



REPUBLIQUE DU BURUNDI



TWIYEMEJE KUVYARA KU RUGERO
KOUS KOUS ENGAGEORS A PLANIFIER LES NAISSANCES

**PLAN D'ACCELERATION
DE LA PLANIFICATION FAMILIALE
2015-2020**

SOMMAIRE

	Page
LISTE DES ABREVIATIONS	2
PREFACE	4
RESUME	6
INTRODUCTION	17
1.1 Situation géographique	17
1.2 Situation démographique	18
1.3 Organisation du système de santé	21
1.4 Engagement du Gouvernement Burundais en faveur de la PF et réalisations en matière de PF	25
1.5 Financement de la PF	30
II DEFIS PRIORITAIRES EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE	32
2.1 Défis en matière de demande de services et d'environnement favorable	32
2.2 Défis en matière d'offre de services	35
2.3 Défis en matière de financement	36
2.4 Défis en matière de suivi-évaluation et de coordination des interventions	37
III BUT, OBJECTIFS, STRATEGIES ET ACTIVITES DU PLAN D'ACCELERATION	38
3.1 But	38
3.2 Objectifs	38
3.3 Stratégies et activités	38
3.3.1 Stratégies et activités pour améliorer la demande des services de PF et un environnement favorable à la PF	39
3.3.2 Stratégies et activités pour améliorer l'offre des services de PF	45
3.3.3 Stratégies et activités pour améliorer le financement de la PF	52
3.3.4 Stratégies et activités pour améliorer le suivi-évaluation et la coordination	54
IV BUDGET DU PLAN D'ACCELERATION	59
ANNEXES	61
BIBLIOGRAPHIE	71

LISTE DES ABREVIATIONS

ASC	= Agents de Santé Communautaire
BDS	= Bureau du District Sanitaire
BPS	= Bureau de la Provinciaux de Sanitaire
ASLO	= Associations Locales
CAP	= Connaissance Attitude Pratique
CCC	= Communication pour le Changement de Comportement
CCV	= Contraception Chirurgicale Volontaire
CDS	= Centres de Santé
CIPD	= Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CSLP	= Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté
CoSa	= Comités de Santé (p10)
CPN	= Consultation Prénatale
CPPF	= Coordination du Programme National de Planification Familiale
CPoN	= Consultation Post Natale
DBC	= Distribution à Base Communautaire
DIU	= Dispositif Intra Utérin
ECD	= Equipe Cadres de District
EDSB	= Enquête Démographique et de Santé du Burundi
FOSA	= Formation Sanitaire
IST	= Infections sexuellement transmissibles
KFW	= Banque Allemande pour le développement
MDPS	= Médecin Directeur de la Province Sanitaire
MSPLS	= Ministère de Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
OMS	= Organisation Mondiale de la Santé
ORL	= Oto-Rhino-Laryngologie
OSC	= Organisation de la Société Civile
PEV	= Programme Elargie de Vaccination
PF	= Planification Familiale
PNDS	= Plan National de Développement Sanitaire
PNSR	= Programme National de Santé de la Reproduction

PTME	= Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	= Personne Vivant avec le VIH
RGPH	= Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMM	= Rapport de mortalité maternelle
SMI	= Santé Maternelle et Infantile
SNIS	= Système National de l'Informations Sanitaire
SR	= Santé de la Reproduction
SSRAJ	= Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
TIC	= Technologie de l'Information et de la Communication
TPC	= Taux de prévalence contraceptive
TPS	= Techniciens de Promotion de la Santé
UNFPA	= Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	= Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	= United States Agency of International Development

PREFACE

Le Gouvernement du Burundi a décidé en son cinquième pilier de sa vision à l'horizon 2025, de mettre en place une politique démographique ambitieuse afin de limiter le taux de croissance démographique à 2%. La maîtrise de la démographie constitue un défi majeur pour le pays où 90% de la population vivent de la terre alors que les surfaces cultivables se raréfient de plus en plus (réduction de 40% d'ici 2025 des terres cultivables), les superficies des pâturages a diminué de 29% en 13 ans, le nombre d'hectares déboisés multiplié par 125 en 10 ans et les conflits fonciers représentent 80% des plaintes au niveau judiciaire.

Cette volonté de maîtriser la situation démographique du pays, a conduit l'Etat du Burundi à adopter, le 19 Octobre 2011 en Conseil des Ministres, une Déclaration de Politique Démographique Nationale à travers laquelle il traduit sa volonté et celle du peuple de concrétiser les engagements et recommandations des grandes conférences internationales auxquels le pays a souscrit.

L'objectif visé travers cette déclaration est de contribuer à la réduction de la pauvreté et à l'amélioration de la qualité de la vie grâce à la maîtrise de la croissance démographique du pays. Pour y arriver, il envisage de :

1. faire baisser la fécondité de 6 enfants par femme en 2008 à 3 enfants par femme en 2025 pour cela, le taux de prévalence contraceptive doit de 30 à au moins 50% comme illustré dans le graphique n°;
2. accélérer la baisse de la mortalité en faisant passer l'espérance de vie à la naissance de 49 ans en 2008 à 60 ans en 2025 ;
3. faire passer le taux d'accroissement de la population de 2,4% à 2% en 2025.

Pour ce faire, le Gouvernement du Burundi a posé des actes concrets en faveur de la planification familiale ayant permis de faire passer le taux de prévalence contraceptive de 2,7% en 2000 à 34% en 2014.

Dans le souci de concrétiser les engagements pris et de mobiliser les ressources, l'Etat du Burundi a décidé d'élaborer le présent plan d'accélération de la planification Familiale, sur la base des gaps stratégiques et géographiques.

Nous voulons avant de terminer, remercier tous les partenaires qui, de près ou de loin, ont bien voulu accompagner le pays dans l'élaboration de ce document. Notre gratitude va aussi, par anticipation, à l'endroit de tous les partenaires qui voudront bien apporter un soutien tant technique que financier à la mise en œuvre du plan d'accélération de PF 2015-2020 contenu dans ce document.

RESUME

Le Burundi est situé à cheval entre l'Afrique de l'Est et centrale. Il est limité au Nord par le Rwanda, au Sud et à l'Est par la Tanzanie puis à l'Ouest par la République Démocratique du Congo. Sa superficie est de 27.834 km² incluant la surface des eaux territoriales. Il a un climat tropical avec quatre saisons dont une petite saison de pluie, une petite saison sèche, une grande saison des pluies une grande saison sèche.

La population burundaise est estimée à 8,05 millions d'habitants selon (RGPH) de 2008 avec un taux d'accroissement annuel estimé à 2,4 %.. Elle est composée de 50,8% de personnes de sexe féminin et 49,2% de personnes de sexe masculin soit un rapport de masculinité de 0,97. Elle est majoritairement jeune avec 56,1% de personnes de moins de 20 ans et 44,1% de personnes de moins de 15 ans de la population totale. Les femmes en âge de procréer représentent à elles seules près de la moitié (46%) de la population féminine du pays. Seules 10% de la population résident en milieu urbain et la taille moyenne des ménages est de 4,7 personnes. Quant à la densité démographique au niveau national, elle est de 310 habitants au km².

Selon l'EDSB, le niveau de la fécondité des femmes burundaises demeure élevé puisque chaque femme donne naissance, en moyenne, à 6,4 enfants durant sa vie féconde. Sur 1 000 enfants qui naissent, 59 décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire, dont 31 ‰ entre 0 et 1 mois et 28 ‰ entre 1 et 12 mois exact.

Le rapport de mortalité maternelle (RMM) au Burundi est estimé à 500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période 2004-2011. Aussi, le risque que court une femme au Burundi de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation est d'environ 1 sur 30 pour la période 2004-2011.

Cette étude a également révélée que près d'un tiers des femmes interrogées (32 %) ont répondu qu'elles ne désiraient plus avoir un autre enfant et que 31 % des personnes interviewées ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. L'âge médian des femmes de 25-49 ans et des hommes de 25-59 ans à la première union ont été respectivement à 20,3 ans et à 24,1 ans.

Le Système d'information de routine du Burundi fait état d'une bonne évolution du taux de prévalence contraceptive au niveau national passant de 4% en 1993 à 34,3% en 2014. Toutefois, cette performance cache d'importante disparité au niveaux des provinces. En effet, le taux de prévalence contraceptive de 2014, varie d'une province à une autre. Il varie entre 16,1% (dans la province de mwaro) et 62,3% (dans la province de Ngozi).

Le système sanitaire du Burundi est basé sur un modèle décentralisé qui comprend trois niveaux à savoir :

- le niveau central (Echelle Macro-systémique) ;
- le niveau intermédiaire (Echelle méso-systémique) ;
- du niveau périphérique (Echelle micro-systémique).

Le Gouvernement du Burundi a décidé en son cinquième pilier de sa vision à l'horizon 2025 de mettre en place une politique démographique ambitieuse afin de limiter le taux de croissance démographique à 2%. La maîtrise de la démographie constitue un défi majeur pour le pays où 90% de la population vivent de la terre alors que les surfaces cultivables se raréfient de plus en plus (réduction de 40% d'ici 2025 des terres cultivables), les superficies des pâturages a diminué de 29% en 13 ans, le nombre d'hectares déboisés multiplié par 125 en 10 ans et les conflits fonciers représentent 80% des plaintes au niveau judiciaire.

Cette volonté de maîtriser la situation démographique du pays, a conduit l'Etat du Burundi à adopter, le 19 Octobre 2011 en Conseil des Ministres, une Déclaration de Politique Démographique Nationale à travers laquelle il traduit sa volonté et celle du peuple de concrétiser les engagements et recommandations des grandes conférences internationales auxquels le pays a souscrit, notamment :

- la Déclaration universelle des droits de l'homme ;
- l'Agenda 21 (Conférence de Rio de Janeiro, 1992) ;
- le Programme d'Action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, le Caire 1994) ;
- le Plan d'Action pour le Développement social (Sommet de Copenhague, 1995) ;
- la Convention sur les Etablissements humains et l'Habitat décent (Conférence d'Istanbul, 1996) ;
- la Déclaration du Millénaire pour le Développement (Sommet du Millénaire, New York, 2000).

Pour atteindre l'objectif de cette déclaration qui est de contribuer à la réduction de la pauvreté et à l'amélioration de la qualité de la vie grâce à la maîtrise de la croissance démographique du pays, le Gouvernement du Burundi souhaite :

4. Faire baisser la fécondité de 6 enfants par femme en 2008 à 3 enfants par femme en 2025 pour cela, le taux de prévalence contraceptive doit de 30 à au moins 50% comme illustré dans le graphique n°;
5. Accélérer la baisse de la mortalité en faisant passer l'espérance de vie à la naissance de 49 ans en 2008 à 60 ans en 2025 ;
6. Faire passer le taux d'accroissement de la population de 2,4% à 2% en 2025.

Il compte arriver à ses fins à travers le renforcement de la planification familiale qui sera centrée sur :

- l'information et l'éducation sur le planning familial et la santé de la reproduction pour un choix libre et éclairé;
- l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de planification familiale ;
- le renforcement des capacités techniques et institutionnelles du système de santé dans l'offre des services PF;
- l'accroissement de la demande des services PF mettant l'accent sur la participation communautaire et de l'homme;
- le renforcement du plaidoyer en faveur de la maîtrise de la croissance démographique.

Les Autorités Burundaises confirment leur engagement, en exprimant dans le Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté-deuxième génération (CSLP II) du 1^{er}Décembre 2011, leur volonté d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant en particulier la PF en passant notamment par :

- le renforcement des capacités techniques et institutionnelles du système de santé en ce qui concerne la santé de la reproduction, en vue de maîtriser la fécondité et des interventions à haut impact pour la survie et le développement de l'enfant ;
- le renforcement de l'offre de services conviviaux aux jeunes et adolescents,
- le renforcement des capacités techniques des structures de soins en PF (formation des prestataires, équipements).

En septembre 2007, le PNSR a élaboré une Politique Nationale de la Santé de la Reproduction avec l'appui de partenaires tels que UNICEF, UNFPA, OMS et KFW.

Pour faire face aux problèmes majeurs dans le domaine de la SR auxquels le Burundi est confronté à savoir [(i) une forte croissance démographique ; (ii) une mortalité maternelle, néonatale et infantile élevée ; (iii) un statut socio-économique de la femme défavorable], le pays s'est doté, en Février 2013, d'un plan stratégique révisé couvrant la période 2013-2015. Au niveau de la composante "Planification Familiale" de ce plan, les axes stratégiques retenus sont en rapport avec :

1. le renforcement du plaidoyer auprès des pouvoirs publics pour un engagement plus accru en faveur de la PF ;
2. la mobilisation sociale/CCC pour l'utilisation des services disponibles en matière de PF ;
3. l'intégration de la PF dans d'autres services de soins de santé primaires (PEV, SMI, PTME, nutrition, CPN, accouchement et consultation postnatale) ;
4. l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de PF de qualité.

Suite à l'engagement du pays vis à vis de la PF, certaines réalisations ont été enregistrées. On peut citer comme réalisation :

- la mise en place de cliniques mobiles pour servir les populations les plus reculées;
- le développement de l'offre de services de qualité basée sur le choix libre et éclairé dans des centres publics ;
- l'introduction des méthodes contraceptives longue durée dans la gamme des produits contraceptifs offerts ;
- la création de postes de santé secondaires dans les zones inaccessibles à la contraception moderne ;
- l'introduction de la distribution à base communautaire de contraceptifs par les agents de santé communautaire et les injectables par les Techniciens de Promotion de la Santé (TPS) ;
- la formation des prestataires basée sur les compétences;
- la sécurisation des produits grâce au logiciel CHANNEL de gestion des stocks;
- la sensibilisation pour l'implication des hommes dans la PF;
- la disponibilité de CDS offrant des services conviviaux aux adolescents et jeunes;
- la mise en réseau de ces CDS avec les écoles, les centres jeunes et les associations de jeunes ;
- la création de radio communautaire pour les jeunes et animée par les jeunes;

Ces différentes interventions ont permis de noter une importante augmentation du Taux de Prévalence Contraceptive (TPC) passant de 2,7% en 2000 à 30,8% en 2013 et une régulière augmentation du nombre de nouveaux clients en PF.

Selon le rapport sur la contribution du gouvernement au financement de la Santé de la Reproduction au Burundi, il ressort que malgré la diminution du budget publique dédié à la santé, la part dédiée à la Santé de la Reproduction augmente entre 2010 et 2012.

La comparaison faite dans ce rapport, des dépenses SR du Gouvernement relativement aux dépenses des principaux acteurs bilatéraux montre que la part de l'Etat du Burundi représente 40% de l'ensemble des dépenses réalisées en 2012. Ce qui faisait de lui le premier financeur de la SR au Burundi. L'essentiel de ce financement étant orienté vers la mise en œuvre d'une politique de gratuité des soins liés à l'accouchement et aux soins aux enfants de moins de 5 ans, mise en place depuis 2006.

Si les efforts de l'Etat sont notables pour augmenter le budget de la SR, il est important de signaler que le pays est fortement dépendant des financements extérieurs pour ce qui concerne l'achat des produits contraceptifs.

Le diagnostic de la planification familiale au Burundi, sur la base des données disponibles, a permis d'identifier des défis majeurs selon 4 domaines.

- En matière de demande de services de PF et d'environnement favorable à la PF, 4 défis ont été identifiés :

- Défi DE1 : Faible demande des méthodes contraceptives par la population en générale et par les femmes en particulier ;
- Défi DE2 : Faible implication des hommes dans la PF ;
- Défi DE3 : Faible demande d'informations et des services de PF par les adolescents et jeunes ;
- Défi DE4 : Faible engagement des leaders communautaires dans la promotion de la PF .

- En matière d'offre de services de PF, 4 défis ont également été retenus :

- Défi O1 : Accessibilité géographique à la PF non équitable ;
- Défi O2 : Faible qualité de l'offre des services de PF ;
- Défi O3 : Faible accès des adolescents et des jeunes aux services adaptés à leurs besoins ;
- Défi O4 : Insuffisance de l'offre des services de PF par le secteur privé et confessionnel.

- En matière de financement de la PF, 2 défis ont été identifiés :
 - Défi F1 : Insuffisance du financement en faveur de la PF ;
 - Défi F2 : Insuffisance du financement de l'Etat pour l'achat des contraceptifs.

- En matière de suivi-évaluation et de coordination des interventions, 3 défis ont été identifiés :
 - Défi SEC1 : Faiblesse de l'utilisation des résultats des évaluations et des études dans la prise de décisions à différents niveaux pour une meilleure gestion et orientation des programmes;
 - Défi SEC2 : Non prise en compte des données liées aux adolescents et jeunes dans système de collecte d'informations sur la PF;
 - Défi SEC3 : Faiblesse du mécanisme de coordination à différents niveaux et entre différents acteurs.

Pour faire face à ces défis, le Burundi propose un plan d'accélération de la Planification Familiale dont le but est de contribuer à accroître l'utilisation des services de PF en vue de permettre au Burundi d'atteindre un taux de prévalence contraceptive de 50% au niveau national à l'horizon 2020.

Pour atteindre ce but, le pays a l'intention de :

- accroître la demande et améliorer l'environnement en faveur de la PF ;
- améliorer l'accès des population aux services de PF de qualité ;
- accroître les ressources financières destinées à la PF ;
- améliorer l'utilisation des données y compris les données sur les adolescents pour améliorer la gestion et le suivi des progrès des programmes de PF ;
- renforcer la coordination à différents niveaux et entre différents acteurs dans le domaine de la PF.

Pour ce faire, plusieurs stratégies ont été développées et plusieurs activités identifiées selon 4 axes.

Concernant l'axe "**demande des services de PF et un environnement favorable à la PF**" 4 stratégies ont été développées. Ces stratégies concernent :

- la mobilisation sociale pour l'utilisation de la PF, qui comprend les activités consistant à :
 - élaborer des supports de sensibilisation de la population basés sur les facteurs explicatifs de la faible utilisation de la PF et adaptés à chaque cible ;
 - organiser des sensibilisations ciblées de la population à partir des facteurs explicatifs de la faible utilisation de la PF ;

- organiser des rencontres d'échanges et de plaider avec les leaders communautaires (religieux, leaders d'opinion) pour leur implication en faveur de la PF ;
 - contractualiser avec des médias publics et privés et les compagnies de téléphonie afin de diffuser des messages en faveur de la PF ;
 - élaborer et diffuser des supports de communication sur la PF, le droit humain et le genre au niveau des centres sociaux, des coopératives et des groupements de femmes, ainsi que les corps de métiers (salons de coiffure, couture, etc....);
 - élaborer et diffuser des supports de communication sur la PF destinés aux OSC intervenant dans la lutte contre le VIH, la malnutrition et les violences basées sur le genre ;
 - organiser des activités de mobilisation communautaire (concours, jeux, chansons, sketches) pour la promotion de la PF ;
 - faire un plaidoyer pour intégrer la PF dans les politiques sectorielles des autres Ministères (genre, agriculture, environnement etc.).
- La promotion de l'engagement des hommes en PF, qui comprend les activités consistant à :
 - utiliser les hommes champions pour la promotion de la PF auprès de leurs pairs ;
 - produire et diffuser des outils de communication en faveur de la PF ciblant les hommes ;
 - intégrer les activités de PF dans les programmes des groupements communautaires des hommes (pêcheurs, agriculteurs, motards, militaires...) en utilisant des messages adaptés aux différents milieux.
- L'initiation de stratégies novatrices de communication en direction des adolescents et des jeunes scolarisés et non scolarisés, qui comprend les activités consistant à :
 - Utiliser des TIC pour sensibiliser les jeunes (site web, réseaux sociaux, SMS, ligne verte...) ;
 - appuyer l'intégration de l'éducation sexuelle complète dans les programmes scolaires non encore couverts (8ème, 7ème, 6ème, 5ème) en synergie avec le ministère en charge de l'éducation ;
 - mettre en œuvre/utiliser les outils de formation sur la SSRAJ au niveau communautaire avec tous les acteurs (écoles, centres jeunes, associations de jeunes) dans l'ensemble des provinces du pays.

- Le plaidoyer à l'endroit des décideurs influents pour un engagement accru en faveur de la PF, qui comprend les activités consistant à :
 - élaborer/Mettre à jour des outils performants de plaidoyer (argumentaire religieux sur la PF, modèle RAPID) ;
 - disséminer ces outils de plaidoyer pour améliorer la perception des différents décideurs cibles en matière de PF ;
 - organiser des rencontres de plaidoyer auprès des décideurs administratifs et politiques (divers ministères et institutions de la République) en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF.

Au niveau de l'axe "**offre des services de PF**" 3 stratégies ont été développées. Ces stratégies concernent :

- Le renforcement et extension de l'offre des services de PF y compris au niveau communautaire, dans le secteur privé et confessionnel, qui comprend les activités consistant à :
 - étendre l'offre de services de PF dans l'ensemble des CDS et hôpitaux publics ;
 - étendre la franchise sociale et le marketing social à toutes les provinces du pays ;
 - intégrer l'offre de PF dans les services de santé de toutes les entreprises qui en disposent ;
 - intégrer l'offre de PF dans les FOSA associatifs et confessionnel assurant la prise en charge des PVVIH et autres populations clés ;
 - mettre en place/Passer à l'échelle des postes secondaires de prestation de services de SR/PF dans les zones où l'offre de services de PF moderne n'est pas disponible ;
 - établir des contrats de partenariat entre les entreprises et les structures de santé publiques et privées pour l'offre de services de PF ;
 - passer à l'échelle l'intégration de la PF dans le paquet d'activité de tous les Agents de Santé Communautaire (ASC) du pays ;
 - intégrer la PF dans les stratégies avancées de tous les districts sanitaires du pays.

- Le renforcement des capacités afin d'améliorer la qualité des prestations de PF et la gestion des produits contraceptifs, qui comprend les activités consistant à :
 - élaborer un plan de formation et de supervision en technologie contraceptive pour disposer d'au moins 2 ressources humaines compétentes par FOSA dans l'ensemble des districts du pays ;

- mettre en œuvre le plan de formation et de supervision en technologie contraceptive pour disposer d'au moins 2 ressources humaines compétentes par FOSA dans l'ensemble des districts du pays ;
 - former des prestataires des Hôpitaux (district, régional et national) en technique de contraception chirurgicale volontaire (CCV) pour couvrir l'ensemble des hôpitaux du pays ;
 - intégrer la formation en technologie contraceptive dans la formation de base des infirmiers et des médecins ;
 - équiper les FOSA pour l'offre de services PF de qualité ;
 - approvisionner en produits contraceptifs de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et des points de prestation de services ;
 - former/Recycler en gestion logistique et CHANNEL les gestionnaires des produits contraceptifs et les superviseurs au niveau des DPS, BDS et FOSA ;
 - organiser des supervisions régulières et des ateliers d'analyse des données de stock au niveau national et provincial ;
 - renouveler le parc informatique des BDS pour la poursuite de l'utilisation du logiciel CHANNEL ;
 - Réaliser le contrôle qualité des produits contraceptifs aux différents niveaux.
- Le renforcement de l'accès des adolescents et jeunes aux services adaptés à leurs besoins, qui comprend les activités consistant à :
 - aménager et équiper deux CDS par district pour l'intégration effective de l'offre de services conviviaux pour adolescents et aux jeunes ;
 - Former les prestataires de deux CDS par district pour l'offre de services conviviaux pour adolescents et aux jeunes.

Pour ce qui concerne l'axe "**financement de la PF**", 2 stratégies ont été développées. Ces stratégies concernent :

- Stratégie F1 "la mobilisation des ressources additionnelles pour le financement du plan d'accélération de la PF", qui comprend les activités consistant à :
 - identifier d'autres bailleurs potentiels pour le financement de la PF en général et pour l'achat des contraceptifs en particulier ;
 - organiser une table ronde de mobilisation des ressources pour financement du plan 2015-2020 ;
 - impliquer les compagnies privées dans le financement des campagnes sur la PF au travers des moyens attractifs de mobilisation de ressources (publicité...).

- La mobilisation des ressources additionnelles de l'Etat pour l'achat des contraceptifs, qui comprend les activités consistant à :
 - élaborer un document de plaidoyer montrant les gains/bénéfices que l'Etat pourrait tirer en investissant davantage dans l'achat des contraceptifs ;
 - organiser une rencontre de plaidoyer en direction des membres du gouvernement et des parlementaires dans le but d'augmenter le budget étatique pour l'achat des contraceptifs.

Quand à l'axe "**suivi-évaluation et coordination**", 3 stratégies ont été développées. Ces stratégies concernent :

- Le renforcement du suivi-évaluation des interventions et de la documentation des bonnes pratiques et innovations pour une prise en compte dans la gestion des programmes, qui comprend les activités consistant à :
 - organiser des ateliers régionaux pour décliner le plan PF pour chaque provinces ;
 - organiser des réunions trimestrielles du comité national FP 2020 pour le suivi de la mise en œuvre du plan ;
 - organiser des réunions semestrielles de suivi de la mise en œuvre du plan avec le BDS et BPS ;
 - faire l'évaluation à mi-parcours et finale du Plan ;
 - documenter annuellement les bonnes pratiques et cas de succès pour les intégrer dans les planifications annuelles ;
 - distinguer les ASC, TPS, FOSA, Districts et provinces plus performants en matière de PF ;
 - organiser des échanges d'expériences des provinces les plus performantes vers les provinces les moins performantes.
- Le renforcement du mécanisme de collecte pour l'intégration des données liées aux adolescents et jeunes, qui comprend les activités consistant à :
 - mettre à jour les formats de rapport PF pour intégrer les données sur les adolescents et jeunes ;
 - reproduire les nouveaux supports de collecte de données intégrant les données sur les adolescents et jeunes.
- La promotion de la recherche opérationnelle en planification familiale, qui comprend une activité consistant à Conduire une étude pour analyser les causes des disparités régionales dans l'utilisation des services de PF.

Le budget total du plan d'accélération de la Planification Familiale s'élève à vingt cinq milliards seize millions cent soixante quatre mille cent soixante quatorze francs Burundais (**25 016 164 174 FBU**) ou seize millions quatre vingt dix sept mille neuf cent dix sept dollars américain (**\$16 097 917**) en considérant que **\$1 = 1554 FBU** qui est le taux appliqué par le système des nations unies au Burundi.

Les coûts en rapport avec les activités liées à l'offre des services de PF représentent 89,3% du budget total. Quant à ceux en rapport avec les activités liées à la demande des services de PF et à un environnement favorable à la PF, au suivi-évaluation et à la coordination puis au financement de la PF, ils représentent respectivement 8,2%, 2,4% et 0,1% du budget total du plan sur la période 2015-2020.

Signalons à toute fin utile que le Gouvernement du Burundi a entamé des actions en vue de mobiliser des ressources pour la mise œuvre de son plan d'accélération. Ces actions ont permis au pays de mobiliser pour l'année 2015, la somme de deux milliards trois cent vingt neuf millions neuf cent quatre vingt mille huit cent dix francs burundais (**2 329 980 810 FBU**) ou un million quatre cent quatre vingt dix neuf mille trois cent quarante quatre dollars américain (**\$1 499 344**). Les financements obtenus pour l'année 2015 concernent les activités en rapport avec :

- la demande des services de PF et un environnement favorable à la PF pour un montant de **843 239 060 FBU** ou **\$542 625** ;
- l'offre de services de PF pour un montant de **1 045 874 250 FBU** ou **\$673 021** ;
- le Suivi-Evaluation et la coordination pour un montant **440 867 500 FBU** ou **\$283 699**.

Il reste donc à mobiliser la somme de vingt deux milliards six cent quatre vingt six millions cent quatre vingt trois mille trois cent soixante quatre francs burundais (**22 686 183 364 FBU**) ou quatorze millions cinq cent quatre vingt dix huit mille cinq cent soixante treize dollars américain (**\$14 598 573**).

INTRODUCTION

1.1 SITUATION GEOGRAPHIQUE

Le Burundi est situé à cheval entre l'Afrique de l'Est et centrale. Il est limité au Nord par le Rwanda, au Sud et à l'Est par la Tanzanie puis à l'Ouest par la République Démocratique du Congo comme le présente le graphique 1.

Sa superficie est de 27.834 km² incluant la surface des eaux territoriales. Une grande partie de cette superficie est occupée par les hauts plateaux dominés par la crête Congo-Nil vers l'ouest et le reste par les lacs (dont le plus est le lac Tanganyika), la plaine de l'Imbo puis les dépressions du Kumosso à l'Est et du Bugesera au Nord.

Le Burundi a un climat tropical avec quatre saisons dont une petite saison de pluie (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).

Graphique 1 : Carte du Burundi



1.2 SITUATION DEMOGRAPHIQUE

Le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2008 a estimé la population du Burundi à 8,05 millions d'habitants. Cette population a doublée en 29 ans entre le premier et le dernier recensement.

La population burundaise est composée de 50,8% de personnes de sexe féminin et 49,2% de personnes de sexe masculin soit un rapport de masculinité de 0,97. Elle est majoritairement jeune avec 56,1% de personnes de moins de 20 ans et 44,1% de personnes de moins de 15 ans de la population totale. Les femmes en âge de procréer représentent à elles seules près de la moitié (46%) de la population féminine du pays.

Le taux d'accroissement annuel de la population du Burundi est estimé à 2,4 %. Ce qui veut dire que si ce rythme se maintient au cours des deux prochaines décennies, le Burundi pourrait compter 10,2 millions d'habitants en 2018, et 11,5 millions d'habitants en 2023.

Toujours selon les données du RGPH 2008, seules 10% de la population résident en milieu urbain et la taille moyenne des ménages est de 4,7 personnes. Quant à la densité démographique au niveau national, elle est de 310 habitants au km². Toutefois certaines provinces ont des densités allant parfois au-delà de 470 habitants au Km².

Selon l'Enquête Démographique et de Santé du Burundi (EDSB) de 2010, le niveau de la fécondité des femmes burundaises demeure élevé puisque chaque femme donne naissance, en moyenne, à 6,4 enfants durant sa vie féconde. Ce nombre moyen d'enfants varie de façon importante selon le milieu et la région de résidence. Le niveau de fécondité des femmes du milieu rural est nettement supérieur à celui des femmes du milieu urbain (6,6 contre 4,8 enfants). Les écarts selon les régions sont également très importants puisque le nombre moyen d'enfants par femme varie d'un minimum de 4,2 enfants à Bujumbura Mairie à un maximum de 7,1 enfants par femme dans la région Ouest du pays. Cette étude révèle également que le niveau de la fécondité diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction de la femme passant de 6,8 enfants, en moyenne, pour les femmes sans instruction à 4,4 enfants pour les femmes ayant un niveau d'instruction, au moins, secondaire.

Toujours selon l'EDSB de 2010, sur 1 000 enfants qui naissent, 59 décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire, dont 31 ‰ entre 0 et 1 mois et 28 ‰ entre 1 et 12 mois exact. Pour 1 000 enfants ayant atteint leur premier anniversaire, 40 décèdent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire et, globalement, sur 1 000 naissances, 96 décèdent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire, soit près d'un enfant sur 10 pour la période 2006-2011.

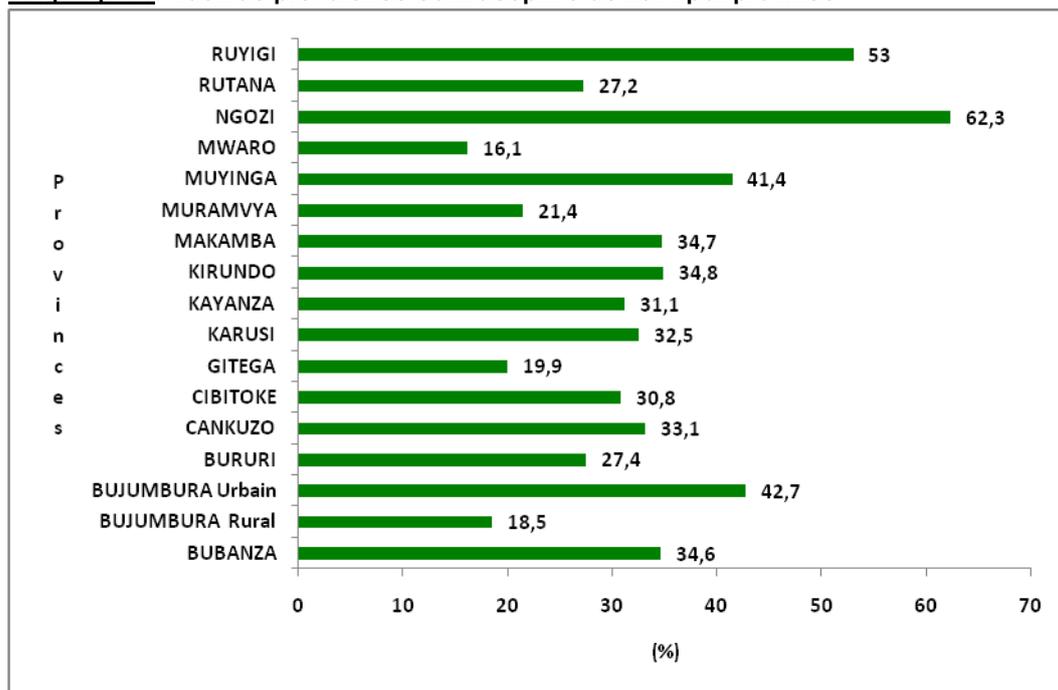
Dans cette étude, le taux de mortalité maternelle a été converti en rapport de mortalité maternelle, exprimé pour 100 000 naissances vivantes, en le divisant par le taux global de fécondité générale en vue de mettre davantage en relief, le risque obstétrical de la grossesse et de la maternité. Il ressort des calculs que le rapport de mortalité maternelle (RMM) au Burundi est estimé à 500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période 2004-2011. Aussi, le risque que court une femme au Burundi de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation est d'environ 1 sur 30 pour la période 2004-2011.

Cette étude a également révélée que près d'un tiers des femmes interrogées (32 %) ont répondu qu'elles ne désiraient plus avoir un autre enfant et que 31 % des personnes interviewées ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

Les résultats de l'EDSB-2010 ont permis d'estimer l'âge médian des femmes de 25-49 ans et des hommes de 25-59 ans à la première union respectivement à 20,3 ans et à 24,1 ans.

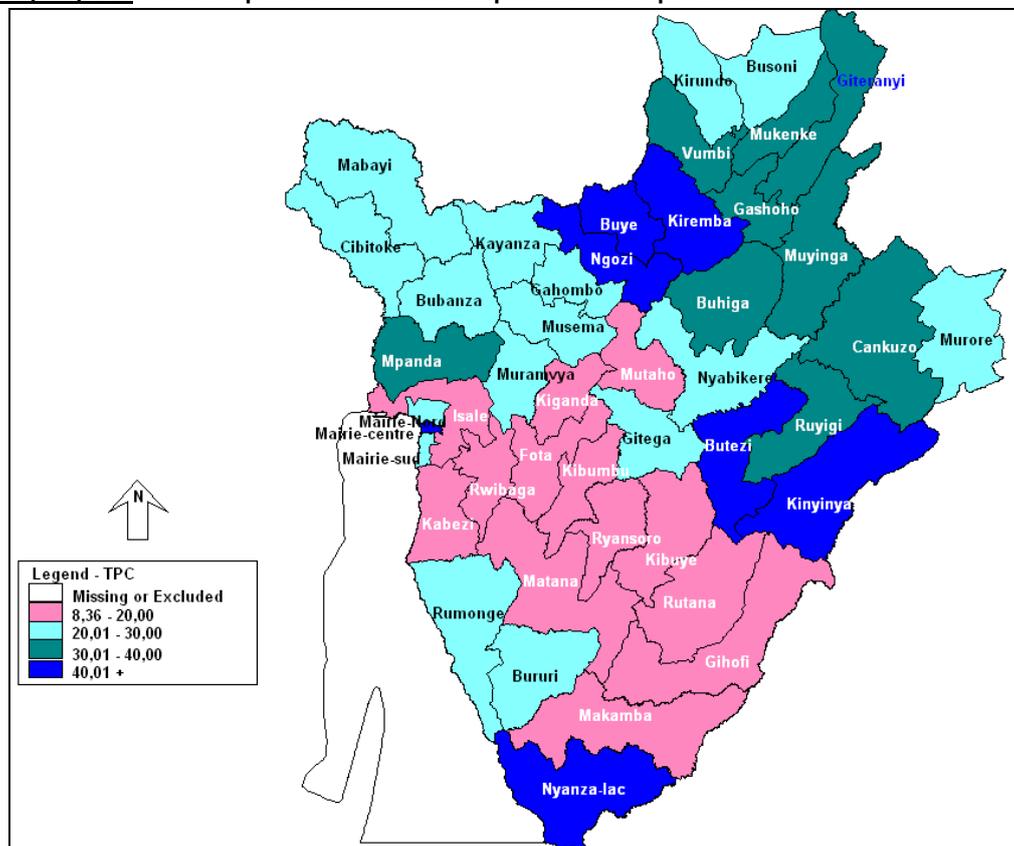
Le Système d'information de routine du Burundi fait état d'une bonne évolution du taux de prévalence contraceptive au niveau national passant de 4% en 1993 à 34,3% en 2014. Toutefois, cette performance cache d'importante disparité au niveaux des provinces. En effet, comme le montre le graphique n°1, le taux de prévalence contraceptive de 2014, varie d'une province à une autre. Il varie entre 16,1% (dans la province de mwaro) et 62,3% (dans la province de Ngozi).

Graphique 1: Taux de prévalence contraceptive de 2014 par province



Cette disparité est plus importante lorsqu'on descend au niveau des districts sanitaires (Cf. graphique 2) où ceux de RWIBAGA et de FOTA ont respectivement enregistré un taux de prévalence contraceptive de 8,4% et 9,8%.

Graphique 2: Taux de prévalence contraceptive de 2014 par district



1.3 ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

Le système sanitaire du Burundi est basé sur un modèle décentralisé qui comprend trois niveaux, comme l'indique clairement les normes sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2011 – 2015. Il s'agit :

- du niveau central (Echelle Macro-systémique) ;
- du niveau intermédiaire (Echelle méso-systémique) ;
- du niveau périphérique (Echelle micro-systémique).

Niveau central

Le fonctionnement de ce niveau est articulé autour d'un Secrétariat Permanent, de trois Directions Générales (dont une en charge des Services de Santé, l'autre des Ressources et la dernière de la Planification-Suivi-Evaluation) et d'une Inspection Générale. Cette option permet une décongestion des responsabilités qui étaient toutes concentrées au niveau de l'ancienne Direction Générale de la Santé.

Ce niveau a pour mission de définir la politique de santé, de mener le suivi-évaluation puis de piloter les activités de recherche et de formation. Composé de directions et de programmes, le niveau central doit organiser les activités macro-systémique en collaborant avec les partenaires techniques et financiers d'une part et en impulsant une dynamique inter et multisectorielle en faveur de la santé d'autre part.

Niveau intermédiaire

Ce niveau est représenté par l'ensemble des Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) au nombre de 17. Ces bureaux veillent à la mise en œuvre des décisions du niveau central et sont chargés d'assurer la supervision de la mise en œuvre du PNDS par les districts sanitaires. Il joue également le rôle de conseiller technique en santé à l'administration provinciale. Chaque province est subdivisée en districts sanitaires. La moyenne des districts par province est de 3 avec une population moyenne estimée entre 450.000 et 600.000 habitants.

Les BPS doivent interagir avec les autres secteurs de la santé pour aboutir à une amélioration de la santé dans une province donnée. Il participe aux réunions provinciales trimestrielles pour consolider les approches multisectorielles en faveur de la santé.

Un BPS est dirigé par un Médecin Directeur de la Province Sanitaire (MDPS) qui est le garant de la santé des populations de toute la province. Il se fait aider par une équipe de professionnels de la santé publique pour assurer la supervision de proximité des districts sanitaires. Les BPS adressent des rapports d'activités au niveau central du MSPLS.

Niveau périphérique

Le niveau périphérique est structuré autour du concept de district sanitaire. Un district sanitaire couvre une population d'environ 150.000 habitants. Il comprend entre 10 et 15 Centres de Santé (CDS) et un hôpital de district (premier niveau de référence).

Il est composé de l'ensemble des centres de santé publics, agréés et privés du pays. Il comprend également les centres d'ONG et les acteurs communautaires qui peuvent être mobilisés dans la prévention et la promotion de la santé.

Les districts sanitaires sont dirigés par les équipes cadres de district (ECD) avec à leur tête un Médecin Chef de district sanitaire (MCD). L'ECD a pour mission la planification, la supervision de la mise en œuvre des activités des structures de santé œuvrant au sein du district, la coordination des interventions, le suivi-évaluation des activités des différents intervenants. Elle rend compte au BPS de manière régulière et selon une périodicité convenue.

Pour ce qui concerne le réseau de soin dans ce pays, il s'organise à différents niveaux représentés par :

- l'échelle communautaire ;
- le Centre de Santé ;
- l'Hôpital de District ;
- l'Hôpital régional ;
- L'Hôpital national.

✓ **L'échelle communautaire**

Le MSPLS est en pleine réorganisation du niveau de santé communautaire qui va être essentiellement orienté vers les prestations de soins préventifs et promotionnels. Il est composé d'acteurs communautaires diversifiés comme les agents de santé communautaires (ASC), les comités de santé (CoSa), les associations locales (ASLO), les réseaux communautaires, les collectifs de groupement, etc.

Les acteurs communautaires sont coordonnés par un Technicien de Promotion de la Santé (TPS) basé au centre de santé pour renforcer continuellement leurs capacités et maintenir des liens étroits avec le CDS.

✓ **Le Centre de Santé**

Il est la porte d'entrée du réseau de soins au Burundi et offre le paquet de soins de première ligne pour les cas simples de maladie. Il offre également les soins préventifs comme la vaccination, la consultation prénatale (CPN), la consultation post natale (CPoN), la planification familiale (PF), le suivi de la croissance et de l'état nutritionnel. Les cas compliqués sont référés à l'hôpital de district.

• **L'Hôpital de District**

Il est le premier niveau de référence pour les patients provenant des centres de santé. Il dessert une aire de responsabilité de 10 à 15 CDS, soit une population moyenne estimée à 150.000 habitants.

Il comporte des services médicaux et paramédicaux qui assurent une certaine précision dans la détermination du diagnostic biomédical. Les services médicaux doivent comprendre les urgences, la médecine interne, la chirurgie d'urgence, la gynéco- obstétrique et la pédiatrie.

Pour assurer une bonne fonctionnalité minimale et compte tenu de la disponibilité limitée des ressources humaines compétentes, un hôpital de district doit avoir au moins deux médecins généralistes avec compétences chirurgicales pour prendre en charge les cas d'urgence comme les césariennes, les hernies étranglées et les interventions chirurgicales mineures.

Les cas qui dépassent les compétences de médecine générale sont référés à l'hôpital régional.

• **L'Hôpital régional**

Il constitue le niveau de deuxième référence qui accueille les patients provenant des hôpitaux de district. Il devrait desservir une aire de responsabilité comprenant 3 à 4 provinces sanitaires, soit entre 9 et 12 districts sanitaires. Cet espace correspond à une population d'environ 1.350.000 habitants au moins et 1.800.000 habitants au plus.

Il doit comporter des services spécialisés avec une allocation conséquente des ressources humaines, matérielles et financières pour assurer une bonne fonctionnalité. Il doit comprendre des services spécialisés en chirurgie viscérale, chirurgie traumatologique et orthopédique, en médecine interne (principalement gastroentérologie, cardiologie et pneumologie), en pédiatrie avec service de néonatalogie, en gynécologie-obstétrique, en ophtalmologie, en oto-rhino-laryngologie, en stomatologie et en dermatologie.

Les cas qui nécessitent une intervention hyperspécialisée seront dirigés vers les hôpitaux nationaux.

- **L'Hôpital national**

Il constitue le sommet du réseau des soins et comporte des services spécialisés pointus. Il s'occupe des cas de maladies qui dépassent les compétences et la technologie disponibles dans les hôpitaux régionaux. Il s'agit entre autres des services suivants :

- chirurgie cardiaque, pulmonaire, rénale, pédiatrique et gériatrique ;
- néphrologie/urologie, oncologie, hépatologie, cardiologie, etc. ;
- traitement des cas de stérilité, prise en charge in utero des risques de malformations fœtales ;
- prise en charge de la grande prématurité et pneumologie pédiatrique ;
- chirurgie ophtalmique (cataracte, greffe de cornée, etc.) et chirurgie correctrice ;
- chirurgie facio-mandibulaire et greffe de gencive ;
- traitement des cavités ORL et chirurgie ORL
- traitements de complications dermatologiques, greffes dermiques, etc.

1.3 ENGAGEMENT DU GOUVERNEMENT BURUNDAIS EN FAVEUR DE LA PF

Le Gouvernement du Burundi a décidé en son cinquième pilier de sa vision à l'horizon 2025 de mettre en place une politique démographique ambitieuse afin de limiter le taux de croissance démographique à 2%. Il est conscient de la situation démographique explosive, qui, si rien n'est fait dans le moyen et long terme, portera un coup de frein sérieux au processus de développement socio-économique et à l'atteinte des objectifs de la Vision « Burundi 2025 ». La maîtrise de la démographie devient incontournable et constitue un défi majeur pour un pays où 90% de la population vivent de la terre alors que les surfaces cultivables se raréfient de plus en plus (réduction de 40% d'ici 2025 des terres cultivables), les superficies des pâturages a diminué de 29% en 13 ans, le nombre d'hectares déboisés multiplié par 125 en 10 ans et les conflits fonciers représentent 80% des plaintes au niveau judiciaire.

Cette volonté de maîtriser la situation démographique du pays, a conduit l'Etat du Burundi à adopter, le 19 Octobre 2011 en Conseil des Ministres, une Déclaration de Politique Démographique Nationale à travers laquelle il traduit sa volonté et celle du peuple de concrétiser les engagements et recommandations des grandes conférences internationales auxquels le pays a souscrit, notamment :

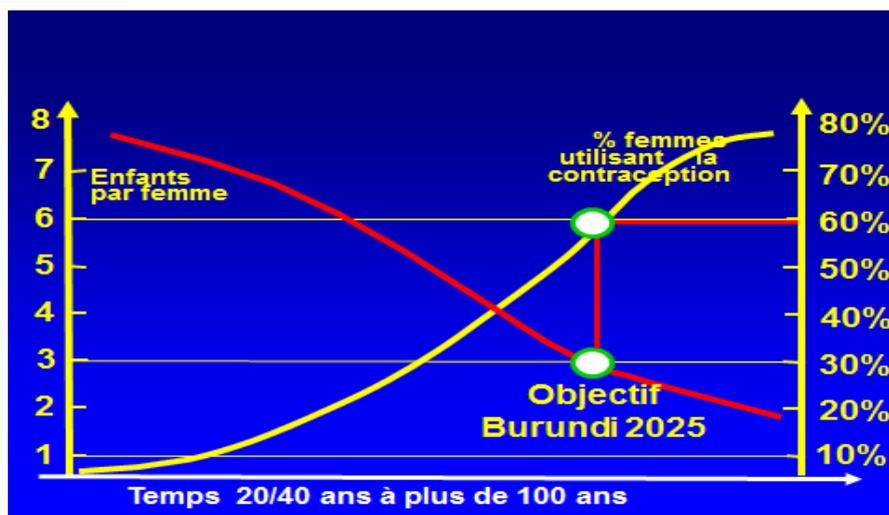
- la Déclaration universelle des droits de l'homme ;
- l'Agenda 21 (Conférence de Rio de Janeiro, 1992) ;
- le Programme d'Action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, le Caire 1994) ;
- le Plan d'Action pour le Développement social (Sommet de Copenhague, 1995) ;
- la Convention sur les Etablissements humains et l'Habitat décent (Conférence d'Istanbul, 1996) ;
- la Déclaration du Millénaire pour le Développement (Sommet du Millénaire, New York, 2000).

De façon globale, cette déclaration a pour objectif de contribuer à la réduction de la pauvreté et à l'amélioration de la qualité de la vie grâce à la maîtrise de la croissance démographique du pays.

Pour atteindre cet objectif global, le Gouvernement du Burundi souhaite :

7. Faire baisser la fécondité de 6 enfants par femme en 2008 à 3 enfants par femme en 2025 pour cela, le taux de prévalence contraceptive doit de 30 à au moins 50% comme illustré dans le graphique n°;
8. Accélérer la baisse de la mortalité en faisant passer l'espérance de vie à la naissance de 49 ans en 2008 à 60 ans en 2025 ;
9. Faire passer le taux d'accroissement de la population de 2,4% à 2% en 2025.

Graphique 3: Evolution souhaitée du TPC et de Indice Synthétique de Fécondité



L'Etat burundais compte arriver à ses fins à travers le renforcement de la planification familiale qui sera centrée sur :

- l'information et l'éducation sur le planning familial et la santé de la reproduction pour un choix libre et éclairé; l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de planification familiale ;
- le renforcement des capacités techniques et institutionnelles du système de santé dans l'offre des services PF;
- l'accroissement de la demande des services PF mettant l'accent sur la participation communautaire et de l'homme;
- le renforcement du plaidoyer en faveur de la maîtrise de la croissance démographique.

Les Autorités Burundaises confirment leur engagement, en exprimant dans le Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté-deuxième génération (CSLP II) du 1^{er}Décembre 2011, leur volonté d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant en particulier la PF passant notamment par :

- le renforcement des capacités techniques et institutionnelles du système de santé en ce qui concerne la santé de la reproduction, en vue de maîtriser la fécondité et des interventions à haut impact pour la survie et le développement de l'enfant ;
- le renforcement de l'offre de services conviviaux aux jeunes et adolescents,
- le renforcement des capacités techniques des structures de soins en PF (formation des prestataires, équipements).

Déjà en 1991, le Gouvernement Burundais avait créé, par décret **n°100/010 du 17/01/91**, un Bureau de Coordination du Programme National de Planification Familiale en abrégé CPPF qui a été muté en Bureau de Coordination du Programme National de Santé de la Reproduction en abrégé PNSR par décret n°100/033 du 30 mars 1999.Placé sous l'autorité du Ministre en charge de la Santé Publique, le PNSR est la référence nationale de toutes les activités en rapport avec la santé de la reproduction, spécialement en ce qui concerne la maternité sans risque, l'allaitement maternel, la régulation de la fécondité et la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents.

En septembre 2007, le PNSR a élaboré une Politique Nationale de la Santé de la Reproduction avec l'appui de partenaires tels que UNICEF, UNFPA, OMS et KFW.

Pour faire face aux problèmes majeurs dans le domaine de la SR auxquels le Burundi est confronté à savoir [(i) une forte croissance démographique ; (ii) une mortalité maternelle, néonatale et infantile élevée ; (iii) un statut socio-économique de la femme défavorable], le pays s'est doté, en Février 2013, d'un plan stratégique révisé couvrant la période 2013-2015.

Ce plan, dont l'objectif général est de contribuer à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive de la population, est axé sur les principaux domaines thématiques que sont :

- la planification familiale ;
- la santé maternelle et néonatale ;
- les infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- la prévention et la prise en charge des violences sexuelles et violences basées sur le genre ;
- la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes.

Au niveau de la composante "Planification Familiale", les axes stratégiques retenus sont en rapport avec :

1. Le renforcement du plaidoyer auprès des pouvoirs publics pour un engagement plus accru en faveur de la PF ;
2. La mobilisation sociale/CCC pour l'utilisation des services disponibles en matière de PF ;
3. L'intégration de la PF dans d'autres services de soins de santé primaires (PEV, SMI, PTME, nutrition, CPN, accouchement et consultation postnatale) ;
4. L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de PF de qualité.

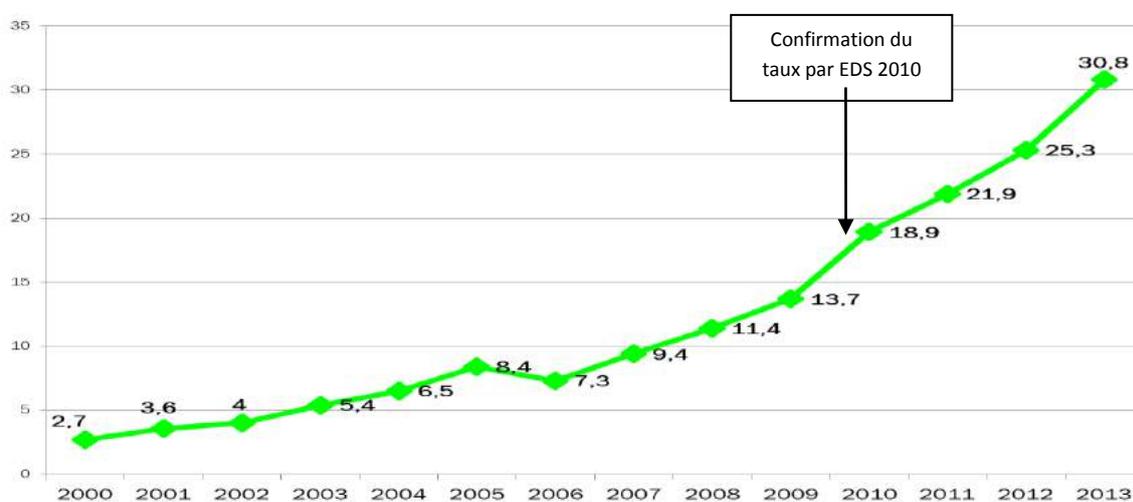
Suite à l'engagement du pays vis à vis de la PF, certaines réalisations ont été enregistrées. Il s'agit :

- de la mise en place de cliniques mobiles pour servir les populations les plus reculées;
- du développement de l'offre de services de qualité basée sur le choix libre et éclairé dans des centres publics ;
- de l'introduction des méthodes contraceptives longue durée dans la gamme des produits contraceptifs offerts ;
- de la création de postes de santé secondaires dans les zones inaccessibles à la contraception moderne ;
- de l'introduction de la distribution à base communautaire de contraceptifs par les agents de santé communautaire et les injectables par les Techniciens de Promotion de la Santé (TPS) ;
- de la formation des prestataires basée sur les compétences;
- de la sécurisation des produits grâce au logiciel CHANNEL de gestion des stocks ;
- de la sensibilisation pour l'implication des hommes dans la PF;

- de la disponibilité de CDS offrant des services conviviaux aux adolescents et jeunes;
- de la mise en réseau de ces CDS avec les écoles, les centres jeunes et les associations de jeunes ;
- de la création de radio communautaire pour les jeunes et animée par les jeunes ;

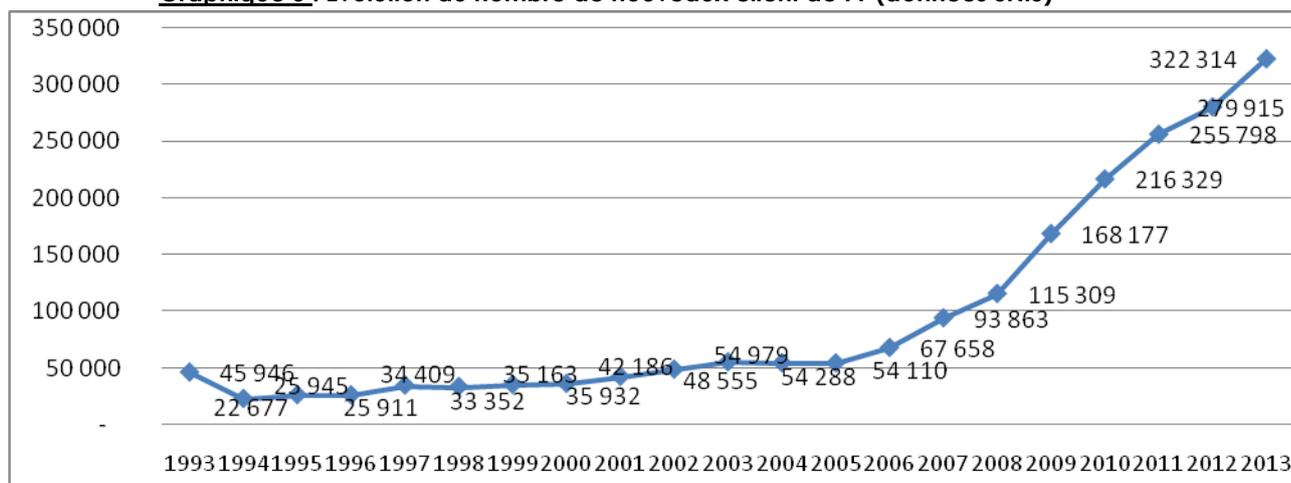
Ces différentes interventions ont permis de noter une importante augmentation du TPC passant de 2,7% en 2000 à 30,8% en 2013 comme illustré dans le graphique n°4.

Graphique 4 : Evolution du TPC au Burundi entre 2000 et 2013 (données SNIS)



Le nombre de nouveaux clients en PF a également régulièrement augmenté comme le présente le graphique 5.

Graphique 5 : Evolution du nombre de nouveaux client de PF (données SNIS)



1.4 FINANCEMENT DE LA PF

Selon le rapport sur la contribution du gouvernement au financement de la Santé de la Reproduction au Burundi en 2010, 2011 et 2012 de avril 2014, le montant total des dépenses publiques en Santé de la Reproduction en 2012 était de 19,880 millions de FBU. En prenant en compte l'inflation sur la période 2010-2012, cela représente une augmentation de 16% par rapport à 2010 (dont le montant s'élevait à 17,127 millions de FBU en 2010) et de 2.7% par rapport à 2011 (dont le montant s'élevait à 19,372 millions de FBU en 2011).

Toujours selon ce rapport, l'augmentation absolue des dépenses s'accompagne d'une augmentation relative de la part de la Santé de la Reproduction dans les dépenses publiques totales en santé du gouvernement. En 2012, la Santé de la Reproduction représentait 19% des dépenses publiques totales en santé, contre 15% en 2010 et 17% en 2011.

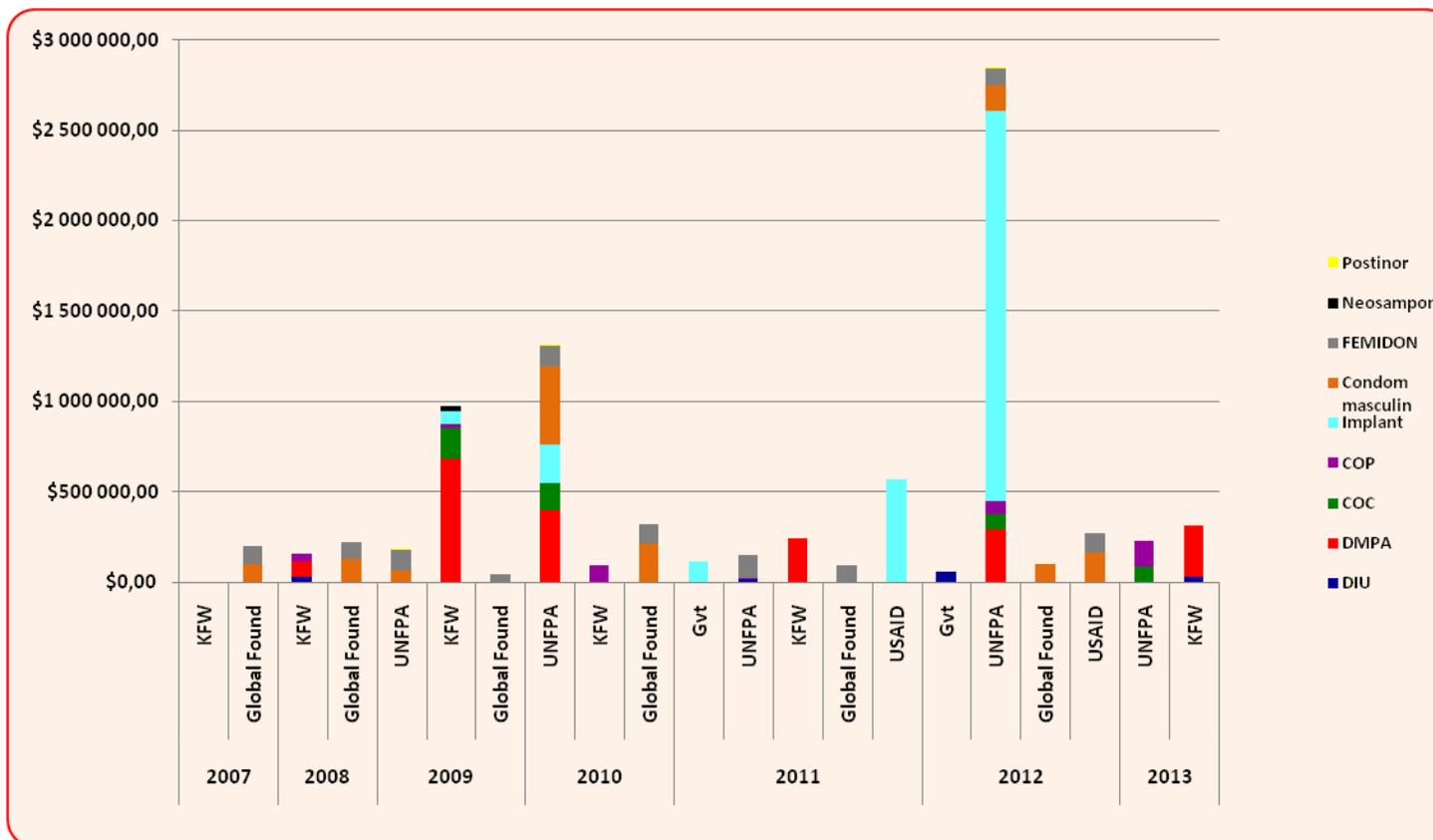
Alors qu'on constate une diminution du budget publique dédié à la santé, la part dédiée à la Santé de la Reproduction augmente entre 2010 et 2012 ce qui est en cohérence avec la politique volontariste du gouvernement en matière de Santé de la Reproduction.

La comparaison faite dans le rapport ci-dessus cité, des dépenses SR du Gouvernement relativement aux dépenses des principaux acteurs bilatéraux montre que la part de l'Etat du Burundi représente 40% de l'ensemble des dépenses réalisées en 2012. Ce qui faisait de lui le premier financeur de la SR au Burundi.

Cependant, l'analyse montre que l'essentiel de ce financement est orienté vers la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins liés à l'accouchement et aux soins aux enfants de moins de 5 ans, mise en place depuis 2006.

Il ressort de l'exploitation des données du graphique 6, que même si des efforts de l'Etat sont notables pour augmenter le budget de la SR, le pays est fortement dépendant des financements extérieurs pour ce qui concerne l'achat des produits contraceptifs.

Graphique 6 : Répartition des achats effectués pour l'acquisition de produits contraceptifs par bailleur et par année



Source : PNSR-Burundi

II DEFIS PRIORITAIRES EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Un diagnostic de la planification familiale au Burundi a été réalisé divers axes à savoirs:

- la demande des services et d'environnement favorable ;
- l'offre des services ;
- le financement ;
- le suivi-évaluation et de la coordination.

Les données disponibles ont été analysées afin d'examiner les caractéristiques les plus saillantes, à savoir: les caractéristiques de l'utilisation actuelle et de la demande existante, les attitudes envers les services, la quantité et la qualité des services offerts ; les facteurs socioculturelles qui favorisent ou freinent la demande et l'offre ainsi que divers aspects liés au suivi-évaluation et à la coordination des activités.

2.1 DEFIS EN MATIERE DE DEMANDE DE SERVICES ET D'ENVIRONNEMENT FAVORABLE

Selon les données de l'EDSB 2010, seulement 13% des femmes de 15-49 ans utilisaient une quelconque méthode de contraception. Dans 11 % des cas, les femmes utilisaient une méthode moderne et dans 2 % des cas, une méthode traditionnelle. Parmi les femmes sexuellement actives et ne vivant pas en union, seules 27% utilisaient une méthode moderne de contraception et à peine 1% une méthode traditionnelle.

Les résultats de cette étude montre également que la prévalence contraceptive est très faible chez les adolescents, avec un taux de 2 %. Ce qui sous-entend que la demande en contraception chez l'adolescent est très important.

Selon le bilan des activités (exercice 2013) du PNSR, les implants constituent la forme la plus utilisée des contraceptifs avec 31,3% de toutes les utilisatrices des méthodes modernes de contraception de l'année. Suivent dans l'ordre dans l'ordre les injectables (27,6%), le DIU (25,2%) et le préservatif (11,6%).

Au regard de ce qui précède, force est de constater qu'une proportion importante de femme de 15-49 ans n'a pas encore recours à la contraception. Ce constat est confirmé par les statistiques de services qui font état en 2014 de taux de prévalence contraceptive inférieurs à 10% dans les districts sanitaires de Fota et de Rwibaga.

Au Burundi, toujours selon EDS-2010, 82% des femmes en âge de procréer n'ont pas une connaissance exacte de leur période de fécondité et les besoins non satisfaits en matière de contraception restent encore élevées atteignant jusqu'à 37% chez les femmes âgées de 40-44 ans. Le besoin non satisfait est plus important en milieu rural qu'en milieu urbain (32 % contre 25 %).

Il est important de souligner que parmi les femmes en union et non utilisatrices de méthodes contraceptives, 30 % ont déclaré qu'elles n'avaient pas l'intention d'utiliser une méthode de contraception.

L'étude CAP en matière de PF de 2010 commanditée par le PNSR, a fait ressorti qu'au Burundi, c'est l'homme qui décide de tout ou qui a le dernier mot au sein du couple. Selon certaines personnes interviewées, il est même en droit de punir son épouse s'il juge qu'elle est en faute. En conséquence, la place de la femme y est secondaire et partant, elle n'a pas les moyens de plaider en faveur de son recours à la PF si ce n'est pas issu de la volonté de son mari. Cela est encore plus prononcé quand elle n'a pas suffisamment d'enfants de sexe masculin. Le mari n'acceptera la planification familiale que lorsqu'il jugera avoir atteint le nombre d'enfants souhaité, ce qui constitue un grand obstacle à la PF.

L'utilisation de la PF chez les femmes non en union et les adolescentes est limitée par plusieurs facteurs. En effet, la pratique de la contraception par des femmes qui ne sont pas en union et les adolescentes est très mal perçue au Burundi. Aussi, la stigmatisation des adolescents et des jeunes demandant les services de PF est un facteur très limitant à l'adoption des services PF chez cette couche de la population.

L'étude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de planification familiale au Burundi de mai 2014, fait état d'un taux d'abandon de la pratique contraceptive pour une raison autre que le désir d'avoir un enfant, est de 25,1%. Les causes principales d'abandon des méthodes contraceptives évoqués sont en rapport avec les enseignements religieux, les rumeurs et idées conçues, le poids de la culture burundaise pro-nataliste et l'absence d'entente dans le couple au sujet de l'adoption et l'utilisation des méthodes de PF.

Il découle de ces éléments de diagnostic, quatre défis majeurs:

- **Défi DE1** : Faible demande des méthodes contraceptives par la population en générale et par les femmes en particulier ;
- **Défi DE2** : Faible implication des hommes dans la PF ;
- **Défi DE3** : Faible demande d'informations et des services de PF par les adolescents et jeunes ;
- **Défi DE4** : Faible engagement des leaders communautaires dans la promotion de la PF.

2.2 DEFIS EN MATIERE D'OFFRE DE SERVICES DE PF

Il ressort des données de l'étude sur la sécurisation des produits de la Santé de la Reproduction au Burundi réalisée en 2013, que 29% des FOSA du pays n'offraient pas la PF. Au niveau des hôpitaux 42% n'offraient pas la PF et 28% au niveau des centres de santé. Parmi les centres de santé qui n'offraient pas la PF, 73% sont des structures confessionnelles et 69% des structures privées. Dans les provinces de Bujumbura mairie et de Bururi, respectivement 73% et 47% des structures visitées n'offraient pas la PF. Dans les autres provinces, la proportions des FOSA qui n'offraient pas de PF variait entre 11% et 26%.

Toujours selon cette étude, seulement 17% des FOSA offraient toutes les méthodes modernes de PF (en dehors des méthodes chirurgicales et du coller du cycle) et 28% offraient à la fois le condoms masculins, le condoms féminins, les pilules et les injectables représentant les méthodes de courte durée. Concernant les méthodes de longue durées à savoir le DIU et l'implant, elles ne sont offertes que par 52% des FOSA visitées. Les méthodes chirurgicales quant à elles sont offertes par seulement 29% des hôpitaux.

Aussi, l'étude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de planification familiale au Burundi de mai 2014, a fait ressortir que certaines femmes abandonnaient l'utilisation de la contraception moderne à cause de la fréquence et de la gravité des effets secondaires, de la mauvaise qualité de prise en charge des effets secondaires et de l'insuffisance de compétences techniques des prestataires de service de PF.

Se basant sur le fait que l'Eglise catholique est contre l'utilisation des méthodes modernes de contraception, les structures sanitaires catholiques n'offrent que les services en rapport avec les méthodes naturelles de PF alors qu'elles couvrent des zones importantes du pays. Cette situation limite également l'accès aux services de PF en plus du fait que certains localités sont difficiles d'accès.

Concernant les activités de distribution à base communautaire, il ressort des données disponibles que 63% des agents santé communautaire n'ont pas encore reçu à ce jour de formation dans ce domaine.

Au niveau des centres de santé pour jeunes (centres de santé amis des jeunes), ils ne sont disponibles que dans 7 provinces sur 17 que comporte le pays.

L'étude révèle également que dans les 45 districts sanitaires que compte le pays, seuls 11% des personnes formées sont encore impliquées effectivement dans la saisie des données sur le logiciel CHANNEL. La supervision sur le logiciel CHANNEL par le niveau central est faible avec seulement 38% des districts qui ont déclaré avoir été supervisé sur le sujet au cours des 3 mois précédents l'enquête.

Les personnes en charges de l'entreposage et du stockage sont disponibles dans 74% des FOSA et ne sont pas formés dans près de 52% des cas.

Au regard de ce qui précède, quatre défis majeurs se dégagent du diagnostic :

- **Défi O1** : Accessibilité géographique à la PF non équitable ;
- **Défi O2** : Faible qualité de l'offre des services de PF ;
- **Défi O3** : Faible accès des adolescents et des jeunes aux services adaptés à leurs besoins ;
- **Défi O4** : Insuffisance de l'offre des services de PF par le secteur privé et confessionnel.

2.4 DEFIS EN MATIERE DE FINANCEMENT DE LA PF

Malgré les efforts consentis par le gouvernement Burundais pour le financement de la PF dans le pays, force est de constater que le Burundi est dépendant des financements extérieurs surtout pour ce qui concerne l'acquisition des produits contraceptifs. Aussi, face à la volonté du pays de passer à échelle, il va s'en dire que les besoins en financement de la PF vont devenir de plus en plus importants. Ainsi, deux défis sont retenus à ce niveau :

- **Défi F1** : Insuffisance du financement en faveur de la PF ;
- **Défi F2** : Insuffisance du financement de l'Etat pour l'achat des contraceptifs.

2.6 DEFIS EN MATIERE DE SUIVI-EVALUATION ET DE COORDINATION DES INTERVENTIONS

Il ressort de l'analyse des supports de la PF que les activités liées aux adolescents et aux jeunes ne sont pas prise en compte dans le système de rapportage des activités. Les rapports d'activité produits par le PNSR, ne font pas état des adolescents et des jeunes malgré le fait que l'âge est demandé aux clients des services de PF.

Aussi, au Burundi il n'existe pas de cadre permettant un échange d'expérience entre les différents acteurs de la PF et un mécanisme de coordination efficace pouvant garantir la réussite de la mise en œuvre du plan d'accélération.

Les échanges avec les acteurs ont fait ressortir que les résultats des différentes évaluations et des études réalisées dans le pays ne sont pas suffisamment mis à profit pour une meilleure orientation des programmes.

Ce diagnostic permet de retenir trois défis :

- **Défi SEC1** : Faiblesse de l'utilisation des résultats des évaluations et des études dans la prise de décisions à différents niveaux pour une meilleure gestion et orientation des programmes;
- **Défi SEC2** : Non prise en compte des données liées aux adolescents et jeunes dans système de collecte d'informations sur la PF;
- **Défi SEC3** : Faiblesse du mécanisme de coordination à différents niveaux et entre différents acteurs.

III BUT, OBJECTIFS, STRATEGIES ET ACTIVITES DU PLAN D'ACCELERATION

3.1 But du plan d'action

Le but de ce plan est de contribuer à accroître l'utilisation des services de PF en vue de permettre au Burundi d'atteindre un taux de prévalence contraceptive de 50% au niveau national à l'horizon 2020.

3.2 Objectifs du plan d'action

Pour atteindre ce but, le pays a l'intention de :

- accroître la demande et améliorer l'environnement en faveur de la PF ;
- améliorer l'accès des population aux services de PF de qualité ;
- accroître les ressources financières destinées à la PF ;
- améliorer l'utilisation des données y compris les données sur les adolescents pour améliorer la gestion et le suivi des progrès des programmes de PF ;
- renforcer la coordination à différents niveaux et entre différents acteurs dans le domaine de la PF.

3.3 Stratégies et activités

Afin d'atteindre ces objectifs, des stratégies et des activités basées sur les pratiques à haut impact en matière de PF seront mises en œuvre. Celles retenues ont été regroupées en quatre rubriques à savoir :

- les stratégies et activités pour améliorer la demande des services de PF et un environnement favorable à la PF ;
- les stratégies et activités pour améliorer l'offre des services de PF ;
- les stratégies et activités pour améliorer le financement de la PF ;
- les stratégies et activités pour améliorer le suivi-évaluation et la coordination.

3.3.1 Stratégies et activités pour améliorer la demande des services de PF et un environnement favorable à la PF

Les stratégies qui seront développées pour améliorer la demande des services et créer un environnement favorable à la PF, permettront de lever les obstacles à la pratique de la contraception et d'accroître l'intérêt des populations vis à vis de la PF. Quatre stratégies seront développées. Il s'agit de :

- la mobilisation sociale pour l'utilisation de la PF ;
- la promotion de l'engagement des hommes en PF ;
- l'initiation de stratégies novatrices de communication en direction des adolescents et des jeunes scolarisés et non scolarisés ;
- le plaidoyer à l'endroit des décideurs influents pour un engagement accru en faveur de la PF.

Stratégie DE1 : Mobilisation sociale pour l'utilisation de la PF

Cette stratégie vise à promouvoir la PF auprès des populations en général et des femmes, des adolescents et des jeunes puis des leaders communautaires. Elle comprend huit activités.

Activité DE1.1 : *Elaborer des supports de sensibilisation de la population basés sur les facteurs explicatifs de la faible utilisation de la PF et adaptés à chaque cible*

Il va s'agir de concevoir des messages à diffuser sur la base des facteurs qui expliquent de la faible utilisation de la PF qui seront clairement identifiés et adaptés aux différentes cibles (les femmes , les jeunes ...). cette activité permettra de lever les barrières empêchant la pratique de PF.

Activité DE1.2 : *Organiser des sensibilisations ciblées de la population à partir des facteurs explicatifs de la faible utilisation de la PF*

Il s'agira de diffuser et distribuer différents supports à l'endroit des populations ciblées. Des campagnes de sensibilisation seront également organisées dans les 17 provinces sanitaires que compte le pays en regroupant les bénéficiaires (hommes, femmes, prestataires, leaders communautaires...). 30 000 \$x 17

Activité DE1.3 : Organiser des rencontres d'échanges et de plaidoyer avec les leaders communautaires (religieux, leaders d'opinion) pour leur implication en faveur de la PF

Des sessions décentralisées seront organisées dans chacune des 17 provinces que compte le Burundi. Elles regrouperont les leaders des différents communautés religieuses d'une part et leaders d'opinion d'autre part. Ces rencontres permettront des échanges d'expériences avec les leaders qui sont plus favorables à la PF et permettront ainsi de dégager des consensus pour éviter les contre messages et un engagement de tous ces leaders en faveur de la PF.

Activité DE1.4 : Contractualiser avec des medias publics et privés et les compagnies de téléphonie afin de diffuser des messages en faveur de la PF

Il s'agira de signer des partenariats avec toutes les télévisions et radios de l'Etat et du privé puis toutes les compagnies de téléphonie du pays en vue de sensibiliser la population en diffusant régulièrement des messages en faveur de la PF pour susciter la demande. Des membres de ces structures qui accepteront de s'engager dans ce mécanisme participeront à des rencontres qui leur permettraient de mieux comprendre l'environnement de la PF et de trouver des consensus sur la meilleure façon d'aborder la question.

Activité DE1.5 : Elaborer et diffuser des supports de communication sur la PF, le droit humain et le genre au niveau des centres sociaux, des coopératives et des groupements de femmes, ainsi que les corps de métiers (salons de coiffure, couture, etc....)

Des messages sur la PF, le droit humain et le genre seront conçus pour être diffusés au niveau des centres sociaux, des coopératives et des groupements de femmes, ainsi que les corps de métiers (salons de coiffure, couture, etc....) qui sont des lieux habituels de rencontres et d'échanges des femmes. L'objectif étant d'améliorer le niveau de connaissance d'un maximum de femmes sur ces questions.

Activité DE1.6 : *Elaborer et diffuser des supports de communication sur la PF destinés aux OSC intervenant dans la lutte contre le VIH, la malnutrition et les violences basées sur le genre.*

Des messages sur la PF destinés aux OSC intervenant dans la lutte contre le VIH, la malnutrition et les violences basées sur le genre seront conçus. L'objectif est de pouvoir insérer des messages de PF dans les activités de sensibilisation menées par ces organisations dans leurs programmes destinés aux des mères, aux PVVIH...

Activité DE1.7 : *Organiser des activités de mobilisation communautaire (concours, jeux, chansons, sketches) pour la promotion de la PF*

Cette activité va consister à organiser des journées culturelles et récréatives dans chacune des 17 provinces du pays. Il s'agira de créer des regroupements attractifs de masse en vue de faire la promotion de la PF à travers des jeux concours, ciné mobiles , chansons, sketches...

Activité DE1.8 : *Faire un plaidoyer pour intégrer la PF dans les politiques sectorielles des autres Ministères (genre, agriculture, environnement etc.)*

Il sera question d'organiser des sessions d'échanges avec les ministères en charge des questions de genre, de l'agriculture, de l'environnement, de l'artisanat, de la jeunesse (pour ne citer que celles là), en de les sensibiliser sur la nécessité de prendre en compte la question de la PF dans leur politique sectorielle respective. L'idée est de faire de ces structures des partenaires de la PF Burundi.

Stratégie DE2 : Promotion de l'engagement des hommes en PF

Cette stratégie vise à faire à amener les hommes à s'impliquer d'avantage dans la promotion et à la pratique de la PF. Cette stratégie comprend 3 activités.

Activité DE2.1 : Utiliser les hommes champions pour la promotion de la PF auprès de leurs pairs

Il s'agira d'identifier dans les différentes communautés et de former des champions ou des personnes qui se sont engagé dans la pratique la PF. Ces champions feront ensuite la promotion de la PF en partageant leurs expériences auprès de leurs pairs dans les lieux de rencontre privilégiés par les hommes.

Activité DE2.2 : Produire et diffuser des outils de communication en faveur de la PF ciblant les hommes

Des messages seront conçus spécifiquement pour hommes en mettant l'accent les aspects qui poussent les hommes à constituer un obstacle à la promotion et à la pratique de la PF.

Activité DE2.3 : Intégrer les activités de PF dans les programmes des groupements communautaires des hommes (pêcheurs, agriculteurs, motards, militaires...) en utilisant des messages adaptés aux différents milieux

Il sera ici question d'organiser des sessions de formation et d'échanges à l'endroit des membres des différents groupements des hommes (pêcheurs, d'agriculteurs, motards, militaires...) pour permettre à ces derniers de sensibiliser leurs pairs sur la PF au cours de leurs activités.

Stratégie DE3 : Initiation de stratégies novatrices de communication en direction des adolescents et des jeunes scolarisés et non scolarisés

Au niveau de cette stratégie, il sera question d'utiliser les espaces et les outils de communication auxquels sont beaucoup attachés les adolescents et les jeunes pour les sensibiliser sur la PF. Elle comprend 3 activités :

Activité DE3.1 : Utiliser des TIC pour sensibiliser les jeunes (site web, réseaux sociaux, SMS, ligne verte...)

Il s'agira de créer des espaces d'échange, en temps réel, sur les questions liées à la PF avec les adolescents et les jeunes à travers les outils modernes de communication (sites web, des réseaux sociaux, des SMS, des lignes vertes...). Il sera question d'identifier, de former et d'équiper des volontaires maîtrisant l'utilisation des outils de communication cités plus haut et qui pourront répondre aux adolescents et aux jeunes sur toutes leurs préoccupations en rapport avec la PF .

Activité DE3.2 : Appuyer l'intégration de l'éducation sexuelle complète dans les programmes scolaires non encore couverts (8ème, 7ème, 6ème, 5ème) en synergie avec le ministère en charge de l'éducation

Il sera question d'aider à ce qu'il soit pris en compte dans les curricula de formation des classes de la (8ème, 7ème, 6ème, 5ème) l'éducation sexuelle. Il s'agira surtout d'aider à la confession et à la distribution des différents manuels.

Activité DE3.3 : Mettre en œuvre/utiliser les outils de formation sur la SSRAJ au niveau communautaire avec tous les acteurs (écoles, centres jeunes, associations de jeunes) dans l'ensemble des provinces du pays

Cette activité consistera à reproduire et à mettre à la disposition de tous les acteurs au niveau communautaire et ce dans les 17 provinces du pays, les outils de formation sur la SSRAJ. Ces outils serviront de base de formation dans les différents centre de regroupement des jeunes.

Stratégie DE4 : Plaidoyer à l'endroit des décideurs influents pour un engagement accru en faveur de la PF

Cette stratégie a pour objectif d'impliquer les leaders communautaires dans la promotion de la pratique de la PF. Elle comprend 3 activités.

Activité DE4.1 : *Élaborer/Mettre à jour des outils performants de plaidoyer (argumentaire religieux sur la PF, modèle RAPID)*

Des outils de plaidoyer seront élaborés en vue de faciliter la rédaction des arguments du plaidoyer destiné aux religieux. ces outils qui seront régulièrement mis à jour permettront d'adapter les argumentaires aux préoccupations du moment.

Activité DE4.2 : *Disséminer ces outils de plaidoyer pour améliorer la perception des différents décideurs cibles en matière de PF*

Les outils de plaidoyer élaborés et mis à jour feront l'objet de reproduction et de distribution auprès des acteurs chargés de faire le plaidoyer.

Activité DE4.3 : *Organiser des rencontres de plaidoyer auprès des décideurs administratifs et politiques (divers ministères et institutions de la République) en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF*

Il agira d'organiser des rencontres avec divers représentants des Ministères et des institutions de la République en vue d'obtenir leur engagement en faveur de la PF. L'idée est d'arriver à un engagement pour une sensibilisation sectorielle en faveur de la PF.

3.3.2 Stratégies et activités pour améliorer l'offre des services de PF

Pour améliorer l'offre des services de PF, trois stratégies seront développées pour permettre à la population selon sa catégorie, son milieu de résidence, son activité et son revenu d'avoir accès à des services de PF de qualité. Il s'agit :

- du renforcement et de l'extension de l'offre des services de PF y compris au niveau communautaire, dans le secteur privé et confessionnel ;
- du renforcement des capacités afin d'améliorer la qualité des prestations de PF et gestion des produits contraceptifs ;
- du renforcement de l'accès des adolescents et jeunes aux services adaptés à leurs besoins.

Stratégie O1 : Renforcement et extension de l'offre des services de PF y compris au niveau communautaire, dans le secteur privé et confessionnel

Cette stratégie a pour objectif de rapprocher davantage auprès des populations, les services de PF. Elle vise à rendre disponible les services dans l'environnement immédiat des populations. Elle comprend huit (8) activités.

Activité O1.1 : Étendre l'offre de services de PF dans l'ensemble des CDS et hôpitaux publics

Cette activité va consister à rendre disponible dans 431 CDS publics des services de PF sur 591 CDS (en considérant taux annuel d'ouverture de nouvelles FOSA de 5%) qui fonctionneront d'ici à la fin de 2019. Déduction faite des 160 CDS publics qui offraient jusqu'en fin 2014, à la fois le condom masculin, le condom féminin, les pilules COP et COC, l'injectable, l'implant, le DIU et le postinor.

Au niveau des hôpitaux publics au nombre de 42 actuellement, ils sera question de rendre disponible toutes les méthodes modernes de contraception, dans 36 hôpitaux si nous considérons qu'ils atteindront 46 d'ici à la fin 2019 (en estimant à 2%, le taux annuel d'ouverture de nouveaux hôpitaux). Bien sûr déduction faite des 8 hôpitaux qui offrent déjà l'ensemble de ces méthodes.

Pour ce qui concerne la Contraception Chirurgicale Volontaire, il sera question de la rendre disponible dans 20 hôpitaux étant entendu que déjà 26 hôpitaux l'offre déjà dans le pays.

Rendre disponible les services de PF dans une structures, il s'agira essentiellement de former au moins deux prestataires, d'équiper les structures en matériel de communication pour le changement de comportement, en matériel de prévention des infections, matériel de pose et retrait de DIU et d'implant puis d'approvisionner les FOSA en produits contraceptifs de qualité.

Activité O1.2 : Etendre la franchise sociale et le marketing social à toutes les provinces du pays

Au cours cette activité, il sera question de répliquer dans les autres provinces du pays, la franchise sociale et le marketing social qui sont en phase expérimentale dans trois provinces.

Activité O1.3: Intégrer l'offre de PF dans les services de santé de toutes les entreprises qui en disposent

Il sera question de contractualiser avec les entreprises privées disposant de services de santé de manière à ce que ces dernières puissent offrir la PF. Il s'agira essentiellement de faire des plaidoyers, de former et d'équiper les services de santé de ces entreprises à offrir des services de PF de qualité.

Activité O1.4: Intégrer l'offre de PF dans les FOSA associatifs et confessionnel assurant la prise en charge des PVVIH et autres populations clés

Cette activité vise à conduire les FOSA prenant en charge les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés (professionnel du sexe, ...), à prendre en compte dans leur paquet d'activité, la PF.

Activité O1.5 : Mettre en place/Passer à l'échelle des postes secondaires de prestation de services de SR/PF dans les zones où l'offre de services de PF moderne n'est pas disponible

Cette activité va consister à créer 49 postes de santé secondaires de prestation de services de SR/PF supplémentaires dans les zones où l'offre de services de PF moderne n'est pas disponible. Elle permettra de répondre au besoin de 71 postes secondaires exprimés par le pays pour permettre aux populations éloignés et celles vivant près des FOSA confessionnelles qui n'offrent pas les méthodes modernes de PF.

Activité O1.6 : Établir des contrats de partenariat entre les entreprises et les structures de santé publiques et privées pour l'offre de services de PF

Il s'agira d'établir des contrats de prestation entre les entreprises ne disposant pas de services de santé et les FOSA offrant la PF, afin de permettre à leur personnel qui n'ont pas accès aux services de PF du fait des horaires de travail d'en bénéficier. Le personnel des FOSA pourra se déplacer vers les entreprises pour les prestations ou des tranches horaires pourraient être aménagées par les FOSA pour recevoir le personnel ayant besoin de ce type de services.

Activité O1.7 : Passer à l'échelle l'intégration de la PF dans le paquet d'activité de tous les Agents de Santé Communautaire (ASC) du pays

Selon statistique disponible, il existe à ce jour au Burundi 291 TPS et 10 504 ASC repartis dans les différentes provinces du pays, dont respectivement 249 TPS et 3 940 ASC ont été formés en Distribution à Base communautaire (DBC). Cette activité permettra donc de former le 42 TPS et 7 374 ASC restant en DBC de manière à intégrer dans le paquet d'activité de tous les TPS et de tous les ASC, la distribution à base communautaire.

Activité O1.8 : Intégrer la PF dans les stratégies avancées de tous les districts sanitaires du pays

Cette va consister à inclure la PF dans le paquet d'activité réalisée en stratégie avancée dans tous les districts sanitaires du pays. Cette activité permettra de rendre disponible les services de PF dans les zones où il n'existe pas de postes secondaires et où les agents de santé communautaire n'interviennent pas.

Stratégie O2 : Renforcement des capacités afin d'améliorer la qualité des prestations de PF et la gestion des produits contraceptifs

Cette stratégie a pour objectif de permettre aux FOSA qui offrent la PF d'être performant et garantir des prestations de qualité aux populations. Elle comprend dix (10) activités.

Activité O2.1 : Élaborer un plan de formation et de supervision en technologie contraceptive pour disposer d'au moins 2 ressources humaines compétentes par FOSA dans l'ensemble des districts du pays

Il sera question au niveau de cette activité de proposer et faire valider un plan indiquant les spécifications à respecter ou à prendre en compte par tous les intervenants dans le secteur, en matière de formation et de supervision en technologie contraceptive. Ce plan va permettre au pays de maîtriser le contenu des formations et des supervisions disposer puis de disposer à terme de ressources humaines compétentes pour offrir des prestations de qualité aux populations.

Activité O2.2 : Mettre en œuvre le plan de formation et de supervision en technologie contraceptive pour disposer d'au moins 2 ressources humaines compétentes par FOSA dans l'ensemble des districts du pays

Cette activité consistera à former tous les prestataires du pays en technologie contraceptives. Sur un besoin estimé de 1 656 prestataires à former (à raison de 2 par FOSA) sur le plan national, il est important de signaler que 709 ont déjà reçu une formation en technologie contraceptive jusqu'à fin 2014 selon les statistiques disponibles. Ainsi, il reste encore à former 947 prestataires sur la période 2015-2020. Et dans le cadre de cette activité, des sessions de formation seront organisées pour combler ce gap.

Activité O2.3 : Former des prestataires des Hôpitaux (district, régional et national) en technique de contraception chirurgicale volontaire (CCV) pour couvrir l'ensemble des hôpitaux du pays

Il s'agira de renforcer les capacités des prestataires de sorte à pour offrir des services de CCV. Des sessions de formation en contraception chirurgicale volontaire seront organisées à l'intention des prestataires de 26 hôpitaux (au moins deux par structures) du niveau districts, régional et national d'ici à fin 2019.

Activité O2.4 : Intégrer la formation en technologie contraceptive dans la formation de base des infirmiers et des médecins

Il s'agira dans cette activité de réviser les curricula de formation des écoles de base des infirmiers et des médecins de manière à intégrer des modules en rapports avec la technologie contraceptive. Elle permettra de rendre opérationnel les prestataires à la fin de leur formation.

Activité O2.5 : Equiper les FOSA pour l'offre de services PF de qualité

Il sera question de mettre à la disposition de toutes les FOSA devant offrir la PF du matériel devant permettre aux FOSA d'offrir des services de qualité. Ces équipements vont concerner les kits d'insertion et de retrait de DIU, du matériel de retrait d'implant, de matériel de communication pour le changement de comportement, du matériel de prévention d'infection, etc.

Activité O2.6 : Approvisionner en produits contraceptifs de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et des points de prestation de services.

Il sera question de mettre à la disposition des FOSA les produits contraceptifs de bonne qualité. Cette activité prend en compte la commande, l'achat, le stockage et la mise à disposition dans les FOSA. A cet effet, une estimation des besoins en produit contraceptif a été réalisée sur la période 2015-2020.

Activité O2.7: Former/Recycler en gestion logistique et CHANNEL les gestionnaires des produits contraceptifs et les superviseurs au niveau des DPS, BDS et FOSA

Cette activité va consister à renforcer les capacités du personnel en charge de la gestion des produits tant au niveau des FOSA, BDS et BPS. L'objectif étant d'empêcher les ruptures de stock et garantir la disponibilité des produits dans les FOSA.

Activité O2.8: Organiser des supervisions régulières et des ateliers d'analyse des données de stock au niveau national et provincial

Il s'agira de former des équipes de supervision afin de s'assurer de la bonne gestion des stocks de produits contraceptifs. Des rencontres seront organisées à différents niveaux pour analyser les données en rapport avec les stocks de produits en vue d'apporter des mesures correctives.

Activité O2.9 :Renouveler le parc informatique des BDS pour la poursuite de l'utilisation du logiciel CHANNEL

Cette activité permettra de mettre à la disposition des BDS du matériel informatique dont les caractéristiques permettront l'utilisation du logiciel CHANNEL. Il s'agira d'acheter un écran, une unité centrale, un onduleur et une imprimante pour chacun des BDS du pays.

Activité O2.10 : Réaliser le contrôle qualité des produits contraceptifs aux différents niveaux

Cette activité consistera à vérifier de façon inopinée la qualité des produits en stock à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Des produits seront tirés de façon aléatoire pour vérifier leur état. Cette activité pourra faire partie du paquet d'activité des supervisions.

Stratégie O3 : Renforcement de l'accès des adolescents et jeunes aux services adaptés à leurs besoins

Cette stratégie a pour objectif de faciliter davantage l'accès des services de PF aux adolescents et aux jeunes. Elle comprend 2 activités.

Activité O3.1 : Aménager et équiper deux CDS par district pour l'intégration effective de l'offre de services conviviaux pour adolescents et aux jeunes

Il s'agira d'aménager et d'équiper des espaces à l'intérieur des CDS qui soit adaptés aux adolescents et aux jeunes. Ce qui facilitera l'offre des services de PF à ces derniers. 73 CDS seront aménagés et équipés pour offrir des services adaptés aux adolescents et aux jeunes pour répondre à un besoin de 90 CDS exprimé par le pays.

Activité O3.2 : Former les prestataires de deux CDS par district pour l'offre de services conviviaux pour adolescents et aux jeunes

Des sessions de formation seront organisées pour former des prestataires à l'offre des services de PF adapté aux besoins des jeunes. Cette activité permettra de renforcer les capacités de 146 prestataires.

3.3.3 Stratégies et activités pour améliorer le financement de la PF

Les stratégies développées visent à trouver les ressources nécessaires à la mise en œuvre des activités du plan d'accélération. Ces stratégies concernent :

- Mobilisation des ressources additionnelles pour le financement du plan d'accélération de la PF ;
- Mobilisation des ressources additionnelles de l'Etat pour l'achat des contraceptifs.

Stratégie F1 : Mobilisation des ressources additionnelles pour le financement du plan d'accélération de la PF

Cette stratégie a pour objectif de permettre au Burundi de disposer de ressources complémentaires pour la mise en œuvre de son plan. Elle comprend 3 activités.

Activité F1.1 : Identifier d'autres bailleurs potentiels pour le financement de la PF en général et pour l'achat des contraceptifs en particulier

Il s'agira au cours de cette activité d'identifier toutes les structures susceptibles d'apporter un appui financier dans le domaine de PF. Cette activité permettra de diversifier les sources de financement de la PF.

Activité F1.2 : Organiser une table ronde de mobilisation des ressources pour le financement du plan 2015-2020

Il sera question d'organiser chaque année une rencontre avec les potentiels financiers pour les sensibiliser sur la question de la PF et recueillir leur contribution pour la mise en œuvre du plan.

Activité F1.3 : Impliquer les compagnies privées dans le financement des campagnes sur la PF au travers des moyens attractifs de mobilisation de ressources (publicité...)

Il s'agira d'organiser des rencontres de sensibilisation auprès des compagnies privées du pays en vue d'obtenir leur adhésion à la sensibilisation sur la PF et l'intégration de la PF au cours de leurs campagnes publicitaires de masse.

Stratégie F2 : Mobilisation des ressources additionnelles de l'Etat pour l'achat des contraceptifs

Cette stratégie vise à amener l'Etat à accroître le niveau des ressources mis à disposition pour l'achat des produits contraceptifs. Elle comprend 2 activités.

Activité F2.1 : *Elaborer un document de plaidoyer montrant les gains/bénéfices que l'Etat pourrait tirer en investissant davantage dans l'achat des contraceptifs*

Il sera question d'élaborer et valider un document de plaidoyer à l'endroit des autorités burundaises montrant les gains ou les bénéfices que l'Etat pourrait tirer en investissant davantage dans l'achat contraceptifs. Cette activité permettra de disposer d'arguments solides et convainquant qui conduirait le Gouvernement à réagir favorablement.

Activité F2.2 : *Organiser une rencontre de plaidoyer en direction des membres du gouvernement et des parlementaires dans le but d'augmenter le budget étatique pour l'achat des contraceptifs*

Il s'agira essentiellement d'organiser des réunions avec les membres du gouvernement d'une part et avec les parlementaires d'autre part afin de les convaincre sur la nécessité d'augmenter les dotations budgétaires destinées à l'achat des produits contraceptifs.

3.3.4 Stratégies et activités pour améliorer le suivi-évaluation et la coordination

En vue de s'assurer de la bonne exécution des activités du plan d'accélération trois stratégies ont été développées. Il s'agit :

- du renforcement du suivi-évaluation des interventions et de la documentation des bonnes pratiques et innovations pour une prise en compte dans la gestion des programmes ;
- du renforcement du mécanisme de collecte pour l'intégration des données liées aux adolescents et jeunes ;
- de la promotion de la recherche opérationnelle.

Stratégie SE1: Renforcement du suivi-évaluation des interventions et de la documentation des bonnes pratiques et innovations pour une prise en compte dans la gestion des programmes

Cette stratégie vise à garantir une bonne appropriation du plan d'accélération par tous les acteurs et à assurer une bonne exécution des activités. Elle comprend 7 activités.

Activité SE1.1 : Organiser des ateliers régionaux pour décliner le plan PF pour chaque provinces

Il sera question d'organiser 4 rencontres (une rencontre par région) pour permettre l'élaboration de micro plan d'accélération par les acteurs des différentes régions.

Activité SE1.2 : Organiser des réunions trimestrielles du comité national FP 2020 pour le suivi de la mise en œuvre du plan

Il s'agira d'organiser des rencontres des membres du comité FP 2020 pour s'assurer de la bonne exécution du plan d'accélération. Une rencontre sera organisée par trimestre ce qui revient à organiser 4 réunions par an.

Activité SE1.3 : Organiser des réunions semestrielles de suivi de la mise en œuvre du plan avec le BDS et BPS

Cette activité consistera à organiser des réunions décentralisées au niveau province et au niveau district afin de s'assurer au niveau décentralisé de la mise en œuvre effective des activités du plan d'accélération. Ces réunions seront organisées une fois par semestre soit 2 fois par an.

Activité SE1.4 : Faire l'évaluation à mi-parcours et finale du Plan

Il sera question d'évaluer le plan d'accélération en 2017 et en 2020 pour s'assurer de la bonne mise en œuvre ou pas des activités du plan. L'évaluation à mi-parcours permettant d'apporter des corrections et de réorienter le plan en cas de besoin.

Activité SE1.5 : Documenter annuellement les bonnes pratiques et cas de succès pour les intégrer dans les planifications annuelles

Cette activité vise à produire de la documentation sur les bonnes pratiques en matière de PF en vue de faciliter le partage d'expérience entre les différents acteurs du secteur et la prise en compte de ces pratiques dans les planifications annuelles.

Activité SE1.6 : Distinguer les ASC, TPS, FOSA, Districts et provinces plus performants en matière de PF

Il s'agit pour cette activité de faire la promotion du mérite et du travail bien fait. Il sera question de motiver les agents performants à travers des distinctions.

Activité SE1.7 : Organiser des échanges d'expériences des provinces les plus performantes vers les provinces les moins performantes

Cette activité va consister à organiser des rencontres entre les provinces qui ont obtenues de bon résultats et celles qui en ont obtenue de moins bonnes. Ces rencontres permettront aux provinces qui n'ont pas obtenu de bon résultats d'inspirer des expériences des autres pour améliorer leur performance.

Stratégie SE2 : Renforcement du mécanisme de collecte pour l'intégration des données liées aux adolescents et jeunes

Cette stratégie a pour objectif de permettre au système de rapportage d'être performant en prenant en compte les aspects liés aux adolescents et aux jeunes. Elle comprend 2 activités.

Activité SE2.1 : Mettre à jour les formats de rapport PF pour intégrer les données sur les adolescents et jeunes

Il sera question d'identifier les informations ou les indicateurs en rapport avec les activités liées aux adolescents et aux jeunes. Ces indicateurs seront ensuite intégrés dans le format de rapport PF pour en faciliter la collecte.

Activité SE2.2 : Reproduire les nouveaux supports de collecte de données intégrant les données sur les adolescents et jeunes

Cette activité permettra de reproduire les outils révisés et de mettre à la disposition des BPS, BDS et des FOSEA.

Stratégie SE3 : Promotion de la recherche opérationnelle en planification familiale

Cette stratégie vise à développer des approches en vue d'améliorer la qualité des prestations offertes à la population en matière de planification familiale et d'amener les populations à utiliser les services.

Activité SE3.1 : Conduire une étude pour analyser les causes des disparités régionales dans l'utilisation des services de PF

Il s'agira ici de réaliser une étude dont les termes de référence préciseront le contenu.

Les stratégies identifiées dans le cadre du plan d'accélération ont été réparties (Cf. tableau 1) selon qu'elles regroupent des activités en rapport avec des pratiques éprouvées, prometteuses ou émergentes. Il ressort des données du tableau 1 que trois stratégies comprennent des activités en rapport avec les pratiques éprouvées et une stratégie comprend des activités en rapport avec les pratiques prometteuses. Concernant les pratiques émergentes, aucune stratégie ne comprend des activités en rapport avec cet aspect.

Tableau 1 : Répartition des stratégies selon qu'elles contiennent des activités en rapport avec les pratiques éprouvées, prometteuses ou émergentes

Pratiques éprouvées	Pratiques prometteuses	Pratiques émergentes
Stratégie O1 : Renforcement et extension de l'offre des services de PF y compris au niveau communautaire, dans le secteur privé et confessionnel	Stratégie DE1 :Mobilisation sociale pour l'utilisation de la PF	Stratégie DE3 :Initiation de stratégies novatrices de communication en direction des adolescents et des jeunes scolarisés et non scolarisés
Stratégie O2 : Renforcement des capacités afin d'améliorer la qualité des prestations de PF et gestion des produits contraceptifs	Stratégie DE2 :Promotion de l'engagement des hommes en PF	
Stratégie O3 : Renforcement de l'accès des adolescents et jeunes aux services adaptés à leurs besoins	Stratégie DE4 :Plaidoyer à l'endroit des décideurs influents pour un engagement accru en faveur de la PF	
	Stratégie O1 : Renforcement et extension de l'offre des services de PF y compris au niveau communautaire, dans le secteur privé et confessionnel	

Les pratiques éprouvées sont celles pour lesquelles des preuves suffisantes existent pour recommander la mise en œuvre généralisée. On peut citer les pratiques telles que former, équiper les ASC pour offrir une large gamme de méthodes de PF, fournir des conseils et des services de PF au moment et là où les femmes reçoivent le traitement pour les complications liées à l'avortement spontanée ou provoqué ainsi qu'après l'accouchement, la distribution d'une large gamme de méthodes de PF à travers le marketing social.

Les pratiques prometteuses quant à elles sont celles pour lesquelles des preuves sûres existent montrant que ces interventions peuvent produire un impact. On peut citer des interventions telles que offrir une large gamme de méthodes contraceptives par le biais des services mobiles de proximité, former et appuyer les pharmaciens et les gérants de dépôts pharmaceutiques pour fournir une large gamme de méthodes de PF et offrir des services de PF aux femmes en post-partum.

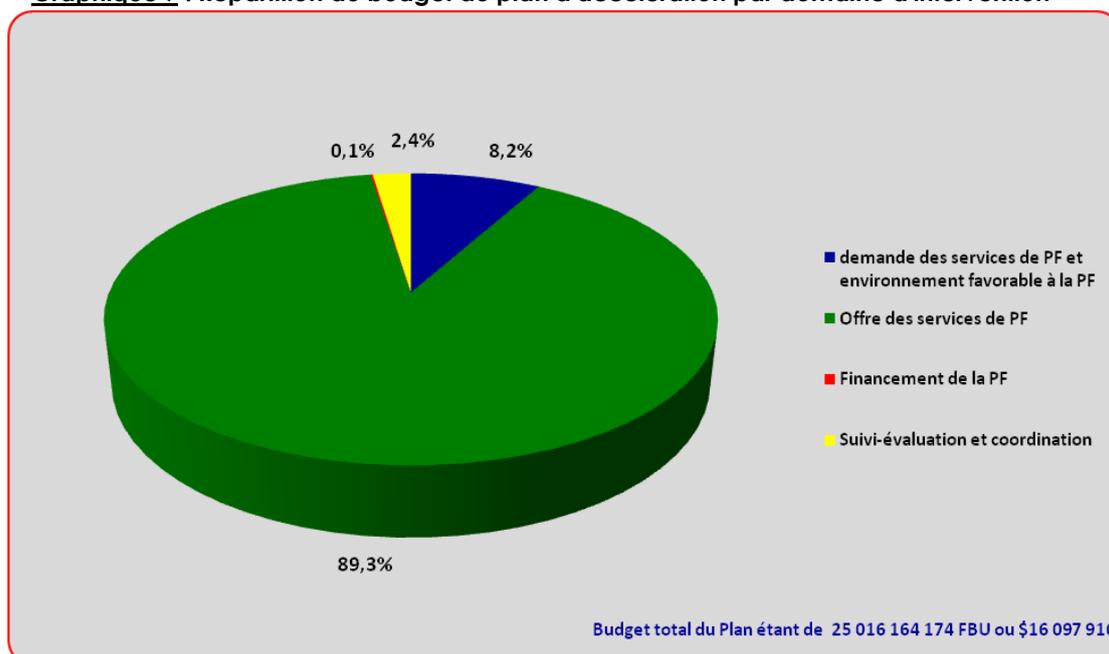
Concernant **les pratiques émergentes**, il s'agit de celles pour lesquelles il existe des expériences initiales en matière de développement des interventions mais pour lesquelles subsiste un besoin pour plus de recherche et de développement profond d'interventions.

IV BUDGET DU PLAN D'ACCELERATION

Le budget total du plan d'accélération de la Planification Familiale du Burundi s'élève à vingt cinq milliards seize millions cent soixante quatre mille cent soixante quatorze francs Burundais (**25 016 164 174 FBU**) ou seize millions quatre vingt dix sept mille neuf cent dix sept dollars américain(**\$16 097 917**) en considérant que **\$1 = 1554 FBU** qui est le taux appliqué par le système des nations unies au Burundi.

Les coûts en rapport avec les activités liées à l'offre des services de PF représentent une part très importante dans le budget de ce plan d'accélération. Ils représentent 89,3% du budget total comme le montre le graphique 7. Quant aux coûts en rapport avec les activités liées à la demande des services de PF et à un environnement favorable, au suivi-évaluation et la coordination puis au financement de la PF, ils représentent respectivement 8,2%, 2,4% et 0,1% du budget total du plan sur la période 2015-2020.

Graphique 7 : Répartition du budget du plan d'accélération par domaine d'intervention



Signalons à toute fin utile que le Gouvernement du Burundi a entamé des actions en vue de mobiliser des ressources pour la mise œuvre de son plan d'accélération. Ces actions ont permis au pays de mobiliser pour l'année 2015, la somme de deux milliards trois cent vingt neuf millions neuf cent quatre vingt mille huit cent dix francs burundais (**2 329 980 810 FBU**) ou un million quatre cent quatre vingt dix neuf mille trois cent quarante quatre dollars américain (**\$1 499 344**) comme le présente le tableau 1. Les financements obtenus pour l'année 2015 concernent les activités en rapport avec :

- la demande des services de PF et un environnement favorable à la PF pour un montant de **843 239 060 FBU** ou **\$542 625** ;
- l'offre de services de PF pour un montant de **1 045 874 250 FBU** ou **\$673 021** ;
- le Suivi-Evaluation et la coordination pour un montant **440 867 500 FBU** ou **\$283 699**.

Il reste donc à mobiliser la somme de vingt deux milliards six cent quatre vingt six millions cent quatre vingt trois mille trois cent soixante quatre francs burundais (**22 686 183 364 FBU**) ou quatorze millions cinq cent quatre vingt dix huit mille cinq cent soixante treize dollars américain (**\$14 598 573**).

Tableau 1 : Répartition du budget du plan d'accélération, des fonds déjà mobilisés et des fonds à mobiliser par domaine d'intervention

DOMAINE	Budget 2015-2020 (1 dollar US = 1554 FBU)		Fonds mobilisés en 2015 (1 dollar US = 1554 FBU)		Fonds à mobiliser (1 dollar US = 1554 FBU)	
	Montant (en BIF)	Montant (en \$ US)	Montant (en BIF)	Montant (en \$ US)	Montant (en BIF)	Montant (en \$ US)
Demande des services de PF et environnement favorable à la PF	2 042 650 000	1 314 446	843 239 060	542 625	1 199 410 940	771 821
Offre des services de PF	22 104 981 674	14 224 569	1 045 874 250	673 021	21 296 639 924	13 704 401
Financement de la PF	32 600 000	20 978	0	0	32 600 000	20 978
Suivi-évaluation et coordination	598 400 000	385 071	440 867 500	283 699	157 532 500	101 372
TOTAL	24 778 631 674	15 945 064	2 329 980 810	1 499 344	22 686 183 364	14 598 573

ANNEXES

Budget du plan d'accélération par stratégie et par activité

Stratégie DE1 : Mobilisation sociale pour l'utilisation de la PF

ACTIVITES	2015-2020 (1 dollar US = 1554 FBU)	
	Coût (en BIF)	Coût (en \$ US)
<u>Activité DE1.1</u> : Elaborer des supports de sensibilisation de la population basés sur les facteurs explicatifs de la faible utilisation de la PF et adaptés à chaque cible	26 250 000	16 892
<u>Activité DE1.2</u> : Organiser des sensibilisations ciblées de la population à partir des facteurs explicatifs de la faible utilisation de la PF	792 540 000	510 000
<u>Activité DE1.3</u> : Organiser des rencontres d'échanges et de plaidoyer avec les leaders communautaires (religieux, leaders d'opinion) pour leur implication en faveur de la PF	271 490 000	174 704
<u>Activité DE1.4</u> : Contractualiser avec des medias publics et privés et les compagnies de téléphonie afin de diffuser des messages en faveur de la PF	25 550 000	6 441
<u>Activité DE1.5</u> : Elaborer et diffuser des supports de communication sur la PF, le droit humain et le genre au niveau des centres sociaux, des coopératives et des groupements de femmes, ainsi que les corps de métiers (salons de coiffure, couture, etc....)	250 000 000	160 875
<u>Activité DE1.6</u> : Elaborer et diffuser des supports de communication sur la PF destinés aux OSC intervenant dans la lutte contre le VIH, la malnutrition et les violences basées sur le genre.	50 000 000	32 175
<u>Activité DE1.7</u> : Organiser des activités de mobilisation communautaire (concours, jeux, chansons, sketches) pour la promotion de la PF.	51 000 000	32 819
<u>Activité DE1.8</u> : Faire un plaidoyer pour intégrer la PF dans les politiques sectorielles des autres Ministères (genre, agriculture, environnement etc.)	15 970 000	10 277
Total stratégie DE1	1 482 800 000	954 183

Stratégie DE2 : Promotion de l'engagement des hommes en faveur de la PF

ACTIVITES	2015-2020 (1 dollar US = 1554 FBU)	
	Coût (en BIF)	Coût (en \$ US)
<u>Activité DE2.1</u> : Utiliser les hommes champions pour la promotion de la PF auprès de leurs pairs	242 650 000	156 145
<u>Activité DE2.2</u> : Produire et diffuser des outils de communication en faveur de la PF ciblant les hommes	50 000 000	32 175
<u>Activité DE2.3</u> : Intégrer les activités de PF dans les programmes des groupements communautaires des hommes (pêcheurs, agriculteurs motards militaires ...) en utilisant des messages adaptés aux différents milieux	52 750 000	33 945
Total stratégie DE2	345 400 000	222 265

Stratégie DE3 : Initiation des stratégies novatrices de communication en direction des adolescents et des jeunes

ACTIVITES	2015-2020 (1 dollar US = 1554 FBU)	
	Coût (en BIF)	Coût (en \$ US)
<u>Activité DE3.1</u> : Utiliser des TIC pour sensibiliser les jeunes (site web, réseaux sociaux, sms, ligne verte...)	51 950 000	33 430
<u>Activité DE3.2</u> : Appuyer l'intégration de l'éducation sexuelle complète dans les programmes scolaires non encore couverts (8ème, 7ème, 6ème, 5ème) en synergie avec le ministère en charge de l'éducation	30 000 000	19 305
<u>Activité DE3.3</u> : Mettre en œuvre/utiliser les outils de formation sur la SSRAJ au niveau communautaire avec tous les acteurs (écoles, centres jeunes, associations de jeunes) dans l'ensemble des provinces du pays	85 000 000	54 698
Total stratégie DE3	166 950 000	107 432

Stratégie DE4 : Plaidoyer à l'endroit des décideurs influents pour un engagement accru en faveur de la PF

ACTIVITES	2015-2020 (1 dollar US = 1554 FBU)	
	Coût (en BIF)	Coût (en \$ US)
<u>Activité DE4.1</u> : Élaborer/Mise à jour des outils performants de plaidoyer (argumentaire religieux sur la PF, modèle RAPID)	9 000 000	5 792
<u>Activité DE4.2</u> : Disséminer ces outils de plaidoyer pour améliorer la perception des différents décideurs cibles en matière de PF	5 250 000	3 378
<u>Activité DE4.3</u> : Organiser des rencontres de plaidoyer auprès des décideurs administratifs et politiques (divers ministères et institutions de la République) en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF	33 250 000	21 396
Total stratégie DE4	47 500 000	30 566

Stratégie O1 : Renforcement et extension de l'offre des services de PF y compris au niveau communautaire, dans le secteur privé et confessionnel

ACTIVITES	2015-2020 (1 dollar US = 1554 FBU)	
	Coût (en BIF)	Coût (en \$ US)
<u>Activité O1.1</u> : Étendre l'offre de services de PF dans l'ensemble des CDS et hôpitaux publics	0	0
<u>Activité O1.2</u> : Etendre la franchise sociale et le marketing social à toutes les provinces du pays	237 532 500	152 852
<u>Activité O1.3</u> : Intégrer l'offre de PF dans les services de santé de toutes les entreprises qui en disposent	45221400	29 100
<u>Activité O1.4</u> : Intégrer l'offre de PF dans les FOSA associatifs et confessionnel assurant la prise en charge des PVVIH et autres populations clés	57 883 392	37 248
<u>Activité O1.5</u> : Mettre en place/Passer à l'échelle des postes secondaires de prestation de services de SR/PF dans les zones où l'offre de services de PF moderne n'est pas disponible	1 142 190 000	735 000
<u>Activité O1.6</u> : Établir des contrats de partenariat entre les entreprises et les structures de santé publiques et privées pour l'offre de services de PF	0	0
<u>Activité O1.7</u> : Passer à l'échelle l'intégration de la PF dans le paquet d'activité de tous les Agents de Santé Communautaire (ASC) du pays	6 137 688 000	3 949 606
<u>Activité O1.8</u> : Intégrer la PF dans les stratégies avancées de tous les districts sanitaires du pays	0	0
Total stratégie O1	7 620 515 292	4 903 806

Stratégie O2 : Renforcement des capacités afin d'améliorer la qualité des prestations de PF et gestion des produits contraceptifs

ACTIVITES	2015-2020 (1 dollar US = 1554 FBU)	
	Coût (en BIF)	Coût (en \$ US)
<u>Activité O2.1</u> : Élaborer un plan de formation et de supervision en technologie contraceptive pour disposer d'au moins 2 ressources humaines compétentes par FOSA dans l'ensemble des districts du pays	6 000 000	3 861
<u>Activité O2.2</u> : Mettre en œuvre le plan de formation et de supervision en technologie contraceptive pour disposer d'au moins 2 ressources humaines compétentes par FOSA dans l'ensemble des districts du pays	1 250 000 000	804 376
<u>Activité O2.3</u> : Former des prestataires des Hôpitaux (district, régional et national) en technique de contraception chirurgicale volontaire (CCV) pour couvrir l'ensemble des hôpitaux du pays	100 160 000	64 453
<u>Activité O2.4</u> : Intégrer la formation en technologie contraceptive dans la formation de base des infirmiers et des médecins	13 250 000	8 526
<u>Activité O2.5</u> : Equiper des FOSA pour l'offre de services PF de qualité	748 866 384	481 896
<u>Activité O2.6</u> : Approvisionner en produits contraceptifs de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et des points de prestation de services.	11 705 562 498	7 532 537
<u>Activité O2.7</u> : Former/Recycler en gestion logistique et CHANNEL les gestionnaires des produits contraceptifs et les superviseurs au niveau des DPS, BDS et FOSA	487 300 000	313 578
<u>Activité O2.8</u> : Organiser des supervisions régulières et des ateliers d'analyse des données de stock au niveau national et provincial	22 100 000	14 221
<u>Activité O2.9</u> :Renouveler le parc informatique des BDS pour la poursuite de l'utilisation du logiciel CHANNEL	94 500 000	60 811
<u>Activité O2.10</u> : Réaliser le contrôle qualité des produits contraceptifs aux différents niveaux	0	0
Total stratégie O2	14 427 738 882	9 284 259

Stratégie O3 : Renforcement de l'accès des adolescents et jeunes aux services adaptés à leurs besoins

ACTIVITES	2015-2020 (1 dollar US = 1554 FBU)	
	Coût (en BIF)	Coût (en \$ US)
<u>Activité O3.1</u> : Aménager et équiper deux CDS par district pour l'intégration effective de l'offre de services conviviaux pour adolescents et aux jeunes	255 500 000	164 414
<u>Activité O3.2</u> : Former les prestataires de deux CDS par district pour l'offre de services conviviaux pour adolescents et aux jeunes	38 760 000	24 942
Total stratégie O3	294 260 000	189 356

Stratégie F1: Mobilisation des ressources additionnelles pour le financement du plan d'accélération de la PF

ACTIVITES	2015-2020 (1 dollar US = 1554 FBU)	
	Coût (en BIF)	Coût (en \$ US)
<u>Activité F1.1</u> : Identifier d'autres bailleurs potentiels pour le financement de la PF en général et pour l'achat des contraceptifs en particulier	0	0
<u>Activité F1.2</u> : Organiser une table ronde de mobilisation des ressources pour financement du plan 2015-2020	20 000 000	12 870
<u>Activité F1.3</u> : Impliquer les compagnies privées dans le financement des campagnes sur la PF au travers des moyens attractifs de mobilisation de ressources (publicité...)	0	0
Total stratégie F1	20 000 000	12 870

Stratégie F2: Mobilisation des ressources additionnelles de l'Etat pour l'achat des contraceptifs

ACTIVITES	2015-2020 (1 dollar US = 1554 FBU)	
	Coût (en BIF)	Coût (en \$ US)
<u>Activité F2.1</u> : Elaborer un document de plaidoyer montrant les gains/bénéfices que l'Etat pourrait tirer en investissant davantage dans l'achat des contraceptifs	8 200 000	5 277
<u>Activité F2.2</u> : Organiser une rencontre de plaidoyer en direction des membres du gouvernement et des parlementaires dans le but d'augmenter le budget étatique pour l'achat des contraceptifs	4 400 000	2 831
Total stratégie F2	12 600 000	8 108

Stratégie SE1: Renforcement du suivi-évaluation des interventions et de la documentation des bonnes pratiques et innovations pour une prise en compte dans la gestion des programmes

ACTIVITES	2015-2020 (1 dollar US = 1554 FBU)	
	Coût (en BIF)	Coût (en \$ US)
<u>Activité SE1.1</u> : Organiser des ateliers régionaux pour décliner le plan PF pour chaque provinces	36 700 000	23 616
<u>Activité SE1.2</u> : Organiser des réunions trimestrielles du comité national FP 2020 pour le suivi de la mise en œuvre du plan	12 800 000	8 237
<u>Activité SE1.3</u> : Organiser des réunions semestrielles de suivi de la mise en œuvre du plan avec le BDS et BPS	168 800 000	108 623
<u>Activité SE1.4</u> : Faire l'évaluation à mi-parcours et finale du Plan	60 000 000	38 610
<u>Activité SE1.5</u> : Documenter annuellement les bonnes pratiques et cas de succès pour les intégrer dans les planifications annuelles	30 000 000	19 305
<u>Activité SE1.6</u> : Distinguer les ASC, TPS, FOSA, Districts et provinces plus performants en matière de PF	30 000 000	19 305
<u>Activité SE1.7</u> : Organiser des échanges d'expériences des provinces les plus performantes vers les provinces les moins performantes	62 100 000	39 961
Total stratégie SE1	400 400 000	257 658

Stratégie SE2: Renforcement du mécanisme de collecte pour l'intégration des données liées aux adolescents et jeunes

ACTIVITES	2015-2020 (1 dollar US = 1554 FBU)	
	Coût (en BIF)	Coût (en \$ US)
<i>Activité SE2.1</i> : Mettre à jour les formats de rapport PF pour intégrer les données sur les adolescents et jeunes	0	0
<i>Activité SE1.2</i> : Reproduire les nouveaux supports de collecte de données intégrant les données sur les adolescents et jeunes	18 000 000	11 583
Total stratégie SE2	18 000 000	11 583

Stratégie SE3: Promotion de la recherche opérationnelle en planification familiale

ACTIVITES	2015-2020 (1 dollar US = 1554 FBU)	
	Coût (en BIF)	Coût (en \$ US)
<i>Activité SE3.1</i> : Conduire une étude pour analyser les causes des disparités régionales dans l'utilisation des services de PF	180 000 000	115 830
Total stratégie SE3	180 000 000	115 830

SYNTHESE DU BUDGET

DOMAINE	2015-2020 (1 dollar US = 1554 FBU)	
	Coût (en BIF)	Coût (en \$ US)
Demande des services de PF et environnement favorable à la PF	2 042 650 000	1 314 446
Offre des services de PF	22 342 514 174	14 377 421
Financement de la PF	32 600 000	20 978
Suivi-évaluation et coordination	598 400 000	385 071
TOTAL	25 016 164 174	16 097 916

Tableau 2 : Répartition du budget du plan d'accélération par stratégie

STRATEGIES	2015-2020 (1 dollar US = 1554 FBU)		Proportion (en %)
	Coût (en BIF)	Coût (en \$ US)	
Stratégie DE1 : Mobilisation sociale pour l'utilisation de la PF	1 482 800 000	954 183	5,93
Stratégie DE2 : Promotion de l'engagement des hommes en faveur de la PF	345 400 000	222 265	1,38
Stratégie DE3 : Initiation des stratégies novatrices de communication en direction des adolescents et des jeunes	166 950 000	107 432	0,67
Stratégie DE4 : Plaidoyer à l'endroit des décideurs influents pour un engagement accru en faveur de la PF	47 500 000	30 566	0,19
Stratégie O1 : Renforcement et extension de l'offre des services de PF y compris au niveau communautaire, dans le secteur privé et confessionnel	7 620 515 292	4 903 806	30,46
Stratégie O2 : Renforcement des capacités afin d'améliorer la qualité des prestations de PF et gestion des produits contraceptifs	14 427 738 882	9 284 259	57,67
Stratégie O3 : Renforcement de l'accès des adolescents et jeunes aux services adaptés à leurs besoins	294 260 000	189 356	1,18
Stratégie F1 : Mobilisation des ressources additionnelles pour le financement du plan d'accélération de la PF	20 000 000	12 870	0,08
Stratégie F2 : Mobilisation des ressources additionnelles de l'Etat pour l'achat des contraceptifs	12 600 000	8 108	0,05
Stratégie SE1 : Renforcement du suivi-évaluation des interventions et de la documentation des bonnes pratiques et innovations pour une prise en compte dans la gestion des programmes	400 400 000	257 658	1,60
Stratégie SE2 : Renforcement du mécanisme de collecte pour l'intégration des données liées aux adolescents et jeunes	18 000 000	11 583	0,07
Stratégie SE3 : Promotion de la recherche opérationnelle en planification familiale	180 000 000	115 830	0,72
Total	25 016 164 174	16 097 916	100,00

BIBLIOGRAPHIE
