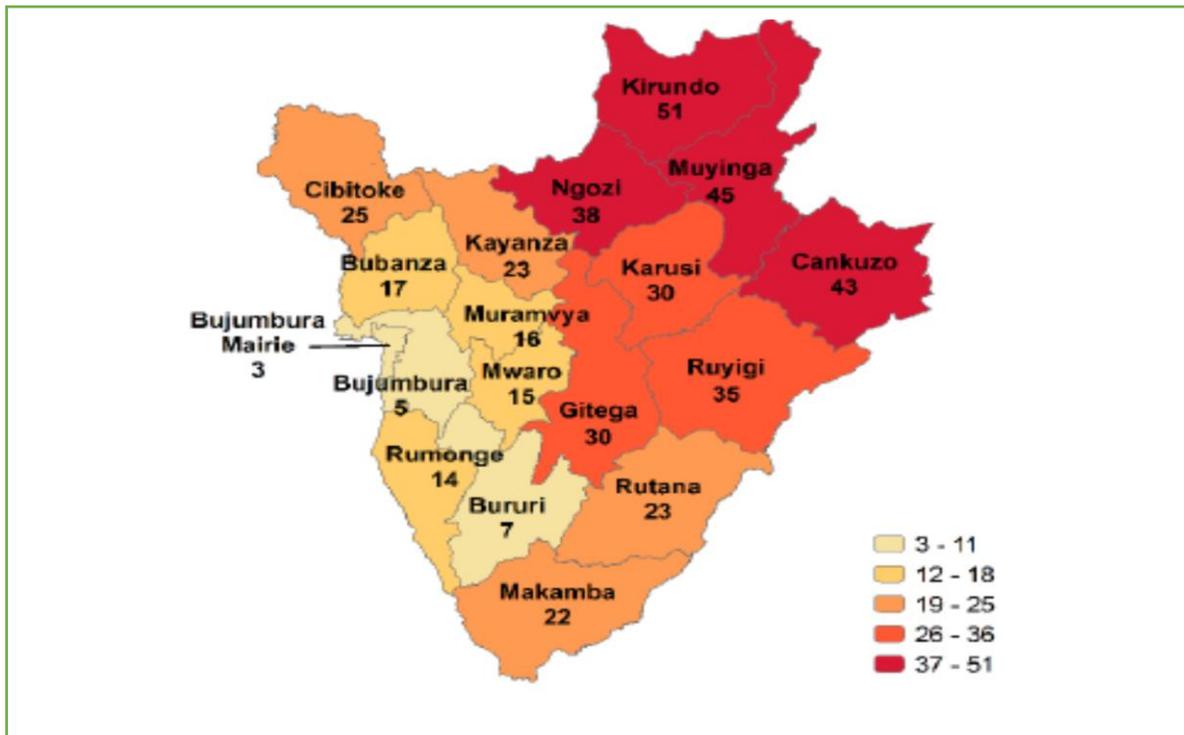


Figure 5: Pourcentage d'enfants de 6-59 mois dont le résultat au test de parasitémie palustre est positif selon l'examen microscopique, Burundi 2017

Source : EDSBB-III 2016-2017

❖ L'anémie chez l'enfant de moins de 5 ans

Globalement, 61% des enfants âgés de 6 à 59 mois sont anémiques. Dans un quart des cas (25%), les enfants sont atteints d'anémie légère, dans un tiers des cas (33%), il s'agit d'anémie modérée et 4% souffrent d'une anémie sévère²¹. En comparaison avec les résultats de l'EDSBB-II 2010, cette prévalence a augmentée passant de 45% à 61%.

❖ Les maladies diarrhéiques chez l'enfant de moins de 5 ans

Selon le rapport du PEV sur les performances en matière de vaccination pour la période de Janvier à Décembre 2017, 136.701 cas de diarrhées ont été enregistrées parmi lesquels un peu moins de $\frac{3}{4}$ (98.382 cas) étaient des enfants de moins de 5 ans soit 72%²². Au Burundi, près d'un quart d'enfants de moins de 5 ans (23%) ont eu, au moins, un épisode de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Parmi ces enfants, environ six sur dix (59%) ont été conduits dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé pour y recevoir des conseils ou un traitement²³. On remarque sur terrain qu'il est plus fréquent de rechercher un traitement ou des conseils en milieu urbain qu'en milieu rural (64% contre 59%). Concernant les pratiques alimentaires appropriées suivies pendant la diarrhée de l'enfant, il est à relever que 46% des enfants ayant eu la diarrhée ont reçu la même quantité de liquides qu'en temps normal et que, dans 18% des cas, les quantités ont été réduites. Enfin, 7 % des enfants n'ont pas reçu de liquides. Dans 53 % des cas, une TRO a été

²¹ EDSBB-III 2016-2017

²² MSPLS, PEV, rapport PEV sur les performances en matière de vaccination pour la période de Janvier à Décembre 2017 communiqué à l'OMS/UNICEF

²³ EDSBB-III 2016-2017

administrée ou on a augmenté la quantité de liquides. En outre, 15 % des enfants ayant eu la diarrhée ont reçu du zinc. Cependant, 27 % des enfants ayant eu la diarrhée n'ont pas été traités²⁴.

❖ Les infections respiratoires aiguës chez l'enfant de moins de 5 ans

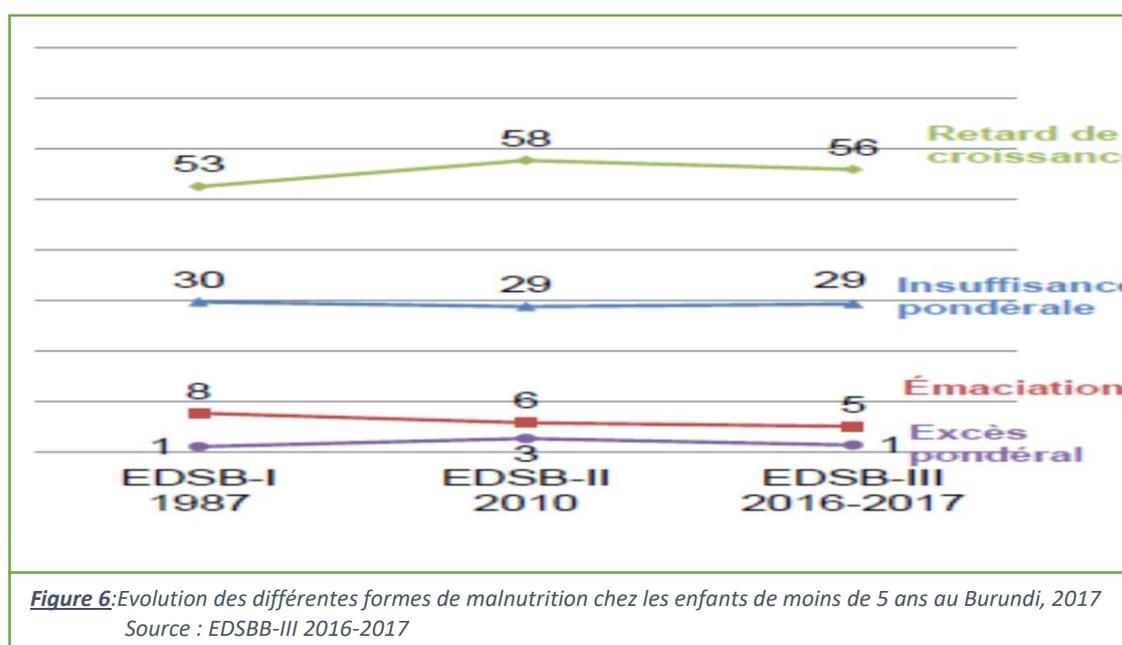
L'EDSBB III indique que parmi les enfants de moins de 5 ans, 7 % avaient présenté des symptômes d'IRA au cours des deux semaines ayant précédé l'interview. Les conseils ou le traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé ont été recherchés dans 62 % des cas et pour 42 % des enfants malades, la recherche de traitement ou de conseils s'est faite le même jour ou le jour suivant. La proportion d'enfants ayant présenté des symptômes d'IRA varie de 9 % dans les ménages du quintile le plus bas à 5 % dans ceux du quintile le plus élevé²⁵.

❖ L'infection à VIH/SIDA chez l'enfant de moins de 5 ans

La prévalence du VIH (0.9% selon l'EDSBB III 2016-2017) au sein de la population générale burundaise (personnes âgées de 15 à 49 ans) et particulièrement des enfants de moins de 5 ans est relativement faible. Selon cette enquête, 0,1 % d'enfants de 24-59 mois et moins de 0,1 % enfants de 6-23 mois ont été testés positifs au VIH. Cette tendance à la diminution de nouvelles infections a été confirmée également par les estimations du Spectrum 2018 qui montrent une réduction des nouvelles infections à VIH de 917 (2014) à 684 (2017) parmi les enfants.

❖ La malnutrition chez l'enfant de moins de 5 ans

Entre 1987 et 2017, on ne constate pas de changement important dans l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans. Si, pour l'émaciation on constate une légère régression de la prévalence, son niveau étant passé de 8 % en 1987 à 5 % en 2017 ; la prévalence de retard de croissance est restée quasiment stationnaire, passant à 58 % en 2010 et à 56 % en 2017. La prévalence de l'insuffisance pondérale quant à elle n'a bougé que d'un point, passant de 30% en 1987 à 29% en 2017. La figure ci-dessous illustre cette situation:



²⁴ Idem

²⁵ Idem

❖ Les carences en micronutriments

Les carences en vitamines et en minéraux les plus fréquemment rencontrées au Burundi sont celles en fer, acide folique, vitamine A, iode et zinc. Le groupe vulnérable comprend, les enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et les femmes allaitantes, présentant une ou plusieurs carences en micronutriments sont à risque élevé d'infection, de morbidité et de mortalité.

La carence en Fer est manifeste et caractérisée par l'anémie telle que décrit ci-dessus. Aucune donnée fiable ne permet de déterminer la prévalence de la carence en acide folique. Le Burundi ne dispose pas à ce jour des données actualisées sur la carence en Vit A. Cependant, selon l'enquête nationale de nutrition de la population de 2005, le taux de cécité crépusculaire était de 1,3% chez les enfants d'âge préscolaire. La prévalence de la carence en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire est de 28% alors que le seuil limite est de 15%. Selon les résultats de EDSBBIII (2016-2017) le pourcentage de ménages disposant de sel iodé a légèrement augmenté, passant de 96 % à 99 % entre 2010 et 2017. Quant aux résultats de l'enquête nationale sur la prévalence des troubles dus à la carence en iode chez les femmes en âge de procréer réalisée en février 2018 par le PRONIANUT, le pourcentage de ménages disposant de sel iodé est de 93,8%. Selon cette même enquête, 77,6% des femmes enceintes avaient une concentration déficitaire d'iode dans les urines, La carence en zinc est classée comme un facteur de risque majeur dans les maladies causant en particulier la diarrhée et les infections respiratoires aiguës.

❖ Maladies évitables par la vaccination

Selon le rapport conjoint sur la vaccination 2017 (Joint Reporting Form JRF)²⁶ 2017, des cas des maladies évitables par la vaccination ont été renseignés par les districts sanitaires et diffusés : 5495 cas de tuberculose pulmonaire dont 11 chez l'enfant de moins de 5 ans. Sur les 170 cas de rougeole notifiés en 2017, 18 ont été confirmés et sur les 163 cas de rubéole notifiées par les FOSA, 25 se sont avérés positifs.

Le rapport JRF²⁷ 2017, des cas des maladies évitables par la vaccination ont été renseignés par les districts sanitaires et diffusés : (i) 1911 cas de méningite tuberculeuse ont été notifiées parmi lesquels 125 cas d'enfants de moins de 5 ans, (ii) 5495 cas de tuberculose pulmonaire dont 11 chez l'enfant de moins de 5 ans. Sur les 170 cas de rougeole notifiés en 2017, 18 ont été confirmés et sur les 163 cas de rubéole notifiées par les FOSA, 25 se sont avérés positifs.

2.1.1.3. Indicateurs de la santé de la reproduction

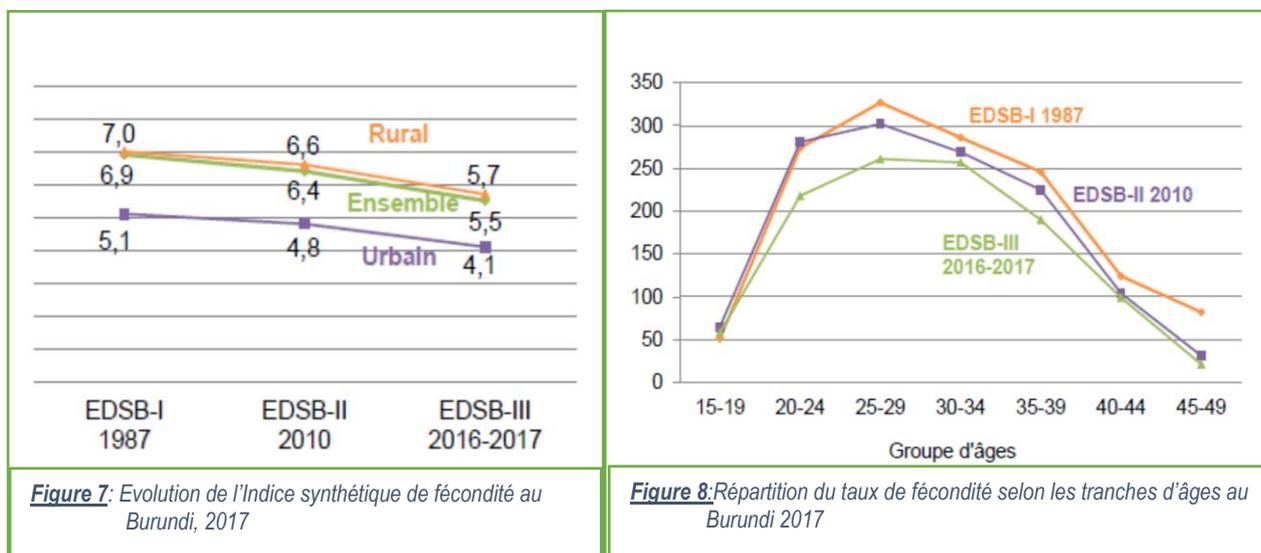
Au Burundi, l'indice synthétique de fécondité est de 5,5 enfants par femme²⁸. Ce nombre moyen d'enfants par femme varie de 4,1 en milieu urbain à 5,7 en milieu rural. Le nombre d'enfants par femme dépend de plusieurs facteurs notamment ; l'âge auquel elle commence à avoir des enfants, l'intervalle entre les naissances et son aptitude à la reproduction. Le report de la première naissance et l'allongement de l'intervalle inter génésique ont joué un rôle important dans la réduction des niveaux de fécondité dans de nombreux pays. Le taux global de fécondité générale s'établit à 180‰ et il varie de

²⁶ Joint Reporting Form, Rapport conjoint sur la vaccination 2017

²⁷ Joint Reporting Form, Rapport conjoint sur la vaccination 2017

²⁸ EDSBB-III 2016-2017

131‰ en milieu urbain à 188‰ en milieu rural. Tel que révèle les figures ci-dessous, l'Indice synthétique de fécondité (ISF) a diminué dans le temps, passant de 6,9 enfants en 1987 à 6,4 enfants en 2010 et à 5,5 enfants en 2016-2017, soit une diminution de 1,4 enfants par femme durant une période de 30 ans. Les taux de fécondité les plus élevés se trouvent dans la tranche d'âge de 20 à 30 ans.



Source : EDSBB-III 2016-2017

Au Burundi, l'âge médian des femmes de 25-49 ans à la première naissance est de 21,5 ans. Avant d'atteindre 18 ans exacts, 14 % avaient déjà eu leur première naissance²⁹.

❖ La fécondité des adolescentes

Au Burundi, la proportion de femmes de 15-19 ans ayant commencé leur vie procréative augmente avec l'âge, variant de moins de 1 % à l'âge de 15 ans à 29 % à l'âge de 19 ans. Globalement, 8% des femmes âgées de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie procréative : 6 % ont déjà eu, au moins, une naissance vivante et 2 % sont enceintes de leur premier enfant. Cette proportion augmente très sensiblement avec le niveau d'instruction (19 % pour celles n'ayant aucun niveau d'instruction à 4 % parmi celles ayant le niveau secondaire ou plus). Elle est d'environ 8 fois plus élevée dans la province de Ngozi que dans la province de Mwaro (15 % contre 2 %)³⁰.

Concernant les rapports sexuels et comportements en matière de santé reproductive avant l'âge de 15 ans, 3% des adolescentes et 9 % des adolescents ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans mais seulement 0,2 % des femmes et aucun homme n'était en union à l'âge de 15 ans³¹.

❖ Grossesse précoce

La proportion d'adolescentes ayant déjà donné naissance avant l'âge de 15 ans est faible, estimée à 0,4% en 2016³². Dans une étude menée chez les adolescentes de 2009 à 2012, les Directions provinciales de l'enseignement ont rapporté 4687 cas de grossesses³³ avec une augmentation annuelle

²⁹ Idem

³⁰ EDSBB-III 2016-2017

³¹ Idem

³² EDSBB-III 2016-2017

³³ Etude sur les grossesses en milieu scolaire au Burundi, juillet 2013. UNFPA

de 50%. L'âge au moment de la grossesse pour la majorité des filles se situait entre 16 et 18 ans. Avec cette situation de taux de fécondité élevée chez les adolescentes, la précocité de rapports sexuels, des grossesses et des mariages, le niveau bas d'utilisation de méthodes contraceptives modernes et la prévalence des avortements à risques, tous les facteurs sont réunis pour entraîner une mortalité maternelle et infantile élevée chez les adolescentes.

❖ **Les avortements**

Le Burundi a déjà apposé sa signature sur « Protocole de Maputo » et ne reste que la ratification. Ce protocole autorise le droit à l'avortement médicalisé conformément à la charte Africaine des droits de l'homme et des peuples relative aux droits de la femme. Malgré cette évidence, et en dépit des dispositions répressives, le code pénal du Burundi criminalise l'avortement sous toutes ses formes à l'exception du risque pour la vie de la mère dont fait mention le Code de l'offre des soins et services de santé (Articles 43 et 44) promulgué le 30 Mai 2018. Nonobstant ces lois, l'avortement est un phénomène récurrent. L'annuaire statistique de santé ressort 2589 cas d'avortements enregistrés au cours de l'année 2017 dont 249 chez les adolescentes de 15 à 19 ans soit 9,6%³⁴.

❖ **Les violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG)**

Selon la dernière enquête EDSBB-III 2016-2017, 36% des femmes et 32 % des hommes âgés de 15 à 49 ans ont subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans. Pour près de six femmes sur dix (57 %), l'auteur de ces actes était le mari/partenaire actuel. Chez les hommes, dans 16 % des cas, l'auteur des violences physiques était un autre membre de la famille. Près d'un quart des femmes (23 %) et 6 % des hommes âgés de 15 à 49 ans ont subi des violences sexuelles. Dix pour cent des femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi des actes de violence physique au cours d'une grossesse. Pour toutes les violences subies, seulement 35% des femmes ont cherché de l'aide pour mettre fin à la violence.

2.1.2. Disponibilité et accessibilité des services et soins essentiels de qualité en SRMNIA

Cette étape consiste à déterminer l'atteinte des populations ciblées par le paquet d'interventions des programmes SRMNIA et l'identification des progrès accomplis dans leur amélioration. Ce paquet d'interventions essentielles en lien avec le continuum des soins est constitué de: (i) la planification familiale (PF), (ii) la consultation prénatale (CPN), (iii) l'accouchement assisté et les soins obstétricaux d'urgence, (iv) les soins essentiels du nouveau-né dans le post-partum immédiat, (v) les soins postnatals dans la période post-partum et néonatale, (vi) la PCIME, et (vii) la PEC des adolescents.

2.1.2.1 Services et soins de santé de la femme

2.1.2.1.1 Services et soins avant la conception

Selon le bilan SR 2017 publié par le PNSR, l'indice couple années de protection a progressé, passant de 34,5% à 36,6% entre 2016 et 2017, alors que le pourcentage des femmes utilisant les méthodes modernes de contraception a quant à lui chuté de 42,5% à 35,3% pendant la même période³⁵. Une progression négative de 7% par rapport à la cible a également été constatée sur le taux des besoins

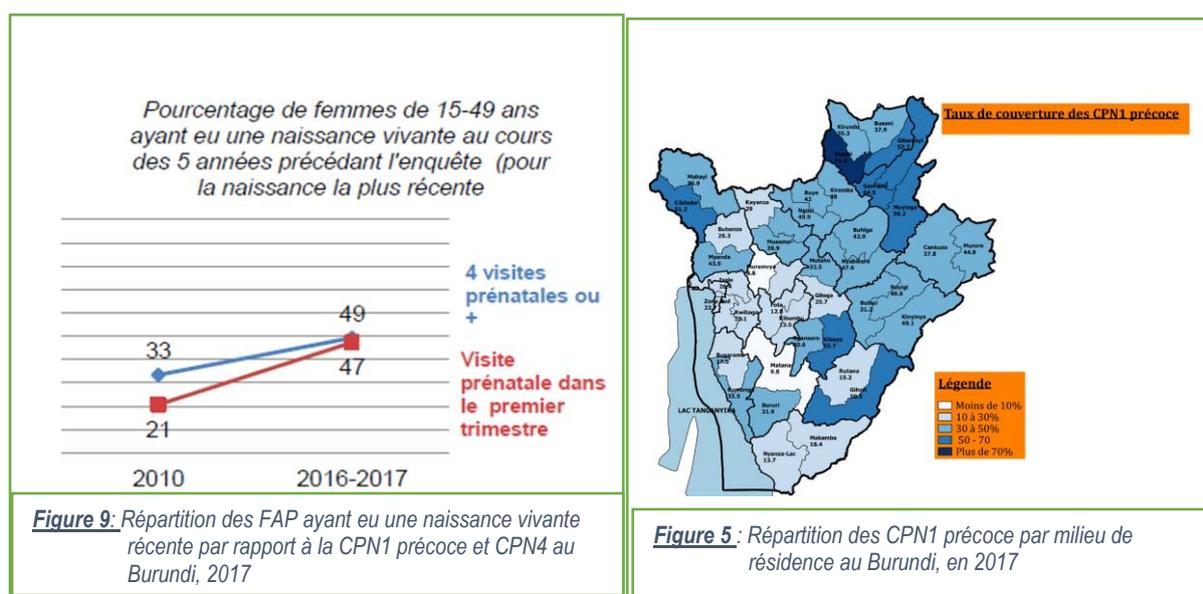
³⁴ Annuaire des statistiques sanitaires 2017

³⁵ Bilan du PNSR 2017

non satisfaits en PF (30% réalisé contre 23% prévue). Selon l'enquête SARA de 2017, le score moyen de « disponibilité du service de planning familial » est à 87% ; mais seulement 38% des FOSA disposent d'un plateau technique complet pour offrir ces services. Il existe une forte disparité dans l'offre de PF entre le public (97%) et le privé (48%). Les FOSA, dans certaines provinces, sont très déficitaires dans l'offre de services PF ; c'est le cas des provinces de Bubanza (25%) et de Rutana (38%)³⁶. Les services de PF n'ont pas suffisamment intégré la composante prévention et PEC des IST/VIH dans leurs consultations. L'absence des données sur la proportion des utilisatrices des méthodes contraceptives dépistées VIH+, démontre la non systématisation du conseil pour le dépistage du VIH (CDV). Les faiblesses observées pour rendre disponible les services de PF sont : (i) la faible intégration des services de PF dans les activités de routine des FOSA : CPN, CPON, les counseling VIH, ... (ii) faible partenariat avec la société civile (église catholique, églises des réveils, ...) opposée à l'utilisation des contraceptifs modernes, (iii) faible appropriation de la communauté aboutissant à un taux élevé d'abandons.

2.1.2.1.2. Services et soins prénatals

Selon les données fournies par le rapport annuel du PNSR, le taux d'inscription en CPN précoce de 35,6%³⁷ est au-delà de 30% fixé comme cible. Bien que supérieur à celui de 2016 (34,49%), il reste très loin du niveau souhaité (80% au moins). Selon l'EDSB-III 2016-2017, la couverture en CPN1 précoce est estimée à 49%. La figure ci-dessous montre que cette couverture est particulièrement plus basse dans certains DS tels que : les DS de Muramvya (8,8%), Matana (9,8%) et Rwibaga (10,1%). Par ailleurs, les DS de Vumbi (71,6%), Gashoho (64,5%), Mukenke (59,7%), Giteranyi (57,7%) et Muyinga (56,2%) ont des taux de CPN1 précoces plus élevés par rapport à la moyenne nationale. Il est à noter que 38,1% des femmes enceintes viennent au cours du second trimestre de leurs grossesses et 15,9% au courant du troisième trimestre. L'inscription tardive des femmes enceintes à la CPN limite leurs chances pour une bonne couverture en soins prénatals recentrés complets et de qualité.



Source : EDSBB-III 2016-2017

Source : Bilan PNSR 2017

³⁶ Enquête SARA 2017

³⁷ Bilan du PNSR 2017

Concernant la CPN4, environ une femme sur trois achève ses 4 consultations telles que décrit par l’OMS, soit une couverture inférieure à 50% fixée par le plan biennal SRMNIA. Le taux de continuité en CPN a évolué négativement par rapport à 2016. Il est passé de 38,0% en 2016 à 36,8% en 2017³⁸, alors que l’EDSB 2016-2017 la situe à 47%. La forte déperdition des femmes entre les CPN1 et CPN4 hypothèque l’offre complète du paquet CPN.

Les actions déployées au cours de ces 5 dernières années par le MSPLS ont permis d’augmenter le nombre de sites PTME de 248 en 2012 à 826 en 2017³⁹. Plus de neuf femmes enceintes sur dix reçues à la CPN ont réalisé leur test de dépistage au VIH. Sur ce nombre des cas dépistés, 80,5% des femmes enceintes VIH+ ont été mises sous ARV contre 95,5% prévues dans le cadre de l’élimination de la transmission du VIH de la mère et de l’enfant (eTME). Le pourcentage de femmes enceintes et allaitantes séropositives sous TARV a doublé passant de 42 % en 2012 à 80,52% en 2017⁴⁰. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette hausse dont l’adoption de l’option B+ en 2014 et la stratégie de délégation des tâches (ordonnance ministérielle de juillet 2012).

Par rapport aux interventions à haut impact administrées à la femme enceinte, le bilan du PNSR en 2017 ressort les éléments suivants :

- Les interventions préventives de lutte contre le paludisme ne couvrent pas encore la majorité des femmes enceintes : moins d’une femme enceinte sur deux (48,3%) suivie à la CPN reçoit le traitement préventif intermittent (TPIg) avant l’accouchement.
- La couverture en MILDA chez les femmes enceintes, bien qu’en augmentation (72,8%)⁴¹ par rapport aux années précédentes, reste en deçà de la cible fixée dans le plan biennal.

L’EDSBB-III montre qu’au Burundi, parmi les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années avant l’enquête, près d’une sur deux (48 %) a pris, pour la naissance la plus récente, du fer sous forme de comprimés ou de sirop et les deux tiers (66 %) ont pris des médicaments contre les parasites intestinaux. La protection effective des nouveau-nés contre le tétanos néonatal et la diphtérie reste encore un défi pour les programmes de mise en œuvre (PEV et PNSR). Au cours de l’année 2017, la couverture en Td2+ était de 57,9% un taux largement inférieur aux prévisions du plan SRMNIA qui l’avait fixé à 80%.

2.1.2.1.3. Les services et soins obstétricaux

Selon l’enquête EDSBB-III 2016-2017, 85% des naissances ont été assistées par un personnel qualifié. Dans la majorité des cas, ce sont les infirmiers (75 %), suivi de loin par les accoucheuses traditionnelles (9 %) et les médecins (8 %). Les accouchements assistés par les sages-femmes sont moins fréquents. Le taux d’accouchement réalisé en milieu des soins est évalué à 83,5% selon le dernier rapport annuel du PNSR 2017. Parmi ces accouchements dirigés dans les FOSA, seulement 55,8%⁴² se sont réalisés avec l’utilisation du partogramme. Il faut noter, par ailleurs, qu’un peu plus d’un accouchement sur 20 (6,6%) se déroulent à domicile sans assistance d’un personnel qualifié. Ce

³⁸ Bilan PNSR 2017

³⁹ Rapport PNLS/IST 2017

⁴⁰ Idem

⁴¹ Bilan du PNSR 2017

⁴² Idem

sont les DS de Fota (35,3%), Mairie sud (36,8%), Gahombo (46,6%), Kiganda (48,7%) et Busoni (48,8%) qui affichent les taux d'accouchements en milieu de soins inférieurs à 50%. Le taux de réalisation de la césarienne dans l'ensemble des FOSA a augmenté (6,1%). Il est au-dessus du minimum recommandé par l'OMS. Toutefois, des efforts restent à fournir pour l'équité sur l'ensemble des FOSA, et particulièrement les FOSA SONU qui n'atteignent pas le minimum recommandé par la norme. En revanche, dans la Mairie de Bujumbura, le taux de naissance par césarienne (19%) est largement au-dessus du maximum recommandé par l'OMS. Il y a lieu d'approfondir les investigations dans cette région⁴³.

Selon les normes internationales de l'OMS (5 FOSA SONU pour 500.000ha dont 1 est un SONUC), le Burundi, avec une population estimée à environ 11 millions d'habitants en 2017, devrait disposer d'au moins 115 FOSA SONU dont 23 SONUC et 92 SONUB. Après l'exercice de priorisation des formations sanitaires à rendre SONUB réalisées en 2017 sur base de certains critères comme (i)le volume d'activité obstétricale, (ii)l'offre de fonctions SONU, (iii) la localisation géographique, (iv)la population de l'aire de responsabilité par la FOSA et avec l'appui du logiciel de modélisation AccessMod, une liste de 112 FOSA (dont 52 Hôpitaux SONUC et 60 CDS SONUB) a été retenue pour faire partie du réseau de maternité SONU.

Les résultats du monitoring SONU fait en 2017 montrent que sur l'ensemble du territoire national, 15 CDS seulement offrent un paquet de 7 fonctions SONUB. Donc selon la norme nationale et internationale qui recommande un minimum de 80 FOSA SONUB pour tout le pays, la couverture nationale en SONUB s'élève donc à 19% ($15/80 \times 100$) alors que le plan biennal avait prévu l'intégration de 94 FOSA SONUB soit 117,5%⁴⁴. Cette couverture est très faible, alors que parmi les Centres de Santé qui ne sont pas SONUB, 96 d'entre eux ont juste besoin d'une seule fonction pour offrir un paquet complet de 7 fonctions : c'est essentiellement l'administration d'anticonvulsivants par voie parentérale pour 11 FOSA et l'accouchement par voie basse assisté par la ventouse pour 96 FOSA. Et donc, en dotant la ventouse et des anticonvulsivants parentéraux à ces FOSA, le pays aurait du coup 111 FOSA SONUB et serait au-dessus du minimum recommandé par les normes nationales et internationales.

Le pays compte actuellement 536 prestataires formés en SONUB, environ 250 formations sanitaires avec au moins un prestataire formé et un pool de 25 formateurs. Il existe une très grande disparité au niveau de la répartition des prestataires formés en SONUB en fonction de la disponibilité ou non des partenaires qui appuient les provinces sanitaires dans le domaine. Ainsi par exemple, la Province Sanitaire de Muramvya n'a qu'un seul prestataire formé alors que les autres provinces oscillent entre 22 et 78⁴⁵.

Concernant l'offre des fonctions SONUC, 33 parmi les 74 Hôpitaux ou Cliniques offrent, en plus des 7 fonctions SONUB ci-dessus évoqués, un paquet de 9 fonctions intégrant la césarienne et la transfusion sanguine. Cette couverture est au-dessus du minimum exigé par les recommandations nationales et internationales qui est de 20 FOSA SONUC. Cependant la couverture géographique n'est pas en faveur d'une certaine couche de la population. On note par exemple que deux provinces, Bururi et

⁴³ Rapport de monitoring des besoins en SONU 2017

⁴⁴ Idem 51

⁴⁵ Bilan PNSR 2017

Cankuzo, n'ont aucune FOSA SONUC à ce jour. L'enquête révèle également que parmi les FOSA non SONUC, 21 manquent une seule fonction pour devenir des établissements SONUC.

Pour les besoins satisfaits en SONU, ils sont estimés à 26,4% au Burundi⁴⁶. La norme de l'OMS voudrait normalement que 100% des complications obstétricales directes soient prises en charge dans les FOSA appropriées. Pour les FOSA SONU (de base ou complets); 12,4% des besoins en SONU sont satisfaits. (C'est-à-dire que seulement 12,4% des complications obstétricales directes sont prises en charge dans les FOSA SONU sur l'ensemble des complications attendues).

2.1.2.1.4. Les services et soins pendant la période du post partum

Le bilan annuel du PNSR de 2017 ressort la couverture CPON à 57%. Celle-ci se rapproche de celle de l'EDSB-III 2016-2017 qui renseigne qu'un peu plus d'une femme sur deux a reçu des soins postnatals par du personnel qualifié dans les 2 jours qui ont suivi la naissance (51%). Comparée aux couvertures antérieures, elle est en nette progression. Elle est passée de 30% en 2010 à 51 % en 2016-2017. Cependant elle reste faible pour garantir la réduction souhaitée de la mortalité maternelle et néonatale. La CPoN diminue très sensiblement avec le temps, on note par exemple qu'entre le 3^{ème} et le 6^{ème} jour suivant l'accouchement, moins d'une femme sur 200 revient recevoir les soins et services post-natals.

2.1.2.1.5. Surveillance des décès maternels et néonataux

Au vu des ratios élevés de mortalité maternelle au Burundi, le MSPLS avait pris la résolution de mettre en place un comité national SDMR par l'ordonnance N°630/179 du 21/12/2015 portant institutionnalisation de la revue des décès maternels et néonataux et riposte. Cette ordonnance donne les missions des comités de revue des décès maternel.

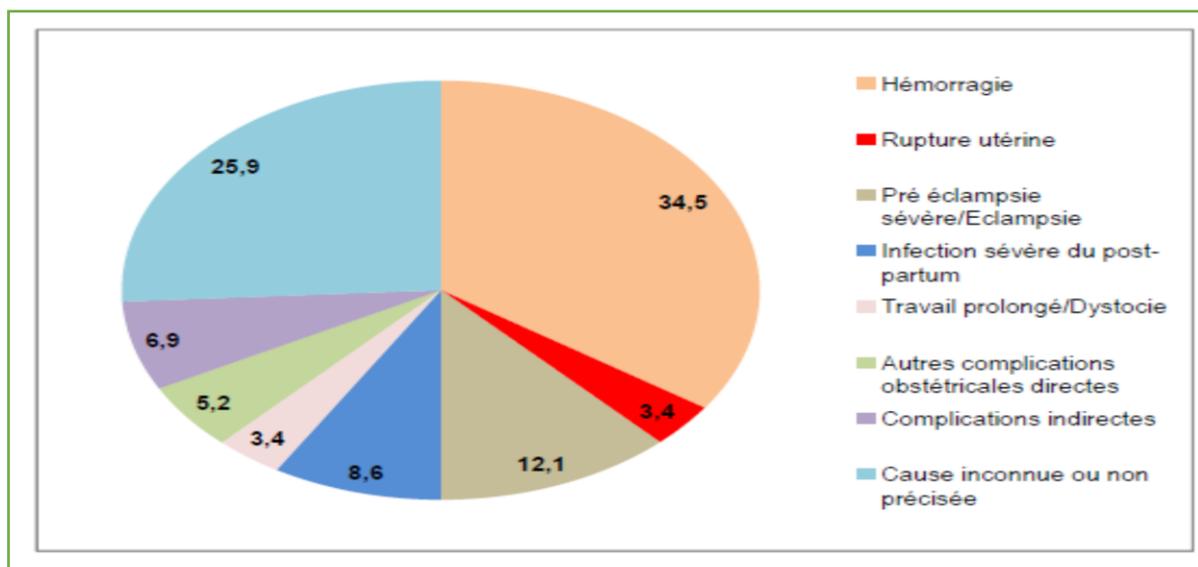
Selon les directives nationales, les comités de revue au niveau provincial et au niveau district ont été mis en place mais ne sont pas encore fonctionnels. La notification des décès maternels est incorporée dans la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR). Le taux de complétude et de promptitude des données est de 92% au cours de l'année 2016 mais celui de Bujumbura reste relativement faible (57%)⁴⁷. Pour l'année 2017, sur 366.866 NV enregistrées en milieu des soins, on a compté 372 décès maternels soit 101 décès pour 100 000 NV. Concernant la revue, 265 sur 372 cas de décès maternels ont été audités en 2017 soit 71,3%. Comparé aux données de 2016 où seulement 36,8% des décès maternels étaient audités, on note une nette amélioration. Par ailleurs, aucun décès néonatal n'a été audité au cours de la même période. Les DS devraient intégrer dans leur surveillance, l'audit des décès néonataux et des échappées belles⁴⁸. En dehors de l'âge des mères, plusieurs autres facteurs tels que la gestité, la parité, l'utilisation des CPN, le recours à l'accouchement assisté et aux services de santé, l'utilisation ou non du partogramme ont influé sur la survenue de la mortalité maternelle intra-hospitalière comme détaillé dans le rapport bilan du PNSR 2017 et le rapport du monitoring SONU 2017.

⁴⁶ *Idem*

⁴⁷ Analyse de la performance de la surveillance de décès maternels et riposte (SDMR) au Burundi, 2017

⁴⁸ *Idem*

Le rapport de la revue décrit dans le bilan PNSR indique que des décès maternels enregistrés en 2017 surviennent principalement en post partum immédiat (52,1%). Par rapport aux causes directes des décès maternels, aucune surprise n'a été constatée, les trois causes principales reconnues à travers le monde sont revenues (figure ci-dessous). En effet, l'hémorragie reste la cause la plus fréquente (34%) de décès dans les FOSA, suivie par la pré-éclampsie sévère/éclampsie (12,1%) et l'infection sévère du postpartum (8,6%)⁴⁹. Dans 25,9% la cause a été déclarée inconnue ou non précisée⁵⁰. Plusieurs causes indirectes ont été également associées à ces décès avec notamment le paludisme en tête et les coagulopathies⁵¹.



Source : Rapport monitoring SONU 2017

Figure 6 : Répartition des principales causes directes de décès maternels au Burundi en 2017

Ces décès maternels étaient dus : (i) dans 38,4 % des cas au retard dans la PEC par les prestataires (3^e retard) ; (ii) dans 28,1% des cas, au retard dans la reconnaissance des signes de danger par l'individu et la communauté (1^{er} retard) et enfin ; (iii) dans 7% des cas, aux barrières géographiques et /ou financières (2^e retard)⁵². Le troisième retard dans les soins obstétricaux, incriminé dans plus d'un tiers des cas révèle les nombreux dysfonctionnements dans l'organisation des services, y compris la référence et confirme la faible aptitude de la majorité des FOSA à offrir les SONU de qualité. Certaines femmes décédées arrivées trop tardivement à l'hôpital (1^{er} retard) n'avaient pu bénéficier des soins appropriés. La qualité de la référence, le plus souvent non médicalisée, n'avait pas permis leur PEC efficace, le temps de référence assez long la retardant le plus souvent. Ceci justifie la mise en place d'un système performant de référence et contre référence, et une disponibilité permanente des services, des intrants et du personnel qualifié.

Pour les nouveau-nés, sur l'ensemble des cas de décès maternels notifiés, on remarque que dans 17,8% des cas, la mort maternelle était suivie ou précédée de celle du nouveau-né (mort-nés frais). Ils

⁴⁹ Rapport monitoring SONU du Burundi 2017

⁵⁰ Idem

⁵¹ Bilan PNSR 2017

⁵² Bilan PNSR 2017

sont morts pendant le travail ou sur la table d'accouchement. Ceci démontre en effet que la qualité de la surveillance du travail à l'aide du partogramme, le diagnostic et la prise en charge des complications obstétricales nécessitent encore une amélioration. La proportion des mort-nés frais est restée plus élevée, selon le rapport du monitoring SONU 2017, estimée à 89,3% sur l'ensemble des décès néonataux survenus dans les FOSA.

2.1.2.2.- Services et soins de santé des enfants

2.1.2.2.1. Les soins essentiels du nouveau-né, la réanimation néonatale

Selon l'enquête SARA réalisée en 2017, la proportion des FOSA disposant d'au moins 1 prestataire formé en SEN-Réanimation est de 38%⁵³. Concernant la disponibilité des services chez les nouveau-nés, seulement 15 coins du nouveau-né fonctionnels ont été créés (sur les 68 prévus) alors que dans les 43 maternités des hôpitaux qui restent, il s'observe encore une insuffisance du matériel et d'équipements. Seules 9 maternités sur les 96 prévues ont été renforcées en plateau technique de 96 unités de néonatalogie existantes⁵⁴. Les données de l'enquête SARA 2017 montrent que seulement 57% d'établissements sanitaires offrent les services et soins de réanimation du nouveau-né.

La même enquête indique que la méthode Kangourou pour les prématurés/nouveau-nés de très petite taille n'est pratiquée que dans 29% des FOSA. Seuls les soins d'hygiène du cordon (78%) et d'allaitement immédiat et exclusif (76%) ont montré des couvertures élevées. Cette offre des soins de faible couverture et qualité, associée à la CPNr de qualité insuffisante expliquent clairement la faible amélioration des indicateurs de survie du nouveau-né : (i) le taux de prématurité 11⁰/₀₀ en 2017. Certains districts ont présenté des taux de prématurité élevés. Il s'agit notamment des DS de Ngozi (24,1⁰/₀₀), Kirundo (20,8⁰/₀₀) et Mairie centre (20,3⁰/₀₀) ; (ii) le sous poids à la naissance au cours de la même année a représenté 6,6⁰/₀₀, une légère dégradation par rapport à 2016 où le pays a enregistré le taux de 6.0⁰/₀₀. Les districts les plus touchés sont ceux de Kibumbu (15,7⁰/₀₀), Mairie Nord (15⁰/₀₀) et Musema (14⁰/₀₀) ; (iii) le taux des mort-nés en intra-hospitalier est de 10,5⁰/₀₀. Il est en nette régression par rapport à celui de 2016 (12,55⁰/₀₀). Concernant les décès néonataux intra-hospitaliers, les données de DHIS_2 relèvent un taux de 2,1⁰/₀₀. Un taux en régression par rapport à 2016 qui était de 3,34⁰/₀₀. La figure ci-dessous décrit l'évolution des indicateurs sur l'état des enfants à la naissance.

⁵³ Enquête SARA 2017

⁵⁴ Rapport monitoring SONU 2017

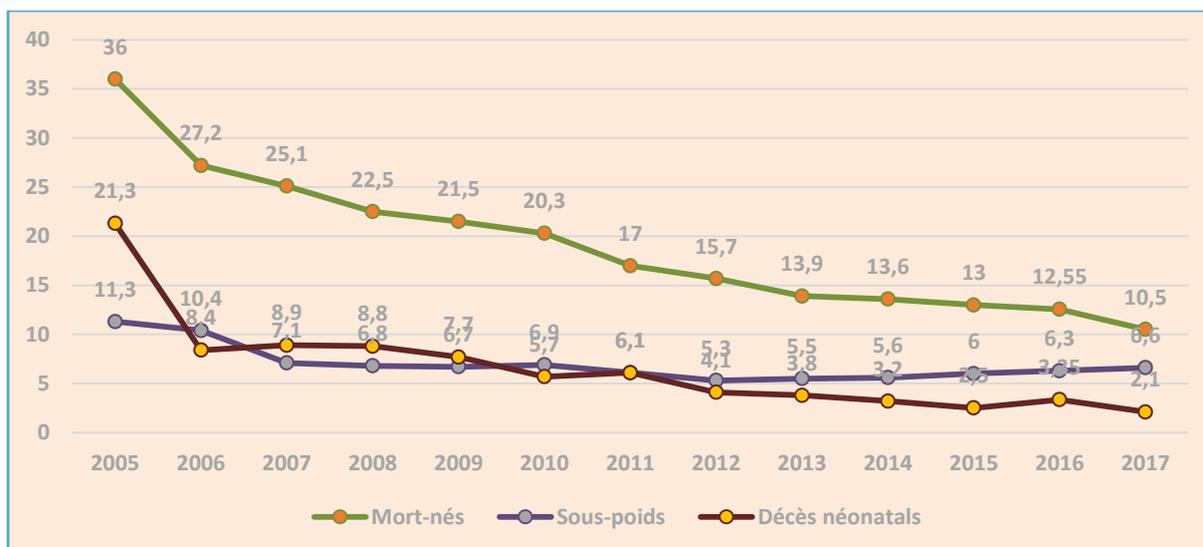


Figure 7 : Evolution des mort-nés, de la mortalité néonatale, et des nouveau-nés de moins de 2.5Kg de 2005 à 2017 au Burundi⁵⁵

2.1.2.2.2. La vaccination

Le PEV est l'un des programmes qui a connu beaucoup de succès car en moins de dix ans après son installation en 1980, le pays a atteint des couvertures supérieures à 80 % pour tous les antigènes. Selon les résultats de l'EDS III, 85% des enfants de 12-23 mois avaient reçu, au moment de l'enquête, tous les vaccins de base et la majorité (83%) les avaient reçus à l'âge approprié, c'est-à-dire avant l'âge de 12 mois. Cependant, ces bonnes couvertures vaccinales contrastent un tout petit peu avec les résultats de l'offre des services de l'enquête SARA. En effet, les données SARA indiquent que l'offre de service de vaccination est disponible dans 64% des FOSA. Cette faible disponibilité est beaucoup plus prononcée dans les provinces de Mairie de Bujumbura (8%), Bubanza (34%), Cibitoke (50%) et Makamba (55%) où nous avons des moyennes provinciales très basses. De plus, le rapport final de l'analyse de l'équité dans la dispensation des services de vaccination au Burundi réalisée en novembre 2018 a relevé certaines difficultés dans le domaine de la vaccination.

En effet, cette étude montre clairement les inégalités de couverture vaccinale entre les districts sanitaires du Burundi. Les facteurs qui expliquent cette disparité de couverture vaccinale sont surtout (i) la non réalisation des séances de vaccination planifiées, (ii) l'absence de vaccination en stratégies avancées malgré les CDS éloignés, (iii) les réfrigérateurs pour la conservation des vaccins non fonctionnels, (iv) l'insuffisance de moyens de déplacement pour les CDS, (v) l'insuffisance des acteurs de terrain (des prestataires des CDS, des TPS et des ASC), (vi) les ASC démotivés et (vii) la population cible sous-estimée ou surestimée. Les résultats de cette étude montrent également d'autres raisons expliquant les faibles performances en matière de vaccination. Il s'agit notamment de : (i) plusieurs parents ne connaissent pas encore le nouveau calendrier de vaccination tenant en compte les enfants de 18 mois et ne savent pas que le rattrapage peut se faire entre 18 et 23 mois pour que les enfants soient complètement vaccinés, (ii) la peur des effets secondaires des vaccins et la maladie de l'enfant comme une cause de l'abandon de vaccination, (iii) la rupture de stock de vaccin, (iv) la perte de carnet de vaccination, (v) certains CDS n'ont pas des registres de vaccination et vaccinent parfois sans enregistrer les enfants, (vi) les communautés Batwa négligent de faire vacciner leurs enfants, (vii) les

⁵⁵ Résultats du traitement statistique des données du DHIS2 analysées par le PNSR

communautés très hostiles à la vaccination (les adeptes d'Euzébie), (viii) certains CDS ne réalisent pas le nombre des séances de vaccination planifiés et deviennent de plus en plus moins performants, (ix) certains CDS sont régulièrement supervisés par le BDS par rapport à d'autres.

Le PEV doit continuellement viser en même temps l'élargissement de la couverture vaccinale et la réduction des inégalités afin d'atteindre tous les sous-groupes sociaux de la population et d'obtenir une couverture plus équitable (couverture uniformément élevée) dans l'ensemble du territoire national. Le PEV doit également s'atteler sur la qualité des vaccins administrés aux populations cibles d'autant plus que la faible disponibilité des services relevée par l'enquête SARA, associée à l'insuffisance de certains éléments traceurs relatifs à la vaccination de l'enfant tels que : température adéquate à l'intérieur du réfrigérateur (63%), disponibilité des directives PEV dans les FOSA (25%) ne puissent pas altérer les efforts énormes investis dans ce domaine. En outre, conformément au Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011-2020, le pays doit continuer à introduire de nouveaux vaccins pour protéger davantage la population contre les maladies évitables par la vaccination. Ainsi, selon l'Initiative mondiale d'élimination du tétanos maternel et néonatal (TMN) lancée en 1989 lors de l'Assemblée mondiale de la Santé, le Burundi doit maintenir son statut d'élimination du TMN acquis en 2009 et introduire la 5^{ème} (chez les enfants de 6 à 7 ans) et la 6^{ème} dose (enfants de 9 à 13 ans) de Td. Le pays doit également mettre à l'échelle le vaccin contre le cancer du col de l'utérus dû au HPV après sa phase de démonstration chez les jeunes filles de 9 à 13 ans dans deux district pilotes de Ngozi et Rumonge. Dans son PPAC 2011-2018 étendu à 2018, le PEV prévoit l'introduction d'une dose de naissance du vaccin contre l'hépatite B chez les enfants nés de mères porteuses de l'Antigène de l'hépatite B.

2.1.2.2.3. La Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant

Les données fournies par la dernière enquête SARA ressort que seulement 57% des FOSA ont un score moyen de capacité opérationnelle des services de prévention et de traitement de l'enfant, alors que la couverture des districts sanitaires offrant les services complets d'ICCM au niveau communautaire est évaluée à 46,5%⁵⁶. Il ressort également que 30% des FOSA disposent de ressources humaines formées sur la stratégie PCIME, ce qui est cohérent avec les éléments traceurs en rapport avec la prévention et la PEC de l'enfant. Si l'utilisation des MIILDA par les enfants de moins de 5 ans est élevée (81%)⁵⁷ par rapport à la cible du plan biennal (80%), la couverture des enfants séropositifs en ARV (6mois-14ans) de 31%⁵⁸ reste largement en dessous des objectifs fixés par le même plan (80%). Selon le rapport d'analyse de goulots d'étranglement des interventions de survie de l'enfant, les interventions appliquées chez l'enfant sont de faible qualité. Les quelques indicateurs relevés ci-dessous montrent la faible couverture effective de certaines interventions à haut impact : (i) 32% d'enfants de moins de 5 ans bénéficiant de l'effectivité de la PCIME contre 40% attendu ; (ii) 4% d'enfants ont une couverture effective de la pneumonie, (iii) 4% d'enfants ont une couverture effective de la diarrhée ; (iv) 46% d'enfants ont une couverture effective du paludisme et (v) 29% d'enfants ont une couverture effective en PEV.

⁵⁶ DHIS-2 Burundi 2018

⁵⁷ Rapport d'analyse de goulots d'étranglement des interventions de survie de l'enfant (AGEISE) 2017

⁵⁸ Rapport annuel PNL/IST2017

Bien que l'offre de la PCIME soit disponible dans certaines FOSA, des dysfonctionnements sont observés avec (i) la faible disponibilité d'intrants dont certains médicaments traceurs tels que le zinc et surtout le SRO, les ACT, les antibiotiques, (ii) la mauvaise qualité des services, (iii) l'insuffisance des RH formées et (iv), l'irrégularité et la faible qualité des supervisions. Par ailleurs les visites à domicile (VAD) pour la relance des patients irréguliers présentant notamment une malnutrition, les signes de gravité, ne sont pratiquement que faiblement organisées, la composante communautaire n'étant que partiellement mise en œuvre.

2.1.2.2.4. La nutrition

Les résultats de l'EDS III montrent que parmi la quasi-totalité des enfants de moins de 6 mois (99%) sont allaités. Cependant, seulement 83 % des nourrissons de moins de 6 mois sont exclusivement allaités au sein. Cette couverture montre que globalement, la recommandation selon laquelle l'enfant doit être exclusivement allaité pendant les six premiers mois est bien suivie. La même enquête révèle que 85 % des nouveau-nés ont été allaités dans l'heure qui a suivi la naissance alors que 98 % ont commencé à être allaités le jour qui a suivi la naissance. Dans 6 % des cas, les enfants ont reçu des aliments avant d'être allaités. Cependant, à moins de six mois, 14 % d'enfants ont reçu autre chose en plus du lait maternel, essentiellement de l'eau (6 %) ou des aliments de complément (8 %). En outre, notons que 10 % des enfants de 0-23 mois sont nourris au biberon. Pour ce qui est de la durée moyenne de l'allaitement maternel exclusif, elle est passée de 4,0 mois à 4,6 mois entre 2010 et 2016 tandis que, dans la même période, la durée médiane de l'allaitement prédominant diminuait, passant de 6,0 mois à 5,2 mois. Ces données révèlent la faible application des recommandations de l'ANJE au niveau communautaire.

Les données sur les pratiques alimentaires collectées pendant l'EDS III montrent que l'alimentation des enfants âgés de 6 à 23 mois n'est globalement pas optimale. Seulement 56% sont allaités avec la fréquence requise pour leur âge et seulement 10% des enfants bénéficient d'une alimentation minimum acceptable à la fois sur le plan de la diversité de l'alimentation et de la fréquence des repas⁵⁹.

Au Burundi un ménage sur trois n'atteint pas le niveau minimal d'apport calorique soit environ 4,6 millions des personnes. . En 2016, selon le Global Food Security Index⁶⁰ la population burundaise consommait en moyenne 1800Kcal/pers/jour ce qui est en deçà des 2806 Kcal/pers/jour recommandée par l'OMS. Le niveau d'inégalité est relativement important selon l'indice de Gini qui s'élève à 0,388 pour l'ensemble du pays⁶¹ (0,409 en milieu urbain et 0,351 en milieu rural).

Pour la prise en charge de la MAS et MAM, l'analyse des performances met en exergue de faibles couvertures ainsi qu'une insuffisance des ressources humaines qualifiées, matérielles et financières. La prise en charge n'est pas encore intégrée dans certains DS et les relais communautaires ne sont pas encore impliqués. Les agents de santé communautaires ne sont pas complètement formés et/ou

59 Rapport d'analyse de goulots d'étranglement des interventions de survie de l'enfant (AGEISE), 2017

60 The Economist Intelligence Unit, (2017), Global Food Security Index, disponible en anglais:

<http://foodsecurityindex.eiu.com/Index>

⁶¹ https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SI.POV.GINI?locations=BI&name_desc=true

recyclés ce qui fait que la PEC nutritionnelle à assise communautaire n'est presque pas encore opérationnelle.

2.1.2.2.5. La Prise en charge du SIDA pédiatrique

Le dépistage précoce est une intervention clé car il permet d'identifier les enfants nés des mères séropositives infectés par le VIH dès la naissance et permet la mise sous traitement ARV précocement pour alléger la lourde mortalité et morbidité liée au VIH pédiatrique non dépisté avant 2 ans.

Selon le rapport PNLS/IST 2017, le nombre d'enfants nés des mères séropositives dépistés précocement est passé de 190 (3%) en 2015 à 744 (14.31%) en 2017. Cependant, le taux de couverture demeure extrêmement faible suite: à l'insuffisance d'appareils, aux pannes répétitives des appareils existants, aux ruptures de stock de réactifs et consommables, à l'organisation lacunaire du circuit de transport des échantillons. De plus, le suivi du couple mère-enfant est encore faible⁶². Le même rapport indique que le nombre d'enfants sous ARV reste faible et évolue à un rythme peu soutenu. La couverture est passée de 16.7% en 2014 à 31% en 2017. Cette faible couverture est certainement liée aux facteurs suivants : (i) le réseau de laboratoire et d'offres de prestation reste faible au niveau des stratégies (maintenance, circuit/transport des échantillons, remise des résultats, répartition inéquitable) dans certains domaines (PCR, CV) ; (ii) le dispositif communautaire de soutien au traitement et pour la prise en charge globale existe, mais ne prend pas en compte davantage la problématique des enfants/adolescents; (iii) le problème du suivi clinique/biologique chez les PVVIH en général et chez les enfants en particulier n'est pas encore résolu. Cela est dû au fait que les sites de prise en charge et PTME ne sont pas équipés en appareil de laboratoire au niveau des CDS ; (iv) ruptures en intrants et médicaments pour le traitement et le suivi biologique (12,5% des sites ont connu des ruptures d'ARV en 2017) ; (v) la faible décentralisation et la délégation des tâches pour l'amélioration de l'accès des enfants PVVIH au suivi et au traitement ; ...

2.1.2.3.- Services et soins de santé des enfants de 5 à 10 ans

L'accès aux soins et services de santé par les enfants en âge préscolaire jusqu'à dix ans, est très peu documenté de même que la santé en milieu scolaire. En effet, depuis plusieurs années, tous les projets et programmes de santé en général et ceux en rapport avec la SRMNIA en particulier ont focalisé leur attention aux femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans du fait de leur vulnérabilité accrue. Ainsi aucune stratégie sanitaire ciblant particulièrement les enfants de 5 à 10 ans n'a été développée à ce jour. Les soins curatifs pour cette catégorie d'enfants doivent normalement être assurés à travers les paiements directs de leurs parents (dont les revenus sont très limités la plupart) ou la CAM et les autres régimes d'assurance maladie qui couvrent une faible partie de la population. Cependant, pour les enfants dont l'âge dépasse légèrement 5 ans, certains parents seraient obligés de faire une fausse déclaration en les ramenant à l'âge de cinq ans pour bénéficier de la gratuité de soins. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce nouveau Plan Stratégique SRMNIA, il est indispensable de mener des investigations pour évaluer le niveau et la qualité de l'offre des services et soins de santé aux enfants de 6 à 10 ans.

⁶² Rapport PNLS/IST 2017

Dans le souci d'atteindre tous les groupes cibles de la population, le MSPLS a mis en place un service national de promotion de la santé en milieu scolaire au sein de la Direction de la Promotion de la Santé Hygiène et Assainissement (DPSHA). Ce service ne dispose pas encore de document de Stratégie Nationale de référence en la matière. En plus des défis relatifs à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes décrits dans le chapitre suivant, le milieu scolaire (fondamental et post-fondamental) fait face à i) la précarité des conditions nutritionnelles, de l'assainissement et de l'hygiène en général, ii) la promiscuité dans les logements et salles de cours, iii) une consommation croissante de l'alcool, du tabac et d'autres substances psycho-affectives, iv) une absence d'unités de prise en charge des urgences médicales et psychosociales, dont l'hygiène menstruelle chez les jeunes filles. Cette situation a un impact négatif sur la qualité de l'enseignement et les performances scolaires des enfants. Avec l'appui de l'UNICEF, quelques activités de renforcement des capacités des responsables scolaires et sanitaires sur l'hygiène et l'assainissement en milieu scolaire y compris la gestion menstruelle, ainsi que la mise en place des comités de santé et d'hygiène en milieu scolaire ont été réalisées dans certaines communes du pays. La "Stratégie Nationale de promotion de la Santé scolaire intégrée", en cours d'élaboration, renforcera la mise en place des CDS amis des Jeunes pour une meilleure intégration de la promotion de santé scolaire, à travers la stratégie de réseautage sociocommunautaire (regroupant des leaders et acteurs du milieu communautaire, scolaire et sanitaire) en faveur de la SSRAJ à travers tout le pays. Dans le cadre de cette stratégie appuyée par différents PTF, chaque CDS ami de jeunes, est mis en réseau avec 4 établissements scolaires avoisinants, disposant chacun d'un club santé bien encadré et qui devra intégrer tous les aspects de la promotion de la santé scolaire.

2.1.2.4.- Services et soins de santé des adolescents et des jeunes

Selon les différentes enquêtes et études récentes menées au Burundi, les adolescents et les jeunes sont confrontés à plusieurs défis en matière de la santé sexuelle et reproductive et des violences sexuelles et celles basées sur le genre. C'est entre-autre des relations sexuelles instables avec multiple partenaires, une précocité des rapports sexuels alors que l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est minime: 13% des jeunes dont 1,3% chez les 15-19 ans et 11,7% chez les 20-24 ans⁶³. Cette précocité de l'activité sexuelle est à l'origine du nombre élevé de grossesses en milieu scolaire. Ces grossesses précoces et non-désirées conduisent aux avortements clandestins, infanticides, décès maternels, fistules obstétricales, abandons d'enfants ou aux mariages précoces⁶⁴, abandons scolaires et l'expansion de la prostitution juvénile, etc.

A ce tableau sombre s'ajoute d'autres comportements à risque auxquels les adolescents et jeunes sont régulièrement confrontés tels que l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie, les violences sexuelles et celles basées sur le genre (VSBG) ainsi que la propagation des IST et du VIH/SIDA avec leurs conséquences surtout que le taux d'utilisation du préservatif dans cette tranche d'âge est très faible comme l'a démontré plusieurs études. Le taux de fécondité des adolescents (15-19 ans) est passé de 11 à 8% entre 2010 et 2016⁶⁵

⁶³ Stratégie National de la Santé des Adolescents au Burundi, Nov. 2015.

⁶⁴ UNFPA, Rapport de l'étude sur les grossesses en milieu scolaire au Burundi, Bujumbura, 2013

⁶⁵ EDS-III, 2016-2017.

Pour faire face à ces multiples défis, le Gouvernement met un accent particulier sur l'amélioration globale de la santé des adolescents et des jeunes à travers différents documents de Politique et de Stratégie sanitaires. Cette prise de conscience et d'engagement gouvernemental se remarque à travers : i) la Déclaration de Politique Démographique qui a augmenté l'âge au 1^{ier} mariage pour les filles de 18 à 21 ans⁶⁶, ii) la Politique Nationale de la Jeunesse en 2015, iii) la Stratégie Nationale de la Santé des adolescents en 2015, iv) la Stratégie Nationale Multisectorielle de la santé des adolescent(e)s et des jeunes au Burundi 2016-2020 et actuellement le PNDS III 2019-2023.

C'est dans ce contexte que depuis quelques années, le MSPLS avec l'appui de ses différents partenaires, continue à consentir beaucoup d'efforts, pour améliorer les services de soins de santé des adolescents et des jeunes. Cependant, le chemin est encore long. Selon l'enquête SARA réalisée en 2017, la plupart d'indicateurs en rapport avec la disponibilité des services, la capacité opérationnelle des FOSA à offrir les services de santé aux adolescents et jeunes ainsi que ceux liés à la prise en charge des VSBG sont encore au bas niveau. Selon cette enquête, 34% des FOSA⁶⁷ offrent des services de santé aux adolescents et jeunes mais seulement 7% disposent d'un plateau technique complet pour l'offre de ces services. Les services SR adaptés aux adolescents et jeunes sont fournis aujourd'hui à travers 189 CDS amis de jeunes sur 1080 CDS que compte le pays, soit 17,5%, appuyé en grande partie par le secteur des ONG à but non lucratif (83%) suivi du secteur public (45%) puis confessionnel (40%). On note également des initiatives d'appui et de promotion de l'hygiène menstruelle en faveur des jeunes filles et le renforcement de l'éducation en SSR en milieu scolaire.

2.1.2.5.- Communication et la mobilisation sociale

Des problèmes de santé au niveau communautaire persistent. On observe notamment l'augmentation des cas de malnutrition chronique, la faible observance de l'allaitement maternel exclusif (AME) l'anémie, le faible poids à la naissance et la prématurité, les infections dues au manque d'hygiène, les décès maternels et infantiles dus à l'utilisation non optimale des CPN et CPoN, les grossesses non désirées et précoces et les avortements à risque chez les adolescentes, des complications de l'accouchement dues au recours tardif aux services de santé, ...

A tous ces problèmes, la réponse communautaire devrait s'exprimer à travers l'implication des organes de participation communautaire, les relais communautaires et les ONG/associations. Ces instances, caractérisées par la faible implication et participation, n'influent que très faiblement à la mise en œuvre des interventions SRMNIA définies dans les plans antérieurs. Les organisations à base communautaire, y compris les COSA au niveau des aires de santé, ne se sont pas suffisamment impliqués dans la mise en œuvre des plans des programmes SRMNIA, la promotion des activités de SRMNIA, et le renforcement de son système d'information, particulièrement la surveillance des naissances et des décès. Les données des activités délivrées au niveau communautaire, pas toujours coordonnées et insuffisamment documentées, ne sont pas souvent rapportées dans le DHIS-2. Les VAD sont réalisées de manière irrégulière, pour la relance des irréguliers et perdus de vue en CPN,

⁶⁶ Déclaration du gouvernement en matière de politique démographique nationale, octobre 2011

⁶⁷ Selon l'Enquête SARA réalisée au Burundi en 2017.

CPoN, et soins nutritionnels. La promotion des pratiques familiales essentielles dans les ménages se fait de manière isolée et moins efficace.

La contribution de la communauté, bien que non mesurée, a été insuffisante dans l'identification des signes de danger en SRMNIA pour le recours aux soins pour les enfants et les femmes, notamment lors de la grossesse et de l'accouchement, la promotion des services offerts, et le don de sang. Cette insuffisance fait suite à la faible couverture de l'approche ICCM, à l'insuffisance de sensibilisation de la communauté et de formation des relais communautaires sur les pratiques familiales et communautaires. Très peu d'ONG et organisations de la société civile sont impliquées dans la promotion des bonnes pratiques nutritionnelles, de la PF et des SONU.

Etant donné que les différents ministères ont des structures déconcentrées jusqu'au niveau communautaire, ils devront renforcer la collaboration pour harmoniser les messages à transmettre à la population pour la promotion de la SRMNIA.

2.2. Analyse de la réponse nationale en matière de SRMNIA

Dans cette section nous décrivons les constats, conclusions et recommandations découlant de l'analyse des niveaux d'investissement dans les piliers tangibles et intangibles des systèmes de santé permettant l'accès des femmes, enfants et adolescents aux services essentiels de qualité en matière de SRMNIA.

2.2.1. Gestion du programme

2.2.1.1. Gouvernance, coordination et partenariat

Le plan biennal SRMNIA 2017-2018 avait dans ses objectifs, le renforcement du cadre institutionnel de la SRMNIA qui consistait à dynamiser et renforcer le Cadre de concertation des partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD) et le Groupe de Coordination des Partenaires (GCP) mis en place dans la mise en œuvre du PNDS. Il s'agissait de (i) la redynamisation des mécanismes de coordination de la mise en œuvre du plan SRMNIA, (ii) la mise en place d'un comité de coordination opérationnelle de la mise en œuvre et du suivi du plan, et (iii) la formalisation des cadres de concertation intra et intersectorielle à tous les niveaux, et particulièrement au niveau central et provincial. Ce cadre devrait s'intégrer et prendre en compte celui du PNDS étendu à 2018, (CPSD). Après la revue finale du plan biennal, il ressort qu'au niveau national, sur les quatre réunions prévues, le CPSD n'a organisé aucune réunion basée essentiellement sur la mise en œuvre du plan biennal SRMNIA. L'audit institutionnel prévu n'a pas été réalisé par l'institution a titré, ce qui laisse à ce jour la SRMNIA dans la confusion en terme d'ancrage institutionnel. Le pilotage du plan biennal abandonné au seul PNSR n'a pas permis d'avoir un cadre de coordination intégrant tous les programmes et directions du MSPLS. Il faut néanmoins saluer la mise en place par le MSPLS, en Septembre 2018 d'un comité de pilotage et d'un comité technique intégrant les différentes parties prenantes impliquées dans l'élaboration du plan quinquennal SRMNIA 2019-2023. Pour la mise en œuvre du plan biennal, un plan de suivi et évaluation a été mis en place mais il a été peu exploité au cours du processus. Aucune information ne permet de rassurer la prise en compte des points en rapport avec la mise en œuvre du plan SRMNIA dans les provinces et districts sanitaires.

Les mécanismes de coordination de la mise en œuvre du plan biennal SRMNIA censé être redynamisé n'a pas été mise en place et le comité de coordination de la mise en œuvre et du suivi du plan n'a pas été fonctionnel. Cette lacune en terme de coordination a été accentuée par l'absence de formalisation d'un cadre de concertation intra et intersectorielle à tous les niveaux, et particulièrement au niveau central et provincial.

Malgré la présence du cadre de performance intégré élaboré lors de la rédaction du plan, aucune évaluation à mi-parcours réunissant tous les programmes et directions impliquées dans la mise en œuvre n'a été organisée. Chaque unité de prestation élabore son PAO et l'évalue, et très probablement en ne tenant pas compte des résultats attendus par ce plan. La non fonctionnalité des organes de pilotage et la coexistence d'autres Comités de Pilotage mis en place par différents projets/programmes qui interviennent dans le secteur, ont réduit les efforts de s'attaquer à l'approche verticale et la fragmentation des interventions, au saupoudrage, au manque de synergie et de complémentarité, à l'accroissement de coûts des opérations liées aux chevauchements et duplications des frais de gestion, lesquels rendent inefficaces et inefficients les résultats des interventions sanitaires.

Nous estimons que la mise en place du pilotage de la SRMNIA au niveau du Secrétariat Permanent du MSPLS et la redynamisation du groupe thématique en charge de la santé de la mère et de l'enfant seraient des voies de solutions qui pourraient booster la coordination des actions du plan à venir.

2.2.1.2. Suivi et Evaluation

Il ressort de l'analyse du plan biennal 2017-2018 que les plans d'action annuels (2017 et 2018) ont été élaborés et validés au niveau de chaque programme et direction impliqués dans la SRMNIA, en l'absence d'un plan opérationnel intégré SRMNIA. Les évaluations annuelles se réalisent pour dégager les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan d'action au niveau de chaque entité. Il est cependant difficile d'affirmer à ce jour la prise en compte des priorités et cibles du plan biennal dans les PAO des programmes et directions concernés. Au niveau intermédiaire et périphérique, les priorités du plan stratégique biennal SRMNIA étaient intégrées dans les PAO des provinces et districts, cependant le suivi de leur exécution n'était pas optimal.

En ce qui est de la transmission des données, il est fort de remarquer que la plupart des FOSA ont transmis les données à travers le DHIS-2 (91.3%). Tous les districts sanitaires ont atteint la cible (100%) en rapport avec la transmission des données sur la SRMNIA. Cette performance est liée à la disponibilité des outils de collecte des données harmonisés et intégrés ainsi que la disponibilité du logiciel DHIS-2. En plus, au moins 2 prestataires de chaque FOSA ont été formés sur l'utilisation des outils de collecte des données et sur le logiciel. Il y a eu aussi introduction du DHIS-2 dans les FOSA. Malgré cette bonne performance, on note que le rapportage au niveau de certains hôpitaux (hôpitaux privés et les hôpitaux de référence nationale) reste faible. Il y a également des FOSA privées paramétrées dans le DHIS-2 qui ne rapportent pas encore leurs données.

Sur quatre enquêtes planifiées dans le plan biennal SRMNIA, 5 (soit 125%) ont été réalisées. Il s'agit de : SPSR, enquête sur le niveau de l'intégration de la prise en charge VSBG, enquête SONU 2017, deux enquêtes d'évaluations SONU. Il faut noter que deux enquêtes (Monitoring SONU et enquête SPSR) se sont focalisées sur la disponibilité des 7 produits qui sauvent la vie des mères (Sulfate de magnésium, Ocytocine, Gluconate de calcium, Misoprostol, Hydralazine, Gentamicine et Ampicilline).

Les revues de décès maternels au niveau des hôpitaux se réalisent régulièrement depuis 2017. Selon les données fournies par le DHIS-2, la totalité de districts sanitaires disposent des données de monitoring sur les décès maternels, une fiche de notification a été élaborée et 120 prestataires ont été formés sur la surveillance et riposte des décès maternels. Tous les districts sanitaires disposent des données de monitoring sur les décès maternels. Cependant, aucun hôpital ne réalise à ce jour la revue de décès néonataux.

Les résultats de la revue ont révélé plusieurs problèmes notamment : (i) la faible intégration des données des structures privées et autres structures publiques du niveau national, (ii) le faible contrôle de la qualité des données SIS, (iii) la faible informatisation du système de gestion des données (du dossier médical et des registres) des formations sanitaires, (iv) la faible disponibilité des outils de collecte des données (les registres de consultation et d'accueil), de compilation et de transmission des données à la base.

2.2.1.3. Financement de la SRMNIA

Le plan biennal SRMNIA 2017-2018 a souffert d'une grande faiblesse qui est sa non budgétisation. Il faut ajouter à cette faiblesse la non actualisation des données des comptes nationaux pour la santé. En l'absence des études sur le financement de la santé, il n'existe, à jour, aucun outil qui pourrait renseigner avec plus de clarté le financement qui a été affecté à la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Pour obtenir les éléments chiffrés en rapport avec le financement de la santé en général, il faut remonter vers les années 2013 pour retrouver les dernières données des comptes nationaux pour la santé. En s'inspirant de ces informations, il ressort que les DTS par habitant (USD) au Burundi est passée de 17,4 à 30,5 de 2007 à 2013 contre 60\$ USD comme norme fixée par l'OMS. Il faut par ailleurs saluer les efforts fournis par le gouvernement Burundais pour financer le système de santé. C'est notamment : (i) l'instauration des mécanismes de prépaiement notamment le financement de la CAM par le gouvernement à 100%, (ii) la gratuité assurée pour la vaccination, la prise en charge (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes, PVVIH, tuberculeux et les cas de paludisme simple), (iii) la réduction de la contribution des ménages pour les dépenses en santé passant de 40% en 2007 à 19% en 2013. Ces efforts ont permis d'augmenter l'accès aux soins pour les ménages particulièrement les plus pauvres. Ils ont en outre, facilité d'alléger la charge des ménages dans ces dépenses de santé.

Au regard du tableau ci-dessus, les principales faiblesses identifiées sont: (i) la non actualisation des données du financement de la SRMNIA par les CNS, (ii) la non budgétisation du plan biennal, (iii) la dépendance de l'aide extérieure qui représentait 62% en 2013⁶⁸, (iv) absence d'une stratégie nationale du financement avec fragmentation des régimes assuranciers et faible régulation des mécanismes de financement de la santé existant.

2.2.1.4. Ressources humaines de santé

Lors de son élaboration, le plan biennal SRMNIA avait prévu (i) la mise en place d'une stratégie d'équité pour le recrutement et les affectations du personnel ayant des compétences requises en SRMNIA, (ii) le renforcement des capacités des RH en SRMNIA à tous les niveaux, (iii) la mise en place des mesures incitatives pour encourager le personnel dans les FOSA éloignées des centres

⁶⁸ Rapport des comptes nationaux de la santé 2013

urbains, (iv) l'élaboration et mise en œuvre des plans de formation et de supervision formative systématique et régulière en SRMNIA pour le personnel de santé et les ASC, et (v) la mise en place d'au moins un centre de formation SONE et SONUB par région (Sud, Nord, Centre Est et Ouest).

Les résultats issus de la revue relèvent qu'aucune stratégie d'équité n'a été développée au cours de deux dernières années. La situation des RHS reste marquée par une inégalité quantitative et qualitative dans la répartition des prestataires. Selon la cartographie des RHS du MSPLS faite récemment en 2017, il ressort que ces dernières ont connu une évolution en quantité et dans le temps. En comparant les effectifs des RHS par rapport aux normes édictées par l'OMS, le Burundi avec 1inf/1.568 habitants, est au-delà du ratio recommandé qui est d'1inf/3000 habitant. Cependant, on note une insuffisance des Médecins (1Méd/17.768hab contre 1Méd/10.000 habitants selon OMS), et des sages-femmes (1SF/27.080 habitants contre 1SF/ 5000 Femmes en âge de procréer). Le tableau ci-dessous illustre ce déséquilibre :

Tableau I : Répartition des RHS du MSPLS selon les catégories professionnelle au Burundi, 2017⁶⁹

Catégories de ressources humaines	Effectif en 2010	Ratio RH/Pop	Effectif en 2017	Ratio RH/Pop	Normes OMS
Infirmiers	5967	1inf/1.586 hab.	7332	1inf/1.568 hab.	1 inf/3.000 hab.
Médecins	418	1 Méd/22.634	647	1Méd/17.768hab.	1Méd/10.000hab.
Sage femmes	16	1 SF/141.190 FAP	103	1SF/27.080 hab.	1 SF/5.000 FAP

Cet état des choses contraste avec le nombre des médecins, sages-femmes produits annuellement, par les institutions d'enseignements supérieurs, qui sont au chômage. Le peu de sages-femmes et médecins recrutés par l'administration publique, sont affectés en partie au niveau central et au niveau intermédiaire où ils s'occupent des services administratifs au détriment des soins des patients. Il faut ajouter en outre, que la majorité du personnel de santé, particulièrement celui assurant l'offre SONU et SONE, est concentrée dans les grandes villes, et selon l'enquête PETS, plus de 50,5% de médecins et de 21% d'infirmiers exercent à Bujumbura⁷⁰. Depuis 2014 le PNSR avec l'appui de ses partenaires a mis en place un système de mentorat clinique des FOSA sur l'ensemble du pays. Des médecins obstétriciens, généralistes expérimentés et des anesthésistes parcourent les FOSA pour le renforcement des capacités des prestataires. Cette stratégie a permis d'améliorer la qualité des SONU et par surcroît de réduire la mortalité maternelle intra-hospitalière.

Le Burundi est également confronté aux problèmes liés à la production des RHS qui sont de plusieurs ordres. Il s'agit de : (i) la prolifération des établissements de formation du niveau secondaire, supérieur et universitaire, (ii) la baisse de la qualité de la formation de base des RHS, (iii) la surproduction des professionnels de santé dont le profil ne répond pas aux exigences de postes et (iv) la production de services et soins dont la population souhaite et qui correspondent aux besoins et attentes.

En ce qui concerne la répartition géographique de ces ressources, moins d'efforts ont été investis dans ce domaine. L'enquête sur le profil des ressources humaines du MSPLS réalisées en 2011 ressort qu'il

⁶⁹ Cartographie des RHS du MSPLS 2017

⁷⁰ Enquête PETS, 2008

existe toujours une forte disparité entre les 4 plus grandes villes (+ de 50% des médecins) et les régions éloignées (voir figure ci-dessous). Plus de 90% des établissements privés de santé sont implantés à Bujumbura⁷¹. La Municipalité sanitaire est la plus nantie en personnel de santé avec plus de 23% des effectifs totaux⁷². De plus toutes les catégories y sont bien représentées. De façon générale, on constate que dans les régions les plus défavorisées, il y a souvent moins de médecins ; les CDS sont encore tenus par des auxiliaires de santé, et la plupart des hôpitaux ne disposent pas encore des spécialistes nécessaires pour assurer l'offre de soins et services de qualité.

La faible coordination du paquet commun SRMNIA n'a pas permis de renseigner avec précision le nombre de prestataires qui ont été formés en différentes thématiques des programmes SRMNIA. Les informations fournies par le PNSR relèvent que seulement 14% des prestataires affectés dans les FOSA sont formés en SONE et 21% en SONUB⁷³. La SRMNIA n'étant pas encore intégrée dans les activités communautaires, aucun ASC n'a été formé sur son paquet complet, néanmoins 11567ASC ont été formés⁷⁴ en SR durant les deux années de la mise en œuvre du plan biennal.

Une amorce des mesures incitatives a été constatée avec la mise en place de l'approche FBP. L'outil d'indice tient compte de l'éloignement par rapport à la mairie de Bujumbura. Il faut tout de même relever que cela ne suffit pas pour maintenir efficacement en fonction les agents qualifiés. Les conditions de travail et des salaires actuellement payés par la Fonction Publique est un autre facteur qui compromet sérieusement la mise en œuvre de la SRMNIA et la réalisation d'autres priorités tant nationales qu'internationales (ODD). En effet, outre le fait de renforcer la stratégie de survie mentionnée plus haut, le caractère non attractif des salaires payés crée une instabilité du personnel qui se trouve ainsi dans une recherche continue du plus offrant. Les migrations internes et externes du personnel de santé deviennent ainsi une menace non négligeable pour l'offre et la qualité des soins au Burundi. Les différents projets financés par l'aide extérieure et les initiatives sanitaires débauchent les agents de services publics pour les proposer des conditions de travail cinq à dix fois supérieures à celles de l'Etat, ce qui crée une usure accélérée du personnel.

2.2.1.5. Gestion et approvisionnement des stocks des médicaments et intrants

Parmi les défis identifiés lors de la revue du plan biennal SRMNIA, celui en rapport avec la disponibilité des médicaments et intrants requiert, une attention particulière. Ce plan prévoyait les mécanismes d'accompagnement des programmes et FOSA dans la gestion adéquate des médicaments tout le long de la chaîne d'approvisionnement, de stockage, de distribution et de dispensation. Aussi parmi les actions retenues, il y avait (i) la mise en place d'un répertoire de l'équipement médico-technique disponible pour la SRMNIA et d'un plan d'équipement, de maintenance et de renouvellement du matériel médico technique des FOSA SONU, (ii) le renforcement des capacités techniques et opérationnelles à tous les niveaux dans la gestion des approvisionnements et des stocks (GAS), et (iii) une bonne quantification des médicaments et intrants à commander.

Tous les gestionnaires de pharmacie et leurs adjoints sont formés sur le logiciel de la gestion des médicaments (logiciel Channel). Mille cent prestataires ont été formés sur le manuel de la gestion des

⁷¹ Profil des ressources humaines au Burundi, 2011 du MSPLS

⁷² Profil des ressources humaines au Burundi, 2011 du MSPLS

⁷³ Rapport de formation en SONE et SONUB du PNSR

⁷⁴ Rapports de formation en SR du PNSR

médicaments en 2017 et 540 formés en 2018⁷⁵. Un hôpital (celui de Kiremba) est parvenu à rendre disponible les 7 médicaments qui sauvent la vie des mères et des enfants d'après le monitoring SONU.

Depuis 2015, le Burundi avait actualisé sa liste nationale de médicaments essentiels (LNME). Cette dernière contient les 13 médicaments qui sauvent la vie des mères et des enfants. Sur base de cette liste, la quantification et l'estimation des besoins en médicaments et petits matériels sont faites par districts sanitaires et transmise à la CAMEBU pour les commandes. Les résultats de la revue a relevé la faible disponibilité des médicaments dans les FOSA, particulièrement ceux qui sauvent la vie des mères. L'enquête SONU s'est limitée à l'évaluation des 7 médicaments de la mère alors que l'enquête SARA a évalué la disponibilité des médicaments essentiels en général. Du coup, il n'existe aucun outil qui évalue en globalité la disponibilité des 13 médicaments ci-haut évoqués. Malgré l'intégration des données de gestion dans le DHIS_2, on note une faible informatisation de la gestion des médicaments. Il faut révéler en outre la faible disponibilité des produits sanguins qui sont nécessaires pour les urgences pédiatriques et obstétricales.

Les équipements et matériels sont ; pour la plupart, insuffisants et en état de délabrement par faible entretien et maintenance. Selon la dernière enquête SONU, les FOSA ne disposent pas d'équipements complets pour une prestation des soins SONU de qualité.

Malgré la mise en place d'un plan de sécurisation des produits SR, la gestion de ces médicaments, matériels, équipements et autres réactifs, se caractérise par (i) la faible disponibilité des médicaments qui sauvent les mères et les enfants, (ii) la mauvaise gestion des médicaments, particulièrement une mauvaise estimation des besoins à tous les niveaux, (iii) manque d'interopérabilité des différents logiciels (de Sage, Channel, DHIS-2) de gestion des produits pharmaceutiques au niveau national ; (iv) la faible disponibilité des produits sanguins, (v) l'absence d'une stratégie nationale d'acquisition et de maintenance des infrastructures et équipements dans les zones insuffisamment couvertes, (vi) la faible actualisation des normes d'équipements des structures sanitaires, et (vi) faible couverture de l'alimentation des structures sanitaires en eau et en électricité.

⁷⁵ Rapports de formation sur le logiciel de gestion des médicaments 2017

CHAP. III: PROCESSUS D'ELABORATION DU PSN SRMNIA-2019-2023

Ce plan stratégique 2019-2023 pour la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA) est élaboré dans le contexte de la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030. En outre, il est en cohérence avec l'ODD-3 visant à "donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges" et l'ODD-2.2 relatif à la malnutrition. De plus, son élaboration, exécution, suivi et évaluation constituent une des modalités de mise en œuvre de la politique nationale de santé 2016-2025 et sur le PNDS 2019-2023.

3.1. Défis et priorités découlant de la revue du plan biennal SRMNIA 2017-2018

La tenue de la revue a permis d'analyser les résultats obtenus après la mise en œuvre du plan biennal 2017-2018. Les principaux défis découlant de cette analyse sont décrits dans cette section.

3.1.1. Les défis à relever

1. Défis liés à la gouvernance, la gestion des programmes, la coordination et le partenariat

Ces défis sont notamment : (i) l'ancrage institutionnel des programmes SRMNIA, (ii) l'alignement des acteurs de la mise en œuvre du plan SRMNIA aux directives nationales ; (iii) la faiblesse des mécanismes de collaboration et de coordination efficace des partenaires ; (iv) et le faible développement du partenariat public-privé.

2. Défis liés au financement adéquat des programmes SRMNIA

Il s'agit de : (i) la mobilisation insuffisante des ressources domestiques et externes; (ii) la pérennisation de la mise en œuvre des mesures de gratuité, (iii) de la mise à jour des comptes nationaux de santé et des sous comptes santé, particulièrement ceux de la SRMNIA ; et (iv) la mise à disposition à temps des ressources financières de l'Etat et des partenaires pour réduire des écarts dans l'exécution des programmes SRMNIA, et en accroître le taux d'exécution.

3. Défis liés à la disponibilité des RH de santé (RHS) de qualité

On cite notamment : (i) le plan de développement des RH pour la mise en œuvre de la SRMNIA non actualisé ; (ii) la répartition inéquitable des RH disponible et la mobilité intense du personnel de santé ; (iii) l'insuffisance des programmes et plans de formation et de supervision systématique et régulière des RHS ; (iv) l'insuffisance du personnel de santé, notamment les professionnels qualifiés en SRMNIA, et (iv) de l'absence de mécanismes de certification et d'accréditation et/ou d'évaluation des professionnels de santé en matière de SRMNIA pour assurer une offre des soins de qualité.

4. Défis liés à la gestion des médicaments et équipements

Il s'agit de : (i) la faible disponibilité des médicaments SRMNIA, (ii) la faiblesse dans la sécurisation des médicaments et produits essentiels pour la SRMNIA, y compris les produits sanguins, et (iii) l'absence d'évaluation des besoins en équipements et matériels pour la SRMNIA.

5. Défis liés à l'amélioration de la Santé de l'adolescent et du jeune

Il s'agit de : (i) l'insuffisance des services d'information, et d'offre des soins adaptés aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes avec extension de l'offre de services SSRAJ; (ii) l'insuffisance des services de santé et d'information dans les établissements scolaires et universitaires; (iii) l'absence d'un plan de mise à l'échelle de la vaccination HPV pour la prévention du cancer du col de l'utérus ; (iv) la faible couverture des interventions d'autonomisation socio-économique ; (v) Faible participation effective des jeunes dans le planning, mise en œuvre et suivi & évaluation des programmes de santé ; et (vi) l'insuffisance de la coordination multisectorielle pour la mise en œuvre de la stratégie nationale multisectorielle de la santé des adolescents et jeunes.

6. Défis liés à l'amélioration de la santé de la femme

Il s'agit de : (i) la faible qualité des interventions à haut impact assurées ; (ii) la faible autonomisation des femmes ; (iii) l'absence d'une politique claire de prise en charge des pathologies gynécologiques phares : cancers gynécologiques, fistules obstétricales, la ménopause, stérilité, ... ; (iv) la faiblesse de l'assistance qualifiée à l'accouchement en milieu rural ; (v) la mauvaise organisation de la référence et contre référence en matière de SRMNIA à tous les niveaux du système de soins; (vi) la faible capacité nationale pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge des cancers gynécologiques, des fistules obstétricales, et de stérilité, et (vi) la faible qualité des soins maternels en situation d'urgence obstétricale, des complications du postpartum et du post-abortum.

7. Défis liés à l'amélioration de la Santé du nouveau-né et de l'enfant

Ces défis sont : (i) la faible capacité des structures des soins pour offrir un paquet de services et des soins essentiels de qualité aux nouveau-nés, nourrissons, et enfants; (ii) la faible intégration des services dans les FOSA ; (iii) la faible couverture effective des interventions à haut impact ; (iv) l'extension et complétude du paquet iCCM ; et (v) la persistance des mauvaises pratiques en matière d'ANJE.

8. Défis liés à la participation de la communauté dans les activités de SRMNIA

Il s'agit de: (i) la faible promotion des paquets de services de la SRMNIA, (ii) l'insuffisance en qualité et en quantité de sensibilisation sur les fléaux sociaux (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie, SVBG, VIH, grossesses précoces) surtout chez les adolescents; (ii) l'insuffisance des outils de communication sur la SRMNIA ; (iii) la faible communication en rapport avec les VSBG ; et (iv) la faible participation de la communauté dans l'amélioration des conditions sanitaires de la mère, de l'enfant et de l'adolescent.

9. Défis liés au Suivi et Evaluation

Les défis retenus sont : (i) la faible organisation des revues dans le domaine de la SRMNIA, (ii) la faiblesse de la revue des décès maternels et périnataux ainsi la riposte à tous les niveaux, et (iii) la faible disponibilité des données, en particulier celles de la santé des adolescents et jeunes.

3.1.2. Problèmes prioritaires :

Les problèmes prioritaires découlant des défis ci-dessus sont les suivants

1. Faiblesse dans la coordination stratégique, la planification, la collaboration intra et intersectorielle, le partenariat y compris la communauté et le secteur privé ;
2. Insuffisance de financement de la SRMNIA avec faiblesses dans la mobilisation et la gestion efficiente des financements internes et externes ;
3. Faible qualité des soins en SRMNIA due à l'insuffisance du plateau technique, matériel et humain, et non-respect des normes et standards ;
4. Insuffisance de couverture des populations ciblées en SRMNIA du fait de la faible accessibilité et disponibilité des services de qualité:
5. Faible disponibilité des médicaments essentiels SRMNIA (médicaments vitaux, produits d'urgence ainsi que produits sanguins), intrants, et autres fournitures de qualité,
6. Insuffisance dans le suivi & évaluation de la mise en œuvre des plans opérationnels SRMNIA ;
7. Insuffisance en matière de communication et mobilisation pour les programmes de SRMNIA ;
8. Inadéquation des réponses aux comportements sociaux à risque chez les adolescents, ainsi qu'à la malnutrition, aux VBG, aux troubles de stérilité et aux cancers gynécologiques.

3.1.3. Actions prioritaires retenues pour la période 2019 – 2023:

Les principales solutions aux problèmes prioritaires consistent en :

- ✓ Amélioration de l'offre des services et des soins de santé équitable et de qualité pour la mère, le nouveau-né, l'enfant, et l'adolescent(e) ;
- ✓ Amélioration des stratégies pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition ;
- ✓ Amélioration de la demande de soins et services de santé SRMNIA ;
- ✓ Amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé ;
- ✓ Renforcement du système d'approvisionnement et de gestion des Médicaments et produits essentiels de SRMNIA ;
- ✓ Renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en SRMNIA ;
- ✓ Renforcement des mécanismes du financement de la santé et de mobilisations des ressources pour tendre à la Couverture Universelle en Santé (CSU) ;
- ✓ Renforcement du leadership et de la gouvernance du secteur de la santé ;
- ✓ Renforcement du système de santé communautaire ;
- ✓ Renforcement de la gestion des questions de populations pour tendre vers le dividende démographique.

3.2. Orientations stratégiques du PSN-SRMNIA 2019-2023

3.2.1 Valeurs et principes directeurs

3.2.1.1. Valeurs

Limité à la sphère du secteur santé, ce plan prend en compte l'approche post 2015 basée sur le respect de la dignité humaine, l'équité, le développement durable et la redevabilité.

3.2.1.2. Principes Directeurs

Les principes directeurs suivants constituent un guide de conduite consensuel entre toutes les parties prenantes pour la conception, la mise en œuvre, la coordination et le suivi & évaluation du présent Plan Stratégique.

➤ **Un engagement politique fort et une appropriation des actions de la SRMNIA**

L'engagement sera effectif par l'organisation d'un cadre institutionnel SRMNIA efficace. L'engagement et l'appropriation se traduiront notamment par la mobilisation des partenaires engagés dans la SRMNIA, la mobilisation des ressources internes et externes ainsi que le respect des Accords et des Engagements Internationaux et Régionaux.

➤ **Bonne gouvernance et redevabilité**

L'atteinte des résultats fixés par ce plan stratégique exigera que des ressources adéquates soient disponibles, pérennes et suffisantes. Le principe de base de gestion reste le même : la transparence, le respect strict des procédures et l'obligation permanente de rendre compte.

➤ **Un partenariat coordonné, actif et inclusif**

Aux côtés du secteur sanitaire qui contribue à la mise en œuvre des plans stratégiques à hauteur élevée, il faut également capitaliser la contribution pertinente des autres secteurs. Certains ministères clés du secteur public (Sécurité, Jeunesse, Education, Droits humains, Genre, etc.) seront mis à contribution pour l'atteinte des objectifs. Le partenariat impliquera non seulement les partenaires techniques et financiers mais aussi le secteur privé, la communauté, ainsi que les secteurs de développement autre que la santé.

➤ **Le respect des droits et de la dignité humaine**

Cette approche sera axée sur l'intégration des soins, l'équité pour atteindre les plus vulnérables, et fondée sur les droits humains, en respect des différences du genre et des impératifs de santé dans le cycle et continuum de vie des populations ciblées (bien-être à tous âges et générations).

➤ **Accès universel et gratuité des soins**

En ce qui concerne l'accès universel aux soins de la mère et de l'enfant, le Burundi a adopté la politique de gratuité des soins aux femmes enceintes ou qui accouchent et aux enfants de moins de cinq ans depuis 2006 avec un accès gratuit aux vaccins, aux ARV, aux antipaludiques de première ligne et autres produits de la prévention. Dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, il est

important de s'assurer que toutes les cibles obtiennent les services et soins SRMNIA dont elles ont besoin, sans éprouver des difficultés financières pour en payer le coût.

3.2.2. Vision, But et objectifs

3.2.2.1. Vision

A l'horizon 2023, la croissance démographique sera maîtrisée, aucune femme ne devra mourir en donnant la vie, aucun enfant ne devra souffrir de malnutrition ni mourir de maladies évitables et chaque adolescent jouira d'une santé globale et épanouie.

3.2.2.2. But

Le but de la présente stratégie est de contribuer à l'amélioration du bien-être de la population à travers la réduction de la mortalité, des handicaps et invalidités évitables par l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité aux femmes, enfants et adolescents, particulièrement les plus vulnérables.

3.2.2.3. Objectifs généraux

Pour atteindre ce but, trois objectifs généraux sont définis :

- D'ici fin 2023, réduire de 22 % le ratio mortalité maternelle par rapport au niveau de 2016/2017 (334 à 261 décès maternels pour 100.000 NV)
- D'ici fin 2023, réduire de 35% la mortalité néonatale par rapport au niveau de 2016/2017 (23 à 15 décès néonataux pour 1000 NV)
- D'ici fin 2023, réduire de 18% la mortalité infanto-juvénile par rapport au niveau de 2016/2017 (78 à 64 décès infanto-juvéniles pour 1000 NV).
- D'ici fin 2023, réduire de 8% à 5% la fécondité des adolescentes

3.2.2.3. Objectifs spécifiques

Pour atteindre ces objectifs sous-sectoriels, sept objectifs spécifiques vont guider les interventions et les principales actions du Ministère de la Santé Publique et de lutte contre le SIDA. Il s'agit de :

- ✓ **OS 1:** Renforcer les capacités de gestion des programmes SRMNIA (planification, mobilisation des ressources, et la coordination des interventions de SRMNIA en impliquant tous les acteurs et partenaires).
- ✓ **OS 2:** Améliorer la disponibilité et l'utilisation d'informations et des services et soins de santé maternelle et de santé de la reproduction de qualité.

- ✓ **OS 3:** Améliorer la disponibilité et utilisation d'informations et des services et soins de santé néonatale, infanto-juvénile, et des enfants en âge scolaire de qualité.
- ✓ **OS 4:** Améliorer la disponibilité et l'utilisation d'informations et des services et soins de santé des adolescents et des jeunes de qualité.
- ✓ **OS 5:** Assurer la disponibilité des médicaments essentiels, des intrants spécifiques, des équipements et technologies sanitaires pour l'offre des soins en SRMNIA.
- ✓ **OS 6:** Renforcer le rôle des individus, des familles et communautés pour la demande et l'utilisation d'informations et des services de SRMNIA en zone urbaine et rural.
- ✓ **OS 7:** Renforcer le suivi et évaluation et la recherche en matière de SRMNIA.

3.2.3. Stratégies d'interventions

Objectifs spécifiques	Effets/résultats attendus	Interventions
<p>OS.1. Renforcer d'ici à 2023 les capacités de gestion des programmes SRMNIA (planification, mobilisation des ressources, et la coordination des interventions de SRMNIA en impliquant tous les acteurs et partenaires)</p>	<p>RA1.1. Les cadres de coordination impliquant tous les intervenants en matière de SRMNIA mis en place sont fonctionnels au niveau central, provincial et des DS</p> <p>RA1.2. Les priorités du plan stratégique SRMNIA 2019-2023 sont prises en compte dans les différents plans sous sectoriels à tous les niveaux</p> <p>RA1.3. Les documents normatifs en SRMNIA sont disponibles</p> <p>RA1.4. Le partenariat en SRMNIA est développé</p> <p>RA1.5. Le budget de la SRMNIA est augmenté de 10% du budget de la santé</p> <p>RA1.6. Le personnel en charge de la SRMNIA est suffisant et compétent pour offrir des soins de qualité aux populations ciblées</p>	<p>I.1.1 Renforcement du cadre institutionnel de la SRMNIA</p> <p>I.1.2 Mise en place d'un cadre de concertation intra-sectorielle sur la SRMNIA</p> <p>I.1.3 Organisation du partenariat autour de la SRMNIA, y compris le partenariat public/privé</p> <p>I.1.4 Elaboration/Actualisation et vulgarisation des normes, directives, ordinogrammes, protocoles, et modules de formation sur la SRMNIA</p> <p>I.1.5 Renforcement des capacités des ressources humaines en SRMNIA</p> <p>I.1.6 Renforcement des capacités des Equipes Cadres Provinciales et de DS en matière de planification intégrée et suivi évaluation des activités SRMNIA</p> <p>I.1.7 Appui aux ECP et aux ECD pour l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action opérationnels prenant en compte les priorités stratégiques en SRMNIA</p> <p>I.1.8 Mise en œuvre d'un plan de plaidoyer et de mobilisation des ressources financières</p> <p>I.1.9 Promotion des initiatives innovantes du financement de la SRMNIA</p>
<p>OS.2. Améliorer la disponibilité et l'utilisation d'information et des services et soins de santé maternelle et de santé de la reproduction de qualité. au niveau national</p>	<p>RA2.1. Les services de PF de qualité sont disponibles et accessibles ;</p> <p>RA2.2. Le paquet de services de soins prénatals de qualité est disponible et accessible ;</p> <p>RA2.3. Les SONU de qualité sont assurés dans les FOSA qui pratiquent les accouchements ;</p> <p>RA2.4. L'utilisation de la CPoN de qualité est améliorée ;</p> <p>RA2.5. La prévention et la PEC des cancers et affections gynécologiques est assurée ;</p> <p>RA2.6. Une supplémentation nutritionnelle chez les femmes enceintes et allaitantes, est assurée.</p>	<p>I.2.1. Accroissement de l'offre des produits et services de SSR/PF, des soins prénatals y compris la PTME, des soins périnatals, les SONU, des soins postnatals, et de la prévention des cancers gynécologiques ;</p> <p>I.2.2. Organisation de la référence et contre référence en SRMNIA</p> <p>I.2.3. Amélioration de l'état nutritionnel des femmes enceintes et allaitantes</p> <p>I.2.4. Amélioration de la disponibilité et l'accessibilité des services SRMNIA en situation humanitaire d'urgence.</p>

<p>OS.3. Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des paquets de services de santé néonatale et infanto-juvénile de qualité au niveau national.</p>	<p>RA3.1. La qualité de la PEC du nouveau-né en détresse vitale est améliorée. RA3.2. Le paquet d'interventions complet et intégré pour la santé de l'enfant dans la petite et grande enfance est disponible et accessible. RA3.3. L'offre du paquet des interventions nutritionnelles chez les enfants est assurée.</p>	<p>I.3.1. Accroissement de l'offre des produits et services de soins aux nouveau-nés, des soins intégrés (PCIMNE), de PEC pédiatrique de l'infection à VIH I.3.2. Amélioration de l'état nutritionnel des enfants (ANJE) I.3.3. Protection juridique de l'enfant (enregistrement à l'Etat civil, autres activités de protection). I.3.4.) I.3.5.</p>
<p>OS.4. Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des paquets de services de santé et des adolescents et des jeunes de qualité au niveau national.</p>	<p>RA4.1. Le paquet d'interventions pour la PEC des problèmes de santé des adolescents et des jeunes (10 à 24 ans) est renforcé. RA4.2. L'offre du paquet des interventions nutritionnelles chez les adolescents est disponible et accessible.</p>	<p>I.4.1. Accroissement de l'offre des produits et services des SSR adaptés aux adolescents, de santé scolaire, de PEC des IST, de prévention des cancers du col, des VBG, de l'alcoolisme, du tabagisme et de la toxicomanie, et de la promotion de bonnes hygiènes de vie y compris l'hygiène menstruelle chez les adolescentes. I.4.2. Amélioration de l'état nutritionnel des adolescents.</p>
<p>OS.5. Assurer la disponibilité des médicaments essentiels, des intrants spécifiques, des équipements et technologies sanitaires pour l'offre des soins en SRMNIA.</p>	<p>RA5.1. Les produits vitaux pour la santé de la mère, du nouveau-né, et de l'enfant sont disponibles dans les FOSA. RA5.2. Le plateau technique matériel des FOSA et particulièrement des FOSA/SONU est renforcé pour l'offre complète des paquets d'interventions SRMNIA.</p>	<p>I.5.1. Plaidoyer pour la disponibilité et l'accessibilité des produits de la SRMNIA I.5.2. Mise en place d'un cadre de contrôle de qualité des produits SRMNIA (13 médicaments essentiels).</p>
<p>OS.6. Renforcer le rôle des individus, des familles et communautés pour la demande et l'utilisation des services de SRMNIA en zone urbaine et rurale</p>	<p>RA6.1. La communication et la mobilisation sociale en matière de SRMNIA sont renforcées.</p>	<p>I.6.1. Renforcement de la communication pour le changement de comportement en faveur des cibles à travers les canaux de communication (radios de proximité, réseaux sociaux, canaux traditionnels, I.6.2. Renforcement de la promotion des services de SRMNIA. I.6.3. Appui aux initiatives communautaires en faveur de la SRMNIA.</p>
<p>OS.7. Renforcer le suivi et évaluation et la recherche en matière de SRMNIA.</p>	<p>RA7.1. Le système de S&E est performant et génère des informations stratégiques fiables en matière de SRMNIA RA7.2. Les enquêtes de la surveillance des événements de santé publique dans le domaine de la SRMNIA sont organisées. RA7.3. Les revues périodiques des plans SRMNIA sont organisées RA7.4. La recherche en SRMNIA est améliorée</p>	<p>1.7.1 Renforcement du système de gestion des données de SRMNIA. 1.7.2 Organisation de la surveillance des événements de santé publique dans le domaine de la SRMNIA, 1.7.3 Organisation des évaluations périodiques des plans SRMNIA 1.7.4 Organisation des recherches en SRMNIA .</p>

3.3. Cadre logique du PSN- SRMNIA Burundi 2019-2023

Une intervention est un ensemble d'activités complémentaires, planifiées et organisées pour réduire un problème ou satisfaire un besoin déterminé. Le tableau présente le cadre logique présentant l'ensemble des activités complémentaires permettant la mise en œuvre des interventions concourant à l'atteinte de chaque objectif spécifique.

O.S.1. Renforcer d'ici 2023 les capacités de gestion des programmes SRMNIA (planification, mobilisation des ressources et la coordination des interventions de SRMNIA en impliquant tous les acteurs et partenaires)											
Interventions	Activités	Indicateurs	Donnée de base 2018	Cible 2023	Chronogramme					Responsable	Programmes Impliqués
					2019	2020	2021	2022	2023		
1.1. Renforcement du cadre institutionnel de la SRMNIA	1.1.1. Organiser les réunions trimestrielles (4 réunions annuelles) du groupe thématique SRMNIA	Nombre de réunions trimestrielles tenues	0	20						SP	Programmes et direction SRMNIA
	1.1.2. Actualiser les termes de référence du groupe thématique SRMNIA	TDR groupe thématique SRMNIA actualisés	1	1						SP	Programmes et direction SRMNIA
	1.1.3. Assurer le suivi semestriel conjoint de la mise en œuvre des interventions SRMNIA au niveau opérationnel	Nombre des descentes de suivi semestriel conjoint effectués	0	10						DGSSLS	Programmes et direction SRMNIA
	1.1.4. Redynamiser le comité national SDMPR en organisant au moins une réunion mensuelle du comité SDMR	Nombre des réunions du comité SDMR tenue	0	60						PNSR	Programmes et direction SRMNIA
1.2. Renforcement du cadre technique de concertation intra sectorielle sur la SRMNIA	1.2.1. Renforcer cadre technique de coordination de la SRMNIA au niveau de la DGSSLS	Le cadre technique est renforcé	0	1						Cabinet du Ministre	Programmes et direction SRMNIA
	1.2.2. Doter au cadre technique de coordination de la SRMNIA des moyens de fonctionnement (ressources matérielles, humaines, et financières)	Nombre réunions tenues	0	20						DGR	Programmes et direction SRMNIA
	1.2.3. Planifier conjointement les interventions relatives à la SRMNIA (Les PAO des programmes tenant en compte la SRMNIA)	Nombre des PAO élaborés sur prévus	15	75						DGSSLS	Programmes et direction SRMNIA
	1.2.4. Organiser 6 réunions bimestrielles de concertation des programmes et projets impliqués dans la SRMNIA	Nombre de réunions trimestrielles tenues	0	30						DPPS	Programmes et direction SRMNIA

	1.2.5 Organiser des réunions trimestrielles de coordination des intervenants en matière de la santé sexuelle et reproductive des adolescents y compris l'intégration des services VSBG	Nombre des réunions trimestrielles effectuées	ND	20						PNSR	DGSSLS
1.3. organisation du partenariat autour de la SRMNIA y compris le partenariat public/privé	1.3.1 Elaborer une cartographie des intervenants en SRMNIA										
	1.3.2. Explorer de nouvelles opportunités de partenariat avec les autres secteurs	Nombre des réunions tenues	0	150							
	1.3.3. Tenir 2 réunions annuelles de concertation avec les acteurs des secteurs connexes à la santé	Nombre de réunions de concertations tenues	0	10						Cabinet	Programmes et direction SRMNIA
1.4 Elaboration/Actualisation et vulgarisation des normes, directives, ordinogrammes, protocoles, et modules de formation sur la SRMNIA	1.4.1. Elaborer/actualiser 35 documents normatifs, réglementaires (les normes, directives, ordinogramme, protocole et module de formation) sur la SRMNIA	documents élaborés/actualisés	0	35						DGSSLS	Programmes et direction SRMNIA
	1.4.2. Vulgariser les normes, directives, ordinogramme, protocole et module de formation sur la SRMNIA	Nombre des documents vulgarisés	0	35						DGSSLS	Programmes et direction SRMNIA
	1.4.3. Assurer la reproduction des documents stratégiques et normatifs y compris les modules élaborés (module de la PCIGA, référentiels de certification et d'accréditation des structures de soins et des prestataires en rapport avec la SRMNIA, protocole standard pour le système Tri-Evaluation-Traitement des Urgences (TETU) pédiatriques, le cadre législatif et réglementaire en SRMNIA : (i) Commercialisation produits laitiers, (ii) iodisation du sel,(iii) la fortification des aliments, (iv) les référentiels en santé scolaire, (v) référentiels en santé des adolescents et des jeunes, (vi) stratégie de la qualité des soins à la mère et à l'enfant, (VII) autres documents des programmes, ...)	Nombre des documents produits	0	35							DGSSLS,

1.5. Renforcement des capacités des ressources humaines SRMNIA	1.5.1. organiser des ateliers de formations pour des prestataires a tous les niveaux sur les différents thèmes la SRMNIA	Nombre d'ateliers de formation tenus sur la SRMNIA	0	1000						DGSSLS	Programmes et direction SRMNIA
	1.5.2. Elaborer/Actualiser la cartographie des professionnels de santé de toutes catégories qualifiés et formés en SRMNIA	La cartographie des professionnels de santé de toutes catégories qualifiées et formées en SRMNIA est élaborée	0	1						DGR	Programmes et direction SRMNIA
	1.5.3 Procéder à l'évaluation et la contractualisation des diplômés sans emploi en SRMNIA	Nombre des diplômés engagé		500						DGR	Programmes et direction SRMNIA
	1.5.4 Organiser des stages de formation sur terrain de 300 médecins, 200 sages-femmes et 1500 infirmiers dans la réparation chirurgicale des fistules obstétricales, chirurgie de district/SONU, soins des adolescents, ...	Proportion des prestataires formés		2000						PNSR	DGSSLS, PCIME
	1.5.5 Organiser des visites annuelles d'échanges d'expérience des RH (appui des paires, coaching, ...) y compris les visites entre les provinces ou entre les DS	Nombre de visites organisées	0	1200						DGSSLS	Programmes et direction SRMNIA
	1.5.6 Elaborer un plan national de formation continue du personnel en SRMNIA y compris les ASC/mamans lumières	Nombre de plan national de formation continue élaboré	0	1						DGR	Programmes et direction SRMNIA
	1.5.7 Organiser 1000 missions de mentorat et de tutorat en matière de SRMNIA, notamment pour la PTME et les SONU	Nombre de visites de mentorat et tutorat organisées		1000						PNSR	PCIMA
	1.5.8 Soutenir la participation annuelle de 10 prestataires à des conférences et congrès internationaux sur la SRMNIA	Proportion des cadres du MSPLS ayant participé à des conférences internationales	0	50						DGSSLS	Programmes et direction SRMNIA
	1.5.9 Introduire dans les curricula de 50 écoles de formation des professionnels de santé les modules sur la SRMNIA	Nombre d'écoles ayant intégré dans le curricula la SRMNIA	0	50						DGSSLS	Programmes et direction SRMNIA

	1.5.10. Organiser les séances de concertation avec le ministère en charge de l'éducation pour améliorer la formation de base des professionnels de santé en y intégrant les modules sur la SRMNIA	Nombre d'institutions de formation ayant intégré la SRMNIA dans leur cursus de formation	0	10						MSPLSMINE DUC	Programmes et direction SRMNIA
1.6. Renforcement des capacités des programmes, des ECP et ECD en matière de planification intégrée et suivi/évaluation des activités SRMNIA	1.6.1. former et recycler les ECP, ECD, FOSA et ASC sur la planification intégrée et suivi évaluation des activités SRMNIA	Nombre des ECP, ECD, FOSA et ASC formés	0	1000						DGSSLS	Programmes et direction SRMNIA
	1.6.2. Elaborer 5 plans opérationnels annuels (PAO) par programme, province et DS de mise en œuvre de la SRMNIA	Nombre de plans d'action opérationnels (PAO) élaborés	0	75						DGSSL,	Programmes et direction SRMNIA
	1.6.3. Tenir des ateliers d'analyse situationnelle de la province, des DS	Nombre réunions d'analyse tenues	0	330						BPS, BDS	ECD, Titulaires des CDS, les chargés des données dans les CDS
1.7. Appui aux ECP et aux ECD pour l'élaboration et la mise en œuvre des PAO prenant en compte les priorités stratégiques en SRMNIA	1.7.1. Former les cadres du niveau central sur l'appui des provinces et des DS en matière de planification SRMNIA	Nombre des cadres formés	0	30						DGP, Program BPS, BDS	Programmes et direction SRMNIA
	1.7.2. Organiser les missions d'appui du niveau national vers les ECP et les ECD lors de l'élaboration des PAO intégrant la SRMNIA	Nombre de missions d'appui organisées		330						DGSSLS	Programmes et direction SRMNIA
1.8. Mise en œuvre d'un plan de plaidoyer et de mobilisation des ressources financières	1.8.1. Elaborer la cartographie du financement du plan SRMNIA	Nombre de cartographie élaborée	0	1						SP	Programmes et direction SRMNIA
	1.8.2 Elaborer un plan de plaidoyer et de mobilisation des ressources financières additionnelles pour la mise en œuvre du plan SRMNIA	Nombre de plan de plaidoyer élaboré	0	1						DGSSLS	Programmes et direction SRMNIA
	1.8.3 Elaborer annuellement le sous compte SRMNIA dans le cadre des comptes nationaux de santé	Nombre des rapports des CNS reprenant les sous compte SRMNIA	0	5						CNS	Programmes et direction SRMNIA

	1.8.4 Organiser une réunion annuelle de plaidoyer auprès de la commission parlementaire santé pour l'amélioration du budget annuel santé et SRMNIA	Nombre des réunions organisées	0	5						Secrétariat Permanent (SP)	DGSSLS, Programmes et direction SRMNIA
	1.8.5 Organiser une table ronde de mobilisation de fonds pour le plan SRMNIA auprès des PTFs et autres	Proportion du budget mobilisé pour la SRMNIA par rapport au budget du PSN SRMNIA	0%	80%						SP	Programmes et direction SRMNIA
	1.8.6. organiser des ateliers de mobilisation des ressources financières	Nombre d'ateliers organisés	0	5						SP	Programmes et direction SRMNIA
1.9. Promouvoir des initiatives innovantes du financement de la SRMNIA	1.9.1. Organiser des tables rondes pour l'identification de nouveaux partenaires potentiels pouvant financer la SRMNIA	Nombre de tables rondes organisées	0	2						SP	Programmes et direction SRMNIA
	1.9.2 Evaluer la mise en œuvre des mesures de gratuité et autres d'exemption pour la SRMNIA	Existence d'un rapport d'évaluation	0	1						DGSSLS	Programmes et direction SRMNIA
	1.9.3 Soutenir la politique nationale de protection sociale et la mise en place des instruments de sa mise à l'échelle	Nombre des mutuelles santés fonctionnelles	0	5						DGSSLS	Programmes et direction SRMNIA
	1.9.4 Appuyer financièrement la mise en place du Financement Basé sur les performances au niveau communautaire (FBP communautaire) dans 10 DS	Nombre des DS ayant intégré la FBP communautaire	20	46						DGSSLS	Programmes et direction SRMNIA
O.S.2. Améliorer la disponibilité et l'utilisation d'informations et des services et soins de santé maternelle et de santé de la reproduction de qualité.											
Interventions	Activités	Indicateurs	Donnée de base 2018	Cible 2023	Chronogramme					Responsable	Program Impliqués
					2019	2020	2021	2022	2023		
2.1. Accroissement de l'offre des produits et services de SSR/PF, des soins prénatals y compris la PTME	2.1.1 Offrir un paquet complet des services de consultations prénuptiale et pré-conceptionnelle.	% des FOSA offrant un paquet complet des services de consultations prénuptiale et pré-conceptionnelle.	ND	35%		15%				PNSR	DGSSLS

et la vaccination de la femme enceinte, des soins périnataux, des soins postnatals, et de la prévention et PEC des IST, cancers gynécologiques et des fistules	2.1.2 Offrir un paquet complet des Services de la PF de qualité	% des CDS offrant des services de PF de qualité										
		% des Hôpitaux offrant des services de PF de *qualité	33%	40%						PNSR	DGSSLS	
		% des GASC offrant les services de PF et qui rapportent	ND	80%							PNSR	DSNIS
		% des CDS privés offrant les services de PF de qualité	ND	80%							PNSR	PNSR, DODS
	2.1.3 Offrir le paquet complet des services CPN aux femmes enceintes.	% des FOSA offrant des services de CPN de qualité	62%	80%							PNSR	DGSSLS
	2.1.4 Assurer un accouchement de qualité dans les formations sanitaires	% des FOSA ayant des capacités opérationnelles d'offrir des SONUB de qualité	63%	80%							PNSR	DGSSLS, PCIME
		% des hôpitaux ayant des capacités opérationnelles d'offrir des SONUC de qualité	ND	80%							PNSR	DGSSLS, PCIME
		% de CDS privés ayant les capacités opérationnelles d'offrir des SONUB de qualité	ND	50%							PNSR	PNSR, DODS
	2.1.5 Assurer un système de surveillance des décès maternels et périnataux et riposte (SDMPR) de qualité à tous les niveaux de soins	% des décès maternels et néonataux notifiés et audités	71,3% (décès maternels)	95%							PNSR	DGSSLS, PCIME, DSNIS
	2.1.6 Offrir un paquet complet des services de CPoN aux accouchées.	% des FOSA offrant un paquet complet des services de CPON dans les 48h suivant l'accouchement	60%	80%							PNSR	DGSSLS

	2.1.7 Offrir un paquet de services de prévention et de PEC des IST/VIH, Hépatites, les cancers gynécologiques et autres affections gynécologiques	% des FOSA ayant des capacités opérationnelles pour faire le dépistage et prise en charge des lésions précancéreuses du col de l'utérus	30%	78%						PNSR	DGSSLS
	2.1.8 Offrir un paquet complet des services de prévention et de PEC des fistules obstétricales.	% des FOSA offrant un paquet complet des services de prévention, de dépistage précoce et PEC des fistules obstétricales.	15%	45%						PNSR	DGSSLS
2.2. Organisation de la référence et contre-référence en SRMNIA	2.2.1 Organiser des activités de mise à jour, de validation, de dissémination du manuel des procédures de la gestion du système de référence et contre référence	% des FOSA disposant du manuel des procédures de la gestion du système de référence et contre référence mise à jour et validés	ND	80%						DGSSLS	Programmes et direction SRMNIA
	2.2.2 Réorganiser le fonctionnement et la gestion du système de référence et contre-référence pour la SRMNIA au niveau des DS	% des districts sanitaires disposant d'un système de référence et contre-référence fonctionnel	ND	40%						DGSSLS	Programmes et direction SRMNIA
	2.2.3 Développer le partenariat avec les autres secteurs pour le renforcement de la référence dans les hôpitaux.	Nombre de réunions de concertation organisée sur la référence et contre référence.	0	5						SP	Programmes et direction SRMNIA
	2.2.4 Doter les DS des ambulances motorisées	% d'ambulances distribuées	ND	48						DGSSLS	Programmes et direction SRMNIA

	2.25 Développer un partenariat avec les sociétés de téléphonie mobile pour faciliter la communication entre les CDS et les hôpitaux de références.	% des districts sanitaires ayant un mécanisme de communication par téléphonie mobile entre les FOSA dans le cadre du système de référence et contre référence.	0	1						SP	Programmes et direction SRMNIA	
2.3. Amélioration de l'état nutritionnel des femmes enceintes et allaitantes	2.3.1 Offrir le paquet complet de services de prévention et de prise en charge nutritionnel des femmes enceinte et allaitante	% des FOSA offrant les services de dépistage et prise en charge nutritionnel des femmes enceintes et allaitantes	0	68%						PRONIANUT	DGSSLS	
2.4. Amélioration de la disponibilité et l'accessibilité des services SRMNIA en situation humanitaire d'urgence.	2.4.1. Distribuer des kits SR X dans les FOSA en situation d'urgence.	Nombre de kits distribués	ND	297 kits)	99 blocs			99 blocs		99 blocs	Urgences épidémiologiques	DGSSLS
	2.4.2. Elaborer les directives nationales pour la mise en place d'un DMU en SRMNIA	Directives nationales disponibles	0	1	-	-	-	-		1	Urgences épidémiologiques	DGSSLS
	2.4.3 Faire des missions d'évaluation rapide des besoins en SRMNIA	Nombre de missions d'évaluation réalisées	0	2	2	2	2	2	2	10	Urgences épidémiologiques	DGSSLS
	2.4.4. Tenir des ateliers trimestriels de coordination des interventions en DMU en SRMNIA	Nombre d'ateliers tenus	0	4	4	4	4	4	4	20	Urgences épidémiologiques	DGSSLS
	2.4.5. Formation des prestataires de soins et les responsables sanitaires sur le dispositif minimum d'urgence (DMU) en SRMNIA	Nombre de DS disposant de personnes formées sur le dispositif minimum d'urgence (DMU) en SR	0	23	23	0	0	0	0	46	Urgences épidémiologiques	DGSSLS
	2.4.6. Supervision des prestataires assurant les activités de DMU en SRMNIA	Proportion d'équipes district en situation d'urgence supervisées par trimestre	0	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Urgences épidémiologiques

O.S.3. Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des paquets de services de santé néonatale et infanto-juvénile de qualité au niveau national.

Interventions	Activités	Indicateurs	Donnée de base 2018	Cible 2023	Chronogramme					Responsable	Programmes Impliqués
					2019	2020	2021	2022	2023		
3.1 Accroissement de l'offre des produits et services de soins aux nouveau-nés, des soins intégrés (PCIMNE), de PEC pédiatrique de l'infection à VIH	3.1.1. Former les prestataires de soins sur les soins essentiels du nouveau-né et la prise en charge intégrée des principales complications néonatales (prématurité, Faible Poids à la Naissance, asphyxie, infection.)	% des formations sanitaires ayant au moins 2 prestataires formés	24% (SARA 2017)	50%						PNSR	PNSR, DODS, PCIME
	3.1.2 Aménager et équiper les centres de santé pour l'offre des soins essentiels du nouveau-né y compris les soins maman Kangourou.	% des FOSA ayant des espaces adaptés pour l'offre des soins Méthode Kangourou	29% (SARA 2017)	50%						PNSR	PNSR, DODS, PCIME
	3.1.3 Doter les hôpitaux des médicaments, équipements et matériels adaptés pour la PEC des principales complications néonatales (prématurité, Faible Poids à la Naissance, asphyxie, infection.)	% des FOSA ayant des médicaments, équipements et matériels adaptés pour l'offre des soins essentiels du nouveau-né et la PEC des principales complications néonatales	ND	30%						PNSR	PNSR, DODS, PCIME
	3.1.4 Former les prestataires de soins sur la PEC d'une possible infection bactérienne sévère là où la référence est difficile	% des FOSA ayant au moins 2 prestataires formés	ND	30%						PNSR	PNSR, DODS, PCIME
	3.1.5 Renforcer les capacités les acteurs communautaires et des prestataires sur l'approche ECD: Early Child Developemet (développement de la petite enfance)	% des FOSA ayant au moins 2 prestataires formés	ND	30%						PNSR	PNSR, DODS, PCIME

3.1.6 Renforcer les capacités (compétences, matériels et équipements) des structures de soins sur les précautions standards de prévention et contrôle des infections	% des FOSA disposant de tous les éléments des précautions standards de prévention et contrôle des infections	4%	30%							PNILS	Programmes et direction SRMNIA
3.1.7 Assurer la notification et la revue des décès périnataux dans les structures de soins et au niveau communautaire	% des FOSA qui assurent la notification et la revue des décès périnataux survenus dans les FOSA	0%	25%							PNSR	PNSR, DODS, DSNIS, SIMR
	% des décès périnataux survenus au niveau communautaire, notifiés et revu	0%	25%							PNSR	PNSR, DODS, DSNIS, SIMR
3.1.8 Rendre disponible et accessible le vaccin contre l'hépatite B pour les nouveau-nés, nés des mères séropositives à l'hépatite virale B	% des n-nés des mères séro+ à l'hépatite virale B qui ont bénéficié d'un vaccin dans les 72h suivant la naissance	ND	15%							PNLS/IST	PNLS, PNSR, PEV, DODS,
3.1.9 Renforcer les capacités des districts pour assurer l'identification des signes de danger chez le nouveau-né en vue d'une référence précoce vers les structures de soins et conseil aux accouchés.	% des DS ayant des ASC formés sur l'identification des signes de danger chez le nouveau-né et le conseil aux accouchés.	8%	30%							PNSR	PNSR, DODS, PCIME
3.1.10 Renforcer les compétences des districts sanitaires pour l'offre du paquet complet iCCM (formation, équipements, médicaments et autres intrants)	% des districts offrant le paquet sur l'iCCM	46.50%	80%							DODS	DODS, PCIME, PNSR
3.1.11 Renforcer les capacités des structures des soins pour l'offre de soins préventifs et curatifs de l'enfant (PCIME clinique)	% des FOSA ayant des capacités d'offrir des soins préventifs et curatifs de l'enfant	24%	50%							PNSR	PNSR, DODS, PCIME

	3.1.12 Assurer la disponibilité du matériel, équipements, et autres intrants pour le dépistage précoce du VIH chez les nouveau-nés, nés des mères séropositives (appareils portatifs et de Kits pour PCR à au moins un hôpital/province)	% provinces disposant d'au moins un hôpital ayant un appareil portatif pour la PCR	6% (1hôpital/18)	100%							PNLS/IST	PNLS, PNSR, PEV, DODS,
	3.1.13 Assurer la vaccination de qualité en routine des populations cibles.	Couverture vaccinale effective dans les FOSA	79%	90%								
	3.1.14 Renforcer les capacités du plateau technique (Protocoles, Formations, équipement, matériel, médicaments) des hôpitaux pour la prévention et PEC intégrée des maladies chroniques chez l'enfant (Diabète, Drépanocytose)	% des hôpitaux ayant des capacités techniques d'assurer la PEC intégrée maladies chroniques chez l'enfant (Diabète, Drépanocyte)	ND	15%							PILMCNT	PILMCNT DODS, PCIME, PNSR
3.2 Amélioration de l'état nutritionnel des enfants	3.2.1 Renforcer la mise en œuvre des approches de préventions et de prise en charge de la malnutrition au niveau communautaire (FARN/FAN, ANJE, MNPs)	% de DS mettant en œuvre les approches de préventions et de PEC de la malnutrition au niv communautaire (FARN/FAN, ANJE, MNP)	46,5%	75%							PRONIANUT	PRONIANUTD PSHA
	3.2.2 Renforcer les compétences des prestataires de soins sur la PCIMA	% des FOSA ayant au moins 2 prestataires formés sur la PCIMA	51%	75%							PRONIANUT	DPSHA
	3.2.3 Doter les FOSA en intrants nutritionnels, médicaments, outils et matériel nécessaire pour la prise en charge de la malnutrition	% des FOSA ayant des intrants nutritionnels, médicaments, outils et matériel pour la PEC de la malnutrition	51%	75%							PRONIANUT	DPSHA
3.3 Protection juridique de l'enfant (enregistrement à l'Etat civil, autres activités de protection)	3.3.1 Renforcer les capacités des prestataires de santé et d'état civil sur l'utilisation du carnet ME et la mise en œuvre de l'ordonnance ministérielle conjointe (MSPLS/Ministère de l'Intérieur, de la	% des FOSA ayant au moins un prestataire formé sur l'utilisation du carnet mère-enfant et des textes de loi d'état-civil	26%	50%							DODS	PNSR

Formation Patriotique et du Développement communal et les textes de loi d'état civil	% des communes ayant au moins un officier d'état-civil formé sur l'utilisation du carnet mère-enfant et des textes de loi d'état civil	26%	50%						DODS	PNSR
3.3.2 Appuyer la multiplication des Carnet de santé Mère-Enfant	Nombre de carnets multipliés	500.0000 CME	2.500.000 CME						DODS	PNSR
3.3.3 Appuyer la multiplication des fiches de suivi de la croissance /abandons	Nombre de fiches de suivi de la croissance/abandons multipliées	500.0000 CME	2.500.000 CME						DODS /PEV	PNSR /PEV
3.3.3 Assurer la coordination et le suivi des activités sur l'usage du carnet mère-enfant et l'enregistrement des enfants à l'état-civil.	Nombre d'ateliers de coordinations réalisées	0	180						DODS	PNSR
3.3.4 Améliorer la prévention et la PEC des problèmes de santé les plus courants en milieu scolaire (accidents, infections respiratoires, malnutrition, problèmes dentaires, Infections oculaires, parasitose digestive, et Infections cutanées.)	% des établissements scolaires qui organisent la prévention et la PEC des problèmes de santé les plus courants en milieu scolaire	ND	30%						DPSHA	PNSR PRONIANUT, PEV, MTN

O.S.4. Améliorer la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services et soins de santé de qualité aux adolescents au niveau national.

Interventions	Activités	Indicateurs	Donnée de base 2018	Cible 2023	Chronogramme					Responsable	Programmes Impliqués
					2019	2020	2021	2022	2023		
4.1 Accroissement de l'offre des produits et services SSR adaptés aux adolescents, de santé scolaire, de PEC des IST, de prévention des cancers du col, des VSBG, de l'alcoolisme, du tabagisme et de la toxicomanie, et de la promotion de bonnes hygiènes de vie	4.1.1 Mettre à jour et diffuser les normes et standard sur le paquet d'information et des services à offrir aux adolescents intégrant la SR/PF, la vaccination contre le HPV, la 5ème et le 6ème dose du vaccin contre la diphtérie et le tétanos, la prévention contre les cancers gynécologiques, les volets nutritionnel, psychologique et la prévention de la consommation d'alcool, du tabac et d'autres substances psycho-affectives	% de FOSA disposant des documents normatifs intégré sur les services à offrir aux adolescents dans les FOSA	ND	90%						PNSR	DGSSLS
	4.1.2 Renforcer les ECD à conduire des supervisions axées sur le coaching des prestataires en SSRAJ et VSBG (Formation et équipement)										
	4.1.3 Accroître le nombre de centres de santé respectant les standards pour offrir les services adaptés aux adolescents et des jeunes	% des CDS amis de jeunes qui offrent les services SSRAJ de qualité	17,5%	75%						PNSR	DGSSLS
	4.1.4 Renforcer les capacités des réseaux socio communautaires autour des CDSAJ sur la SSRAJ et la communication avec les adolescents et la prévention des VSBG (enseignants, parents, paires éducateurs, les leaders religieux, les responsables administratifs)	% des centres de santé amis des jeunes ayant des réseaux sociocommunautaires fonctionnels	17%	52%						PNRS	DGSSLS, ICCM
	4.1.5 Mettre en place des groupes associatif d'épargne/ crédit pour jeunes en dehors du milieu scolaire	Nombre de groupes associatifs fonctionnel	ND	18						PNSR	DGSSLS

4.1.6 Organiser les campagnes de mobilisation communautaire dans les occasions des journées nationales et internationales dédiées aux adolescents impliquant les associations communautaires	Nombres de campagne organisée	ND	5						PNSR	DGSSLS
4.1.7 Renforcer les capacités techniques des FOSA sur la prévention, la détection précoce et la prise en charges des lésions précancéreuses du col de l'utérus	% des Fosas offrant les services de prévention la détection précoce et la prise en charges des lésions précancéreuses	2%	10%						PNSR	DGSSLS
4.1.8 Mettre à l'échelle la vaccination HPV dans tout le pays	% des DS ayant intégré la vaccination HPV	ND	60%						PEV	PNSR, DGSSLS
4.1.9 Introduire la 5 ^{ème} et la 6 ^{ème} dose du vaccin contre la diphtérie et le tétanos chez les enfants de 6 à 7 ans et de 9 à 13 ans	% des DS ayant intégré la vaccination la 5 ^{ème} et la 6 ^{ème}	0%	60%						PEV	PEV
4.1.10 Intégrer dans les FOSA le dépistage et la prise en charge des hépatites virales	% des FOSA offrant des services et la prise en charge des hépatites	ND	40%						PNSR	DGSSLS
4.1.11 Mettre en place un plan de renforcement des capacités des acteurs clés en matière de SRMNIA	Un plan de renforcement des capacités exécuté	ND	1						DGR	DGSSLS
4.1.12 Renforcer les capacités techniques des prestataires de santé dans les activités promotionnelles sanitaires et nutritionnelles chez les adolescents	Proportion de FOSA qui dispose d'un personnel formé sur la promotionnelles et nutritionnelles	51%	75%						PRONIANUT	PNSR
4.1.13 Intégrer les hommes champions dans les réseaux communautaires (SSRAJ)	Nombre de réseau ayant les hommes champions en SSRAJ	ND	16						PNSR	DGSSLS
4.1.14 Intégrer les séances d'éducation pour la santé dans les programmes scolaires, y compris les VSBG, la gestion du bien-être, l'hygiène des élèves et l'hygiène menstruelle.	Nombre d'établissements scolaires assurant l'éducation pour la santé	ND	180						PNSR	DPSHA, Santé scolaire

4.1.15 Améliorer la prise en charge globale des VSBG dans les FOSA intégrant les enfants et les adolescents	Nombre de FOSA Assurant la prise en charge globale intégrant des enfants et adolescents survivants des VSBG	ND	180						PNSR	DGSSLS
	% des FOSA ayant au moins un prestataire formé sur la prise en charge médicale des VSBG	50%	80%						PNSR	DGSSLS
4.1.16 Accroître le nombre de centres intégrés provinciaux de prise en charge des VSBG	Proportion de province disposant des centres intégrés de PEC des VSBG	(27,77%)	60%						PNSR	PNLS/IST, MDHPSG, JUSTICE, SECURITE PUBLIQ, PTFS
4.1.17 Produire et disséminer le matériel IEC sur la SRMNIA/ VSBG adapté aux jeunes et adolescents	Nombre de Matériel d'IEC produit et dissémine	ND	15						PNSR	DGSSLS
4.1.18 Organiser des séances de sensibilisation de la communauté sur tous les thèmes de la SRMNIA/VSBG chez les Adolescents et les jeunes	Nombre des séances de sensibilisation organisées	ND	850						PNSR	DGSSLS
4.1.19 Equiper les FOSA en matériel de soins spécifique des VSBG (les kits post viol y compris les kits de dignités).	Nombre de Fosa équipé en kits post - viol	ND	1031						PNSR	DGSSLS
4.1.20 Mener des missions de Plaidoyer pour la gratuité des soins et services offerts aux survivants des VSBG y compris l'expertise médicale	% de FOSA assurant la gratuité des soins spécifiques aux victimes de VSBG, y compris l'expertise médicale	ND	15						PNSR	DGSSLS
4.1.21. Intégrer la prise en charge globale des VSBG dans les autres services de la SRMNIA	% des FOSA qui intègrent la prise en charge des VSBG dans les autres services	ND	50%						PNSR	DGSSLS

4.2 Amélioration de l'état nutritionnel des adolescents	4.2.1 Mener l'évaluation annuelle de la malnutrition au niveau des écoles	Rap d'évaluation annuelle disponible	ND	5						DPSHA, Santé scolaire	PNSR, PRONIANUT
	4.2.2 Offrir un paquet complets des services et soins nutritionnels chez les adolescents dans les 46 DS	% des FOSA qui offrent les services nutritionnels chez les adolescents	ND	60%						PRONIANUT	PNSR
O.S.5. Assurer la disponibilité des médicaments essentiels, des intrants spécifiques, des équipements et technologies sanitaires pour l'offre des soins en SRMNIA.											
Interventions	Activités	Indicateurs	Donnée de base 2018	Cible 2023	Chronogramme					Responsable	Programmes impliqués
					2019	2020	2021	2022	2023		
5.1 Plaidoyer pour la disponibilité et l'accessibilité des produits de la SRMNIA	5.1.1 Participer à l'actualisation de la liste standard des médicaments SRMNIA pour le Burundi	Liste standard des médicaments SRMNIA	0	1						Secrétariat Permanent	Groupe thématique SRMNIA
	5.1.2 Intégrer tous les produits SRMNIA dans la liste nationale des médicaments essentiels actualisée	% de produits SRMNIA inscrit sur la LME	ND	100%						DPML	Tous les programmes SRMNIA
	5.1.3 Mettre en place un cadre de planification conjointe (DPML, CAMEBU, Programmes et PTFs) pour faire une quantification intégrée de tous les produits SRMNIA et équipements	Document officiel de mise en place disponible	0	1						Secrétariat Permanent	
		Nombre de réunions de planification conjointe tenues et sanctionnée par un PV	0	5						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA
	5.1.4 Rendre disponible tous les produits SRMNIA dans les FOSA	% des FOSA avec taux de disponibilité des médicaments SRMNIA au-dessus de 80%	ND	40%						CAMEBU	Tous les programmes SRMNIA
	5.1.5 Mettre à jour les mécanismes des subventions des produits SRMNIA.	% de produits SRMNIA subventionnés.	ND	100%						Groupe thématique SRMNIA	Programmes SRMNIA et PTFs
	5.1.6 Former les prestataires des soins au niveau des hôpitaux sur le système de transfusion sanguine	Nombre de prestataires formés sur le système de transfusion sanguine	0	480						CNTS	PNSR, PCIME

	5.1.7 Doter de tous les hôpitaux de district en équipements adaptés pour la banque de sang	% d'hôpitaux de District avec matériel équipement pour la banque de sang	ND	80%						CNTS	PNSR, PCIME
5.2 Mise en place d'un cadre d'assurance de qualité des produits SRMNIA	5.2.1 Mettre en place un comité technique pour l'assurance qualité des médicaments SRMNIA.	Document officiel de mise en place du comité	0	1						Secrétariat permanent du MSPLS	Tous les programmes SRMNIA
		Réunions annuelles tenues avec PV disponible	0	5						DPML	Groupe thématique SRMNIA PTF
	5.2.2 Renforcer les capacités de laboratoire national de référence en analyse et contrôle de la qualité des médicaments SRMNIA	Nombre de molécules analysées	0	32						DPML	Groupe thématique SRMNIA PTF
	5.2.3 Former les gestionnaires des pharmacies des BDS, hôpitaux et CDS sur la gestion des intrants SRMNIA	Nombre de gestionnaires des structures sanitaires formes	0	720						DPML CAMEBU,	Tous les programmes
	5.2.4 Disséminer à tous les niveaux les directives nationales sur la pharmacovigilance	Nombre de FOSA disposants les directives nationales	ND	852						DPML CAMEBU,	Tous les programmes
	5.2.5 Former les prestataires de soins sur la pharmacovigilance	Nombre de prestataires formés	ND	720						DPML CAMEB,	Tous les programmes
	5.2.6 Mettre en place un système d'interconnexion entre les différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement dans la gestion des intrants (e-LMIS)	un système d'interconnexion entre les différents niveaux de la chaîne est fonctionnel	ND	1						DPML CAMEBU,	DSNIS, Tous les programmes
	5.2.7 Procéder au prélèvement et à l'analyse et contrôle de la qualité des échantillons tirés des médicaments SRMNIA.	% de lots analysé	10%	40%						Comité technique	Groupe thématique SRMNIA
	5.2.8 Mettre en place des mécanismes de subventions de l'analyse et contrôle de qualité des échantillons prélevés	% d'analyses subventionnées	0	50%						Groupe thématique SRMNIA	Groupe thématique SRMNIA et PTF

	5.2.9 Organiser une formation des prestataires de soins sur la maintenance préventive des équipements pour l'offre des services SRMNIA	Nombre de prestataires de soins formés sur la maintenance préventive des équipements SRMNIA	ND	520							DPML CAMEBU,	Tous les programmes
O.S.6. Renforcer le rôle des individus, des familles et communautés pour la demande et l'utilisation des services de SRMNIA en zone urbaine et rural												
Interventions	Activités	Indicateurs	Donnée de base 2018	Cible 2023	Chronogramme					Responsable	Programmes Impliqués	
					2019	2020	2021	2022	2023			
6.1 Renforcement de la communication pour le changement de comportement en faveur des cibles à travers les canaux de communication (radios de proximité, réseaux sociaux, canaux traditionnels, etc.	6.1.1 Elaborer un plan intégré de communication (PIC) en appui à la SRMNIA	Nombre de plan élaboré	0	1						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA	
	6.1.2 Produire des émissions audio-visuelles éducatives sur les thématiques de la promotion de la SRMNIA	Nombre d'émissions audio-visuelles produites et diffusées	2 émissions par mois	530						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA	
	6.1.3 Produire des supports audio-visuels IEC sur différents thèmes de la SRMNIA	Nombre de supports audio-visuel produit et diffusé	1 diffusion par mois est réalisée	100						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA	
	6.1.3 Produire des outils IEC sur des sujets de la SRMNIA	Nombre d'outils IEC produits et diffusés	1	59						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA	
	6.1.4 Initier une cellule d'archivage dans chaque programme mettant en œuvre la SRMNIA sur les productions de la communication.	Nombre de programmes ayant initié une cellule d'archivage.	Collection des outils existant	6						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA	
	6.1.5 Organiser des campagnes/DS d'info sensibilisation sur la promotion de la SRMNIA.	Nombre de campagnes d'info sensibilisation est organisée par an	0	230						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA	
	6.1.6 Organiser des conférences-débats, des synergies médias et des points de presse sur les thématiques en rapport avec la SRMNIA	Nombre de journées d'information et sensibilisation organisées	0	18						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA	

	6.1.7 Sensibiliser la communauté à la contribution pour le fonctionnement des ambulances (Système de référence contre référence)	Proportion de ménages ayant contribué au fonctionnement des ambulances par province	ND	70%						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA
	6.1.8 Réaliser des séances d'information et de sensibilisation de la communauté à l'aide des véhicules lance-voix et/ou cinéma-mobile et/ou théâtres interactifs en faveur de la SRMNIA.	Nombre de séances d'information et de sensibilisation réalisées	ND	900						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA
	6.1.9 Mobiliser la communauté pour le don de sang afin de garantir la qualité des SONU	Nombre de séances de mobilisation communautaire pour le don de sang réalisées	ND	20						CNTS	Tous les programmes SRMNIA
	6.1.10 Organiser des séances de renforcement des connaissances des parents sur la communication parents-enfants(Familles) en SRMNIA à raison de d'une séance par zone	Nombre de séances de renforcement des connaissances tenues	0	333						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA
6.2. Renforcement de la promotion de l'utilisation des services de SRMNIA	6.2.1 Appuyer les CDS publics et confessionnelles, et les centres jeunes en matériel et outils IEC	Nombre de CDS amis des jeunes et les centres jeunes appuyés et fonctionnel	ND	919						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA
	6.2.2. Organiser les séances de promotion de l'hygiène communautaire et PFE en faveur de la SRMNIA à raison de deux séances par an et par ASC	nombre de séances de promotion faites	ND	60 000 séances						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA
	6.2.3 Documenter et partager les bonnes pratiques en rapport avec SRMNIA	Nombre de documentaires sur les bonnes pratiques SRMNIA produit	0	2							
6.3. Appui aux initiatives communautaires en faveur de la SRMNIA	6.3.1. Appuyer un réseau socio-communautaire par communes dans la promotion des services de la SRMNIA (ASC, Pairs éducateurs, les religieux, les leaders communautaires, etc.)	Nombre de réseaux socio-communautaires appuyés et fonctionnels	0	119						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA

	6.3.2 Mener une séance annuelle de plaidoyer auprès des décideurs sanitaires et PTF pour la mobilisation des fonds en faveur de la SRMNIA à tous les échelons.	Nombre tables rondes tenues	0	5						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA
	6.3.3 : Elaborer un manuel de formation communautaire SRMNIA incluant les techniques de communication/CCC	Un guide élaboré et diffusé	0	1						PNSR	Tous les programmes SRMNIA
	6.3.4 Former 10 acteurs communautaires par collines sur le manuel communautaire SRMNIA	Nombre d'acteurs communautaires formés	0	29.560						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA
	6.3.5. Initier un groupe collinaire modèle et mixte (parents, jeunes, leaders communautaires, religieux, mères célibataires etc. ;) pour la pérennisation des bonnes pratiques de la SRMNIA.	Nombre de groupes collinaires mis en place.	0	2.956						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA
O.S.7. Renforcer la supervision, le suivi-évaluation et recherche sur la SRMNIA											
Interventions	Activités	Indicateurs	Donnée de base 2018	Cible 2023	Chronogramme					Responsable	Programmes Impliqués
					2019	2020	2021	2022	2023		
7.1. Renforcement du système de gestion des données de SRMNIA.	7.1.1. Réviser, Produire et diffuser les outils standards de collecte/rapportage de données y compris la mise à jour des directives nationales SRMNIA et la formation des prestataires.	% des FOSA qui disposent des outils standards révisés	50 %	70%						DSNIS	Tous les programmes SRMNIA
		% des FOSA ayant des prestataires formés	60%	80%							Tous les programmes SRMNIA
	7.1.2. Organiser des Ateliers trimestriels d'analyse et validation de données au niveau national.	% des FOSA ayant au moins un score minimum de qualité de données tel que défini par les différents programmes	ND	80%						DSNIS	Tous les programmes SRMNIA

	7.1.3. Elaborer un plan annuel de supervision intégrée en SRMNIA comprenant un guide intégré de supervision	nombre de plans de supervision intégrée élaborée	0	5						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA	
	7.1.4. Organiser des descentes de supervision semestrielle intégrées formatives des prestataires des soins de SRMNIA	Nombre de descentes de supervision intégrées SRMNIA organisées	0	10						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA	
	7.1.5 Organiser des missions conjointes de suivi formatif et évaluatif de la mise en œuvre de la communication en SRMNIA (TPS et ECD) par trimestre et par District	Nombre de séances de Suivi-évaluation formative communautaire réalisée	0	960						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA	
	7.1.6. Organiser semestriellement une réunion de validation des données SRMNIA au niveau central et produire la carte score SRMNIA.	Nombre des réunions organisées	0	10						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA	
7.2 Organisation de la surveillance des événements de santé publique dans le domaine de la SRMNIA	7.2.1 Renforcer le système de notification des décès maternels, et néonataux à tous les niveaux. (FOSA, communauté)	% des décès maternels notifiés	80%	100%						PNSR	DGSSLS	
	7.2.2 Réaliser les revues des décès maternels Périnatal et néonatal (28SA à 28 jours) aux niveaux des hôpitaux et communautaire.	% des cas de décès maternels audités,	71%	75%							PNSR	DGSSLS
		% des cas de décès périnataux audités	0%	40%							PNSR	DGSSLS
	7.2.3 Assurer la surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination et des maladies tueuses de l'enfant	% des FOSA intégrant dans les SMIR les maladies évitables par la vaccination	0	100%							PEV	DGSSLS
	7.2.4 Renforcer le SIS communautaire y compris le suivi des accouchements à domicile, les décès maternels et néonataux à domicile, les grossesses chez les adolescentes en milieu rural	% des ASC ayant notifié les grossesses chez les adolescentes de 10 à 17 ans	0%	70%							PNSR	DGSSLS
		% des ASC ayant notifié les décès maternels et néonataux à domicile	0%	70%							PNSR	DGSSLS

7.3 Organisation des évaluations périodiques des plans SRMNIA	7.3.1 Organiser des revues annuelles SRMNIA	Nombre de revues réalisées	0	5						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA
	7.3.2 Organiser 3 études sur l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques de la communauté sur les thématiques de la SRMNIA (Etude anthropologique, enquête CCC et étude CAP).	Nombre d'études réalisées	0	3						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA
	7.3.3 Appuyer la réalisation des évaluations périodiques des programmes impliqués dans la SRMNIA (à mi-parcours et finales)	% des provinces et programmes ayant réalisées les revues selon les normes	ND	80%						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA
	7.3.4 Mener les évaluations à mi-parcours et finale du plan stratégique SRMNIA incluant l'évaluation de l'impact des messages en SRMNIA	Nombre d'évaluations du plan effectuées	0	2						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA
7.4 Organisation des recherches en SRMNIA	7.4.1 Organiser 27 enquêtes en rapport avec SRMNIA (SARA, enquête de couverture vaccinale, SPSR, SONU, CAP, VSBG, AGEISE, la qualité de la PEC, enquête de la mise œuvre de la prévention du paludisme chez la femme enceinte et les enfants de moins de 5 ans et évaluation de la satisfaction des utilisateurs finaux de la SRMNIA, l'accès aux services et soins de santé par enfants de 5 à 10 ans ; la qualité et la couverture des soins en milieu scolaire, couverture vaccinale.)	Nombre d'enquêtes réalisées	10	26						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA
	7.4.2 Organiser deux recherches opérationnelles par an sur la SRMNIA	Nombre de travaux de recherche opérationnelle réalisés	2	10						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA
	7.4.3 Organiser un atelier annuel de dissémination de résultats des recherches et autres bonnes pratiques SRMNIA.	Nombre d'ateliers réalisés	2	5						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA
	7.4.4. Produire un bulletin épidémiologique électronique trimestriel sur la SRMNIA	Nombre de bulletin épidémiologique électronique trimestriel	0	20						DGSSLS	Tous les programmes SRMNIA

3.4. Cadre de mise en œuvre du PSN-SRMNIA 2019-2023

3.4.1. Approches d'interventions

Renforcer le cadre institutionnel va consister à redynamiser les organes de coordination récemment mise en place par le MSPLS. Le groupe thématique santé de la mère et de l'enfant mise en place pour piloter la SRMNIA sera renforcé. Pour rendre opérationnelle la mise en œuvre du plan, le cadre institutionnel passera par : (i) la redynamisation de la coordination qui sera assurée par le DGSSLS, (ii) le renforcement du PNSR qui assurera le secrétariat technique, tandis que la mise en œuvre sera sous la responsabilité des différents programmes impliqués dans la SRMNIA. Les mécanismes de coordination de la mise en œuvre et de suivi du PNDS seront applicables pour le suivi du plan stratégique SRMNIA 2019-2023, qui se veut être une contribution du sous-secteur à la stratégie sectorielle santé. Pour la fonctionnalité du cadre de concertation, un effort sera investi sur l'organisation des réunions régulières selon des périodicités consensuelles aussi bien au niveau central que provincial.

Le groupe thématique jouera le rôle d'organe consultatif de pilotage, tandis que le comité de coordination technique se chargera du suivi de la mise en œuvre du Plan SRMNIA à travers ses réunions trimestrielles, et des sessions de ses commissions spécifiques. Au niveau provincial, la SRMNIA constituera l'une des préoccupations majeures des CPSD provinciaux qui aura le rôle de pilotage du plan SRMNIA en province. Au niveau opérationnel, ce sont les Comités de gestion des districts sanitaires qui seront chargés de ce pilotage. Le développement du partenariat public/privé dans l'offre des services et soins en SRMNIA permettra d'obtenir de ce dernier : l'application des normes et procédures en matières d'administration des soins et services de santé, de formation de base et du SNIS.

L'opérationnalisation du plan stratégique SRMNIA veillera à ce que les différents plans opérationnels qui seront élaborés au niveau central, intermédiaire et opérationnel puissent tenir compte de ses orientations stratégiques pour une meilleure synergie.

Pour renforcer les RHS affectées à la SRMNIA, un plaidoyer pourra être engagé pour la mise en place des mesures incitatives pour la fidélisation aux lieux et postes d'affectation du personnel formé en SRMNIA afin de réduire leur mobilité interne et externe et limiter le phénomène d'abandon de poste. Dans la stratégie de renforcement des capacités en SRMNIA, plusieurs stratégies seront combinées pour améliorer la compétence des prestataires du terrain : (i) des formations en cours d'emploi en cascade seront organisées, (ii) des évaluations théoriques et pratiques des prestataires de soins seront organisées afin d'adapter les formations aux besoins de terrain (iii) un plaidoyer sera diligenté pour l'introduction des modules SRMNIA dans les curricula de toutes les écoles de formation des professionnels de santé et les institutions supérieures, (iv) le tutorat, le mentorat avec la participation des spécialistes des différents domaines (pédiatres, gynécologues, sages-femmes, anesthésistes, ...), (v) les échanges d'expériences entre pairs, (v) la spécialisation dans les domaines de la néonatalogie, pédiatrie, gynéco-obstétrique, l'urologie, l'anesthésiologie, la cancérologie et autres domaines connexes et complémentaires à la gynécologie-obstétrique et pédiatrie.

Face à l'insuffisance du financement de la SRMNIA, un plaidoyer fort sera mené pour une publication régulière des données du financement de la santé intégrant la SRMNIA par les CNS. Un plan de

plaidoyer sera développé pour la mobilisation des ressources internes et externes, et des initiatives prises pour susciter les contributions des autres secteurs économiques et des communautés au financement des actions de SRMNIA. Toutes les opportunités de mobilisation des ressources seront mises à contribution par la sensibilisation des parlementaires, du gouvernement, de la société civile, des entreprises publiques et privées, de la communauté, et des PTF.

Pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité des paquets de services de santé de la reproduction de qualité, l'approche consistera à (i) l'élaboration/actualisation et à la vulgarisation des directives, protocoles, normes et procédures en PF, CPN, Accouchement, SONU, CPoN, ... (ii) l'approvisionnement des DS en médicaments et intrants spécifiques nécessaire pour assurer les soins de qualité, (iii) la mise à niveau des prestataires en charge des FOSA et leur supervision effective. Pour diminuer la fréquence des grossesses non désirées et des avortements à risques, il sera envisagé de : (i) augmenter le nombre des FOSA offrant la PF, (ii) offrir les services de PF à toute occasion de consultation, (iii) assurer l'approvisionnement régulier en intrants PF requis, (iv) rendre disponibles les contraceptifs à travers la distribution à base communautaire, (v) renforcer la communication sur la promotion des services PF et la sensibilisation de la communauté sur la PF centrée sur les couples avec un accent particulier sur l'implication des hommes et (vi) en cas d'urgence humanitaire, un dispositif minimum d'urgence en SRMNIA sera mis en place. L'offre complète de la CPN prendra au maximum toutes les interventions indiquées pour une CPN recentrée. Concernant la surveillance du travail d'accouchement et les SONU, il s'agira de (i) augmenter le nombre des FOSA SONUB et SONUC, en se basant sur les normes internationales mais aussi en se référant au contexte spécifique du pays (ii) rendre disponible le personnel qualifié et formé particulièrement les sages-femmes. Afin d'améliorer la qualité de la surveillance du travail d'accouchement, l'utilisation du partogramme sera expressément rendue obligatoire dans toutes les FOSA réalisant des accouchements et tout décès maternel et néonatal fera l'objet d'une notification et d'une revue systématique. Afin de réduire les retards dans la PEC des complications obstétricales, le système de référence et contre référence obstétricale et néonatale sera renforcé par la mise en réseau des maternités et la communication entre différentes maternités. L'approche nutritionnelle chez la femme enceinte et allaitante sera prise en compte dans les activités de CPN, CPoN au niveau des structures des soins ainsi qu'au niveau communautaire.

Pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité des paquets de services de santé néonatale et infanto-juvénile de qualité l'approche consistera à : (i) élaborer/actualiser et vulgariser des directives, protocoles, normes et procédures en PCIME, ICCM, PFE, ... (ii) renforcer le plateau technique matériel et humain en matière des soins essentiels du nouveau-né, et augmenter la couverture du pays en service de néonatalogie et en coins nouveau-né, (iii) augmenter la couverture et la disponibilité de la PCIMNE clinique dans tous les CDS, (iv) développer l'ICCM dans tous les DS, et (v) améliorer les pratiques familiales essentielles et communautaires à travers le renforcement du partenariat entre la communauté et les FOSA, les prestations des soins et l'IEC.

La PEC pédiatrique de l'infection à VIH sera renforcée par (i) la systématisation de l'offre du dépistage à l'initiative du prestataire des enfants reçus en milieu de soins (hospitalisation, service de consultation externe) et dans les services de prévention et de promotion de la santé (vaccination, consultation préscolaire ou des nourrissons) ; (ii) la disponibilité du diagnostic précoce des enfants nés des mères séropositives et le diagnostic des enfants exposés au VIH au-delà de 18 mois, (iii) la mise en place

d'un dispositif pour le transfert des échantillons Dot Blood Sample vers les unités PCR, (iv) la décentralisation de la PEC du VIH pédiatrique au niveau le plus opérationnel.

Les approches de lutte contre la malnutrition chez l'enfant seront renforcées à tous les niveaux. Il s'agira principalement du (i) renforcement des capacités des prestataires sur les thématiques de la promotion de l'ANJE et la nutrition à assise communautaire; (ii) renforcement de capacités des prestataires des soins sur la surveillance nutritionnelle et la PEC intégrée de la malnutrition aiguë, basé sur le nouveau protocole révisé de la PCIMA.

La Protection juridique de l'enfant démarre avec son identification à la naissance avec la prise systématique de son poids et la délivrance à la sortie de la déclaration de sa naissance (enregistrement à l'état-civil, autres activité de protection), ainsi que la mise en place d'un cadre de concertation avec les ministères de l'Intérieur et de la Justice à travers le Bureau de l'état-civil et les institutions judiciaires pour la facilitation ou l'octroi rapide des actes de naissance. Le carnet de santé Mère-Enfant constitue un atout important autour duquel cette collaboration qui a déjà commencé va se poursuivre et se renforcer. L'accès des enfants de 6 à 10 ans aux services et soins de santé est peu documenté et fera l'objet d'investigations pour s'assurer de leur qualité et de leur couverture.

L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des paquets de services de santé des adolescents et jeunes de qualité passera par (i) le développement des activités de promotion de la santé des adolescents et jeunes sur l'éducation à la vie familiale, la PF, les IST/VIH, la promotion de la santé en milieu scolaire, la santé mentale liée à l'émergence des fléaux sociaux tels que le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie ainsi que les violences basées sur le genre. On procédera donc à (i) l'identification et l'extension des sites d'implantation ou développement des centres de santé amis des jeunes et/ou de SSRAJ, (ii) renforcement des FOSA en plateau technique, matériel et humain, (iii) renforcement des compétences du personnel, (iv) vulgarisation des meilleures pratiques dans les domaines de la santé et développement des adolescents et jeunes; (v) intégration des paquets de services adaptés aux adolescents et jeunes dans les FOSA, et (vi) renforcement de la collaboration multisectorielle dans la PEC globale des problèmes de santé et développement en impliquant les structures des autres départements ministériels ayant en charge la jeunesse, l'éducation, la justice, ainsi que la société civile.

Pour rendre disponible les médicaments, équipements et intrants spécifiques, les actions ci-après seront retenues : il s'agira de (i) l'inscription de tous les médicaments SRMNIA sur la liste des médicaments essentiels, (ii) la mise en place d'un cadre de planification conjointe (DPML, CAMEBU, Programmes et PTFs) pour faire une bonne quantification intégrée de tous les produits SRMNIA et équipements (iii) le renforcement des capacités techniques et opérationnelles dans la gestion des approvisionnements et des stocks (GAS), (iv) le développement des mécanismes qui permettent aux FOSA de bien gérer les produits, et (v) la formation/recyclage des prestataires à la prescription et l'usage rationnel des médicaments et produits de santé, particulièrement ceux de la SRMNIA. La promotion du don de sang bénévole sera renforcée par l'appui aux associations des donneurs en vue du recrutement et fidélisation des donneurs de sang bénévoles et à l'organisation des campagnes de collecte mobile de sang.

L'approche communautaire consistera à : (i) mettre en place les stratégies de communication pour l'appropriation de la communauté des pratiques familiales essentielles, (ii) la promotion des services

disponibles en SRMNIA, et (iii) la mobilisation sociale pour l'adhésion et l'implication de la communauté et des partenaires aux campagnes de don de sang, de distribution des MIILDA, l'ANJE, la vaccination, la lutte contre le VIH/SIDA, la prévention des cancers gynécologiques et autres dont l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Tous les canaux de communication disponibles seront utilisés. Les différents organes de participation communautaire, les organisations à base communautaire (OBC) et les ASC seront mise à contribution pour atteindre les cibles.

Par ailleurs, il s'agira de renforcer les capacités des gestionnaires des données à tous les niveaux dans l'utilisation des outils de collecte des données afin d'alimenter efficacement le SNIS et la base des données SRMNIA. Le système de collecte de routine à travers le DHIS-2 sera renforcé par la systématisation du contrôle et de la validation périodique des données SRMNIA aux différents niveaux. La surveillance des événements de santé publique sera renforcée avec (i) la notification passive et active des cas dans les FOSA, y compris des décès maternels et périnataux, (ii) la systématisation des revues des décès maternels, néonataux et infantiles dans tous les hôpitaux, (iii) la réalisation de la recherche opérationnelle et/ou action en SRMNIA sur des thématiques porteuses identifiées et en partenariat avec les DS, les FOSA et les institutions de formation des professionnels de santé. Les évaluations périodiques, annuelles à mi-parcours et finale seront réalisées pour le plan stratégique SRMNIA 2019-2023. Un bulletin électronique trimestriel de la SRMNIA sur l'évolution des données épidémiologiques et des activités réalisées sera produit et distribué en guise d'information.

3.4.2. Structures et organes de mise en œuvre

Pour la mise en œuvre de ce plan, les structures et organes mis en place par les ordonnances ministérielles N°630/4163/CAB/2018 du 11 septembre 2018 portant mise en place d'un Groupe Thématique Santé Mère-Enfant au sein du CPSD et N°630/4717/CAB/2017 du 3 octobre portant nomination du comité technique pour l'élaboration du plan stratégique intégré en Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent (SRMNIA), seront mis à contribution aux différents niveaux. Ces organes de pilotage du plan auront la charge de veiller à l'intégration des priorités du plan stratégique dans les PAO des différentes structures, à tous les niveaux du système.

Au Niveau Central, le groupe thématique santé de la mère et de l'enfant, jouera le rôle d'organe consultatif. Le comité de coordination technique pilotée par le DGSSLS assurera la mise en œuvre et le suivi-évaluation de ce plan. Ce travail se fera sous la tutelle du MSPLS qui assurera la mobilisation des ressources humaines, financières et matérielles nécessaires.

La mise en œuvre de ce plan au niveau intermédiaire sera assurée par le CPSD provincial. Les ECD seront responsables de l'opérationnalisation du plan au niveau des DS. Les BPS et les Equipes Cadre des DS seront responsables de la mise en œuvre du plan. Ils assureront la coordination des activités, la supervision des agents et le suivi des différents indicateurs. Les partenaires du Ministère de la santé impliqués dans la promotion de la SRMNIA seront associés aux différents niveaux de l'exécution du plan.

3.4.3. Suivi de la mise en œuvre et évaluation

Le cadre de suivi évaluation annexé à ce plan servira de boussole pour guider les acteurs de ce plan. Le suivi de la mise en œuvre se fera aux différents niveaux du système de santé. Les indicateurs de suivi et d'évaluation sont ceux présentés dans le cadre de performance. Les équipes cadres des DS

seront chargées du suivi de la mise en œuvre effective des activités dans leurs DS respectifs. Elles veilleront à la collecte et au traitement des données nécessaires pour le suivi des indicateurs. Les cadres de concertation seront mis à profit pour discuter de la mise en œuvre du plan. Le niveau central supervisera semestriellement les activités des Provinces, les BPS superviseront trimestriellement celles des DS, et ces derniers assureront bimestriellement, à leur tour, la supervision rapprochée des FOSA de leurs ressorts. Les différents cadres de concertation existant au niveau des DS seront mis à profit pour discuter de l'exécution du plan. Les BPS seront chargés de la coordination de la mise en œuvre des activités de ce Plan au niveau des Provinces et de la synthèse des données pour le calcul des indicateurs de suivi.

Les évaluations annuelles seront réalisées à tous les niveaux, sanctionnées par des rapports annuels d'activités. La revue à mi-parcours au niveau central, se tiendra au cours du 2^e semestre 2021 après celles des BPS et DS. La revue finale, impliquant l'ensemble d'acteurs SRMNIA et des partenaires, sera organisée au niveau national en mi 2023, et sera sanctionnée par un rapport de revue.

Les enquêtes et études

Pour disposer des données fiables capables de montrer les progrès réalisés grâce à la mise en œuvre des interventions de ce plan stratégique, des enquêtes d'envergure nationale sur les indicateurs sociodémographiques et de santé, l'infection à VIH, la nutrition et autres, seront menées pour mesurer l'impact des interventions sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile. De même, la surveillance des décès maternels et néonataux sera institutionnalisée à travers tout le pays.

En conclusion, la mise en œuvre de ce plan s'inscrira dans les cadres nationaux de coordination déjà existants, notamment : (i) le groupe thématique santé maternelle et infantile du CSPD qui coordonnera les différents programmes et départements impliqués dans la mise en œuvre du plan stratégique SRMNIA 2019-2023. La mise en œuvre opérationnelle sera de la responsabilité des différents programmes impliqués qui devront rendre compte régulièrement à la DGSSLS de l'état d'avancement du plan, des contraintes de mise en œuvre et signaler les aspects dont la mise en œuvre n'avance pas comme prévu à travers le secrétariat du comité technique SRMNIA (PNSR).

3.5. Cadre de performance du Plan Stratégique National SRMNIA Burundi 2019-2023

Le tableau décrit le cadre de performance du plan. Il présente la liste des indicateurs, les moyens de vérification et les valeurs de base des indicateurs permettant de mesurer le niveau d'atteinte des 21 résultats qui concourent à la réalisation des 7 objectifs spécifiques du plan.

OS-1: Renforcer d'ici à 2023 les capacités de gestion des programmes SRMNIA (planification, mobilisation des ressources, et la coordination des interventions de SRMNIA en impliquant tous les acteurs et partenaires)										
Résultats attendus	Indicateur de suivi	Mesure de base	Année	Source de vérification	Cible 2023	Chronogramme				
						2019	2020	2021	2022	2023
RA.1.1. les cadres de coordination impliquant tous les intervenants en SRMNIA mis en place sont fonctionnels au niveau central, provincial et des DS	1.1.1. Nombre de réunions tenues par le groupe thématique SRMNIA au niveau central	-	2018	Comptes rendus des réunions	20	4	4	4	4	4
	1.1.2. Nombre de réunions organisées en intra-sectoriel avec tous les programmes et Projets impliqués en SRMNIA au niveau central	-	2018	Comptes rendus des réunions	10	2	2	2	2	2
	1.1.3. Nombre de réunions tenues par le CPSD provincial sur SRMNIA		2018	Comptes rendus des réunions	10	2	2	2	2	2
	1.1.4. Nombre de réunions tenues par les comités de gestion des DS avec la SRMNIA à l'ordre du jour		2018	Comptes rendus des réunions	10	2	2	2	2	2
RA1.2. les priorités du PS- SRMNIA 2019--2023 sont prises en compte dans les différents plans du MSPLS à tous les niveaux	1.2.1. Proportion des UP incluant dans leurs PAO les priorités du plan stratégiques SRMNIA 2019-2023	-	2018	Plan d'action opérationnel des UP	100%	100%	100%	100%	100%	100%
RA.1.3. les documents normatifs en SRMNIA sont disponibles	1.3.1. % de documents normatifs produits et disponibles au niveau opérationnel	-	2018	Enquêtes FOSA	70%	20%	30%	40%	50%	70%
	1.3.2. % de structures utilisant les documents normatifs	-	2018	.Enquête FOSA	100%	80%	100%	100%	100%	100%
RA.1.4. le partenariat en SRMNIA est développé	1.4.1. % de réunions de concertation tenues avec le secteur privé	-	2018	Comptes rendus des réunions	80%	30%	50%	60%	70%	80%
	1.4.2. % de réunion de concertation intersectorielle	-	2018	Comptes rendus des réunions	80%	30%	50%	60%	70%	80%
RA1.5. le budget de la SRMNIA est augmenté de 10%	1.5.1. Part du budget de santé allouée à la SRMNIA	-	2013	Rapport CNS	10%	2%	2%	2%	2%	2%
	1.5.2. Part du Budget SRMNIA décaissés	-	2013	Rapport CNS	100%	70%	80%	90%	100%	100%
	1.5.3. Proportion des fonds mobilisés pour la SRMNIA	-	2018	Rapport d'activités	90%	60%	80%	85%	90%	90%
	1.5.4. Le nombre d'habitants par Médecin	21 035	2016	Annuaire statistiques sanitaire	20 000	21 000	20 700	20 500	20 300	20 000
	1.5.5. Le nombre d'habitants par infirmier	1413	2016	Annuaire statistiques sanitaire	1413	1413	1413	1413	1413	1413

	1.5.6. Le nombre de sage-femme pour 100 000 femmes en âge de procréer	3	2016	Annuaire statistiques sanitaire	22	6	12	18	20	22
	1.5.7. Pourcentage d'hôpitaux en réseau ayant au moins 1 médecin formé en chirurgie de district/SONU	42%	2018	Rapports monitoring SONU	100%	52%	62%	82%	92%	100%
	1.5.8. Pourcentage des formations sanitaires en réseau ayant au moins une sage-femme	45%	2018	Rapports monitoring SONU	100%	50%	65%	85%	97%	100%
	1.5.9. % des FOSA offrant les services de PF disposant des RH formées en technologie contraceptive	78,4%	2017	Rapports d'activités	100%	80%	85%	90%	95%	100%
	1.5.10. Nombre de visites de supervision du niveau central réalisées au niveau des BPS sur la SRMNIA	-	2018	Rapports de visite	5	1	1	1	1	1
	1.5.11. % des FOSA disposant des RH formés en PCIME clinique	30%	2017	Enquête SARA	80%	40%	50%	60%	70%	80%
	1.5.12. % des FOSA disposant des RH formées en iCCM (PCIME communautaire)	46,5%	2017	DHIS-2	100%	55%	65%	75%	90%	100%
OS 2: Améliorer la disponibilité et l'utilisation des services et soins de santé maternelle et de la reproduction de qualité										
Résultats attendus	Indicateur de suivi	Mesure de base	Année	Source de vérification	Cible 2023	Chronogramme				
						2019	2020	2021	2022	2023
RA.2.1 Les services de PF de qualité sont disponibles et accessibles	2.1.1. Taux d'acceptation des méthodes PF	20%	2017	DHIS-2, EDSB	30%	22%	24%	26%	28%	30%
	2.1.2. Prévalence contraceptive moderne (femme en union)	23%	2017	EDSB	40%	28%	30%	33%	35%	40%
	2.1.3. Proportion des jeunes filles de 15- ans ayant déjà eu des rapports sexuels	3%	2017	EDSBIII	2%					2%
	2.1.4. Pourcentage de jeunes femmes de 15-24 ans qui connaissent les moyens de prévenir la transmission du VIH et qui rejettent les idées locales erronées	52%	2017	EDSBIII	72%					72%
	2.1.5. Pourcentage de jeunes hommes de 15-24 ans qui connaissent les moyens de prévenir la transmission du VIH et qui rejettent les idées locales erronées	55%	2017	EDSBIII	75%					75%
	2.1.6. Proportion des adolescentes ayant commencé leur vie féconde	8%	2017	EDSBIII	6%					6%
	2.1.7. Taux des besoins non satisfaits en PF	29.70%	2017	EDSB	25%					25%
	2.1.8. Nombre d'utilisatrices additionnelles des méthodes contraceptives	173 692	2018	DHIS2	358 626	210679	247665	284652	321639	358626
	2.1.9. Prévalence contraceptive moderne chez les jeunes femmes de 20-24 ans	15,3%	2017	EDSB III	20%					20%
	2.1.10. % des FOSA en réseau ayant intégré la PF en post partum	37%	2018	Rapport Monitoring SONU	80%	50%	60%	70%	75%	80%
	2.1.11. % des CDS privés ayant intégré la PF en postpartum	ND	2018	DHIS2	50%	10%	20%	30%	40%	50%

RA.2.2 Le paquet de service de soins prénatal de qualité est disponible et accessible	2.2.1. Taux d'inscription en CPN précoce au premier trimestre	35,6%	2017	Bilan PNSR	60%	40,4%	45,2%	50%	54,8%	60%
	2.2.2. Taux de couverture de la CPN-4	36,8%	2017	Bilan PNSR,	60%	41,4%	46, %	50,6%	55,2%	60%
	2.2.3. Couverture des femmes enceintes supplémentées en Fe	94,3%	2017	Bilan PNSR	100%	95,3%	96,30 %	97,5%	98,5%	100%
	2.2.4. Taux de couverture en TPIg3 pour les femmes en ceinte	48,4 %	2017	DHIS2	80%	50	60	70	80	80
	2.2.5. Taux de couverture des femmes enceintes en MIILDA	55	2017	DHIS-2, EDSB	80	60	70	75	80	80
	2.2.6. % des femmes enceintes ayant reçu le Td2+	57,9%	2017	Bilan PNSR	100	65	73	82	90	100
	2.2.7. Taux de femmes enceintes dépistées au VIH ayant récupéré les résultats	71.90%	2017	Bilan PNLs	95%	75%	80%	85%	90%	95%
	2.2.8. Taux de femmes enceintes dépistées séropositives et traitées pour la Syphilis	80%	2017	DHIS2	100%	85%	90%	95%	100%	100%
	2.2.9. Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	2.1	2017	PNSR, DHIS-2	1.5	1,98	1,86	1,74	1,62	1,5
	2.2.10. % des femmes enceintes attendues qui ont fait le test de dépistage du VIH (374267/Grossesses attendues en 2017 :498906)	75%	2017	Annuaire stat 2017	100	80	85	90	95	100
	2.2.11. Taux de couverture en PTME	80,5%		Bilan PNLs	100	85	90	95	100	100
RA2.3 Les SONU de qualité sont assurés dans toutes les FOSA qui pratiquent les accouchements	2.3.1. Taux des besoins satisfaits en SONU	26,4%	2017	Enquête SONU	90%	39.10%	51.94 %	64.50 %	77.20 %	90%
	2.3.2. % des hôpitaux en réseau offrant les SONUC	29%	2018	Rapport Monitoring SONU	90%	43.20%	57.40 %	71.60 %	80.80 %	90%
	2.3.3. % des CDS en réseau offrant les SONUB	2%	2018	Rapport Monitoring SONU	80%	17.60%	33.20 %	48.80 %	64.40 %	80%
	2.3.4. Taux des accouchements assistés.	85%	2017	EDSB III	95%	87%	89%	91%	93%	95%
	2.3.5. Taux des accouchements en milieu des soins.	83,5%	2017	Bilan PNSR	95%	85	87,5	90	92,5	95%
	2.3.6. % des accouchements assistés avec le partogramme	88%	2017	Enquête SONU,	95%	89,4	90,8	92,2	93,6	95%
	2.3.7. Taux d'accouchements par césarienne	6,4	2017	Bilan PNSR	6,4	6.4	6,4	6,4	6,4	6,4%
	2.3.8. Nombre de femmes avec fistules prises en charge	144	2018	Bilan PNSR	581	133	124	116	108	100%
RA2.4 L'utilisation de la CPoN de qualité est améliorée	2.4.1. Taux de couverture en CPON précoce (dans les 48h) après l'accouchement	60%	2017	DHIS2	80%	60%	64%	68%	72%	80%
RA 2.5 La prévention et PEC des Cancers et affections gynécologiques est assurée	2.5.1. Taux de femmes dépistées pour les cancers gynécologiques	ND		Bilan PNSR	60%	12	24	36	48	60%
	2.5.2. Taux de femmes prise en charge pour les cancers gynécologiques	ND		Bilan PNSR	90%	18	36	54	72	90%

RA 2.6. Une supplémentation nutritionnelle chez les femmes enceintes et allaitantes est assurée	2.6.1. % des femmes enceintes et allaitantes présentant une maigreur (IMC ≤18)	13%	2017	EDSB	10%					10%
	2.6.2. % des femmes allaitantes présentant un surpoids/obésité (IMC ≥25)	8%	2017	EDSB	6%					6%
	2.6.3. Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes	12,3%	2017	DHIS-2	9	11,64	10,98	10,32	9,66	9
O.S.3 Améliorer la disponibilité et utilisation des services et soins de de santé néonatale, infanto-juvénile, et des enfants en âge scolaire de qualité										
Résultats attendus	Indicateur de suivi	Mesure de base	Année	Source de vérification	Cible 2023	Chronogramme				
						2019	2020	2021	2022	2023
RA3.1. La qualité de la PEC du nouveau-né en détresse vitale est améliorée	3.1.1. % des FOSA offrant les services de réanimation néonatale	12%	2017	SARA	20%					20%
	3.1.2. % de nouveau-nés réanimés dans les structures de soins	ND	-	DHIS2	6%	10%	9%	8%	7%	6%
	3.1.3. % de nouveau-nés avec infection néonatale ayant reçu un traitement antibiotique selon les normes	19%	2017	SARA	50%					50%
	3.1.4. % de nouveau-nés ayant été PEC par la méthode Kangourou	29%	2017	SARA	50%					50%
	3.1.5. % de nouveau-nés de faible poids à la naissance (<2500g) ayant reçu une prise en charge selon les normes	ND	-	SARA	50%					50%
RA3.2. Le paquet d'interventions complet et intégré pour la santé de l'enfant dans la petite et grande enfance est disponible et accessible	3.2.1. % des cas de paludisme simple prise en charge selon les directives nationales	ND	-	DHIS2	60%	100%	100%	100%	100%	100%
	3.2.2. % des cas de paludisme grave prise en charge selon les directives nationales	ND	-	DHIS2	60%	20%	30%	40%	50%	60%
	3.2.3. % des cas de pneumonie prise en charge au niveau communautaire selon les normes nationales.	ND	-	DHIS2	60%	20%	30%	40%	50%	60%
	3.2.4. Couverture effective de prise en charge du paludisme au niveau des structures de soins selon les directives nationales	54%	2018	AGEIS	75%	60%	65%	70%	72%	75%
	3.2.5. Couverture effective de prise en charge de la diarrhée au niveau des structures de soins selon les directives nationales	4%	2018	AGEIS	15%	6%	8%	10%	12%	15%
	3.2.6. Couverture effective de prise en charge de la pneumonie au niveau des structures de soins selon les directives nationales	4%	2018	AGEIS	15%	6%	8%	10%	12%	15%
	3.2.7. % des cas de diarrhées prise en charge au niveau communautaire selon les directives nationales	ND	2018	DHIS2	60%	20%	30%	40%	50%	60%
	3.2.8. Couverture vaccinale en pentavalent 3	91,81%	2017	Annuaire Statistiq 2017	100%	93%	95%	97%	99%	100%
	3.2.9. Couverture vaccinale en VAR	90,24%	2017	Annuaire Statistiq 2017	100%	92%	94%	96%	98%	100%
	3.2.10. Proportion d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés	76.60%	2017	Annuaire Statistiq 2017	90%	78%	80%	84%	88%	90%
	3.2.11. Proportion d'enfants nés des mères VIH+ bénéficiant du dépistage précoce du VIH (PCR)	14,3%%	2017	Bilan PNLs	34,3%	18,3%	22,3%	26,3%	30,3%	34,3%
	3.2.12. Couverture des enfants séropositifs en ARV	63%	2017	DHIS2	100%	70,4%	77,8%	85,2%	92,6%	100%
	3.2.13. % de FOSA couverts en PCIMNE clinique	57%	2017	SARA	80%			80%		
	3.2.14. % de DS couverts en iCCM	46,5%	2017	SARA	80%					80%
	3.2.15. % d'enfants de 0 à 5 ans dormant sous MIILDA	40%	2016	EDSB III	80%					80%
	3.2.16. % d'enfants de 6 à 59 mois supplémentés en vitamine A	ND	-	DHIS2	60%	20%	30%	40%	50%	60%

	3.2.17. % des enfants de 12 à 59 mois déparasités à l'albendazole/Mebendazole	ND	-	DHIS2	60%	20%	30%	40%	50%	60%
	3.2.18. % des enfants de 0 à 6 mois qui sont alimentés exclusivement avec du lait maternel	83%	2016-2017	EDSB III	90%					90%
	3.2.19. % d'enfants de 6 à 23 mois ayant un allaitement continu.	29%	2016	EDSB III	40%					40%
	3.2.20. % d'enfants de moins de 6 à 59 mois ayant une alimentation de complément adéquat.	ND	-	EDSB	40%					40%
O.S.4 Améliorer la disponibilité et l'utilisation des services et soins de santé des adolescents et des jeunes de qualité										
Résultats attendus	Indicateur de suivi	Mesure de base	Année	Source de vérification	Cible 2023	Chronogramme				
						2019	2020	2021	2022	2023
R.A.4.1 Le paquet d'interventions pour la PEC des problèmes de santé des adolescents et des jeunes (10 à 24 ans) est renforcé	4.1.1. Taux d'accès aux services SR par les adolescents et les jeunes	38%	2017	Bilan PNSR	75%	45%	53%	60%	68%	75%
	4.1.2. % d'adolescents (15 à 19 ans) qui consomment l'alcool	35,6%	2017	EDSB	25%					25%
	4.1.3. % d'adolescents (15 à 19 ans) qui consomment le tabac	40%	2017	EDSB	20%					20%
	4.1.4. % des adolescents et jeunes bénéficiant des services de soins	20%	2017	DHIS2	75%	53%	60%	68%	70%	75%
	4.1.5. % des CDS qui offrent les services SSRAJ de qualité	38%	2016	SARA	75%					75%
	4.1.6. % des centres de santé amis des jeunes ayant des réseaux sociocommunautaires fonctionnels	17%	2017	Bilan PNSR	50%	23,9%	30,4%	36,9%	43,5%	50%
	4.1.7. Taux de fécondité des adolescentes et des jeunes	5,8%	2017	EDSB	5,1%					5,1%
	4.1.8. Taux d'incidence des infections sexuellement transmissibles chez les Adolescentes (IST) 15-19 ans	0,9%	2017	EDSB III	0,4%					0,4%
	4.1.9. Taux de couverture vaccinal des filles de 9-13 ayant reçu le vaccin contre le HPV	0%	2017	Rapport PEV	90%	50%	60%	70%	80%	90%
R.A.4.2 Amélioration de l'état nutritionnel des adolescents	4.2.1. Mener l'évaluation annuelle de la malnutrition au niveau des écoles	ND	-	Rapport PRONIANUT	30%	50%	60%	70%	80%	100%
	4.2.2. Offrir un paquet complets des services et soins nutritionnels chez les adolescents dans les 46 DS	ND	-	Rapport PRONIANUT	30%	50%	60%	70%	80%	100%

OS 5: Assurer la disponibilité des médicaments essentiels, des intrants spécifiques, des équipements et technologies sanitaires pour l'offre des soins en SRMNIA.										
Résultats attendus	Indicateur	Mesure de base	Année	Source de vérification	Cible 2023	Chronogramme				
						2019	2020	2021	2022	2023
RA. 5.1. Les produits essentiels pour la santé de la mère, du nouveau-né, et de l'enfant sont disponibles dans les FOSA.	5.1.1. Pourcentage de produits SRMNIA inscrit sur la liste des médicaments essentiels	80%	2018	LNME	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	5.1.2. Taux de satisfaction des commandes des FOSA	50%	2018	Rapport d'enquête	90%	60%	70%	80%	85%	90%
	5.1.3. % des FOSA n'ayant connu aucune rupture de stock des produits SRMNIA 3 mois précédant l'enquête	62%	2017	Rapport sur la sécurisation des produits SR	80%			71%		80%
	5.1.4. % d'hôpitaux offrant le Rhesogamma dans le cadre du traitement de l'incompatibilité materno-foetale Rhésus	ND	2018	DHIS-2	80%	16%	32%	48%	64%	80%
	5.1.5. Nombre de plans d'approvisionnement intégré pour les produits SRMNIA	0	2018	Base de données Pipeline	5	1	1	1	1	1
RA.5.2. Le plateau technique matériel des FOSA et particulièrement des FOSA/SONU est renforcé pour l'offre complète des paquets d'interventions SRMNIA	5.2.1. Pourcentage des FOSA disposant d'une banque de sang	62%	2017	Rapport CNTS	80%	66%	71%	75%	78%	80%
	5.2.2. % des hôpitaux de première référence offrant le service de transfusion sanguine	54%	2017	Enquête SARA	80%	60%	65%	70%	75%	80%
	5.2.3. Pourcentage de structures utilisant les outils de gestion des médicaments selon les directives du MSPLS	0%	2018	CAMEBU	95%	40%	55%	70%	80%	95%
	5.2.4. % des structures d'importation faisant l'analyse de la qualité de tous les lots des produits pharmaceutiques importés	ND		Rapports d'analyse de qualité	90%	30%	40%	60%	80%	90%
	5.2.5. % des hôpitaux de première référence qui offrent le service de transfusion sanguine	0.54	2017	Enquête SARA	0.8					80%
	5.2.6. Le taux de disponibilité des éléments traceurs pour la transfusion sanguine parmi les établissements de santé offrant ce service	0.89	2017	Enquête SARA	1	90%	95%	100%	100%	100%
OS.6 : Renforcer le rôle des individus, des familles et communautés pour la demande et l'utilisation des services de SRMNIA en zone urbaine et rural										
Résultats attendus	Indicateur	Mesure de base	Année	Source de vérification	Cible 2023	Chronogramme				
						2019	2020	2021	2022	2023
RA-6.1. La communication et la mobilisation sociale en matière de SRMNIA sont renforcées	6.1.1. Proportion des DS avec au moins 80% des comités de santé fonctionnels	29%	2017	Rapport d'activité	33.4%	29.8%	30.6%	31.8%	32.6%	33.4%
	6.1.2. Proportion des DS avec au moins 60% des cellules d'animation communautaires é fonctionnels	49%	2017	Rapport d'activité	66.5 %	52.5%	56%	59.5%	63%	66.5%
	6.1.3. Proportion de ménages ayant une source d'eau améliorée située à une distance ne dépassant pas les 30 minutes de trajet aller-retour	52%	2017	EDSB	77%					77%
	6.1.4. Proportion de ménages disposant de latrines adéquates	41%	2017	EDSBIII	66%					66%
	6.1.5. Proportion de ménages disposant d'un endroit de lavage de main	7,18%	2017	EDSB III	46%					46%

O.S.7 Renforcer le suivi et évaluation des interventions de SRMNIA										
Résultats attendus	Indicateur	Mesure de base	Année	Source de vérification	Cible 2023	Chronogramme				
						2019	2020	2021	2022	2023
RA-7.1 Le système de S&E est performant et génère des informations stratégiques fiables en matière de SRMNIA	7.1.1. % des formations sanitaires fournissant des données de qualité sur la SRMNIA	0	2018	Rapport d'évaluation qualité de données	80%	10%	20%	40%	60%	80%
	7.1.2. Nombre des FOSA ayant bénéficié d'une supervision sur les données SRMNIA	ND	2018	Rapport de supervision	333	253	230	460	230	333
RA-7.2 D'ici 2023, la surveillance des événements de sante publique dans le domaine de la SRMNIA est améliorée	7.2.1. % des décès maternels notifiés	80%	2018	DHIS-2	98%	85%	90%	95%	98%	98%
	7.2.2. % des décès périnataux notifiés dans les 72 heures	ND	2018	DHIS-2	50%	10%	20%	30%	40%	50%
	7.2.3. % des cas de décès maternels audités,	70%	2018	Rapport d'audit	98%	80%	85%	90%	95%	98%
	7.2.4. % des cas de décès périnataux audités	0%	2018	Rapport d'audit	50%	10%	20%	30%	40%	50%
	7.2.5. % d'autopsies verbales et sociales réalisées	ND	2018	Rapport d'autopsie	50%	10%	20%	30%	40%	50%
	7.2.6. Pourcentage épidémies précocement détectée avec riposte dans les 72 heures	ND	2018	Déclaration d'épidémie	100%	70%	80%	90%	100%	100%
RA-7.3 D'ici 2023, 5 revues et 2 évaluations périodiques des plans SRMNIA sont réalisées	7.3.1. Nombre de revues annuelles des PAO réalisées sur la SRMNIA par programme	ND	2018	Revue SMNIA	5	1	1	1	1	1
	7.3.2. Nombre d'évaluations du plan effectuées	ND	2018	Rapport évaluation	2	0	0	1	0	1
RA-7.4 D'ici 2023, 10 activités recherches/enquêtes SRMNIA sont réalisées	7.4.1. Nombre d'enquêtes réalisées	ND	2018	Rapport d'enquête	10	2	2	2	2	2
	7.4.2. Nombre de travaux de recherche opérationnelle réalisés	ND	2018	Rapport de recherche	10	2	2	2	2	2

IV. BUDGET DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL SRMNIA 2019-2023

Rubriques du budget	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Santé maternelle et néonatale						
Coût des programmes	90 502 264 000	48 624 343 500	90 379 103 500	48 624 343 500	90 379 103 500	368 509 158 000
Total médicament et autre produits	8 451 845 686	9 249 599 571	10 060 133 606	10 887 727 991	11 735 898 609	50 385 205 463
Médicaments, produits et fournitures (PNSR)	6 951 567 694	7 617 616 032	8 295 116 388	8 987 871 166	9 698 716 638	41 550 887 918
Paludisme	1 364 074 763	1 492 868 907	1 623 191 955	1 755 451 360	1 890 256 402	8 125 843 387
Nutrition	136 203 229	139 114 632	141 825 263	144 405 465	146 925 569	708 474 158
Total Santé maternelle et néonatale	98 954 109 686	57 873 943 071	100 439 237 106	59 512 071 491	102 115 002 109	418 894 363 463
Santé infantile et de l'enfant de l'âge scolaire						
Coût des programmes	39 699 864 000	33 382 314 000	30 564 054 000	29 575 314 000	29 575 314 000	162 796 860 000
Total médicament et autre produits	64 708 579 224	68 941 110 050	72 971 271 350	76 802 482 372	81 989 841 286	365 413 284 282
Médicaments, produits et fournitures	32 354 289 612	34 470 555 025	36 485 635 675	38 401 241 186	40 994 920 643	182 706 642 141
Vaccins	15 065 920 910	15 937 419 407	16 790 569 383	17 635 334 260	19 276 496 136	84 705 740 096
Anti paludiques	10 390 069 005	10 565 171 446	10 697 914 660	10 784 706 454	10 823 194 083	53 261 055 648
Nutrition	6 898 299 697	7 967 964 172	8 997 151 632	9 981 200 472	10 895 230 424	44 739 846 397
Total santé infantile et de l'enfant de l'âge scolaire	104 408 443 224	102 323 424 050	103 535 325 350	106 377 796 372	111 565 155 286	528 210 144 282
Santé des adolescents et jeunes						
Coût des programmes	12 663 376 353	11 684 287 059	12 020 135 294	11 684 287 059	12 020 135 294	60 072 221 059
Médicaments, produits et fournitures	96 897 648	120 156 456	144 773 736	170 767 608	198 158 628	730 754 076
Total Santé des adolescents et jeunes	12 760 274 001	11 804 443 515	12 164 909 030	11 855 054 667	12 218 293 922	60 802 975 135

VIH/SIDA						
Coût des programmes	0	0	0	0	0	-
Médicaments, produits et fournitures	355 047 529	334 830 738	295 431 874	258 832 007	223 919 847	1 468 061 995
Total VIH/SIDA	355 047 529	334 830 738	295 431 874	258 832 007	223 919 847	1 468 061 995
Les maladies non transmissibles						
Coût des programmes	0	0	0	0	0	-
Médicaments, produits et fournitures	5 966 659 140	6 281 178 536	6 592 367 732	6 909 664 506	7 231 098 400	32 980 968 314
Total Les maladies non transmissibles	5 966 659 140	6 281 178 536	6 592 367 732	6 909 664 506	7 231 098 400	32 980 968 314
Nutrition						
Coût des programmes	25 578 967 284	24 495 859 284	25 423 771 284	24 857 971 284	24 599 899 284	124 956 468 420
Médicaments, produits et fournitures	0	0	0	0	0	0
Total nutrition	25 578 967 284	24 495 859 284	25 423 771 284	24 857 971 284	24 599 899 284	124 956 468 420
PCIME, iCCM et CSME						
Coût des programmes	3 248 345 400	3 017 535 400	2 925 611 400	2 863 311 400	2 925 611 400	14 980 415 000
Médicaments, produits et fournitures	0	0	0	0	0	0
Total Les interventions de PCIME, iCCM et CSME	3 248 345 400	3 017 535 400	2 925 611 400	2 863 311 400	2 925 611 400	14 980 415 000
Total des coûts du programme	102 752 423 500	58 637 050 500	98 897 113 000	56 985 168 000	98 814 718 000	416 086 473 000
Total des coûts des médicaments	47 135 916 771	50 346 176 908	53 445 633 365	56 471 696 324	60 202 350 718	267 601 774 085

Total Communication	1 964 316 750	1 970 406 750	1 953 066 750	1 729 116 750	1 735 866 750	9 352 773 750
Total Gouvernance	2 332 307 500	1 685 307 500	1 530 170 000	1 512 845 000	1 495 520 000	8 556 150 000
Total Suivi évaluation	3 196 340 500	3 323 203 000	3 465 690 500	3 264 795 500	3 243 773 000	16 493 802 500
TOTAL GENERAL	258 764 811 014	213 110 131 844	258 325 581 026	219 141 458 977	267 354 139 998	1 216 696 122 859

V. ANNEXES

5.1 Documents de référence

1. ISTEEDU, Projections démographiques 2010-2050 niveau national et provincial, avril 2017
2. Ministère à la Présidence chargé de la Bonne Gouvernance et du Plan, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi, Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSBB-III) 2016-2017, Bujumbura 2017
3. Ministère à la Présidence chargé de la Bonne Gouvernance et du Plan, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi, Deuxième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSBB-II) 2010, Bujumbura 2010
4. Ministère des finances, du budget et de la coopération au développement économique, Enquête Nationale sur la Situation Nutritionnelle et la Mortalité Basée sur la Méthodologie SMART, Bujumbura, 2018
5. MSPLS – CEFORÉP- UNFPA-BURUNDI, enquête nationale d'estimation de la prévalence des fistules obstétricales, Bujumbura, Novembre 2013
1. MSPLS, Analyse de la performance de la surveillance de décès maternels et riposte (SDMR) au Burundi, Bujumbura, Août 2017
6. MSPLS, Base des données du DHIS-2 de 2018, Bujumbura 2018
7. MSPLS, Annuaire des statistiques sanitaires 2017, Bujumbura 2018
8. MSPLS, Banque Mondiale, OMS, Enquête d'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA), Bujumbura, 2017
9. MSPLS, Cartographie des RHS du MSPLS 2017, Bujumbura 2017
10. MSPLS, Document d'orientation en matière de prise en charge intégrée des maladies des enfants au niveau communautaire (PEC-CI) au Burundi, Bujumbura, 2014
11. MSPLS, Draft du Plan National de Développement Sanitaire 2019-2023 aligné au Plan National de Développement du Burundi 2018-2027, Bujumbura, version du 08 Décembre 2018
12. MSPLS, Enquête PETS, Bujumbura, 2008
13. MSPLS, Evaluation des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Burundi, « SONU », Bujumbura, 2017
14. MSPLS, l'UNFPA, Etude sur les grossesses en milieu scolaire, Novembre 2013
15. MSPLS, Normes sanitaire de 2012, Bujumbura 2012
16. MSPLS, PEV, rapport PEV sur les performances en matière de vaccination pour la période de Janvier à Décembre 2017, Bujumbura, 2018
17. MSPLS, Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 étendu en 2018, Bujumbura 2015
18. MSPLS, Plan National de Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent au Burundi 2017-2018, Bujumbura 2016
19. MSPLS, Plan National Stratégique pour la survie de l'enfant 2016-2020, Bujumbura 2015
20. MSPLS, PNILP, Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme, 2018-2023, Bujumbura, 2018
21. MSPLS, PNILP, Rapport d'enquête sur la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des intrants de lutte contre le paludisme ainsi que la qualité de prise en charge du paludisme dans des structures sanitaires sélectionnées, 8 au 16 juin 2015, Bujumbura 2015
22. MSPLS, PNSR, Normes des services de santé de la reproduction, Bujumbura, 2012
23. MSPLS, PNSR, plan stratégique national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissible 2018-2022, Bujumbura, 2017
24. MSPLS, PNSR, Rapport d'activités du Programme National Santé de la Reproduction, exercice 2017 : Bilan du PNSR 2017, Bujumbura 2018
25. MSPLS, PNSR, Rapport du Monitoring du réseau SONU du deuxième trimestre 2018, Bujumbura, 2018
26. MSPLS, Politique Nationale de Santé 2016-2025, Bujumbura, Janvier 2016

27. MSPLS, Profil des ressources humaines en santé au Burundi, Bujumbura, 2011
28. MSPLS, Rapport d'analyse de goulots d'étranglement des interventions de survie de l'enfant (AGEISE), Bujumbura 2017
29. MSPLS, Rapport de formation en SONE et SONUB du PNSR, Bujumbura ; 2018
30. MSPLS, Rapport de la revue globale du programme national de la sante de la reproduction, de la sante de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent au Burundi, Bujumbura, 2016
31. MSPLS, Rapport des comptes nationaux de la santé 2013, Bujumbura 2014
32. MSPLS, Rapports de formation en SR du PNSR, Bujumbura 2018
33. MSPLS, Rapports de formation sur le logiciel de gestion des médicaments 2017, Bujumbura, 2018
34. MSPLS, Stratégie Nationale de la santé des adolescents au Burundi, Bujumbura, 2015
35. MSPLS, UNFPA, Enquête Nationale d'estimation de la prévalence des fistules obstétricales, Novembre 2013
36. OMS, UNICEF, UNFPA, Mécanisme du financement mondial en soutien à chaque femme, chaque enfant, *Plan d'affaire*, Juin 2015
37. OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!), *Orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays*, Kinshasa, 2018
38. The Economist Intelligence Unit, (2017), Global Food Security Index, disponible en anglais: <http://foodsecurityindex.eiu.com/IndexISTEEBU> ; BRB, Bulletin Mensuel, Bujumbura, Décembre 2017.

5.2. Membres du comité de pilotage d'élaboration du PSN SRMNIA 2019-2023.

Le pilotage de l'élaboration du plan SRMNIA 2019-2023 a été assuré par le groupe thématique mère-enfant du CPSD, dont les membres sont les suivants :

- Dr NZORIRONKANKUZE Jean-Baptiste, SP : Président
- Dr MINANI Isaac, DGSSLS
- Dr Olivier NIJIMBERE, PEV : Secrétaire
- Dr Bellejoie IRIWACU, PEV
- Dr Ndereye JUMA, PNSR
- Dr Ananie NDACAYISABA, PNSR
- Dr Liboire NGIRIGI, UGP KURAKIBONDO
- Dr Emmanuel NGENDAKUMANA, UGP KURAKIBONDO
- Dr BASENYA Olivier, CT-FBP
- Dr NDINDURWAHA Thadée, CT-FBP
- Dr Pierre-Claver BAZOMBANZA, DPPS/PCIME
- Dr Aimée-Dora DUSHIME, PRONIANUT
- Dr Félicité NSHIMIRIMANA, PNLS-IST
- Dr NDAYISHIMIYE David, PNLS-IST
- Mme Ange-Nadège MUNEZERO, PRONIANUT
- Mme KARIYO Léonide, DPPS/PCIME
- Un délégué du Ministère des Finances, du Budget et de la coopération au développement économique
- Un délégué du Ministère des Droits de la Personne Humaine, des affaires sociales et du Genre
- Un délégué de l'OMS
- Un délégué de l'UNICEF
- Un délégué de UNFPA
- Un délégué de USAID
- Un délégué de l'Union Européenne
- Un délégué de l'Ambassade de France
- Un délégué de l'Ambassade des Pays-Bas
- Un délégué de l'ONU-SIDA
- Un délégué du PNUD
- Un délégué du PAM
- Un délégué de la Banque Mondiale
- Un délégué de l'Ambassade de la Suisse
- Un délégué de l'Ambassade de la Belgique
- Un délégué de l'Ambassade de la République Fédérale d'Allemagne
- Un délégué de l'Association des Pédiatres du Burundi
- Un délégué de l'Association des Peres Jésuites au Burundi YEZU MWIZA
- Un délégué de l'ABUBEF

5.3. Membres du comité de technique d'élaboration du PSN SRMNIA 2019-2023

- Dr Isaac MINANI, DGSSLS: Président
- Dr Diomède NDAYISENGA, DPPS: Vice-président
- Dr Ndereye JUMA, PNSR: Secrétaire
- Dr Ananie NDACAYISABA, PNSR
- Dr Théophile BIGAYI, PNSR
- Dr Fabrice KAKUNZE, PNSR
- Dr Darius HABARUGIRA PNSR
- Dr Aimée-Dora DUSHIME, PRONIANUT
- Dr Félicité NSHIMIRIMANA, PNLS-IST
- Dr Amidou NZOMWITA, IGSSLS
- Dr Onésime NAMBAJIMANA, DSNIS
- Dr Jeanine AYINKAMIYE, PNILMTNC
- Dr Raïssa LUKUSU, PNILP
- Dr Jacques NIYONKURU, DODS
- Dr Jean Claude BIZIMANA, DRH
- Dr Bellejoie IRIWACU, PEV
- Dr Jean François BUSOGORO, OMS
- Dr Yolande MAGONYAGI, UNFPA
- Dr Dorothée NTAKARUTIMANA, UNICEF
- Dr Martin BAYISINGIZE, GHSC-PSM
- Dr Dorine IRANKUNDA, PSI
- Dr Audrine KANEZA, ABUBEF
- Dr Iréné NDABAGIYE, CARE
- Dr Pierre Claver HARERIMANA, BRAVI
- Dr Léocadie NIVYINDIKA, WV
- Dr Eric NZEYIMANA, Sharenet
- Dr Marie Claire RYANGUYENABI, GIZ-Santé
- Mme Rosine KANEZA, Cabinet MSPLS
- Mme Caritas NSHIMIRIMANA, PNSR
- Mme Jeanne Marie NAHIMANA, INSP
- Mme Jacqueline NIYUNGEKO, DPSE
- Mme Nadine MUNEZERO, Croix-Rouge
- Mme Noëlla MANIRARIHA, PUVSBSGF-RGL
- Mr Richard BARANCIRA, SP
- Mr Sylvestre NKIZWANAYO, DGP
- Mr Sadique NIYONKURU, DGP
- Mr Eric IVYIZIGIRO, PNSR
- Mr Olivier GAHUNGERE, PNSR
- Mr Sylvère BARENGENSABE, UNFPA
- Mr Gervais SINDATUMA, IEC Santé
- Mr Raphael BARAYAMBARA, DPML

5.4 Expert et Consultants OMS pour appui à l'élaboration du PSN SRMNIA 2019-2023

- Dr Saliyou Sanni. Expert OMS/AFRO
- Dr Joseph Wa Kasongo Kasongo., Consultant International
- Dr Gilbert Batungwanayo. Consultant National Sénior

5.5. Chronogramme de l'élaboration du PSN SRMNIA 2019-2023.

N°	ACTIVITES	Sept 2018	Oct. 2018	Nov. 2018	Déc. 2018	Janv. 2019
1	Préparation et organisation de la 1 ^{er} retraite d'analyse situationnelle de la SRMINA à Gitega	X				
2	Nomination du Comité technique pour élaboration du plan SRMNIA 2019-2023		X			
3	Recrutement de consultants OMS pour appui du MSPLS à l'élaboration du Plan Stratégique Intégré SRMNIA 2019-2023		X			
4	Préparation et organisation de la 1 ^{ière} réunion du comité technique et du comité de pilotage du PS-SRMNIA pour valider les résultats de la 1 ^{ière} retraite d'analyse situationnelle, Valider le chronogramme, objectifs et les résultats attendus de la deuxième retraite			X		
5	organisation de la 2 ^{ème} retraite à Ngozi pour a) Finaliser la revue du plan biennal SRMNIA 2017-2018, b) Définir des orientations stratégiques du nouveau Plan SRMNIA 2019-2023; c) Adopter les canevas du cadre logique et du cadre de performance du nouveau Plan Stratégique SRMNIA 2019-2023			X X X		
6	organisation de la 3 ^{ème} retraite à Ngozi pour a) analyser et valider le draft de rapport de la revue du plan biennal SRMNIA 2017-2018, et b) développer le cadre logique et cadre de performance du nouveau Plan Stratégique intégré SRMINA 2019-2023.			X X		
7	Finalisation du rapport de la revue du plan biennal SRMNIA 2017-2018 et Rédaction du draft du nouveau Plan Stratégique Intégré SRMNIA 2019-2023			X X	X X	
8	Organisation d'un atelier de validation du rapport de revue du plan biennal SRMNIA 2017-2018 et de relecture et d'enrichissement du draft du nouveau Plan Stratégique Intégré SRMNIA 2019-2023 par le comité technique d'élaboration du plan stratégique SRMNIA				X	
9	Organisation d'un atelier de pré-validation technique du projet du nouveau Plan Stratégique Intégré SRMNIA 2019-2023 par le comité technique d'élaboration du plan stratégique SRMNIA				X	
10	Intégration dans le projet du nouveau Plan Stratégique Intégré SRMNIA 2019-2023, des observations et commentaires issus de l'atelier de pré-validation				X	X X
11	Organisation d'un atelier de budgétisation du projet du nouveau Plan Stratégique Intégré SRMNIA 2019-2023 avec l'outil « OneHealth » par une équipe restreint à Muramvya					X X
12	Organisation d'un atelier de validation définitive du Plan Stratégique Intégré SRMNIA 2019-2023 et intégration des observations					X X