



REPUBLIQUE DU BURUNDI
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE
2006-2010

BUJUMBURA, le 13 DECEMBRE 2005

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	2
LISTE DES ACRONYMES ET DES ABREVIATIONS.....	4
PREFACE.....	6
RESUME.....	7
RAPPEL DES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE.....	9
INTRODUCTION.....	10
CHAPITRE 1 : ANALYSE DE LA SITUATION.....	11
1.1 CONTEXTE GENERAL	11
1.1.1. SITUATION PHYSIQUE.....	11
1.1.2. SITUATION DEMOGRAPHIQUE.....	11
1.1.3. SITUATION SOCIO ECONOMIQUE.....	11
1.1.4 GOUVERNANCE.....	12
1.1.5. GENRE.....	13
1.1.6. NUTRITION ET SECURITE ALIMENTAIRE.....	13
1.1.7. SANTE ET ENVIRONNEMENT	13
1.1.8. PAUVRETE ET SANTE.....	13
1. 2. PROFIL SANITAIRE	14
1.2.1. ETAT DE SANTE DE LA POPULATION.....	14
1.2.2. LES CAUSES MAJEURES DE MORBI-MORTALITE ET D'INCAPACITE	14
1.2.3 MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE.....	17
1.2.4. AUTRES PROBLEMES DE SANTE OBJET DE PREOCCUPATIONS PARTICULIERES.....	17
1.3. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE.....	19
1.3.1. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE.....	19
1.3.2. ACCES ET UTILISATION DES SERVICES.....	21
1.3.3. RESSOURCES POUR LA SANTE : LES MEDICAMENTS ESSENTIELS.....	23
1.3.4. RESSOURCES POUR LA SANTE : LES RESSOURCES HUMAINES.....	24
1.3.5. LE FINANCEMENT DU SECTEUR SANTE.....	26
1.3.6. POLITIQUE NATIONALE DE SANTE.....	31
1.4. PASSAGE DE L'URGENCE HUMANITAIRE AU DEVELOPPEMENT.....	32
1.5. DEFIS MAJEURS DU SECTEUR DE LA SANTE.....	33
CHAPITRE 2 : PRIORITES DE SANTE.....	35
2.1 OBJECTIFS GENERAUX.....	35
2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES ET STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE.....	35
2.2.1. OBJECTIF GENERAL 1 : REDUIRE LE RATIO DE MORTALITÉ MATERNELLE ET DE MORTALITE NEONATALE.....	35
OBJ.SPEC. 1.1. Réduire de 30% le taux de mortalité d'ici 2010.....	35
OBJ.SPEC. 1.2. Réduire le taux de morbidité lié à la grossesse et l'accouchement.....	36

2.2.2. OBJECTIF GENERAL 2: REDUIRE LE TAUX DE MORBI-MORTALITE	
INFANTO JUVENILE.....	36
OBJ.SPEC. 2.1. Atteindre ou maintenir le taux de couverture vaccinale.....	36
OBJ.SPEC. 2.2. Assurer la PCIME dans toutes les structures de santé d'ici 2010.....	37
OBJ.SPEC. 2.3. Réduire de 25% la prévalence de la malnutrition	37
2.2.3. OBJECTIF GENERAL 3 : REDUIRE LA PREVALENCE DES MALADIES	
TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES.....	37
OBJ.SPEC. 3.1. Réduire de 25% le taux d'incidence du paludisme d'ici 2010.....	38
OBJ.SPEC. 3.2. Inverser la tendance épidémiologique du VIH/SIDA d'ici 2010.....	38
OBJ.SPEC. 3.3. Augmenter le taux de détection et de guérison de la TB pulmonaire.....	39
2.2.4. OBJECTIF GENERAL 4 : RENFORCER LES PERFORMANCES DU	
SYSTEME NATIONAL DE SANTE.....	40
OBJ.SPEC. 4.1. Augmenter la disponibilité et la qualité du personnel d'ici 2010.....	40
OBJ.SPEC. 4.2. Augmenter la couverture en infrastructures d'ici 2010.....	41
OBJ.SPEC. 4.3. Augmenter l'accessibilité aux Médicaments Essentiels et	
consommables dans les unités.....	41
OBJ.SPEC. 4.4. Augmenter les ressources financières et améliorer leur gestion.....	42
OBJ.SPEC. 4.5. Renforcer la performance des services et du système de santé.....	42
OBJ.SPEC. 4.6. Renforcer les capacités du MSP dans son rôle de coordination	43
CHAPITRE 3 : BESOINS EN RESSOURCES AVEC COUT ESTIMATIF.....	44
3.1. Estimation budgétaire partant des besoins.....	44
3.2. Estimation budgétaire partant du budget pour 2006	45
CHAPITRE 4 : PLAN DE FINANCEMENT.....	48
CHAPITRE 5 : CADRE DE MISE EN ŒUVRE.....	51
CHAPITRE 6 : SUIVI ET EVALUATION.....	54
6.1. Les mécanismes pour le suivi et l'évaluation.....	54
6.2. Le coût de la composante suivi - évaluation.....	55
6.3. Les Indicateurs Objectivement Vérifiables.....	55
CHAPITRE 7 : CONCLUSION.....	57
Annexe I : Estimation des besoins budgétaires par rubrique.....	58
Annexe II : Besoins et stratégies de financement du PNDS	64
Annexe III : Estimation des besoins budgétaires partant du budget pour 2006.....	65

LISTE DES ACRONYMES ET DES ABREVIATIONS

ABUBEF	: Association Burundaise pour le Bien-Etre Familial
ACT	: Combinaison Thérapeutique à Base d'Artemisinine
ARV	: Anti-Rétro-Viraux
AS + AQ	: Artésunate +Amodiaquine
ASBL	: Association Sans But Lucratif
ASC	: Agents de Santé Communautaire
AT	: Accoucheuses Traditionnelles
BPS	: Bureau Provincial de Santé
CAMEBU	: Centrale d'Achat des Médicaments du BURUNDI
CAPC	: Connaissances, Attitudes, Pratiques et Comportements
CdS	: Centre de Santé
CDT	: Centre de Dépistage et de Traitement de la Tuberculose
CEFORMI	: Centre de Formation et de Recherche en Médecine et Maladies Infectieuses
CHUK	: Centre Hospitalier Universitaire de Kamenge
CNDD/FDD	: Conseil National pour la Défense de la Démocratie / Force pour la Défense de la Démocratie
CNPS	: Comité National de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre du PNDS
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	: Consultation Pré-Natale
CPoN	: Consultation Post-Natale
CPPS	: Coordonnateur Provincial de Promotion de la Santé
CRTS	: Centre Régional de Transfusion Sanguine
DBC	: Distribution à Base Communautaire
DOTS	: Directly Observed Treatment Shortcourse (Prise contrôlée des médicaments)
DND	: Données Non Disponibles
DPSHA	: Direction de la Promotion de la Santé, de l'Hygiène et de l'Assainissement
DTC	: Diphtérie-Tétanos-Coqueluche
EPC	: Equipe de Prise en Charge
EPISTAT	: Epidémiologie et Statistiques
EPS	: Education Pour la Santé
GAVI	: Global Alliance for Vaccines and Immunization
GLIA	: Great Lakes Initiative on Aids (Initiative Régionale de Lutte contre le SIDA dans les Grands Lacs)
HCR	: Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
HTA	: Hypertension Artérielle
IEC	: Information Education Communication
INH	: Isoniazide
INSP	: Institut National de Santé Publique
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
ISTEEBU	: Institut des Statistiques et des Etudes Economiques du Burundi
IDH	: Indice de Développement Humain
ME	: Médicaments Essentiels
MII	: Moustiquaires Imprégnés d'Insecticides
MSF	: Médecins Sans Frontières

MSP	: Ministère de la Santé Publique
NEPAD	: New Economic Partnership in Africa for Development
OAG	: Observatoire de l'Action Gouvernementale
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONAPHA	: Office National Pharmaceutique
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ORL	: Oto-rhino-laryngologie
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PDPN	: Plan Directeur Pharmaceutique National
PEC	: Prise En Charge
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PFA	: Paralysie Flasque Aiguë
PIB	: Produit Intérieur Brut
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLB	: Programme National de Lutte contre la Bilharziose
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PPN	: Politique Pharmaceutique Nationale
PPP	: Purchasing Power Parties
PSI	: Population Service International
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
SETEMU	: Services Techniques Municipaux
SIPHAR	: Société Industrielle Pharmaceutique
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
TB	: Tuberculose
TPS	: Techniciens de Promotion de la Santé
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
VAT	: Vaccin anti-tétanique

PREFACE

Le Burundi vient de se doter d'un Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010 qui est l'aboutissement d'un long processus de planification ayant débuté avec les Etats Généraux de la Santé tenus à Bujumbura du 31 mai au 4 juin 2004. Les Etats Généraux ont réuni les délégués de tous les partenaires du développement autour des hauts cadres du Ministère de la Santé et d'autres secteurs de la vie nationale impliqués de près ou de loin dans la protection de la santé des populations pour réfléchir ensemble et faire le point de la situation sanitaire du pays. Le constat sur les défis majeurs dégagés, les forces et les faiblesses du système de santé du Burundi ont été le point de départ de la définition d'une Politique Nationale de Santé ambitieuse, soutenue par la vision « qu'à l'horizon de l'an 2015 le Burundi aura une paix et une stabilité sociopolitique durable avec une croissance économique permettant à tout citoyen un accès aux soins de santé de base à travers des mécanismes de participation individuelle et communautaire et sous un leadership renforcé du Ministère de la Santé ».

Cette politique qui vise à améliorer l'état de santé de la population pour sauvegarder un capital humain performant en répondant aux principaux défis qui se posent à notre pays en matière de santé, a été adoptée en octobre 2004. Pour traduire dans les faits la Politique Nationale de Santé, il est indispensable de disposer d'un Plan de Développement Sanitaire pertinent et cohérent conçu dans le processus de planification progressif de la base au sommet et qui a commencé par les plans provinciaux, les plans stratégiques des programmes pour culminer dans le document actuel du niveau national que nous présentons.

Après une analyse situationnelle succincte, le document de Plan National de Développement Sanitaire du Burundi dégage les priorités du système national de santé qui sont : la réduction du ratio de mortalité maternelle et le taux de mortalité néonatale ; la réduction du taux de mortalité infanto-juvénile ; le contrôle de la morbidité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles ; le renforcement de la performance du système de santé.

Ces priorités sont le point de convergence de la Politique Nationale de Santé, du Cadre Stratégique de Relance de la Croissance Economique et de Lutte contre la Pauvreté, des priorités sanitaires du NEPAD et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Ainsi, en réussissant la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire, le Burundi aura rempli les principaux engagements internationaux en matière de santé auxquels le pays a souscrit tout en respectant un des droits les plus précieux de l'être humain : le droit à la santé.

Nous nous en voudrions aussi de ne pas mettre en exergue tout spécialement les principes qui soutiennent la Politique Nationale de Santé et partant le Plan National de Développement Sanitaire qui doit la matérialiser, à savoir la solidarité, l'équité et le respect de l'éthique médicale.

Le bien-être de notre population dans le respect de l'équité sera notre « leitmotiv », et la collaboration multisectorielle un souci permanent.

Nous invitons tous les intervenants à s'investir pour que la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire devienne une réalité. Elle sera une œuvre commune ou ne sera pas.

Docteur Barnabé MBONIMPA
Ministre de la Santé Publique



RESUME

La Politique Nationale de la Santé du Burundi 2005-2015 est basée sur l'accès universel aux services et soins de santé de base afin de réduire la charge très élevée de morbi-mortalité. La mise en oeuvre de cette politique pour les 5 premières années se fera à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 2006-2010.

Ce plan est le résultat d'un long processus participatif et consensuel ciblant les problèmes majeurs et défis du secteur de la santé. En effet, il a été élaboré avec les acteurs du secteur public et privé en collaboration avec les partenaires et les secteurs connexes.

Les défis majeurs auxquels le secteur devra faire face sont :

- la réduction de l'importante charge de morbidité et de mortalité liée aux maladies transmissibles et/ou non transmissibles ainsi qu'aux problèmes de santé de la reproduction ;
- l'amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé ;
- l'augmentation de l'accessibilité géographique aux services de santé ;
- l'amélioration de la qualité et l'acceptabilité des services pour les usagers ;
- l'augmentation de la disponibilité des ressources humaines qualifiées ;
- le renforcement du rôle régulateur et normalisateur du Niveau Central du MSP ;
- la réforme du secteur de la santé pour le rendre plus capable de répondre aux besoins humanitaires engendrés par la crise et, en même temps, assurer son développement harmonieux ;
- l'amélioration de la coordination des multiples partenaires opérant dans le secteur ;
- l'intégration des structures privées (pharmacies et structures de soins) dans le système de santé par des engagements (contrats) notamment liés à l'offre de soins et aux performances ;
- le développement d'un partenariat intersectoriel susceptible de contribuer à l'amélioration des indicateurs de santé (accès à l'eau potable et aux services nutritionnels de base, habitat adéquat, hygiène et assainissement, comportement favorable à la santé ...) ;
- la mise en place d'une stratégie éducative privilégiant des interventions communautaires en vue de l'adoption de comportements favorables à la santé.

Pour relever ces défis les objectifs généraux mentionnés ci-dessous ont été définis pour le présent Plan National de Développement Sanitaire, en tenant compte de la Politique Nationale de Santé, du Cadre Stratégique de relance de la Croissance Economique et de Lutte contre la Pauvreté, du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique ainsi que des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Il s'agit de :

- réduire le ratio de mortalité maternelle et de mortalité néonatale ;
- réduire le taux de mortalité infantile et juvénile ;
- réduire la prévalence des maladies transmissibles et non transmissibles ;
- renforcer la performance du système national de santé.

La réalisation de ces objectifs passera nécessairement par le renforcement des capacités institutionnelles du secteur de la santé en vue de le rendre plus propice aux réformes et à la mise en place des interventions nécessaires.

Le budget global du présent plan quinquennal est estimé à un montant entre 450.000.000 et 750.000.000 \$ US. La contribution propre de l'Etat restera minoritaire mais devrait progressivement augmenter en importance; la participation des communautés doit encore être organisée via des mutuelles communautaires, et on attend toujours un apport très important des partenaires.

La stratégie de financement adoptée pour ce PNDS considère les hypothèses favorables suivants:

- l'allègement de la dette (donc des ressources importantes additionnelles dégagées pour la santé) est considéré comme acquis ;
- la croissance économique est projetée à 5% minimum par an en moyenne ;
- l'engagement du Gouvernement pour la santé est ferme et fort (résultant dans l'allocation d'un pourcentage plus élevé des dépenses publiques au secteur).

Du côté des dépenses prévues, on s'imagine une situation où les besoins réels des populations en matière de santé (approvisionnement en médicaments, qualité, quantité et compétence du personnel renforcé et l'accès aux soins encore plus amélioré) amènent à des coûts plus élevés des soins.

Les contributions de l'Etat et de ses partenaires pour la période 2006-2010 n'arrivent pas à couvrir les dépenses prévues (coûts totaux estimés), mais il y a la possibilité de les faire augmenter plus ou moins d'une année à l'autre. L'écart de financement pourrait passer de 38% à 23% entre 2007 et 2010. Mais après avoir pris en compte les contributions attendues des populations, cet écart pourrait être réduit à 32% et 18% respectivement (voir annexe II page 64).

Le succès de la mise en œuvre de ce plan dépendra essentiellement de l'engagement politique, et des partenaires nationaux et internationaux au développement y compris la société civile.

La Coordination, le suivi et l'évaluation du PNDS se feront à travers le « Comité National de Pilotage et de Suivi » (CNPS) et par la « Direction Générale de la Santé Publique », assistée par une « Cellule Exécutive ». La gestion de la mise en œuvre du PNDS par ces organes sera basée sur des procédures qui feront l'objet d'un manuel valable pour tous les niveaux. Tous les niveaux du système seront étroitement associés à la gestion du PNDS. Le volet suivi et évaluation du PNDS sera particulièrement développé et va utiliser des indicateurs précis pour suivre l'évolution des réalisations, la progression des taux de couvertures et les impacts du Programme en tenant compte du niveau de satisfaction des populations. Ce dernier aspect sera étudié dans le cadre de l'évaluation finale.

RAPPEL DES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

VISION

A l'horizon de l'an 2015, le Burundi aura une paix et une stabilité socio-politique durable avec une croissance économique permettant à tout citoyen un accès aux soins de santé de base à travers des mécanismes de participation individuelle et communautaire et sous un leadership renforcé du Ministère de la Santé.

Les différents intervenants, les partenaires et la population en pleine phase avec le gouvernement auront réduit les maladies liées à la pauvreté, à l'exclusion et à l'ignorance dans un contexte de bonne gouvernance et de développement durable d'un système de santé proactif et performant pour une vie économiquement, socialement et humainement acceptable.

BUT

La politique nationale de santé du Burundi a pour but d'améliorer l'état de santé de la population, non seulement parce que c'est un droit humain, mais aussi pour permettre la relance de l'économie et la diminution de la pauvreté en maintenant le capital humain en bonne santé.

OBJECTIFS GENERAUX 2005 - 2015

La contribution à l'amélioration de l'état de santé de la population passera par la réalisation des objectifs généraux ci-après :

1. Réduire de moitié le taux de mortalité maternelle.
2. Réduire d'un tiers les taux d'insuffisance pondérale à la naissance.
3. Réduire de moitié le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.
4. Réduire d'un tiers les taux de malnutrition des enfants de moins de cinq ans et du jeune enfant.
5. Réduire de moitié les taux de morbi-mortalité liés aux maladies transmissibles et non transmissibles.
6. Assurer l'accessibilité de la population aux soins de santé de qualité en vue d'une meilleure utilisation.
7. Assurer un cadre légal et réglementaire pour un système de santé orienté vers les services de santé accessibles à tous.
8. Assurer l'organisation, le fonctionnement et la coordination du système national de santé favorable à l'implication active des communautés.
9. Améliorer les mécanismes de réhabilitation, de production, de mobilisation et de gestion des ressources physiques (infrastructures, équipements, médicaments).
10. Améliorer les mécanismes de production, de mobilisation et de gestion des ressources humaines.
11. Améliorer les mécanismes de mobilisation et de gestion du système de financement de la santé.
12. Développer un partenariat intersectoriel qui contribue à l'amélioration de la santé.

Le Plan National de Développement Sanitaire (2006-2010) étant le cadre de mise en œuvre de la Politique Nationale Santé, à ce titre, il va s'inspirer de l'analyse de la situation, de la vision et des objectifs de la Politique Nationale de Santé 2005-2015.

INTRODUCTION

Depuis la fin des années '80, le Gouvernement a initié une série de réformes dans le secteur de la santé notamment la décentralisation du système, l'extension de la mise en « autonomie » de gestion des hôpitaux, le développement progressif de comités de santé et de comités de gestion dans le cadre de la participation communautaire. La promotion des initiatives privées à but non lucratif par la création de centres de santé et de pharmacies communautaires a été encouragée. Cependant, la mise en œuvre effective de ces réformes a été freinée par la crise socio-politique que le pays a connue entre 1993 et 2004 avec pour conséquences : l'affaiblissement de l'Etat, l'insécurité, l'insuffisance des ressources, la destruction massive des infrastructures et des équipements, le départ du pays de nombreux partenaires au développement, la fuite d'une partie du personnel vers l'extérieur du pays et la démotivation du personnel resté sur place et qui travaillait dans le secteur public. Quelques aspects spécifiques de la réforme (comme l'autonomie des hôpitaux) ont parfois été mal interprétés, et par la suite ils n'ont pas abouti à des résultats positifs, ce qui oblige le Gouvernement à revoir ou adapter les stratégies.

A la faveur du retour progressif de la paix et de la volonté de l'Etat de relancer le développement économique et social, le Gouvernement a organisé au mois de mai-juin 2004 un Forum National sur les Etats Généraux de la Santé. Ce Forum a marqué le début d'un processus qui a conduit à l'élaboration d'une politique nationale de santé et du présent plan national de développement sanitaire (PNDS) qui couvre la période 2006-2010. L'élaboration de cet important document coïncide avec la fin du processus d'élaboration par le pays de son document de politique de réduction de la pauvreté. Le secteur de la Santé pourra compter sur les ressources additionnelles qui seront mobilisées à travers la lutte contre la pauvreté pour financer la mise en œuvre du PNDS et des plans opérationnels dont les activités cibleront davantage les groupes vulnérables. La mise en œuvre du PNDS permettra également de s'acheminer vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ainsi que de ceux du New Partnership in Africa for Development (NEPAD) et des autres initiatives globales, régionales et sous régionales.

Le processus d'élaboration de ce PNDS a débuté au niveau des provinces (plans provinciaux) de manière à impliquer les services et organes décentralisés et à refléter dans le plan les priorités locales. Ce PNDS intègre de manière harmonisée les plans et les besoins des différents niveaux du système de santé (niveau national, intermédiaire et périphérique), y compris des institutions spécifiques.

Cette démarche qui est partie de la base vers le sommet a permis le renforcement des capacités locales en planification et un dialogue constructif, intense et permanent entre les niveaux provincial et central.

CHAPITRE 1: ANALYSE DE LA SITUATION

Le Plan National de Développement Sanitaire étant le cadre de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé va à ce titre utiliser ses résultats comme l'analyse de la situation, la vision et les objectifs. La présente analyse de situation est donc assez synthétique et se focalise sur le contexte qui décrit l'environnement dans lequel le PNDS sera mis en œuvre, sur les tendances des principales causes de morbidité, de mortalité et de handicap, sur l'analyse du fonctionnement des différentes composantes du système de santé et de son environnement et sur l'identification des principaux problèmes de santé et des défis majeurs auxquels le secteur santé est confronté.

1.1 CONTEXTE GENERAL

1.1.1. Situation physique

Pays de l'Afrique centrale, le Burundi est limité au Nord par le Rwanda, au Sud et à l'Est par la Tanzanie et à l'Ouest par la République Démocratique du Congo. Sa superficie est de 27.834 km². Son climat est tropical avec deux grandes saisons, une saison pluvieuse s'étendant plus ou moins sur une période de 9 mois et une saison sèche de trois mois allant de juin à fin août.

1.1.2. Situation démographique

Actuellement, la population du Burundi est estimée à plus de 7 millions d'habitants dont 93% vivent en milieu rural. La densité de la population est de 266 habitants par km², ce qui classe le Burundi parmi les pays d'Afrique les plus densément peuplés. Sa croissance démographique est estimée à 2,9 %, l'espérance de vie à la naissance à 40,4 ans¹ et l'espérance de vie en bonne santé à 35,1 ans². Le rapport de masculinité est évalué à environ 94 hommes pour 100 femmes. Les moins de 15 ans représentent 46,1% de la population, tandis que les 60 ans et plus ne représentent que 5,4 %. Le taux de fécondité (6,8%) reste élevé.

1.1.3. Situation socio-économique

L'économie burundaise est largement basée sur ses ressources agricoles (56% du PIB sont issus du secteur primaire). La force de production est essentiellement constituée par les femmes (52,2%) qui représentent l'essentiel de la population active de ce secteur. Ainsi, la participation de la femme au processus de développement est considérée comme un élément déterminant dans toutes les stratégies de réduction de la pauvreté et de développement.

L'analyse socioéconomique atteste une forte détérioration des conditions de vie des populations depuis une décennie de crise. Cette dernière a engendré la dislocation du tissu social, l'abandon des terres par une partie de la population (réfugiés ou déplacés), la promiscuité combinée à une recrudescence des endémo-épidémies dont le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et la malnutrition. Sur le plan économique et financier la situation se caractérise par :

- un PIB qui a baissé cumulativement de 20% sur la période 1993-2002; le revenu (PIB) par tête d'habitant s'est progressivement érodé pour s'établir à moins de 110 \$ US en 2002 contre près de 210 \$ US en 1990;

¹ PNUD 2003

² Rapport sur la santé dans le monde, 2003

- un taux d'investissement qui a fortement baissé en passant de près de 18% du PIB en 1992 à moins de 9% en 2002 ;
- des exportations qui ont connu une baisse importante passant de 79,3 millions de \$ US en 1992 à 31,0 millions de \$ US en 2002 ;
- un Indice de Développement Humain (IDH) était de 0,337 en 2003, classant le Burundi au 171^{ème} rang parmi les 175 pays³.

Le taux d'alphabétisation des adultes est inférieur à 40% dont 32% chez les femmes; le taux brut de scolarisation était de 73% en 2001-2002. Le taux brut de scolarisation du primaire a chuté de plus de 20% entre 1992 (67,3%) et 1995 (26%). En 2003, une tendance à l'amélioration s'est annoncée avec un taux de 56%.

Les données ci-dessus montrent à quel point l'état de santé de la population est primordial comme condition de développement. La situation que vit le Burundi actuellement est caractérisée par un mauvais état de santé, qui diminue la productivité des populations qui se paupérisent de plus en plus et diminuent leur contribution au PIB et aux recettes fiscales de l'Etat. L'Etat aussi se paupérise et ne peut plus prendre en charge les besoins sociaux élémentaires. Dans ces conditions, l'état de santé va se détériorer encore plus. Le cercle vicieux <<mauvais état de santé → effet néfaste sur l'économie → paupérisation → aggravation de l'état de santé>> s'est ainsi malheureusement installé, compromettant ainsi tout développement rapide et harmonieux.

1.1.4 Gouvernance

Le système de gouvernance a été longtemps caractérisé par la centralisation du pouvoir politique, économique et social. Cette centralisation s'est traduite par un système de planification impliquant insuffisamment les bénéficiaires dans la définition des politiques, avec le risque d'une mise en place des politiques mal adaptées et entraînant des difficultés d'internalisation et d'appropriation par les bénéficiaires.

Toutefois, des efforts allant dans le sens de la décentralisation sont en cours dans plusieurs secteurs de la vie socio-économique dont celui de la santé (décentralisation de la gestion des structures et programmes de santé et implication des communautés dans la gestion des services de santé).

Les problèmes de gouvernance se reflètent également à travers l'augmentation de la corruption, l'allocation non optimale et la gestion inefficace des ressources rares, ainsi qu'un profil inapproprié de la dépense publique, suite à l'incompressibilité de certaines dépenses incontournables et à la pénurie de ressources.

A titre d'exemple, on constate que les populations actives par leur travail physique et qui contribuent le plus au PIB et aux recettes fiscales, ne reçoivent que peu en retour de la part de l'Etat : le budget (fonds nationaux) alloué à la santé pour l'année 2005 représente moins de 2,5 % du budget national (0,7 USD/hab/an)

Ainsi, le manque de satisfaction des besoins essentiels des populations bénéficiaires conduit à des sentiments de frustration qui renforcent systématiquement les conflits existants ou qui en font émerger d'autres. Les négociations politiques entre les différents protagonistes ont abouti à un accord de Paix et de Réconciliation et à un cessez-le-feu. Les élections démocratiques qui ont démarré au mois de juin 2005 par les élections communales et qui ont abouti à l'élection du Président de la République par suffrage universel indirect, permettront une relance de la vie économique. Ce processus électoral démocratique s'est terminé par des élections collinaires (les entités administratives de base au Burundi) le 23 septembre 2005.

³ PNUD 2003.

1.1.5. Genre

Bien que la population féminine constitue près de 53% de la population burundaise, cette catégorie est insuffisamment représentée dans les instances institutionnelles et décisionnelles.

Le gouvernement a déployé des efforts en vue d'améliorer le cadre juridique et le statut de la femme à travers la révision du code des personnes et de la famille, l'élaboration des stratégies de vulgarisation pour que les femmes prennent conscience de leurs droits et obligations. Selon les différents accords politiques, la représentation des femmes est passée à au moins 30% dans les instances institutionnelles et décisionnelles du pays.

1.1.6. Nutrition et sécurité alimentaire

La malnutrition a toujours existé de façon sporadique pendant les périodes de soudure et lors des catastrophes naturelles (inondations, sécheresses). La dégradation des sols et la pression démographique sur les terres cultivables constituent deux des causes principales du problème de sécurité alimentaire. Au cours de cette crise, elle est devenue endémique, touchant fortement les groupes vulnérables (enfants, femmes enceintes et allaitantes, sinistrés) et a pris la forme aigue qui a touché fortement les provinces du Nord notamment Kirundo et Muyinga en 2003 et 2004.

Même si dans une large mesure l'autosuffisance alimentaire a été maintenue sur la période d'avant la crise, la transformation souhaitée des structures productives ne s'est pas produite et les réformes structurelles initiées ont été inachevées.

Le déficit vivrier enregistré à la fin de l'année 2002 est estimé à 167000 tonnes d'équivalent céréale, soit 14% de la production nationale.

1.1.7. Santé et environnement

Le taux de desserte en eau potable au niveau national reste faible (42% en milieu rural et 72% en milieu urbain)⁴. Un certain nombre de structures dont les écoles et internats, les centres de santé et les centres pénitenciers sont sans eau courante.

Concernant les latrines en milieu rural, 89% des ménages utilisent des latrines qui sont en grande majorité de type traditionnel et dont 22 % remplissent les conditions d'hygiène. En milieu urbain, 72% des ménages ont recours à des systèmes hygiéniques d'évacuation des excréta dont notamment des latrines familiales améliorées ou à des fosses septiques.

La pollution de l'air aggravée par le surpeuplement, la mauvaise aération des maisons, l'utilisation de la biomasse et du pétrole lampant pour l'éclairage des maisons, l'absence d'informations sur l'utilisation des substances chimiques, la mauvaise gestion des déchets solides et liquides, l'importation de vieux véhicules, l'utilisation de l'essence avec plomb, les feux de brousse, la déforestation, les exploitations agricoles qui ne sont pas accompagnés par des mesures sanitaires et la pollution des eaux constituent un lourd fardeau pour l'environnement.

Par conséquent, les maladies d'origine hydrique ou liées aux facteurs environnementaux occupent la troisième place de la morbidité en général.

1.1.8. Pauvreté et santé

L'économie burundaise est largement tributaire de son agriculture: en effet, 56% du PIB proviennent du secteur primaire. L'impact désastreux de la guerre s'est traduit par un ralentissement significatif des performances de l'économie nationale et par un

⁴ UNFPA (2003)

appauvrissement généralisé de la population. Cet impact est omniprésent et se lit à travers une régression sensible des investissements et une récession durable à la base d'une importante érosion du pouvoir d'achat de la population et, partant, de sa faible accessibilité financière aux soins et services de santé. Environ 17 % des malades n'ont pas accès aux soins; 81,5 % des patients sont obligés de s'endetter ou de vendre des biens afin de faire face à la dépense de santé.⁵ La pauvreté s'est, en effet, considérablement aggravée avec la crise et le nombre d'indigents augmente de jour en jour. On retrouve encore le cercle vicieux « mauvais état de santé → effet néfaste sur l'économie → paupérisation → aggravation de l'état de santé »

1.2. PROFIL SANITAIRE

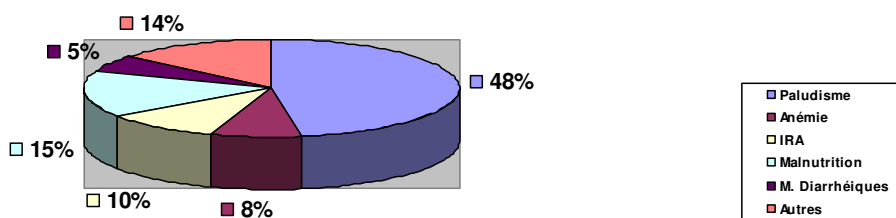
1.2.1. Etat de santé de la population

L'état de santé de la population se caractérise par une charge élevée de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles. Les statistiques hospitalières indiquent que les pathologies liées à la grossesse et à l'accouchement occupent la 3^{ème} place parmi les causes de décès enregistrés dans les hôpitaux au sein de la population de 15 ans et plus.

1.2.2. Les causes majeures de morbidité, de mortalité et d'incapacité et leur tendance

L'analyse de la situation épidémiologique indique que les maladies qui constituent les principales causes de morbidité et de mortalité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, le VIH/SIDA, les traumatismes et brûlures (fig.1). Mais aussi, les maladies à évolution chronique telles que la tuberculose, le diabète, l'hypertension artérielle, l'asthme, les cardiopathies, les maladies mentales, la goutte ainsi que les violences physiques (sexuelles, accidents de la voie publique, guerre) sont à l'origine des nombreuses incapacités physiques et mentales recensées à travers le pays.

Figure 1: Répartition des décès survenus dans les structures sanitaires par cause chez les enfants de moins de 5 ans en 2003 au Burundi, selon le rapport d'EPIDSTAT

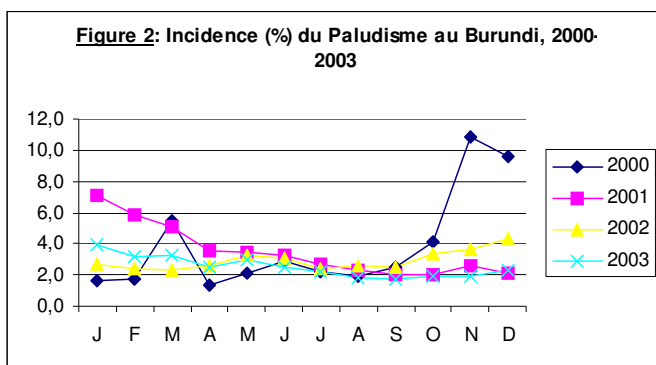


Le paludisme est responsable de 48% des cas de décès chez les enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux et de 40 % des motifs de consultation enregistrés dans les centres de santé. Il est, à la fois, la première cause de mortalité et de morbidité au Burundi et occasionne d'importantes pertes directes liées aux coûts importants de la prise en charge des malades, mais aussi des coûts indirects liés à l'absentéisme des adultes actifs.

D'octobre 2000 à mars 2001, le pays a connu une épidémie de grande ampleur qui a durement frappé 7 provinces des hauts plateaux: 2 259 694 cas suspects de paludisme ont

⁵ Rapport d'Enquête MSF Belgique, mars 2004.

été notifiés par le système de routine. Cette épidémie a sensiblement influé sur le taux d'incidence annuel du paludisme qui a atteint 42,1 %. Par rapport aux années précédentes, la courbe de l'incidence en 2003 semble fléchir surtout à partir du mois d'avril (fig.2).



Le Ministère de la Santé Publique a mis en place un système de prévention et de gestion des épidémies et un plan stratégique «Faire Reculer le Paludisme». La prévention est axée sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide. En 2004, le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides est de 22,34% pour les enfants de

moins de 5 ans et de 23,23% pour les femmes enceintes. Quoique insuffisamment documentées, l'utilisation de la pulvérisation intra-domiciliaire et la destruction des gîtes de moustiques au cours de certaines épidémies méritent également d'être soulignées.

L'apparition d'une résistance élevée de *P. falciparum* aux médicaments de 1^{ère} ligne (chloroquine) et de 2^{ème} ligne (Sulfadoxine-Pyriméthamine) a obligé les autorités sanitaires burundaises à opter pour une alternative durable qui a abouti au choix de la combinaison Artésunate + Amodiaquine (AS+AQ) comme traitement de choix. L'introduction de ce nouveau protocole de traitement a bénéficié d'un soutien significatif des partenaires au travers, notamment, de (i) la constitution d'un important stock, (ii) l'approvisionnement des centres de santé publics et agréés (89% de toutes les formations sanitaires du pays) et (iii) la subvention des médicaments qui a facilité une accessibilité financière plus accrue de la population.

Le VIH /SIDA a un impact négatif important sur les déterminants du développement économique et social du pays que ce soit sur le plan médico-sanitaire, sur le plan éducatif, sur le plan social et sur le plan démographique. En 2002, le nombre de personnes vivant avec le VIH-SIDA était estimé à 390.000 dont 60 000 enfants et 330.000 adultes âgés de 15 à 49 ans⁶, dont 190 000 femmes. Au cours de la même période, le nombre cumulé d'orphelins du SIDA ayant perdu leurs mères ou les deux parents avant l'âge de 14 ans était estimé à 240.000.

Les conditions de vie précaires dans lesquelles vit la population ont engendré et/ou aggravé la promiscuité. L'appauvrissement généralisé de la population, exacerbé par un contexte de conflit socio-politique, de promiscuité et de violences sexuelles qui perdure depuis plus de 10 ans a donné à ce fléau une dimension tragique. L'épidémie a connu une expansion fulgurante, plus particulièrement dans les régions rurales où le taux de prévalence a triplé, passant de 0,7% en 1992 à 2,5% en 2002.

Le tableau n° 1 ci-après (résultats de l'enquête nationale de séroprévalence 2002) indique une importante tendance à la féminisation de l'épidémie.

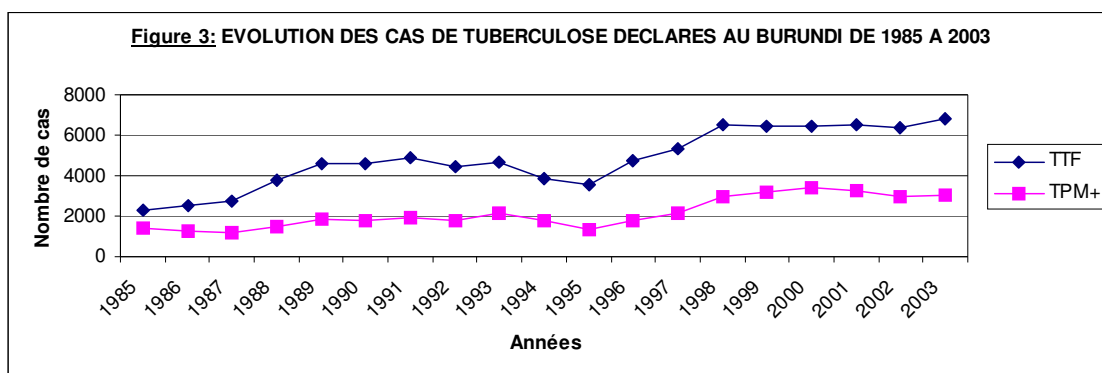
⁶ ONUSIDA
MINISTÈRE de la SANTE PUBLIQUE - BURUNDI PND 2006-2010

Tableau N°1 : Taux de prévalence du VIH-SIDA par milieu et par sexe (CEFORMI,2002)

Zone	Taux de prévalence chez les Femmes	Taux de prévalence chez les Hommes
Urbaine	13%	5,5%
Semi-urbaine	13,7%	6,8%
Rurale	2,9%	2,1%

Pour faire face à cette situation, un plan d'action national de lutte contre le VIH-SIDA 2002-2006 qui s'articule autour de 3 axes stratégiques dont (i) la prévention de la transmission du VIH/SIDA, (ii) l'amélioration du bien-être des personnes vivant avec le VIH-SIDA et (iii) l'allègement du fardeau de l'impact du SIDA sur les familles démunies, a été mis en place.

La Tuberculose sévit au Burundi sous forme endémo-épidémique et constitue un problème majeur de santé publique surtout depuis la progression du VIH (fig. 3). Environ 7.000 cas de TB sont déclarés chaque année soit une incidence annuelle de 100 pour 100.000 habitants (source : PNLT 2005).



Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) est opérationnel et dispose d'un réseau couvrant tout le territoire national dont 98 centres de dépistage et de traitement (CDT) et 268 centres de traitement (CT) de la Tuberculose. Environ 43,8% des tuberculeux étant également VIH+, les CDT pourraient être utilisés, à l'avenir, comme centres de dépistage mais aussi de prise en charge des PVVIH. Selon les directives du programme, la stratégie DOTS est appliquée dans les structures de soins et le taux de détection de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive est de 45% (cible: 70%). En 2003, le taux de guérison était de 36% (cible : 85%).

Les Infections Respiratoires Aiguës sont des causes majeures de morbidité et de mortalité, spécialement chez les enfants de moins de 5 ans. Dans ce groupe d'âge, en moyenne 26.000 cas sont enregistrés annuellement pour 100.000 habitants contre 8.608 cas dans la population générale⁷.

Le déficit d'assainissement et d'hygiène, l'insuffisance accrue en eau potable, la déficience du système d'évacuation des excréta expliquent, en grande partie, la forte prévalence des maladies diarrhéiques. Quoique aucun rapport n'ait récemment évoqué une épidémie de shigellose, 23 219 cas et 37 204 cas respectivement ont été enregistrés en 2002 et 2003. La situation est particulièrement préoccupante dans les sites des sinistrés (camps de réfugiés et de déplacés) qui, pour la plupart, ne sont pas viabilisés et constituent, de ce fait, des biotopes à risque élevé d'éclosion d'épidémies. La prévalence de la diarrhée est nettement plus élevée dans la catégorie des enfants de 6 à 23 mois.

⁷ Burundi: Profil épidémiologique; OMS, 2004.

La situation nutritionnelle de la population est caractérisée par une forte prévalence de la malnutrition aiguë globale dont le taux varie de 6 % à 17,8% et celle de la malnutrition aiguë sévère comprise entre 1,1% et 4,1% chez les enfants selon les régions. Le taux de malnutrition chronique est passé de 48,1% en 1987 à 56,8% en 2000⁸. Les carences en micro nutriments sont très fréquentes; la prévalence du goitre endémique atteint 42 % dans certaines provinces, l'anémie est régulièrement observée, avec une prévalence d'environ 56%⁹ chez le jeune enfant et la femme enceinte. L'avitaminose A reste très répandue nonobstant la distribution à grande échelle introduite au travers du Programme Elargi de Vaccination. La proportion des naissances vivantes avec un poids inférieur à 2500 g est de 15,1% tandis que celle des enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale représente 45,1%. Parmi les multiples facteurs étiologiques figurent un allaitement maternel insuffisant, de mauvaises pratiques de sevrage et une fécondité non maîtrisée.

1.2.3 Maladies à potentiel épidémique

La standardisation et l'harmonisation des politiques de prévention et/ou de contrôle des **maladies à potentiel épidémique**, des instruments / outils, des procédures au sein des différents niveaux des pays du Bloc épidémiologique des Grands-Lacs ont permis de préparer une riposte effective et collective aux diverses épidémies. La «Stratégie de Surveillance intégrée des Maladies et Riposte - SIMR » a permis la mise en œuvre d'un Paquet minimum d'interventions visant à maîtriser les maladies à potentiel épidémique et à protéger les populations. Parmi les maladies à potentiel épidémique sous surveillance épidémiologique au sein de ce Bloc figurent, entre autres, la rougeole, le choléra, la méningite à méningocoques, la poliomyélite mais aussi la shigellose, le typhus exanthématique, la fièvre jaune et la peste.

Au Burundi, **la rougeole** reste une préoccupation majeure de santé publique. En 2000-2001, une épidémie de rougeole qui a sévi dans 9 provinces caractérisées par une forte insécurité ambiante (en raison des conditions de promiscuité et des fréquents déplacements des populations mais aussi des bas taux de couverture vaccinale) a été contrôlée grâce à des campagnes de vaccination de masse.

Des épidémies saisonnières de **choléra** sont régulièrement enregistrées dans la plaine de l'Imbo longeant le Lac Tanganyika, de Cibitoke à Nyanza Lac, y compris la ville de Bujumbura. Cette situation est liée à l'insuffisance d'eau potable et à une hygiène précaire surtout dans les quartiers périphériques de la capitale.

Quoique le Burundi soit située en dehors de la ceinture de **méningite**, les déplacements de populations, la forte promiscuité et un taux d'incidence élevé des infections respiratoires ont rendu le risque épidémique particulièrement important. Des épidémies de méningite d'ampleur variable sont régulièrement enregistrées entre juillet et septembre de chaque année.

1.2.4 Autres problèmes de santé, objet de préoccupations particulières.

La Poliomyélite

Aucun cas de poliovirus sauvage n'a été détecté au Burundi depuis 1999. C'est ainsi que le Burundi fait partie des 8 pays africains qui seront certifiés comme étant libre de poliomyélite. Toutefois, la surveillance des paralysies flasques aiguës (PFA) reste relativement faible et, plus particulièrement, dans un certain nombre de provinces demeurées silencieuses à la suite des problèmes d'insécurité.

⁸ UNICEF

⁹ UNICEF

Le tétanos maternel et néonatal

En 2004, 21 cas de tétanos néonatal ont été notifiés dans les centres de santé, soit un taux de prévalence estimé à 0,08 pour 1000 naissances. Ces chiffres sont sous estimés parce que les données des hôpitaux sont fort incomplets. La surveillance active du **tétanos maternel et néonatal** n'a pas encore démarré. Un plan d'élimination a été élaboré, et les activités sont programmées pour commencer au cours de la première année dans 5 provinces à haut risque ciblées. Par la suite, une série de 3 provinces seront ciblées chaque année. Leur choix sera dicté par l'incidence des cas de tétanos notifiés et des performances en matière de couverture vaccinale en DTC3 et VAT2 et plus.

La santé de la reproduction chez les adolescents

La précocité des rapports sexuels est la facette la plus visible parmi les problèmes de santé chez les adolescents du Burundi. Selon une étude réalisée en 2002 auprès des adolescents, 16% des enquêtés déclarent avoir eu leur 1^{er} rapport sexuel à l'âge de 10 ans, 17% entre 10 et 14 ans et 38% entre 15 et 20 ans¹⁰. De 1980 à 1990, la grossesse était la cause majeure de renvoi de 34,5% des filles de l'enseignement secondaire.

En outre, l'accès aux services de santé de la reproduction pour les jeunes est très faible. Lors du forum national des adolescents tenu en décembre 1998, les adolescents ont présenté le « manque d'information en matière de sexualité et de santé de la reproduction » comme un problème crucial. Depuis, une série de «Centres Jeunes» gérés par l'Association Burundaise de bien Etre Familial (ABUBEF) ont vu le jour pour tenter de combler cette lacune.

Les violences à l'égard des femmes

Dans une étude menée dans la Mairie de Bujumbura avec l'appui de l'UNIFEM¹¹, 42% des femmes enquêtées ont affirmé être victimes de violences dans leurs ménages. Les coups et blessures occupent la première place. Le conflit armé et la présence massive d'hommes en armes sur les collines sont à la base d'une augmentation considérable du nombre de viols: environ 300 cas affirmant avoir été victimes de viols sont recensés mensuellement. Une prise en charge clinique et psychosociale est organisée dans les provinces où le problème se pose avec acuité.

Les problèmes de santé mentale

La crise a considérablement aggravé la précarité et entraîné une détérioration significative de la santé mentale de la population. En 1998-1999, une enquête nationale réalisée auprès d'un échantillon de 1100 personnes vivant dans des conditions 'normales' à leurs domiciles¹² a révélé que près de 60 % d'entre eux souffraient, à des degrés divers, de problèmes de santé mentale. En outre, les violences sexuelles faites aux femmes se sont accompagnées de divers traumatismes psychoaffectifs qui ont affecté leur santé mentale.

La qualité de la prise en charge des malades mentaux et de leurs problèmes est faible du fait de l'insuffisance de ressources humaines qualifiées et d'infrastructures spécialisées. Le Centre Neuro-psychiatrique de Kamenge qui est l'unique structure nationale spécialisée dans la prise en charge des malades mentaux n'a pas de psychiatre et a besoin d'un renforcement institutionnel.

¹⁰ PNSR, CEFORMI: *Etude sur la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents en mairie de Bujumbura, Bujumbura, 2002*

¹¹ Iteka, UNIFEM: *Les violences faites aux femmes et filles dans les ménages en mairie de Bujumbura, Bujumbura, 1999*

¹² ISTEBU, Banque Mondiale: *Enquête Nationale sur les conditions de vie de la Population, Bujumbura 1999*

Les maladies non transmissibles

Des données hospitalières éparpillées, quoique incomplètes, évoquent une importance croissante **des maladies non transmissibles**. Certains facteurs de risque comportementaux (tabagisme, alcoolisme, inactivité physique, accidents de circulation, ..), environnementaux et/ou génétiques (drépanocytose, cancer, hypertension artérielle, diabète, etc...) connus, incriminés dans la survenue de ces maladies, sont présents dans la population burundaise. La plupart de ces maladies sont contrôlables par des mesures préventives.

1.3. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE

1.3.1. Organisation du système de santé.

De type pyramidal, le système national de santé s'articule autour de 3 niveaux.

Le niveau central est responsable de la définition de la politique sanitaire et l'élaboration des stratégies d'intervention; la planification, l'administration et la coordination du secteur de la santé; la définition des normes de qualité, leur suivi et leur évaluation. Il est représenté par le Cabinet du ministre, la direction générale et ses départements ainsi que les organes de direction des divers programmes de santé.

Le fonctionnement du niveau central est régi par un Règlement d'Ordre Intérieur. Le Ministre est assisté par 4 conseillers à savoir: le conseiller chargé des ressources humaines, de la documentation et des archives ; le conseiller chargé de la planification et de la coordination des programmes, des études et des budgets ; le conseiller chargé du suivi des réformes sectorielles, des projets et des administrations personnalisées, et le conseiller chargé des services généraux.

L'Inspection Générale de la Santé est également directement rattachée au cabinet. Elle est chargée d'assurer le contrôle interne des services du ministère de la santé et le contrôle externe du secteur de la santé en rapport avec l'application et le respect du code de la santé publique, de la politique sectorielle, du règlement d'ordre intérieur, de toute la réglementation et toutes les normes en vigueur. La Direction Générale comprend 3 directions et une cellule chargée de l'enseignement paramédical. Ces directions sont : la Direction des services et programmes de santé ; la Direction de la pharmacie, du médicament et des laboratoires, et la Direction de la promotion de la santé, de l'hygiène et de l'assainissement.

Les services du Ministère de la Santé Publique ayant acquis le statut **d'unités à gestion autonome** (hôpitaux, certains programmes de santé et services) sont régis par le décret-loi portant cadre organique des institutions personnalisées de l'Etat et de ce fait dépendent directement du Cabinet du Ministre. Les hôpitaux dites « autonomes » restent largement subventionnés : l'autonomie doit être comprise comme une décentralisation de la gestion technique et administrative, et pas comme une autonomie financière.

L'organigramme du Ministère de la santé accuse quelques lacunes qui handicapent son bon fonctionnement. En effet, certains domaines clés et complexes comme la gestion des ressources humaines, la documentation et l'archivage; la planification et la coordination des programmes, des études et des budgets; le suivi des réformes sectorielles, des projets et des administrations personnalisées, la logistique sanitaire, sont gérés par des cellules peu structurées malgré l'importance et la complexité de ces domaines dans le fonctionnement d'un Ministère de la Santé. Il n'y a pas d'organisation technique à la hauteur de ces services si importants. Par exemple, dans un rapport de consultance (juillet 2005) sur la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé, on recommande d'abolir la cellule de gestion des ressources humaines compte tenu de son inefficacité, et de mettre sur pied une véritable Direction des Ressources Humaines avec un Service de Dotation, de Formation, un Service de Rémunération, un Service de Relation avec le personnel et un Service d'Hygiène et de Sécurité au Travail.

Le 4 novembre 2005 le gouvernement a adopté un nouvel organigramme mais qui n'est pas encore opérationnel.

Le niveau intermédiaire est composé de 17 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS). Les BPS sont chargés de la coordination des activités sanitaires au niveau provincial, de l'appui aux centres de santé ainsi que la formation continue du personnel de santé de son ressort. Ce niveau est insuffisamment outillé et souffre d'une pénurie de capacités gestionnaires et logistiques mais également de personnel médical.

Le niveau provincial est subdivisé en Secteurs Sanitaires, avec un chef de secteur comme responsable. Ce niveau souffre d'un manque de définition claire de responsabilités, d'une insuffisance de personnel en nombre et en qualité, et d'une insuffisance de moyens logistiques pour fonctionner. En plus, les infrastructures provinciales ne sont pas adaptées pour rendre le niveau du Secteur Sanitaire vraiment opérationnel. Fin 2004 on comptait 39 Secteurs Sanitaires, dont 10 avec plus de 250.000 habitants.

Le niveau périphérique est composé de l'ensemble de tous les centres de santé répartis dans toutes les communes du pays. La fonction administrative est assurée par les titulaires de centres de santé qui ont la responsabilité de planifier, organiser et gérer toutes les activités de ces structures. Le Gouvernement est en train de promouvoir la politique de participation communautaire dans la gestion des centres santé mais il manque encore un cadre juridique y relatif.

Une même configuration pyramidale se retrouve dans **l'organisation du réseau des soins** qui comporte 4 paliers :

- (i) le niveau de base constitué par les centres de santé, porte d'entrée dans le système national formel des soins ;
- (ii) les hôpitaux de première référence (hôpitaux du Secteur Sanitaire) ;
- (iii) les hôpitaux de deuxième référence (hôpitaux provinciaux) ;
- (iv) les hôpitaux spécialisés.

Tableau n° 2 : résumé de la situation sanitaire en 2004 (Source : EPISTAT 2004) :

PROVINCE	POPUL.	# SECT.	Hab./Sect.	# COMM.	# HOPIT.	Hab./Hôp	# CdS	Hab./CdS
Bubanza	338 731	2	169 366	5	1	338 731	16	21 171
BUJA Rural	495 110	3	165 037	12	1	495 110	42	11 788
BUJA Urbain	374 748	3	124 916	13	12	31 229	70	5 354
Bururi	491 282	4	122 821	9	4	122 821	51	9 633
Cankuzo	197 604	1	197 604	5	2	98 802	13	15 200
Cibitoke	399 444	2	199 722	6	2	199 722	40	9 986
Gitega	699 944	4	174 986	11	5	139 989	37	18 917
Karuzi	320 458	1	320 458	7	1	320 458	13	24 651
Kayanza	527 019	2	263 510	9	1	527 019	35	15 058
Kirundo	571 786	2	285 893	7	1	571 786	34	16 817
Makamba	254 480	2	127 240	6	1	254 480	39	6 525
Muramvya	279 322	2	139 661	5	2	139 661	16	17 458
Muyinga	544 866	2	272 433	7	1	544 866	29	18 788
Mwaro	253 003	2	126 502	6	1	253 003	21	12 048
Ngozi	683 792	3	227 931	9	2	341 896	45	15 195
Rutana	279 856	1	279 856	6	2	139 928	24	11 661
Ruyigi	291 859	3	97 286	7	3	97 286	22	13 266
	7 003 304	39	179 572	130	42	166 745	547	12 803

L'analyse de la Carte sanitaire du Burundi indique que le pays dispose fin 2004 de 547 Centres de Santé fonctionnels, dont 63% relèvent du secteur public. Des 46 hôpitaux sur l'ensemble du territoire il y en a 42 qui sont fonctionnels, dont 33 hôpitaux de première référence, 5 hôpitaux de deuxième référence et 4 hôpitaux spécialisés. En termes théoriques, **l'accessibilité physique** semble satisfaisante du fait que 80 % de la population sont géographiquement installés à une distance inférieure à 5 km d'un Centre de Santé.

Cependant, l'analyse situationnelle des infrastructures de santé dénote d'importantes disparités dans leur distribution selon les milieux (rural et urbain), entre les provinces rurales mais aussi à l'intérieur des provinces. Il y a 13 provinces où le nombre d'habitants par CdS est au-delà de 10.000, et 9 provinces où le nombre d'habitants par hôpital est au delà de 200.000 (donc au-delà des normes internationaux de l'OMS).

2.3.2. Accès et utilisation des services

Tableau n° 3 : quelques indicateurs d'utilisation des services par province (des données complètes pour 11 hôpitaux, et partielles pour 3 autres hôpitaux)

PROVINCE	POPUL.	# HOPIT.	cons.ext	hospitalis.	HOSP.‰	# CdS	cons NC	COUV.
Bubanza	338.731	1	ND	ND	-	16	139.794	0,41
BUJA Rural	495.110	1	9.891	1.990	4,02	42	721.640	1,46
BUJA Urbain*	374.748	12	95.456	10.552	28,16	70	292.513	0,78
Bururi	491.282	4	ND	ND	-	51	165.930	0,34
Cankuzo **	197.604	2	262	5.706	28,88	13	157.268	0,80
Cibitoke §	399.444	2	ND	1.125	2,82	40	172.036	0,43
Gitega §§	699.944	5	6.410	4.328	6,18	37	461.054	0,66
Karuzi °°	320.458	1	ND	4.620	14,42	13	294.443	0,92
Kayanza	527.019	1	ND	ND	-	35	321.383	0,61
Kirundo §	571.786	1	3.944	2.321	4,06	34	184.844	0,32
Makamba °°	254.480	1	13.553	6.331	24,88	39	279.639	1,10
Muramvya	279.322	2	ND	ND	-	16	118.286	0,42
Mwaro	544.866	1	ND	ND	-	29	240.525	0,44
Muyinga	253.003	1	ND	436	1,72	21	147.992	0,58
Ngozi	683.792	2	ND	ND	-	45	383.492	0,56
Rutana §	279.856	2	1.802	1.708	6,10	24	97.964	0,35
Ruyigi §§	291.859	3	2.375	8.139	27,89	22	300.781	1,03
	7.003.304	42	133.693	47.256	-	547	4.479.584	0,64

* données de 3 hopitaux seulement

** données incomplètes

SOURCE: EPISTAT 2004

§§ données de 2 hopitaux seulement

§ données d'un hôpital

°° MSF-B et MSF-F

Ce tableau montre que les données statistiques sont loin d'être complètes, ce qui fait que prudence s'impose quand il s'agit d'y donner une interprétation scientifique ou de les prendre comme base pour la prise des décisions stratégiques. Cependant les chiffres peuvent nous éclairer sur l'importance de quelques aspects à prendre en compte :

- la couverture en consultations curatives dans les CdS montre une grande disparité : de moins de 0,5 (dans 7 provinces) jusqu'à plus de 1,0 (dans 3 provinces). Selon toute vraisemblance, ceci est dû entre autre aux stratégies différentes appliquées par les partenaires : certains appliquent une quasi gratuité des soins avec une forte fréquentation comme conséquence, d'autres visent plus sur la durabilité de leur intervention – ce qui nécessite un recouvrement au moins partiel des coûts : comme conséquence la fréquentation y est plus basse. Un effet contre-productif d'une fréquentation impressionnante (la moyenne journalière de consultations curatives dans les CdS de Karuzi est de plus de 75 NC par jour ouvrable !) est à craindre : comment garantir encore une qualité minimale de soins avec un effectif de personnel limité ? Une augmentation de l'accessibilité financière devrait aller de pair avec une augmentation du nombre des CdS (à Karuzi il y a plus de 24.000 habitants par CdS) et/ou du nombre du personnel. Il est évident qu'une politique de recouvrement total des coûts est néfaste pour l'accessibilité : une subvention plus ou moins forte devrait être prévue dans la politique nationale et dans les budgets ;
- les données pour les hôpitaux indiquent une assez faible utilisation des services : normalement on pourrait attendre 5 à 7 % de la population qui a besoin d'une hospitalisation par an. Les chiffres dans le tableau n° 3 suggèrent plutôt une réalité entre 0,2 et 3 % ;

- malheureusement les données sont tellement incomplètes qu'il est difficile de les prendre comme base pour la prise de décisions stratégiques. Il résulte de cela qu'un système de supervision et de monitoring statistique rigoureux devrait recevoir une attention prioritaire dans le futur.

En réalité tout le monde est conscient du fait que la disponibilité des services (y compris un PMA complet) et la qualité des soins de santé restent problématiques dans la majorité des structures sanitaires de proximité. L'on note une faible demande de services et soins de santé due à plusieurs causes, entre autre :

- un coût élevé des prestations médicales dans une situation d'absence de mécanismes de solidarité (pas d'assurance-maladie pour plus de 90% de la population) ;
- une qualité de soins en dessous des normes requises étant donné un plateau technique trop limité (tant les ressources humaines que l'équipement).

D'une manière générale, les infrastructures hospitalières et les structures de santé de proximité ne disposent pas de **plateau technique** suffisant pour assurer un minimum d'activités et de services de base de qualité. Au regard des normes et standards du Ministère de la Santé Publique, la plupart des hôpitaux de première et de deuxième référence sont sous-équipés et peu fonctionnels dans le cadre de leur rôle de référence. Les bâtiments abritant les différentes structures sanitaires sont, dans leur grande majorité, dans un état vétuste et dégradé.

En ce qui concerne les mécanismes de gestion, on observe plusieurs faiblesses : au niveau de la Province et des Secteurs Sanitaires l'installation d'un système de supervisions intégrées et mensuelles pourrait améliorer tant la gestion technique (qualité de soins) que la gestion des données (SNIS) ; au niveau des hôpitaux, l'autonomie de gestion mise en place est souvent mal interprétée et freine l'accessibilité et l'intégration des services des soins de santé primaires ; au niveau de la communauté, la participation communautaire se trouve encore à un stade embryonnaire et un système de vraie co-gestion n'est pas encore mis en application.

Le niveau central du MSP a fait des efforts pour arriver à une décentralisation et à une forme d'autonomie de gestion dans certaines structures. L'importance de laisser une liberté et une autonomie aux structures de soins pour des décisions sur leur fonctionnement est indéniable. Mais dans le futur le MSP devrait faire un effort à travers les BPS et les Secteurs Sanitaires pour donner aux niveaux périphériques une assistance et guidance technique forte pour que les normes et régulations du secteur public soient respectées.

Le secteur privé est essentiellement constitué de Centres de Santé (33% de l'ensemble). Le secteur privé lucratif médical et pharmaceutique joue un rôle progressivement croissant dans le système de santé en dépit de l'absence de données chiffrées de leurs activités. Toutefois, ce secteur souffre également d'un manque de contrôle de qualité et de supervision. Il gagnerait à être intégré au système par **le développement d'une politique contractuelle** comme cela se fait dans d'autres pays africains.

Bien que largement pratiquée sur l'ensemble du territoire national, **la médecine traditionnelle** est faiblement prise en compte dans le système national de santé ; elle n'est ni structurée ni intégrée dans le système. Son importance vis à vis de la population et son interférence avec le système de soins de santé sont mal connus.

1.3.3. Ressources pour la santé : Les Médicaments Essentiels (ME).

1.3.3.1. L'approvisionnement en médicaments

L'Etat met à la disposition du Ministère de la Santé Publique un budget destiné à l'achat des médicaments pour une valeur de 600 millions de FBU par an. Ces médicaments sont distribués par la Centrale d'Achat des Médicaments du BURUNDI (CAMEBU) à toutes les provinces (pour les centres de santé) et hôpitaux du pays sur base de réquisitions. Ce budget est largement insuffisant, et il est complété par d'autres sources comme les coopérations multi- et bilatérales, les ONGs, les pharmacies privées, les organisations religieuses, et autres.

Au-delà des structures formelles du système d'approvisionnement, il existe un circuit parallèle d'approvisionnement et de vente illicite de médicaments. Le système est également caractérisé par une prescription irrationnelle des médicaments essentiels au niveau des structures sanitaires périphériques et une automédication relativement importante qui sont parmi les problèmes majeurs auxquels il est urgent d'apporter une solution.

Les données disponibles ne permettent pas de déterminer la part de chacun dans l'approvisionnement, mais on estime que le coût global des importations de médicaments pour l'année 2004 était d'environ 4 milliards de FBU et que la valeur totale de la production pharmaceutique nationale vendue dans le pays était de 1,2 milliard de FBU soit au total 5.2 milliards de FBU (5 millions \$ US). La part du budget accordé par l'Etat est donc d'un peu plus de 10% de la valeur totale des médicaments disponibles dans le pays pour l'année 2004.

Il est alors évident que l'approvisionnement des structures de santé publiques connaît des problèmes énormes d'approvisionnement en médicaments même s'il y a une contribution des partenaires, et que les besoins réels de la population ne peuvent pas être satisfaits (7 M d'habitants et moins de 6 M US \$ pour les ME et produits consommables médicaux tant pour les soins de santé primaires que pour les soins au niveau hospitalier).

1.3.3.2. Au niveau des BPS et des Centres de Santé

Les BPS adressent des réquisitions de médicaments à la CAMEBU selon leurs besoins mais la quantité fournie va dépendre de l'état du stock. Chaque BPS dispose d'un quota selon la population desservie. Le BPS va distribuer à son tour les médicaments dans les Centres de Santé à partir du stock provincial sur base des réquisitions de ces derniers.

En plus de l'insuffisance des médicaments les BPS se heurtent à des problèmes logistiques notamment par le manque de moyens de transport. Le BPS agit comme un entrepôt de médicaments sans assurer le travail de contrôle, d'aide à la gestion et à la promotion de l'usage rationnel des médicaments essentiels.

Au niveau des Centres de Santé, la quantité de médicaments fournis ne correspond pas toujours aux besoins réels des utilisateurs. Cela entraîne de fréquentes ruptures de stock et diminue ainsi la fréquentation des structures de santé. Certaines provinces sont appuyées par les ONGs dans l'approvisionnement des Centres de Santé et les projets comme la Coopération Belge, le Programme d'Appui Transitoire au secteur de la Santé au Burundi (PATSBU) du 9^e FED (Fonds Européen pour le Développement), etc.

La gestion des médicaments au niveau des Centres de Santé est assurée par les responsables des centres de santé. Actuellement les centres de santé ne disposent pas de stock tampon de même que les BPS. La tarification du médicament n'est pas uniforme : en

effet, certains centres de santé appliquent un prix forfaitaire de 0,3 US \$ alors que d'autres appliquent le principe de recouvrement de coût jusqu'à 100% (environ 2,5 US \$ par épisode-maladie).

Dans les provinces appuyées par le projet 9^e FED un système de recouvrement des coûts est en cours d'expérimentation et les Centres de Santé et les BPS possèdent un fonds de roulement pour les médicaments mais se heurtent aux différents impayés qui érodent de plus ce fonds.

1.3.3.3. Au niveau des hôpitaux

Il faut ici distinguer les hôpitaux à gestion dite « autonome » ou décentralisée (les hôpitaux provinciaux et nationaux) qui achètent les médicaments aussi bien à la CAMEBU que dans les autres pharmacies privées. Chaque hôpital est doté d'un budget annuel pour l'achat de médicaments. Certains hôpitaux bénéficient de temps à autre des appuis des partenaires.

Les hôpitaux de secteurs s'approvisionnent directement au niveau de la CAMEBU en attendant qu'ils soient dotés d'un budget propre.

1.3.4. Ressources pour la santé : Les ressources humaines

1.3.4.1. Le nombre de professionnels médicaux et paramédicaux.

En 2003, le pays comptait 343 médecins, 2101 infirmiers et 68 pharmaciens. Ces effectifs sont inégalement répartis sur le territoire (80% des médecins et plus de 50 % des infirmiers oeuvrent à Bujumbura¹³, la capitale). Il s'en suit un manque criant en compétences chirurgicales dans les hôpitaux de première référence. D'autres catégories de professionnels de la santé comme les médecins de santé publique, les économistes de la santé, les techniciens de laboratoire, etc... sont insuffisantes et plutôt rares pour certaines spécialités telles que les ophtalmologues, les ORLs, les dentistes, etc... Le tableau n° 4 indique par niveau les besoins en ressources humaines, les ressources disponibles et le déficit pour la réalisation du plan national de développement sanitaire.

Tableau n° 4 : besoins, disponibilité et déficit en ressources humaines

Catégorie de Personnel	Niveau Central et hôpitaux nationaux			Niveau Provincial et hôpitaux provinciaux			Niveau périphérique		
	Besoins	Dispon.	Déficit	Besoins	Dispon.	Déficit	Besoins	Dispon.	Déficit
Méd. Spécial. En SP	27	12	15	17	4	13	0	0	0
Méd. Spécial. En chirurgie ou en gynécologie	32	23	9	32	13	19	0	0	0
Autres Méd. Spécialistes	103	38	66	49	5	44	0	0	0
Médecins généralistes	86	86	0	100	16	84	0	0	0
Méd. Général. A compétence chirurgicale	0	0	0	38	10	28	0	0	0
Paramédicaux	873	860	13	870	748	122	2196	895	1243
Autres professions	166	76	90	241	27	214	0	0	0
Personnel d appui	108	104	4	665	625	40	1116	1116	

La crise socio-politique qui a entraîné la suspension de la coopération, l'insécurité ambiante qui a longtemps prévalu dans les zones rurales, la faiblesse des salaires, l'absence de motivation et l'absence de politique de développement des ressources humaines (production de personnel soignant, gestion de carrière...) ont provoqué le départ de plusieurs professionnels nationaux à la recherche de meilleures conditions de travail. Tout cela peut expliquer, au moins partiellement, les difficultés pour les services publics à recruter et à fidéliser en personnel qualifié. Cette situation est à la base des faibles capacités institutionnelles à organiser, gérer, coordonner et planifier le système de santé.

¹³ OAG, 2003

Il s'en suit une obligation de former et re-former le personnel du fait des déperditions régulières et substantielles.

La majorité des structures sanitaires sont tenues par du personnel de niveau de formation très bas. Les auxiliaires de santé qui sont responsables des centres de santé ont une formation de deux ans après le cycle inférieur des humanités. Leur formation de base les destinait à servir d'auxiliaires de soins dans les hôpitaux et ils n'ont pas été formés à la démarche de diagnostic clinique et de traitement.

En plus de la surcharge de travail importante dans les provinces amenant les professionnels à quitter les structures de l'intérieur pour les villes et les ONGs, il y a une gestion trop centralisée.

1.3.4.2. La formation des ressources humaines.

Le taux de production annuel de la Faculté de Médecine de l'Université du Burundi est d'environ 20 médecins. Les premiers lauréats des nouvelles Facultés de Médecine (Universités privées de Ngozi, Mwaro, Grands-Lacs, etc...) sont attendus d'ici 3 à 4 ans mais risquent de connaître un problème de reconnaissance de leur diplôme si des démarches d'adaptation ne sont pas entreprises dès maintenant. Une formation de 3^{ème} cycle couvrant un certain nombre de spécialités cliniques assurée conjointement par la Faculté de Médecine de l'Université du Burundi en collaboration avec certaines Universités avait permis d'espérer une amélioration en ce qui concerne la production des spécialistes mais rares sont ceux qui rentrent après leurs études, n'ayant pas confiance aux conditions de travail à leur retour.

Les médecins généralistes sortant des facultés de médecine sont des cliniciens et ne sont pas préparés aux tâches d'encadrement des services de santé au niveau provincial.

Le Burundi dispose de 8 Ecoles paramédicales (4 publiques et 4 privées) qui ont besoin d'être appuyées pour améliorer la qualité de la formation. Depuis 1999, l'Institut National de Santé Publique participe activement à la formation d'infirmiers supérieurs dont des infirmiers spécialisés en santé publique. Une seule école située à Bujumbura forme les techniciens de laboratoire et les techniciens de l'assainissement. Les pharmaciens sont formés exclusivement à l'étranger, ce qui explique leur nombre particulièrement bas.

De même que pour les médecins, les infirmiers formés ne sont que rarement préparés au travail dans les centres de santé. Il faudrait prévoir notamment une formation en utilisation des « stratégies diagnostics traitements » ainsi que diverses tâches administratives liées au système d'information sanitaire, la gestion des centres et les divers programmes qu'ils doivent gérer.

De manière générale, la formation continue du personnel de santé accuse une absence presque totale de vision et de coordination des formations avec comme conséquence des chevauchements et un nombre considérable de séminaires accaparant les médecins chefs des Bureaux Provinciaux de Santé.

1.3.4.3. Sur le plan de la rémunération

L'analyse de la situation fait ressortir d'énormes problèmes au niveau de l'équité, tant externe qu'interne. Le système de notation des personnels actuellement en vigueur (qui concerne aussi tous les fonctionnaires de la fonction publique) est également inadéquat et absolument inefficace comme élément de stimulation pour l'atteinte des objectifs organisationnels en plus de permettre une subjectivité très grande.

Le MSP ne maîtrise en aucune façon sa politique de rémunération du fait qu'il est régi par le statut des fonctionnaires. Cet état de fait constitue un obstacle majeur à la maîtrise du principal problème affectant actuellement la Gestion des Ressources Humaines du MSP.

Une autre composante importante des systèmes de rémunération est la gestion des primes d'inconvénients de diverses natures. Une saine approche à la gestion de la rémunération veut que pour un poste identique, avec le même contenu de tâches, certains inconvénients subis en fonction du lieu ou du temps d'exécution soient compensés par l'octroi de primes plutôt que par une cote d'évaluation plus élevée. Dès que l'inconvénient cesse d'être subi, l'employé visé cesse de toucher la prime. Le statut des fonctionnaires n'offre qu'une souplesse toute relative en son article 100 et le décret correspondant, les diverses primes et indemnités y définies étant limitatives et non adaptées aux réalités du réseau de la santé et aux approches modernes en rémunération.

Enfin, élément capital de tout système de rémunération, un mécanisme de protection de la rémunération contre les effets de l'inflation, est totalement absent à la fois des politiques du MSP et du Ministère de la Fonction Publique. Nous avons établi que depuis 1989, il y a eu exactement trois ajustements à la grille des salaires, soit en 1989, en 1998 et en 2001. Le salaire (salaire de base + indemnité de logement) du médecin généraliste débutant a évolué comme suit : en 1989 : 37.813 Fbu, en 1998 : 48.703 Fbu, en 2001 : 53.935 Fbu, soit une augmentation de 42,6% en quinze ans, tandis que le pays a connu une inflation de 374% au cours de la même période¹⁴.

La conclusion est que depuis 2001, **un médecin coté systématiquement très bon ne fait que s'appauvrir** car le pourcentage d'inflation est systématiquement supérieur au pourcentage obtenu de par sa cotation très bon, comme le démontre le tableau ci-dessous :

Tableau n° 5 : évolution du niveau de la rémunération d'un médecin au Burundi

Année	Points d'indice	Valeur indice	Salaire base fbu	Indemn. Logement	Total	% d'augm..	% d'inflation
2001	322	134	43.148	10.787	53.935		
2002	340	134	45.560	11.390	56.950	5,6%	6,6%
2003	358	134	47.972	11.993	59.965	5,3%	10,7%
2004	376	134	50.384	12.596	62.980	5,0%	8,3%

Devant l'hémorragie de personnel médical qu'a connu le pays ces dernières années, le Projet Santé et Population II, à l'aide d'un financement Banque Mondiale, a dû intervenir d'urgence avec des mesures compensatoires. Ce programme a été mis en vigueur de mai 2004 à mars 2005 avec une prolongation jusqu'en décembre 2005. Il prévoit le versement de primes mensuelles s'échelonnant de 100 dollars à 600 dollars selon le niveau. Malheureusement, le programme ne s'adresse qu'aux médecins professeurs de la faculté de médecine et ne règle donc en rien le problème auquel est confronté l'ensemble du réseau de la santé. On risque de conserver les professeurs au pays, mais ils vont former des nouveaux médecins qui vont quitter le pays aussitôt leur diplôme en poche.

1.3.5. Le financement du secteur de la santé

A part le financement des soins direct par l'Etat et ses partenaires, et le recouvrement des coûts, il y a d'autres initiatives alternatives de financement utilisées, tentées ou en projet ici et là dans le pays. Cette analyse vise à évaluer les potentiels et contraintes des initiatives les plus prometteuses. Il s'agit de la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP), la mutuelle proposée pour le secteur privé structuré et calquée sur celle de la Fonction Publique, et les projets de mutuelles de santé communautaires (MS).

¹⁴ Selon les statistiques de l'ISTEEBU et les grilles de la Direction de la Gestion des Traitements du MFP.

1.3.5.1 L'assurance maladie obligatoire dans le secteur public

La plus ancienne des initiatives alternatives de financement des soins a été celle de la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP), qui a été mise en place en 1980. Il est évident que la MFP est une assurance maladie de caractère obligatoire, eu égard à sa mise en place par l'Etat, à ses objectifs et surtout à son affiliation obligée, bien que la gestion soit autonome.

La MFP a été créée par le décret no. 100/107 du 27 juin 1980 pour la prise en charge des soins de santé des agents publics et assimilés, et elle couvre environ 10% de la population. La source principale de financement est les cotisations réparties entre l'employeur (l'Etat, en l'occurrence) et l'affilié à raison de 6% pour l'employeur et 4% pour l'affilié. Les affiliés ne sont pas associés à la gestion de leur mutuelle.

La MFP assure la prise en charge de : 80% des actes médicaux, des hospitalisations et produits pharmaceutiques (mais 70% pour les produits de marques).

1.3.5.2. L'assurance maladie dans le secteur privé structuré

A l'opposé du secteur formel public, le secteur formel privé n'a pas de système d'assurance maladie *stricto sensu* : il y a une prise en charge par les employeurs mais il s'agit de paiements directs des factures auprès des prestataires. Depuis 1993, l'Association des Employeurs du Burundi (l'AEB), cherche à instaurer un système d'assurance calqué sur celui de la fonction publique. Une étude actuarielle sur ce sujet réalisée pour l'AEB à cette époque a été réactualisée en 2003, ce qui montre que cette question est toujours à l'ordre de jour.

1.3.5.3. L'assurance maladie dans le secteur privé informel

Des mutuelles de santé communautaires (MS) commencent à voir le jour dans quelques provinces mais ces initiatives sont toujours à l'état embryonnaire ou en projet, donc n'ont pas encore des résultats pour faciliter une évaluation mais l'on pourrait évaluer au moins les conditions de leur implantation dans le pays et de leur potentiel selon que ces conditions existent ou non.

Il convient quand même de noter que le faible pouvoir d'achat des populations aujourd'hui et le niveau très élevé de l'indigence suite à la crise auront un impact adverse sur les taux d'adhésions aux mutuelles dans le futur immédiat et la capacité de ces MS à prendre en charge des soins au delà du niveau des CdS.

1.3.5.4. Structure de financement du secteur santé

La figure n° 4 à la page 29 montre que la structure de financement de la santé au Burundi pourrait être résumé comme suit : La majeure partie de la population (appartenant aux secteurs ruraux et informels) dépend des prestataires publics pour les besoins de soins de santé, pour lesquels ils doivent payer directement (le système prédominant de paiement). Les prestataires privés sont moins sollicités par ces populations à cause de leur concentration dans les villes et leurs tarifs de soins relativement élevés.

Une partie infime de la population burundaise bénéficie soit d'un mécanisme de solidarité (Assurance maladie pour le secteur public), soit d'une prise en charge directe par l'employeur (pour le secteur privé structuré), pour faire face à leurs dépenses en soins de santé.

Le Gouvernement devrait assurer les investissements dans les structures de santé, les salaires du personnel et les médicaments, mais il arrive difficilement à le faire, faute de ressources suffisantes. Le Gouvernement reçoit des aides auprès des partenaires au développement pour financer ces dépenses publiques.

Cette structure de financement des soins n'est pas efficace dans la mesure où cela conduit à des problèmes à différents niveaux :

Au niveau des populations :

- difficultés d'accès aux soins de santé liées aux tarifs élevés des soins et au faible pouvoir d'achat surtout pour les populations rurales et des zones urbaines du secteur informel (les populations non assurées ou qui n'ont aucun mécanisme de solidarité permettant un partage des coûts dans ce domaine) ;
- les membres du secteur formel structuré (public et privé) sont les seuls qui bénéficient d'un accès financier plus ou moins satisfaisant aux soins de santé¹⁵ ;
- les populations n'ont plus confiance dans la Carte d'Assistance Médicale (CAM) qui était mise en place par le Gouvernement initialement pour permettre aux populations non assurées d'avoir un accès financier aux soins de santé. Cette carte est en voie de disparition dans la plupart du pays (au moins 5 provinces l'ont supprimée officiellement et les autres l'ont pratiquement abandonné suite aux quelques difficultés liées à son utilisation) ;
- la prise en charge des indigents est presque inexistante. En principe, ceux-ci ont droit aux soins gratuitement mais en réalité les communes qui sont sensées livrer les certificats d'exemption ne sont pas incitées à le faire, et elles ont tendance plutôt à refuser de le faire. Le manque d'incitation provient du fait que ces communes doivent assurer une partie (20%) des coûts de prestations offertes aux indigents qu'elles ont exemptés ;
- au niveau des structures publiques, la qualité des soins laisse à désirer suite notamment au manque de personnel qualifié et motivé et à l'indisponibilité des médicaments. Même si les structures privées ont une meilleure réputation pour la qualité des soins, celles-ci appliquent des tarifs encore plus élevés, et en plus elles sont concentrées surtout à Bujumbura et dans d'autres centres urbains.

Au niveau des structures de soins, les problèmes majeurs sont :

- l'insuffisance des médicaments par rapport aux besoins ;
- l'insuffisance du personnel compétent et motivé (salaires très bas) ;
- la qualité des soins insatisfaisante ;
- des tarifs des soins très bas par rapport aux coûts réels de production des soins (démonstré par des études) ;
- les arriérés des paiements des factures par les communes, le gouvernement et la mutuelle de la fonction publique (MFP) – parfois aussi non-paiements des factures pour les deux premiers ;
- les politiques de recouvrement des coûts au niveau de centres de santé et de mise en autonomie de gestion des hôpitaux ont conduit à de graves problèmes d'accès aux soins pour la majeure partie de la population.

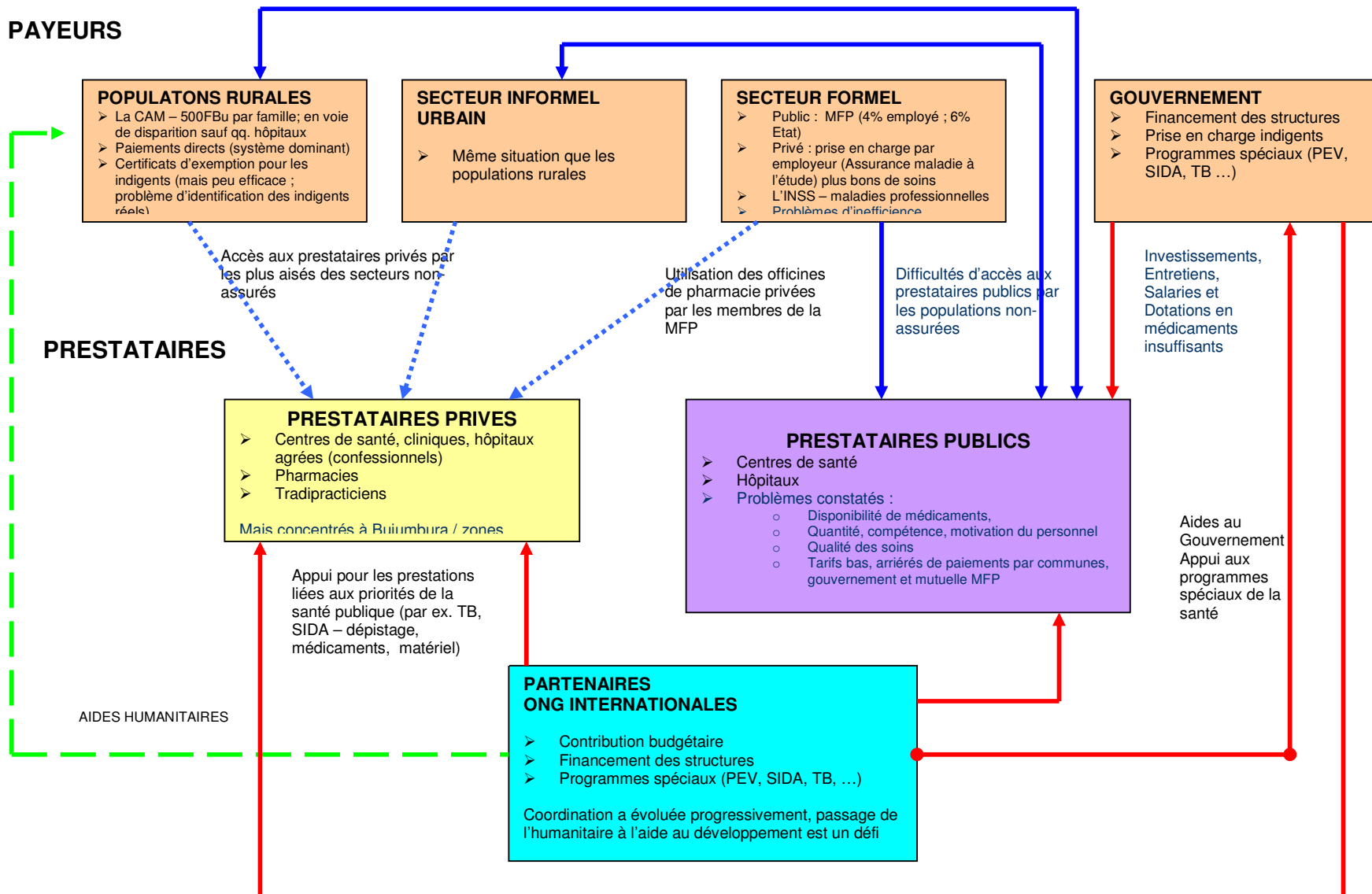
Au niveau de l'Etat, les problèmes constatés comprennent :

- un pourcentage des dépenses publiques consacrées à la santé très bas (<3%), par rapport à la moyenne africaine (8%) et la norme recommandée par l'OMS (15%) ;
- un niveau d'investissements, de salaires du personnel et de dotation des structures sanitaires en médicaments largement insuffisants ;
- le non-paiement ou paiement tardif des subventions aux structures de santé (par exemple : paiement des 80% des soins pour les indigents et pour les CAM utilisées dans les structures de soins).

¹⁵ Pour les travailleurs de ce secteur qui habitent dans les zones rurales et loin des grandes villes, cet accès est fortement diminué dans la mesure où les soins disponibles n'atteint pas les niveaux disponibles dans les grandes villes. Il y a aussi d'autres problèmes d'efficacité et d'équité associés à ces systèmes de prise en charge médicale au Burundi, comme on les verra plus tard.

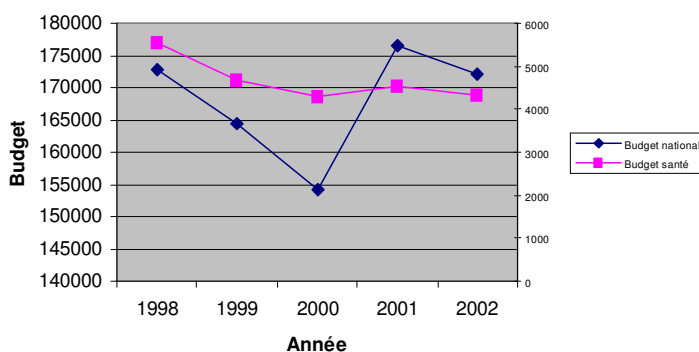
Figure n° 4 :

STRUCTURE DE FINANCEMENT ACTUEL DU SYSTEME SANITAIRE DU BURUNDI (d'après Chris Atim, août 2005)



Les ressources financières du secteur de la santé proviennent essentiellement des recettes fiscales de l'Etat et de l'aide extérieure. Le budget public de fonctionnement alloué à la santé par l'Etat est très faible (Figure n°3 : évolution du budget de fonctionnement du en US\$). Il est allé décroissant passant d'environ 5% (1992¹⁶) à 2,4% (2004) du budget global de l'Etat pour la période de 1992 à 2004.

Figure 5: Evolution du budget de fonctionnement du MSP par rapport au budget national



En chiffres absolus, ce niveau de dépense correspond à moins de 1 US\$ par an et par habitant. Rapportés à la norme de 15 % préconisés par l'OMS, ces chiffres démontrent à suffisance que les ressources financières allouées à ce secteur restent encore largement insuffisantes.

Tableau n° 6 : Répartition des financements en 2003 et 2004 en USD

Source	2003	%	2004	%
Aide Extérieure	43 180 210	92,2	42 315 765	89,6
ETAT	3 674 013	7,8	4 888 889	10,4
TOTAL	46 854 223	100,0	47 204 654	100,0

Du point de vue du volume global des ressources, les données disponibles indiquent que 46 854 223 \$US et 47 204 654 \$US respectivement ont été affectés au secteur santé, en 2003 et 2004. L'analyse de la clé de répartition démontre que **l'aide extérieure constitue l'essentiel de ce financement** et représente 92,2 % de l'ensemble des ressources en 2003 et 89,6 % en 2004 .

La contribution des populations au financement du secteur se manifeste à travers du système de recouvrement des coûts. Cependant, la multiplicité des dispositifs de tarifications et de recouvrement des coûts, l'absence d'une définition standard du rôle des comités de santé et/ou de gestion, l'exclusion financière d'au moins 20 % de la population de l'accès aux soins et services de santé, sont autant de questions qui devraient induire une recherche de mécanismes de financement novateurs (mutuelles de santé, forfaits de soins, paiement par épisode maladie, assurances maladies pour problèmes spécifiques...) en vue d'une réelle équité et d'une meilleure accessibilité des plus démunis aux soins.

Bien qu'encore modestes, les **financements privés dans le secteur de la santé sont en constante progression** : ils s'orientent principalement vers les structures sanitaires (cliniques, centres de santé, laboratoires médicaux, etc ...), les officines pharmaceutiques et les établissements de formation. Aujourd'hui, cette contribution reste difficile à chiffrer.

La structure du **budget de fonctionnement** indique que les dépenses salariales consomment 70% du Budget. Le **budget d'investissement** sert à réhabiliter et à équiper les formations sanitaires mais aussi à financer la contrepartie nationale aux projets financés par l'assistance extérieure. Ce budget est très faible, l'essentiel étant financé par l'aide en provenance de la coopération internationale bilatérale et/ou multilatérale. Au cours de

¹⁶ Ministère des Finances, lois des finances, 1992 - 2004
MINISTÈRE de la SANTE PUBLIQUE - BURUNDI PND 2006-2010

l'année 2004, le budget consacré à l'investissement représentait 6,7% du budget d'investissement total, avec une moyenne de 3,1% pour les dix dernières années.

En définitive, le financement du secteur de la santé est encore faible : non seulement il dépend en grande partie de l'aide extérieure, mais aussi il ne permet pas de répondre au principe d'équité. La couverture de la population par un régime d'assurance-maladie est très faible et les mécanismes d'assurance de la pérennité (décentralisation, participation des collectivités / société civile, implication du secteur privé et parapublic) insuffisamment développés. Le lien entre le faible niveau d'investissement public dans la santé et la faible perception de la liaison « Santé et Macroéconomie » semble relativement fort. Les faibles capacités gestionnaires et le manque d'outils pour une gestion efficiente et opérationnelle tels que les comptes nationaux de santé n'ont pas permis de maîtriser les différentes sources de financement, mais aussi et surtout, leur utilisation.

1.3.6. Politique nationale de santé

Depuis la fin des années 80, le Gouvernement a initié une série de réformes dans le secteur de la santé articulées autour de la décentralisation, la mise en autonomie de gestion des structures sanitaires, la mise en place de caisses d'assurance maladie, une meilleure accessibilité au médicament, la promotion des initiatives privées et de la participation communautaire à travers les comités de santé et les comités de gestion. Cependant, la crise socio-politique a constitué un important frein dans la mise en œuvre effective de ces réformes.

Au début du mois de juin 2004, le Forum National sur les Etats Généraux de la Santé organisé par le Gouvernement a permis l'élaboration d'une politique nationale de santé. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté dans une perspective de développement national à long terme et de contribution à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, à l'horizon 2015. Une Politique Nationale de Santé (PNS) articulée autour des orientations stratégiques ci-après a été validée :

- ❑ l'intensification des interventions de lutte contre les maladies ;
- ❑ la réduction de la mortalité maternelle ;
- ❑ la réduction de la mortalité infantile ;
- ❑ la réduction du taux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans et du jeune enfant ;
- ❑ l'accroissement de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé ;
- ❑ la mise en place d'un cadre légal, réglementaire et de régulation permettant d'initier et/ de renforcer la mise en œuvre des réformes sanitaires ;
- ❑ le renforcement des mécanismes de coordination et de gestion du système de santé ;
- ❑ le renforcement des mécanismes de réhabilitation, production, mobilisation et gestion des ressources ;
- ❑ le renforcement des capacités de production, mobilisation, gestion des ressources humaines pour une couverture effective et équitable ainsi qu'une stabilisation du personnel de santé ;
- ❑ le renforcement du système de financement de la santé ;
- ❑ le développement de la coordination intersectorielle.

La Politique Nationale de Santé vise la restructuration stratégique et organisationnelle du secteur, la maîtrise des interventions dans le secteur, la poursuite de la politique de décentralisation des responsabilités et des ressources et le renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux. Cette Politique Nationale de Santé constitue, désormais, le

texte de référence nationale pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de l'ensemble des interventions du secteur santé dans le pays.

En analysant la situation en général, les problématiques suivantes méritent une attention spéciale de la part des acteurs du secteur de la santé :

- un état de santé caractérisé par une forte morbi-mortalité dans la population en général, et chez les femmes et enfants en particulier ;
- un faible accès aux services de santé lié aux problèmes de disponibilité des soins de qualité et à une faible demande de services du fait des coûts élevés des prestations médicales mais aussi de l'absence de mécanismes de solidarité pour le secteur informel ;
- une faible performance du système national de santé due, à la fois, à la faiblesse des ressources humaines, techniques et financières. Les mauvaises performances d'autres secteurs parmi lesquels le faible niveau de scolarisation et les problèmes de sécurité alimentaire pèsent négativement sur le secteur de la santé ;
- une prise de conscience encore faible du lien entre la mauvaise santé et la pauvreté, un faible niveau de partenariat et de coordination pour la mobilisation et l'utilisation des ressources, une série de difficultés dans la mise en œuvre des réformes malgré la volonté politique.

Tous ces problèmes ont pour conséquence des décès prématurés ainsi qu'une mauvaise qualité de vie imputables à des facteurs comportementaux et environnementaux ainsi qu'aux maladies transmissibles et/ou non transmissibles.

1.4. PASSAGE DE L'URGENCE HUMANITAIRE AU DEVELOPPEMENT.

L'instabilité politique et l'insécurité ont marqué le Burundi depuis 1993 à ce jour avec de multiples déplacements des populations suite aux affrontements entre les groupes armés et l'armée nationale. La situation humanitaire a été dégradée et a ainsi fait augmenter la vulnérabilité de la population. Pendant que ces déplacés internes ont besoin d'assistance humanitaire, l'accessibilité à leur sites dans les différentes provinces a été longtemps rendue difficile par les contraintes de sécurité dues à la poursuite des combats dans presque toutes les provinces du Burundi entre les parties en conflit.

En juillet 2002, 281.628 déplacés sur 230 sites ont été recensés. Mais après l'intégration du CNDD/FDD en novembre 2003 au processus politique qui a facilité un retour des déplacés observé sur leurs collines d'origine suite au retour de la sécurité dans certaines provinces, en avril 2004, seulement 141.191 déplacés sur 182 sites ont été recensés.

La situation des réfugiés est restée aussi préoccupante. Plus de 800.000 burundais vivaient encore dans les pays voisins. Suite aux accords de partage de pouvoir signé en novembre 2003, un retour massif des 329 292 réfugiés vivant dans les camps en Tanzanie était attendu. Plus de la moitié d'entre eux sont déjà installés dans le pays. Notons par ailleurs qu'environ 30.000 réfugiés congolais ont trouvé asile sur le territoire burundais et reçoivent actuellement l'assistance du HCR.

La situation des urgences a été aussi marquée par la survenue régulière des épidémies causées par les maladies à potentiel épidémiques telles que le paludisme, la méningite, le choléra, etc... Pour cela, un système d'alerte précoce des principales maladies épidémiques est en cours d'installation dans toutes les provinces sanitaires.

Le processus de sortie de crise dans lequel se trouve actuellement engagé le Burundi explique la fragilité de son système de santé et la grande vulnérabilité de sa population. A court terme, l'aide humanitaire restera indispensable tant pour accompagner la période post conflit que pour permettre le redémarrage d'un développement soutenu par la reprise effective de la coopération.

1.5. DEFIS MAJEURS DU SECTEUR DE LA SANTE

Les défis majeurs auxquels le secteur devra faire face au cours des prochaines années peuvent ainsi être résumés :

Défis liés à l'état de santé des populations

- **Réduire l'importante charge de morbidité et de mortalité** liée aux maladies transmissibles et/ou non transmissibles ainsi qu'aux problèmes de santé de la reproduction.

Défis liés au fonctionnement et à la performance du système de santé

- **Augmenter l'accessibilité financière aux services** : Définir et mettre en œuvre une politique claire de financement de la santé qui devra permettre un accès effectif et permanent de la population dans son ensemble et, plus particulièrement, des catégories les plus vulnérables (les indigents) à des services et soins de santé de qualité.
- **Augmenter l'accessibilité géographique aux services** : adhérer aux normes de l'OMS en ce qui concerne le nombre d'habitants par CdS et par Hôpital. Cela implique la nouvelle construction d'à peu près 120 CdS et 6 à 7 hôpitaux de première référence pour tout le pays.
- **Augmenter l'acceptabilité des services pour utilisateur** : pour augmenter la qualité et la performance des services, plusieurs stratégies doivent être envisagés :
 - compléter l'équipement de base dans toutes les structures et aux besoins du PMA ;
 - assurer la réhabilitation des infrastructures vétustes et peu fonctionnelles ;
 - organiser un système d'amélioration et de contrôle de qualité des services par le biais des Secteurs Sanitaires par le renforcement et/ou la mise en application des systèmes suivants : la supervision technique compréhensive et intégrée, un monitoring mensuel sur base des IOV, la formation continue de tout le personnel de santé, et l'approvisionnement mensuel lié à l'organisation des stocks tampon pour les Médicaments Essentiels et autres consommables ;
 - améliorer la gestion des unités périphériques de soins en renforçant le système de co-gestion communautaire des CdS grâce à une assistance régulière du niveau de Secteur Sanitaire ;
 - renforcer la gestion des hôpitaux grâce à un appui technique et un suivi régulier des autorités du BPS, dans un respect pour l'autonomie (relative) de fonctionnement des hôpitaux dans un système intégré de soins de santé primaires.

- **Augmenter la disponibilité des ressources humaines qualifiées** : Mettre à la disposition du secteur de la santé, des effectifs de qualité et en nombre suffisant mais également des mécanismes appropriés pour leur fidélisation.
- **Remettre le ‘leadership’ du secteur de la santé dans les mains du MSP**, pour rendre le secteur de la santé plus apte à répondre aux besoins humanitaires engendrés par la crise et, en même temps, assurer son développement harmonieux. Pour cela il faudrait entre autre arrêter l’hémorragie de personnel de la fonction publique suite à une concurrence sauvage salariale par les ONG’s et autres intervenants.
- **Assurer une meilleure coordination** des multiples partenaires opérant dans le secteur.
- **Intégrer les structures privées** (pharmacies et structures de soins) dans le système de santé par des engagements (contrats) notamment liés à l’offre de soins et aux performances.

Défis liés aux déterminants de la santé

Parmi les facteurs de risque essentiels auxquels sont exposées les populations, certains sont en rapport avec leur style de vie et les comportements. D’autres sont liés à l’environnement : parmi ceux-ci, l’on note ceux directement liés à l’eau non potable, à l’assainissement, à la pollution atmosphérique, à la promiscuité en rapport avec l’habitat insalubre, etc... Tous ces facteurs sont en rapport avec la pauvreté et leurs causes ont une origine multisectorielle. Il faudra donc :

- développer un partenariat intersectoriel susceptible de contribuer à l’amélioration des indicateurs de santé (accès à l’eau potable et aux services nutritionnels de base, habitat décent, hygiène et assainissement, comportement favorable à la santé, ..) ;
- mettre en place une stratégie éducative privilégiant des interventions communautaires en vue de l’adoption de comportements favorables à la santé.

CHAPITRE 2 : PRIORITES DE SANTE.

2.1 OBJECTIFS GENERAUX.

En se référant aux documents de Politique Nationale de Santé, de Cadre Stratégique de relance de la Croissance économique et de Lutte contre la Pauvreté, sur le nouveau partenariat pour le Développement de l'Afrique : stratégies sanitaires, ainsi qu'aux objectifs de développement du Millénaire, quatre objectifs généraux ont été définis à savoir :

- réduire la mortalité maternelle et la mortalité néonatale ;
- réduire le taux de mortalité infantile et juvénile ;
- réduire la prévalence des maladies transmissibles et non transmissibles ;
- renforcer la performance du système national de santé.

2.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES ET STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE.

2.2.1. OBJECTIF GENERAL N°1 :

REDUIRE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE

OBJ.SPEC. 1.1. : Réduire de 30% le ratio de mortalité maternelle et de mortalité néonatale d'ici 2010.

Le Burundi fait face à une mortalité maternelle estimée à 855 pour 100.000 naissances vivantes et un taux de mortalité néonatale de 57 ‰ de naissances vivantes. La réduction de 30% de ce ratio va le faire passer de 855 à 578 pour 100.000 naissances vivantes.

Stratégie 1.1.1. : Amélioration de la disponibilité des services obstétricaux de qualité au niveau des centres de santé et des hôpitaux.

- **Renforcer les ressources humaines** : Le Ministère de la Santé Publique en collaboration avec les partenaires au développement assurera la formation de base des accoucheurs et accoucheuses qualifiés en nombre et en qualité suffisants (sage femmes, techniciens médicaux spécialiste en accouchement) et poursuivra les efforts pour la formation continue du personnel des maternités y compris les médecins.
- **Fournir de l'équipement essentiel** : Le Ministère de la Santé Publique en collaboration avec les partenaires fournira les équipements essentiels pour les soins obstétricaux de base.

Stratégie 1.1.2 : Amélioration de l'accessibilité aux services des soins obstétricaux.

- **Mettre en place un fonds de subvention des césariennes et des accouchements compliqués** : Le Ministère de la Santé Publique mettra en place un fonds de subvention des césariennes et des accouchements compliqués à travers un système de partage de coût.
- **Amplifier le système de référence – contre référence avec la possibilité d'évacuation d'urgence de la femme en travail** : Le Ministère de la Santé Publique poursuivra la mise en place d'un système de référence et contre référence fonctionnel qui permettra un transfert facilité de malades et une interactivité opérationnelle entre les structures et les prestataires à tous les niveaux. Un plaidoyer auprès des partenaires pour l'appui au système sera fait. Le MSP veillera à l'implication des autorités administratives locales et des communautés dans la gestion et le fonctionnement du système.

OBJ.SPEC. 1.2 : Réduire le taux de morbidité lié à la grossesse et à l'accouchement d'ici 2010.

Stratégies 1.2.1 : Amélioration de la qualité des consultations prénatales et post natales.

Le Ministère de la Santé Publique veillera à :

- renforcer la sensibilisation des communautés sur le bien fondé des CPN ;
- définir dans le PMA les critères de qualité et de contenu pour les CPN et CpoN ;
- renforcer les compétences du personnel en CPN et CpoN ;
- mettre à la disposition des prestataires du matériel de consultation et autres intrants

Stratégie 1.2.2 : Extension des activités de planification familiale à base communautaire.

Le Gouvernement fournira des efforts pour :

- renforcer la sensibilisation des communautés pour la planification familiale ;
- rendre disponible des contraceptifs au niveau des structures des soins et au niveau communautaire ;
- sensibiliser le personnel de santé à promouvoir activement l'utilisation des méthodes contraceptives.

Stratégies 1.2.3. : Prévention du paludisme chez les femmes enceintes.

Le Ministère de la Santé Publique à travers le Programme National de Santé de la Reproduction, veillera à :

- assurer la distribution des MII en faveur des femmes enceintes ;
- sensibiliser la communauté sur l'avantage de l'utilisation correcte des moustiquaires ;
- étudier en collaboration avec l'OMS les alternatives de traitement intermittent des femmes enceintes contre le paludisme.

Stratégies 1.2.4 : Réduction des grossesses chez les adolescentes.

Le Ministère de la Santé Publique à travers le Programme National de Santé de la Reproduction veillera à :

- mettre en place en collaboration avec ses partenaires des services de santé sexuelle et reproductive pour les jeunes et les adolescents dans les structures de soins existants ;
- promouvoir le développement d'associations assurant l'éducation sexuelle chez les jeunes scolarisés et non scolarisés ainsi que la prévention de la grossesse et des IST chez les adolescents ;
- impliquer les parents pour leur contribution effective à l'éducation sexuelle en vue de la prévention des grossesses non désirées et la morbidité y associée.

2.2.2. OBJECTIF GENERAL N° 2 :

REDUIRE LE TAUX DE MORBI-MORTALITE INFANTO JUVENILE

OBJ.SPEC. 2.1 : Atteindre et/ou maintenir le taux de couverture vaccinale à 85% d'ici 2010.

Stratégie 2.1.1 : Amélioration de la logistique du PEV.

Le Ministère de la Santé Publique à travers le Programme Elargi de Vaccination, en collaboration avec ses partenaires veillera à :

- l'approvisionnement régulier en vaccins et autres matériels de vaccination ;
- la disponibilité et la maintenance de la chaîne de froid à tous les niveaux (PEV, BPS, Secteur Sanitaire, Centre de Santé).

Stratégies 2.1.2 : Amélioration de la qualité de services du PEV.

La qualité des services du PEV devra être améliorée à travers :

- la mise en place d'un système de suivi et de contrôle de qualité des services de vaccination PEV ;
- l'amélioration de la qualité et de la fiabilité des données par un système d'information efficace et moderne.

Stratégies 2.1.3 : Renforcement des capacités du personnel.

Il sera assuré la formation / recyclage du personnel de santé à tous les niveaux sur le management du PEV. La supervision formative du personnel de santé à tous les niveaux sera renforcée.

Stratégies 2.1.4 : Intensification des activités de vaccination dans les Secteurs Sanitaires à faible couverture.

Le Ministère de la Santé Publique veillera à ce que tout enfant de 0 à 11 mois soit vacciné quel que soit l'endroit où il se trouve (Reach every child) notamment en veillant à :

- renforcer la sensibilisation de communautés par les responsables administratifs, religieux et les leaders des communautés en faveur du PEV ;
- organiser des stratégies avancées de vaccination ;
- organiser les campagnes de vaccination dans les secteurs à couverture basse.

OBJ.SPEC. 2.2 : Assurer de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME) dans toutes les structures de santé du pays d'ici fin 2010

Le Ministère de la Santé Publique en collaboration avec ses partenaires étendra l'Approche de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance dans 17 provinces (3 provinces par an les trois premières années et 4 par an les 2 dernières années).

Les principales actions de cette stratégie sont :

- former les prestataires et les communautés ;
- rendre disponible les kits PCIME dans toutes les structures de soins de base ;
- sensibiliser les communautés sur l'approche PCIME ;
- subventionner les soins curatifs aux enfants jusqu'à l'âge de cinq ans.

OBJ.SPEC. 2.3 : Réduire de 25% la prévalence de la malnutrition aiguë globale

L'objectif de réduire le taux de prévalence de la malnutrition aiguë globale de 25 % d'ici 2010 pourra être atteint grâce à une amélioration de la prise en charge des cas de malnutrition à tous les niveaux. Une approche intégrée est essentielle pour atteindre cet objectif. (Voir point suivant).

2.2.3. OBJECTIF GENERAL N° 3 :

REDUIRE LA PREVALENCE DES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES.

Pour atteindre cet objectif, qui couvre un terrain très vaste, le MSP va augmenter les efforts d'intégration des activités de lutte contre ces maladies via une approche horizontale et intégrée au premier niveau des soins « horizontalisation », ceci étant un aspect d'une approche sectorielle (AS - Approche Sectorielle ou « SWAp - Sector-Wide Approach ») que le ministère veut adopter. L'expérience dans plusieurs autres pays a montré que cette approche donne la meilleure garantie de résultats durables à moindre coût, surtout aussi quand cette approche va de pair avec une augmentation substantielle de la qualité des services (voir objectif général n° 4).

Cette intégration va bénéficier également à la lutte contre les maladies à potentiel épidémique (notamment le choléra, la dysenterie bacillaire, et la méningite) ou parasitaire (onchocercose, bilharziose), aussi bien que les maladies non transmissibles comme les maladies mentales, les maladies cardio-vasculaires, le cancer, la cataracte, le diabète, les affections bucco-dentaires, au tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie, etc.

Pour trois maladies qui présentent des caractéristiques spécifiques et de gravité, et qui contribuent substantiellement dans la mortalité au Burundi, des aspects objectifs spécifiques restent néanmoins indiqués en plus de l'approche intégrée.

OBJ.SPEC. 3.1 : Réduire de 25% le taux d'incidence du paludisme d'ici 2010.

Stratégie 3.1.1 : Renforcement des mesures de prévention du paludisme.

Le Ministère de la santé Publique veillera à :

- promouvoir, en collaboration avec les partenaires, l'utilisation correcte de la MII surtout pour les groupes les plus vulnérables ;
- promouvoir des mesures d'hygiène et de salubrité de l'environnement en collaboration avec d'autres secteurs dans la lutte anti-vectorielle par l'amélioration de l'assainissement du milieu (Ministère de l'Agriculture, les SETEMU, les administrations municipales, le Ministère de l'Intérieur etc...) ;
- promouvoir les activités de recherche opérationnelle sur l'efficacité des insecticides pour la prévention et sur la chimio-prophylaxie chez la femme enceinte.

Stratégie 3.1.2 : Amélioration de la prise en charge des cas de paludisme dans les structures de soins et au niveau communautaire

Le MSP avec ses partenaires veillera à :

- garantir l'accessibilité pour tous aux ME pour l'application de la politique de traitement avec les médicaments les plus efficaces à un coût abordable ;
- renforcer la capacité du personnel en ce qui concerne le diagnostique et la prise en charge correcte conformément à la politique nationale ;
- étudier la Pharmacovigilance et l'efficacité des combinaisons thérapeutiques ;
- impliquer le secteur privé dans l'application du protocole de traitement du paludisme selon la politique nationale en vigueur.

OBJ.SPEC. 3.2 : D'ici 2010, inverser la tendance épidémiologique du VIH/SIDA

Stratégies 3.2.1 : Intensification des activités préventives

- Changement des comportements à risque chez les personnes âgées de 15-49 ans.
Le changement des comportements à risque se réalisera par le renforcement de la communication pour le changement de comportements, la multiplication des centres de dépistage volontaire ainsi que la promotion de l'utilisation du préservatif au sein des groupes vulnérables. Le préservatif sera démedicalisé, il devra être disponible partout dans le petit commerce et dans d'autres circuits parallèles.
- Minimisation des risques de transmission du VIH par voie sanguine.
Les risques de transmission du VIH par voie transfusionnelle et par exposition au sang seront combattus par un renforcement des centres de transfusion sanguine.
- La prévention du VIH/SIDA par l'amélioration de la prise en charge correcte des IST.
Le Ministère de la Santé Publique (MSP) en collaboration avec les partenaires renforcera les capacités des structures de soins à prendre en charge les IST à travers la formation du personnel, l'équipement, la disponibilité des médicaments et des réactifs de laboratoire.

- La prévention de la transmission du VIH/SIDA en cas de violences sexuelles.
L'unité sectorielle en collaboration avec le PNSR procèdera à la formation du personnel et à la mise à la disposition des victimes de violences sexuelles un kit de prise en charge des cas.
- Le renforcement du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME).
Le Ministère de la Santé Publique à travers l'Unité Sectorielle de lutte contre le Sida et le PNSR renforcera les structures de dépistage volontaire du VIH chez la femme enceinte en CPN et chez le partenaire sexuel. Il fera également la promotion du dépistage systématique et d'une prise en charge correcte des IST chez les femmes enceintes en CPN, le traitement par les ARV, la promotion des pratiques obstétricales saines lors de l'accouchement ainsi que l'élaboration d'une politique d'alimentation et de nutrition du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH/SIDA. En collaboration avec le Conseil National de Lutte Contre le SIDA, les centres PTME seront renforcés et leur nombre augmenté.

Stratégie 3.2.2 : L'amélioration de la prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH.

Le Ministère de la Santé Publique en collaboration avec les partenaires assurera la prise en charge des infections opportunistes, le renforcement des soins à domicile, le traitement par les ARV, le suivi correct des patients sous ARV et le renforcement des équipes de prise en charge psychosociale.

Stratégie 3.2.3 : Le renforcement du système de surveillance épidémiologique du VIH/SIDA/IST.

L'amélioration des performances du système de surveillance épidémiologique du VIH/SIDA/IST se réalisera par :

- le renforcement des sites sentinelles ;
- la réalisation des enquêtes de séro-prévalence et socio-comportementale.

OBJ.SPEC. 3.3. : Augmenter le taux de détection de la Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive (TPM+) de 45% à 70%, et le taux de guérison de 36% à 85% d'ici 2010.

Stratégie 3.3.1 : Amélioration des activités de dépistage des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive.

Cette amélioration se traduira par :

- le renforcement des activités de sensibilisation à tous les niveaux en faveur du dépistage ;
- le renforcement des capacités des structures de soins pour le dépistage de la tuberculose.

Stratégie 3.3.2 : Amélioration du taux de guérison des malades dépistés.

Elle se fera par :

- le renforcement de la mise en œuvre de la stratégie DOTS, le suivi régulier des malades sous traitement et la prévention et la récupération des abandons ;
- le renforcement de la prise en charge de la co-infection TB/VIH.

2.2.4. OBJECTIF GENERAL N°4 :

RENFORCER LA PERFORMANCE DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE.

La crise socio-économique a sensiblement réduit l'accès aux services de santé en partie dû à la pauvreté de la population et à la baisse de la qualité de soins. Afin de rétablir la confiance de la population dans les services de santé offerts par le réseau du MSP, les objectifs spécifiques suivants sont à poursuivre pour que **la qualité de soins** augmente:

OBJ.SPEC. 4.1 : Augmenter la disponibilité et la qualité du personnel de santé d'ici 2010.

Stratégies 4.1.1 : Elaboration et mise en œuvre d'une politique de développement des ressources humaines.

Le MSP élaborera une politique de développement des ressources humaines tenant compte des besoins prioritaires du pays par :

- l'augmentation de la capacité nationale de production ;
- la mise d'un accent particulier sur la programmation (via le financement des bourses de formation) et la création des filières inexistantes ;
- la réforme du secteur de formation paramédicale pour améliorer la qualité de la formation ;
- le développement pour le court et le moyen terme d'une approche contractuelle, mettant à contribution des experts spécialistes formateurs, en mettant un accent particulier sur les compétences chirurgicales et obstétricales.

Stratégie 4.1.2 : Mise en place des mécanismes de stabilisation et de motivation du personnel de santé.

Le MSP en collaboration avec ses partenaires mettra en place un système de motivation basé sur les performances et améliorera les conditions de vie et de travail du personnel soignant en mettant un accent particulier sur les régions les plus défavorisées. Le MSP procédera à :

- l'élaboration d'une nouvelle politique de rémunération reposant sur des bases modernes afin de corriger les effets pervers du système actuel ;
- l'instauration d'un système de motivation basée sur la performance et l'éloignement ;
- l'élaboration d'un statut particulier pour le personnel de santé, et la mise en place d'un dialogue avec les partenaires et les bailleurs sur des normes de rémunération pour tout personnel contractuel national dans le secteur de la santé ;
- l'amélioration des conditions de travail (logement, plateau technique, transport) ;
- la création d'une mutuelle complémentaire pour le personnel de santé et leurs ayants droits.

Stratégie 4.1.3 : Amélioration de la gestion des ressources humaines

Le MSP mettra en place une Direction des Ressources Humaines avec un service de dotation, un service de formation, un service de rémunération, un service relation avec le personnel et un service d'hygiène et de sécurité du travail. Cette direction de ressources humaines veillera à :

- organiser une base de données sur les ressources humaines pour une meilleure gestion et une planification ;
- élaborer une stratégie de redéploiement pour une répartition équitable ;
- élaborer et appliquer un plan de carrière du personnel de santé ;
- rendre opérationnel le cadre de formation initiale et continue du personnel (INSP) ;
- élaborer un plan de formation continue décentralisé pour certaines catégories de personnel y compris la formation en compétences chirurgicales.

OBJ.SPEC. 4.2 : Amélioration de la couverture géographique d'ici fin 2010.

Stratégies 4.2.1 : Construction et Réhabilitation des infrastructures de santé.

Le MSP devra élaborer un plan de développement des infrastructures sanitaires dans un respect des normes sanitaires de l'OMS, et en donnant priorité aux zones défavorisées.

Stratégie 4.2.2 : Amélioration des équipements des infrastructures sanitaires.

Le MSP devra procéder à un inventaire exhaustif des équipements existants et à l'identification des besoins par rapport aux normes (le PMA complet dans toutes les structures) et élaborera un plan d'équipement par ordre des priorités.

Stratégies 4.2.3 : Mise en place des mécanismes de gestion des infrastructures et équipements.

Le MSP devra remettre en place un système de suivi intégré et décentralisé au niveau des Secteurs Sanitaires (pour les CdS) et des BPS (pour les hôpitaux) pour la gestion des infrastructures et des équipements. Elle cherchera à mettre en place une structure indépendante spécialisée pour l'acquisition, l'entretien et la maintenance des infrastructures et équipements ayant des antennes régionales.

OBJ.SPEC. 4.3. : Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels et autres consommables dans toutes les formations sanitaires du Pays.

Stratégie 4.3.1. : Législation et réglementation du secteur pharmaceutique.

Le MSP veillera à :

- l'adoption et à l'application des textes législatifs et réglementaires de la Politique Pharmaceutique Nationale et du Plan Directeur Pharmaceutique National ;
- un renforcement de la lutte contre le marché illicite des médicaments ;
- la mise en place d'un laboratoire de contrôle de qualité des médicaments essentiels.

Stratégie 4.3.2. : La promotion de l'industrie pharmaceutique locale.

L'Etat encouragera et facilitera la création d'initiatives privées dans l'investissement pour la production locale des médicaments essentiels de qualité y compris le médicament traditionnel.

Stratégie 4.3.3. : Amélioration de l'accessibilité géographique et financière aux médicaments essentiels de qualité.

Le Ministère de la Santé Publique améliorera l'accès aux médicaments essentiels en particulier aux personnes vulnérables sur le plan socio économique à travers :

- l'accroissement du budget national alloué à l'achat des médicaments essentiels ;
- la mise en place des mécanismes de subvention du médicament pour les plus pauvres ;
- le renforcement du système de gestion, d'approvisionnement et de distribution des médicaments de qualité, du matériel et des réactifs en instaurant progressivement des 'stocks tampon' au niveau de chaque Secteur Sanitaire ;
- la dotation à la CAMEBU d'un statut permettant son autonomie réelle de gestion et de fonctionnement ;
- l'amélioration de la coordination au niveau des Secteurs Sanitaires des activités des partenaires dans le domaine des médicaments ;

- le développement d'une politique de mobilisation communautaire et de partage de coûts du médicament ;
- l'encouragement de l'implantation des pharmacies communautaires.

Stratégie 4.3.4. : La promotion de l'usage rationnel des médicaments.

Le Ministère de la Santé Publique renforcera la formation des prestataires et la sensibilisation des bénéficiaires respectivement dans la prescription et l'utilisation des médicaments.

OBJ.SPEC. 4.4. : Augmenter les ressources financières nécessaires et en améliorer l'efficience allocataire et technique ainsi que l'équité d'ici 2010.

Stratégie 4.4.1. : Augmentation du budget national alloué au secteur santé.

Le MSP fera un plaidoyer assez soutenu auprès de l'Etat pour un accroissement progressif jusqu'à 15% du budget national alloué au secteur de la santé.

Stratégie 4.4.2. : Recherche des fonds additionnels et complémentaires.

Le MSP identifiera des alternatives de financement auprès des communautés, du secteur privé et des partenaires au développement de la santé.

Stratégie 4.4.3 : Amélioration de la gestion des ressources financières disponibles.

Le MSP veillera à la répartition et utilisation rationnelle du budget à travers la mise en place des comptes nationaux de la santé, à un bon équilibre dans les allocations financières entre le préventif et le curatif et une bonne répartition des ressources entre les zones urbaines et les zones rurales/ niveau périphérique.

Stratégie 4.4.4 : Amélioration de l'accessibilité financière pour tous et aux plus démunis en particulier.

Le MSP étudiera les différents systèmes de financement de soins, et appliquera progressivement des systèmes qui sont les plus équitables possibles avec une redistribution sociale (paiement par épisode maladie, mutuelles communautaires, mutuelles spécifiques pour certains groupes socio-économiques et/ou de traitements). Un système d'identification objectivable des indigents sera élaboré en collaboration étroite avec les autorités locales et les comités de santé. Leur accès financier aux soins sera garanti à travers un système de soins subventionnés basé sur la solidarité nationale.

OBJ.SPEC. 4.5. : Améliorer la qualité des services et du système de santé.

Stratégie 4.5.1 : Appui aux réformes du secteur de la santé pour qu'on arrive à une gestion de qualité totale.

Le MSP veillera à appuyer une réforme organisationnelle au niveau des BPS et des Secteurs Sanitaires pour renforcer la gestion et l'appui technique aux Hôpitaux et aux CdS.

- Les BPS auront comme responsabilité spécifique l'appui intégral aux hôpitaux de leur province, tout en respectant leur responsabilité décentralisée dans les décisions internes de fonctionnement en ligne avec la politique nationale. En plus, ils auront à appuyer et à guider les équipes de gestion de chaque secteur de la province. Les BPS veilleront à une incorporation des hôpitaux dans un système intégré de soins de santé primaires au niveau de chaque secteur sanitaire.
- Au niveau de chaque Secteur Sanitaire on organisera progressivement des équipes de gestion (5 à 8 personnes au maximum) du secteur, avec les responsabilités suivantes :

- une supervision globale, technique et intégrée de toutes les activités en relation avec le PMA dans chaque CdS une fois par mois ;
 - un suivi mensuel des indicateurs sanitaires avec une attention particulière pour la fiabilité des données ;
 - l'organisation et l'exécution d'un système de formation continue pour tout le personnel sanitaire des CdS et pour les CoSa et CoGes ;
 - l'appui au bon fonctionnement d'un système de référence et contre référence ;
 - la gestion directe du système d'approvisionnement mensuel en évitant toutes ruptures de stock (grâce à un stock tampon au niveau du secteur sanitaire) ;
 - l'appui à l'installation et au fonctionnement des systèmes de Mutuelles de Santé (sur base communautaire ou autre) ;
 - l'appui au système de Participation Communautaire et à la Co-Gestion des CdS via les CodeSa ;
 - une participation active dans la supervision de l'hôpital du secteur par le BPS pour favoriser l'intégration des soins de santé primaires (lien hôpital - CdS).
- Pour l'ensemble de ces tâches, chaque équipe de gestion d'un Secteur Sanitaire sera dotée d'équipements (voitures, ordinateurs, ...) et des fonds de fonctionnement nécessaires.

Stratégie 4.5.2 : Renforcement de l'efficacité des programmes et services de santé

Le ministère de la santé publique veillera au bon fonctionnement des services du niveau central et provincial afin d'assurer le suivi et l'évaluation du PNDS, la promotion de la santé en général et la communication effective entre le niveau central et provincial.

Le niveau central du MSP veillera à :

- appuyer les services nationaux spécifiques (EPISTAT, IEC et autres) ;
- définir les normes et stratégies pour toutes les activités du PMA à tous les niveaux ;
- élaborer des normes et des guides sur les techniques de supervision, de gestion de médicaments, de participation communautaire, du système de référence et contre référence, de l'identification des indigents, et autres si nécessaire ;
- organiser tous les deux mois une supervision globale, technique et intégrée à chaque BPS (voir aussi page 51 : la mise en œuvre du PNDS) ;
- appuyer les équipes du BPS dans les supervisions des hôpitaux et (via le BPS) les équipes cadres des secteurs sanitaires dans les supervisions des CdS ;
- élaborer une politique et un plan de développement de la recherche.

OBJ.SPEC. 4.6. : Renforcer les capacités du Ministère dans son rôle de coordination et de pilotage

Stratégie 4.6.1. : Coordination de tous les partenaires du secteur public et privé, des intervenants intérieurs et extérieurs

La Direction Générale de la Santé Publique mettra en place une structure opérationnelle de coordination des intervenants au sein de la Direction Générale de la Santé Publique .

Stratégie 4.6.2 : Mise en place d'ici 2010 d'un système fonctionnel de réponse aux urgences et catastrophes

Un service de réponse aux urgences et catastrophes sera mis en place pour faire face aux épidémies, aux catastrophes naturelles ou accidents collectifs. Ce service travaillera en étroite collaboration avec des services et d'autres secteurs impliqués notamment la sécurité publique.

CHAPITRE 3 : ESTIMATION DES BUDGETS.

L'exercice d'estimer les besoins budgétaires pour la mise en oeuvre d'un vaste programme comme le PNDS avec des objectifs assez ambitieux est comme une équation à plusieurs inconnus. En effet, les besoins sont énormes, les moyens sont toujours insuffisants, et l'évolution économique du pays lui-même dépend de plusieurs paramètres. La capacité d'absorption des services n'est pas illimitée, et l'évolution de cette capacité d'absorption dans le temps dépend de beaucoup de facteurs qui ne sont pas toujours prévisibles.

3.1. Estimation budgétaire partant des besoins réels

Une estimation des budgets partant des besoins réels pour atteindre les objectifs définis a été faite et a abouti à des chiffres qui incitent à des commentaires suivants : soit les chiffres mentionnés ne montrent pas un sens de réalisme, soit ils n'entrent pas dans un cadre macro-économique.

Compte tenu de ces difficultés le MSP, appuyé par l'OMS, a commandé une étude « Plan de financement du PNDS du Burundi 2006-2010 ». Le consultant, expert en économie de la santé, s'est basé sur les informations qui lui ont été fournies par une équipe du MSP, et sur des données macro-économiques du pays. Dans son rapport final d'août 2005, le consultant a proposé deux scénarios pour les besoins de financement du PNDS: un scénario de base et un scénario optimal. Voici dans les tableaux 7 et 8 les montants préconisés en US \$ (montants arrondis) :

Tableau n° 7 : coût pour la mise en oeuvre du PNDS, scénario de base

coût total	scénario	2006	2007	2008	2009	2010	total 5 ans	
	de base	62 500 000	71 000 000	81 500 000	98 000 000	106 500 000	419 500 000	
	investissements	41 000 000	45 000 000	49 300 000	54 000 000	59 000 000	248 300 000	
	ressources humaines	4 360 000	4 770 000	5 250 000	5 720 000	6 260 000	26 360 000	
	fonctionnement	900 000	985 000	1 080 000	1 200 000	1 300 000	5 465 000	
	formations	pas de données fournies						
	ME et produits+PEV	1 230 000	1 400 000	2 900 000	5 300 000	5 400 000	16 230 000	
	objectifs PNDS	1 650 000	2 000 000	2 400 000	2 850 000	3 450 000	12 350 000	
	accès fin.+géogr.	13 250 000	16 500 000	20 000 000	29 000 000	32 050 000	110 800 000	
	population (croiss. 2,8%)	7,2	7,4	7,6	7,8	8,0	en millions	
	dépense/hab/an	8,68	9,59	10,72	12,56	13,31		

Tableau n° 8 : coût pour la mise en oeuvre du PNDS, scénario optimal

coût total	scénario	2006	2007	2008	2009	2010	total 5 ans	
	optimal	82 900 000	93 650 000	106 800 000	151 500 000	196 500 000	631 350 000	
	investissements	41 000 000	45 000 000	49 300 000	66 100 000	89 000 000	290 400 000	
	ressources humaines	15 000 000	17 700 000	20 000 000	21 600 000	23 000 000	97 300 000	
	fonctionnement	900 000	985 000	1 080 000	1 200 000	1 300 000	5 465 000	
	formations	pas de données fournies						
	ME et produits+PEV	10 900 000	11 200 000	12 850 000	15 500 000	15 600 000	66 050 000	
	objectifs PNDS	1 650 000	2 000 000	2 400 000	2 850 000	3 450 000	12 350 000	
	accès fin.+géogr.	13 250 000	16 500 000	20 700 000	44 500 000	64 500 000	159 450 000	
	population (croiss. 2,8%)	7,2	7,4	7,6	7,8	8,0	en millions	
	dépense/hab/an	11,51	12,66	14,05	19,42	24,56		

Dans ses scénarios, le consultant prévoit d'aller d'une dépense publique actuelle pour la santé (y inclus les budgets des partenaires et des mutuelles) d'à peu près 7,6 US \$ par habitant par an (estimation 2005) jusqu'à 13,3 (scénario de base) ou presque 25 US\$ (scénario optimal) par habitant par an (ce dernier chiffre étant la moyenne de l'Afrique Sub-Saharienne – voir tableau n° 9).

Sans mettre en doute la valeur de ces prévisions, une réalité macro-économique et politique doit nous faire réfléchir : est-ce réaliste ? Est-ce réalisable ?

Le tableau suivant essaie de mettre en perspective la valeur et la relativité des chiffres et il pourrait servir comme référence dans leur interprétation.

Tableau n° 9 : lien entre le revenu moyen, la mortalité infantile et les dépenses sanitaires.

région géographique	revenu moyen par habitant par jour (2005)	mortalité infantile moyenne 2003	PNB par habitant 2003 (PPP)	dépenses santé sect. Public (2000)	dépenses santé sect. Privé (2000)	dépenses totale santé (2000)	rapport PNB/dép. santé
pays riches	60	0,6	28500	1700	500	2200	12,95
europe de l'est	11	4,1	7500	450	150	600	12,50
Amérique latine	8	3,2	7000	300	150	450	15,56
l'Asie du sud	5	9,2	2740	50	50	100	27,40
afrique subsah.	1	18	1750	25	25	50	35,00
burundi	?	19	612	8	8	16	38,25

- source : UNDP-human development report 2005.
- les chiffres sont des moyennes estimées et indiquent l'ordre de grandeur comparative.
- le PNB est mentionné en PPP : en parité de pouvoir d'achat
- dépenses secteur privé : y inclus 'out of pocket' paiement
- les chiffres monétaires sont exprimés en US \$

Il faut noter que ces chiffres sont des estimations : d'autres chiffres existent dans des publications avec des déviations allant jusqu'à plus ou moins 15 à 20% , mais les grandes lignes comparatives sont bien claires.

La relation entre le PNB et la mortalité infantile est frappante : cela met en évidence aussi les limites du secteur de la santé à lui seul pour arriver aux objectifs mentionnés dans ce plan national de développement sanitaire. Dans cette logique, le PNB du Burundi devrait au moins tripler dans les années à venir pour arriver à diminuer la mortalité infantile d'une façon significative.

3.2. Estimation budgétaire partant du budget et des nécessités urgentes pour 2006.

Une autre approche - plus pragmatique - pour estimer les budgets nécessaires pour la mise en œuvre du PNDS est celle qui part de la réalité des budgets actuels. A partir des besoins urgents à financer et en fonction des objectifs du PNDS, on estime les budgets pour 2006. Ce budget alors est pris comme base pour estimer une augmentation année par année qui peut paraître réaliste et réalisable ; de cette façon des limites budgétaires seront estimées pour élaborer année par année les plans d'action en vue de la réalisation des objectifs du PNDS.

Avec les données partielles dont dispose le MSP en ce qui concerne les budgets réellement dépensés par l'ensemble des partenaires, le tableau n° 10 donne une estimation (montants en FBU) des besoins urgents à prévoir pour l'année 2006 – sauf pour le point 7 qui lui mentionne une estimation pour les 5 ans à venir du PNDS :

Tableau n° 10 : les besoins budgétaires urgents pour 2006.

1. Les besoins en médicaments essentiels, médicaments et produits spécifiques	couvert par le budget MSP (en FBU)	couverture connue par partenaires	couverture pas identifiée par partenaires
a) médicaments ess. pour CdS et hôpitaux	700 000 000	2 240 000 000	5 733 000 000
b) stock tampon au niveau des Secteurs de Santé	0	0	4 336 500 000
c) produits et consommables médicaux pr. CdS/hôp.	93 000 000	1 156 500 000	2 592 000 000
d) antimalariens spécifiques (amodiaq. + artesunate)	0	3 024 000 000	0
e) moustiquaires imprégnées d'insecticides	0	1 012 183 200	1 012 183 200
f) médicaments ARV pour VIH/SIDA	70 000 000	4 431 875 000	0
g) besoins en vaccins	0	2 948 300 000	1 300 000 000
h) besoins en médicaments anti-tuberculeux	45 750 000	918 750 000	0
i) besoins en contraceptifs et préservatifs	7 000 000	3 507 840 000	383 600 000
2. Besoins pour le volet social et humanitaire du PNDS			
a) prise en charge des urgences obstétricales (y compris primes ciblées et équipements)	0	0	1 529 640 000
b) prise en charge des soins aux indigents (inclus CAM)	300 000 000	1 050 000 000	0
c) subventionnement des soins aux enfants < 5 ans	0	0	1 102 500 000
d) prise en charge des soins obstétricaux aux CdS (y compris primes ciblées, équipem. et petite réhabilitation)	0	0	4 667 670 000
3. Début d'un renforcement de performance du syst. national de santé (niv. central et prov.)	0	0	626 010 000
4. Fonctionnement des programmes verticaux			
a) PNLT - lutte contre la tuberculose	9 000 000	0	0
b) VIH/SIDA: prise en charge - soins à domicile	48 808 763	140 175 000	398 646 409
c) Maladies transmiss. et carent. / santé enf. et adolesc.	57 497 140	427 875 000	0
d) syst. de réf.et contre-réf.;maternité à moindre risque	0	353 902 500	0
e) endemo-épidémies - surveillance mal. transmissibles	79 907 100	253 050 000	0
f) urgences et actions humanitaires	0	283 500 000	2 341 500 000
g) promotion de la santé - éducation et hygiène	43 180 000	200 000 000	0
h) organisation des services de santé (OMS)	0	415 275 000	341 460 000
i) PEV - immunisation	33 261 200	641 025 000	0
j) maladies chroniques et non transmissibles (incl. mentales)	0	63 000 000	0
k) PNSR - santé et reproduction	48 399 591	0	39 646 481
5. Fonctionnement des services du MSP			
a) coût régulier du personnel	2 072 437 711	0	0
b) fonctionnement du niveau central	217 448 000	0	0
c) fonctionnement du niveau périphérique (BPS)	30 211 982	0	139 788 018
d) hôpitaux nationaux (CPLR - HPRC)	365 884 114	0	0
e) instituts nationaux (Camebu - CNPK - CTS - INSP)	1 524 903 725	0	0
f) hôpitaux périphériques	681 237 032	0	531 140 344
6. Besoins en formation et encadrement du personnel			
a) formation, encadrement - formation continue et dyscont.	0	0	1 039 815 000
b) primes professeurs et enseignants écoles paramédic.	0	0	346 500 000
subtotal:	6 427 926 358	23 067 250 700	28 461 599 452
7. Autres besoins à prévoir pour le financement des cinq années du PNDS			
a) primes pour personnel (autres que sous 2.a, 2.d, 3)	à valoriser pour 5 ans: ± 35.000.000.000		
b) constructions et réhabilitations (autres que sous 2.d)	à valoriser pour 5 ans: ± 50.000.000.000		
c) besoins en équip. et matériel (autre que sous 2.a, 2.d)	à valoriser pour 5 ans: ± 25.000.000.000		

On estime qu'une grande partie des montants mentionnés sous « couverture pas identifiée par les partenaires » est en réalité couverte : comme nous ne disposons pas des chiffres budgétaires spécifiques pour leur interventions nous n'avons pas inclus les chiffres des organismes et ONG's comme DFID, USAID, MSF, ECHO, GVC etc. Pour 2006, on estime qu'à peu près 10.000.000.000 FBU des besoins identifiés ne sont pas couverts.

A partir de ces données, une prévision budgétaire conservatrice pour le PNDS est faite, acceptant une augmentation annuelle totale du budget santé de 10% (toute augmentation confondue : l'augmentation pour compenser l'inflation, l'augmentation du PNB et l'augmentation du % du PNB attribuée au secteur de la santé)
(Montants en US \$, avec comme taux : 1 US \$ = 1050 FBU):

Tableau n° 11

année	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
habitants (M)	7,20	7,40	7,61	7,82	8,04	= +2,8%/an
budget santé						
croissance + 10% annuelle	55 000 000	60 500 000	66 550 000	73 205 000	80 525 500	335 780 500
dont: partenaires	48 500 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	248 500 000
dont: gouvern.	6 500 000	10 500 000	16 550 000	23 205 000	30 525 500	87 280 500
% gouvernement	11,82	17,36	24,87	31,70	37,91	25,99
= US \$/hab	7,64	8,17	8,75	9,36	10,01	

Au cas où les besoins supplémentaires suivants étaient couverts par des bailleurs de fonds ou par des fonds venant de l'allègement de la dette, on arriverait aux montants suivants:

Tableau n° 12

année	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
habitants (M)	7,20	7,40	7,61	7,82	8,04	= +2,8%/an
coût salarial	3 000 000	5 000 000	7 000 000	9 000 000	11 000 000	35 000 000
infrastructure	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
équipement	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000
sous-total	18 000 000	20 000 000	22 000 000	24 000 000	26 000 000	110 000 000
= US \$/hab/an	2,50	2,70	2,89	3,07	3,23	

La somme des deux tableaux donne le résultat suivant:

= US \$/hab/an	10,14	10,88	11,64	12,43	13,25
-----------------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Comme limites de cette projection on doit mentionner les aspects suivants :

- on considère le montant de l'intervention par les partenaires pour les aspects urgents de la santé comme stable ;
- les besoins indéniables pour une réforme salariale, des constructions et réhabilitations et compléments d'équipement sont pris en compte séparément ;
- on estime que le budget du MSP va augmenter considérablement dans les années à venir (entre autre pour couvrir les 'vrais' besoins de fonctionnement des services, qui sont actuellement sous-estimés).

On arrive en 2010 à une dépense estimée à 10 US \$ par habitant par an si on n'inclut pas les besoins spécifiques en salaires, en infrastructures et en équipements. Si on les inclut, on arrive à 13,25 US \$ par habitant par an, un chiffre comparable à celui de l'économiste consultant dans sa prévision minimale, mais qui reste encore loin en dessous de la moyenne subsaharienne mentionnée dans le tableau n° 9.

Dans les annexes I et III se trouvent des tableaux et estimations plus détaillées.

Au delà des orientations techniques, l'évolution des indicateurs de la santé dépendra en grande partie des orientations et des décisions politiques et économiques.

CHAPITRE 4 : FINANCEMENT DU PNDS 2006-2010

STRATEGIE DE FINANCEMENT ADOPTEE ET CONDITIONS DE SUCCES

L'analyse de la problématique de financement des soins de santé au Burundi a montré que les systèmes de financement actuels sont peu efficaces. La crise socio-politique que le pays a traversée entre 1993 et 2004 a eu un impact très négatif sur la capacité de l'Etat à mobiliser des ressources internes et externes pour les secteurs sociaux tel que la santé. La politique de recouvrement des coûts n'a pas entraîné non plus beaucoup de ressources additionnelles provenant des ménages à cause du faible pouvoir d'achat de ceux-ci d'un côté et des tarifs élevés des soins d'un autre côté. Sauf une partie infime (environ 10%) des populations bénéficie des systèmes de solidarité ou de prise en charge des tarifs des soins permettant un meilleur accès aux soins. Par contre ces systèmes éprouvent des problèmes réels d'efficience et d'équité.

D'autres problèmes concrets liés aux difficultés de financement du secteur sont :

- les difficultés aigues d'accès aux soins pour la grande majorité des populations ;
- la prise en charge des indigents est presque inexistante, malgré une politique de gratuité des soins pour ce groupe vulnérable ;
- l'insuffisance des médicaments par rapport aux besoins ;
- les salaires du personnel trop bas et démotivants ;
- la qualité des soins insatisfaisante ;
- une mise en 'autonomie' des structures hospitalières qui ne fait satisfaction à aucune partie : les tarifs des soins hôpitaux sont ressentis comme trop chers par les populations en même temps que les hôpitaux trouvent les tarifs officiels trop bas par rapport aux coûts réels de production des soins ;
- les arriérés des paiements des factures par les communes, le Gouvernement et la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) qui aggravent les problèmes financiers vécus par les structures de soins.

Il est clair qu'une politique de financement des soins centrée sur le recouvrement des coûts et le paiement direct par les populations dans un contexte d'extrême pauvreté d'une grande partie de celles-ci n'est pas bien adaptée à la situation et ne va pas conduire à de bons résultats en termes d'indicateurs sanitaires. A l'autre extrême, il est facile de penser que les mutuelles de santé soient une solution miracle à cette situation. Mais aussi ce serait une déception d'y croire parce que le succès des mutuelles de santé dépend, entre autres, de la capacité contributive des populations (donc des revenus stables et croissants) et de la disponibilité des soins de qualité. Surtout, les mutuelles de santé comme tout système d'assurance maladie volontaire ne peuvent pas protéger les couches des populations les plus vulnérables. Ces dernières doivent être protégées par l'Etat et les fonds publics.

Dans le contexte actuel, le gouvernement opte donc pour des mécanismes mixtes, avec comme objectif la couverture progressive de toute la population par des mutuelles au fur et à mesure que l'économie et les revenus des gens augmentent et le permettent. A l'heure actuelle, les mécanismes proposés sont les suivants :

1. Subventions publiques focalisées sur les priorités de santé publique pour tout le monde, et pour protéger les groupes les plus vulnérables tels que les femmes enceintes (toutes), les enfants d'au moins de 5 ans et les indigents. Le pourcentage de la subvention pourra fluctuer en fonction de la disponibilité des fonds.

2. La réforme et l'extension des assurances maladie obligatoires pour les membres du secteur formel structuré (public et privé) ; la réforme de la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) viserait à promouvoir plus d'équité et d'efficience dans l'utilisation des soins. Parmi les réformes, par exemple, la MFP doit pouvoir payer un pourcentage plus élevé des coûts réels des soins de santé et elle doit accepter de payer les institutions prestataires par un mécanisme de paiement prospectif, c'est-à-dire, paiement en avance au lieu de rétrospectif pour éviter les difficultés de trésorerie causées par les retards de paiements.
3. Les mutuelles de santé pour les populations rurales et informelles actives (hormis les groupes vulnérables cités ci haut). Il importe de souligner que la prudence est conseillée par rapport aux attentes de la contribution des mutuelles, que ce soit en termes de la couverture des populations ou les fonds mobilisables de ce côté d'ici le moyen terme. En plus, il faut garder à l'esprit que la stabilité financière de la MFP dépend fortement de la contribution patronale qu'elle reçoit ; et la future assurance maladie du secteur privé structuré bénéficierait d'une telle quote-part patronale aussi. Mais il n'y aura pas une telle contrepartie dans le cas des mutuelles de santé rurales et informelles. Pour cette dernière raison, il est tout à fait légitime que ces mutuelles s'attendent à des subsides de l'Etat, ou en d'autres termes, que les tarifs des soins de santé payés par ces mutuelles soient moins que les tarifs payés par les assurances du secteur formel structuré.

Le premier mécanisme cité ci-haut correspond donc à la stratégie de subventions publiques financée par la mobilisation des ressources par l'Etat et ses partenaires. L'Etat devrait faire des efforts accrus pour augmenter sa contribution d'un côté, et de mobiliser encore plus de fonds auprès de ses partenaires de l'autre côté. Il faudra à tout prix éviter une situation où l'on décrète la gratuité des soins pour tel ou tel groupe, mais sans y mettre les ressources nécessaires pour payer les coûts y afférents. On doit également éviter que le subventionnement des soins soit interprété comme un droit à la gratuité de soins : dans presque tous les cas, un « ticket modérateur », aussi bas qu'il ne soit, devrait être prévu.

Le deuxième mécanisme correspond à la stratégie de réformes et extension des assurances maladie obligatoire.

Le troisième correspond à la stratégie de mutualisation.

L'analyse des scénarios et stratégies de financement pourrait amener à opter pour un scénario optimal où il y a entre autre :

- l'allègement de la dette du pays (dégageant ainsi des ressources pour le financement des secteurs ayant trait à la pauvreté, y compris la santé) ;
- la croissance de l'économie à 5% en moyenne par an ;
- la prise en charge par l'Etat à 100% de tous les soins maternels et infantiles ;
- la prise en charge par l'Etat des indigents et des priorités de la santé publique ;
- la prise en compte des besoins réels des populations en matière des soins de santé ;
- un engagement ferme et fort du Gouvernement pour la santé (indiqué par exemple par l'allocation d'un pourcentage plus élevé des dépenses publiques au secteur et par l'appui au développement des mutuelles de santé).

Avec de telles hypothèses le consultant engagé a pu montrer que les fonds mobilisables par l'Etat, par ses partenaires et ses populations, pourraient atteindre environ 77% et 68% respectivement pour la première et la deuxième année du PNDS, et de 72% à 82% pour les 3 dernières années (voir annexe II).

Mais il faudra prêter une attention particulière aux hypothèses et scénarios qui sous-tendent cette analyse et de réactualiser les projections chaque fois que ces hypothèses ou scénarii changent significativement. L'Etat devra donc faire des efforts accrus pour mobiliser les fonds nécessaires (auprès des partenaires externes par exemple) pour combler l'écart ou pour couvrir les dépenses prévues.

Pour que le système de financement du Burundi soit efficient, les mesures d'accompagnement suivantes seront prises :

- la révision en urgence de la politique de mise en autonomie des hôpitaux, qui est comprise actuellement comme une privatisation totale entraînant une perte de la mission sociale de ces institutions – il faudra introduire les mesures d'accompagnement essentiels pour le succès de cette politique ; surtout l'Etat montrera par ses actions et fera comprendre à tous les acteurs concernés qu'il ne s'agit pas d'une autonomie financière mais plutôt de la décentralisation de la gestion des hôpitaux ;
- la suppression officielle de la Carte d'Assistance Médicale (CAM) en faveur des mutuelles de santé et la prise en charge effective des indigents par l'Etat ;
- la mise en place par le Ministère de la Santé Publique d'une cellule d'appui aux mutuelles de santé ; cette cellule sera élargie aux représentants des autres ministères (tels que les Affaires Sociales et le Travail) qui ont un rôle important à jouer dans la promotion et le développement des mutuelles de santé, même si le Ministère de la Santé Publique assure la coordination de cette activité ;
- les partenaires et le Ministère de la Santé Publique adopteront progressivement le mécanisme de l'approche sectorielle pour la gestion des fonds des bailleurs (la mise en commun des fonds des bailleurs et gérés soit conjointement soit par le Ministère avec des outils de vérification de l'utilisation des fonds et de performance, appelé en anglais le 'Sector Wide Approach' ou SWAP). Cette décision est conforme aux recommandations de la Conférence de Monterrey et la Déclaration de Rome en 2003, mettant l'accent sur un meilleur partenariat et une coordination de qualité entre les bailleurs et les pays sous-développés afin de promouvoir les objectifs du millénaire pour le développement (OMD).
- pour l'atteinte des objectifs No.1 et 2 du PNDS (et des OMD) le MSP décide que, non seulement les accouchements compliqués, mais aussi les soins maternels et infantiles au niveau des CdS soient subventionnés pour tous ceux qui en auront besoin.

CHAPITRE 5 : CADRE DE MISE EN OEUVRE

5.1 Mécanismes de mise en œuvre

Le présent Plan National de Développement Sanitaire met en œuvre la politique nationale de santé. Il tient compte des spécificités de cette période charnière entre l'urgence et le développement. Le Burundi sort d'une crise sociale profonde, et l'appui humanitaire restera encore nécessaire mais devrait servir surtout à répondre aux besoins prioritaires (notamment vis à vis des groupes particulièrement vulnérables) tout en renforçant les capacités nationales. Ceci permettra de remettre le système de santé à niveau, ce qui aidera à poursuivre de façon soutenue le développement des services de santé avec la reprise de l'activité économique.

Le PNDS sera suivi de plans opérationnels à tous les niveaux qui tiendront compte des réalités locales pour la fixation de leurs priorités tout en intégrant les grandes orientations stratégiques définies par la PNS ainsi que le rôle et la place des différents départements et programmes nationaux du Ministère de la Santé et des autres Secteurs Partenaires.

La responsabilité de la mise en œuvre des actions des Secteurs Partenaires revient naturellement à ces derniers.

5.1.1 Niveau central

La mise en œuvre du PNDS est de la responsabilité de la Direction Générale de la Santé Publique. Elle nécessitera une révision de l'organigramme du Ministère de la Santé Publique pour l'adapter et le rendre plus fonctionnel par rapport au PNDS.

Une Cellule Exécutive de la DGSP sera organisée pour stimuler la mise en oeuvre d'une réforme du secteur santé, de la mise en application d'une approche sectorielle et pour renforcer la capacité et la gestion institutionnelle, avec les termes de référence suivants :

1. Maintenir un contact étroit avec les BPS par des visites techniques de supervision formative au moins tous les deux mois, constituant ainsi un contact régulier entre le niveau central normatif-régulateur et le niveau opérationnel.
2. Appuyer les BPS dans l'organisation des équipes cadres pour les Secteurs Sanitaires et les orienter dans leurs responsabilités.
3. Appuyer ensemble avec les BPS l'organisation d'un système de formation continue appliqué par les équipes cadre des Secteurs Sanitaires.
4. Renforcer la fiabilité des données du Système d'Information Sanitaire grâce entre autre à un appui au monitoring continue de la validité et de la complétude des données par les équipes cadres des secteurs sanitaires.
5. Appuyer techniquement les BPS et les équipes cadres des secteurs sanitaires pour la réalisation de toute initiative de formation de mutuelles communautaires (voir aussi plus haut : cellule d'appui aux mutuelles).
6. Dresser un tableau des besoins et problèmes spécifiques pour chaque province sanitaire sur les aspects clés concernant l'organisation des soins et services de santé de haute qualité.
7. Coordonner techniquement au niveau central du MSP toutes les interventions des partenaires et des programmes verticaux, et donner un feedback régulier aux responsables nationaux et provinciaux des différentes interventions.
8. Guider la mise en oeuvre des stratégies nationales pour atteindre les objectifs décrits dans le PNDS, et faire un monitoring ponctuel et régulier des indicateurs y relatifs.
9. Rapporter régulièrement au comité national de pilotage du PNDS sur l'évaluation des résultats sur le terrain.

5.1.2 Niveau intermédiaire et local

La responsabilité de la mise en œuvre du PNDS incombe aux Bureaux Provinciaux de Santé via les équipes cadres des Secteurs Sanitaires. Ce niveau sera suffisamment renforcé pour jouer son rôle. Le Directeur de la Province Sanitaire est le conseiller privilégié du gouverneur de la province et il est le représentant du Ministère de la Santé Publique dans la province. A ce titre, il coordonne les activités des différents intervenants dans le Secteur Sanitaire. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce PNDS, le Médecin Directeur d'une province sanitaire devra avoir des capacités confirmées de coordination et de leadership. Son recrutement devra tenir compte de cet aspect. Les Bureaux Provinciaux de Santé auront une responsabilité décisionnelle et gestionnaire. Ils élaboreront leurs plans opérationnels s'inspirant du PNDS et tenant compte des réalités locales et ses priorités, les orientations stratégiques et les rôles des différents départements, des programmes nationaux de santé et des autres ministères.

Au niveau périphérique, la mise en œuvre du PNDS incombera conjointement au Comité de Santé autour de chaque Centre de Santé avec son équipe de santé qu'il faudra renforcer. Le cahier de charge émanera du Bureau Provincial de Santé par l'intermédiaire des Secteurs Sanitaires renforcés.

Au niveau provincial et périphérique, on veillera bien à ce que l'appui important des bailleurs de fonds n'ait pas un effet contreproductif, notamment en affaiblissant et démotivant les structures du MSP suite à l'organisation d'un système parallèle. On veillera à ce que les structures du MSP (les Secteurs Sanitaires et les BPS) aient la possibilité de s'acquitter de leurs tâches naturelles (les supervisions, les formations, le monitoring et les évaluations) avec l'appui des partenaires (ONG's) plutôt que de laisser une trop grande responsabilité aux partenaires comme on voit encore trop souvent sur le terrain. La gestion tant des activités que des fonds est une responsabilité commune sous la guidance des autorités du MSP.

5.1.3 Rôles et responsabilités des parties prenantes

Comme il est stipulé dans la Politique Nationale de Santé, les parties prenantes sont constituées par le Gouvernement, la Communauté, les Partenaires et les Collectivités Locales.

Les Ministères du Plan, de la Bonne Gouvernance, des Finances et de la Santé devront jouer un rôle capital dans la définition de plans d'investissement multisectoriels dans la santé. Il leur incombe la mobilisation des ressources.

Le gouvernement à travers le Ministère de la Santé Publique jouera son rôle de leader et d'animateur dans la mise en œuvre du PNDS en assurant le rôle de la coordination de la mise en œuvre. Avec les autres secteurs et les autres partenaires, il sera responsable du Suivi et de l'Évaluation de la PNS.

Les collectivités locales et les communautés s'impliqueront activement dans le processus de planification locale, dans la mobilisation des ressources de la communauté et des partenaires, dans la participation à la gestion des structures de santé, dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la qualité des services offerts à la population et des actions de santé aux niveaux communautaire et provincial, dans la participation à la prise en charge de leurs problèmes de santé, dans l'identification des indigents et dans l'appui aux initiatives communautaires pour le partage du risque maladie.

Les partenaires locaux et extérieurs s'impliqueront activement dans la participation au processus de planification, dans la mobilisation des ressources, dans la mobilisation de l'appui technique pour la mise en œuvre et dans la production des prestations dans le cadre de la contractualisation. Les bailleurs importants seront en plus intégrés dans la cellule exécutive et dans le comité national de pilotage et de suivi.

5.1.4 Financement du PNDS

Le financement du PNDS proviendra de l'Etat par son budget ordinaire et d'investissement, des bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, de la communauté et des partenaires locaux du développement. Un effort particulier devra être fourni pour augmenter progressivement l'apport de l'Etat. Progressivement (à partir de la deuxième année de la mise en oeuvre) les différents apports seront mis dans un fonds commun ('trust fund' ou 'panier commun de fonds') dont la gestion et l'utilisation seront faites dans toute transparence. Le mode de gestion de ce fonds sera déterminé de façon consensuelle entre le gouvernement et les bailleurs de fonds. Pendant la première année de la mise en oeuvre du PNDS ce mécanisme fondamental de l'approche sectorielle (SWAp) ne sera pas encore instauré, pour permettre aux bailleurs de fonds de renforcer d'abord leur confiance dans les capacités gestionnaires des institutions nationales avant de se dégager progressivement de leur contrôle direct sur les activités de terrain et sur l'utilisation des fonds, en échange d'une place à la table où les politiques sectorielles sont décidées.

5.1.5 Facteurs de réussite pour la mise en oeuvre du PNDS

- Le Burundi s'est récemment doté d'institutions démocratiquement élues.
- Retour progressif de la paix.
- Regain croissant de la confiance des bailleurs de fonds.
- Retour progressif de la coopération régionale et internationale.
- Existence d'une couverture relativement bonne en infrastructures sanitaires bien qu'un bon nombre est à réhabiliter.
- Eligibilité du Burundi à l'initiative pour l'Initiative des Pays pauvres très endettés.
- Amorce de la croissance économique.

5.1.6 Facteurs de risque/contraintes pour une réussite

- Faible taux d'investissement du Gouvernement dans le domaine de la santé.
- Insuffisance des ressources humaines.
- Difficultés liées au financement de la santé en général.
- Faible pouvoir d'achat de la population.
- Impact socio-économique du VIH/SIDA.
- Taux élevé d'analphabétisme.
- Faiblesse du MSP dans sa gestion et dans ses responsabilités normatives et régulatrices.
- Et beaucoup d'autres ...

CHAPITRE 6 : SUIVI ET EVALUATION

Le suivi et l'évaluation du PNDS se feront à travers le **Comité National de Pilotage et de Suivi CNPS**) et par la **Direction Générale de la Santé Publique (DGSP)** assistée par une **Cellule Exécutive**.

6.1 Mécanismes pour le suivi et l'évaluation

6.1.1. Le Comité National de Pilotage et de Suivi sera présidé par la 2^{ème} Vice-présidence, le Ministre de la Santé Publique sera le vice-président du CNPS et le Ministère des Finances assurera le Secrétariat. Les membres du CNPS sont : le Ministère de la Planification, du Développement et de la Reconstruction, et un représentant pour les autres ministères qui ont un intérêt ou une influence spécifique directe ou indirecte sur le secteur de la santé ; en plus le Représentant de l'OMS et de l'UNICEF, le Ministre à la Présidence chargé de la lutte contre le SIDA, l'inspecteur général de la santé, les directeurs du PNLS, PNSR, PNLT et de la CAMEBU, et deux représentants des bailleurs de fonds. Le Directeur Général de Santé Publique participera comme il préside la Cellule Exécutive pour donner des éclaircissements au cas où il y a nécessité. Le comité se réunira une fois par quadrimestre en réunions ordinaires et chaque fois que de besoin en réunions extra ordinaires sur convocation du Président du comité de pilotage.

Le Mandat du Comité National de Pilotage et de Suivi :

Le Comité National de Pilotage de Suivi est un organe décisionnel qui suivra de près, à travers des réunions régulières, les différentes étapes du déroulement du PNDS pour le compte du gouvernement. Le Comité fera rapport sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du PNDS au Gouvernement.

Le Rôle du Comité National de Pilotage et Suivi est de :

- prendre acte du rapport de la Cellule Exécutive sur l'état d'exécution du PNDS ;
- donner des orientations à la Cellule Exécutive pour l'atteinte des objectifs du PNDS ;
- approuver le plan de travail de la Cellule Exécutive ;
- mobiliser les ressources nécessaires pour atteindre les résultats escomptés du PNDS ;
- s'assurer de la bonne exécution des activités du PNDS ;
- statuer sur toute autre question en rapport avec l'exécution du PNDS.

6.1.2. Une Cellule Exécutive. Cette Cellule sera présidée par le Directeur Général de la Santé Publique et sera composé par des cadres du MSP. Les représentants des bailleurs de fonds y participeront. Sa composition sera définie ultérieurement.

6.1.3. Au niveau intermédiaire, le Médecin Directeur de la Province Sanitaire appuyé par le Comité Provincial de Santé rendra compte à la Cellule Exécutive de l'évolution des activités en rapport avec la mise en œuvre du PNDS sur terrain.

6.1.4. Au niveau périphérique, le suivi journalier sera assuré par les équipes cadres des Secteurs Sanitaires ensemble avec les comités de santé. Ils rendront compte à l'équipe du bureau provincial de santé qui se chargera de transmettre les rapports à la Cellule Exécutive.

Des enquêtes d'évaluation seront réalisées à mi-parcours en juin 2008 et à la fin du PNDS 2006-2010 (en juin 2010).

L'exécution de chaque plan opérationnel annuel sera évaluée à la fin de chaque année et un rapport consolidé sera réalisé sous la responsabilité de la cellule exécutive. Autant de fois que de besoin, les indicateurs seront élaborés.

6.2 Coût de la composante suivi évaluation et du plan de sa mise en œuvre

6.2.1 Principales activités nécessaires.

- Le Comité National de Pilotage et de Suivi : 3 réunions régulières annuelles (tous les 4 mois).
- La Cellule Exécutive : 6 réunions régulières annuelles (tous les deux mois), les visites de terrain, les activités techniques et administratives.
- Des consultants pour des évaluations ponctuelles.

6.2.2 Coût.

- Le coût des 9 réunions régulières annuelles sera absorbé par le budget régulier de même que le coût des éventuelles réunions extraordinaires.
- Le coût de fonctionnement de la Cellule Exécutive est estimé à 85.000 US \$ par an avec la nécessité d'un investissement initial unique de 60.000 à 75.000 US \$ pour les équipements et l'installation.
- Le budget pour les consultants ponctuels et les enquêtes à réaliser est difficile à estimer à ce moment. A partir de 2007 il sera mentionné spécifiquement dans les plans annuels de mise en œuvre du PNDS.

6.3. Les Indicateurs Objectivement Vérifiables pour le suivi et l'évaluation.

- Dans la page suivante on présente une sélection d'indicateurs dans un croquis de cadre logique qui devrait être utilisé pour la présentation des plans annuels. Cette sélection d'indicateurs ne devrait pas être considérée comme limitative ni exclusive : il est de la responsabilité du Comité National de Pilotage et de Suivi d'adapter cette liste sur proposition éventuelle faite par la Cellule Exécutive.
- La Cellule Exécutive sera chargée de définir pour chaque indicateur avec précision la définition exacte du numérateur et du dénominateur, la source des données, la périodicité de la collecte de données ainsi que les faiblesses de chaque indicateur pour que les résultats chiffrés aient un maximum de fiabilité et de comparabilité interne. Au début de 2006, elle définira la ligne de base (les valeurs de chaque indicateur avant la mise en œuvre des activités spécifiques dans le cadre du PNDS).

REPUBLIQUE DU BURUNDI - PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE – INDICATEURS POUR LE SUIVI

Résultats attendus par objectif		Indicateurs pour le suivi (Tx = taux, # = nombre)	Source	Périod.
OG.1	REDUIRE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE	OG-1 : le Tx Mortalité Maternelle, le Tx Mortalité néonatale		
	OS-1.1.1 meilleure disponibilité des services obstétricaux de qualité	OS-1.1.1 : le % d'hôpitaux avec capacité chirurgicale 24h sur 24		
	OS-1.1.2 meilleure accessibilité aux services de soins obstétricaux	OS-1.1.2 : le % de césariennes réalisées / césariennes attendues id le % d'accouchements assistés par du personnel qualifié		
	OS-1.2.1 meilleure qualité des CPN et des CPoN	OS-1.2.1 : le % des 1 ^{ère} CPN avec détection de facteurs de risque id le rapport entre # 1 ^{ère} CPN et # de femmes enceintes référées		
	OS-1.2.2 meilleure performance des activités de planification familiale	OS-1.2.2 : le Tx de prévalence contraceptive		
	OS-1.2.3 plus de prévention antipaludique pour les femmes enceintes	OS-1.2.3 : la proportion de femmes enceintes dormant sous MI		
	OS-1.2.4 moins de grossesses chez les adolescents	OS-1.2.4 : le Tx de grossesses chez les adolescentes		
OG.2	REDUIRE LE TAUX DE MORBI-MORTALITE INFANTO JUVENILE	OG-2 : le Tx de mortalité infantile, Tx de mortalité infanto-juvenile		
	OS-2.1.1 meilleure logistique du PEV	OS-2.1.1 : le % de CdS sans aucune rupture de stock en vaccins		
	OS-2.1.2 meilleure qualité de services du PEV	OS-2.1.2 : le % d'enfants complètement vaccinés avant l'âge de 1 an		
	OS-2.1.3 meilleure compétence du personnel	OS-2.1.3 : le % de CdS avec ≥2 inf. qui ont reçu une formation PEV en 2006		
	OS-2.1.4 meilleure performance du PEV là où la couverture est basse	OS-2.1.4 : le % de Sect. Sanit. avec couvert. < 80 % en BCG, DTC3, VAR		
	OS-2.2 étendre l'approche PCIME dans toutes les structures du pays	OS-2.2 : le % de CdS qui applique l'approche PCIME		
	OS-2.3 moins de personnes avec malnutrition aigüe	OS-2.3 : le Tx de prévalence de malnutrition aigüe globale id le Tx d'insuffisance pondérale chez les enfants de < 5 ans		
OG.3	REDUIRE LA PREVALENCE DES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES	OG-3 : le Tx de prévalence du paludisme, la séroprévalence du VIH/SIDA		
	OS-3.1.1 plus de prévention antipaludique	OS-3.1.1 : le % de femmes enceintes et enf. <5 ans qui utilisent un MII		
	OS-3.1.2 meilleure prise en charge des malades paludiques	OS-3.1.2 : le Tx de mortalité due au paludisme dans les CdS/Hôp.		
	OS-3.2.1 meilleure performance des activités préventives anti-VIH	OS-3.2.1 : le % de CdS avec PTME intégrée dans la CPN id le % de provinces avec au moins un CDV par 65 000 habitants id le % de CdS avec ≥2 inf. qui ont reçu une formation IST en 2006 id le % de femmes enceintes VIH+ sous ARV pour PTME		
	OS-3.2.2 meilleure prise en charge des PVVIH	OS-3.2.2 : le % de patients malades du SIDA sous ARV		
	OS-3.2.3 meilleure surveillance épidémiologique du VIH/SIDA/IST	OS-3.2.3 : le Tx d'incidence des IST (par approche syndromique)		
	OS-3.3.1 meilleure performance de dépistage de TB-pulmonaire BK+	OS-3.3.1 : le Tx de dépistage de la TB pulmonaire BK+		
	OS-3.3.2 amélioration du taux de guérison des malades TB	OS-3.3.2 : le Tx de guérison des malades diagnostiqués avec TB		
OG.4	RENFORCER LA PERFORMANCE DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE	OG-4 : x		
	OS-4.1.1 mise en oeuvre d'une politique de développement de ressources humaines	OS-4.1.1 : le % de CdS/Hôp remplissant les normes en personnel de santé		
	OS-4.1.2 mise en œuvre des mécanismes de stabilisation du personnel	OS-4.1.2 : le % de pers. de santé (Fonct. Pub.) avec avantages supplémentaires		
	OS-4.1.3 meilleure gestion des ressources humaines	OS-4.1.3 : le % de Sect.Sanit. avec un plan effectif de formation continue id le % des CdS / hôpitaux avec un personnel affecté selon les normes		
	OS-4.2.1 mise en œuvre d'un plan de développement des infrastructures sanitaires	OS-4.2.1 : le % de Sect.Sanit. avec infrastr.sanit. fonctionn. complet selon les normes		
	OS-4.2.2 meilleure couverture en équipements dans les formations sanitaires	OS-4.2.2 : le % de CdS/Hôp avec équipement complet pour leur PMA		
	OS-4.2.3 meilleure gestion des infrastructures et des équipements	OS-4.2.3 : le % d'équip. défectueux réparé ou remplacé dans un délai acceptable		
	OS-4.3.1 meilleure législation et réglementation du secteur pharmaceutique	OS-4.3.1 : le # de textes législatifs et réglementations produits et diffusés		
	OS-4.3.2 promotion de l'industrie pharmaceutique locale	OS-4.3.2 : le % budgétaire des ME achetés qui sont fabriqués localement		
	OS-4.3.3 meilleure accessibilité aux ME de qualité	OS-4.3.3 : le % de 'CdS-mois' sans aucune rupture de stock en ME id le % de patients ayant bénéficiés d'une subvention de > 70% du traitement		
	OS-4.3.4 promotion de l'usage rationnel des ME	OS-4.3.4 : le % de CdS avec ≥2 inf. formés dans la prescription rationnelle en 2006		
	OS-4.4.1 augmentation graduelle (en % du PNB) du budget national de santé	OS-4.4.1 : le % du budget national pour le secteur santé par rapport au PNB		
	OS-4.4.2 plus de fonds additionnels et complémentaires dans le secteur santé	OS-4.4.2 : le rapport entre le budget national et le budget global pour la santé		
	OS-4.4.3 meilleure gestion des ressources financières	OS-4.4.3 : le Tx d'exécution du budget alloué à la santé		
	OS-4.4.4 meilleure accessibilité financière pour tous / pour les indigents	OS-4.4.4 : le % des CdS avec les indigents de leur aire identifiés et subventionnés		
	OS-4.5.1 gestion de qualité totale grâce à une réforme du secteur	OS-4.5.1 : le % de secteurs sanitaires ayant une équipe cadre fonctionnelle		
	OS-4.5.2 meilleure efficacité des programmes et services de santé	OS-4.5.2 : le % de supervisions intégrées et formatives exécutées aux BPS		

CHAPITRE 7 : CONCLUSION

La production du présent Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010 (PNDS) est le fruit d'un processus engagé en mai 2004 entre le Ministère de la Santé Publique, le Gouvernement, les représentants de la communauté nationale et les différents bailleurs et partenaires de la Santé. Ce processus a produit à mi-parcours ses premiers effets par la publication de deux documents fondamentaux que sont le Rapport du Forum sur les Etats Généraux de la Santé (31 mai-04 juin 2004) et le document de Politique Nationale de la Santé 2005-2015 (décembre 2004). De ces deux textes découle donc l'actuel Plan National de Développement Sanitaire. Ce plan est la preuve de l'adhésion du Burundi au nouveau paradigme qu'est le développement humain durable et répond à l'objectif que le Gouvernement s'est assigné d'élaborer et de mettre en pratique une politique de santé, susceptible d'améliorer significativement la santé de tous les habitants de ce pays. Le Ministère de la Santé Publique, malgré le contexte de crise qui a rendu difficile la conduite d'un tel exercice, a voulu montrer par cet exemple, que l'outil PNDS peut non seulement conduire à l'amélioration de l'état de santé de nos populations, mais aussi participer au processus de paix et de réconciliation nationale ainsi qu'à celui de la relance économique et de la réduction de la pauvreté.

Le Plan National de Développement Sanitaire est un vaste plan directeur couvrant cinq années budgétaires et doit permettre d'exécuter la Politique Nationale de la Santé, définie par le Gouvernement, de manière à atteindre les buts sanitaires nationaux. Ce plan expose, en termes pratiques, les mesures à prendre en application de la stratégie, compte tenu des divers objectifs et cibles ainsi que des programmes prévus pour les atteindre. Sont ainsi définies des mesures politiques, administratives, législatives, gestionnaires et financières. Le plan précise les interventions attendues du secteur de la santé ainsi que des autres secteurs intéressés et propose un schéma pour surveiller l'exécution de la stratégie et évaluer son impact. Le plan forme avec la politique et les stratégies sanitaires nationales un tout, car il n'y a pas entre eux de ligne de démarcation bien nette. Ce plan est adéquat parce qu'il est adapté aux besoins prioritaires identifiés et recensés. Il est en plus pertinent parce que non seulement il répond aux besoins, mais aussi parce qu'il est conforme aux politiques socio-sanitaires en fonction desquelles il a été conçu.

Pour exécuter le Plan National de Développement Sanitaire, le Ministère de la Santé Publique aura, comme il se doit, l'immense rôle d'en être le moteur, mais devra en même temps mobiliser activement les ressources nécessaires et tous les partenaires de la santé pour que ce vaste projet puisse être couronné de succès.

ANNEXE I : ESTIMATION DES BESOINS BUDGETAIRES PAR RUBRIQUE.

Les valeurs et chiffres dans les tableaux suivants n'ont autre intérêt que de montrer un ordre de grandeur des besoins. Ces chiffres ont d'une façon ou d'une autre guidés les rédacteurs de ce PNDS dans leurs réflexions, mais elles ne constituent en aucun cas des décisions ou engagements précises.

ANNEXE I : 1. Besoins en ressources humaines

Pour ce tableau, on s'est basé sur les critères suivants :

- Tous les hôpitaux doivent offrir le paquet complémentaire d'activités prévu pour leur niveau (au moins le niveau de première référence)
- Tous les CdS doivent avoir au moins 4 paramédicaux pour pouvoir assurer leur paquet minimal d'activités avec une qualité suffisante
- Pour le coût unitaire par profession par mois, on se réfère au coût de vie réel au Burundi, au niveau d'études, et à la situation dans les pays limitrophes.

Ces besoins sont en ligne surtout avec les Obj.Spec. suivants : Obj.Spec.1.1. (strat. 1.1.1.) et Obj.Spec.4.1. (strat. 4.1.1. et 4.1.2.)

Tableau 7 : besoins en ressources humaines et estimation d'un coût salarial minimal acceptable

Catégorie de Personnel	Niveau central et hôpitaux nationaux			Niveau Provincial et hôpitaux provinciaux			Niveau périphérique			Total			Coût unitaire / mois / personne en US \$	Coût estimatif pour 5 ans en US \$
	Besoins	Dispon.	Déficit	Besoins	Dispon.	Déficit	Besoins	Dispon.	Déficit	Besoins	Dispon.	Déficit		
Médecins spécialistes (chirurg. /	32	23	9	32	13	19	0	0	0	64	36	28	1250	4.800.000
Autres Médecins spécialistes cliniciens	103	38	66	49	5	44	0	0	0	142	47	95	1250	10.650.000
Médecins généralistes	86	86	0	100	16	84	0	0	0	186	102	84	800	8.928.000
Médecins spécial. en santé publique	27	12	15	17	4	13	0	0	0	44	16	28	900	2.376.000
Médecins généralistes a compét, chirurgicale	0	0	0	38	10	28	0	0	0	38	10	28	900	2.052.000
Paramédicaux	873	860	13	870	748	122	2196	895	1243	3939	2560	1378	200	47.268.000
Autres professions	166	76	90	241	27	214	0	0	0	408	103	305	300	7.344.000
Personnel d appui	108	104	4	665	625	40	1116	1116	0	1889	1845	44	80	9.067.200
TOTAL:														92.485.200

Note : il s'agit dans ce tableau d'une estimation moyenne, sans spécifications en fonction des degrés différents de responsabilité et/ou d'ancienneté. Ce tableau n'a d'aucune façon l'ambition de définir un écart salarial entre des professions ou des groupes de professions spécifiques : cela est un travail détailliste qui pourrait seulement être fait ensemble et en dialogue avec les groupes et associations professionnelles concernées. D'un autre côté, les écarts importants observés dans le tableau reflètent plus qu'un souci d'équité inter-professionnel un souci de s'adapter au marché d'emploi pour pouvoir arriver à des résultats à court terme : une équité dans l'accessibilité aux services de soins de qualité.

ANNEXE I : 2. Besoins en infrastructures physiques.

Pour ce tableau, on s'est basé sur les critères suivants :

- La plupart des structures existantes se trouvent dans une situation déplorable suite à la crise prolongée et l'absence d'entretien et de réparations durant la période de crise ; seulement une partie est considérée ici pour réhabilitation (y compris parfois une extension).
- Pour les nouvelles constructions, on se réfère aux normes de l'OMS qui sont : un CdS par 10.000 habitants et 1 Hôp. de référence pour 100 à 150.000 habitants

Ces besoins sont en ligne surtout avec l'Obj.Spec. suivant : Obj.Spec.4.2. (strat. 4.2.1.)

Tableau n° 8 : besoins en infrastructure avec estimation de coûts

BESOINS EN NOUVELLE CONSTRUCTION / REHAB.AU NIVEAU CENTRAL MSP				
	EXISTANT	BESOIN	à Rehab.	à Constr.
bâtiment principal MSP (finition)	1	1	0	1
bâtiments programmes MSP	5	6	5	1
hôpitaux nationaux	4	4	4	0

BESOINS EN NOUVELLE CONSTRUCTION AU NIVEAU PROVINCIAL				
	EXISTANT	BESOIN	à Rehab.	à Constr.
BPS	10	17	0	7
Hopitaux Prov	16	17	7	1
Stocks ME	10	37	0	27
Bureaux de Secteur	30	45	20	15

BESOINS EN NOUVELLE CONSTRUCTION AU NIVEAU PERIPHERIQUE				
	EXISTANT	BESOIN	à Rehab.	à Constr.
Hopitaux de Secteur	19	28	10	9
Centres de Santé	598	735	185	137

COUT en US \$		
UNITAIRE		TOTAL
à Rehab.	à Constr.	
x	600 000	600 000
100 000	200 000	700 000
1 500 000	x	6 000 000
	total	7 300 000

UNITAIRE		
à Rehab.	à Constr.	TOTAL
x	50 000	350 000
1 000 000	2 000 000	9 000 000
x	15 000	405 000
25 000	50 000	1 250 000
	total	11 005 000

UNITAIRE		
à Rehab.	à Constr.	TOTAL
500 000	1 500 000	18 500 000
30 000	80 000	16 510 000
	total	35 010 000

grand total	53 315 000
--------------------	-------------------

ANNEXE I : 3. Besoins en Equipement et Matériel

Ces besoins sont en ligne surtout avec les Obj.Spec. 1.1. (strat. 1.1.1.), Obj.Spec. 1.2 (strat 1.2.1), Obj.Spec. 2.1. (strat. 2.1.1.), Obj.Spec. 2.2, Obj.Spec. 3.1. (strat. 3.1.2.), Obj.Spec. 3.2. (strat 3.2.1.), Obj.Spec. 4.2. (strat 4.2.2.), Obj.Spec.4.3. (strat.4.3.1) et Obj.Spec. 4.5. (strat. 4.5.1.).

Tableau n° 9

	nombre	COUT UNIT.	COUT TOTAL
MSP Niveau Central	1	300.000	300.000
Instituts Nationaux	10	1.500.000	15.000.000
Hôpitaux Nationaux	5	500.000	2.500.000
BPS	17	30.000	510.000
Secteurs de Santé	45	55.000	2.475.000
Hôpitaux de Référence	45	60.000	2.700.000
Centres de Santé	700	10.000	7.000.000
			30.485.000

- ✓ Au niveau central du MSP il y a surtout manque d'équipements informatique et bureautique, en plus d'un ameublement de base .
- ✓ L'INSP seul sollicite déjà pour son fonctionnement de l'équipement spécialisé pour un montant d'à peu près 8.000.000 US\$.
- ✓ L'organisation d'une équipe de coordination au niveau de chaque Secteur Sanitaire implique un équipement pour leur fonctionnement (informatique et bureautique, ameublement, voiture supervision).
- ✓ Pour les hôpitaux et CdS nous avons pris une moyenne, les besoins varient beaucoup d'un endroit à l'autre.

ANNEXE I : 4. Frais de fonctionnement

Ces besoins entrent en ligne pour la plupart des Obj.Spec.

Une grande importance est attachée aux supervisions sur le terrain (surtout par le Niveau Central et les Secteurs Sanitaires) et à une amélioration de la qualité de services rendus.

Tableau n° 10 :

	Nombre	COUT UNIT	COUT TOTAL	5 ANS
MSP Niveau Central	1	750.000	750.000	3.750.000
Instituts Nationaux	10	250.000	2.500.000	12.500.000
Hôpitaux Nationaux	5	100.000	500.000	2.500.000
BPS	17	30.000	510.000	2.550.000
Secteurs de Santé	45	45.000	2.025.000	10.125.000
Hôpitaux de Référence	45	45.000	2.025.000	10.125.000
Centres de Santé	700	2.000	1.400.000	7.000.000
			9.710.000	48.550.000

ANNEXE I : 5. Frais de formation

Ces besoins sont en ligne surtout avec les Obj.Spec. suivants : Obj.Spec. 1.2. (strat. 1.2.1), 2.1. (strat 2.1.3), O.S. 2.2, Obj.Spec. 3.1 (strat 3.1.2), Obj.Spec. 3.2 (strat 3.2.1), Obj.Spec. 4.1. (strat. 4.1.1 et 4.1.3), Obj.Spec.4.3. (strat. 4.3.4.)

On considère aussi bien la formation continue que la formation initiale.

Tableau n° 11 :

	NBRE UNIT	NBRE PERS	COUT UNIT	1 AN	5 ANS
personnel au niveau central du MSP	-	50	600	30 000	150 000
étudiants universitaires au Burundi	-	200	3 000	600 000	3 000 000
étudiants universitaires à l'étranger	-	50	12 500	625 000	3 125 000
étudiants à une école paramédicale	-	1000	1 000	1 000 000	5 000 000
personnel des hôpitaux nationaux	5	50	600	150 000	750 000
personnel au niveau des BPS	17	10	600	102 000	510 000
personnel de l'équipe cadre des SeSa	45	6	600	162 000	810 000
personnel des hôpitaux de référence	45	20	600	540 000	2 700 000
personnel des Centres de Santé	700	4	600	1 680 000	8 400 000
				4 889 000	24 445 000

ANNEXE I : 6. Vaccins, Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux

Ces besoins sont en ligne surtout avec les Obj.Spec. suivants : Obj.Spec. 2.1. (strat.2.1.1), Obj.Spec. 3.1.(strat.3.1.2), Obj.Spec. 3.2 (strat 3.2.1), Obj.Spec.4.2. (strat. 4.2.1.), Obj.Spec.4.3. (strat. 4.3.3.).

Tableau n° 12 :

	1 an	5 ans
Besoins non couverts pour les vaccins estimé à :	4 000 000	20 000 000
Besoins en Médicaments Essentiels SSP 1 ^{ère} ligne : 7.000.000 hab. x 2 US \$ (coût épisode maladie)	14 000 000	70 000 000
Besoins en Médicaments et consommables 2 ^{ème} ligne (hôpitaux) : 5% x 7.000.000 hab x 20 US \$:	7 000 000	35 000 000
Investissement pour l'organisation et la prévision d'un stock tampon suffisant	25 000 000	25 000 000
total	50 000 000	150 000 000

ANNEXE I : 7. Communication

Ces besoins sont en ligne surtout avec les Obj.Spec. suivants : Obj.Spec.1.1. (strat. 1.1.2), Obj.Spec. 1.2. (strat.1.2.2, 1.2.3 et 1.2.4), Obj.Spec. 2.1 (strat. 2.1.4), Obj.Spec. 2.2 et Obj.Spec. 3.3 (strat. 3.3.1)

Tableau n° 13 :

Item	Niveau central			Niveau provincial			Niveau périphérique			Total			Coût Unitaire	Coût Totale
	Besoins	Dispon.	Déficit	Besoins	Dispon.	Déficit	Besoins	Dispon.	Déficit	Besoins	Dispon.	Déficit		
RadioPhonie	0	0	0	16	3	13	552	57	495	568	60	508	2 500	1 270 000
Lignes téléph.	20	16	4	64	20	44	0	0	0	60	36	48	500	24 000
Fax	21	15	6	34	17	17	0	0	0	55	32	23	800	18 400
Internet	18	8	10	17	2	15	0	0	0	35	10	25	1 000	25 000
Véhicules	30	25	5	56	17	39	0	0	0	86	42	44	25 000	1 100 000
Motos	4	4	0	56	10	46	0	0	129	60	14	175	4 000	700 000
Vélos	20	20	0	17	17	0	517	300	217	554	317	217	350	75 950
Radiocassettes	0	0	0	0	0	0	517	0	517	517	0	517	200	103 400
LCD-projecteur	10	2	8	45	0	45	0	0	0	55	2	53	2 500	132 500
Rétroprojecteur	25	1	24	17	0	17	0	0	0	42	1	41	1 000	41 000
Ambulances	8	4	4	16	5	11	0	0	0	24	9	15	25 000	375 000
autres			pm											1 000 000
														4 865 250

ANNEXE I : 8. Information sanitaire

Ces besoins sont en ligne surtout avec les Obj.Spec. suivants : Obj.Spec.1.1 (strat. 1.1.1.), Obj.Spec. 2.1 (strat 2.1.2), Obj.Spec. 4.1 (strat. 4.1.3) et Obj.Spec. 4.5 (strat 4.5.1)

Tableau n° 14 :

Item	Niveau central			Niveau provincial			Niveau périphérique			Total			coût unitaire	coût total
	Besoins	Dispon.	Déficit	Besoins	Dispon.	Déficit	Besoins	Dispon.	Déficit	Besoins	Dispon.	Déficit		
Bibliothèque	2	1	1	17	0	17	0	0	0	19	1	18	80 000	1 440 000
Abonnem. revues	5	0	5	5	0	5	5	0	5	15	0	15	1 667	25 000
Logiciel de gestion de base de données	1	0	1	17	0	17	0	0	0	18	0	18	41 000	738 000
														2 203 000

ANNEXE I : 9. BESOINS POUR LES PROGRAMMES ET STRATEGIES PRIORITAIRES DU MSP

Ces besoins sont en ligne surtout avec les Obj.Spec. suivants : Obj.Spec.. 1.1 (strat. 1.1.2), Obj.Spec. 1.2 (strat. 1.2.2. et 1.2.3), Obj.Spec. 2.2 , Obj.Spec. 3.2 (strat 3.2.2), Obj.Spec. 3.3 (strat 3.3.2.), Obj.Spec. 4.4. (strat.4.4.4)

L'intervention du gouvernement dans la subvention des soins diminuera lentement mais progressivement durant la période de cinq ans.

Tableau n° 15 :

	CDS	NBRE	CU-PMA	1 an	soins HOP	NBRE	CU-PCA	1 an	5 ans
soins subventionnés aux indigents (ME pas inclus)	10%	700.000	5	3.500.000	1%	70.000	50	3.500.000	35.000.000
subvention aux soins obstétricaux (ME non inclus)	4%	280.000	20	5.600.000	0,50%	35.000	75	2.625.000	41.125.000
soins infantiles subventionnés (ME pas inclus)	20%	1.400.000	5	7.000.000	2%	140.000	60	8.400.000	77.000.000
organisation des mutuelles communautaires	forfait	40	50.000	2.000.000	x	x	x	x	4.000.000
achat MII	x	100.000	10	1.000.000	x	x	x	x	2.000.000
achat contraceptifs et preservatifs		100.000	6	600.000	x	x	x	x	3.000.000
achat ARV		55.000	350	19.250.000	-	-	-	-	96.250.000
tuberculostatiques	0,15%	10.000	30	300.000	x	x	x	x	1.500.000
				39.250.000				14.525.000	259.875.000

ANNEXE I : 10. RESUME DES BESOINS FINANCIERS IDENTIFIES POUR 5 ANNEES.

Ad 3.1. Besoins en ressources humaines :	92.485.200
Ad 3.2. Besoins en infrastructures physiques :	53.315.000
Ad 3.3. Besoins en Equipement et Matériel	30.485.000
Ad 3.4. Frais de Fonctionnement des institutions du MSP :	48.550.000
Ad 3.5. Frais de Formation continue et Formation Initiale :	24.445.000
Ad 3.6 Vaccins, Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux :	150.000.000
Ad 3.7 Communication :	4.865.250
Ad 3.8 Information formative sanitaire:	2.203.000
Ad 3.9 Coût de programmes prioritaires	259.875.000
	sub-total
	666.223.450
	10% imprévues
	66.622.345
besoins budgétaires pour 5 ans estimés à:	732.845.795

ANNEXE II : Tableau : BESOINS ET STRATEGIES DE FINANCEMENT DU PNDS (en US \$)

(d'après une étude spécifique faite en août 2005)

PROJECTIONS DEPENSES ET CONTRIBUTIONS	2006	2007	2008	2009	2010	total
1.0 DEPENSES SANITAIRES ESTIMEES (COUTS TOTAUX)	86.288.210	107.015.534	131.771.600	176.425.432	224.366.563	727.867.339
1.1 Etat	86.288.210	107.015.534	131.771.600	176.425.432	224.366.563	
1.1.1 Investissement						
1.1.2 Fonctionnement						
2.0 CONTRIBUTIONS AU BUDGET	60.420.186	66.080.400	86.685.298	118.200.733	172.726.780	504.113.397
2.1 Etat	12.643.514	25.389.430	45.687.317	78.511.737	133.934.583	
2.2 Partenaires	47.776.672	40.690.970	40.997.980	39.688.997	38.792.197	
2.3 Autres sources (l'INSS, MRRDR ...)						
2.4 % des depenses totales en sante estimees (couts totaux)	70	62	66	67	77	
3.0 BESOINS SUPPLEM. DE FINANCEMENT (ECART)	25.868.024	40.935.135	45.086.302	58.224.699	51.639.784	223.753.942
3.2 Pourcentage des couts totaux non-couvert	30	38	34	33	23	
STRATEGIES POSSIBLES POUR COMBLER L'ECART						
1.0 PARTICIPATIONS ATTENDUES DES POPULATIONS	5.869.152	7.066.867	8.332.582	10.770.160	12.212.441	44.251.202
1.1 Assurance Maladie Obligatoire	5.869.152	6.025.345	6.191.214	6.367.507	6.555.033	
1.1.1 Secteur formel public	4.413.221	4.452.940	4.493.016	4.533.453	4.574.254	
1.1.2 Secteur formel prive	1.455.931	1.572.406	1.698.198	1.834.054	1.980.778	
1.1.3 Co-paiements						
1.2 Strategie de mutualisation	-	1.041.521	2.141.368	4.402.652	5.657.408	
1.2.1 Mutuelles rurales et secteur informel**	-	1.041.521	2.141.368	4.402.652	5.657.408	
1.2.2 Co-paiements						
2.0 L'ECART QUI RESTE A COMBLER PAR BAILLEURS DE FONDS ET AUTRES PARTENAIRES	19.998.872	33.868.268	36.753.719	47.454.539	39.427.343	179.502.740
Pourcentage des couts couverts	77%	68%	72%	73%	82%	
Pourcentage des couts totaux toujours non-couvert	23%	32%	28%	27%	18%	
2.1 Multilateraux						
2.2 Bilateraux						
2.3 Autres, ONGs ...						
EQUILIBRE?						

ANNEXE III : BESOINS BUDGETAIRES URGENTS MSP POUR L'ANNEE 2006.

1/ Les besoins en médicaments et produits qui ne font pas parti de la liste des ME et consommables médicaux:

- a) les anti-malariens (coût unitaire par cure 1,7 US) pour 1,366,400 malades (incidence 24,4% / an et avec une couverture curative de 80%).

popul.	incid.	couv.	PU	PT dollar US	PT FBU	Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
7.000.000	0,244	0,8	1,7	2.322.880	2.439.024.000	0	3.024.000.000	

* Le **Fonds Mondial** de lutte contre le paludisme contribuera en 2006 pour une valeur de 2 880 000\$ en artésan.+amodiaq.

- b) les besoins en moustiquaires imprégnées d'insecticides (femmes enceintes = 0,04; enfants <5ans = 0,188). On estime augmenter la couverture existante de 0,4 pour les femmes enceintes, et de 0,2 pour les enfants.

popul.	cibles	couv.	PU	PT dollar US	PT FBU	Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
7.000.000	0,040	0,4	5,84	654.080	686.784.000			
	0,188	0,2	4,84	1.273.888	1.337.582.400			
				1.927.968	2.024.366.400	0	1.012.183.200	1.012.183.200

* Financement déjà prévu à **50% FM, PSI et Unicef** (750.000 US\$ = 787.500.000 FBU)

- c) les médicaments ARV (à 350 US /an /pt) pour 5% des malades (= 50% couverture de 10%) vivant avec le VIH (3,5%)

popul.	incid.	couv.	PU	PT dollar US	PT FBU	Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
7.000.000	0,035	0,05	350,0	4.287.500	4.501.875.000	70.000.000	4.431.875.000	0

* le **CNLS** prévoit grande partie de ce financement

- d) les besoins en vaccins selon la définition des nécessités: routine BCG, DTC, OPV, VAR; + HeB (3\$)et Hi-type b (8\$)

popul.	enf<1an	couv.	PU	PT dollar US	PT FBU	Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
7.000.000	0,04	0,85	17,0	4.046.000	4.248.300.000	0	2.948.300.000	1.300.000.000

* Les vaccins sont financés par l'**UNICEF (500,000 US \$)** et le **GAVI (2,000,000 US \$)**.

* Les besoins concernent le matériel et la sécurité des injections restent à financer.

- e) les besoins en médicaments anti-tuberculeux (prévalence 1%) s'il y a 50% de couverture

popul.	prev.	couv.	PU	PT dollar US	PT FBU	multiresistants	Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
7.000.000	0,010	0,50	25,0	875.000	918.750.000		45.750.000	918.750.000	0

* le gouvernement prévoit acheter les médicaments pour les cas multirésistant

* le PNLT ,la CTB, le Fonds Mondial et le Fonds Père Damien prévoient le reste du financement.

- f) Les besoins en contraceptifs (la pillule) on estime une couverture de 20%; les besoins en préservatifs sont estimé par le PNSR.

	population	cible	couv.	PU\$	PT US	PT FBU	Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
F	1.400.000	popx12	0,2	0,28	940.800	987.840.000	0	987.840.000	0
H	1.400.000	popx12	0,55	0,3	2.772.000	2.910.600.000	7.000.000	2.520.000.000	383.600.000
						3.898.440.000	7.000.000	3.507.840.000	383.600.000

* Le PSI fournira 5 millions de préservatifs, le KFW achètera 3 million de pieces; les besoins estimés sont 9.250.000;

2/ Les besoins en ME et produits médicaux consommables

- a) Pour les CdS on prend comme coût minimal de traitement avec ME pour une épisode de maladie 2 US \$, et on estime une couverture curat. de 50%. Pour les hôpitaux, on estime le coût en ME pour une période d'hospitalisation à 10US \$, et on prend une couv. de 30% des besoins d'hospitalisation (évalué à 6% de la

population	cible	couv.	PU\$	PT US	PT FBU	Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
ME - CdS	7.000.000	0,50	2	7.000.000	7.350.000.000	700.000.000	2.240.000.000	5.733.000.000
ME - Hôp	420.000	0,30	10	1.260.000	1.323.000.000			
Stock Tampon au niveau des Secteurs de Santé								

* Les besoins couverts par l'UE et les autres partenaires est estimé à 2,240,000,000 FBU

* Sans prévoir un stock tampon d'une valeur d'au moins 6 mois, les multiples ruptures de stock observées actuellement vont continuer à perdurer.

- b) Pour les besoins en produits consommables médicaux (produits de soins, réactifs de laboratoire, produits pour la SO, la radiographie, etc) on fait l'estimation suivante: pour les CdS 1/3 du coût épisode maladie pour ME, pour les hôpitaux un coût égal au coût des ME

population	cible	couv.	PU\$	PT US	PT FBU	Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
ME - CdS	7.000.000	0,50	0,66	2.310.000	2.425.500.000	93.000.000	1.156.500.000	2.592.000.000
ME - Hôp	420.000	0,30	10,00	1.260.000	1.323.000.000			

* Les besoins couverts par l'UE et autres partenaires est estimé à 1,156,500,000 FBU

3/ Obligations suite au volet social et humanitaire de la PNS et de la PNDS

- a) la prise en charge de 100% des urgences obstétricales: on considère que approximativement 7,14% des grossesses auront besoin d'une césarienne (normalement entre 6 à 12 %), et que le nombre de grossesses égale à 4% de la population, alors on doit prévoir la nécessité de 20.000 césariennes. L'objectif d'atteindre une couverture de 0,8 est ambitieux, mais on doit arriver à limiter la mortalité excessive qui existe. Le coût unitaire de 35\$ par césarienne est minimal, sans inclure les ME et produits de SO de routine sans complications.

	nombre	couvert.	PU\$	coût en US \$	coût en FBU	Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
césariennes	20.000	0,80	35	560.000	588.000.000	0	0	588.000.000

pour atteindre l'objectif d'une couverture de 0,8 en césariennes il est indispensable d'augmenter le nombre de médecins capable de faire cette intervention. Si on considère par médecin par jour ouvrable une césarienne en moyenne, il faudrait à peu près 80 médecins formés en chirurgie. Maintenant il y en a moins de trente en fonction publique, plus une vingtaine engagé par des ONG et/ou projets. Pour l'engagement à court terme des médecins il faut prévoir un prime d'encouragement qui devra être payé également aux médecins de la fonction publique dans des conditions de

aspect	nbre	besoin	déficit	prime d'encouragement / contract				en FBU	Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
				\$/mois	\$/an	nouveaux	coût en US \$				
méd.chir/gyn	13	34	21	1.200	14.400	+10	331.200	347.760.000	0	0	347.760.000
méd.gén./chir	10	34	24	700	8.400	+24	285.600	299.880.000	0	0	299.880.000
équipement	20	34	14	CU équip. SO: 20 000\$				294.000.000	0	0	294.000.000

* L'engagement des médecins nécessite un équipement complémentaire dans 14 hôpitaux

- b) la prise en charge des soins aux indigents : on considère que 10% de la population se trouve dans l'incapacité de payer les soins minimaux (expérience du FED). Si leur accès aux soins est garanti, une couverture de 0,8 est une estimation basse, et un coût supplémentaire au dessus du prix des ME de 2 US\$ est à considérer (les maladies chez les personnes des classes sociales basses sont plus fréquentes et plus graves en moyenne!). La MSP subventionne les soins aux teneurs des cartes CAM

	nombre	couvert.	CU	coût en US \$	coût en FBU	Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
indigents	700.000	0,85	2	1.190.000	1.249.500.000	300.000.000	1.050.000.000	
						= CAM		

* Unicef a des fonds disponible d'une valeur de 1.000.000 US \$

- c) le subventionnement des soins aux enfants de moins de 5 ans (PCIME) est prévu dans le PNDS. On prévoit un coût supplémentaire de 1,5 US\$ au dessus du coût des ME vu la fragilité des enfants vis à vis les infections multiples (usage fréquent des AB, anti-parasitaires, etc)

	nombre	couvert.	CU	coût en US \$	coût en FBU	Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
enfants < 5ans	1.400.000	0,50	1,5	1.050.000	1.102.500.000	0	0	1.102.500.000

- d) la prise en charge des soins obstétricaux aux CdS est une stratégie du PNDS pour diminuer la morbi-mortalité maternelle et neonatale. Actuellement la couverture par les services du MSP est de 25%, on pense réaliste de la doubler si les conditions le permettent. Le coût unitaire de 10\$ est une estimation minimale, et n'inclut pas les ME nécessaires.

	nombre	couvert.	CU	coût en US \$	coût en FBU	Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
accouchem.	280.000	0,50	10	1.400.000	1.470.000.000	0	0	1.470.000.000

Pour arriver à une meilleure qualité des soins et à une meilleure accessibilités pour les parturientes, il est indispensable de responsabiliser au moins les titulaires des CdS et quelque personnel d'appui bien sélectionné. En plus, l'équipement de base dans un nombre de CdS doit être complété (tables d'accouchement etc). On estime un coût unitaire en moyenne très bas, parce que un certain nombre d'équipements existe déjà.

aspect	nbre	besoin	déficit	prime d'encouragement / contract			Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts		
				\$/mois	\$/an	sélection				cout \$	en FBU
Paramédicaux	2560	3939	1378	100	1.200	550	660.000	693.000.000	0	0	693.000.000
Autres profess	103	408	305	150	1.800	103	185.400	194.670.000	0	0	194.670.000

	nbre CdS	PU \$	pris total \$	FBU	Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
équipement	550	1.000	550.000	577.500.000	0	0	577.500.000
petite réhabil.	550	3.000	1.650.000	1.732.500.000	0	0	1.732.500.000

* La réhabilitation concernera surtout l'adduction d'eau, un incinérateur et certaines réparations.

4) Actions en relation avec l'objectif general n° 4 du PNDS: Renforcer la performance du systeme national de santé

- a) **Au niveau central du MSP** il y a nécessité de former un groupe de travail 'Santé Publique Intégrée' stratégique et fonctionnelle qui aura les termes de référence suivants: 1/ maintenir un contact étroit avec les BPS via des visites techniques de supervision formative au moins tts les deux mois. 2/ l'appui à l'organisation des équipes cadres pour les secteurs de santé. 3/ l'appui à l'organisation d'un système de formation continue appliqué par les équipes cadre des secteurs de santé avec les BPS. 4/ le renforcement du système SIS grace à un monitoring continu de la validité et de la complétude des données. En pratique, on prévoit: 4 équipes de superviseurs (2 à 3 personnes/équipe) qui visitent chacun 2 BPS par mois.

coût	C.U.	\$/mois	\$/an	en FBU/an	Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
logistique mission	100	800	9.600	10.080.000			
per diem mission	375	3.000	36.000	37.800.000			
prime responsabilité pr. méd.	800	3.200	38.400	40.320.000			
prime resp.pour param.et autres	200	1.600	19.200	20.160.000			
véhicules de supervision	25000		X2	50.000.000			
total		8.600	103.200	158.360.000	0	0	158.360.000

- b) **Au niveau intermédiaire: les BPS.** Actuellement ils ont peu de main prise sur la qualité de soins dans les CdS. Le MSP pourrait à titre expérimental développer dans 5 provinces - donc dans une dizaine de secteurs de santé - l'organisation et la guidance technique des équipes cadres pour les secteurs de santé, en ligne avec la stratégie de l'OMS pour l'organisation des services par district sanitaire. Pour ce faire, il faut prévoir dans chaque secteur de santé 'expérimental': 1/des locaux (au sein de l'hôpital de district ou dans le BSP); 2/ l'équipement de bureau (inclus informatique) de base; 3/ un dépôt pharmaceutique avec le stock tampon pour le secteur de santé; 4/ un véhicule pour les supervisions mensuelles; 5/ l'affectation et la formation du personnel de l'équipe cadre; et 6/ les frais de fonctionnement de l'équipe (supervisions, formation continue, suivi indicateurs SIS, approvisionnement régulier CdS, organisation participation communautaire, guidance pour le système de financement de soins, mutuelles communautaires, ...)

	1 secteur (en \$)	5 prov / 10 SeSa	en FBU (10 SeSa)	Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
locaux	-	-	-			
équipement	6.000	60.000	63.000.000			63.000.000
véhicule	25.000	250.000	262.500.000			262.500.000
dépôt	3.000	30.000	31.500.000			31.500.000
primes	300	3.000	3.150.000			3.150.000
fonctionn/an	10.000	100.000	105.000.000			105.000.000
total	44.300	443.000	465.150.000	0	0	465.150.000

5) Le fonctionnement des programmes nationaux

a) PNLT - Progr.Nation. de Lutte contre Tuberculose

	besoins	APD	OMS	MSP-2005		Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
fonctionnement		0	0	0		9.000.000		

b) HIV/SIDA - Prise en charge médicale; inclus le projet Soins à Domicile (OMS)

	besoins		OMS FBU	MSP-2005		Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
fonctionnement	62.630.172		0	45.000.000		48.808.763	0	13.821.409
autre	525.000.000		140.175.000	0		0	140.175.000	384.825.000

c) LMTC- lutte contre maladies transmiss. et carencielles: malnutr., schistosom., malaria. (OMS: MAL et CAH - Santé des enfants et adolescents)

	besoins		OMS	MSP-2005		Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
fonctionnement	134.646.450		183.750.000	47.500.000		57.497.140	183.750.000	
autre			244.125.000	0		0	244.125.000	

d) MPS - Maternité à moindre risque / systeme de reference et contre-reference

	besoins		OMS	MSP-2005		Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
fonctionnement			353.902.500	0		0	353.902.500	

e) Lutte contre endemo-epidemies ; OMS: CSR - Surveillance des Maladies Transmissibles

	besoins		OMS	MSP-2005		Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
fonctionnement	64.000.000		253.050.000	64.000.000		64.000.000	253.050.000	
autre				14.461.000		15.907.100		

f) EHA - Urgences et actions humanitaires

	besoins		OMS	MSP-2005		Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
autre	2.625.000.000		283.500.000	0		0	283.500.000	2.341.500.000

g) HPR - Promotion de la santé - Education et Hygiene

	besoins	UNICEF	OMS	MSP-2005		Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
fonctionnement	59.623.200			38.200.000		43.180.000	0	
autre		184.000.000	16.000.000			0	200.000.000	

h) OMS: Organisation des services de santé (OSD - HSP)

	besoins		OMS	MSP-2005		Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
fonctionnement	756.735.000		415.275.000	0		0	415.275.000	341.460.000

i) IVD (immunisation and vaccine development) - PEV

	besoins	UNICEF	OMS	MSP-2005		Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
fonctionnement	59.288.700	79.800.000		9.763.700		9.763.700	79.800.000	
autre	544.425.000	268.800.000	292.425.000	23.497.500		23.497.500	561.225.000	

j) NCD-surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques et non transmissibles (inclus maladies mentales)

	besoins		OMS	MSP-2005		Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
autre			63.000.000			0	63.000.000	

k) PNSR - santé et reproduction

	besoins		OMS	MSP-2005		Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
fonctionnement	88.046.072			43.038.851		48.399.591		39.646.481

6) Fonctionnement administrative des services du MSP

a) Le NC du MSP

	besoins			MSP-2005		Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
personnel				321.400.000		353.540.000		
fonctionnement	212.904.000			197.680.000		217.448.000		
autre						0		

b) les BPS (X17)

	besoins			MSP-2005		Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
personnel				1.562.634.283		1.718.897.711		
fonctionnement	170.000.000			27.465.438		30.211.982		139.788.018
autre						0		

c) les Hôpitaux nationaux

	CPLR	HPRC		MSP-2005		Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
fonctionnement	49.276.347	254.254.666		303.531.013		333.884.114		
autre		32.000.000				32.000.000		

d) Les Institutions Nationaux

	CAMEBU	CNPK	CTS	INSP		MSP-2005		Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
fonctionnement	31.000.000	20.000.000	144.693.500	845.582.614		1.041.276.114		1.145.403.725		
autre				345.000.000		345.000.000		379.500.000		

e) Les Hôpitaux peripheriques

	besoins	hop. Provinciaux	hop. Secteur	MSP-2005		Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
personnel						0		
fonctionnement	1.212.377.376	569.806.393	49.500.000	619.306.393		681.237.032		531.140.344
autre						0		

7. Besoins en formation, encadrement et renforcement des capacités du personnel de santé (formation discontinue et continue)

Catégorie	Nbre	CU\$	CT\$	PT (en Fbu)		Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
Méd.généralistes	68	600	40.800	42.840.000		0	0	42.840.000
paramédicaux	1340	300	402.000	422.100.000		0	0	422.100.000
Formation à l'exterieur	15	12500	187.500	196.875.000		0	0	196.875.000
Formateurs	10	3000	360.000	378.000.000		0	0	378.000.000
Total			630.300	1.039.815.000		0	0	1.039.815.000

Dans cette catégorie, on inclut la rémunération des professeurs de l'INSP et les primes pour les enseignantes des écoles paramédicales

Catégorie	Nbre	CU/pers/mois \$	coût tot/an en \$	coût tot FBU		Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
Enseignements INSP	20	1.000	240.000	252.000.000		0	0	252.000.000
Ecoles paramédicales	15	500	90.000	94.500.000		0	0	94.500.000

Besoins couverts par budget MSP	Besoins couverts par Partenaires	Besoins non couverts
6.427.926.359	23.067.250.700	28.461.599.452