

République du Burundi



*Ministère de la Santé Publique et
de la Lutte contre le SIDA*



Union Européenne

**« ETUDE SUR LES DETERMINANTS DE LA QUALITE DES SOINS OFFERTS AUX
ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS, AUX FEMMES ENCEINTES ET AUX FEMMES
QUI ACCOUCHENT DANS LES FOSA (CDS ET HD) AU BURUNDI »**

Réf ENABEL : BDI 19003_10017 du 19/08/2021

RAPPORT FINAL

Mai- 2022

EQUIPE DE CONSULTANTS « SADEV »

Dr. Gilbert BATUNGWANAYO,
Dr. Longin GASHUBIJE
Ir. André BIZOZA,
Mr Nestor SIMBARE.

REMERCIEMENTS

Au nom du Bureau d'Etude "Santé et Développement, SADEV" et au nom de toute l'équipe d'Experts qui a été alignée pour l'accomplissement de cette mission, nous tenons tout d'abord à présenter nos vifs remerciements à l'endroit du Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida et à l'ENABEL pour leur confiance et leur franche collaboration dans la réalisation de cette étude. L'aboutissement de ce travail est le fruit de la contribution de plusieurs acteurs à différentes étapes de son déroulement.

Nous adressons nos sincères remerciements aux différents hauts responsables du MSPLS au niveau central, aux différents partenaires technique et financiers en général, l'OMS, l'UNICEF, UNFPA, la Délégation de l'UE et l'équipe du Projet UE-PASS-FBP en particulier. Les échanges menés avec eux, leurs directives, avis techniques et discussions constructives nous ont permis de bien cadrer la méthodologie et conduire cette étude de façon efficace et rationnelle.

Notre reconnaissance s'adresse enfin à tous les Médecins Directeurs des quatre provinces sanitaires visitées, aux Médecins Chefs des huit Districts Sanitaires et aux responsables des différentes formations sanitaires qui ont fait objet de la collecte de données primaires et secondaires, pour leur disponibilité et franche collaboration sans lesquelles la présente *"étude sur les déterminants de qualité des soins offerts aux enfants de moins de 5 ans aux femmes enceintes et celles qui accouchent dans les CDS et HD au Burundi"*, ne pouvait être menée à bon port.

Dr. Gilbert BATUNGWANAYO,

Directeur Technique de SADE

Chef d'équipe.

TABLE DES MATIERES

0.	RESUME EXECUTIF	10
I.	INTRODUCTION	16
1.1	CONTEXTE ET JUSTIFICATION,	16
1.2	OBJECTIFS DE L'ETUDE ET RESULTATS ATTENDU.	19
1.2.1	<i>Objectifs et portée de l'étude.</i>	20
1.2.2	<i>Résultats attendus de l'étude.</i>	21
II.	METHODES	22
2.1	REVUE DOCUMENTAIRE.	22
2.2	REUNION DE CADRAGE ET VALIDATION DES OUTILS DE RECHERCHE.	23
2.3	PROCEDURE ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES.	24
2.3.1	<i>Entretien semi-structuré</i>	24
2.3.2	<i>Enquête et audit clinique dans les formations sanitaires, FOSA.</i>	25
2.3.3	<i>Discussion en groupe ou Focus group.</i>	26
2.3.4	<i>Assurance de la qualité des données</i>	26
2.4	TRAITEMENT, ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES.	28
2.4.1	<i>Outils de traitement d'apurement et d'analyse des données</i>	29
2.4.2	<i>Apurement, Traitement et Analyse des données</i>	29
2.5	ORGANISATION DU TRAVAIL	29
2.5.1	<i>Recrutement et formation des enquêteurs</i>	29
2.5.2	<i>Pré-test des outils de collecte des données</i>	30
2.5.3	<i>Échantillonnage et recrutement des répondants</i>	30
III.	RESULTATS DE L'ETUDE ET DISCUSSION.	33
3.1	AVANT-PROPOS.	33
3.2	CARACTERISTIQUES GENERALES DES FORMATIONS SANITAIRES ENQUETEES.	34
3.2.1	<i>Population couverte et capacités hospitalière des FOSA enquêtées.</i>	34
3.2.2	<i>Aire de responsabilité, ressources humaines et capacités des FOSA enquêtées.</i>	35
3.3	PRESTATIONS DE SERVICES ET SOINS AUX FEMMES ENCEINTES.	38
3.3.1	<i>Services d'IEC et fréquences des CPN au niveau des CDS</i>	38
3.3.2	<i>Disponibilité des services de CPN au niveau des CDS.</i>	40
3.3.3	<i>Audit des dossiers pour CPN et soins maternels au niveau des FOSA enquêtés.</i>	42
3.4	ACCOUCHEMENT ET PÉRIODE PÉRINATALE	46
3.4.1	<i>Accouchement en milieu de soins au niveau des CDS</i>	46
3.4.2	<i>Accouchement en milieu de soins au niveau des HD</i>	48
3.4.3	<i>Audit des dossiers pour accouchement au niveau des FOSA enquêtées.</i>	50
3.5	SYSTEME DE REFERENCE ET CONTRE REFERENCE (SRCR).	51
3.6	SONE/SONUB, PF ET SURVEILLANCE DES DECES MATERNELS, PERINATALS ET RIPOSTE.	53
3.6.1	<i>Disponibilité des prestataires formés en SONE, SONU, PF et SDMPR.</i>	53
3.6.2	<i>Disponibilité des services SONU</i>	55
3.6.3	<i>Disponibilité des services de SDMPR dans les HD</i>	57
3.7	CONSULTATION POST NATALE ET VACCINATION DE LA FEMME ET DE L'ENFANT	58
3.7.1	<i>Services de consultations post-natales.</i>	58

3.7.2	<i>Services de vaccination aux enfants et aux femmes.</i>	59
3.8	PRESTATION DE SOINS AUX ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	60
3.8.1	<i>Utilisation des FOSA par les enfants de - de 5 ans et contrôle des infections.</i>	60
3.8.2	<i>Services de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant, PCIME.</i>	65
3.8.3	<i>Suivi de la croissance et prise en charge nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans au niveau des CDS.</i>	68
3.8.4	<i>Suivi de la croissance des enfants de moins de cinq ans et prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes ou allaitantes au niveau des HD.</i>	68
3.9	SUIVI DES ACTIVITES COMMUNAUTAIRES (GASC) PAR LE CDS	69
3.9.1	<i>Notification des décès maternels au niveau communautaire</i>	69
3.9.2	<i>Récupération des abandons.</i>	69
3.9.3	<i>Suivi de la croissance des enfants à domicile</i>	70
3.10	FINANCEMENT BASE SUR LES PERFORMANCE (FBP) COUPLE A LA GRATUITE ET CARTE D'ASSISTANCE MEDICALE (CAM).	70
3.10.1	<i>Au niveau des CDS</i>	70
3.10.2	<i>Au niveau des HD</i>	72
IV.	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	74
4.1	CONCLUSION	74
4.2	RECOMMANDATIONS	77
4.2.1	<i>Au MSPLS et ses partenaires :</i>	77
4.2.2	<i>Aux Provinces sanitaires et Bureaux des Districts Sanitaires (PS & BDS)</i>	78
V.	REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE	79
VI.	ANNEXES.	82
6.1	TERMES DE REFERENCE POUR LA MISSION.	82
6.2	OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES.	82

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. FORMATIONS SANITAIRES AYANT PARTICIPE A L'ETUDE. -----	31
TABLEAU 2. POPULATION DESSERVIE, CAPACITE HOSPITALIERE ET RESSOURCES HUMAINES DES HOPITAUX DE DISTRICT HD ENQUETES. -----	36
TABLEAU 3 : POPULATION DESSERVIE ET CAPACITE HOSPITALIERE DES CDS ENQUETES -----	37
TABLEAU 4 : DISPONIBILITE DES RH DANS LES CDS ENQUETES. -----	38
TABLEAU 5 : NIVEAU DE SENSIBILISATION ET DE RECOURS AUX SERVICES DE CPN DANS LES CDS ENQUETES. -----	39
TABLEAU 6 : DISPONIBILITE DES SERVICES EN CPN AU NIVEAU DES CDS ENQUETES -----	41
TABLEAU 7 : EXAMENS DE ROUTINE ET INTEGRATION DE LA PCIME EN CPN DANS LES CDS VISITES -----	42
TABLEAU 8 REPARTITION DES DOSSIERS DES FEMMES ENCEINTES OU QUI ACCOUCHEMENT AUDITES. -----	43
TABLEAU 9 : DISPONIBILITE DE LA PRISE DE PARAMETRES SELON LES DOSSIERS AUDITES EN CPN (N=83) -----	44
TABLEAU 10 : EXAMENS DE ROUTINE ET TRAITEMENTS PREVENTIFS EN CPN POUR LES DOSSIERS AUDITES (N=83). -----	45
TABLEAU 11 : PROPORTION DE SERVICES ET SOINS RELATIFS A L'ACCOUCHEMENTS DISPONIBLES DANS LES CDS -----	46
TABLEAU 12 : PROPORTION DE SERVICES ET SOINS RELATIFS A L'ACCOUCHEMENTS DISPONIBLES DANS LES HD -----	49
TABLEAU 13 : RESULTATS DE L'AUDIT DES DOSSIERS EN MATERNITE DANS LES HD DES PROVINCES VISITEES (N=60) -----	51
TABLEAU 14 : SERVICES RELATIFS AU SYSTEME DE REFERENCE ET CONTRE REFERENCE, SRCR, DANS L'HD -----	52
TABLEAU 15 : CAPACITE DE PRESTATION DE SOINS OBSTETRIQUES ET NEONATALS ESSENTIELS, D'URGENCE ET DE PLANIFICATION FAMILIALE AU NIVEAU DES CENTRES DE SANTE VISITES. -----	53
TABLEAU 16. CAPACITE DE PRESTATION DES SERVICES DE SONU ET LA STRATEGIE DE SURVEILLANCE DES DECES MATERNELS, PERINATALS ET RIPOSTE AU NIVEAU DES HOPITAUX DE DISTRICT HD. -----	54
TABLEAU 17. DISPONIBILITE DES FONCTIONS DE SOINS OBSTETRIQUES ET NEONATALS D'URGENCE DE BASE (SONUB) AU NIVEAU DES CDS VISITES. -----	55
TABLEAU 18. PROPORTION DES NAISSANCES VIVANTES, DECES MATERNELS DECES PERINATALS DANS LES HD -----	56
TABLEAU 19. SERVICES DE SURVEILLANCE DES DECES MATERNELS, PERINATALS ET RIPOSTE (SDMPR) AU HD VISITES. --	57
TABLEAU 20 : DISPONIBILITE DES SERVICES POUR LA CONSULTATION POST NATALE (CPoN) AU NIVEAU DES CDS. -----	58
TABLEAU 21. DISPONIBILITE DES SERVICES EN CPoN SELON LES RESULTATS DE L'AUDIT DES DOSSIERS (N=44) -----	59
TABLEAU 22. DISPONIBILITE ET CAPACITE DES SERVICES DE VACCINATION AUX ENFANTS ET AUX FEMMES -----	60
TABLEAU 23 : CONSULTATIONS CURATIVES DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS, DEPISTAGE DU VIH ET CONTROLE DES INFECTIONS DANS LES CDS. -----	61
TABLEAU 24. CONSULTATIONS CURATIVES DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS, DEPISTAGE DU VIH ET CONTROLE DES INFECTIONS DANS LES HD. -----	62
TABLEAU 25. NOMBRE DE FICHES DES ENFANTS AUDITEES PAR PROVINCE ET PAR TYPE DE FOSA (N=116) -----	63
TABLEAU 26. DISTRIBUTION DES PATIENTS SELON LEUR ORIGINE DU PATIENT (N=116) -----	63
TABLEAU 27 : DISTRIBUTION DES PATIENTS : ANCIEN OU NOUVEAU CAS (N=116). -----	63
TABLEAU 28. PRISE DE PARAMETRE ET DISTRIBUTION DES PATIENTS SELON LE SEXE (N=116) -----	64
TABLEAU 29 DISPONIBILITE DES EXAMENS DE LABO SELON LES RESULTATS DE L'AUDIT (N=116) -----	64
TABLEAU 30. DISPONIBILITE DES PRESTATIONS DE PCIME AU NIVEAU DES CDS. -----	65
TABLEAU 31. DISPONIBILITE DES PROTOCOLES, MEDICAMENTS ET PRODUITS DE SANTE EN PCIME AU NIVEAU DES HD -	66
TABLEAU 32. DIFFICULTES A PRENDRE EN CHARGE LES CAS SELON L'APPROCHE PCIME DANS LES HD -----	67
TABLEAU 33. DIFFICULTES A PRENDRE EN CHARGE LES CAS SELON L'APPROCHE PCIME AU NIVEAU DES CDS -----	68
TABLEAU 34. POIDS RELATIF DES FINANCEMENTS FBP-G/CAM DANS LE FONCTIONNEMENT DES CDS VISITES ET LA MOTIVATION DU PERSONNEL A TRAVERS L'OUTIL INDICE -----	71
TABLEAU 35. POIDS RELATIF DES FINANCEMENTS FBP-G/CAM DANS LE FONCTIONNEMENT DES HD VISITES ET LA MOTIVATION DU PERSONNEL A TRAVERS L'OUTIL INDICE. -----	72

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : CADRE DE REFERENCE DE L'OMS POUR LA QUALITE DES SOINS MATERNELS ET NEONATALS. -----	34
FIGURE 2 : REPARTITION DES FORMATIONS SANITAIRES VISITEES /ENQUETES SELON LES SECTEURS. -----	35
FIGURE 4 : RESULTATS DE L'AUDIT DES FICHES DE LA MATERNITE DANS LES PROVINCES VISITEES (N=60)-----	50
FIGURE 5 : BUDGET MENSUEL DE FONCTIONNEMENT PAR CDS ET NIVEAU DES ARRIEREES FBP-G ET CAM -----	71
FIGURE 6 : BUDGET MENSUEL DE FONCTIONNEMENT PAR HD ET NIVEAU DES ARRIEREES FBP-G ET CAM-----	73

LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1 : RESSOURCES HUMAINES INTERVENANT DANS LES SOINS DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS ET FEMMES ENCEINTES OU QUI ACCOUCHENT DANS LES HD PAR PROVINCE (N=4).-----	37
GRAPHIQUE 2 : DISPONIBILITE DE LA PRISE DE PARAMETRES EN CPN-1 SELON LES DOSSIERS AUDITES (N=83) -----	44
GRAPHIQUE 3 : DISPONIBILITE DES EXAMENS DE ROUTINE ET TRAITEMENTS PREVENTIFS EN CPN-1 -----	45

SIGLES ET ABREVIATIONS.

1	AC	Ancien Cas
2	ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
3	APGAR	Apparence, Pouls, Grimace, Activité, Respiration
4	AR	Aire de Responsabilité
5	ARV	Antirétroviraux
6	ASC	Agents de Santé Communautaire
7	ASLO	Association Locale
8	BDS	Bureau de District Sanitaire
9	BPS	Bureau Provincial de Santé
10	CA	Conseil d'Administration
11	CAM	Carte d'Assistance Médicale
12	CDS	Centre de Santé
13	COGES	Comité de Gestion de Santé
14	CORDAID	Catholic Organization for Relief and Development Aid
15	COSA	Comité de Santé
16	CTSE	Comité Technique de Suivre de l'Etude
17	CPN	Consultation Prénatale
18	CPoN	Consultation Post natale
19	CPPS	Coordonnateur Provincial de la Promotion de la Santé
20	CPVV	Comité Provincial de Vérification et de Validation
21	CT-FBP	Cellule Technique Nationale chargée du Financement Basé sur la Performance
22	CTB	Coopération Technique Belge
23	DGOSA	Direction Générale de l'Offre des soins de la médecine moderne et traditionnelle, de l'alimentation et des Accréditations
24	DGP	Direction Générale de la Planification
25	DGSSLS	Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le Sida
26	DGR	Direction Générale des Ressources
27	ENABEL	Agence Belge de Développement
28	EAC	East African Community
29	ECBU	Examen cyto bactériologique des urines
30	FG	Focus Groupe
31	FAP	Femme en Age de Procréer
32	FBP	Financement Basé sur la Performance
33	FED	Fonds Européen de Développement
34	FOSA	Formations Sanitaires
35	FR	Fréquence Cardiaque

36	HR	Hors District
37	HP	Hors Pays
38	iCCM	Integrated Community Case Management
39	GASC	Groupement d'Agents de Santé Communautaires
40	IDH	Indice de Développement Humain
41	IEC/CC	Information, Education, Communication pour le Changement de Comportement
42	IMC	Indice de Masse Corporelle
43	ISF	Indice Synthétique de Fécondité
44	ISTEEBU	Institut des Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi
45	JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale
46	IV	Intraveineuse
47	HD	Hôpital de District
48	MCDS	Médecin Chef de District Sanitaire
49	MDPS	Médecin Directeur de la Province Sanitaire
50	MIILDA	Moustiquaires imprégnées d'Insecticides à longue durée d'action
51	MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA
52	Nb	Nombre
53	NC	Nouveau Cas
54	NN	Nouveau-né
55	NR	Non Renseigné
56	OAG	L'Observatoire de l'Action Gouvernementale
57	OMD	Objectif du Millénaire pour la Développement
58	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
59	ONG	Organisation Non Gouvernementale
60	PB	Périmètre Brachial
61	PEV	Programme Elargi de Vaccination
62	PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
63	PCIME	Prise en charge Intégrée des maladies de l'enfant
64	PCR	Réaction en Chaîne par Polymérase
65	PCI	Comité Prévention et du Contrôle des Infections
66	PF	Planification Familiale
67	PMA	Paquet Minimum d'Activités
68	PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
69	PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
70	PNILP	Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme
71	PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
72	PRONIANUT	Programme National Intégré d'Alimentation et de Nutrition
73	PSI	Population Service International

74	PTF	Partenaires Techniques et Financiers
75	PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
76	RCR	Référence et Contre Référence
77	RDMPR	Revue des Décès Maternels, Périnataux et Riposte
78	SADEV	Santé et Développement
79	SARA	Service Availability and Readiness Assessment
80	SDMPR	Surveillance des Décès Maternels Périnataux et la Riposte
81	SONE	Soins Obstétrico-Néonataux essentiels.
82	SONU	Soins Obstétrico-Néonataux d'Urgence
83	SONUB	Soins Obstétrico-Néonataux d'Urgence de Base
84	SONUC	Soins Obstétrico-Néonataux d'Urgence Complet
85	SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
86	SPT	Stratégies Plainte-Traitement
87	SRMNIA	Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, Infantile et de l'Adolescent
88	SRCR	Système de Référence et Contre Référence
89	TPS	Technicien de Promotion de Santé
90	TDR	Termes de Référence
91	UE-PASS	Union Européenne-Programme d'Appui au Système de Santé
92	UNDP	Programme des Nations Unies pour le Développement
93	UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
94	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
95	USAID	Agence des Etats -Unis pour le développement international
96	VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

0. RESUME EXECUTIF

Depuis 2006, le Gouvernement du Burundi a adopté à travers le Décret n°100/136 du 16 Juin 2006, la mesure présidentielle de subventionner les soins de santé offerts aux enfants de moins de 5 ans, aux femmes enceintes et à celles qui accouchent dans les FOSA publiques et assimilées. Cette "Politique de gratuité ciblée de soins" mise en application par l'Ordonnance Ministérielle n°630/848 du 06/09/2006 s'est heurté dès le début à beaucoup de difficultés conduisant à une dégradation de la qualité des soins.

C'est ainsi qu'en 2010 le Gouvernement du Burundi et ses Partenaires Techniques et Financiers ont convenu d'associer la politique de gratuité de soins ciblés à la stratégie FBP lors de sa mise à l'échelle nationale. Cela a permis, pendant une certaine période, quelques avancées. En plus de l'amélioration de l'accès financière due à la gratuité des soins, plusieurs autres efforts pour améliorer la qualité des soins ont été fournis par le Gouvernement et ses partenaires.

Cependant, une étude commanditée par le MSPLS en collaboration avec ENABEL, dans le cadre du programme UE-PASS-FBP, 11^{ème} FED, en Octobre 2019 pour évaluer l'effectivité de la gratuité ciblée des soins aux enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et celles qui accouchent dans les FOSA au Burundi a montré que la mesure de gratuité était **peu effective** et que la disponibilité et la qualité des soins et services de santé restait encore faible. Aussi, selon le rapport annuel FBP-Gratuité 2020, le score moyen de qualité technique tend à chuter entre 2018 et 2020, de 67% à 66% au niveau des CDS et de 81% à 78% pour les HD.

Compte tenu de cette situation, et sur base de l'expérience de la mise en œuvre de la 1^{ère} phase du Programme UE-PASS-FBP et de l'adoption du « Manuel des procédures pour la mise en œuvre du FBP, seconde génération, couplée à la gratuité des soins » la 2^{ème} phase dudit programme a mis un accent particulier sur l'amélioration de la qualité des soins dans les FOSA, surtout au niveau des CDS et des HD.

C'est dans ce contexte que le MSPLS à travers le programme UE-PASS-FBP-II a commandité la présente étude pour identifier les déterminants de la qualité des soins offerts aux enfants de moins de cinq ans, aux femmes enceintes et celles qui accouchent dans les FOSA (CDS et HD) y compris les pathologies liées à la grossesse.

L'objectif général de l'études est de contribuer à l'amélioration de la qualité des services et soins de santé offerts aux enfants de moins de 5 ans, aux femmes enceintes et qui accouchent au niveau des formations sanitaires à travers une meilleure identification des déterminants et une formulation des recommandations.

Il s'agit d'une étude transversale descriptive menée dans 4 provinces représentant toutes les régions du Pays à savoir Bubanza à l'Ouest, Kirundo au Nord, Muranvya au Centre-Est et Makamba au Sud. Dans chacune de ces provinces, 2 DS dont l'un au chef-lieu de la province et deux CDS par DS ont été échantillonnés pour la collecte des données. La méthodologie adoptée telle que validée par le Comité Technique de Suivi de l'Etude, CTSE, combine des approches

quantitatives et qualitatives. L'étude a été réalisée dans vingt et quatre (24) FOSA, dont huit Hôpitaux de District et 16 Centres de Santé et est arrivée aux **principaux résultats suivants**.

La population totale de l'aire de responsabilité des 8 HD enquêtés a été estimée à 1.969.989 personnes soit environ 15 % de la population burundaise, tandis que celle desservie par les CDS enquêtés était d'environ 307.097 personnes. La population moyenne de l'aire de responsabilité par HD et par CDS enquêtés est respectivement de 246 249 et 19.194 habitants. Le nombre moyen de lits d'hébergement était de 9 lits pour les CDS visités. Les hôpitaux visités disposaient 0,59 lits pour 1000 habitants, soit une régression d'environ 30% par rapport à l'année 2014. Les HD disposent d'un infirmier pour 4.320 habitants, un médecin pour 41.042 habitants et une sage-femme pour 14.590 femmes en âge de procréer. Aucun des 8 HD enquêtés ne dispose ni d'un gynéco-obstétricien ni d'un pédiatre. Ces HD sont dotés en moyenne de six médecins généralistes et quatre sages-femmes avec cependant en moyenne, une trentaine d'auxiliaires infirmiers (niveau A3). Ceci pourrait être la cause de la surcharge de travail des infirmiers avec comme conséquence une baisse de la qualité des soins.

L'étude a permis de constater que la moyenne des résultats obtenus sur 50% des CDS performants et 50% des CDS les moins performants dans chaque DS est relativement bonne pour ce qui est du taux de CPN-2-4 estimé à 83%. Cependant, les femmes qui ont effectué la consultation prénatale précoce étaient encore peu nombreuses, soit 26% des grossesses attendues. La Province Muramvya se trouvent en dernière position avec un taux moyen de CPN précoce à 21%.

Selon les bénéficiaires, qui ont participé aux FG, le faible taux de fréquentation des services de CPN précoces au niveau des CDS, pourrait être lié au mauvais accueil des prestataires plutôt très occupés par leurs téléphones portables, au manque d'informations et faible sensibilisation sur l'importance des CPN précoces et aux valeurs socio-culturelles qui poussent les femmes à cacher leurs jeunes grossesses autant que possible. Aussi, 40% des CDS visités n'offrent pas certains des services indispensables aux femmes venues en première consultation prénatales, CPN1. C'est le cas avec la prise des paramètres (poids, taille et température...) et l'administration de certains médicaments notamment pour la prévention de l'anémie. Ce manque d'intérêts pour la prise des paramètres déclarée par les responsables des CDS visités a été objectivée à travers les audits cliniques réalisés aux mêmes FOSA.

L'intégration des services de suivi de la croissance et le développement psychomoteur de l'enfant a été fait dans seulement 19% des FOSA. Par rapport aux examens de routine en CPN, aucun des 16 CDS ne pratiquait le dépistage du cancer du col utérin. Sur 83 dossiers audités en CPN, 11 femmes (13%) ont bénéficié des tests de syphilis et seulement 3 femmes (4%) ont bénéficié respectivement des tests du VIH et ceux des hépatites. En matière de soins préventifs en CPN, si 94% des CDS offrent des soins et services préventifs contre le paludisme, le niveau de **la prévention contre l'anémie sur grossesse est très faible**. En effet l'acide folique et les comprimés de fer étaient disponibles respectivement dans 38% et 44% des CDS visités. Cette situation expliquerait en partie, l'ampleur de l'anémie chez les femmes enceintes et la mortalité maternelle liée à l'hémorragie du post partum.

Les bénéficiaires s'exprimant au cours des focus group ont rapporté que les examens de laboratoire n'étaient pas toujours disponibles aux CDS et qu'ils se faisaient le plus souvent dans des laboratoires privés ou confessionnels ou alors abandonné, auquel cas l'intéressé se contenterait d'un traitement présomptif. La PCIME au cours des séances de CPN était pratiquée dans seulement 50% des CDS et concerne essentiellement la vérification de l'état nutritionnel, la croissance et le développement psychomoteur de l'enfant (50%) et moins la vérification du calendrier vaccinal (25%).

Selon l'étude, le taux d'utilisation des partogrammes lors de la surveillance du travail pour des accouchements eutociques est faible avec une moyenne de 54%. La province de Muramvya et celle de Bubanza affichent de bons résultats, respectivement de 90% et 79%, au moment où les CDS de Kirundo n'utilisent que rarement les partogrammes, soit un taux de 20%. La proportion des accouchements par césarienne dans les 8 HD des provinces visitées est dans les limites acceptables, de 8%. Aussi, sur un nombre moyen de 1244 accouchements assistés au cours du 2^{ème} semestre 2021 par les HD, seules 29 femmes, soit 2,33%, sont sorties avec une méthode de planification familiale. En fin, l'étude a constaté que la stratégie de chirurgie de district n'est pas encore bien fonctionnelle et que les supervisions des HD par le niveau central sur ce volet sont très rares.

Entre autres raison de la faible qualité des services de maternité, les bénéficiaires ont évoqué (i) le mauvais accueil notamment dû au fait que les prestataires se laissent souvent détourner par les communications sur réseaux sociaux au détriment des parturientes en plein travail d'accouchement si bien que certaines femmes accouchent au lit ou par terre. Cette faible qualité des prestations relatives à l'accouchement pousse de plus en plus les femmes à recourir aux services des accoucheuses traditionnelles. Par ailleurs, les prestataires de services de maternité ont, eux-mêmes, affirmé leur insatisfaction par rapport à la qualité des supervisions du niveau hiérarchique (BDS et BPS). Selon eux, certains membres des équipes cadres ne seraient pas à la hauteur de leurs attentes en termes d'encadrement et de coaching, pour leur permettre d'offrir des prestations de qualité aux femmes enceintes et celles qui accouchent.

Selon les résultats de cette étude, le système de référence et contre référence existe et est théoriquement gratuit au niveau de tous les Hôpitaux de District des provinces sanitaires visitées. Cependant, seuls les HD de la province Bubanza ne posent aucune condition pour les bénéficiaires du transport et soins en cas de référence, alors que tous les autres HD posent la condition d'avoir payé la cotisation annuelle pour la carte d'ambulance (63%) ou d'être résident de l'aire de responsabilité et avoir acheté la carte d'ambulance (13%). La cotisation annuelle pour la carte d'ambulance exigée à la communauté était appliquée de manière différente. Interrogés sur les aspects à améliorer pour rendre le SRCR plus performant, la plupart des responsables des Hôpitaux de District ont suggéré entre autres : l'amélioration de la gestion et gouvernance du système (25%), l'équipement des ambulances en matériel médical adapté et la formation des ambulanciers (13%) etc.

Parmi les facteurs les plus déterminant dans l'offre des SONE/SONU figurent la disponibilité des ressources humaines compétentes, des médicaments, équipements, consommables et autres intrants. Dans 69% des CDS visités, il y avait au moins un infirmier formé en SONE, SONUB et ou

en TC. Tous les CDS enquêtés réalisent des accouchements, mais cette étude a montré que leurs capacités aussi bien en SONE (69%) qu'en SONUB (38%) est encore faible. Les fonctions SONUB, les plus offertes (75%) sont : l'administration en IV d'antibiotiques, l'administration IV d'ocytocique, et la réanimation néonatale de base. La fonction d'accouchement avec ventouse obstétricale est quasi absente dans presque tous les centres de santé alors que l'administration IV d'anticonvulsivant et l'évacuation utérine par aspiration manuelle intra-utérine sont pratiquées respectivement dans 50% et 37% seulement des CDS visités. Cette faible disponibilité des fonctions SONUB s'expliquerait entre autres par l'insuffisance des ressources humaines formées en SONUB (38%).

Selon les normes sanitaires du pays, tous les HD doivent offrir des SONUC. Cependant l'étude a montré que sur 8 HD des quatre provinces visitées, 6 seulement disposaient des prestataires formés en SONUC, soit 75%. Un des 2 HD à Kirundo et à Muramvya ne disposait pas de prestataire formé en SONUC lors de la visite pour cette étude. Aussi, tous 2 HD de Kirundo disposaient d'aucun prestataire formé en SDMPR.

Au niveau des HD enquêtés, sur un total des moyennes des naissances vivantes de 4539 enregistrées, on déplore 10 décès maternels et 368 décès périnataux (soit 8%) dont deux cent et seize à Kirundo seulement. Il apparaît que les FOSA enquêtées dans la province de Kirundo, enregistraient un taux de mortalité périnatale très alarmant. **Cette situation serait la conséquence des faiblesses de ladite province en SONU et dans l'utilisation des partogrammes d'une part et des difficultés dans la mise en œuvre de la stratégie de SDMPR, d'autre part.**

Aussi, selon cette étude, sur 260 accouchements par ventouses réalisés au cours du 2^{ème} semestre 2021 par les 8 HD, ceux de Kirundo ont, à eux seuls, utilisé cet instrument pour 204 accouchements, soit 78%. Au cours de la même période, sur 368 cas de décès périnataux (28SA-28J) enregistrés dans les 8 HD, 216, soit 59% l'ont été dans les 2 HD de Kirundo. Ainsi, à côté d'autres faiblesses ci-haut mentionnées dans cette province, cette situation a attiré notre attention et nous amènent à formuler une hypothèse selon laquelle, **l'utilisation probablement intempestive des ventouses au sein des HD de Kirundo serait à l'origine du nombre important des décès périnataux.**

Globalement, si 90% des décès maternels notifiés au cours du 2^{ème} semestre 2021 par les 8 HD ont fait objet de revue, **seulement 23% des décès néonataux notifiés ont été audités.** La situation était plus inquiétante dans les HD de Kirundo qui ont enregistré près de 60% de ces décès néonataux mais qui n'ont réalisé la revue /audit pour aucun de ces décès, au moment où 100% des décès néonataux notifiés (31 cas) dans les HD de Bubanza ont été tous audités. Les taux d'audit des décès néonataux pour les HD de Makamba et ceux de Muramvya respectivement de 48% et 40% sont encore faibles. **Aucun décès périnatal n'a été ni notifié ni audités.**

Cette étude a également constaté qu'au cours du 2^{ème} semestre 2021, un seul HD sur les huit enquêtés, a reçu une mission de supervision relative à la stratégie de SDMPR.

Pour ce qui est des **consultations postnatales (CPoN)** dans les 15 jours post partum, la disponibilité des services est relativement bonne avec une moyenne globale de 76%. Ce taux varie de 62% pour les FOSA visitées dans Bubanza à 89% pour celles de Muramvya. La proportion des femmes qui ont adhéré à la contraception moderne dans les 16 CDS ayant participé à cette étude, était très faible, soit un taux de 5%. Si la plupart des services à fournir en consultation post partum l'ont été dans plus de 50% des CDS, l'étude a constaté, que d'autres étaient assurés par moins de 30% des CDS, c'est le cas de la surveillance de l'involution utérine 25% et la recherche des fistules obstétricales pratiquées uniquement par 19% des CDS enquêtés. Selon les résultats de l'audit, les services de CPoN sont insuffisants car pour seulement 20% des dossiers audités en CPoN les femmes ont été examinées à la recherche des fistules ou des lochies. Chez le nouveau-né, seuls 14% ont été examinés à la recherche des infections puerpérales et 27% à la recherche des infections du bébé. Le VIH a été testé pour 14% Nouveau-né seulement et aucun nouveau-né n'a bénéficié de recherche de malformations.

Les services de vaccination aussi bien pour les enfants que pour les femmes sont dispensés au niveau de tous les 16 centres de santé visités. Cependant, l'absence des directives sur la vaccination et de personnel formé sur les modules de PEV représente respectivement 19% et 13% des CDS enquêtés. Aussi, la vérification du calendrier vaccinal des enfants lors des autres occasions de contact comme les CPN n'est pas encore un réflex systématique des prestataires au niveau des CDS. La durée d'hospitalisation moyenne est 2,6 jours au niveau des CDS où l'absence des rapports des comité PCI dans tous les 16 CDS remet en doute le fonctionnement de ces comités pourtant indispensables pour assurer la qualité des prestations de soins dans une FOSA. Au niveau des HD, l'inefficacité constaté dans le fonctionnement de ces comité PCI serait en partie préjudiciable à la qualité, non seulement des prestations de soins au niveau des HD, mais aussi des activités de supervision des CDS.

Au niveau des CDS, le taux moyen d'utilisation des services curatifs par les enfants de moins de 5ans est de 15, ce qui est faible par rapport à la moyenne nationale de 416, selon l'annuaire statistique 2020. A l'opposé, ce taux est supérieur à la norme de 10 recommandée selon le manuel des procédures FBP. Cette situation sous-entend que le circuit du malade, qui préconise qu'en général les HD ne reçoivent que des cas transférés des CDS, n'est pas suffisamment respecté dans les Districts Sanitaires visités.

Bien que le Comité Prévention et du Contrôle des Infections (CPCI) existe au niveau de tous les 8 HD, aucun n'a pu présenter un seul rapport d'activités ou PV de réunion dudit Comité. Dans 54% des dossiers audités en pédiatrie, les prestataires n'avaient pas mentionné que l'enfant consulte pour un nouvel épisode de maladie ou pas. La prise des paramètres chez l'enfant comme le poids, la taille et la température sont pris dans la moyenne des dossiers pour enfants audités. Par contre en dépit de la forte prévalence de la malnutrition, les paramètres comme l'IMC et le PB semblent être négligés probablement par manque d'équipements ou par surcharge du travail. Bien que la règle veuille qu'en cas de fièvre chez l'enfant, la GE soit systématique, cet examen a été réalisés dans 19% des cas audités et le test de dépistage rapide dans 17 % des cas. Selon les données de cette étude, la disponibilité des ressources humaines formées en PCIME dans les CDS est en moyenne de 69%.

L'insuffisance des ressources humaines formées et la fréquence des ruptures en médicaments et autres produits de santé pour la PCIME auraient un impact négatif sur la qualité de l'offre des prestations aux enfants de moins de cinq ans. La situation des RH et des services de PCIME au niveau des HD n'est pas très différente de celle qui prévalait au sein des CDS.

Le service de suivi de la croissance de l'enfant d'une part et de suivi et prise en charge nutritionnelle des enfants d'autre part, constituent une pierre angulaire dans le continuum des soins de qualité pour les enfants des enfants de moins de 5ans. Ainsi, vu l'ampleur de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le pays, tous les CDS devraient disposer d'un service de suivi de la croissance et de prise en charge nutritionnelle des enfants, des femmes enceintes et celles allaitantes.

Les résultats de cette étude montrent que 7/16 CDS ont conclu des contrats avec les GASC correspondants et que un système de notification des décès maternels, périnataux au niveau communautaire existe au tour de 8/16 CDS enquêtés, soit 50%. Cependant, aucun cas de décès maternel et périnatal n'a été notifié au cours du 2^{ème} semestre 2021, ce met en doute ce système.

La situation financière des FOSA fait partie des facteurs de qualité de la prestation des soins ciblés par la gratuité. En effet c'est avec des recettes issues des paiements directs et des factures du FBP et de la CAM et d'autres systèmes d'assurance maladie que les FOSA payent le personnel contractuel et s'approvisionnent en médicaments. Cependant, la présente étude a constaté que toutes les FOSA enquêtées se plaignaient de l'irrégularité et des délais prolongés avant le paiement des factures FBP/Gratuité et CAM. Comme le montrent les figures 4 et 5 du présent rapport, la grande partie des arriérées est constitué des factures de la CAM pour les CDS et des factures FBP-gratuité pour les Hôpitaux de District. La moyenne globale des arriérées correspondait à 14 mois au niveau des 16 CDS enquêtés. Aussi, l'étude a analysé le temps écoulé après la dernière utilisation de l'outil indice pour paiement de la prime de motivation du personnel. Selon les données présentées au tableau 34, cette période est longue pour les CDS, variant de 11 mois à Muramvya à 40 mois à Makamba.

Au niveau des HD, la moyenne globale des arriérés constituées surtout des factures FBP-G est de 11 mois de fonctionnement d'un HD et varie de cinq mois à Muramvya à 21 pour Makamba. En ce qui concerne le temps écoulé après la dernière utilisation de l'outil indice pour paiement de la prime de motivation du personnel, les résultats de cette étude, tableau 35, montrent que cette période était moins longue par rapport aux CDS et varie de 1 mois à Muramvya et Kirundo à 11 mois à Bubanza.

Cette situation de dépendance des FOSA aux factures du FBP-G et CAM combiné à l'irrégularité des paiements affaiblie la trésorerie et serait à la base d'un mauvais fonctionnement des FOSA par démotivation du personnel, rupture des médicaments et autres produits de santé ainsi que la difficulté d'amélioration du plateau technique (achat des équipement, produits d'hygiène, réhabilitation des infrastructures, etc.). Ainsi, la disponibilité des recettes générées par les FOSA constitue un des facteurs importants dans la qualité des prestations.

I. INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION,

Le Burundi est un pays situé dans la région des Grands Lacs Africains, à cheval entre l’Afrique de l’Est et l’Afrique Centrale, avec un grand rivage sur le lac Tanganyika, sa superficie incluant la surface des eaux territoriales est de 27.834 km². C’est un pays enclavé sans accès à la mer. Membre de l’East African Community (EAC) depuis juillet 2007, le Burundi est entouré par la République démocratique du Congo à l’Ouest, le Rwanda au Nord, et la Tanzanie à l’Est et au Sud. Selon les projections réalisées par l’ISTEEBU, sa population serait de 12 837 742¹ habitants dont 50,7% de femmes et 49,3% d’hommes et pourrait atteindre 14,9 millions d’habitants en 2030² (PND 2018-2027) avec un taux d’accroissement naturel de 2,4% par an. Selon le rapport du PNUD, le Burundi est classé à la 185^{ème} position sur 189 pays étudiés en 2018³ par rapport au PIB estimé à 275 \$ USD⁴ par habitant, au moment où l’indice de développement humain (IDH) est de 0,423 et que 67% des Burundais vivent en dessous du seuil de pauvreté. Cela s’expliquerait en partie par un faible pouvoir économique de la femme, lié à un accès limité aux revenus et à la propriété ainsi qu’aux contraintes culturelles limitant le pouvoir décisionnel des femmes et des filles au niveau familial et communautaire.

L’indice synthétique de fécondité (ISF) est très élevé avec 5,5⁵ enfants en moyenne par femme. La taille moyenne d’un ménage est de 4,8 personnes, la densité moyenne de la population a fortement augmenté de 316,8 % entre 1961⁶ et 2020, passant respectivement de 111,08 à 463,04 habitants au Km². Ainsi, le Burundi était considéré, en 2020⁷, comme un des pays les plus densément peuplés d’Afrique. Cet accroissement rapide de la population contraste malheureusement avec le niveau élevé de la morbi-mortalité maternelle, néonatale et infantile.

En 2006, la déclaration de l’Union Africaine sur la survie de l’enfant a reconnu l’obligation d’accélérer les interventions en faveur de **la survie de l’enfant et de la mère**, et a invité tous les Etats Membres à **intégrer** cette thématique dans leurs politiques nationales de santé.

C’est dans ce contexte que, pour pallier aux défis liés à l’accès financier de la population aux services et soins de santé, le Gouvernement du Burundi a adopté la mesure présidentielle de subventionner les soins de santé offerts aux enfants de moins de 5 ans, aux femmes enceintes et à celles qui accouchent dans les structures de soins publiques et assimilées. Cette **“Politique**

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

² *Selon le Plan National de Développement 2018-2027*

³<https://www.populationdata.net/pays/burundi/>

⁴<https://www.populationdata.net/pays/burundi/>

⁵ *Selon l’EDSB III 2016-2017*

⁶ <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/tend/BDI/fr/EN.POP.DNST.html>

⁷ *Idem que ci-haut.*

de gratuité ciblée de soins” régie par le Décret n°100/136 du 16 Juin 2006 et son Ordonnance Ministérielle de mise en application n°630/848 du 06/09/2006 s’est heurté dès le départ à beaucoup de difficultés qui ont conduit à une **dégradation de la qualité des soins**. Il s’agit entre autres de : i) des retards énormes dans le remboursement des factures allant de 4 à 6 mois ; ii) absence de système de vérification des factures soumises ; iii) surfacturations ; iv) démotivation du personnel de santé ; v) fréquentes ruptures de stock en médicaments ; vi) charge administrative élevée (2500 pages de formulaires à remplir par mois et par FOSA pour les factures, etc.

En 2010, pour faire face à ces difficultés, le Gouvernement du Burundi et ses Partenaires Techniques et Financiers ont convenu d’associer la politique de gratuité de soins ciblés à la stratégie FBP (*doté d’un système de contrôle de la quantité et la qualité des prestations*) lors de sa mise à l’échelle nationale. La fusion de ces deux mécanismes de financement de la santé (FBP & Gratuité des soins ciblés) a été soutenue par beaucoup de PTF qui ont eu confiance dans la transparence du système et ont contribué à leur tour, au financement de la gratuité des soins à travers tous les FOSA publiques. De même, certaines FOSA privées ou confessionnelles ont adhéré à cette approche, en réduisant la plupart des coûts des prestations liées au paquet de soins gratuits à travers des sous contrats conclus avec les FOSA Publiques. Ce couplage de la gratuité et la stratégie FBP a permis, pendant une certaine période, quelques avancées.

En plus de l’amélioration de l’accès financière due à la gratuité des soins, plusieurs **autres efforts pour améliorer la qualité des soins** ont été fournis par le Gouvernement et ses partenaires. Il s’agit entre autres : (1) des activités de renforcement des capacités et de supervision, menées par les équipes cadres des districts sanitaires, (2) des vérifications de la qualité technique et (3) de la qualité perçue par les bénéficiaires dans tout le pays et la mise en œuvre de divers programmes d’amélioration de la qualité initiés par différents Partenaires Techniques et Financiers du secteur de la santé surtout la CTB (ENABEL) à travers les (i) stratégies plantes traitement (SPT), (ii) la Prise en Charge Intégré des maladies de l’enfant soutenue par l’OMS, (iii) la stratégie « 5S » initiée par la JICA , (iv) la PTME soutenue en grande partie par USAID et le Fond Mondial,(v) l’iCCM soutenue par l’UNICEF, etc. Ces stratégies ont pour la plupart un volet clinique mis en œuvre au niveau des FOSA (CDS et Hôpitaux) mais aussi et surtout un volet communautaire.

Ces différentes stratégies et le couplage gratuité/FBP ont permis certes, une amélioration de l’offre des soins de santé maternelle, néonatale et infantile ainsi qu’une augmentation de la plupart des indicateurs quantitatifs liés au paquet couvert par la gratuité. Cependant, bon nombre de facteurs continuent d’affecter la qualité des prestations et la performance globale des FOSA. Depuis 2016, dans le cadre du 11^{ème} FED, le Gouvernement du Burundi a conclu un accord de financement du « Programme d’Appui au Système de Santé, à travers l’outil FBP-

gratuité ciblée des soins, UE-PASS-FBP » mis en œuvre par ENABEL en collaboration avec le MSPLS.

Ce programme, UE-PASS-FBP, qui est à la fin de sa 2^{ème} phase de mise en œuvre, appuie toutes les provinces sanitaires du pays à maintenir en état de fonctionnement des FOSA et à renforcer l'accès équitable aux soins de santé de qualité pour la population en général, les femmes enceintes et celles qui accouchent dans les structures de soins ainsi que les enfants de moins de cinq ans, en particulier.

La qualité des soins et services de santé a été, depuis quelques années, au centre des préoccupations du MSPLS qui, avec l'appui de ses partenaires, a mise en œuvre des stratégies visant le redressement de la situation, mais les résultats obtenus restent mitigés.

Une étude réalisée en Octobre 2019 (dans le cadre du PASS – FBP phase 1, pour évaluer l'effectivité de la gratuité ciblée des soins chez les enfants de moins de 5 ans, chez les femmes enceintes et celles qui accouchent au niveau des services de santé au Burundi, a montré qu'au niveau des FOSA la disponibilité et la qualité des soins et services de santé reste encore faible. Selon cette étude, contrairement au milieu urbain qui dispose d'une pléthore de prestataires, le niveau périphérique est mal servi avec prédominance des infirmiers de niveau A3 dans les CDS et un déficit en médecins dans les HD. Cette situation, combinée à la faible qualité du plateau technique et du circuit d'approvisionnement en médicaments essentiels et autres intrants, explique une défaillance des services prénataux, des soins obstétricaux néonataux d'urgence (SONU) et une faible capacité à assurer les soins et le suivi adéquat de la croissance des enfants de moins de cinq ans. Cette étude a également mis en évidence une faible performance des FOSA en matière de PCIME clinique.

Selon le rapport annuel FBP-Gratuité, 2020: **le score moyen de qualité technique a connu une tendance à la régression entre 2018 et 2020, passant de 67% à 66% au niveau des CDS et de 81% à 78% pour les HD.** Au niveau des CDS **cinq sur six** critères de qualité technique ont chuté particulièrement **(1) l'accueil et orientation des patients et (2) la permanence des services**, qui sont passé respectivement de 78 à 69% et de 83 à 74% entre 2018 et 2020. C'est le cas des HD où quatre sur cinq critères de qualité ont régressé, plus particulièrement **(1) les procédures minimales des accouchements et (2) les interventions chirurgicales respectant les procédures minimales** qui sont passés respectivement de 95 à 87% et de 94 à 86% entre 2018 et 2020.

Ce rapport annuel FBP-Gratuité2020 et concordant avec le bilan annuel 2020 du PNSR, Programme National de Sant de la Reproduction. En effet, la plupart des indicateurs quantitatifs ont régressé ces dernières années. Le taux d'utilisation des produits contraceptifs avait évolué jusqu'en 2016 (42,5%) avant de tomber à 36,4% en 2020. Le taux de CPN-1 qui était au-delà de

100% en 2015 a chuté jusqu'à 88,9% en 2020. Le taux de CPN-4 et plus, qui avait bien évolué entre 2017 (36,8%) et 2019 (43,2%) a régressé jusqu'à 40,8% en 2020. Le taux d'accouchement en milieu de soins, qui avait connu une progression régulière depuis plus de dix ans jusqu'en 2019 (**98,8%**) a chuté de plus de 10% **soit 85,7% en 2020**. Il en est de même pour le taux de Consultations Poste Natales, CPoN, qui avait bien évolué de 2017 (57%) à 2018 (**94%**) avant de baisser de plus de 20%, **soit 71,2% en 2020**.

Le rapport de Surveillance des Décès Maternels et de Riposte (SDMR) de 2017 indique que plus de la moitié des décès maternels (52.5%) surviennent en postpartum immédiat. Le dernier rapport annuel 2019 sorti en avril 2021, sur la Surveillance des Décès Maternels et Périnataux et la Riposte (SDMPR) au Burundi, montre qu'environ la moitié des décès maternels ont eu lieu dans les 48 heures suivant leur admission à la FOSA d'une part, et qu'une grande proportion de ces décès maternels a eu lieu dans les hôpitaux de district d'autre part.

Compte tenu de cette situation, et sur base de l'expérience de la mise en œuvre de la 1^{ère} phase du Programme UE-PASS-FBP et de l'adoption du « **Manuel des procédures pour la mise en œuvre du FBP**, seconde génération couplée à la gratuité des soins » la 2^{ème} phase dudit programme a mis un accent particulier sur l'amélioration de la qualité des soins dans les FOSA, surtout au niveau des CDS et des HD.

C'est dans ce contexte que le MSPLS à travers le programme UE-PASS-FBP-II a commandité une étude pour identifier les déterminants de la qualité des soins offerts aux enfants de moins de cinq ans, aux femmes enceintes et celles qui accouchent dans les FOSA (CDS et HD) y compris les pathologies liées à la grossesse.

1.2 OBJECTIFS DE L'ETUDE ET RESULTATS ATTENDU.

La mission consistait à identifier, analyser et comprendre des facteurs (internes et externes au système sanitaire) intervenant négativement ou positivement dans la qualité des soins offerts aux enfants de moins de cinq ans, aux femmes enceintes et celles qui accouchent, y compris celle présentant des pathologies liées à la grossesse dans les CDS et HD du Burundi.

Il s'agissait d'examiner en détail les éléments constitutifs et le poids relatif de chaque facteur qui a ou susceptible d'avoir un impact sur la qualité des soins de santé offerts à cette catégorie de population vulnérable. Pour cela, la mission a cherché d'abord à analyser les raisons de la faible performance des résultats enregistrés au travers différentes stratégies et actions de riposte jusque-là mises en œuvre pour améliorer la qualité de ces services et soins de santé en question.

Au niveau des FOSA, il a été question d'évaluer la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé (*par rapport à l'offre des prestations ciblées par la gratuité*) de qualité, et de vérifier leur corrélation avec la qualité des prestations ciblées par la gratuité.

1.2.1 Objectifs et portée de l'étude.

❖ Objectif général

Contribuer à l'amélioration de la qualité des services et soins de santé offerts aux enfants de moins de 5 ans, aux femmes enceintes et qui accouchent au niveau des formations sanitaires à travers **une meilleure identification des déterminants et une formulation des recommandations.**

❖ Objectifs Spécifiques

Selon les termes de référence, cinq objectifs spécifiques sont poursuivis à travers cette étude des déterminants de la qualité des prestations offertes aux enfants de moins de 5 ans, aux femmes enceintes et qui accouchent ainsi que celles présentant des pathologies liées à la grossesse. Il s'agit de :

- 1) **Evaluer l'état des lieux des déterminants de la qualité** des services et soins de santé au niveau des centres de santé et des hôpitaux de district (CDS et HD) impliqués dans le FBP-Gratuité ;
- 2) **Identifier les facteurs internes et externes** relevant du paquet minimum d'activités ayant un effet (positif ou négatif) sur la qualité des prestations au niveau des centres de santé
- 3) **Identifier les facteurs internes et externes** relevant du paquet complémentaire d'activités (PCA), ayant un effet (positif ou négatif) sur la qualité des prestations au niveau des hôpitaux de districts ;
- 4) **Identifier les goulots d'étranglement à la réussite des stratégies déjà mises en œuvre** en vue d'améliorer la qualité des prestations relevant du couplage FBP-gratuité au niveau centres de santé et hôpitaux de districts ;
- 5) **Proposer des recommandations avec un plan d'opérationnalisation** au MSPLS en vue d'améliorer de façon conséquente la qualité des prestations offertes aux enfants de moins de 5 ans, aux femmes enceintes et qui accouchent ainsi que celles présentant des pathologies liées à la grossesse dans les centres de santé et les hôpitaux de districts du Burundi.

Il s'agit d'une étude transversale descriptive à la fois qualitative et quantitative. L'enquête a été menée dans 4 provinces représentant toutes les régions du Pays comme l'exigent les TDR, à savoir l'Ouest, le Nord, le Centre-Est et le Sud. Ces provinces ont été alternativement choisies selon qu'elle a été première ou dernière de sa région au classement selon la performance de

qualité du dernier rapport trimestriel CT-FBP, de 2020. Selon ce classement, Bubanza était la plus performante dans l'Ouest, Kirundo la moins performante dans le Nord, Muravya la plus performante dans le Centre-Est, tandis que Rumonge était la moins performante dans le Sud. Cependant, vu l'absence de deux hôpitaux de districts (HD) fonctionnels dans Rumonge cette dernière a été remplacée, de commun accord avec le client ENABEL, par celle de Makamba pour la région du Sud. Dans chacune de ces provinces, deux Districts sanitaires dont l'un au chef-lieu de la province (considéré comme urbain) et deux CDS par District ont été échantillonnés pour participer à la collecte des données. Dans chaque FOSA enquêtée, les bénéficiaires des soins ciblés par la gratuité et les acteurs communautaires ont participé à l'étude à travers des entretiens de groupe (focus groups).

1.2.2 Résultats attendus de l'étude.

Cinq résultats correspondant aux cinq objectifs spécifiques sont attendus de l'étude. Il s'agit de :

- 1) **L'état des lieux des déterminants de la qualité** des services et soins de santé au niveau des CDS et HD (Publics, confessionnels et privés) impliqués dans le FBP-Gratuité **est évalué ;**
- 2) **Les facteurs internes et externes** ayant un effet (positif ou négatif) sur le PMA relative aux prestations de qualité offerts au niveau des CDS aux enfants de moins de 5 ans, aux femmes enceintes et qui accouchent ainsi que celles présentant des pathologies liées à la grossesse **sont identifiés ;**
- 3) **Les facteurs internes et externes** ayant un effet (positif ou négatif) sur le PCA relative aux prestations de qualité offerts au niveau des HD aux enfants de moins de 5 ans, aux femmes enceintes et qui accouchent ainsi que celles présentant des pathologies liées à la grossesse **sont identifiés ;**
- 4) **Les goulots d'étranglement** à la réussite des stratégies déjà mises en œuvre en vue d'améliorer la qualité prestations offertes au niveau des CDS et HD aux enfants de moins de 5 ans, aux femmes enceintes et qui accouchent ainsi que celles présentant des pathologies liées à la grossesse **sont identifiés ;**
- 5) **Des recommandations avec un plan d'opérationnalisation** sont proposées au MSPLS en vue d'améliorer de façon conséquente la qualité des prestations offertes aux enfants de moins de 5 ans, aux femmes enceintes et qui accouchent ainsi que celles présentant des pathologies à la grossesse dans les centres de santé et les hôpitaux de district du Burundi.

II. METHODES

La démarche méthodologique adoptée à travers cette étude, telle que validé par le CTSE, est basée sur une démarche participative, inclusive et dynamique, mobilisant différents responsables du MSPLS à tous les niveaux, des prestataires de soins, des bénéficiaires et des PTF, impliqués de près ou de loin dans l'offre des soins et services aux enfants de moins de 5 ans, aux femmes enceintes et qui accouchent dans les CDS et HD du Burundi. Cette méthodologie qui combine démarches des approches quantitatives et qualitatives est constituée principalement de trois phases : i) Revue documentaire et élaboration du rapport de démarrage ; ii) Collecte des données sur terrain, iii) Analyse des résultats, rédaction et soumission du rapport de l'étude.

2.1 REVUE DOCUMENTAIRE.

Suite à la notification du marché, le consultant a procédé à une analyse bien fouillée des documents normatifs du MSPLS, des Plans Stratégiques des différents programmes dont le PNSR, PRONIANUT, PNILP. Une attention particulière a été portée sur des documents relatifs aux différentes stratégies (*dont les SONU, la SDMPR, la RCR, PCIME, iCCM*) mises en œuvre pour améliorer la qualité des prestations de soins et services de santé de la mère et de l'enfant, des rapports annuels FBP-gratuité, des rapports d'audits techniques et différentes études et évaluations réalisées dans le cadre du Programme UE-PASS-FBP, des rapports-bilans annuels du PNSR pour les trois dernières années, etc. A cette liste non exhaustive de documents consultés qui se trouve en annexe à ce rapport, s'ajoutent des documents de référence internationale sur le sujet, que le consultant a obtenu auprès des différents partenaires dont l'OMS.

Cette phase a été cruciale pour mieux apprécier les efforts déployés par le Gouvernement du Burundi ses partenaires à travers la mise en œuvre des différentes stratégies et initiatives destinées à améliorer la qualité des prestations de soins de santé maternelles et infantile dans le contexte général de la politique de la gratuité des soins ciblés couplée à la stratégie FBP dans les FOSA (CDS et HD). Sur base de cette revue documentaire (qui s'est poursuivi tout au long de la mission) et divers entretiens avec le client, le consultant a procédé à l'amélioration de la méthodologie d'étude qui avait été soumise dans son offre technique.

La documentation analysée a été sélectionnée en fonction des objectifs spécifiques et des questions d'évaluation. Cela a facilité l'élaboration des outils de collecte des données et une meilleure interprétation des résultats de l'étude au moment de la triangulation des données recueillies sur terrain avec des entretiens semi structurés et des échanges en groupes focalisés en faveurs des bénéficiaires et des acteurs communautaires.

2.2 REUNION DE CADRAGE ET VALIDATION DES OUTILS DE RECHERCHE.

Des réunions de mise au point et de cadrage de la mission ont été tenues entre la DGSSLS, l'ENABEL, et le cabinet SADEV. Au cours de ces réunions, les objectifs et l'étendue de l'étude ainsi que certaines procédures administratives préalables au démarrage proprement dit de l'étude ont fait objet d'analyse et de consensus. Ainsi, il a été précisé que l'étude est prévue pour déployer ses activités uniquement dans les FOSA sélectionnées et qu'il ne devrait pas y avoir d'interaction dans la communauté. C'est pour cette raison que la présente étude a été dispensée des procédures de demande et d'obtention d'un visa éthique et d'un visa statistique comme préalables à sa réalisation. Suite à ces réunions, deux lettres dont l'une pour l'autorisation de la mission pour l'étude l'autre pour la désignation des membres du comité technique de suivi de l'étude (CTSE), portant respectivement les numéros : N° 633/1008/DGSSLS/2021 et N° 633/1009/DGSSLS/2021 ont été signées par la DGSSLS en date du 26/11/2021. A la suite de l'autorisation de la mission, le consultant, avec l'appui du Client, a mené des entretiens avec certaines autorités au niveau central du MSPLS et auprès de certains des PTF clés, tels que l'OMS, UE, UNICEF, UNDP (projet Fonds Mondial). C'est ainsi que ces différentes autorités ont contribué à l'orientation stratégique de la mission qui est un élément indispensable à une certaine appropriation des résultats de l'étude.

Sur base de la revue documentaire, des réunions de mise au point et de cadrage de la mission, ainsi que des orientations stratégiques du comité technique de suivi de l'étude, le consultant a élaboré un rapport de démarrage de la mission qui a été validé par le CTSE lors de sa réunion tenue dans les enceintes du MSPLS en date du 12/01/2022. Ce rapport de démarrage comprenait principalement la démarche méthodologique de recherche et les outils de collecte des données.

Ces outils, ont été développés par le consultant sur base des documents normatifs et référentiels en matière de SRMNIA au Burundi, en en général et particulièrement les documents suivants. 1) le Référentiel des normes de qualité des soins et services de santé offerts à différents niveaux du réseau des soins dans un district sanitaire au Burundi et 2) le document de « Standards, normes et procédures en soins reproductifs, maternels, néonataux, infantiles et de l'adolescent » version de Janvier 2021, 3) les directives du plan national du développement du réseau des maternités SONU au Burundi, 4) la stratégie PCIME clinique et communautaire, 5) le manuel de procédure FBP-Gratuité seconde génération, et 6) l'outils d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, pédiatriques et néonataux intégrés de l'OMS. Avant la collecte proprement dite des données sur terrain, ces outils ont été prétestés dans le district sanitaire de Kabezi, province Bujumbura, ajustés et transmis au Client ENABEL en annexe à la version finale du rapport de démarrage de la mission.

2.3 PROCEDURE ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES.

Suite de la validation du rapport de démarrage dont les outils de collecte des données par le CTSE, le consultant a commencé la 2^{ème} phase de la mission qui consiste à collecter les des données sur terrain. Cette phase a débuté par un recrutement de huit enquêteurs (4 femmes et 4 hommes, tous de profil médical) et leur formation sur les outils et le processus de collecte des données. Ces données primaires et secondaires ont été collectées à travers des approches qualitatives et quantitatives complémentaires, afin de faciliter l'interprétation des résultats et en augmenter la fiabilité.

La collecte des données qualitatives a été réalisée principalement par les experts au niveau des central, provincial et des BDS échantillonnés, tandis que les données quantitatives ont collectées par les enquêteurs au niveau des FOSA échantillonnées, sous la coordination des experts. Aussi, ces données qualitatives captées à travers des entretiens semi-structurés ont été complétées par des discussions de groupe (focus group) en faveur des prestataires, des bénéficiaires et acteurs communautaires (GASC, mamans lumières, membres des COGES) rencontré au niveau des FOSA. Notons que ces entretiens ont été conduits dans le respect strict des principes d'éthique de la recherche en santé. Avant de procéder aux entretiens et collecte de données, les consentements et autorisations préalables ont été obtenus en vue de mener l'étude suivant les règles de l'art. Les procédures et outils de collecte de données utilisés sont les suivants :

2.3.1 *Entretien semi-structuré*

Dès le début de l'étude, nous avons recouru à cette procédure auprès de certaines autorités au niveau central du MSPLS et auprès de certains des PTF clés pour donner à ces différents responsables une opportunité de contribuer à l'orientation stratégique de la mission. L'outil utilisé, tel que validé par le CTSE, est un guide constitué de questions ouvertes au tour desquelles le consultant a échangé avec différents responsables clés du MSPLS et ses principaux partenaires au niveau central et intermédiaire, (BPS) et au niveau des BDS. Ces entretiens ont fourni un certain nombre d'informations et de données qualitatives relatives à **l'état des lieux des déterminants de la qualité** des prestations relevant respectivement du PMA et du PCA offerts aux enfants de moins de cinq ans, aux femmes enceintes et celles qui accouchent dans les CDS et HD d'une part, d'avoir des éléments d'orientation sur **les facteurs internes et externes** qui ont un impact sur la qualité de ces prestations d'autre part.

Aussi, ces échanges ont porté sur **l'analyse des facteurs de qualité** des prestations par rapport aux différentes stratégies mises en œuvre pour l'amélioration de la qualité de ces prestations et sur la recherche et l'analyse des **lacunes et insuffisances à corriger** suivant un plan de mise en œuvre des recommandations de cette étude.

2.3.2 Enquête et audit clinique dans les formations sanitaires, FOSA.

Il s'agit d'une approche utilisée dans la collecte des **données primaires** au niveau de chaque formation sanitaire échantillonnée, à l'endroit des responsables et prestataires impliqués directement dans l'offre de soins objets de cette étude. Le questionnaire a été développé principalement au tour de six paquets de soins et services objets de la présente étude, à savoir : i) la consultation prénatale, (CPN recentrées) ; ii) l'accouchement en milieu de soins ; iii) le système de référence et contre référence (SRCR), les SONU, la SDMPR ; iv) la consultation post natale et vaccination de la femme et de l'enfant, v) la prise en charge intégrée des enfant, PCIME et vi) le suivi des activités communautaires par le CDS. Il s'agit d'explorer la disponibilité des services, le volume, l'ampleur et la qualité des prestations ainsi que la capacité opérationnelle des HD et CDS enquêtés.

Cet outil comprend également quelques questions d'observation directe des équipements, infrastructures, stock de médicaments, consommables et autres intrants indispensables pour le fonctionnement optimal des services au niveau des FOSA. Il s'agit particulièrement de vérifier la sécurité des patients/clients sur le lieu de travail, la propreté, la luminosité, les installations sanitaires et orientation/signalisation pour différents services, gestion des déchets biomédicaux, disponibilité des ordigrammes et protocoles de prise en charge clinique, le classement des dossier médicaux , la disponibilité et la gestion des médicaments et du matériel etc.

Au niveau de ces FOSA, l'étude a fait recourt à un autre outil relatif à **l'audit clinique**. Ce dernier vise à collecter des **données secondaires** sur des dossiers ou fiches de cas d'enfants de moins de cinq ans, de femmes enceintes, de celles qui ont accouché et celles ayant présenté des pathologies liées à la grossesse, qui ont été traité (*en ambulatoire ou en hospitalisation*) au cours du mois rapporté précédent la visite. L'audit clinique s'est focalisé sur le processus d'opérationnalisation des différentes stratégies destinées à améliorer la qualité des soins et services offerts à cette catégorie de population, à travers l'analyse à postériori de la qualité des soins dispensés et consignés dans les dossiers médicaux et des registres de consultation, d'admission, en maternité et pédiatrie, des fiches de traitement, des registres de sortie et même à travers les fichiers électroniques pour ceux qui utilisent déjà le logiciel "open clinic".

Pour les prestations offertes aux femmes, l'enquêteur a sélectionné **trois** dossiers/fiches de cas pris en charge pour chacun des prestations de PF, de CPN, d'accouchements eutociques, d'accouchement dystociques, de césariennes et de CPoN. Un accent particulier a été mis sur la vérification de l'intégration de la PTME, PF, nutrition dans les CPN, maternité et CPoN. Dans les HD qui utilisent déjà « open clinic », l'enquêteur a été appuyé par le gestionnaire de la base de données pour l'échantillonnage aléatoire des dossiers à auditer.

Pour les prestations offertes aux enfants de moins de cinq ans, l'enquêteur a sélectionné aléatoirement **cinq** dossiers/fiches de cas parmi ceux des enfants reçus en consultation et traités en ambulatoire et **cinq** autres parmi ceux qui avaient séjourné en hospitalisation au cours du dernier mois rapporté avant la visite de la FOSA.

- Au niveau de l'HD, les dossiers audités ont été obtenus au niveau des service de gynécologie/ obstétrique et de Pédiatrie.
- Au niveau du CDS, les dossiers audités ont été obtenus au niveau des service de Consultations préventives, Consultations curatives -vaccination et de maternité.

2.3.3 Discussion en groupe ou Focus group.

C'est une procédure de collecte des données et informations validées à travers un processus de partage de connaissances et d'expériences au sein d'un groupe relativement homogène (de six à dix individus) animé par les chefs d'équipes d'enquêteurs. Ces focus groups ont été organisés par thématique et portant sur des sujets spécifiques et répondant aux questions de l'étude tels qu'exprimés par les termes de référence. Cette procédure a permis d'évaluer globalement la qualité perçue des prestations relatives à la présente étude, et d'en identifier les facteurs y relatifs. Cette approche a été utilisée pour capter des données qualitatives auprès des groupes de six à dix :

- ✓ Prestataires de soins en maternité et pédiatrie/néonatalogie dans les HD ;
- ✓ Membres des GASC, mamans lumières, des COSA et COGES relevant de chacun des CDS enquêtés.
- ✓ Bénéficiaires de soins relatifs à la présente étude (femmes venues solliciter ses soins pour elles : CPN, PF, CPoN...ou accompagnants des femmes hospitalisées en maternité ou en gynéco-obstétrique, ainsi que des parents accompagnant leurs enfants de moins de cinq ans en consultation ambulatoire ou en hospitalisation au sein des HD et CDS.

Avec un guide de FG adaptés aux différentes catégories de répondants, cette procédure a été une occasion particulière de collecter des données complémentaires sur l'accès aux FOSA concernées, les facteurs internes et externes influençant la demande des services et soins et leur qualité, la perception des bénéficiaires et des acteurs communautaires quant aux soins fournis et les services reçus au niveau de ces FOSA.

2.3.4 Assurance de la qualité des données

L'utilisation de la **technologie mobile pour la collecte de données et le prétest des outils de collecte**, ont permis d'améliorer la qualité des données en réduisant le risque d'erreurs humaines. À la fin de chaque journée, et tout au long de la journée, les chefs d'équipes ont régulièrement vérifié le remplissage des formulaires dans la version électronique avant d'être transmis dans la base des données au niveau du serveur. Les champs de saisie disposaient une

plage de validation pour permettre le rejet automatique des entrées de données en dehors de la plage acceptable, chaque fois que cela était nécessaire.

La logique du saut a été intégrée dans la conception des outils de collecte de données électroniques (masque de saisi) pour permettre uniquement l'affichage des questions pertinentes en fonction des données saisies aux questions précédentes. Les données collectées sur les tablettes ont été transmises régulièrement au serveur, ce qui a permis à l'expert en suivi évaluation d'analyser les données soumises et d'attirer immédiatement l'attention des enquêteurs sur ce qui doit être amélioré ou corrigé en cas de besoins. Par ailleurs, un programme d'apurement a été développé avec le logiciel SPSS pour détecter des erreurs éventuelles.

Par ailleurs, d'autres dimensions de qualité ont été prises en compte tout au long du processus de d'élaboration d'outils de collecte et de traitement des données. Cette démarche d'assurance qualité s'est appuyé également sur les caractéristiques comme : précision, cohérence/intégrité, validité/exactitude, fiabilité, promptitude et complétude.

- ✓ **Précision** : dans quelle mesure les valeurs des données représentent-elles la réalité ? : L'approche qui a été adoptée est celle de l'Exactitude (mesure des biais) et surtout de la précision des données (mesure de l'erreur). Il s'agissait de veiller à ce que la marge d'erreur dans les données soit la plus faible possible pour garantir la fiabilité des résultats (éviter ou contrôler les Erreur de source / biais, d'Instrument, de transcription et de manipulation) Les valeurs des résultats de l'étude ont été calculés sur base des données vérifiées et tirées des documents officiels (registres, fiches ou dossiers médicaux utilisés par les FOSA pour le cas présent). D'autres informations sont rapportées par des sources connues et autorisées.
- ✓ **Cohérence et Intégrité** : les données sont-elles cohérentes les unes par rapports aux autres ? La cohérence ne concerne pas seulement la signification des valeurs des données, mais aussi leur représentation. Les données recueillies étaient protégées contre des distorsions délibérées ou des manipulations quelconques. L'intégrité est une mesure de la « véracité » des données qui doivent être exemptes de « manipulations » ou « mensonge » introduit par des moyens humains ou techniques, que ce soit délibéré ou inconscient comme : La corruption, intentionnelle ou non, les manipulations personnelles, les défaillances technologiques et le manque de vérification avant validation.
- ✓ **Validité ou exactitude**: Il s'agissait de s'assurer qu'il a été collecté exactement ce qui avait été prévu (pallier aux problèmes de définition, proxy mesures/ substitution, inclusions / exclusions, les sources de données, éliminer les erreurs liées aux doubles saisies des données, contrôles de validation incorporés, contrôles aléatoires). L'exactitude des

données (qualitatives et quantitatives) est un aspect essentiel de la qualité des données et doit être garantie par la rigueur de la méthodologie. Cela passe par un plan d'échantillonnage adéquat, le prétest du questionnaire, la maximisation du taux de réponse, l'écoute des entrevues, un codage uniforme des questions ouvertes, une pondération, un traitement des données et des tests statistiques appropriés, etc. Cela passe par un plan d'échantillonnage adéquat, le prétest du questionnaire, la maximisation du taux de réponse, l'écoute des entrevues, un codage uniforme des questions ouvertes, une pondération, un traitement des données et des tests statistiques appropriés, etc. Aussi, l'étude quantitative a été réalisée auprès d'un échantillon de 2 FOSA par district tirés suivant la performance de qualité technique (plus performant et moins performant). Cela permet l'extrapolation des résultats aux autres FOSA des provinces d'étude.

- ✓ **Fiabilité** : c'est la capacité des outils de collecte et des enquêteurs à collecter ce qui est attendu. Il s'agira de réduire les risques associés aux méthodes et instruments de collecte, les méthodologies d'analyse et de manipulation. Il a été mis en place des procédures pour s'assurer que les données sont exemptes d'erreurs importantes et que des biais ne sont pas introduits. Les données sont basées sur des protocoles et procédures qui ne changent pas selon celui qui les utilise, quand et comment ils sont utilisés. Aussi, en vue de maximiser la fiabilité, en plus de l'audit clinique et les données quantitatives primaires recueillies au sein de chaque FOSA, il a été organisé un focus group à l'endroit des prestataires de soins d'une part et des bénéficiaires de ces soins d'autre part. Les données sont fiables parce qu'elles sont mesurées et recueillies de manière invariable.
- ✓ **Actualité/promptitude** : Le consultant a tenu à garantir la relation entre le moment de la collecte, la compilation, le rapportage et la pertinence des données (suivre la disponibilité des données, le respect du calendrier de collecte et le partage des données à toutes les parties prenantes de l'étude). Les données recueillies étaient à jour et ont été disponibilisé à temps.
- ✓ **Complétude** : Les données sont-elles aussi complètes que vous l'étude l'exige ? La complétude définit le degré auquel les valeurs de données nécessaires sont remplies et ne sont pas laissées en blanc.

2.4 TRAITEMENT, ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES.

Le traitement des données est fait à l'aide de la tablette Excel et le logiciel SPSS. Sur base des outils de collecte des données, un plan de tabulation a été produit par l'équipe des consultants et un programme sous forme d'un fichier syntaxe élaboré par l'Expert en suivi-évaluation pour générer des résultats souhaités avec les outils développés.

2.4.1 Outils de traitement d'apurement et d'analyse des données

Les maquettes de saisie ont été conçues avec le logiciel Kobo collect (logiciel on line) alors que le traitement et l'analyse se sont faits sous le logiciel SPSS. Des tableaux et graphiques ont été produits également avec Excel. Pour les données qualitatives, des fiches synthèse par groupe ont été élaborées pour chaque question thème abordé, de manière à s'en servir dans l'analyse des données quantitatives. Cela a permis d'avoir des rapports pour chaque district et province sanitaire enquêté.

2.4.2 Apurement, Traitement et Analyse des données

L'utilisation des tablettes a réduit sensiblement les erreurs de saisie. Les maquettes de saisies avaient été élaborées à l'aide du logiciel Kobo collect. Les maquettes de saisies téléchargés dans ces tablettes ont pris en considération des sauts et l'encodage des questionnaires. De plus, le programme d'apurement était conçu de manière à pouvoir déceler d'éventuels problèmes de cohérence qui peuvent se glisser. Pour le traitement, les données stockées dans Kobo collect ont été exportées vers Excel pour traitement avant de les importer dans SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) pour analyse.

2.5 ORGANISATION DU TRAVAIL

2.5.1 Recrutement et formation des enquêteurs

Le processus de recrutement a été lancé vers la fin de la phase documentaire avant la validation du rapport de démarrage de la mission. Le processus de sélection de ces agents de collecte des données sur terrain a privilégié le profil médical. Plus particulièrement il a été retenu ceux qui avaient plus l'expérience dans la participation aux enquêtes (domaine médical) y compris l'animation des focus group et l'expériences professionnelle en santé maternelle, néonatale et infantile, selon différentes stratégies et approches visant l'amélioration de la qualité des soins telles que : la PCIME, SONU, RCR, SDMPR etc. Conformément au TDR de la mission, le Bureau SADEV a recruté huit enquêteurs dont quatre femmes et quatre hommes.

La formation sur les outils et le processus de collecte des données des enquêteurs, par l'équipe des Consultants a duré une journée. Cette formation a rappelé le contexte et la justification de l'étude afin que les enquêteurs comprennent les objectifs spécifiques, la méthodologie, les cibles de l'étude, différents outils, les techniques d'animation de focus groupe, ainsi que le processus de choix des répondants et de sélection des fiches /dossiers médicaux. Au total, 8 enquêteurs tous de formation médicale ont été recrutés sur base des critères ci-haut définis. Ils ont été répartis en deux (2) équipes de quatre (4) dont un chef d'équipe. Les Experts de SADEV,

en plus des entretiens semi-structurés au niveau central et intermédiaire, ont supervisé le processus de collecte de données sur terrain.

2.5.2 Pré-test des outils de collecte des données

Après la validation des outils de collecte des données, leur pré-test a été réalisé par les enquêteurs sous la supervision des Experts, dans le district sanitaire de Kabazi en province Bujumbura. Au cours du pré-test, les enquêteurs et les superviseurs ont pris note des observations qu'ils ont jugé pertinentes. Il s'agit des hésitations ou incompréhension du répondant, formulation « boiteuse » d'une question, incohérence dans la logique des questions, problème dans la séquence des différentes parties du questionnaire, réaction particulière du répondant, etc. A l'issue de ce pré-test, une synthèse des commentaires et observations a été réalisée en vue d'améliorer les outils de collecte des données qui ont été annexés à la version finale du rapport de démarrage de la mission.

2.5.3 Échantillonnage et recrutement des répondants

L'étude a été réalisée dans 4 provinces sanitaires représentant les quatre régions du Pays, choisies par le consultant SADEV, ENABEL et collaboration avec le MSPLS au niveau des régions du Pays comme l'exigent les TDR, à savoir l'Ouest, le Nord, le Centre-Est et le Sud. Il s'agit des Provinces sanitaires de : Bubanza, Makamba, Kirundo et Muramvya. Ces provinces sont alternativement choisies selon qu'elle a été la première ou la dernière de sa région au classement selon la performance de la qualité technique du rapport FBP-Gratuité, 4ème trimestre 2020. Cependant, dans la région du Sud, la province de Makamba a été choisie pour remplacer celle de Rumonge qui ne dispose qu'un seul hôpital de District fonctionnel, alors que deux HD dans chaque province (un du chef-lieu de la province et un autre rural) avaient été retenus pour participer à cette étude. Au niveau de chacun des 8 districts sanitaires, l'étude a ciblé deux CDS ayant chacun une maternité fonctionnelle et un contrat dans le cadre du FBP. Tout en veillant à ce que tous les milieux (urbain, rural) et secteurs (public, privé et confessionnels) soient représentés, l'étude a été menée au niveau du CDS le plus performant et celui considéré comme moins performant du District Sanitaire. Au total, l'étude : 4 BPS, 8 HD et 16 CDS ont été couverts par la présente étude.

Tableau 1. Formations sanitaires ayant participé à l'étude.

N°	REGION	PROVINCE SANITAIRE	DISTRICT SANITAIRE	HOPITAL DE DISTRICT	SECTEUR	CENTRE DE SANTE	SECTEUR
1	OUEST	BUBANZA	Bubanza	Bubanza	Confessionnel	Kivyuka	Public
						Cona	Public
			Mpanda	Gihanga	Confessionnel	Mpanda	Public
						Umutima	Privé
2	NORD	KIRUNDO	Kirundo	Kirundo	Public	Rukuramigabo	Public
						Nyamabuye	Confessionnel
			Mukenke	Mukenke	Public	Buhoro	Public
						Kabuyenge	Public
3	SUD	MAKAMBA	Makamba	Makamba	Public	Kayogoro	Public
						Nyange	Public
			Nyanza-lac	Nyanza-lac	Public	Bukeye II	Confessionnel
						Muyange	Public
4	CENTRE-EST	MURAMVYA	Muramvya	Muramvya	Public	Bugarama	Public
						Karubabi	Privé
			Kiganda	Kiganda	Public	Marumane	Public
						Renga	Public
TOTAL		4	4	8		16	

Plusieurs responsables de divers profils et à différents niveaux du système sanitaire ont contribué à cette étude selon leur disponibilité. Il s'agit de :

➤ **Au niveau central du MSPLS**

Le titulaire ou représentant désigné de : DGSSLS, DGP, DGOSA, CT-FBP, PNSR, PEV PONIANUT, PCIME, PNILP. Les PTFs: (ENABEL (EU-PASS-FBP-II), OMS, UNFPA, UNICEF, DUE et quelques autres partenaires intervenant sur la santé de la mère et de l'enfant et le PBF-gratuité ou au niveau du renforcement du système de santé, comme CORDAID, PATHFINDER, Health Net TPO, JICA, PSI et COPED ont également participé à l'étude.

➤ **Au niveau intermédiaire** représenté par les 4 provinces échantillonnées : le Médecin Directeur de la province sanitaire (MDPS), le coordonnateur du CPVV, le Coordonnateur provincial de promotion de la santé (CPPS) les représentants des Associations locales (ASLO) impliquées dans l'évaluations de la qualité des services des FOSA (enquêtes communautaires) dans les aires de responsabilité des FOSA à visiter, les représentants d'ONG œuvrant dans le secteur de la santé de la mère et de l'enfant dans la province, ont participé aux entretiens semi-structurés.

➤ **Niveau périphérique et opérationnel.**

Dans chaque district échantillonné, le Médecin chef du district sanitaire (MCDS) et les membres de l'équipe cadre de district ont été sollicités pour participer aux entretiens semi-structurés. Cependant au niveau des FOSA la récolte des données quantitatives a été effec-

tuée avec la participation, des chefs nursings, des chefs des services de maternité et de pédiatrie au niveau des HD. Au niveau des CDS, le questionnaire FOSA a été complété avec la contribution des titulaires des CDS et des chefs des services préventifs (PF, CPN, CpoN, vaccination, nutrition).

Enfin, d'autres répondants à cette étude sont les acteurs communautaires (membres des COSA, COGES, des GASC y compris des mamans lumière) et les bénéficiaires de ces prestations rencontrés aux FOSA. Il s'agit des femmes sortant des services de CPN, CPoN, PF et des femmes accompagnantes d'autres en maternité ou ayant amené des enfants de moins de cinq ans dans les services de consultation, de vaccination et de nutrition etc.

III. RESULTATS DE L'ETUDE ET DISCUSSION.

3.1 AVANT-PROPOS.

Selon le document : « **Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé** », la qualité des soins pour les femmes et les nouveau-nés résulte de la capacité des services de santé maternels et néonataux d'augmenter la probabilité d'obtenir des soins rapides et appropriés, afin d'atteindre les résultats de santé souhaités, qui sont à la fois en conformité avec les connaissances professionnelles du moment et avec les préférences et les aspirations des femmes et de leurs familles. Le cadre de référence comprend **huit domaines de la qualité** des soins au sein du système de santé dans son ensemble. Bien que ce cadre insiste sur les **prestations fournies dans les FOSA**, il prend en compte le rôle fondamental du **niveau communautaire** et des **bénéficiaires des services eux-mêmes**. En effet, la perception qu'ont les femmes, leurs familles et la communauté de la qualité des services de maternité influence leurs décisions en matière de recherche de soins et sont des éléments essentiels pour créer une demande pour des services maternels et néonataux de grande qualité. Cela a été prouvé par les résultats des discussions en groupes (FG) organisées en faveur des bénéficiaires des soins rencontrés au niveau des FOSA visitées.

Les résultats de la présente étude sont issus d'une analyse approfondie, au niveau des **structures** sanitaires (FOSA visité) de la qualité des soins et services en tant que **processus** avec **huit domaines de qualité** présentés à travers la figure 1 ci-dessous. Ces différents domaines de qualité, relèvent, pour certains, à la fois de la prestation des soins (au niveau des FOSA), pour d'autres, à l'expérience des patients/bénéficiaires (focus groups). Deux domaines de qualité à savoir, **les ressources humaines et ressources matériels** qui couvrent les deux aspects ont été particulièrement analysés au cours de la présente étude. Le processus de mise en œuvre des domaines de qualité, cités dans la figure ci-dessous, vise à atteindre au **résultat** de la couverture des pratiques essentielles en matière de soins maternels, néonataux et infantiles, centrés sur la personne (bénéficiaires de soins).

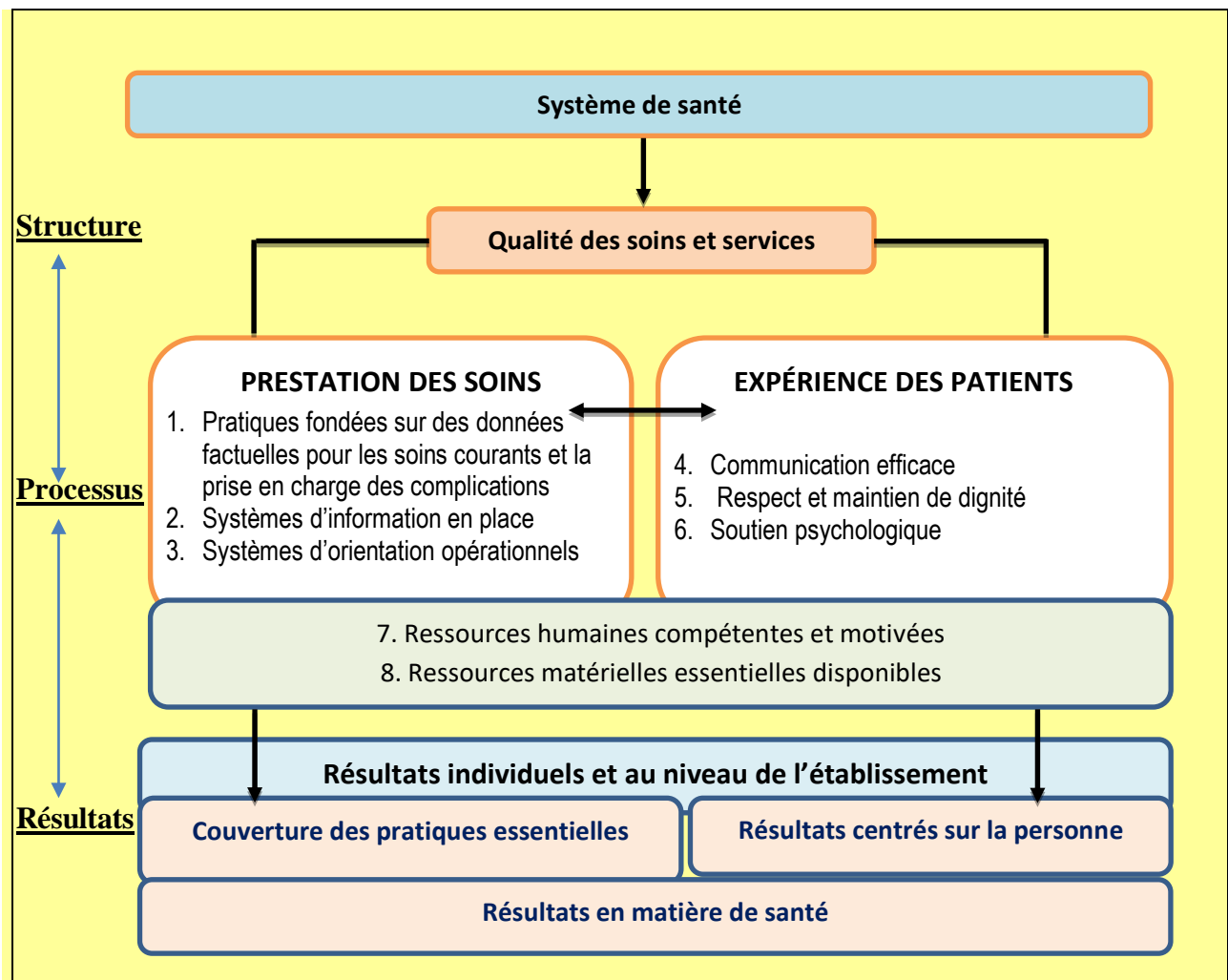


Figure 1. Cadre de référence de l'OMS pour la qualité des soins maternels et néonataux.

3.2 CARACTERISTIQUES GENERALES DES FORMATIONS SANITAIRES ENQUETEES.

3.2.1 Population couverte et capacités hospitalière des FOSA enquêtées.

L'étude a été réalisée dans quatre provinces représentant chacune des quatre régions du pays. Au total, selon le tableau 1 et figure 2 ci-dessous, vingt et quatre formations sanitaires, FOSA, dont huit Hôpitaux de District, HD (6 publics et 2 de confession religieuse) et 16 Centres de Santé, CDS (12 publics, 2 privés et 2 de confession religieuse) ont fait objets de cette étude.

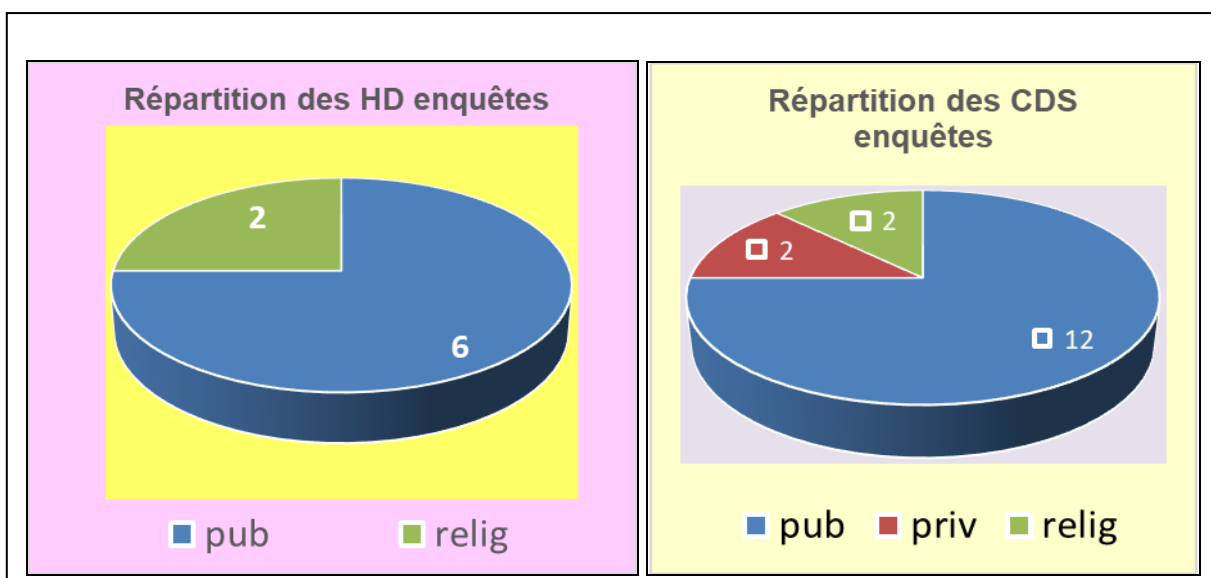


Figure 2. Répartition des formations sanitaires visitées /enquêtées selon les secteurs.

3.2.2 Aire de responsabilité, ressources humaines et capacités des FOSA enquêtées.

La population totale de l’aire de responsabilité des 8 HD enquêtés a été estimée à 1 969 989 habitants (*tableau n°2*) soit environ 15 % de la population burundaise, tandis que celle desservie par les CDS enquêtés était d’environ 307 097 habitants (*tableau n°3*). La population moyenne de l’aire de responsabilité par HD et par CDS enquêtés était respectivement de 246 249 et 19.194 habitants, avec des moyennes relativement élevées dans les provinces sanitaires de Bubanza et Makamba. Ces chiffres sont très élevés, surtout au niveau des CDS car, selon le PNDS-2019-2023, la couverture en infrastructures sanitaires était estimée en 2015 à un Hôpital pour 128.426 habitants et un CDS pour 9.377 habitants. Une étude réalisée par l’UNICEF⁸ sur l’Estimation des coûts des soins de santé primaires avait trouvé des résultats similaires.

A) Population desservie et capacité hospitalière des HD enquêtés.

Le nombre de lits d’hôpital variait de 110 à 160 avec une moyenne de 145 pour les DH (Tableau 2). Selon l’étude de l’UNICEF ci-haut mentionnée, le nombre moyen de lits était de 148 avec des extrêmes allant de 81 à 253 pour l’Hôpital de District alors qu’il était de 10 lits pour le CDS avec des extrêmes allant de 3 à 25 lits.

Le nombre de lits d’hospitalisation ou lits d’hébergement est l’un des indicateurs de la disponibilité des services hospitaliers. La présente étude, à travers les résultats résumés dans le tableau n° 2 ci-dessous, montre que les hôpitaux visités disposaient de 0,59 lits pour 1000

⁸ UNICEF : Rapport de l’Estimation des coûts des soins de santé primaires au Burundi, Janvier 2022

habitants, ce qui représente une régression d'environ 30% par rapport à l'année 2014 où cet indicateur était estimé à 0.79 lits pour 1000 habitants⁹.

Tableau 2. Population desservie, capacité hospitalière et ressources humaines des hôpitaux de district HD enquêtés.

PROVINCES SANITAIRES	Population totale desservie par les D.S. visités	Pop moyenne de l'aire de Responsabilité des H.D visités	Nombre moyen de lits d'hôpital des HD enquêtés	Nombre moyen de lits pour 1000 habitants
BUBANZA	576.143	288.072	160	0,55
KIRUNDO	413.240	206.620	156	0,75
MAKAMBA	552.732	276.366	153	0,55
MURAMVYA	427.883	213.942	110	0,51
Moy.gén par HD	1.969.989	246.250	145	0,59

B) Disponibilité des ressources humaines dans les hôpitaux de district HD enquêtés.

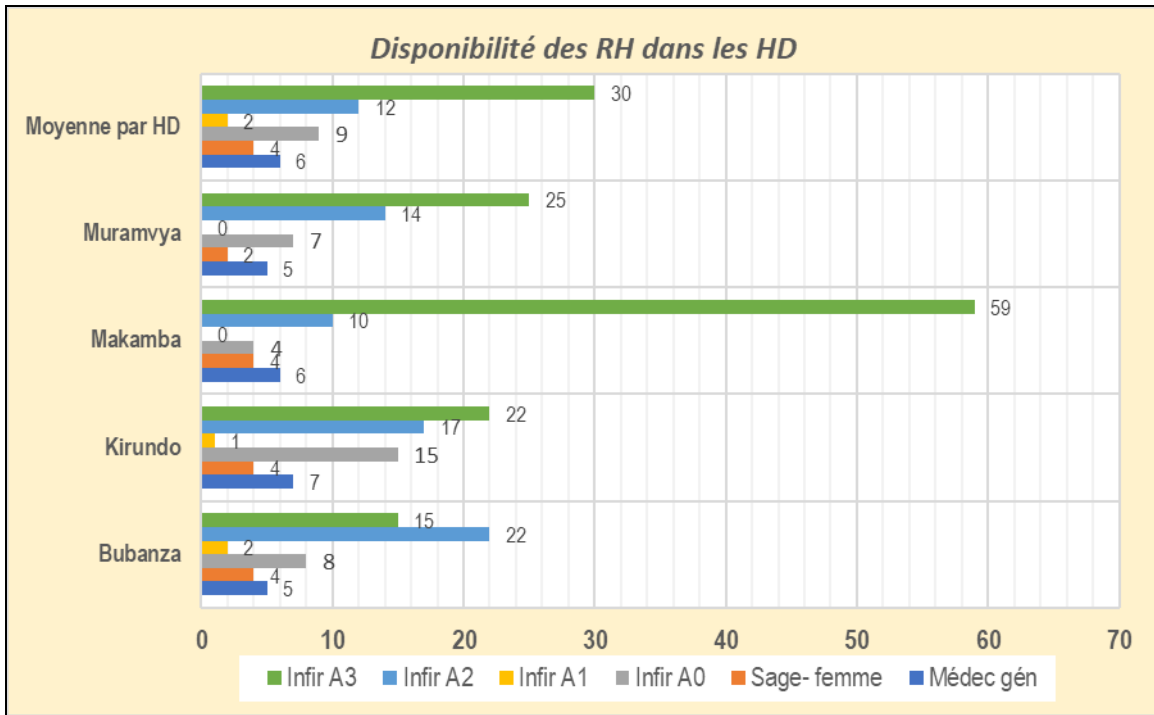
L'étude s'est intéressée essentiellement au personnel de santé et prestataires des soins et services en faveur des enfants de moins de cinq ans, des femmes enceintes, celles qui accouchent dans les FOSA. Les HD disposent en moyenne d'un infirmier pour 4.320 habitants, un médecin pour 41.042 habitants et une sage-femme pour 14.590 femmes en âge de procréer, FAP. Ces effectifs sont encore en dessous des normes de l'OMS qui recommandent un infirmier pour 3.000 habitants, une sage-femme pour 5.000 FAP et un médecin pour 10.000 habitants. La situation est beaucoup plus inquiétante pour les médecins (*quatre fois moins que la norme OMS*) et les sages-femmes (*deux et demi moins que la norme OMS*).

Aucun des huit HD enquêtés ne dispose d'un gynéco-obstétricien ou d'un pédiatre. Ces HD sont dotés en moyenne, comme cela est illustré par le graphique 1, de six médecins généralistes et quatre sages-femmes avec cependant, un nombre élevé d'auxiliaires infirmiers de niveau A3 soit, une trentaine en moyenne par HD. Le même constat avait été fait par l'étude de l'UNICEF¹⁰.

⁹ : Source : Perspective monde, BM

¹⁰ Idem. UNICEF : Rapport de l'Estimation des coûts des soins de santé primaires au Burundi, Janvier 2022

Graphique 1 : Ressources humaines intervenant dans les soins des enfants de moins de cinq ans et femmes enceintes ou qui accouchent dans les HD par Province (n=4).



C) Population desservie, capacité d’hébergement des CDS enquêtés.

Comme le montre le tableau n°3 ci-dessous, la population moyenne de l’aire de responsabilité des CDS enquêtés est d’environ 20 000 habitants alors que selon les normes cette population devrait être comprise entre 10 000 et 15 000 habitants. Ceci pourrait être la cause de la surcharge de travail des prestataires de services avec comme conséquence une baisse de la qualité des soins dispensés.

Tableau 3 : Population desservie et capacité hospitalière des CDS enquêtés

N°	PROVINCE SANITAIRE	Population totale desservie par les 4 CDS	Population moyenne de l’aire de Responsabilité des CDS	Nombre moyen de lits d’hébergement pour les CDS
1	BUBANZA	92.635	23.159	9
2	KIRUNDO	61.565	15.391	6
3	MAKAMBA	94.025	23.506	9
4	MURAMVYA	58.872	14.718	11
TOTAL		307.097	76 774	35
Moyenne		76.774	19.194	9

Les lits d’hébergement pour ces CDS variaient de 6 à 11 avec une moyenne de 9 lits pour les CDS visités (tableau 3). Ce résultat est proche de celui trouvé par l’étude de l’UNICEF où le nombre moyen des lits par CDS était de 10 avec des extrêmes allant de 3 à 25.

D) Disponibilité des ressources humaines dans les CDS enquêtés.

Selon le tableau n°4 ci-dessus, aucun centre de santé enquêté n'était doté d'une sage-femme alors que tous ces CDS disposent d'une maternité fonctionnelle. Les ressources humaines sont ici constituées principalement d'infirmiers de niveau A2 et A3, avec une moyenne de 8 infirmiers dont la moitié est de niveau A2 et l'autre de niveau A3, soit un infirmier pour 2.399 habitants.

Tableau 4 : Disponibilité des RH dans les CDS enquêtés.

N°	PROVINCE SANITAIRE	Aire de Responsabilité des CDS visités	Moyenne de RH au CDS enquêtés offrant les prestations aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes et celles qui accouchent				
			Infirmier A0	Sage-femme	Infirmier A1	Infirmier A2	Infirmier A3
1	BUBANZA	23.159	1	0	0	4	4
2	KIRUNDO	15.391	1	0	0	4	1
3	MAKAMBA	23.506	0	1	0	2	7
4	MURAMVYA	14.718	1	0	0	4	3
Moyenne		19.194	1	0	0	4	4

Bien que les effectifs d'infirmiers dans les CDS enquêtés soient proches des normes de l'OMS (1 infirmier pour 3.000 habitants) le manque de sages-femmes dans ces FOSA a attiré notre attention car cela compromet la qualité des prestations relatives à la santé maternelle et néonatale. Selon les normes de l'OMS (une sage-femme pour 5.000 FAP) ces CDS, dont la population moyenne de l'aire de responsabilité est de 19.194 habitants, devraient disposer d'au moins une sage-femme comme cela est prévu par ailleurs dans les directives des Normes Sanitaires 2019-2023.

3.3 PRESTATIONS DE SERVICES ET SOINS AUX FEMMES ENCEINTES.

Pour analyser les facteurs de qualité des prestations offertes aux femmes enceintes, l'étude s'est penchée sur les aspects relatifs à : i) l'accès à l'information, éducation, communication pour le changement de comportement (IEC/CC), ii) la disponibilité des guides et protocoles de référence dans la prise en charge, iii) le paquet de services et soins offerts ; iv) les ressources humaines et matérielles, la satisfaction des bénéficiaires etc. Ces aspects ont été analysés à travers des entretiens directs avec les responsables des FOSA, un audit clinique des dossiers et des entretiens de groupes (focus groups) avec les prestataires et les bénéficiaires rencontrés au niveau des formations sanitaires enquêtées.

3.3.1 Services d'IEC et fréquences des CPN au niveau des CDS

Le rôle des activités d'information, éducation et communication sur le changement de comportement des femmes en matière de fréquentation des FOSA est primordial. C'est pour

cette raison qu'à travers cette étude, nous avons, à l'aide d'un questionnaire cherché à vérifier si les responsables des FOSA disposaient des connaissances suffisantes sur leurs cibles respectives et si les FOSA étaient dotées d'outils de sensibilisation et de communication sur les modalités et l'intérêt des CPN.

Comme le montre le tableau n°5 ci-dessous, 69% des CDS visités avaient effectué au moins une séance d'IEC/CC sur les CPN dans les 3 mois ayant précédé l'enquête, tandis que seulement 31% disposaient des affiches sur la CPN.

Tableau 5 : Niveau de sensibilisation et de recours aux services de CPN dans les CDS enquêtés.

PROVINCES SANITAIRE	DISTRICTS SANITAIRE (2CDS/ DS)	Nb CDS avec au moins 1 séance IEC sur la CPN dans les 3 mois avant l'enquête	Nombre de CDS avec affiche sur CPN	Au 2 ^{ème} semestre 2021			% CPN-2-4 / Grossesses attendues
				Nb moyen de grossesses attendues	Nb moyen de CPN Pré-coces	Nb moyen de CPN-2-4	
BUBANZA	Bubanza	1	0	459	45	248	54.
	Mpanda	1	0	700	207	706	101
S/Total		2	0	1159	252	954	82
KIRUNDO	Kirundo	2	1	545	239	361	66
	Mukenke	1	0	340	259	310	91
S/Total		3	1	885	498	671	76
MAKAMBA	Makamba	1	1	909	119	912	100
	Nyanza lac	2	0	914	221	1077	118
S/Total		3	1	1823	340	1989	109
MURAMVYA	Muramvya	1	1	669	179	350	52
	Kiganda	2	2	703	111	373	53
S/Total		3	3	1372	290	812	53
MOYENNE TOTAL	Eff /16	11	5	5239	1380	4337	83
	%	69	31		26	83	

Cependant, les femmes qui avaient effectué leur 1^{er} CPN au premier trimestre de leurs grossesses (CPN précoce) étaient encore très peu nombreuses, soit 26% des grossesses attendues, au moment où celles qui avaient effectué 2 à 4 CPN correspondaient à 83% des grossesses attendues au sein des CDS enquêtés. Le taux moyen global des CPN précoces pour les CDS de la province de Kirundo était de 56% alors que les CDS enquêtés dans les 3 autres provinces ont un taux moyen très faible au tour de 20%.

S'agissant des taux de deux à quatre consultations prénatales (CPN-2-4), les CDS visités en province Makamba affichent de bons résultats (109%) alors que ceux visités dans la province de Kirundo et de Muramvya affichent des taux faibles en dessous de la moyenne des FOSA enquêtées, soit respectivement 76% et 53%.

Selon les résultats des focus group organisés en faveurs des bénéficiaires, ces derniers ont exprimés leur perception de la qualité des soins relatifs aux CPN. Ces bénéficiaires s'accordaient

à croire que le faible taux de fréquentation en CPN précoces au niveau des CDS, pourrait être lié à divers facteurs dont i) le mauvais accueil des prestataires, plutôt très occupés par leurs téléphones portables, ii) la lenteur et ou l'incompétence de la plupart de ces prestataires, iii) le manque d'informations et de sensibilisation sur l'importance des CPN précoces, iv) des valeurs socio-culturelles qui poussent encore les femmes à cacher leurs jeunes grossesses autant que possible, v) les grossesses non désirées chez les divorcées ou célibataires, vi) le coût des tests de grossesse et autres coûts indirect non couverts par la gratuité, etc.

3.3.2 Disponibilité des services de CPN au niveau des CDS.

La disponibilité des prestations essentielles telles que la prise de paramètres, services de prévention, diagnostic et de suivi, en faveur des femmes en CPN1 est illustrée par le tableau n°6 ci-dessous qui montre que globalement ces services indispensables en CPN étaient fournis par 60 % des CDS. Le reste de ces FOSA enquêtés, soit 40% des CDS offrent un PMA incomplet en CPN 1 car, certains des services ne sont pas fournis systématiquement. C'est entre autres le cas avec la prise des paramètres et l'administration des médicaments préventifs.

Au niveau de tous les CDS visités, seulement près de la moitié prenaient les paramètres des femmes venues en CPN1, soit 56% pour la prise du poids et de la tension artérielle et 50% pour la prise de température. Cette défaillance pour la prise des paramètres déclarée par les responsables des CDS visités a été confirmée à travers les audits cliniques réalisés aux mêmes FOSA. Ce sont les CDS de la province de Makamba qui accusaient plus de lacunes surtout en matière de prise de paramètres, suivi par les CDS de Bubanza qui n'offraient pas de services de prévention de l'anémie chez la femme enceinte.

En matière de soins préventifs, la grande majorité des centres de santé visités (94%) disposent des services de prévention contre le paludisme chez les femmes enceintes, au moment où le traitement préventif contre l'anémie n'est dispensé que dans 38% des CDS avec de l'acide folique et 44% avec des comprimés de fer. Cette situation expliquerait en partie, l'ampleur de l'anémie chez les femmes enceintes et la mortalité maternelle liée à l'hémorragie post partum. Il a été aussi constaté qu'aucun des 16 CDS enquêtés ne disposait de service de dépistage du cancer du col utérin. Le même constat a été fait également à travers l'audit clinique des dossiers des femmes ayant consulté en CPN au cours du dernier semestre 2021. Toutefois, certains examens de labo étaient effectués dans 69% de ces CDS, comme le montrent les tableaux n° 6, et 75% d'entre-deux disposaient des carnets mère-enfants.

Tableau 6 : Disponibilité des services en CPN au niveau des CDS enquêtées

PROVINCE SANITAIRE	DISTRICT SANITAIRES	NOMBRE DE CDS ENQUÊTÉS LES SERVICES ET SOINS EN CPN-1												Taux de disponibilité global des services	
		Paramètres			Prévention					Diagnostic		Suivi			Total de services disponibles
		T°	TA	Poids	Fansidar /SP en TPI	Acide folique	cés de fer	MIILDA	VAT	Dépistage de cancer d col utérin	Ex-Labo.	Carnet mère enfant			
BUBANZA	Bubanza	1	1	1	2	0	0	2	2	0	1	1	11	50%	
	Mpanda	2	2	2	1	0	0	2	2	0	1	1	13	59	
	S/Total/4	3	3	3	3	0	0	4	4	0	2	2	24	55	
KIRUNDO	Kirundo	1	1	1	2	1	2	2	2	0	2	2	16	73	
	Mukenke	1	1	1	2	1	1	2	2	0	2	1	14	64	
	S/Total/4	2	2	2	4	2	3	4	4	0	4	3	30	68	
MAKAMBA	Makamba	0	0	0	2	1	0	2	1	0	1	1	8	36	
	Nyanza lac	0	0	0	2	1	1	1	2	0	0	2	9	41	
	S/Total/4	0	0	0	4	2	1	3	3	0	1	3	17	39	
MURAMVYA	Muramvya	2	2	2	2	0	2	2	1	0	2	2	17	77	
	Kiganda	1	2	2	2	2	1	2	1	0	2	2	17	77	
	S/Total/4	3	4	4	4	2	3	4	2	0	4	4	34	77	
TOTAL /16	16 CdS	8	9	9	15	6	7	15	13	0	11	12	105	60	
	%	50	56	56	94	38	44	94	81	0	69	75	60	60	

Selon le tableau 7 ci-dessous, sur quatre examens de labo étudiés, le test VIH et le diagnostic de la syphilis sont disponibles dans la majorité des FOSA, respectivement dans 87 % et 75% des CDS au moment où, seulement 2 CDS, soit 12%, offraient le PCR pour enfant et aucun CDS de ne pratiquait la recherche des hépatites.

Toutefois, **ces examens ont été rarement faits** selon les résultats présentés plus bas dans le tableau 10 basé sur les données de l'audit clinique des dossiers/fiches des femmes ayant été reçues en CPN. **Seulement 11 femmes parmi les 83 dont les dossiers ont été audités, avaient bénéficié des tests de syphilis soit 13%, et 3 femmes seulement avaient été testées du VIH et ceux des hépatites ont été réalisés respectivement pour.**

En conséquence, comme les bénéficiaires l'ont exprimé au cours des focus group, les examens de laboratoire non disponibles au niveau des CDS, se font le plus souvent dans des laboratoires privés ou confessionnels (selon la capacité financière) ou alors abandonnés, auquel cas l'intéressée se contenterait d'un PMA incomplet ou d'un traitement présomptif.

Pour ce qui est de la PCIME, elle est pratiquée dans seulement 50% des CDS. Par ailleurs ces cas où la PCIME est respectée, elle concerne plus la vérification de l'état nutritionnel, de la

croissance et le développement psychomoteur de l'enfant (50%) que la vérification du calendrier vaccinal (25%).

Par rapport aux provinces sanitaires enquêtées, le niveau l'offre des examens de laboratoire en CPN1 et de l'intégration de la PCIME dans les CDS visités est relativement similaire dans tous les CDS enquêtés avec une légère variation de 40% (Bubanza) à 50% (Kirundo).

Tableau 7 : Examens de routine et intégration de la PCIME en CPN dans les CDS visités

PROVINCE SANITAIRE,	DISTRICT SANITAIRES,	NOMBRE DE CDS ENQUÊTÉS OFFRANT, LORS DES CPN-1, LES EXAMENS DE LABORATOIRE ET LA PCIME								Total sur 10 services par district	Taux (%) de disponibilité globale des
		Examens de labo effectués en CPN-1 au CDS				PCIME		Si PCIME oui, alors, évaluation de :			
		Test VIH	Hépatite	PCR pour enfants	Syphilis	Oui	Non	Etat nutritionnel, croissance et le développement psychomoteur	Calendrier vaccinal		
BUBANZA	Bubanza	2	0	0	2	1	1	1	1	5	50
	Mpanda	1	0	1	1	0	2	0	0	3	30
	S/Total/4	3	0	1	3	1	1	1	1	8	40
KIRUNDO	Kirundo	2	0	0	2	0	2	0	0	4	40
	Mukenke	2	0	0	2	2	0	2	0	6	60
	S/Total/4	4	0	0	4	2	2	2	0	10	50
MAKAMBA	Makamba	1	0	0	1	2	0	2	1	4	40
	Nyanza lac	2	0	1	1	1	1	1	0	5	50
	S/Total/4	3	0	1	2	3	1	3	1	9	45
MURAMVYA	Muramvya	2	0	0	1	2	0	2	2	5	50
	Kiganda	2	0	0	2	0	2	0	0	4	40
	S/Total/4	4	0	0	3	2	2	2	2	9	45
TOTAL /16	16 CdS	14	0	2	12	8	8	8	4	36	
	%	87	0	12	75	50	50	50	25	45	45

3.3.3 Audit des dossiers pour CPN et soins maternels au niveau des FOSA enquêtés.

La technique d'audit clinique des dossiers ou fiches des femmes ayant été reçues et bénéficié des soins et services de santé maternelle, au cours du dernier mois rapporté avant l'enquête, a été mise en œuvre pour confirmer ou infirmer les données recueillies à travers un questionnaire soumis aux différents responsables des FOSA visitées. Le tableau ci-après montre les services audités et le nombre des dossiers/fiches des audités.

Sur un total de 241 dossiers de femmes auditées, 83 soit 34,4% avaient bénéficié des services de CPN, 60 soit 25% avaient été assistées pour accouchements, 44 soit 18,3% avaient été reçues en consultations postnatales (CPoN), 29 femmes soit 12,0% avaient bénéficié des prestations des

services de Planification Familiales et santé reproductive en général et 25 femmes, soit 10,4% présentaient des pathologies liées à la grossesse. Parmi les 83 dossiers, 28 soit 34,7%, représentaient les femmes qui avait fait la CPN et l'accouchement dans la même structure. Aussi, au moment où 4 des 60 femmes (6,6%) avaient fait l'accouchement et la CPoN dans la même structure alors que 25 autres (10,4%) avaient consulté pour pathologies liées à la grossesse. Aucune femme n'avait bénéficié de la PF après l'accouchement ou au cours de la CPoN.

Tableau 8 Répartition des dossiers des femmes enceintes ou qui accouchent audités.

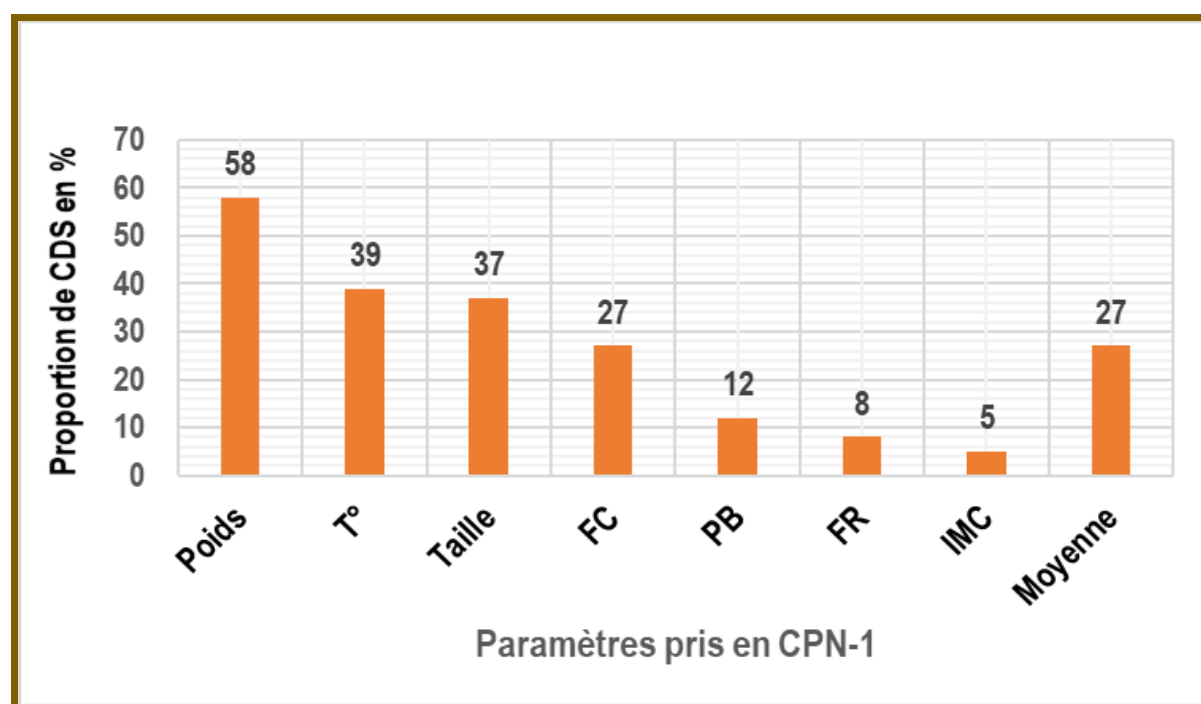
PROVINCES SANITAIRES	Nombre de dossiers audités	Nombre de dossiers audités en CPN	Nombre de dossiers audités en ACCT	Nombre de dossiers audités en CPoN	Nombre de dossiers audités en PF	Nombre de dossiers audités pour pathologies liées à la grossesse.	Nb de dossiers audités pour ACC + CPoN pendant le 2 ^{ème} semest 2021	Nb de dossiers audités pour CPN + ACCT pendant le 2 ^{ème} semest 2021
BUBANZA	66	32	15	11	3	5	2	14
KIRUNDO	44	22	11	5	0	6	0	11
MAKAMBA	66	18	16	11	12	9	1	3
MURAMVYA	65	11	18	17	14	5	1	0
Total global	241	83	60	44	29	25	4	28
	%	34,4%	24,9%	18,3%	12,0%	10,4%	6,6%	34,7%

a) Prise de paramètres en CPN.

L'audit clinique réalisé sur 83 fiches/dossiers de femmes ayant bénéficié de la CPN confirme les déclarations des responsables des CDS telle que présentées au tableau 6. En effet, parmi elles, 48 femmes soit 58% ont bénéficié des services de prise du poids, 31 soit 38%, la prise de la taille, 32cas, soit 38%, la prise de la température. Les autres paramètres ont été pris respectivement dans 22 cas, soit 27% pour la fréquence cardiaque ; 7cas, soit 8%, pour la fréquence respiratoire, dans 4 cas soit 5% pour l'indice de masse corporelle dans et 10 cas soit 12% pour le périmètre brachial dans (voir tableau 9 ci-dessous).

Tableau 9 : Disponibilité de la prise de paramètres selon les dossiers audités en CPN (n=83)

PROVINCES	BUBANZA	KIRUNDO	MAKAMBA	MURAMVYA	DOSSIERS TOTAL 83	%
Nombre de dossiers audités en CPN	32	22	18	11	83	100%
Poids	20	8	12	8	48	58%
Température (T°)	12	7	9	4	32	39%
Taille	12	7	11	1	31	37%
Fréquence Cardiaque	12	2	8	0	22	27%
Périmètre brachial	5	2	3	0	10	12%
Fréquence Respiratoire	4	3	0	0	7	8%
Indice de la Masse Corporelle	4	0	0	0	4	5%
Moyenne	11	4	6	2	22	26.6%



Graphique 2 : Disponibilité de la prise de paramètres en CPN-1 selon les dossiers audités (n=83)

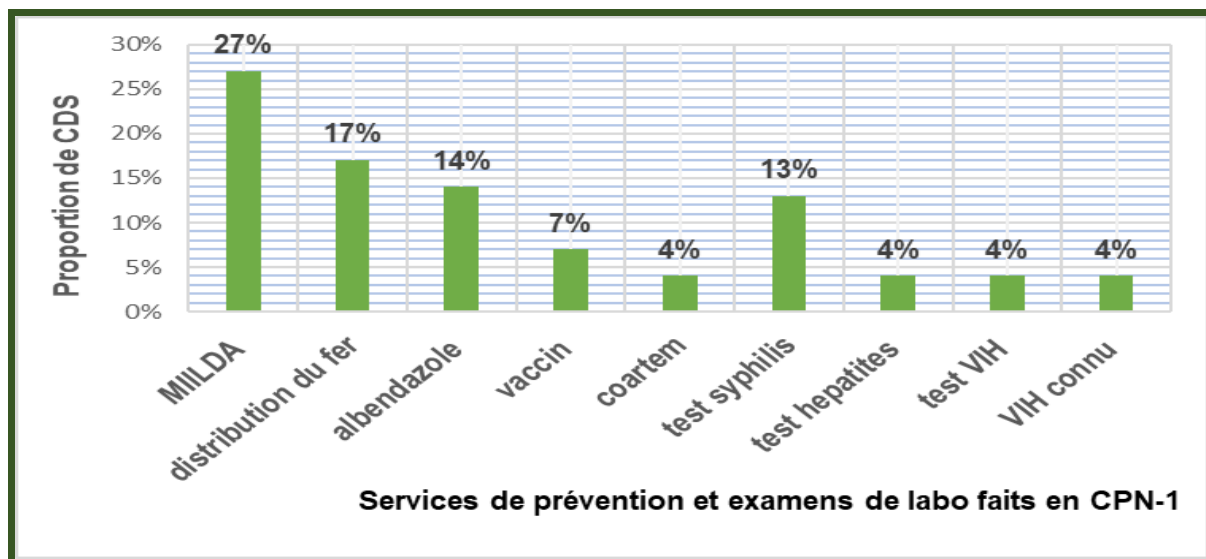
b) Examens de routine et traitements préventifs en CPN

L’audit des dossiers /fiches des femmes enceintes ayant consulté dans les FOSA que nous avons visité fait le même constat de faible qualité des prestations en CPN telle que développé dans les paragraphes précédents. En effet, comme le montre le tableau 10 ci-dessous, la dispensation des traitements préventifs a été fait dans 22 cas soit 27% pour les Moustiquaires imprégnées d’Insecticides à longue durée d’action (MIILDA), 14 cas pour le fer, soit 17% ; 12 cas, soit, 14% pour l’abendazole, 6 cas soit 7% pour les vaccins, et 3 cas ; soit 4% pour l’administration du coartem.

Tableau 10 : Examens de routine et traitements préventifs en CPN pour les dossiers audités (n=83).

PROVINCES	BUBANZA	KIRUNDO	MAKAMBA	MURAMVYA	DOSSIERS TOTAL 83	%
Nombre de dossiers audités en CPN	32	22	18	11	83	100%
MILDA	7	3	5	7	22	27%
distribution du fer	3	1	7	3	14	17%
albendazole	3	6	3	0	12	14%
vaccin	1	2	0	3	6	7%
coartem	3	0	0	0	3	4%
test syphilis	4	3	1	3	11	13%
test hepatites	0	3	0	0	3	4%
test VIH	3	0	0	0	3	4%
VIH connu	1	0	0	2	3	4%

Ce tableau montre également la disponibilité des examens relatifs à la plupart des pathologies susceptibles de compromettre à la fois la vie de la femme enceinte et du nouveau-né d’une part, et l’intégration de la PCIME aux premières consultations prénatales d’autre part. Ici l’étude montre également la disponibilité et la fréquence des examens de diagnostic de routine faits chez les femmes en CPN. Ainsi le test de syphilis avait été réalisé pour 11 dossiers, soit 13% tandis que le dépistage du VIH et celui des hépatites ont été fait chacun dans 3 cas seulement sur les 83 dossiers audités, soit 4%.



Graphique 3 : Disponibilité des examens de routine et traitements préventifs en CPN-1

L’étude a analysé la disponibilité des examens relatifs à la plupart des pathologies susceptibles de compromettre à la fois la vie de la mère et du nouveau-né d’une part, et l’intégration de la PCIME aux premières consultations prénatales d’autre part. Les résultats montrent que tous les CDS visités respectent la consigne de ne pas garder en hospitalisation une femme enceinte qui présente une pathologie liée à la grossesse pendant plus de 3 jours.

3.4 ACCOUCHEMENT ET PÉRIODE PÉRINATALE

3.4.1 Accouchement en milieu de soins au niveau des CDS

Si les activités d'information, éducation et communication sur le changement de comportement des femmes en matière de fréquentation des FOSA sont importantes, celles relatives aux accouchements assistés par un personnel qualifié en milieux de soins le sont davantage. Cependant notre étude a constaté que la sensibilisation des bénéficiaires par rapport aux avantages des accouchements assistés par un personnel qualifié est encore faible, car seulement cinq CDS sur seize, soit 31% ont effectué au moins une séance d'IEC sur l'accouchement assisté au cours d'un trimestre ayant précédé la présente enquête.

Tableau 11 : Proportion de services et soins relatifs à l'accouchements disponibles dans les CDS

N°	INDICATEURS DE PRESTATIONS EN ACCOUCHEMENT	BUBANZA	KIRUNDO	MAKAMBA	MURAMVYA	Moyenne
2	Population moyenne de l'air de responsabilité/CDS	23 159	15 391	23 506	14 718	19194
3	Nbre moyen d'accouchement attendus par semestre	579	385	588	368	480
4	Nb moyen d'accouchements assistés par CDS faits au 2 ^{ème} semestre 2021	248	183	320	196	237
5	Nb moyen d'accouchement eutociques par CDS au 2 ^{ème} semestre 2021	248	183	315	196	236
6	Nombre moyen d'accouchements eutociques par CDS suivi avec partogramme au 2 ^{ème} semestre 2021	195	36	167	177	144
7	Nb moyen d'accouchement dystociques réalisés au cours du 2 ^{ème} semestre 2021	0	0	5	0	1
8	Nb moyen de femmes sorties avec méthodes de PF	0	1	5	3	2
9	Nb moyen de mère dépistées sero+ en salle de travail au 2 ^{ème} semestre 2021	1	0	0	0	0
10	Nb moyen de mère sero+ mise sous traitement prophylactique ARV au 2 ^{ème} semestre 2021 ?	1	0	0	0	0
11	Nb moyen de n-nés de mère sero+ qui ont été mis sous traitement prophylactique	1	1	0	1	1
12	Nb moyen de transferts pour accouchements compliqués effectué au 2 ^{ème} semestre 2021	15	14	109	12	38
Taux de :	Taux d'accouchement assistés par rapport aux accouchements attendus en %	43.	48	54	53	50
	Utilisation partogramme par rapport aux accouchements eutociques en %.	79	20	53	90	61

Selon les résultats présentés dans le tableau 11 ci-dessus, le taux moyen d'accouchements assistés (50%) au niveau des CDS enquêtés semble être relativement bas de façon générale. Cela serait dû au fait que, dans chaque District Sanitaire ayant participé à cette étude, l'échantillonnage a porté sur un CDS disposant d'un service de maternité performant et un autre moins performant, en termes de volume et de la qualité des prestations, selon le score de qualité globale FBP.

Pour apprécier la qualité du suivi des accouchements il a été question ici d'analyser le niveau d'utilisation des partogrammes au cours de la surveillance du travail pour des accouchements eutociques. Ainsi, au niveau des CDS qui ont participé à cette étude, la proportion des accouchements eutociques ayant été suivis à l'aide des partogrammes au niveau des quatre provinces visitées est encore faible avec une moyenne globale de 61%. La province de Muramvya et celle de Bubanza affichent de bons résultats, respectivement de 90% et 79%, au moment où les CDS de Kirundo n'utilisent que rarement les partogrammes, soit un taux de 20%.

Durant le dernier semestre 2021, les CDS visités de la province de Makamba ont effectué beaucoup de transferts vers les Hôpitaux de District, et cela se remarque à travers le nombre de césariennes effectuées dans les HD (*voir tableau n° 12*) de cette province au cours de la même période. L'ampleur des accouchements dystociques, des transferts et des césariennes dans la province de Makamba s'expliquerait par le rapatriement des femmes enceintes dont le suivi n'avait pas été optimal dans les camps de réfugiés en Tanzanie.

L'adoption de la planification familiale en postpartum immédiat est insignifiante. En effet, sur une moyenne de 237 accouchements assistés durant le 2^{ème} semestre 2021 au niveau des CDS enquêtés, seules deux femmes sont sorties avec une méthode moderne de planification familiale.

Cette faible qualité des prestations de maternité a été rapportée par les femmes bénéficiaires, à travers les différents focus groups organisés au sein des FOSA enquêtées. Ces bénéficiaires ont affirmé qu'elles observent parfois un mauvais accueil dans le service de maternité où les prestataires se laissent souvent détourner par les messages WhatsApp et autres communications sur les réseaux sociaux au détriment des parturientes en plein travail d'accouchement jusqu'à accoucher parfois au lit ou à même le sol.

Il en va de soi que cette dépréciation de la qualité des soins offerts aux femmes enceintes et celles qui accouchent dans les FOSA pousse de plus en plus les femmes à recourir aux services des accoucheuses traditionnelles dont 75% des participants aux FG reconnaissent l'existence. Par la même occasion, ces participants apprécient le rôle des guérisseurs traditionnels et des guérisseurs spirituels à une proportion respective d'environ 67% et 58%.

Cette étude a cherché les raisons de cette dépréciation des services de CPN et de maternité au près des prestataires de services qui se sont exprimé en FG. Sur 8 FG menés avec les

prestataires de services de maternité, la majorité, soit 75%, ne sont pas du tout satisfaits de la qualité des missions de supervision du niveau hiérarchique (BDS et même provincial). Selon ces prestataires, une bonne partie des ECD n'est pas à la hauteur de leurs attentes en termes d'encadrement et de coaching, pour leur permettre d'offrir des prestations de qualité aux femmes enceintes et celles qui accouchent.

3.4.2 Accouchement en milieu de soins au niveau des HD

Selon les résultats de la présente étude présentés dans le tableau 12 ci-dessous, le taux moyen d'accouchements assistés au niveau des huit HD par rapport aux accouchements attendus dans les DS, varie de 16,44% (Bubanza) à 30, 86 (Kirundo) avec une moyenne globale de 20,79%. Sauf pour les HD de Kirundo, ces taux semblent être raisonnables à cause des stratégies mises en place pour le respect du circuit du malade dans différents District sanitaires. En effet, dans certains HD, les cartes d'assurance maladie ne sont valables qu'en cas de transfert par un CDS. Il en est de même quelque fois pour d'autres soins ciblés de la gratuité.

Le taux d'utilisation du partogramme dans la surveillance du travail pour accouchements eutociques est relativement faible (54%) et n'est pas très différent de celui observé au niveau des CDS, soit 60%. La proportion des accouchements par césarienne (par rapport aux accouchements attendus) dans les HD des 4 provinces visitées varie de 5,12% (Muramvya) à 9,27% (Kirundo) avec une moyenne globale de 7,17%. A part les HD de Muramvya et Bubanza qui ont enregistré des taux faibles au tours de 5%, les autres HD visités étaient à un niveau raisonnable.

Aussi, sur un nombre moyen de 1244 accouchements assistés au niveau des HD au cours du 2^{ème} semestre 2021, seules 29 femmes, soit 2.33% sont sorties avec une méthode de planification familiale. Dans la mise en œuvre de cette stratégie, la province de Kirundo vient en tête avec 73 cas suivi de celle de Muramvya avec 20 cas.

Au cours du 2^{ème} semestre 2021, seuls les HD de Muramvya et de Bubanza ont effectué des transferts des cas de maternité vers les Hôpitaux Nationaux (de 3^{ème} référence) du fait probablement de la proximité de ces derniers.

En fin, l'étude a constaté que la stratégie de chirurgie de district n'est pas encore fonctionnelle étant donné que les équipes provenant des différents HD, constitué par un médecin généraliste, un infirmier de bloc opératoire et un anesthésiste viennent de commencer leur formation théorique et pratique. La mission de contrôle de qualité de la chirurgie de district rapportée dans la province de Muramvya correspondait à une mission d'analyse situationnelle au niveau des HD qui devront être renforcés pour être à mesure d'assurer les fonctions de chirurgie de district.

Tableau 12 : Proportion de services et soins relatifs à l'accouchements disponibles dans les HD

N°	INDICATEURS DE PRESTATIONS EN ACCOUCHEMENT.	BUBANZA	KIRUNDO	MAKAMBA	MURAMVYA	Effectif total	Moyenne
1	Nb moyen d'accouchements attendus pour 2022 est-il connu par HD?	1	2	1	2	6	2
3	Nb moyen (par HD) d'accouchement assistés faits au 2 ^{ème} semestre 2022.	1184	1594	1243	956	4977	1244
4	Nb moyen (par HD) d'accouchement eutociques au 2 ^{ème} semestre 2021.	454	476	134	506	1570	393
5	Nombre moyen (par HD) d'accouchements eutociques suivi avec partogramme au 2 ^{ème} semestre 2021.	226	237	69	323	855	214
6	Nb moyen (par HD) d'accouchement dystociques réalisés au cours du 2 ^{ème} semestre 2021.	309	639	525	176	1649	412
7	Nb moyen (par HD) de césarienne effectuée au 2 ^{ème} semestre 2021	421	479	584	274	1758	440
8	Nb moyen de femmes par HD sortie sorties avec méthodes de PF.	12	73	10	20	115	29
9	Nb moyen de mère dépistées sero+ en salle de travail (par HD) au 2 ^{ème} semestre 2021.	0	2	0	0	2	1
10	Nb moyen de mère sero+ mise sous traitement prophylactique ARV (par HD) au 2 ^{ème} semes 2021.	0	2	0	0	2	1
11	Nb moyen de n-nés de mère sero+ qui ont été mis sous traitement prophylactique / HD	8	11	2	8	29	7
12	Nb moyen de transferts pour accouchements compliqués effectué (HD) au 2 ^{ème} semes 2021.	3	0	0	6	9	2
13	Nb moyen (par HD) de missions de contrôle de qualité de la Chirurgie de District par le niveau central reçue en 2021.	0	0	0	1	1	0
14	Population.	288 067	206 620	276 366	213 942	984 995	123 124
15	Nb de grossesses attendues.	14 403	10 331	13 818	10 697	49 250	6156
TAUX	Accouchement assistés rapport aux accouchements attendus.	16,44	30,86	17,99	17,87	20,79	
	Césarienne par rapport aux accouchements attendus [1]	5,85	9,27	8,45	5,12	7,17	
	Utilisation partogramme par rapport aux accouchements eutociques.	50%	50%	51%	64%	54%	
	Accouchements dystociques par rapport aux accouchements assistés.	26%	40%	42%	18%	33%	

3.4.3 Audit des dossiers pour accouchement au niveau des FOSA enquêtées.

Selon le tableau 8 présenté plus haut, sur un total de 241 fiches/dossiers, 60 fiches, soit 24,9%, concernaient des femmes ayant accouchés (au cours du dernier mois rapporté avant l'enquête) dans les FOSA visitées ont été analysés. La Province Kirundo était la moins représentées avec 15 fiches soit 18%, tandis que la Province de Muramvya était la plus représentée avec 18 fiches soit 30% comme le montre le graphique ci-dessous.

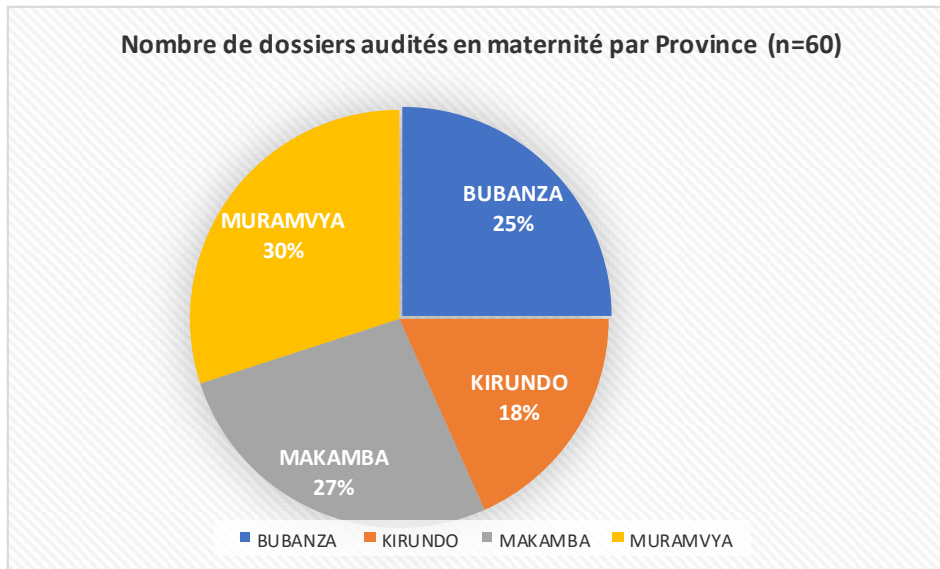


Figure 3. Résultats de l'audit des fiches de la maternité dans les Provinces visitées (n=60)

La prise des paramètres en maternité n'est pas systématique comme le montre le tableau ci-après. En effet, sur les 60 fiches auditées, on constate que, mis à part le poids pris dans 62% des cas, les autres paramètres sont relativement négligés. La température et la taille sont pris chacun dans 48% au moment où les autres paramètres sont pris dans moins de 40% des cas.

Cependant en dépit de la prise des paramètres et des plaintes des bénéficiaires au cours des FG, les résultats de l'audit clinique des dossiers des parturientes tels que présentés par le tableau 13 ci-dessous, révèlent que de façon générale, la prise en charge en maternité est satisfaisante.

En effet, sur 60 fiches auditées, le mode d'accouchement a été précisé dans 59, cas soit 98%, des cas. L'état du nouveau-né (score d'APGAR) a été précisé dans 100% des cas. Aucun cas de décès maternel, périnatal ou néonatal n'a été retrouvé dans les dossiers échantillonnés. Le poids du Nouveau-né a été précisé dans 97% des cas. Le nouveau-né avait un poids normal 2,5Kg ou plus dans 87% contre 7% qui avaient une insuffisance pondérale à la naissance. De même, le sexe du nouveau-né a été précisé dans 78% des cas.

Tableau 13 : Résultats de l'audit des dossiers en maternité dans les HD des provinces visitées (n=60)

ELÉMENTS/PARAMÈTRES ANALYSÉS		H.D VISITES DANS LES PROVINCES				TOTAL 60 DOSSIERS	%
		BUBANZA	KIRUNDO	MAKAMBA	MURAMVYA		
Mode d'accouchement	Acc Eeutocique	10	10	13	15	48	80
	Acc Ddystocique	4	1	1	3	9	15
	Cesarienne	1	0	1	0	2	3
	Non Renseigné	0	0	1	0	1	2
Qualification de l'accoucheur (se) RH	Mmédecin	1	0	1	0	2	3
	A0	0	1	1	0	2	3
	S femme	1	0	3	1	5	8
	A2	4	4	2	9	19	32
	A3	7	5	8	8	28	47
	NR	2	1	1	0	4	7
Nombre de dossiers audités	NN ≥ 2,5KG	13	10	14	15	52	87
	NN < 2,5KG	2	2	0	0	4	7
	NR	0	0	1	1	2	3
Sexe	M	8	5	7	11	31	52
	F	1	2	6	7	16	27
	NR	6	4	3	0	13	22

La qualification de l'accoucheur (se) a été précisé dans 93% des cas où, des techniciens infirmiers A2 et des auxiliaires infirmiers A3 comme accoucheurs représentaient respectivement 32% et 47% des cas. L'infirmier de niveau A0 et la sagefemme n'ont intervenu que respectivement dans 3 et 8%. Le médecin généraliste intervenait uniquement en cas de césarienne (dans 3%).

L'audit des dossiers a donc permis de confirmer les constats faits précédemment notamment l'insuffisance des ressources humaines qualifiées, la faible capacité de prise en charge surtout au niveau du laboratoire. Contrairement aux autres services, les paramètres ont été pris dans la majorité des cas.

3.5 SYSTEME DE REFERENCE ET CONTRE REFERENCE (SRCR).

Le système de référence et contre référence est une des stratégie mise en place dans le système sanitaire burundais pour améliorer entre autres la qualité des soins en santé maternelle et néonatale. Selon les résultats de cette étude, ce système existe et est théoriquement gratuit au niveau de tous les FOSA des provinces sanitaires visitées, l'ambulance étant disponible au niveau des Hôpitaux de District. Cependant, seuls les HD de la province Bubanza ne posent aucune condition pour les bénéficiaires du transport en cas de référence, alors que tous les autres HD posent la condition d'avoir payé la cotisation annuelle pour la carte d'ambulance (62,5%), être résident de l'aire de responsabilité ou avoir acheté le carburant pour l'ambulance (12,5%). Notons que toutes les ambulances trouvées au niveau des HD visités n'était pas médicalisées, et les ambulanciers étaient des infirmiers (A3 ou A2) qui n'avaient pas encore bénéficié de formation d'ambulancier pour mieux gérer des urgences au cours du transfert.

Notons que cette pratique de cotisation annuelle pour la carte d'ambulance exigée à la communauté est appliquée différemment selon la province visitée, d'où la nécessité de réglementer de cette pratique par une promulgation d'une loi y relative, pour plus d'équité et de durabilité de l'action.

Dans certaines provinces, la cotisation annuelle pour la carte d'ambulance est couplée à l'achat de la CAM, pour d'autre, il s'agit d'une contribution annuelle isolée allant de 1000 à 2000 francs burundais versée sur un compte bancaire dont les procédures de gestion diffèrent d'une province à l'autre.

Tableau 14 : . Services relatifs au système de référence et contre référence, SRCR, dans l'HD

N°	ELÉMENTS / CRITÈRES ANALYSÉS DANS LE SRCR		NBRE D'HÔPITAUX DE DISTRICT ENQUÊTÉS				Total	%
			BUBANZA	KIRUNDO	MAKAMBA	MURAMVYA		
1	Le SRCR existe-t-il dans votre District (FOSA)?	0 : Non	0	0	0	0	0	0
		1 :Oui	2	2	2	2	8	100
2	Si Oui, est-il gratuit	0 : Non	0	0	0	0	0	0
		1 :Oui	2	2	2	2	8	100
3	Condition /critère pour bénéficiaire du transport en cas de transfert	Résident dans l'aire de responsabilité de la FOSA	0	0	1	0	1	12.5
		Avoir payé une carte annuelle d'ambulance.	0	2	1	2	5	62.5
		Pouvoir acheter le carburant pour ambulance	0	0	1	0	1	12.5
		Pouvoir payer tout le coût lié au transport.	0	0	0	0	0	0
		Sans condition	2	0	0	0	2	25
4	Quels sont les aspects à améliorer pour rendre le SRCR + performant	Moyen de communication	0	1	0	0	1	12.5
		Moyen de transport	0	2	0	1	3	37.5
		Gestion et gouvernance du système	1	0	1	0	2	25
		Le feedback/ la contre référence	1	0	1	0	2	25

Interrogés sur les aspects à améliorer pour rendre le SRCR plus performant, la plupart des responsables des Hôpitaux de District ont suggéré i) l'amélioration de la gestion et gouvernance du système (25%), ii) l'équipement des ambulances en matériel médical adapté et amélioration du système de communication (13%), iii) feedback/contre référence (25%).

Selon les résultats des FG organisés au niveau des prestataires, il faut (i) améliorer les conditions de transport et augmenter le budget pour le carburant des ambulances, ii) former les ambulanciers sur la prise en charge des urgences au cours d'un transfert, et iii) l'octroyer les frais de mission /motivation/encouragement aux ambulanciers.

3.6 SONE/SONUB, PF ET SURVEILLANCE DES DECES MATERNELS, PERINATALS ET RIPOSTE.

3.6.1 Disponibilité des prestataires formés en SONE, SONU, PF et SDMPR.

Toute FOSA qui dispose d'une maternité devraient pouvoir offrir les prestations de SONE, SONU, PF et SDMPR. Pour les CDS, il s'agit des SONE au minimum et des soins obstétricaux de base, SONUB au mieux et des soins obstétricaux complet, SONUC pour les HD. Le facteur les plus déterminant dans l'offre de ces différentes prestations est la disponibilité des ressources humaines compétentes, analysée à travers les données présentées dans le tableau n° 15 ci-dessous. Un autre facteur de qualité non négligeable dans l'offre de ces prestations est la disponibilité des médicaments, équipements, consommables et autres intrants dont ceux relatifs au SONU sont présenté plus bas au tableau n°17. Soulignons d'emblée que toutes les FOSA visitées disposaient d'une gamme plus ou moins complète des produits contraceptifs et équipements y relatifs.

Tableau 15 Capacité de prestation de soins obstétricaux et néonataux essentiels, d'urgence et de Planification Familiale au niveau des Centres de santé visités.

N°	COMPÉTENCES DES RESSOURCES HUMAINES EN MATIÈRE SONUB ET PF.		NOMBRE D'HD ENQUÊTÉS DOTÉS DE PRESTATAIRES FORMÉS				Total	%
			BUBANZA	KIRUNDO	MAKAMBA	MURAMVYA		
1	Nombre de CDS avec au moins :	Une sage-femme ou infirmiers formés en SONE	0	3	4	4	11	69
		Une sage-femme ou infirmiers formés en SONUB	1	1	3	1	6	38
		Une sage-femme ou infirmiers formés en TC	2	2	4	3	11	69
		Des TPS formés en TC.	1	0	2	1	4	25
2	Nombre de prestataires	Sage-femme/infirmiers formés en SONE	0	5	8	6	19	
		Sage-femme/infirmiers formés en SONUB	1	1	10	1	13	
		Sage-femme/infirmiers formés en TC	4	4	14	10	32	
		Techniciens de Promotion de la Santé, TPS formés en TC.	1	0	2	1	4	
Total	Prestataires formés	6	10	34	18	68		

L'analyse des capacités relatives à l'offre des prestations de soins obstétricaux et néonataux, au niveau des centres de santé visités, montre que, selon le tableau 5 ci-dessus, 11/16 CDS, soit 69% disposaient d'au moins une sage-femme ou un infirmier formé en SONE, SOBUB et ou en TC. Cependant, comme les résultats de cette étude, tels que présentés plus haut au tableau 4, ont montré qu'aucun CDS visité ne disposait de sage-femme, tous les 11/16 CDS disposaient d'au moins un infirmier formé en SONS ou SONUB.

Tous les CDS enquêtés réalisent des accouchements, mais le niveau de leurs capacités en SONUB est encore faible, soit 38%. Globalement ces compétences ont été retrouvées beaucoup plus dans les CDS enquêtés dans la province sanitaire de Makamba avec 34 unités formées (*dont*

8 en SONE, 10 en SONUB et 14 en TC) suivie par Muramvya avec 18 unités formées (dont 10 en TC et 6 SONE).

Par contre les CDS enquêtés dans les provinces de Kirundo et Bubanza ont très peu de prestataires formés en SONU et TC. En effet, les huit CDS de ces deux dernières provinces, disposaient respectivement de 10 et de 6 prestataires formés. La majorité des prestataires (infirmiers) ont été formés en technologie contraceptive, suivi de ceux qui ont été formés en SONE, respectivement 32 et 19 unités formées.

Notons que les CDS privés n'ont pas de prestataires formés ni en SONE ou SONUB ni en TC, alors que les CDS confessionnels disposent de quelques unités formées en SONE et TC. L'étude a trouvé que très peu de FOSA disposaient de techniciens de promotion de la santé (TPS) formés en technologie contraceptive soit 4 sur 16 alors qu'ils ont la charge d'encadrer les agents de santé communautaire (réunis en GASC) qui font la distribution à base communautaires des produits contraceptifs modernes.

Tableau 16. Capacité de prestation des services de SONU et la stratégie de Surveillance des Décès Maternels, Périnataux et Riposte au niveau des Hôpitaux de District HD.

N°	COMPÉTENCES DES RESSOURCES HUMAINES EN MATIÈRE SONUC ET PF.		NOMBRE D'HD ENQUÊTÉS DOTÉS DE PRESTATAIRES FORMÉS				Total	%
			BUBANZA	KIRUNDO	MAKAMBA	MURAMVYA		
1	Nbre de HD avec au moins	Une sage-femme ou infirmiers formés en SONUB.	2	1	2	2	7	87,5
		Un médecin formé en SONUC.	2	1	2	1	6	75
2	Nombre de prestataires	Sage-femme/infirmiers formés en SONUB	6	7	10	3	26	
		Médecins formés en SONUC	2	2	3	1	8	
		Total prestataires	8	9	13	4	34	
3	Nombre de HD avec au	S-femme/ infirmiers formés en SDMPR	1	0	2	2	5	62,5
		Médecin formé en SDMPR	1	0	2	1	4	50
4	Nombre de prestataires	Sage-femme/infirmiers formés en SDMPR	2	0	10	3	15	
		Médecin formé en SDMPR	3	0	6	3	12	
		Total prestataires formés	5	0	16	6	27	

Les normes sanitaires 2019-2023 disposent que des HD offrent les SONUC et mettent impérativement en œuvre la stratégie de SDMPR. Les résultats de la présente étude, selon le tableau n°16 ci-dessus, montrent que les HD visités offrent plus de SONUB que de NONUC, soit 87.5% contre 75% globalement. Tous les HD des provinces Makamba et Bubanza disposent chacun au moins un prestataire formé en SONUB et un autre formé en SONUC. Par rapport au nombre de prestataires formés, les DH de la province sanitaire de Makamba battent le record

avec un effectif de 13 prestataires formés. Les HD de la province de Muramvya disposent de très peu de ressources humaines formées en SONUB et SONUC soit 4 (quatre).

S'agissant de la stratégie de SDMPR, si 62,5% des HD disposaient des sages-femmes ou infirmiers formés, 50% seulement de ces hôpitaux disposaient des médecins formés en SDMPR. Aussi, par rapport au nombre de prestataires formés, la province sanitaire de Makamba vient encore une fois en tête avec 16 unités formées en SDMPR, au moment où tous deux HD de Kirundo ne disposent d'aucun prestataire formé en SDMPR car, selon les responsables de ces HD, ceux qui ont été formés ont tous quitté leurs postes.

Au total, les huit HD enquêtés disposaient de 27 prestataires formés en SDMPR, dont 12 médecins et 15 sages-femmes/infirmiers.

3.6.2 Disponibilité des services SONU

Tout comme les fonctions SONUC, les fonctions SONUB sont très essentielles en santé maternelle et néonatale au niveau des CDS disposant d'une maternité. Selon les résultats de cette étude, ces fonctions sont assurées globalement dans seulement 57% des centres de santé visités. La disponibilité de ces fonctions SONUB dans les quatre provinces sanitaires visitées varie de 46 % (Kirundo) à 79% (Bubanza). Les fonctions les plus assurées (75%), parmi les sept fonctions SONUB sont: i) l'administration en IV d'antibiotiques, ii) l'administration IV d'ocytocique, et iii) la réanimation néonatale de base.

Tableau 17. Disponibilité des fonctions de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) au niveau des CDS visités.

PROVINCES SANITAIRES	DISTRICTS SANITAIRES (2 CDS/ DS)	NOMBRE DE CDS ENQUETES PRATIQUANT LES FONCTIONS SONUB SUIVANTES							Total 7 fonctions	%
		Admini strat en IV d'antibiotiques	Admin IV d'ocytocique	Admin IV d'anticonvulsivant	Délivrance artificielle du placenta	Evacuation utérine par aspiration manuelle intra-utérine	Accouchement avec ventouse obstétricale	Réanimation néonatale de base		
BUBANZA	Bubanza	2	2	2	2	2	0	2	12	86
	Mpanda	2	2	1	2	0	1	2	10	71
S/Total		4	4	3	4	2	1	4	22	79
KIRUNDO	Kirundo	1	2	0	0	0	0	1	4	29
	Mukenke	2	1	1	1	1	1	2	9	64
S/Total		3	3	1	1	1	1	3	13	46
MAKAMBA	Makamba	1	1	2	1	1	1	1	8	57
	Nyanza lac	1	1	2	1	1	0	1	7	50
S/Total		2	2	4	2	2	1	2	15	54
MURAMVYA	Muramvya	2	2	0	1	0	0	2	7	50
	Kiganda	1	1	0	2	1	1	1	7	50
S/Total		3	3	0	3	1	1	3	14	50
TOTAL	Effectif /16	12	12	8	10	6	4	12	64	57
	%	75	75	50	60	38	0.25	75		

Cependant la fonction **d'accouchement avec ventouse obstétricale** est quasi absente dans presque tous les centres de santé. L'**administration IV d'anticonvulsivant** et **l'évacuation utérine par aspiration manuelle intra-utérine** sont pratiquées respectivement dans **50% et 37% seulement des CDS visités**. Cette faible disponibilité des fonctions SONUB s'explique entre autres par l'insuffisance des ressources humaines formées en SONUB (38%) telle que détaillée à travers le tableau n° 16 ci-dessus.

Tableau 18. Proportion des naissances vivantes, décès maternels décès périnataux dans les HD

PROVINCE SANITAIRE	Nombre moyen de naissances vivantes au cours du 2 ^{ème} semestre 2021	Nombre moyen de femmes ayant accouché avec ventouse au 2 ^{ème} Sem 2021	Nombre moyen de décès maternels enregistré au 2 ^{ème} Semestre 2021	Nombre moyen de décès périnataux (28SA-28J) au 2 ^{ème} Semestre 2021	Nombre moyen d'enfants référés pour SFA au cours du 2 ^{ème} semestre 2021
BUBANZA	913	42	2	31	0
KIRUNDO	1530	204	3	216	0
MAKAMBA	1230	5	3	73	0
MURAMVYA	866	9	2	48	3
MOYENNE TOTAL	4539	260	10	368	3
%		6	0	8	0

Au niveau des HD enquêtés, sur un total moyen de 4539 naissances vivantes enregistrées au cours du 2^{ème} semestre 2021 dans les services de maternité des huit HD enquêtés, on déplore dix décès maternels et trois cents soixante-huit décès périnataux (soit 8%) dont deux cent et seize à Kirundo seulement.

Il apparaît que les FOSA enquêtées dans la province de Kirundo, enregistraient un taux de mortalité périnatale très alarmant. Cette situation serait la conséquence : i) des faiblesses de ladite province sanitaire en matière de SONU et SDMPR mises en évidence à travers les résultats présentés au tableau n° 16 et surtout du ii) très faible taux d'utilisation des partogrammes (20%) lors des accouchements tel que présenté dans le tableau 11 et des iii) difficultés dans la mise en œuvre de la stratégie de SDMPR (tableau n° 16).

Selon les données présentées par le tableau 18 ci-dessus, sur 260 accouchements par ventouses réalisés au cours du 2^{ème} semestre 2021 par 8 HD, ceux de Kirundo ont, à eux seuls, utilisé cet instrument pour 204 accouchements, soit 78%. Au cours de la même période, sur 368 cas de décès périnataux (28SA-28J) 216, soit 59% ont été enregistrés dans ces 2 HD de Kirundo. Ainsi, à côté d'autres faiblesses enregistrées dans cette province, cette situation a attiré notre attention et nous amènent à formuler une hypothèse selon laquelle, l'utilisation probablement intempestive des ventouses au sein des HD de Kirundo serait à l'origine du nombre important des décès périnataux.

3.6.3 Disponibilité des services de SDMPR dans les HD

Le suivi de la mise en œuvre de cette stratégie de SDMPR ne semble pas retenir l'intérêt et toute l'attention des différents responsables sanitaires à tous les niveaux. En effet, cette étude a constaté qu'au cours du 2^{ème} semestre 2021, un seul HD sur les huit enquêtés, a reçu une mission de supervision relative à la stratégie de SDMPR. Cela expliquerait la raison pour laquelle, l'existence des documents de référence et de gestion de cette stratégie, y compris des comités ou chargés d'audit des DMPR, des rapports de revue des DMPR et des plans de mise en œuvre des recommandations de riposte fait défaut ou n'a pas produit des résultats tangibles.

Tableau 19. Services de surveillance des décès maternels, périnataux et riposte (SDMPR) au HD visités.

N°	ELÉMENTS DE QUALITÉ DES PRESTATIONS SURVEILLANCE DES DÉCÈS MATERNELS PÉRINATAUX ET RIPOSTE		DISPONIBILITÉ DANS LES HD ENQUÊTÉS				Total	%	
			BUBANZA	KIRUNDO	MAKAMBA	MURAMVYA			8HD
1	Nb d' HD disposant de documents de référence et de gestion de la SDMPR,	Existence de comité ou chargé d'audit /revue des DMPR	0 : Non	1	2	0	0	3	37.5
2		1 : Oui	1	0	2	2	5	62.5	
3		Si Oui, rapports sont-ils disponibles	0 : Non	0	2	0	0	2	25
4		1 : Oui	2	0	2	2	6	75	
5		Directives sur la SDMPR	1	1	0	2	4	50	
6		fiche de notification DMP	1	1	2	2	6	75	
7		fiche d'audit des : DMP	1	1	1	2	5	62.5	
8		Rapports de revue/audit	1	1	2	2	6	75	
9	Nb moyen de décès maternels notifié au 2 ^{ème} Semestre 2021 ?			2	3	3	2	10	
10	Nb moyen de décès maternel ont fait objet de revue au cours du 2 ^{ème} Semestre 2021			2	2	3	2	9	90%
11	Nb moyen de décès néonataux notifié au 2 ^{ème} Semestre 2021			31	216	73	48	368	
12	Nb moyen de décès néonataux ont fait objet de revue au cours du 2 ^{ème} Semestre 2021			31	0	35	19	85	23%
13	Nb moyen de missions de supervision de la SDMPR que l'HD a reçu du niveau supérieur au cours du 2 ^{ème} semestre 2021.			1	0	0	0	1	12.5
14	Les rapports de revue des DMPR sont-ils suivis de plan de mise en œuvre des recommandations de riposte	Non		1	2	0	0	3	37.5
15		Oui		1	0	2	2	5	62.5

L'analyse des résultats présentés à travers le tableau n°19 ci-dessus, montre que l'existence des comités de revue des décès maternels, périnataux et riposte **dont la disponibilité des RH formées est un préalable**, est un élément fondamental dans le suivi de la qualité des prestations de soins maternels et néonataux. Ce comité existe au sein de cinq HD sur huit enquêtés, soit 62,5% et est absent au sein de tous les HD de Kirundo. L'existence des documents de référence et de gestion de la stratégie de SDMPR au sein de ces HD est variable de 50 à 75%.

Globalement, si 90% des décès maternels notifiés ont fait objet de revue, **seulement 23% des décès néonataux notifiés ont été audités**. Cette situation est plus inquiétante dans les hôpitaux de

district de Kirundo qui ont enregistré près de 60% de ces décès néonataux et réalisé la revue /audit pour aucun de ces décès, au moment où 100% des décès périnataux notifiés (31 cas) dans les HD de Bubanza ont été audités. Les taux d'audit des décès périnataux pour les HD de Makamba et ceux de Muramvya respectivement de 48% et 39.6% sont également encore faibles.

3.7 CONSULTATION POST NATALE ET VACCINATION DE LA FEMME ET DE L'ENFANT

3.7.1 Services de consultations post-natales.

Les données de l'analyse sur la disponibilité des services de consultations postnatales telles que représentées dans le tableau n°20 ci-dessous, montrent que le taux moyen de CPoN dans les 15 jours post partum est relativement bon avec une moyenne globale de 76%. Ce taux varie de 62,09% pour les CDS de la province sanitaire de Bubanza à 89 % pour ceux la province de Muramvya. La promotion de la planification familiale post partum immédiat n'est pas encore systématique dans tous les centres de santé car au niveau de six sur seize CDS enquêtés, soit 37,5%, des explications sur la PF n'ont pas été données systématiquement aux femmes après accouchement. C'est ainsi que la proportion des femmes qui ont adhéré à la contraception moderne dans les seize CDS ayant participé à cette étude, était encore très faible. En effet, seulement une moyenne de 33 femmes sur 947 ayant accouché dans les 16 CDS au cours du 2^{ème} semestre 2021 ont sollicité une méthode de contraception moderne, soit un taux de 5%.

Tableau 20 : Disponibilité des services pour la consultation post natale (CPoN) au niveau des CDS.

NATURE DES PRESTATIONS OFFERTES EN CPON		SERVICES RETROUVÉS AUX CDS ENQUÊTÉS DANS LES PS SUIVANTES				Total	%
		BUBANZA	KIRUNDO	MAKAMBA	MURAMVYA		
Nb moyen d'accouchements assistés au 2 ^{ème} semestre 2021		248	183	320	196	947	
Nb moyen de femmes venues en CPoN au 2 ^{ème} semestre 2021		154	149	247	174	724	76
Des explications sur la PF ont -elles été données systématique aux mères ?	Non	3	1	2	0	6	38
	Oui	1	3	2	4	10	63
Si oui le nb moyen de celles qui ont sollicité une Méthode de Contraception Moderne		13	5	2	13	33	5
Principaux services offerts en CPoN au niveau des CDS	Surveiller paramètres vitaux pour la mère et N-n	2	3	1	4	10	63
	Surveiller toute hémorragie et lochies post-partum.	2	4	3	4	13	81
	Counseling pour l'offre de la méthode PF	1	4	2	4	11	69
	Vérifier l'état de l'ombilic du n-n	0	4	0	4	8	50
	Surveiller l'involution utérine,	1	2	0	1	4	25
	Recherche de fistule obstétricales et référer	2	0	1	0	3	19
	Surveiller les seins, la montée laiteuse, et conseil pour allaitement maternel exclusif ;	1	1	2	4	8	50
	Donner conseil pour utilisation MIILDA et vaccination	1	1	2	4	8	50
Taux moyen d'adhésion à la PF au cours des CPoN		8	3	1	7		5
Taux moyen de CPoN : ½		62	81	77	89		76

Parmi les huit principaux services à fournir en consultation post partum, seule la surveillance de toute hémorragie et lochies post partum était assurée par plus de 81% des CDS enquêtés alors que la plupart d'autres services sont assurés par 50% à 69% des CDS. Malheureusement l'étude a constaté que d'autres services étaient assurés par moins de 30% des CDS. C'est le cas de la surveillance de l'involution utérine 25% et la recherche de fistules obstétricales pratiquées uniquement par 18,7% des CDS enquêtés.

Selon les résultats de l'audit, le tableau 21 ci-après montre que les services de CPoN sont insuffisants. En effet, sur 44 femmes venues en CPoN, 9 soit 20% ont été examinés à la recherche des fistules ou de sécrétions anormales. Chez les nouveaux-nés, seuls 6 soit 14% ont été examinés à la recherche des infections puerpérales et 12 soit 27% à la recherche des infections du bébé. La recherche des malformations n'a pas été fait. Le VIH a été testé pour 6 Nouveau-né soit 14%.

Tableau 21. Disponibilité des services en CPoN selon les résultats de l'audit des dossiers (n=44)

PRESTATIONS OFFERTES EN CPoN		BUBANZA	KIRUNDO	MAKAMBA	MURAMVYA	Total global	%
Recherche des anomalies chez la mère	Signes de fistules	3	0	6	0	9	20
Recherche des anomalies chez le nouveau-né	Infection chez le N-né	3	6	3	0	12	27
	Infections puerpérales	3	0	3	0	6	14
	Test VIH	3	0	3	0	6	14
	Malformation	0	0	0	0	0	0
	Autres	0	0	3	0	3	7
Prise de paramètres	Poids (kg)	3	1	1	0	5	11
	T°C	2	1	0	0	3	7
	FC	2	0	1	0	3	7
	FR	2	0	0	0	2	5
	Taille (cm)	1	1	0	0	2	5
	IMC	0	1	0	0	1	2
	PB	0	0	0	0	0	0

3.7.2 Services de vaccination aux enfants et aux femmes.

Les services de vaccination aussi bien pour les enfants que pour les femmes sont dispensés au niveau de tous les 16 centres de santé visités. Tous les vaccins fournis par le PEV sont disponibles à 100% dans ces FOSA dont la chaîne de froid est fonctionnelle à 93.5%. Une seule formation sanitaire dans le district de Makamba disposait d'une chaîne de froid en panne. Les CDS des provinces sanitaires de Kirundo et Muramvya affichent les meilleurs résultats avec respectivement un taux de 100% et 93,75% de disponibilité de ces services de vaccination.

Cependant, la disponibilité du personnel formé sur les modules de PEV et des directives sur la vaccination n'est pas encore optimale, soit respectivement 88% et 81%.

L'absence des directives sur la vaccination et de personnel formé sur les modules de PEV représente respectivement 19% et 13% des Centres de Santé enquêtés.

Tableau 22. Disponibilité et capacité des services de vaccination aux enfants et aux femmes

PROVINCE SANITAIRE	DISTRICTS SANITAIRES (2 CDS/ DS)	Nombre de CDS enquêtés répondant aux critères suivants								Total : DISPONIBILITÉ	%
		Directives pour la vaccination		Tous les vaccins suffisants		Personnel formé sur les modules de PEV		Chaine de froid fonctionnel.			
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non		
BUBANZA	Bubanza	1	1	2	0	1	1	2	0	6	
	Mpanda	1	1	2	0	2	0	2	0	7	
Total		2	2	4	0	3	1	4	0	13	81
KIRUNDO	Kirundo	2	0	2	0	2	0	2	0	8	
	Mukenke	2	0	2	0	2	0	2	0	8	
Total		4	0	4	0	4	0	4	0	16	100
MAKAMBA	Makamba	1	1	2	0	2	0	1	1	6	
	Nyanza lac	2	0	2	0	2	0	2	0	8	
Total		3	1	4	0	4	0	3	1	14	88
MURAMVYA	Muramvya	2	0	2	0	1	1	2	0	7	
	Kiganda	2	0	2	0	2	0	2	0	8	
Total		4	0	4	0	3	1	4	0	15	94
TOTAL sur 16 CdS	Effectif	13	3	16	0	14	2	15	1		
	%	81,25	18,75	100	0	87,5	12,5	93,5	6,25		91

Rappelons néanmoins que la vérification du calendrier vaccinal des enfants lors des autres occasions de contact comme les CPN n'est pas encore un réflex systématique des prestataires au niveau des CDS.

3.8 PRESTATION DE SOINS AUX ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

3.8.1 Utilisation des FOSA par les enfants de - de 5 ans et contrôle des infections.

a) Au niveau des CDS

Sur base des résultats présentés dans le tableau n° 23, le taux global moyen d'utilisation des services curatifs des CDS enquêtés pour des consultations curatives des enfants de moins de cinq ans est faible 263. Ce taux est légèrement supérieur 200 recommandés par les normes de qualité pour le pays et inférieur à la moyenne nationale de 416 selon l'annuaire statistique 2020. Ceci serait dû au fait que dans chaque District Sanitaire, l'échantillonnage a porté sur un CDS performant et un moins performant. Cependant le taux moyen d'utilisation des CDS enquêtés dans la province de Kirundo par les enfants de moins de cinq ans est très élevé (468) contrairement aux CDS de Makamba qui affichent un taux très faible de 179. Ailleurs dans les

provinces de Bubanza (225) et Muramvya (245) les taux de fréquentation des CDS ne sont pas très loin de la norme nationale de qualité.

La durée moyenne d'hospitalisation des enfants de moins de cinq ans, au niveau des CDS est 2,6 jours ce qui est conforme à la directive nationale de ne pas dépasser trois jours d'hospitalisation dans les CDS. Tous les centres de santé visités ont reconnu disposer chacun un comité de prévention et de contrôle des infections, sans pouvoir montrer un seul rapport ou procès-verbal de ce comité. L'absence de ces rapports du PCI dans tous les 16 CDS remet en doute le fonctionnement de ces comités pourtant indispensables pour assurer la qualité des prestations de soins dans une FOSA.

Tableau 23 : Consultations curatives des enfants de moins de cinq ans, dépistage du VIH et contrôle des infections dans les CDS.

PROVINCE SANITAIRE	Population moy d' enfants de moins de 5 ans par CDS des	Nb moyen d' enfants de moins de 5 ans estimé dans l' aire de responsa de CDS pour 2021	Nb moyen d' enfants de - de 5 ans reçus en consultation curative au 2 ^{ème} Semestre 2021 ¹¹	Nb moy des - 5 ans reçus dépisté VIH lors des vaccinations de routine au 2 ^{ème} Sem 2021	Durée moyenne d' hospitalisation pour les -5 ans au 2 ^{ème} Semestre 2021	Existence comité PCI Prévention et du Contrôle des Infections		Existence de rapport PCI	Taux moyen d' utilisation des services curatifs (NC) pour les enfants de moins de 5 ans
						Oui	Non		
BUBANZA	23159	4145	4660	0	2.5	4	0	0	225
KIRUNDO	15391	2755	6441	0	2.5	4	0	0	468
MAKAMBA	23506	4208	3766	0	2.5	4	0	0	179
MURAMVYA	14718	2635	3222	0	3	4	0	0	245
TOTAL	76774	13743¹²	18089*	0	2.6	16	0	0	263

*Pour les calculs, le nombre d'enfants de moins de cinq reçus au 1^{ier} semestre 2021 a été multiplié par 2

Plus loin, l'étude a trouvé que les services de vaccination étaient bien assurés malgré une faible qualité de la PCIME et une insuffisance des ressources humaines qualifié dans différentes FOSA.

¹¹ Pour les calculs, le nombre d'enfants de moins de cinq reçus au 1^{ier} semestre 2021 a été multiplié par 2

¹² Pour le calcul des enfant de moins de cinq ans de l'aire de responsabilité AR, selon l'annuaire statistique 2020 : c'est la Population totale de AR multipliée par 17,9 sur cent ($P * 17,9/100$)

b) Au niveau des HD

L'inefficacité dans le fonctionnement du CPCI au niveau des HD est préjudiciable à la qualité, non seulement des prestations de soins au niveau des HD, mais aussi des activités de supervision des CDS.

Tableau 24. Consultations curatives des enfants de moins de 5 ans, dépistage du VIH et contrôle des infections dans les HD.

PROVINCES SANITAIRE	Population moyenne par HD des enfants de moins de 5 ans	Nb d' enfants - de 5 ans estimé dans l' aire de responsabilité des HD pour 2021	Nb cas des - de 5 ans reçus en consultations curatives dans les HD au 2 ^{ème} Sem 2021	Durée moyenne d' hospitalisation pour les - 5ans au 2 ^{ème} Sem 2021	Existence comité Prévention et du Contrôle des Infections		Existence de rapport PCI		Taux moyen d' utilisation des services curatifs pour les enfants de moins de 5ans
					Non	Oui	Non	Oui	
BUBANZA	288072	51565	2557	5	0	2	2	0	10
KIRUNDO	206620	36985	3055	6	0	2	2	0	17
MAKAMBA	276366	49470	2989	6	0	2	2	0	12
MURAMYA	213942	38296	4236	8	0	2	2	0	22
TOTAL	984995	176316	12837¹³	6	0	8	8	0	15

Selon les résultats présentés dans le tableau n°24, le taux moyen d'utilisation des services curatifs pour les enfants de moins de 5ans est de 15. Ce taux est supérieur à la norme recommandée dans le manuel des procédures FBP qui doit être de 10. Seul les HD de Bubanza se trouvent dans les normes avec un taux de 10. Les taux d'utilisation des HD de Kirundo et surtout ceux des Muramvya , respectivement 17 et 22 sont très élevés. Cette situation est due au non-respect du circuit du malade tel que recommandé par Manuel des procédures de la CAM qui oblige aux personnes détentrices de la CAM de ne consulter les HD qu'en cas de transfert fait par un CDS, sinon l'intéressé se voit obligé dans certains HD de payer la totalité des soins.

Le séjour moyen en hospitalisation de six jours (6jrs) est raisonnable. Cependant, bien que le Comité Prévention et du Contrôle des Infections, CPCI, existe au niveau de tous les 8 HD, aucun n'a pu présenter un seul rapport d'activités ou PV de réunion dudit Comité.

¹³ Pour le calcul du taux d'utilisation des services curatifs des HD, le nombre d'enfant de moins de cinq ans consulté au 2^{ème} semestre 2021 a été multiplié par deux

Tableau 25. Nombre de fiches des enfants audités par Province et par type de FOSA (n=116)

N°	PROVINCES SANITAIRE	HD	CDS	Total	Fréquence
1	BUBANZA	12	17	29	25%
2	KIRUNDO	12	11	23	20%
3	MAKAMBA	12	21	33	28%
4	MURAMVYA	12	19	31	27%
Total par type de FOSA		48	68	116	

La majorité des audits a été faite en Province Makamba 33 fiches soit 28%. Tandis que la province où nous avons retrouvé moins de fiches était Kirundo 23 dossiers soit 20%. Au niveau des hôpitaux, les fiches prévues ont été retrouvée en totalité, ce qui n'était pas le cas pour certains CDS. La cause la plus fréquente de manque de dossiers ou fiches était le mauvais classement ou l'incomplétude des informations qui les rendait inexploitables.

Tableau 26. Distribution des patients selon leur origine du patient (n=116)

N°	Origine	Effectif	Fréquence
1	NR*	7	6%
2	AR	83	72%
3	HAR	20	17%
4	HD	4	3%
5	HP	2	2%

* NR=Non Renseigné

Ce tableau montre que dans 72% des cas, les enfants proviennent de l'aire de responsabilité de la FOSA, tandis que 22% proviennent d'ailleurs. Dans 6% des cas, cette information n'était pas disponible.

Tableau 27 : Distribution des patients : Ancien ou Nouveau cas (n=116).

Episode maladie (Ancien ou nouveau cas)	Effectif	Fréquence
NR	63	54%
Nouveau cas (NC)	41	35%
Ancien cas (AC)	12	10%

Dans 54% des cas, les prestataires omettent de mentionner que l'enfant consulte pour une nouvelle épisode maladie ou pas. Dans 35% ce sont de nouveaux cas tandis que dans 10% ce sont des anciens cas. Cette information manque probablement pour bénéficier des subsides FBP/gratuité. Les effets pervers de la gratuité/FBP pourraient contribuer également à la faible qualité de l'offre des soins en faveur des enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et celles qui accouchent dans les FOSA du Burundi. En effet, comme le gros des frais de

fonctionnement des FOSA passent par ce mécanisme de financement, il y a tendance, pour certains prestataires mal intentionnés à maximiser les recettes aux moindres efforts.

Tableau 28. *Prise de paramètre et distribution des patients selon le sexe (n=116)*

	EFFECTIF	FREQUENCE	%
Sexe	NR	4	3%
	M	57	49%
	F	55	47%
Paramètres	Poids (Kg)	92	21%
	Taille (Cm)	62	53%
	Age (en mois)	115	99%
	IMC	18	16%
	PB	7	6%
	T°	75	65%
	FC	39	34%
	FR	34	29%

L'audit des dossiers des enfants de moins de cinq ans a permis de confirmer les constats des entretiens avec des responsables des FOSA. En effet, sur 116 dossiers audités, les paramètres permettant le suivi de la croissance et le développement de l'enfant étaient pris proportionnellement dans 92 (79%) des cas pour le poids, dans 60 (52%) des cas pour la taille et 115 (99%) des cas pour l'âge, 75 cas (65%) pour la température, 39 cas soit 34% pour la fréquence cardiaque, 34 cas soit 29% pour la fréquence respiratoire, 18 (16%) pour l'IMC et 7(6%) pour le PB. La prise des paramètres chez l'enfant comme le poids, la taille et la température est relativement satisfaisante. Cependant, malgré la prévalence de la malnutrition dans le pays, les paramètres comme l'IMC et le PB semblent être négligés probablement par manque d'équipements ou par surcharge du travail.

Tableau 29 *Disponibilité des examens de labo selon les résultats de l'audit (n=116)*

Examens réalisés	HD	CDS	Positif	Total	%
GE	15	7	7	22	19%
TDR	5	15	15	20	17%
Selles	0	0	0	0	0%
NFS	10	4	0	14	12%
ECBU	4	9	0	13	11%
VIH	8	0	1	8	7%
CRP	0	1	0	1	1%

La GE est l'examen le plus réalisé pour les enfants de moins de cinq ans, soit 19% des cas suivi du test de dépistage rapide dans 17% des cas. La fréquence des GE s'explique par la directive nationale selon laquelle, devant toute fièvre, il faut faire une GE. Cependant, certains enfants n'ont pas bénéficié de la GE même en cas de fièvre. L'examen des selles n'a été mentionné sur aucune fiche auditée, la numération formule sanguine a été réalisée dans 12% majoritairement au niveau des hôpitaux de district. L'ECBU était réalisé dans 11 % des cas, le test de dépistage du VIH dans 7% et la CRP dans 1%. **Dans 10 cas sur 116 soit 9% des cas, les enfants avaient dû payer les soins malgré la gratuité.**

3.8.2 Services de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant, PCIME.

a) Au niveau des CDS

Tableau 30. Disponibilité des prestations de PCIME au niveau des CDS.

DISTRICT SANITAIRE	CDS AVEC UN PROTOCOLE PCIME :			Nb de CDS avec prestataires formés en PCIME	Nombre de CDS ayant connu une rupture de stock en produits/médicaments PCIME dans les six derniers mois ayant précédé l'étude									
	Non	Oui	Affiché		Anti palu pédiatrique		Amoxicilline sirop		Zinc + SRO		Vitamine A		paracétamol sirop	
					Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Bubanza	2	0	0	1	2	0	2	0	2	0	0	2	1	1
Mpanda	1	1	0	0	0	2	1	1	1	1	0	2	2	0
S/Total moy	3	1	0	1	2	2	3	1	3	1	0	4	3	1
Kirundo	0	2	0	2	2	0	2	0	0	2	0	2	2	0
Mukenke	0	2	0	2	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0
S/Total	0	4	0	4	4	0	3	1	2	2	2	2	4	0
Makamba	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0
Nyanzalac	1	1	0	1	0	2	1	1	1	1	1	1	2	0
S/Total	2	2	0	3	1	3	2	2	2	2	2	2	4	0
Muramya	1	1	0	1	2	0	2	0	1	1	0	2	2	0
Kiganda	2	0	0	2	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0
S/Total	3	1	0	3	4	0	4	0	3	1	1	3	4	0
TOTAL/ 16	8	8	0	11	11	5	12	4	10	6	5	11	15	1
Dispo en %	50	50	0	69	69	31	75	25	62	38	31	69	94	6

Selon les données de cette étude telles que présentées dans le tableau 30 ci-dessus, la disponibilité des ressources humaines formées en PCIME est variable des CDS d'une province à une autre. Ces compétences ont été trouvées au sein de 11 sur 16 CDS, soit 69% des FOSA enquêtées. C'est la province de Kirundo qui affiche la meilleure performance car, au sein de tous les 4 CDS visités on a trouvé i) au moins un prestataire formé en PCIME, bien ii) qu'aucune des FOSA ne disposait des protocole PCIM affichés. La situation est préoccupante à Bubanza où un seul CDS sur 4 disposait d'un prestataire formé en PCIME, au sein des autres provinces, les prestataires formés sont inégalement répartis.

La disponibilité des médicaments de PCIME est faible pour la vitamine A (31%) et meilleure pour le paracétamol sirop 94%. L'iniquités dans la distribution des ressources humaines et la fréquence des ruptures en médicaments et autres produits de santé pour la PCIME justifient en partie la mauvaise qualité de l'offre des prestations de qualité à tous les bénéficiaires de la PCIME. Par ailleurs, selon les focus groupe organisés, les bénéficiaires ont dénoncé la non disponibilité des médicaments qui les oblige à aller les acheter dans des pharmacies privées à des prix exorbitants.

b) Au niveau des HD

Tableau 31. Disponibilité des protocoles, médicaments et produits de santé en PCIME au niveau des HD

PROVINCE SANITAIRE	Nombre d' HD avec un Protocole PCIME :			Nb HD avec au moins 1 prestataire formé en PCIME	Nb de HD ayant connu une rupture de stock en produits/médicaments PCIME dans les six derniers mois ayant précédé l'étude									
					Anti-palu pédiatrique		Amoxicilline sirop		Zinc SRO		+ Vitamine A		Paracétamol sirop	
	Non	Oui	affiché		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Bubanza	1	1	0	1	2	0	2	0	1	1	0	2	0	2
Kirundo	1	1	0	1	2	0	2	0	1	1	0	2	2	0
Makamba	1	1	0	1	1	1	1	1	0	2	0	2	0	2
Muramya	0	2	0	2	2	0	2	0	1	1	0	2	2	0
TOTAL	3	5	0	5	7	1	7	1	3	5	0	8	4	4
%	38	62	0	63	88	12	88	12	38	62	0	100	50	50

Les résultats présentés dans le tableau 31 ci-dessus montrent que la disponibilité des ressources humaines et des services de PCIME au niveau des Hôpitaux de District n'est pas très différente de celle qui prévalait au sein des centres de santé. En effet, trois sur huit hôpitaux de district, soit 38%, ne disposent pas de prestataires de soins formés en PCIME. Dans les mêmes proportions, les outils de référence tels que les guides ou protocoles PCIME, n'ont pas été retrouvés au sein de ces HD. Comme pour les CDS, la majorité des HD disposent des protocoles PCIME mais aucun ne les avait affichés.

Les ruptures de stock étaient observées surtout pour la vitamine A (100 %), le SRO et le Zinc (62%) et le paracétamol sirop (50%). Selon les prestataires, l'absence de la vitamine A dans les hôpitaux se justifierait par de très faibles activités vaccinales.

Le tableau n°32 ci-dessous met en évidence les difficultés que rencontrent les HD dans la mise en œuvre de la PCIME pour certaines pathologies. Dans tous les HD enquêtés, la prise en charge, à travers la stratégie de PCIME des cas de nourrissons de 0 à 2 mois, de

fièvre/paludisme, diarrhée et des otites ne pose aucune difficulté. Cependant, 25% des HD ont affirmé avoir des difficultés pour la prise en charge du VIH couplé à la Tuberculose et de la toux avec difficultés respiratoires sur un terrain de malnutrition. De même 50% des HD ont signalé éprouver des difficultés pour la prise en charge de l'anémie sur drépanocytose.

Tableau 32. Difficultés à prendre en charge les cas selon l'approche PCIME dans les HD

PROVINCE SANITAIRE	Nb de HD ayant déclaré avoir des difficultés à prendre en charge les cas suivants dans le cadre de la PCIME													
	Nourrissons de 0 à 2 mois		Fièvre / paludisme		Diarrhée		Otites		Anémie drépanocytose		VIH / tuberculose		Toux / difficultés respiratoires, malnutrition	
	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Bubanza	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	2	0
Kirundo	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	1	1
Makamba	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1
Muramya	2	0	2	0	2	0	2	0	0	2	2	0	2	0
TOTAL	8	0	8	0	8	0	8	0	4	4	6	2	6	2
%	100	0	100	0	100	0	100	0	50	50	75	25	75	25

Au vu des résultats, la majorité des CDS enquêtés n'ont pas de difficultés dans la prise en charge de la plupart des pathologies ci-dessous (*tableau 33*) dans le cadre de la PCIME clinique. Ceci est justifié du reste par un taux faible d'utilisation des services en consultation curatif pour les enfants de moins de 5 ans dans les HD (*voir tableau 23*). Sur un total de 16 CDS enquêtés, la prise en charge est nettement meilleure pour les cas d'otites (100%) et de diarrhée (94%), de toux avec difficultés respiratoires et malnutrition (94%) et de fièvre avec paludisme (81%).

Cependant quelques CDS ont reconnu des difficultés à prendre en charges des cas d'anémie / drépanocytose (81%) de VIH avec tuberculose, des nourrissons de 0 à 2 mois (38%) et de la fièvre sur paludisme 19%.

Tableau 33. Difficultés à prendre en charge les cas selon l'approche PCIME au niveau des CDS

PROVINCES SANITAIRES	DISTRICT SANITAIRES	Nb de CDS ayant déclaré avoir des difficultés à prendre en charge les cas suivants dans le cadre de la PCIME													
		Nourrissons de 0 à 2 mois		Fièvre / paludisme		Diarrhée		Otitis: Infection de l'oreille		Anémie drépanocytose		VIH / tuberculose		Toux/difficultés respiratoires, malnutrition	
		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Bubanza	Bubanza	2	0	2	0	1	1	2	0	0	2	1	1	1	1
	Mpanda	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	2	0
	S/Total	4	0	4	0	3	1	4	0	1	3	2	2	3	1
Kirundo	Kirundo	0	2	2	0	2	0	2	0	0	2	2	0	2	0
	Mukenke	0	2	0	2	2	0	2	0	0	2	1	1	2	0
	S/Total	0	4	2	2	4	0	4	0	0	4	3	1	4	0
Makamba	Makamba	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	2	0
	Nyanza lac	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	1	1	2	0
	S/Total	4	0	4	0	4	0	4	0	2	2	2	2	4	0
Muramvya	Muramvya	1	1	1	1	2	0	2	0	0	2	1	1	2	0
	Kiganda	1	1	2	0	2	0	2	0	0	2	2	0	2	0
	S/Total	2	2	3	1	4	0	4	0	0	4	3	1	4	0
TOTAL	Eff	10	6	13	3	15	1	16	0	3	13	10	6	15	1
	%	62	38	81	19	94	6	100	0	19	81	62	38	94	6

3.8.3 Suivi de la croissance et prise en charge nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans au niveau des CDS.

Les résultats de la présente étude montrent que les services de suivi de la croissance de l'enfant sont disponibles dans 8 CDS sur 16, soit 50% des CDS. Sur les 16 CDS visités, les services de suivi et prise en charge nutritionnelle des enfants sont disponibles dans 11, soit 69%. Pour les CDS enquêtés à Kirundo, plus de 50% assuraient la prise en charge nutritionnelle et le suivi de la croissance. Au niveau des HD, les services de **suivi de la croissance** de l'enfant sont disponibles dans seulement 2 sur 8 HD, soit 25%, alors que les services de suivi et **prise en charge nutritionnelle** des enfants sont disponibles dans 5 sur 8 HD, soit 62%.

Vu l'ampleur de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le pays, tous les CDS devraient disposer systématiquement d'un service de suivi de la croissance et de prise en charge nutritionnelle des enfants et des femmes enceintes.

3.8.4 Suivi de la croissance des enfants de moins de cinq ans et prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes ou allaitantes au niveau des HD.

Le service de suivi de la croissance de l'enfant d'une part et du service de suivi et prise en charge nutritionnelle des enfants d'autre part constituent une pierre angulaire dans le continuum des soins de qualité pour les enfants de moins de 5 ans. Ce service était disponible

dans la quasi-totalité des HD visités et dans 5 sur 8 HD district, 147 cas ont été enregistrés. La province de Makamba en a enregistré 80% des cas.

Concernant la disponibilité du service de prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes et allaitante, ce service existait dans 75% des HD avec respectivement 245 cas de femmes enceintes et 60 cas de femmes allaitantes prises en charge.

3.9 SUIVI DES ACTIVITES COMMUNAUTAIRES (GASC) PAR LE CDS

L'étude a analysé le suivi des activités des ASC par les CDS enquêtés. Dans 7 sur 16 CDS enquêtés (44%), les responsables déclarent avoir signé un contrat FBP avec les GASC et il était organisé en moyenne de 3 descentes de supervision / CDS / par trimestre pour les ASC. Cependant, sur 48 descentes réalisées, seuls 15% étaient planifiées contre 85% non planifiées. Les rapports de supervision des ASC contenant les recommandations n'étaient disponibles que dans 15% des supervisions.

3.9.1 Notification des décès maternels au niveau communautaire

Selon les résultats des entretiens en FG avec les différents GASC, il y'aurait un système de notification des décès maternels, périnataux au niveau communautaire dans 8/16 CDS enquêtés, soit 50%. Cependant, aucun cas de décès maternel et périnatal natal n'a été notifié au cours du 2^{ème} semestre 2021. Le suivi des soins des enfants à domicile avait été assuré par des ASC relevant de 75% des CDS enquêtés avec en moyenne 275 cas suivi au cours du 2^{ème} semestre 2021.

3.9.2 Récupération des abandons.

L'étude a analysé l'ampleur des activités de récupération des cas d'abandons par les ASC autour des CDS. La relance des abandons, tout comme la distribution à base communautaire des contraceptifs et le traitement de certaines pathologies des enfants de moins de cinq ans (PCIME communautaire iCCM), contribue à renforcer la continuité des soins et services afin de briser les barrières géographiques et culturelles et permet d'augmenter l'accès et la couverture des interventions ainsi que le continuum des soins au niveau communautaire.

En moyenne 11 cas d'abandons de PF ont été récupérés pour 31% des CDS enquêtés, 20 cas d'abandons pour la CPN et 101 cas d'abandons des services de vaccination de routine. La province de Makamba vient en tête pour la récupération des cas d'abandons en CPN soit 80% tandis que Kirundo s'est distingué dans la récupération des cas de vaccination soit 38%.

3.9.3 Suivi de la croissance des enfants à domicile

Pour les activités de suivi de la croissance des enfants à domicile, les ASC sont impliqués dans 75% des CDS enquêtés disposant d'un service de suivi de la croissance des enfants à domicile. Le nombre moyen d'enfants suivis au cours du 2^{ème} semestre 2021 était de 3713. Tous les CDS de la province sanitaire de Kirundo soit 100% disposent d'un service de récupération d'abandons contre 75% des CDS à Bubanza et 50% à Muramvya et Makamba.

Tenant compte de la sollicitation de plus en plus croissante des ASC et de la diversification des prestations communautaires, il serait judicieux de renforcer le niveau communautaire par des agents plus qualifiés pour offrir les meilleures prestations dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

3.10 FINANCEMENT BASE SUR LES PERFORMANCE (FBP) COUPLE A LA GRATUITE ET CARTE D'ASSISTANCE MEDICALE (CAM).

Le financement de la santé est un facteur important de la qualité des soins de santé. Le couplage de la stratégie de financement basé sur la performance et la mesure présidentielle de subvention des soins aux enfants de moins de cinq, aux femmes enceintes et celles qui accouchent dans les FOSA, adopté en 2010, visait principalement l'amélioration de la qualité des soins. Cependant, la présente étude a constaté que toutes les FOSA enquêtées se plaignaient de l'irrégularité et des délais prolongés avant les remboursements subsides FBP/Gratuité/CAM. Comme le montrent les figures 4 et 5, la grande partie des arriérées est constituée des factures de la CAM pour les CDS et des factures FBP-gratuité pour les Hôpitaux de District.

3.10.1 Au niveau des CDS

Tous les responsables des 16 CDS enquêtés, se plaignaient de l'irrégularité des remboursements FBP/Gratuité/CAM avec une moyenne globale **d'arriérées équivalent à 15,5** mois de fonctionnement au niveau des 16 CDS enquêtés. Ces arriérées représentent 10 mois de fonctionnement par CDS à Muramvya, 14 mois à Bubanza, 16 mois à Kirundo, 22 mois à Makamba.

La présente étude a analysé le temps écoulé après la dernière utilisation de l'outil indice pour la motivation du personnel. Selon toujours les résultats de cette étude présentés dans le tableau 34, cette période est en moyenne de 26 mois, variant de 11 mois à Muramvya à 40 mois à Makamba.

Tableau 34. Poids relatif des financements FBP-G /CAM dans le fonctionnement des CDS visités et la motivation du personnel à travers l'outil indice

PROVINCES SANITAIRE	CDS des District sanitaire (DS)	Moyenne mensuelle du budget de fonctionnement	Moyenne des arriérées de FBP couplée à la Gratuité.	Moyennes des arriérées de la CAM	Nbre moyen de mois écoulés depuis la dernière utilisation de l'Outils indice pour motivation du personnel	Rapport entre arriérés FBP-G/CAM et le Budget mensuel de fonctionnement
BUBANZA	Bubanza	2 687 830	20 268 350	29 296 860	20	18
	Mpanda	8 000 000	70 263 680	26 211 380	51	3
	S/Total	5 343 915	45 266 015	27 754 120	36	14
KIRUNDO	Kirundo	2 000 000	13 647 067	44 925 363	36	7
	Mukenke	4 845 000	9 913 630	42 106 910	1	11
	S/Total	3 422 500	11 780 349	43 516 137	19	16
MAKAMBA	Makamba	2 500 000	24 535 177	32 699 222	67	23
	Nyanza lac	2 500 000	24 865 925	27 910 900	12	21
	S/Total	2 500 000	24 700 551	30 305 061	40	22
MURAMVYA	Muramvya	7 402 400	12 363 120	42 625 990	1	7
	Kiganda	4 350 900	6 087 000	53 402 980	20	14
	S/Total	5 876 650	9 225 060	48 014 485	11	10
TOTAL	Eff : 16	17 143 065	90 971 975	149 589 803	26	14

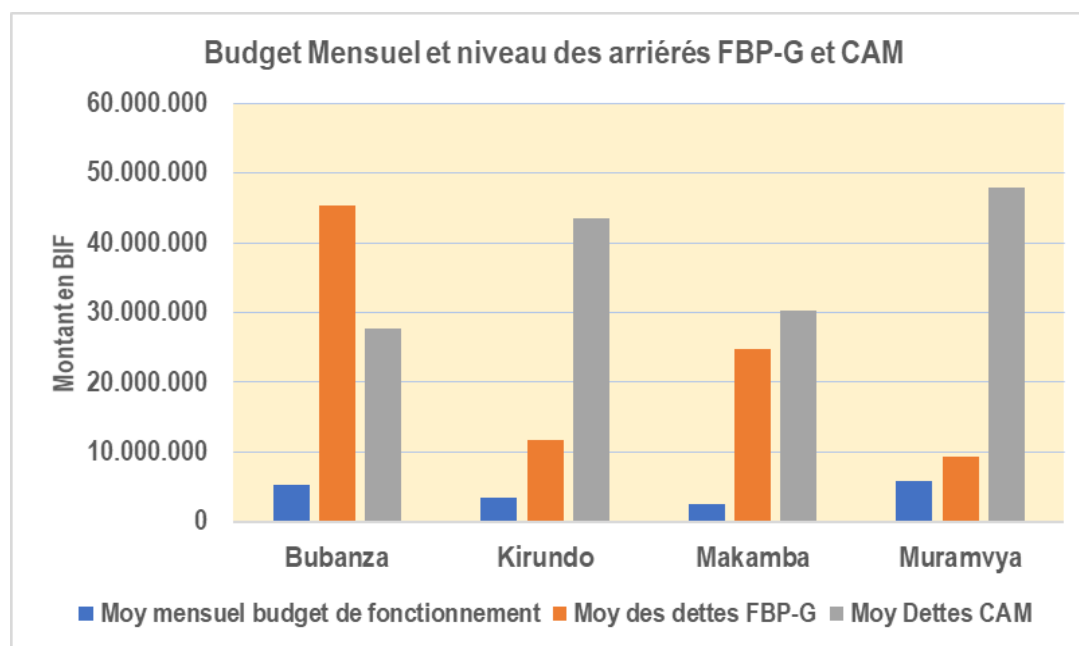


Figure 4 : Budget mensuel de fonctionnement par CDS et niveau des arriérées FBP-G et CAM

Cette situation de dépendance des CDS aux factures du FBP-G et surtout des factures de la CAM combiné à l'irrégularité des paiements, ont un impact négatif sur la trésorerie le

fonctionnement et la qualité des prestations de soins au sein des FOSA du fait démotivation relative du personnel, rupture des médicaments et autres produits de santé ainsi que la difficulté d'amélioration du plateau technique (achat des équipement, produits d'hygiène, réhabilitation des infrastructures, etc.) La disponibilité des recettes générées par les FOSA constitue un facteur important dans la qualité des prestations.

3.10.2 Au niveau des HD

Le poids relatif des financements FBP-G/CAM dans le fonctionnement des HD enquêtés et la motivation du personnel à travers l'outil d'indice, pour les 8HD occupent une part importante dans la qualité des prestations de soins d'un HD. Par rapport au budget de fonctionnement des HD les arriérés des subsides représentent une moyenne globale de 11 fois le budget de fonctionnement d'un HD, avec une variation de 5 fois à Muramvya à 21 fois à Makamba.

De plus, on a remarqué une forte disparité de ces financements à travers les montants encaissés par les différents HD pour leur fonctionnement allant de 20 millions à Kirundo contre environ 71 millions à Muramvya soit au-delà de 3 fois plus. En plus de ces disparités en termes de Budget mensuel de fonctionnement, on a remarqué également des disparités énormes en ce qui concerne le temps écoulé depuis la dernière utilisation de l'outil indice pour la motivation du personnel. Selon les résultats de cette étude, tableau 35, cette période varie de 1 mois à Muramvya et Kirundo à 11 mois à Bubanza.

Tableau 35. Poids relatif des financements FBP-G /CAM dans le fonctionnement des HD visités et la motivation du personnel à travers l'outil indice.

PROVINCES SANITAIRE	Moyenne du budget de fonctionnement mensuel	Moyenne des arriérées FBP couplé à la Gratuité.	Moyennes des arriérées de la CAM	Nbre moyen de mois écoulés depuis la dernière utilisation de l'Outils indice pour motivation du personnel	Rapport entre les arriérée FBP-G/CAM et le Budget mensuel de fonctionnement
BUBANZA	67 811 452	688 344 362	105 376 410	11	12
KIRUNDO	20 000 000	140 940 842	71 777 217	1	11
MAKAMBA	47 249 874	612 868 430	372 154 582	6	21
MURAMVYA	71 510 090	118 854 124	241 629 138	1	5
TOTAL	51642854	390251940	197 734 337	4	11

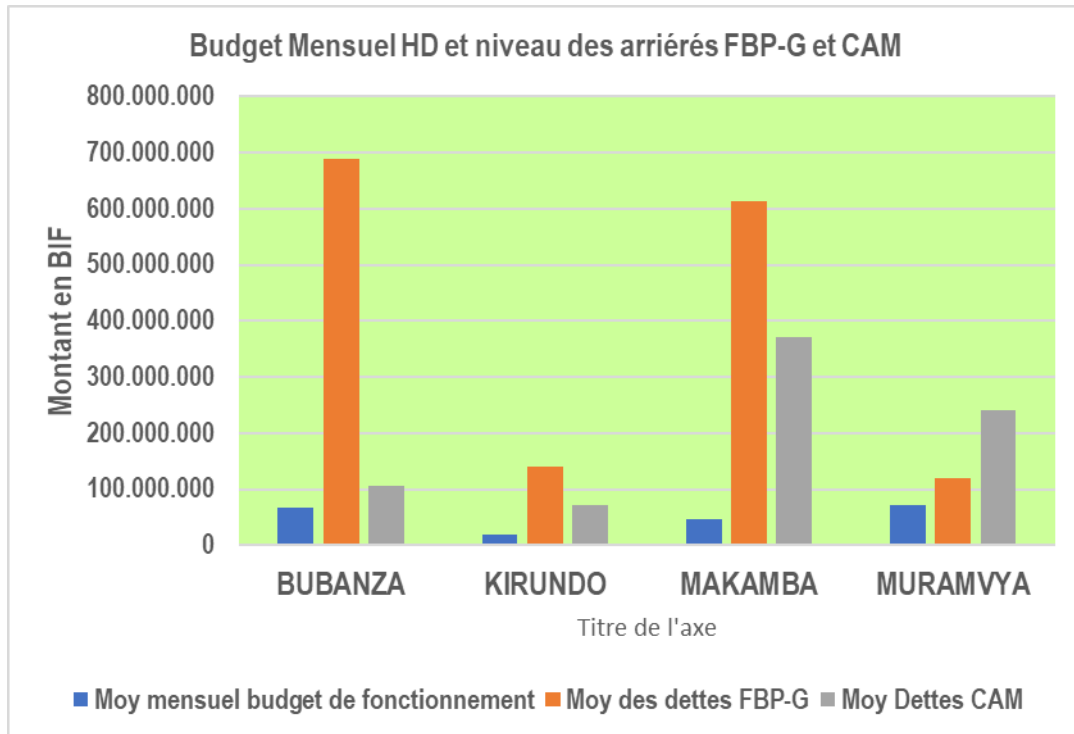


Figure 5 Budget mensuel de fonctionnement par HD et niveau des arriérés FBP-G et CAM

Nous remarquons que les arriérés de facture FBP-G/CAM totalisent en moyenne 11 fois plus élevé que le Budget mensuel des HD. En conséquence, lorsque ces factures ne sont pas payées dans les délais raisonnables, les HD éprouvent des difficultés à assurer la qualité des soins en faveur des enfants de moins de cinq ans, les femmes enceinte et celles qui accouchent étant donné qu'une bonne partie du personnel est directement payée avec ce Budget, les médicaments, équipement et consommables y compris le matériel pour l'hygiène et l'assainissement, sont achetés avec ce Budget.

C'est en parti ce qui explique les ruptures fréquentes des médicaments, matériels et autres intrants, la démotivation du personnel et partant la faible qualité des soins et services de santé dans les HD, entraînant l'insatisfaction des usagers en général et des femmes enceintes et celles qui accouchent en particulier.

IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

4.1 CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en lumière l'état des lieux des principaux déterminants de la qualité des services et soins de santé, dont l'ampleur quantitative et qualitative ont été analysées au niveau des centres de santé et des hôpitaux de district (CDS et HD) impliqués dans la mise en œuvre du FBP-Gratuité.

L'étude a été réalisée dans vingt et quatre (24) formations sanitaires, FOSA, dont huit Hôpitaux de District et 16 Centres de Santé du secteur public, privé et confessionnel. La population totale de l'aire de responsabilité de ces 8 HD enquêtés a été estimée à 1 969 989 personnes soit environ 15 % de la population burundaise, tandis que celle desservie par les CDS enquêtés était de 307 097 personnes.

Selon les différentes méthodes utilisées dans l'étude, on peut affirmer que pour chaque type de services, quel que soit le niveau de soins, **la qualité reste encore faible, ce qui interpelle le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida et ses partenaires, à déployer plus d'efforts, afin d'inverser la tendance.** Par ailleurs, ce constat a été fait à travers d'autres études et documents dont notamment, le rapport annuel FBP-Gratuité 2020 qui a noté que le score moyen de qualité technique a tendance à la régression entre 2018 et 2020.

Des proportions : d'un infirmier pour 5.239 habitants, un médecin pour 41.042 habitants et une sage-femme pour 13.852 femmes en âge de procréer (FAP), témoignent de **l'insuffisance des ressources humaines**, comme un des facteurs internes au système de santé, influençant la qualité des soins. A cela s'ajoute l'insuffisance des lits d'hébergement au niveau des HD enquêtés et une surcharge de travail qui serait due au fait que la population desservie dans la zone enquêtée a tendance à dépasser les normes, en couverture sanitaire fixées pour pays.

C'est ainsi que la plupart des bénéficiaires de soins se sont plaints d'une mauvaise qualité d'accueil au niveau des CDS, dont 40% n'offraient pas certains des services indispensables en CPN1. Au niveau des CDS enquêtés, non seulement la proportion de femmes venues en CPN précoce était très faible (26%) mais aussi, le paquet de services offerts était incomplet : le dépistage du cancer du col, les tests de syphilis et d'hépatite étaient rares, la prévention de l'anémie sur grossesse était disponible dans moins de 45% des CDS etc.

Selon les bénéficiaires de soins qui ont participé aux focus groups, certains facteurs socioculturels poussent les femmes burundaises à dissimuler leurs jeunes grossesses le plus longtemps possible par crainte des mauvais sorts. Ces mêmes bénéficiaires, ont signalé la présence des guérisseurs traditionnels et religieux, dont la notoriété communautaire tend à

s'accroître et qui tiennent compte des capacités du client pour leur tarification. Cela contribuerait à la réduction de l'utilisation des services de santé dont les coûts indirects affectent également la qualité des soins dans un contexte d'augmentation constante du coût de la vie dans le pays.

Selon les résultats de cette étude, le traitement préventif contre l'anémie chez les femmes enceintes (CPN-1) n'est dispensé que dans moins de 45% des CDS ce qui expliquerait en partie, l'ampleur de l'anémie chez les femmes enceintes et de la mortalité maternelle liée à l'hémorragie post partum.

Le manque d'équipements complets et d'effectifs suffisants de prestataires formés en SONE, SONUB, SONUC et SDMPR pour la plupart des FOSA enquêtées compte parmi les déterminants d'une faible qualité des soins et services de santé maternelle et néonatale. C'est ainsi que le taux d'utilisation du **partogramme** dans la surveillance du travail pour les accouchements eutociques est relativement faible, aussi bien au niveau des CDS qu'au niveau des HD. Par ailleurs et dans certaines FOSA enquêtées, l'étude a mis en évidence une corrélation entre un faible taux d'utilisation du partogramme dans la surveillance des accouchements eutociques et un taux élevé d'utilisation de la ventouse d'une part, et **un taux élevé de mortalité périnatale** d'autre part. Cette situation suscite une investigation approfondie sur la maîtrise de l'indication et de l'utilisation des ventouses dans les FOSA.

Aussi, les ruptures de stock observées pour certains produits tels que la vitamine A, le SRO et le Zinc, le paracétamol sirop ont également un impact négatif sur la qualité des prestations pour les enfants de moins de cinq ans. Il en est de même pour l'intégration des services de suivi de la croissance et le développement psychomoteur de l'enfant au niveau des FOSA qui est très faible (19%). Bien que considérées comme gratuites, la plupart des prestations sont, soit indisponibles soit, indirectement payantes, c'est le cas dans certains FOSA visitées, de la plupart d'examen de laboratoire et médicaments sous forme de sirop.

De manière globale, et compte tenu de la mobilité des ressources humaines dans le système de santé, les prestataires nécessitent des sessions de renforcements des capacités, notamment en SDMPR, les SONE, SONUB, SONUC, PCIME et PEV pour améliorer la qualité des soins et services en santé maternelle, néonatale et infantile.

A côté des ressources humaines, des équipements médicaux, des médicaments consommables et autres intrants, la qualité des soins de santé maternelle, néonatale et infantile est tributaire de la disponibilité dans les salles de soins, des **guides de traitement, algorithme et protocoles** de prise en charge des différentes pathologie ou protocoles de mis en œuvre des approches ou stratégies relatives à la santé du couple mère enfant. L'étude a constaté que ces documents de référence (algorithmes et protocoles) sont peu disponibles et encore moins affichés dans les

FOSA visitées. Il en est de même pour le fonctionnement des différents comités d'assurance qualité comme le comité de prévention et de contrôle des infections, comité de surveillances des décès maternels périnatal et riposte, comité d'hygiène, etc.

Pour faire face à cette insuffisance de protocoles de prise en charge et en attendant la mise à l'échelle de la digitalisation de la stratégie SPT, il serait indispensable d'accroître la production et la distribution des différents ordigrammes et algorithmes de prise en charge des pathologies et divers syndromes relatifs à la santé maternelle, néonatale et infantile.

Les prestataires de soins rencontrés dans différentes FOSA ont rapporté que certains superviseurs sont peu compétents pour être à la hauteur de leurs attentes. En conséquence, la plupart des missions de coaching et de supervision du niveau supérieur n'ont pas produit des résultats escomptés, étant donné que ces superviseurs sont parfois incapables de fournir des recommandations pertinentes et applicables.

Le niveau communautaire, avec les prestations des ASC, constitue la base de l'offre des services et soins de santé maternelle et infantile. L'étude a constaté une sollicitation de plus en plus croissante des ASC avec une diversification des prestations communautaires (relances d'abandons, DBC, iCCM etc.) d'une part, une capacité limitée d'encadrement et supervision de ces activités de ces ASC dont les mamans lumières, d'autre part. Ainsi, comme le recommande les normes sanitaires 2019-2023, il serait judicieux de renforcer le niveau communautaire par des agents plus qualifiés pour offrir les meilleures prestations dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

Enfin, l'impact des arriérées des factures relatives aux prestations couvertes par le FBP-Gratuité et la CAM sur le fonctionnement des FOSA est assez important comme déterminant de qualité des soins. En effet, au-delà de l'insuffisance et de la faible capacité des prestataires de soins, ces derniers semblaient être **peu motivés**, suite aux retards prolongés des délais de paiement de ces factures d'une part, l'absence de paiement de la prime de motivation du personnel via l'outil indice FBP, d'autre part. Ceci est d'autant plus évident que ces arriérées représentent en moyenne, respectivement 14 et 11 fois le budget mensuel de fonctionnement des CDS et HD. Ces arriérées sont constituées en grande partie des factures de la CAM pour les CDS et du FBP-gratuité pour les HD. Ces retards de remboursements pouvant aller jusqu'à 15,5 mois en moyennes, constituent des facteurs externes au système sanitaire, et seraient liés, soit à l'insuffisance des ressources financières, soit, aux lenteurs du processus de décaissement du Ministère ayant les finances publiques dans ses attributions.

En conclusion, la qualité des soins en général ceux offerts aux enfants de moins de 5 ans, aux femmes enceintes et celles qui accouchent dans les FOSA en particulier, est tributaire d'une

bonne gouvernance du système de santé avec des financements suffisants, des ressources humaines compétentes et motivées ainsi qu'une participation communautaires effective.

4.2 RECOMMANDATIONS

Les principaux goulots d'étranglement à la réussite des stratégies déjà mises en œuvre en vue d'améliorer la qualité des prestations des soins ciblés par la gratuité au niveau des CDS et HD évoqués plus haut nous poussent à formuler des recommandations suivantes.

4.2.1 Au MSPLS et ses partenaires :

- a. Renforcer la production des ressources humaines de qualité : Notamment apportant un soutien tangible aux Instituts paramédicaux et facultés de Médecine afin de produire des infirmiers A1 , A0 et surtout des sages-femmes, des pédiatres et gynécologues.
- b. Recruter davantage de sages-femmes et affecter le personnel disponible de manière équitable en tenant compte de l'éloignement géographique.
- c. Affecter le personnel compétent au niveau des BDS, avec un gradian de compétence suffisant pour assurer la qualité des supervisions et coaching aux prestataires des soins au niveau des CDS.
- d. Assurer la régularité des remboursements des factures du FBP-Gratuité et celles due par le système de la CAM en encourageant en même temps les responsables des FOSA à s'assurer de la motivation des prestataires de soins.
- e. Renforcer et étendre la formation en chirurgie de district et sans oublier la poursuite de la stratégie de mentorat clinique en SONU.
- f. Renforcer le SRCR par des ambulances dotées d'équipements médicaux appropriés et des ambulanciers formés ;
- g. Mettre à l'échelle la digitalisation des FOSA en général (pour améliorer leurs gouvernance et santé financière) et la digitalisation de la stratégie SPT en particulier pour palier à la faible disponibilité des protocoles de prise en charge des différents cas.
- h. Vu l'ampleur de la malnutrition chez enfants de moins de 5 ans dans le pays, tous les CDS devraient disposer d'un service de suivi de la croissance et de prise en charge nutritionnelle des enfants et des femmes enceintes.
- i. Renforcer le plateau technique des CDS et HD avec des lits d'hospitalisation suffisants selon les populations desservies, des appareils de laboratoires appropriés avec réactifs et consommables selon le niveau de soins, des moyens d'approvisionnement régulier en médicaments, vaccins et autres produits de santé etc.
- j. Revisiter la carte sanitaire du pays et construire de nouveaux CDS là où c'est nécessaire car la population desservie à certains endroits a tendance à dépasser les normes.

- k. Renforcer la collaboration public-privé pour réduire le gap en ressources constaté au niveau des FOSA publics ;
- l. Renforcer les capacités du personnel dans la SDMPR, la mise en place des comités de contrôle et prévention des infections, SONE, SONUB, la PCIME ; la prise en charge de la coïnfection Tuberculose et VIH ou la toux avec difficultés respiratoires sur terrain Immunodéprimé avec malnutrition et la prise en charge de l'anémie en cas de drépanocytose ;
- m. Renforcer les capacités du niveau communautaire, selon les norme sanitaires 2019-2023, par le recrutement d'ASC qualifié à même d'assurer l'offre des soins de santé communautaires de qualité.

4.2.2 Aux Provinces sanitaires et Bureaux des Districts Sanitaires (PS & BDS)

- a) Renforcer les activités de supervisions formatives avec des ressources compétentes et très expérimentés dont il faut exiger des résultats.
- b) S'assurer de la disponibilité des paquets des services complets notamment en faveur des femmes en première consultation prénatale CPN1 : prise des paramètres, la réalisation des examens de laboratoire, la distribution des médicaments et autres produits de santé préventifs et curatifs (vaccins, acide folique/comprimé de fer/MILDA)
- c) Soutenir la collaboration efficace entre les CDS et les tous acteurs communautaires en vue d'améliorer l'utilisation des services de CPN précoces ; les accouchements en milieu de soins, la planification familiale et les consultations post partum surtout immédiat ;
- d) Entreprendre des actions concertées avec l'administration locale pour réduire l'influence négative des guérisseurs traditionnels et religieux au niveau communautaire ;
- e) Mener des actions concrètes (à type de supervisions improvisées et boîte à suggestions) en vue de s'assurer de l'effectivité des services et soins ciblé par la politique de gratuité couplé au FBP;
- f) Encourager les responsables des FOSA à investir dans le recrutement du personnel contractuel et l'amélioration du plateau technique dont le petit matériel indispensable pour la prise des paramètres tels que la température, la tension artérielle, le poids, la taille, l'indice de la masse corporelle etc.

V. REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- 1) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida MSPLS, Politique Nationale de la Santé 2016-2025, Janvier 2016 ;
- 2) Enquête Démographique et de Santé de 2017 (EDS-2016-2017) du Burundi ;
- 3) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida MSPLS, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2019-2023;
- 4) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida MSPLS, Normes sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2019-2023 au Burundi, Tome- 1, Tome-2 ; Tome-3, Août 2019 ;
- 5) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida MSPLS, Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents, PSN-SRMNIA :2019-2023, Mars 2019.
- 6) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, MSPLS/PNSR, « Standard, normes et procédures en soins reproductifs, maternels, néonataux, infantiles et de l'adolescent », version de Janvier 2021 ;
- 7) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida MSPLS, Référentiel des normes de qualité des soins et services de sante offerts à différents niveaux du réseau des soins dans un district sanitaire au Burundi, Avril 2019 ;
- 8) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida MSPLS, Directives Nationales sur la Surveillance des Décès Maternels et Périnataux et la Riposte, Août 2020 ;
- 9) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida MSPLS, Plan National de développement du réseau des maternités SONU au Burundi, Mai 2020 ;
- 10) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida MSPLS, Manuel de formation sur la surveillance des décès maternels et périnataux et riposte, Août 2020 ;
- 11) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida MSPLS, « modèle national de formation en SONUB, SONUC en utilisant l'approche de mentorat clinique » février 2021,
- 12) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida MSPLS, Surveillance des Décès Maternels et Périnataux et la Riposte au Burundi, Rapport annuel 2019, Avril 2020;
- 13) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida MSPLS, Direction Générale de la Planification, Direction du Système National d'Information Sanitaire, DSNIS, Annuaire des statistiques sanitaires 2020, Bujumbura, Juillet 2021
- 14) Institut des Statistiques et des Etudes Economiques du Burundi, ISTEEBU, Projections démographiques 2010-2050 niveau national, provincial et communal avril 2017

- 15) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida MSPLS, Stratégie Nationale, pour la mise en œuvre de la Chirurgie de District au Burundi, Janv. 2015 ;
- 16) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida MSPLS, Les protocoles de prise en charge clinique en santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA), janvier 2021 ;
- 17) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida MSPLS, Enquête d'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA) Burundi, Edition 2017 ;
- 18) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida MSPLS, Stratégie Plainte-Traitement, 2012
- 19) Ordonnance Ministérielle N°630/677 du 20/04/2010 qui définit le contenu du paquet de soins gratuits (services inclus et exclus, public ciblé et public exclu, étendue des services à donner, nombre, type, quantité, etc.)
- 20) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida MSPLS, Programme National de Santé de la Reproduction, Bilan de Santé de la Reproduction, 2020, Mars 2021 ;
- 21) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA. Rapport d'une étude sur l'effectivité de la gratuité ciblée des soins chez les enfants de moins de 5 ans, chez les femmes enceintes et celles qui accouchent au niveau des services de santé au Burundi, Octobre 2019 ;
- 22) UNICEF : Rapport de l'Estimation des coûts des soins de santé primaires au Burundi, Janvier 2022 ;
- 23) Organisation Mondiale de Santé, Stratégie Mondiale, pour la Santé de la Femme, de l'Enfant et de l'Adolescents (2016-20230,
- 24) Organisation Mondiale de Santé, Outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins maternels, pédiatriques et néonataux intégrés.
- 25) Le document de « modèle national de formation en SONUB, SONUC en utilisant l'approche de mentorat clinique, février 2021,
- 26) Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé [Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 27) Rapport d'audit technique des Fosa et du CPVV ; Mois de Mars 2019 (4ème tour) ; Programme d'Appui au Système de Santé à travers l'outil du Financement Basé sur la Performance : UE-PASS-FBP Rapport N° 29, Avril 2019

- 28) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida MSPLS ; Manuel des procédures pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance Seconde Génération et la Gratuité, version révisée 3, Janvier 2020 ;
- 29) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida MSPLS ; Rapport de mise en œuvre du financement basé sur la performance et la gratuité des soins pour l'année 2019 ;
- 30) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida MSPLS ; Rapport annuel de mise en œuvre du financement basé sur la performance et la gratuité ciblée des soins au cours de l'année 2020, .

VI. ANNEXES.

6.1 TERMES DE REFERENCE POUR LA MISSION.

6.2 OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES.