



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

NORMES SANITAIRES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA
STRATEGIE SECTORIELLE 2021-2027

TOME 1 : CONSIDERATIONS GENERALES, NIVEAUX
COMMUNAUTAIRE ET PERIPHERIQUE.

COMMUNAUTE ET CENTRE DE SANTE



AMBASSADE DE FRANCE
AU BURUNDI

Mai, 2022

TABLE DES MATIERES

PREFACE	VII
I. INTRODUCTION	1
II. ORGANISATION DES SERVICES ET DES SOINS PAR NIVEAU	5
II.1. ORGANISATION INSTITUTIONNELLE DU SYSTEME DE SANTE	5
II.1.1. NIVEAU CENTRAL	5
II.1.2. NIVEAU INTERMEDIAIRE.	5
II.1.3. NIVEAU PERIPHERIQUE.	6
II.1. NIVEAU COMMUNAUTAIRE.	6
II.2.1. SOINS DE SANTE COMMUNAUTAIRE	7
II.2.2. LE CENTRE DE SANTE	9
II.2.3. L'HOPITAL COMMUNAL	9
II.2.4. L'HOPITAL DE DISTRICT / HOPITAL DE DEUXIEME REFERENCE	10
II.2.5. L'HOPITAL DE TROISIEME REFERENCE (HDR)	10
II.2.6. HOPITAL DE REFERENCE NATIONALE	11
III. ELEMENTS ET CADRE CONCEPTUEL DE L'ELABORATION DU DOCUMENT DES NORMES SANITAIRES.	11
III.3.1. ELEMENTS CONTEXTUELS	11
III.3.2. CADRE CONCEPTUEL DE L'ELABORATION DU DOCUMENT DES NORMES SANITAIRES	15
III.3.3. DEMARCHE METHODOLOGIQUE	16
III.3.1. REVUE DOCUMENTAIRE	17
III.3.2. ENTRETIENS ET VISITES DE TERRAIN	18
III.3.3. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES DE TERRAIN.	20
III.3.4. COMITE DE PILOTAGE POUR L'ELABORATION DU DOCUMENT DES NORMES SANITAIRES.	20
III.3.5. PROCESSUS DE VALIDATION GRADUELLE DU DOCUMENT DES NORMES SANITAIRES	20
IV. NORMES SANITAIRES 2021-2027.	21
IV.A. PREMIERE PARTIE : INSTITUTIONS ET STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES	21
IV.A.3.1. NIVEAU COMMUNAUTAIRE ET PERIPHERIQUE	21
IV.A.3.2. ORGANISATION ET GESTION D'UN DISTRICT SANITAIRE (DS).	21
IV.A.3.3. DE L'INTEGRATION DES ACTIVITES DU DISTRICT	23
IV.A.3.1. Prestations de soins et services	24
IV.A.3.2. Ressources humaines	28
IV.A.3.3. Infrastructures et équipements.	29
IV.A.3.4. Médicaments et autres produits pharmaceutiques	30
IV.A.3.5. Motivation des acteurs du niveau communautaire.	31
IV.A.3.6. Gestion des données et système d'information sanitaire	32
IV.A.3.7. Gouvernance	33
IV.A.3.8. NIVEAU CENTRE DE SANTE	34
IV.A.3.8.1. Prestations de soins et services	35
IV.A.3.8.2. Ressources humaines du CDS	41
IV.A.3.8.3. Infrastructures et équipements du centre de santé	42
IV.A.3.8.4. Médicaments et autres produits pharmaceutiques	47
IV.A.3.8.5. Financement de la santé au niveau des CDS	48
IV.A.3.8.6. Gestion des données et système d'information sanitaire.	48
IV.A.3.8.7. Gouvernance	52
IV.A.3.8.8. Cas particulier des centres de santé SONUB	55
V. PRINCIPES ET CADRE DE MISE EN ŒUVRE	58
V.A. PRINCIPES ET VALEURS DE BASE	58
V.B. IMPACT ET MESURES D'ACCOMPAGNEMENT	68
V.B.1. RESSOURCES HUMAINES	68
V.B.2. PLATEAU TECHNIQUE ET INFRASTRUCTURES	70

V.B.3	FINANCEMENT	70
VI	TOME-1-ANNEXES	71
VI.1	TOME1/ANNEXE 1 : DOCUMENTS DE REFERENCE	71
VI.2	TOME1/ANNEXE 2 : LES EQUIPEMENTS DU POSTE DE SOINS	73
VI.4	TOME1/ANNEXE 4: PLAN TYPES CDS –SOINS AMBULATOIRES	81
VI.4	TOME1/ANNEXE 4 : LISTE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS PAR NIVEAU DE SOINS	84
VI.5	ANNEXE 5 : LISTE DE PERSONNES/ET INSTITUTIONS RENCONTREES	104

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N° 1 :	Services et activités dispensés dans un centre de santé (CDS)	36
Tableau N° 2 :	Services, Ressources humaines, et niveau requis pour un CDS	41
Tableau N° 3 :	Infrastructures et superficies appropriées selon le service /prestation	44
Tableau N° 4 :	Outils de collecte de données par service	50
Tableau N° 5 :	Postes de responsabilité et leurs profils dans un CDS	52
Tableau N° 6 :	Les fonctions essentielles SONU	57
Tableau N° 7 :	Structures et fonctions du niveau central	63

LISTE DES FIGURES

Figure N°1 :	Six piliers du système sanitaire selon l'OMS.	15
Figure N° 2 :	Circuit et chronogramme de transmission des données SIS 2018.	49
Figure N° 3 :	Interaction entre une maternité SONU et les autres composantes du système de santé	56

ACRONYMES ET SIGLES

ABREMA	: Autorité Burundaise de Régulation des Médicaments à usage humain et Aliments
AC	: Ancien cas
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ASLO	: Associations Locales
BAAR	: Bacilles Acido-Alcool-Résistants
BK	: Bacille de Koch
BPS	: Bureau Provincial de Santé
BREGMAMS	: Bureau de Recherche et de Gestion Méta Analytique et Méta Scientifique
CA	: Conseil d'Administration
CAMEBU	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels, Dispositifs médicaux,
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDS	: Centre de Santé
CDV	: Centre de Dépistage Volontaire
CHU	: Centre Hospitalo-Universitaire
CME	: Cadre de Mise en Œuvre
CNPk	: Centre Neuro Psychiatrique de KAMENGE
CNRKR	: Centre National de Référence en Kinésithérapie et Réadaptation
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
COGES	: Comité de Gestion
COSA	: Comité de Santé
COUSP	: Centre d'Opérations des Urgences de Santé Publique
CPN	: Consultation Prénatale
CPoN	: Consultation Postnatale
CPPS	: Coordonnateur Provincial de Promotion de la Santé
CPS	: Coordinateur de Promotion de la Santé
CSE	: Cadre de Suivi et Evaluation
CSLP	: Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CTB	: Coopération Technique Belge
CTN-FBP	: Cellule Technique Nationale de Financement Basé sur la Performance
DA	: Direction des Accréditations
DAF	: Directeur Administratif et Financier
DAS	: Direction de l'Assurance - qualité des Soins de l'Hygiène et de la Sécurité en milieu de Soins
DBA	: Direction du Budget et des Approvisionnements.
DGOSA	: Direction Générale de l'Offre des Soins, de la Médecine moderne et Traditionnelle, de l'Alimentation et des Accréditations
DGP	: Direction Générale de la Planification
DGR	: Direction Générale des Ressources
DGSSLs	: Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le Sida
DHIS2	: District Health Information Software 2 ^{ème} génération
DISE	: Direction des Infrastructures Sanitaires et d'Equipements
DLBM	: Direction des Laboratoires de Biologie Médicale
DOTS	: Direct Observed Treatment Strategy
DPS-DSCE	: Direction de la Promotion de la Santé, de la Demande des Soins, de la Santé Communautaire et Environnementale
DPSE	: Direction de la Planification et Suivi-Evaluation des Politiques de

	Santé
DPTA	: Direction de la Promotion de la Médecine Traditionnelle, de l'Alimentation équilibrée et de l'Alimentation Naturelle à visée Thérapeutique
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DSNIS	: Direction du Système National d'Information Sanitaire
ECBU	: Examen Cyto-Bactériologique des Urines
ECD	: Equipe Cadre de District
EDS	: Enquête Démographique de Santé
EPS	: Education Pour la Santé
FBP	: Financement Basé sur la Performance
FFOM	: Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces
FOSA	: Formation Sanitaire
GASC	: Groupement d'Agents de Santé Communautaire
GB	: Globules Blancs
GE	: Goutte Epaisse
GR	: Globules Rouges
Hb	: Hémoglobine
HC	: Hôpital Communal
HMK	: Hôpital Militaire de Kamenge
HPRC	: Hôpital Prince Régent Charles
iCCM	: Integrated Community Case Management
IEC	: Information, Education et Communication
IGSPLS	: Inspection Générale de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
KVA	: KiloVolt-Ampère
MCD	: Médecin Chef de District
MDPS	: Médecin Directeur de la Province Sanitaire
MIILDA	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide de Longue Durée d'Action
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
NC	: Nouveau cas
NFS	: Numération Formule Sanguine
OBC	: Organisation à Base Communautaire
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ORL	: Oto-rhino-laryngologie
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDSD	: Plan de Développement Sanitaire du District
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification familiale
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNILMCNT	: Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles
PNILP	: Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme
PNILT	: Programme National Intégré de Lutte contre la Lèpre et la Tuberculose

PNLS/IST	: Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles
PNS	: Politique Nationale de Santé
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PROGISSA	: Programme de Gestion Informatique des services de Santé
PRONIANUT	: Programme National Intégré d’Alimentation et de Nutrition
PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l’Enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
ROI	: Règlement d’Ordre Intérieur
RX	: Rayons X
SARA	: Service Availability and Readiness Assessment/Indice de disponibilité et de capacités opérationnelles des services de santé
SIS	: Système d’Information Sanitaire
SNIS	: Système Nationale d’Information Sanitaire
SONE	: Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels
SONUB	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SRCR	: Système de Référence Contre-Référence
SRO	: Sérum de Réhydratation Orale
SSP	: Soins de Santé Primaires
SSRAJ	: Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
TB	: Tuberculose
TIDC	: Traitement à l’Ivermectine sous Directive Communautaire
TPS	: Technicien de Promotion de la Santé
UGADS	: Unité de Gestion des Appuis au Développement Sanitaire
USAID	: United States Agency for International Development
VIH/SIDA	: Virus d’Immunodéficience Acquise/ Syndrome d’Immunodéficience
VS	: Vitesse de Sédimentation
VSBG	: Violences Sexuelles Basées sur le Genre

PREFACE

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA vient de se doter d'une stratégie sectorielle de la santé couvrant la période de 2021 à 2027. Cette stratégie sectorielle s'inscrit dans la droite ligne de la Politique Nationale de Santé 2016-2025 et du Plan National de Développement 2018-2027 d'une part et, d'autre part, il est en phase avec les souscriptions du Burundi aux Déclarations et Actes Internationaux en matière de santé, notamment la Déclaration d'Astana sur les Soins de Santé Primaires, les Objectifs de Développement Durable (ODD), la Stratégie Sanitaire du Nouveau Partenariat Africain pour l'Aide au Développement (NEPAD) et le Sommet d'Abuja sur le Paludisme.

Cette stratégie sectorielle est structurée autour des douze principaux piliers ci-après: (i) Amélioration de l'offre des soins et services de santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent(e) et du jeune, de la personne âgée ainsi que de la santé nutritionnelle de qualité; (ii) Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles; (iii) Amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé; (iv) Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des produits pharmaceutiques, des produits de laboratoire, des produits sanguins et produits de santé; (v) Amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires; (vi) Renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé; (vii) Renforcement des mécanismes de Financement du secteur de la santé; (viii) Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé; (ix) Renforcement des interventions au niveau communautaire; (x) Lutte contre les facteurs de risques liés aux maladies transmissibles, non transmissibles et actions sur les déterminants sociaux de la santé; (xi) Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie, de la gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles; (xii) Renforcement de la gestion des questions des populations pour tendre vers le dividende démographique.

Par ailleurs, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA vient de se doter d'un recueil de normes sanitaires élaboré selon une approche largement participative et inclusive ayant impliqué l'ensemble des acteurs du secteur public et privé, et des partenaires techniques et financiers ; recueil indispensable pour la mise en œuvre des priorités de cette stratégie sectorielle 2021-2027. Le processus d'élaboration du document des normes sanitaires s'est nourri des données scientifiques sanitaires de l'Organisation Mondiale de la Santé les plus récentes et a soigneusement pris en compte les considérations régionales, notamment celles de la Communauté Est Africaine « East African Community ».

Les présentes normes sanitaires représentent une perspective que le Ministère se propose de réaliser, avec les efforts et contributions des uns et des autres, à l'horizon 2027, terme de la stratégie sectorielle. Nous sommes conscients du caractère ambitieux de ces normes et de leur impact potentiel sur les piliers de notre système de santé. Nous savons également que des mesures d'accompagnement seront nécessaires. C'est la raison pour laquelle, avant d'en démarrer la mise en œuvre effective, nous souhaitons qu'il soit établi un état des lieux initial (Baseline) ainsi qu'une segmentation, année par année, des activités planifiées pour l'atteinte des résultats escomptés et des scénari de coûts induits par leur mise en œuvre. Ces scénarii de coûts serviront de documents de travail au Ministère et ses partenaires pour l'établissement des priorités et d'un plan de financement ainsi que pour la mobilisation des ressources. Chaque année, nous remettrons la tâche à l'ouvrage.



La mise en œuvre réussie de ces normes requiert, de la part du Ministère et l'ensemble de ses partenaires, un leadership plus robuste, une gouvernance plus affirmée ; mais aussi et surtout une culture de la qualité, de la mesure de la performance, de la redevabilité, ainsi que de la recherche constante d'évidences et bases factuelles pour documenter les décisions.

Ce document de normes sanitaires dont il nous plaît de signer la préface, constitue une référence nationale et une boussole qui guidera toutes les actions de développement sanitaire national que ce soit en matière d'offre ou de demande de soins et services de santé. Aussi, nous invitons l'ensemble des acteurs et partenaires œuvrant dans le secteur de la santé à s'en servir comme instrument de planification et d'évaluation des performances en matière de santé, de régulation, de réglementation, de plaidoyer et de mobilisation de ressources.

Nous lançons un appel solennel à l'ensemble des acteurs et partenaires œuvrant dans le secteur de la santé afin qu'ils adhèrent à ce projet porteur d'espoir et d'espérance et qu'ils apportent leur pierre à l'édifice. Nous sommes convaincus qu'il s'agit là d'une mission possible. Tous ensemble, nous y parviendrons.

Dr. Sylvie NZEYIMANA
Ministre de la santé publique et de la lutte contre le SIDA



I. INTRODUCTION

A la suite de la stratégie sectorielle couvrant la période 2021-2027, le Burundi vient de se doter de nouvelles Normes sanitaires alignées sur les axes prioritaires stratégiques définis de la stratégie pour faciliter l'opérationnalisation de ces divers axes. Ces Normes constituent un document national de référence et une boussole tant pour les acteurs que pour les partenaires du Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA (MSPLS).

La présente section introductive traite principalement (i) du processus d'élaboration de ces Normes couvrant les réunions de cadrage et d'identification des priorités jusqu'à la validation ; (ii) du contenu de ces Normes et (iii) de l'organisation structurelle du document des Normes sanitaires.

Du processus

Outre la revue documentaire, le processus d'élaboration s'est articulé autour d'une série d'entretiens ayant impliqué,

- Au niveau central, toutes les Directions générales du Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA (MSPLS), l'Inspection Générale, toutes les Directions centrales, Programmes et Projets nationaux de santé ; les principaux partenaires techniques et financiers ainsi que les partenaires de mise en œuvre ;
- Au niveau intermédiaire et périphérique, quatre provinces sanitaires et sept districts sanitaires ont fait l'objet de visites et entretiens. Le choix des provinces sanitaires a été opéré en utilisant les paramètres d'échantillonnage relatifs au poids démographique, au poids épidémiologique et au poids de la couverture en soins et services de santé. Ainsi, 3 hôpitaux nationaux ; 5 hôpitaux de troisième référence ; 5 hôpitaux de districts ; 3 hôpitaux privés et 1 Centre médical privé ont été visités par l'équipe des consultants. La collecte, le traitement et l'analyse des données de terrain ont été organisés sur la base des piliers d'un système national de santé tel que défini par l'OMS.

Un Comité de pilotage multisectoriel chargé de l'orientation stratégique, la coordination et la supervision de l'élaboration du document des Normes sanitaires a été mis en place et sa présidence a été confiée au Secrétaire Permanent du Ministère de la santé et de la lutte contre le Sida.

Réuni en date du 3 Juin 2019 sous la présidence du Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, le Conseil de Cabinet a procédé à l'examen de la version provisoire de ce document de Normes Sanitaires, et a précisé le cadrage et les orientations stratégiques. Un processus inclusif et largement participatif regroupant - au travers, respectivement d'un atelier d'identification consensuelle des priorités, un atelier de pré-validation et un atelier de

validation - les représentants de l'administration centrale, des hôpitaux de troisième référence, des BPS, des hôpitaux de deuxième référence, des BDS, des partenaires techniques et financiers et des partenaires de mise en œuvre y compris le secteur privé a permis une validation graduelle du document et son appropriation progressive par les différents acteurs. Ce processus s'est, par ailleurs, nourri de multiples séances de travail de concertation thématiques conduites par le Président du Comité de pilotage. Lancé à la mi-Avril 2019, le processus d'élaboration et de validation du présent document des Normes sanitaires s'est achevé à la fin du mois de Juillet 2019.

Ensuite le document a été réajusté en Septembre 2021 par rapport au Décret numéro 100/093 du 09 Novembre 2020 portant Organisation et fonctionnement du MSPLS et aux nouvelles orientations stratégiques.

Du contenu

La présente section oriente le lecteur quant à l'organisation et le découpage du document structuré en cinq parties :

- La première partie traite des considérations générales portant, entre autres sur l'organisation des services et des soins par niveau ; l'organisation institutionnelle du système de santé sous sa forme pyramidale articulée sur quatre niveaux (Niveau communautaire, niveau périphérique, niveau intermédiaire et niveau central) ; ainsi que son organisation en réseau de soins hiérarchisée comme suit :
 - La communauté,
 - Le poste de soins
 - Le centre de santé,
 - L'hôpital communal, premier niveau de référence
 - L'hôpital de district, deuxième niveau de référence
 - L'hôpital de troisième niveau de référence
 - et l'hôpital de référence nationale.
- La deuxième partie expose, dans un premier temps, les éléments contextuels, le cadre conceptuel et décrit le processus d'élaboration du document des normes sanitaires et, dans un deuxième temps, cette partie détaille la démarche méthodologique utilisée.
- La troisième partie développe les normes sanitaires 2021-2027 proprement dites. Dans cette partie, il y est successivement décrit :
 - ❖ Le niveau périphérique représenté par le district sanitaire, entité administrative la plus périphérique représentant le MSPLS et qui constitue l'unité opérationnelle de base du système national de santé.
 - Le bureau de district sanitaire (BDS), niveau opérationnel de régulation le plus décentralisé du MSPLS ;

- L'organisation des soins et la gestion du district y sont détaillées. Ce niveau comprend les structures de soins suivantes :
 - Le poste de soins est une unité de soins communautaire aménagé sur chaque colline qui n'a pas de CDS pour offrir les soins préventifs, curatifs et promotionnels ;
 - le centre de santé, niveau le plus périphérique des formations sanitaires .
 - L'hôpital communal est le premier niveau de référence pour les patients provenant des centres de santé (CDS)¹ . Il comporte des services médicaux et paramédicaux qui assurent une certaine précision dans la détermination du diagnostic clinique et biomédical.
 - L'hôpital de district ou hôpital de deuxième référence ;
- ❖ Le niveau intermédiaire sous la responsabilité du Bureau Provincial de Santé (BPS), niveau déconcentré du MSPLS ;
 - L'hôpital de deuxième référence ;
 - Le niveau central du MSPLS qui assurera la coordination et la supervision de la mise en œuvre des présentes normes sanitaires. Cette partie détaille respectivement l'organisation et les attributions respectives du Cabinet du Ministre, du Secrétariat Permanent, des administrations personnalisées de l'Etat rattachées au Cabinet du Ministre, de l'Inspection Générale, des Directions générales, des Directions, des Programmes et Projets nationaux de santé ainsi que les hôpitaux nationaux de troisième référence
 - Les institutions et structures sanitaires privées. Pour compléter l'offre des soins assurée par le secteur public, la contribution du secteur privé lucratif et non lucratif est encouragée par le MSPLS. Les directives et instructions de l'autorité publique sont applicables aux établissements sanitaires privés et précisées dans le "Manuel des procédures d'ouverture et d'accréditation des formations sanitaires, pharmacies, magasins d'optique, écoles paramédicales, laboratoires d'analyse biomédicale et autres institutions apparentées à la santé" et régulièrement publié et actualisé par la Direction Générale de l'Offre des Soins de la Médecine Moderne et Traditionnelle, de l'Alimentation et des Accréditations (DGOSA). Le présent document des Normes sanitaires rappelle les types de structures sanitaires privées reconnues par le MSPLS, leurs définitions et les liens avec ledit Manuel.
- la quatrième partie traite des principes et du cadre de mise en œuvre des Normes sanitaires;
- la cinquième partie discute de l'impact induit par la mise en œuvre des Normes sanitaires ainsi que des mesures d'accompagnement.

De la structuration

Pour permettre une exploitation aisée du document, celui-ci est articulé autour de trois tomes structurés comme suit :

- Le Tome 1 traite des considérations générales, ainsi que des niveaux périphérique et communautaire ;
- Le Tome 2 porte sur le district sanitaire ainsi que la première et deuxième référence ;
- Le Tome 3 se concentre sur le niveau central, la troisième référence ainsi que le secteur privé.

II. ORGANISATION DES SERVICES ET DES SOINS PAR NIVEAU

II.1. ORGANISATION INSTITUTIONNELLE DU SYSTEME DE SANTE

Au Burundi, le système de santé est organisé sous forme pyramidale et s'articule sur **quatre** niveaux à savoir : les niveaux **central, intermédiaire, périphérique et communautaire**. Ces niveaux sont reliés entre eux par des relations de fonctionnement hiérarchique.

II.1.1. NIVEAU CENTRAL

Le niveau central : il est constitué du Cabinet du MSPLS, du Secrétariat Permanent, de l'Inspection Générale de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, de 4 Directions Générales (Services de Santé et de Lutte contre le SIDA ; Offre des Soins, Médecine Moderne et Traditionnelle, de l'Alimentation et des Accréditations ; Ressources et Planification), 4 Directions Générales à gestion personnalisée (CNTS, INSP, ABREMA, et la CAMEBU), 2 Directions à gestion personnalisée (CNRKR, PNSR), 9 Programmes et projets de santé et une Unité de Gestion des Appuis au Développement Sanitaire (UGADS) attaché au Cabinet . .

Le niveau central organise les activités au niveau macro-systémique en collaborant avec les partenaires techniques et financiers d'une part et en impulsant une dynamique inter- et multisectorielle en faveur de la santé d'autre part. Le niveau central est chargé principalement de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la coordination stratégique des partenaires, de la mobilisation et l'affectation des ressources ainsi que du suivi-évaluation. Ce niveau assure la fonction régalienne, normative et de régulation.

II.1.2 NIVEAU INTERMEDIAIRE.

Le niveau intermédiaire représente un niveau déconcentré du Ministère. Il comprend 18 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) qui ont pour mission de veiller à la mise en œuvre de la politique sanitaire dans la province à travers la coordination et l'appui administratifs, techniques et logistiques aux districts. L'équipe du BPS doit impulser la vision trans-sectorielle au niveau provincial pour amener les autres secteurs provinciaux à converger vers les objectifs sectoriels de santé.

Le BPS a, sous sa responsabilité directe, le district sanitaire. Un BPS couvre en moyenne 3 Districts Sanitaires et est dirigé par un Médecin Directeur de la Province Sanitaire qui joue le rôle de conseiller technique à l'administration provinciale en matière de santé et sert d'interface entre le niveau central et le niveau périphérique. Le BPS adresse des rapports d'activités à la Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le Sida.

II.1.3 NIVEAU PERIPHERIQUE.

Le niveau périphérique est représenté par le district sanitaire (DS) qui est l'entité opérationnelle de base du système de santé couvrant en moyenne 2 à 3 communes et une population de 150.000 à 250.000 habitants. Le pays compte 47 Districts Sanitaires (DS) constitués chacun d'une base administrative (Bureau du District Sanitaire : BDS) d'un Hôpital de District (HD) et des hôpitaux communaux, servant d'hôpitaux de première référence - exception faite pour 4 DS qui ne disposent pas actuellement d'HD:(Vumbi, Bugarama, Busoni, Nyabikere) - et d'un réseau de 10 à 15 centres de santé (CDS)².

Le DS a, pour mission, la planification, la coordination et la supervision de la mise en œuvre des activités des Programmes de santé dans les formations sanitaires (FOSA) publiques, confessionnelles / agréées et privées opérant au sein du district. Chaque centre de santé dispose d'un comité de santé (COSA) et d'un comité de gestion (COGES) qui servent d'interface entre la FOSA et la communauté à la base. Le BDS joue également un rôle dans la coordination et le suivi-évaluation des interventions sanitaires des différents acteurs dans le district, y compris l'encadrement des interventions communautaires. Chaque DS est dirigée par une Equipe Cadre de District (ECD) sous la conduite d'un médecin chef de district (MCD) qui rend compte au Bureau Provincial de Santé.

II.1 NIVEAU COMMUNAUTAIRE.

Dans l'offre des services et soins de santé, l'implication communautaire constitue l'un des piliers de la Politique Nationale de Santé 2016-2025 et le renforcement des interventions au niveau communautaire constitue le 9^{ème} axe stratégique de la stratégie sectorielle 2021-2027. Le niveau communautaire est constitué de postes de soins et des relais communautaires qui sont : des agents de santé communautaire (ASC), regroupés en groupements d'agents de santé communautaire (GASC), des Comité de Santé (COSA) et d'autres acteurs.

II.2 ORGANISATION DU RESEAU DE SOINS.

Le système de soins au Burundi est organisé en réseau hiérarchisé à travers un système à six niveaux³ à savoir :

- 1) Le niveau communautaire qui assure des activités promotionnelles et offre des prestations préventives et curatives dont la prise en charge de certaines pathologies simples telles que le paludisme simple, la diarrhée légère, la pneumonie, la malnutrition modérée etc.
- 2) Le centre de santé (CDS) est la porte d'entrée du réseau de soins ; il offre le paquet de soins de santé primaires.

²PSN-SRMNIA 2019-2023

³Stratégie sectorielle du MSPLS-2021-2027

- 3) L'hôpital Communal est le premier niveau de référence pour les patients provenant des centres de santé (CDS)⁴ de la même commune. Il comporte des services médicaux et paramédicaux qui assurent une certaine précision dans la détermination du diagnostic clinique et biomédical.
- 4) L'hôpital de district (HD) est le deuxième niveau de référence pour les patients provenant des hôpitaux communaux. En plus des hôpitaux de district, il existe des hôpitaux publics, confessionnels et privés offrant un paquet de soins comparable à celui de l'hôpital de district.
- 5) L'hôpital de troisième référence accueille les patients provenant des hôpitaux de district.
- 6) L'hôpital national constitue le niveau de référence nationale et le sommet du réseau de soins. Il offre des services spécialisés. A côté des hôpitaux nationaux, il existe, principalement dans la capitale économique Bujumbura, d'autres hôpitaux et cliniques privés qui participent également à l'offre d'un paquet de soins spécialisés comparables ou complémentaires à ceux des hôpitaux nationaux.

II.2.1 SOINS DE SANTE COMMUNAUTAIRE

La santé communautaire- qui sous-entend une implication et une participation communautaires -est un processus par lequel des personnes, individuellement ou collectivement, exercent leur droit de jouer un rôle actif et direct dans le développement et la pérennisation des services qui leur sont offerts, de manière à garantir une amélioration durable de leur état de santé et qualité de vie. La participation communautaire consacre l'octroi, aux collectivités, du pouvoir d'intervention dans l'organisation et le développement global de l'offre de soins. La participation communautaire peut être marginale ou substantielle selon que les populations se contentent juste d'utiliser les services offerts ou qu'elles participent activement à la détermination de leurs propres priorités à travers les relais communautaires ou leur représentation au sein des organes d'administration ou de gestion des FOSA.

Dans le prolongement de la Politique Nationale de Santé, la stratégie sectorielle 2021-2027 accorde une importance spéciale à la santé communautaire dont il prévoit le renforcement des interventions à travers son 9^{ème} axe stratégique.

Il s'agit d'améliorer la qualité et la couverture du paquet de services offert au niveau communautaire à travers la mise en œuvre de la stratégie de Financement Basé sur la Performance (FBP) au niveau communautaire d'une part, et renforcer les capacités des différents relais communautaires dont les ASC élus (un par sous-colline à travers tout le pays) groupés en GASC d'autre part.

4: PSN-SRMNIA 2019-2023

Pour ce faire, un certain nombre de documents stratégiques ont été développés dont le Plan stratégique de santé communautaire 2019-2023 et ses outils de mise en œuvre (Manuels des procédures de santé communautaire, outils standards du système d'information sanitaire communautaire, Manuel de FBP communautaire, les kits de l'ASC).

Selon le Manuel de procédures sur la santé communautaire⁵, « *La santé communautaire implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de sa santé: réflexion sur les besoins, les priorités, la mise en place, la gestion et l'évaluation des activités. Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités* ».

La vision de la santé communautaire telle que définie dans le PSSC 2019-2023, est : « *A l'horizon 2023, les membres de la communauté de chaque aire de santé participent activement aux activités de promotion de la santé, de prise en charge préventive et curative des problèmes de santé communautaire et les indicateurs essentiels de santé communautaire sont sensiblement améliorés* »

Dans le cadre de la santé communautaire, la mission des relais communautaires en l'occurrence celle des ASC regroupés en GASC est détaillée plus bas.

Ces ASC transmettent leurs rapports d'activités au CDS par le biais d'un technicien de promotion de la santé (TPS) basé au centre de santé qui en coordonne les activités et en assure le renforcement des capacités afin de s'assurer de la qualité des prestations et des données du niveau communautaire.

Dans le but d'améliorer la prise en charge préventive et curative, les collines sans centres de santé sont dotées de postes de soins. Le fonctionnement de ces postes de soins est détaillé plus bas. Le poste de soins est géré par un infirmier de niveau minimum A3 et donne le rapport au centre de santé qui coordonne ses activités.

5: Manuel de procédures sur la santé communautaire au Burundi, Janvier 2012

II.2.2 LE CENTRE DE SANTE

Le centre de santé (CDS) constitue la porte d'entrée du réseau de soins au Burundi et offre le paquet de soins de santé primaires curatifs pour les cas simples de maladies. Il offre également des soins promotionnels, des soins préventifs [*comme la vaccination, la consultation prénatale (CPN), la consultation post natale (CPoN), la planification familiale (PF), ainsi que les soins obstétricaux et néonataux essentiels/d'urgence (SONE, SONU) et le suivi de la croissance et de l'état nutritionnel*]. Ces soins sont dispensés généralement en ambulatoire ; néanmoins, les accouchements eutociques et quelques pathologies simples sont prises en charge en observation de quelques heures à quelques jours. Les cas compliqués sont référés à l'hôpital communal

Selon la stratégie sectorielle 2021-2027, le Burundi compte 1051 CDS fonctionnels dont 587 publics, 330 privés et 137 agréés. Parmi les 587 CDS publics, 256 nécessitent une réhabilitation, soit 43.6%. Le précédent document des normes sanitaires datant de 2012 avait déjà indiqué que 80% des ménages du Burundi vivent à moins de 5 km et à moins de 2 heures de marche d'un CDS d'une part, et que l'aire de responsabilité d'un CDS couvre une population estimée entre 10.000 et 15.000 habitants en milieu urbain et semi-urbain, et entre 7.500 et 10.000 habitants en milieu rural.

II.2.3 L'HOPITAL COMMUNAL

L'hôpital Communal est le premier niveau de référence pour les patients provenant des centres de santé (CDS)⁶. Il comporte des services médicaux et paramédicaux qui assurent une certaine précision dans la détermination du diagnostic clinique et biomédical. Les services médicaux comprennent, entre autres, les consultations externes, les urgences, les hospitalisations en médecine interne, chirurgie, gynéco-obstétrique, et en pédiatrie. L'hôpital communal doit servir de complément et de soutien des soins de santé offerts par les CDS de son aire de responsabilité.

Les cas qui dépassent les compétences de l'hôpital communal sont référés à l'hôpital de district. L'hôpital communal offre également des soins promotionnels et préventifs [*comme la vaccination, la consultation prénatale (CPN), la consultation post natale (CPoN), la planification familiale (PF), ainsi que les soins obstétricaux et néonataux essentiels/d'urgence (SONE, SONU) et le suivi de la croissance et de l'état nutritionnel*]

6: PSN-SRMNIA 2019-2023

II.2.4 L'HOPITAL DE DISTRICT / HOPITAL DE DEUXIEME REFERENCE

L'hôpital de district est le deuxième niveau de référence pour les patients provenant des hôpitaux communaux. Il comporte des services médicaux et paramédicaux qui assurent une certaine précision dans la détermination du diagnostic clinique et biomédical. Les services médicaux comprennent, entre autres, les consultations externes, les urgences, les hospitalisations en médecine interne, chirurgie d'urgence, gynéco-obstétrique, kinésithérapie, service de soins de santé mentale et pédiatrie. Alors que l'HD devrait être le complément et le soutien des soins de santé offerts par le réseau des CDS et de centres médicaux de son aire de responsabilité, il offre en pratique à la fois le paquet minimum d'activités et le paquet complémentaire ce qui entraîne une forte utilisation des services des hôpitaux et une sous-utilisation de ceux des CDS et des centres médicaux.

Les cas qui dépassent les compétences de médecine générale sont référés à l'hôpital de deuxième référence ou toute autre structure à compétences supérieures.

Selon la stratégie sectorielle 2021-2027, le pays compte 39 hôpitaux de district dont 20 nécessitent une réhabilitation. En dépit de cette subdivision qui vise à rapprocher les soins de la population, trois (03) districts sanitaires (*Vumbi, Busoni, Bugarama, Nyabikere*) ne disposent pas encore d'hôpitaux de district. En plus des hôpitaux de district, il existe des hôpitaux publics, communaux, confessionnels et privés offrant un paquet comparable à celui de l'hôpital de district.

II.2.5 L'HOPITAL DE TROISIEME REFERENCE (HDR)

L'hôpital de deuxième référence accueille les patients provenant des hôpitaux de district. Un hôpital de troisième référence est un établissement public personnalisé de l'Etat, à caractère administratif, qui jouit de l'autonomie de gestion administrative et financière et qui dessert une certaine aire de responsabilité couvrant 3 à 4 provinces sanitaires.

Actuellement, il existe cinq hôpitaux de troisième référence situés à Ngozi, Bururi et Gitega, Mpanda et Rumonge. Ceux-ci complètent le paquet d'activités des HD en offrant certains soins spécialisés. Situé généralement en milieu urbain, un Hôpital de Troisième Référence (HDR) est chargé d'assurer les soins courants et spécialisés : curatifs, préventifs, promotionnels et réhabilitatifs, et les examens de diagnostic y afférents. Pour ce faire, il doit comporter des services spécialisés avec une allocation conséquente des ressources humaines, matérielles et financières pour assurer efficacement son rôle d'hôpital de Troisième référence dans la région.

En plus des hôpitaux de troisième référence publics, il existe des hôpitaux confessionnels et privés offrant un paquet comparable à celui de troisième référence. Les cas qui nécessitent une

intervention hyperspécialisée sont référés vers les hôpitaux nationaux ou toute autre structure à compétences supérieures.

II.2.6 HOPITAL DE REFERENCE NATIONALE

Afin de réduire les évacuations sanitaires à l'étranger consécutives aux graves complications des différentes maladies et/ou aux traumatismes, la PNS-III 2016-2025 indique que le Gouvernement veille à l'implantation de centres d'excellence au sein des CHU et hôpitaux de référence nationale pour assurer des soins et services de santé de qualité du niveau tertiaire dans le pays. Ces hôpitaux de référence nationale sont, selon le PNDS-III 2019-2023 : i) *Hôpital Prince Régent Charles* et ii) *Clinique Prince Louis Rwagasore (relevant du MSPLS)*; iii) Le Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (*relevant du Ministère ayant l'Enseignement Supérieur dans ses attributions*) iv) l'Hôpital Militaire de Kamenge (*relevant du Ministère de la Défense Nationale et des Anciens Combattants*) et v) le Centre Neuropsychiatrique de Kamenge, *relevant du secteur confessionnel*. Conformément à une récente Ordonnance du Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, l'Hôpital de Karusi vient d'être érigé au rang d'Hôpital National. L'hôpital national de troisième référence constitue le sommet du réseau des soins et comporte les services spécialisés et pointus. Il prend en charge les cas de maladies qui dépassent les compétences, le plateau technique et la technologie disponibles dans les hôpitaux de deuxième référence.

En plus des hôpitaux de référence nationale publics, il existe des hôpitaux privés offrant un paquet comparable à celui d'un hôpital national.

III. ELEMENTS ET CADRE CONCEPTUEL DE L'ELABORATION DU DOCUMENT DES NORMES SANITAIRES.

III.3.1 ELEMENTS CONTEXTUELS

De l'analyse des données tirées de l'EDS-III 2016-2017, de la Surveillance des Décès Maternels et la Riposte (SDMR) de 2017 en intra hospitalier ; de l'Enquête STEPS de 2013, et de l'enquête SARA, il ressort ce qui suit :

Dans le domaine de la santé de la mère et du nouveau-né, le Burundi a connu des progrès considérables ; le ratio de mortalité maternelle est passé de 500 à 334 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2010 et 2016 alors que la cible des ODD est fixée à moins de 70 décès maternels d'ici 2030. Le taux de mortalité néo-natale est passé de 31 à 23 décès pour 1000 naissances vivantes de 2010 à 2016.

Les résultats de la Surveillance des Décès Maternels et la Riposte (SDMR) de 2017 en intra hospitalier ont montré que l'hémorragie reste la première cause de décès maternels (47.5%), suivi du paludisme (22.9%) et des infections (16.1%). Plus de la moitié des décès maternels

(52.5%) surviennent en post-partum immédiat (dans les 24 à 48h suivant l'accouchement) tandis que 17.8% des décès maternels surviennent durant la grossesse. La plupart de ces décès sont évitables et posent la problématique de la qualité des soins.

Entre les années 2010 et 2016, le Burundi a enregistré des progrès dans le domaine de la santé des enfants avec un taux de mortalité infanto-juvénile passant de 96 à 78 décès pour 1000 NV. Selon l'EDS III, 56 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique. Une augmentation progressive est notée jusqu'à la tranche d'âge de 36-47 mois, âges auxquels les deux-tiers des enfants sont affectés par ce type de malnutrition (66 %). Le paludisme reste la première cause de mortalité avec une proportion de 29% d'enfants de 0 à 14 ans décédés suite au paludisme comparé à l'ensemble des cas de décès liés à la maladie.

Les efforts fournis lors de la mise en œuvre de la stratégie de vaccination, ont permis d'atteindre des performances considérables avec près de 93% des Districts Sanitaires qui disposent des couvertures vaccinales supérieures à 80% si on considère le Pentavalent 3 (JRF2016) ; d'un taux d'enfants complètement vaccinés (0-11 mois) de 83,1% si on considère tous les vaccins de base (EDS 2016-2017).

Le Burundi fait face au double fardeau de la morbi-mortalité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles. Les principales causes étant les maladies transmissibles (paludisme, le VIH/Sida, tuberculose, les autres infections respiratoires, les hépatites etc.), les maladies non transmissibles [les maladies cardio-vasculaires comme l'hypertension artérielle (HTA), les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, les maladies métaboliques comme le diabète, les cancers etc.).

Selon l'Enquête STEPS7 réalisée dans la Province de Kirundo en 2013, la prévalence de l'hypertension artérielle est de 25,2 % et celle du diabète est de 1% chez les personnes âgées de 25 à 64 ans. Selon l'enquête SARA, la disponibilité des services (49% des FOSA disposent des services pour le diabète,), 45% pour les Maladies Cardio-Vasculaires, 39% pour les Maladies Respiratoires Chroniques et 3% pour le cancer du col. La santé des personnes âgées reste un domaine peu exploré, et leur accès aux services de santé reste faible.

Face à ces divers défis, et pour contribuer à la réduction de la mortalité, de la morbidité, des handicaps et invalidités dont la majeure partie d'entre elles sont évitables par l'offre et l'utilisation de soins et services de santé de qualité, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida vient de se doter d'une stratégie sectorielle qui couvre la période 2021-2027. Articulée autour des 12 axes prioritaires ci-après, cette stratégie sectorielle s'inscrit en droite ligne avec la Politique Nationale de Santé 2016-2025 et du Plan National de Développement 2018-2027.

7STEPS : Etapes en anglais. Il s'agit des enquêtes de surveillance et de suivi des maladies chroniques et leurs facteurs de risque qui sont réalisées étape par étape.

1. L'amélioration de l'offre des soins et services de santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent(e) et du jeune, de la personne âgée ainsi que de la santé nutritionnelle de qualité ;
2. Le renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
3. L'amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé ;
4. L'amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des produits pharmaceutiques, des produits de laboratoire, des produits sanguins et autres produits de santé ;
5. L'amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires ;
6. Le renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé
7. Le renforcement des mécanismes de financement du secteur de la santé ;
8. Le renforcement de la gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé ;
9. Le renforcement des interventions du niveau communautaire ;
10. La lutte contre les facteurs de risques liés aux maladies transmissibles, non transmissibles et actions sur les déterminants sociaux de la santé ;
11. Le renforcement de la surveillance intégrée de la maladie, de la gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles ;
12. Le renforcement de la gestion des questions des populations pour tendre vers le dividende démographique.

Le PNDS-III constitue un cadre de référence pour toutes les actions de développement sanitaire du pays, depuis le niveau central jusqu'au niveau communautaire.

- Le présent document remplace le document de Normes sanitaires élaboré en 2012 pour l'opérationnalisation du PNDS2011-2015. Ce dernier ne couvrait que les niveaux périphérique et intermédiaire de la pyramide sanitaire, et était muet au sujet du niveau central (y compris l'hôpital de référence nationale). Par ailleurs, le pays ayant décidé d'étendre la période de couverture du PNDS de deuxième génération jusqu'en 2018, certaines dispositions de ces Normes sanitaires étaient devenues obsolètes, et leur application progressivement inappropriée, amenant les responsables des différents programmes nationaux de santé à élaborer des normes transitoires pour leurs planifications.
- Les nouvelles Normes sanitaires sont alignées sur les axes prioritaires stratégiques définis par le PNDS 2019-2023 et contribuent à l'opérationnalisation de ces divers axes. Elles constituent **un document national de référence et une boussole** qui, aussitôt validé, guidera les Directions et Programmes du MSPLS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, mais également les partenaires techniques et financiers, les partenaires et acteurs de mise en œuvre dans leur ensemble. Les nouvelles Normes constituent (i) "un instrument de planification", (ii) "un instrument de régulation", (iii) "un instrument de réglementation", (iv) "un instrument de plaidoyer et de mobilisation de ressources".

Ce document de Normes présente une perspective que le MSPLS se propose de réaliser à l'horizon 2023, terme du PNDS 2019-2023. Une revue à mi-parcours est prévue en Juin - Juillet 2021 pour apprécier la fonctionnalité du document et mesurer les progrès atteints au regard des résultats attendus.

- **Les présentes normes sont rédigées sur le mode affirmatif et de façon positive. Elles expriment une attente, des objectifs à atteindre.**

III.3.2 CADRE CONCEPTUEL DE L'ELABORATION DU DOCUMENT DES NORMES SANITAIRES

L'élaboration du présent document de Normes sanitaires se base sur les 6 piliers du système de santé tel que définis par l'OMS.

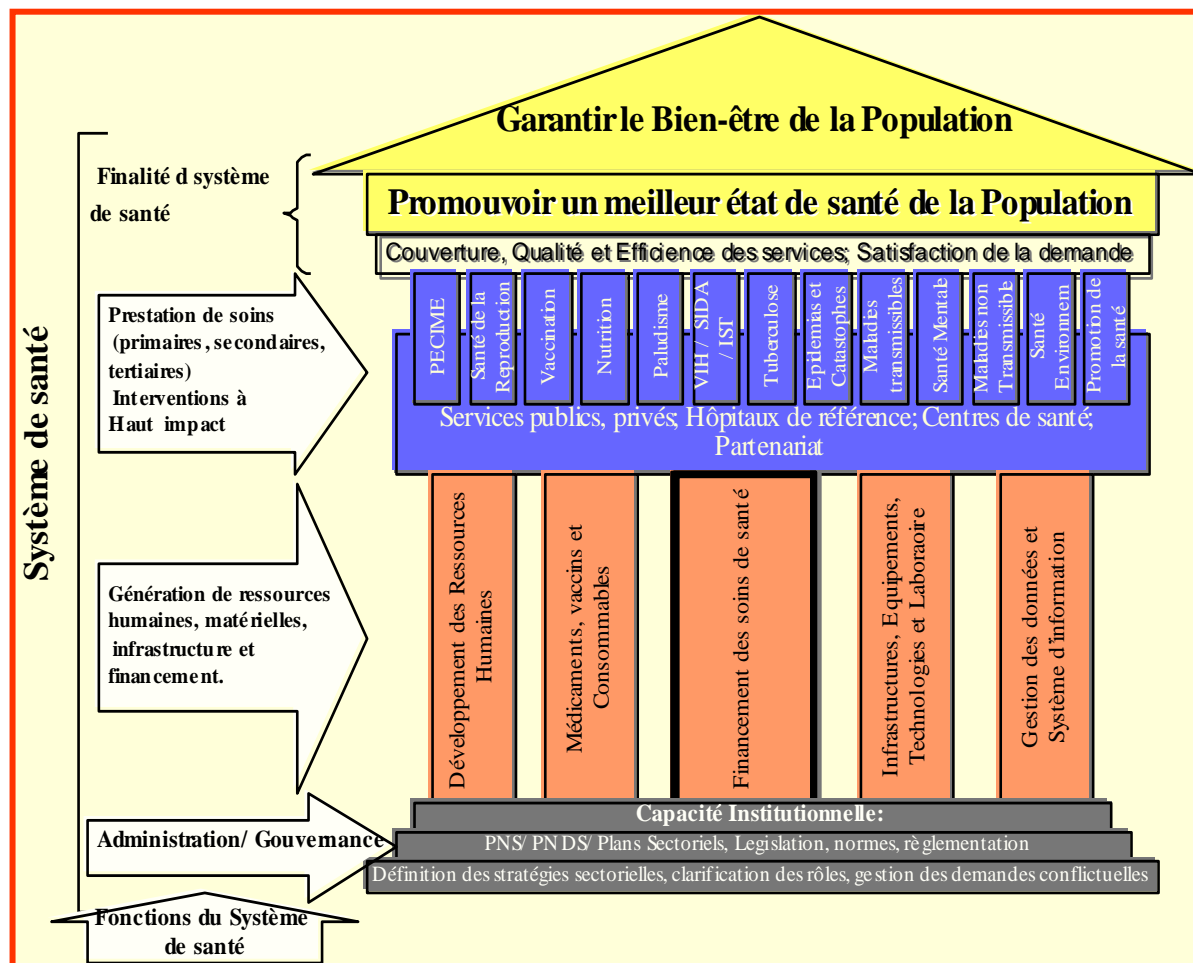


Figure N°1 : Six piliers du système sanitaire selon l'OMS⁸.

Selon ce cadre, pour atteindre un meilleur état de santé de la population, trois fonctions essentielles doivent être assurées :

- La prestation des soins et services à haut impact. Ces soins incluent les soins primaires, secondaires et tertiaires ;
- La génération des ressources humaines, matérielles, financières et des infrastructures ;
- L'administration ou gouvernance du système de santé.

⁸Source : Rapport de l'OMS 2008 : "Les Soins de Santé Primaires : Maintenant plus que jamais"

La bonne santé de la population est étroitement liée aux prestations de soins et de services de santé en quantité et en qualité satisfaisantes. Ces soins et services de santé doivent être disponibles et accessibles pour les bénéficiaires des différentes catégories socioprofessionnelles.

La disponibilité et l'accessibilité des prestations de soins et services de qualité ne peuvent être effectives sans le concours des autres composantes du système de santé. Ces dernières génèrent les ressources nécessaires à la mise en œuvre des stratégies de prestations. Il s'agit des :

- Ressources humaines en quantité et en qualité suffisante ;
- Médicaments et autres produits pharmaceutiques ;
- Fonds suffisants pour le financement de la santé ;
- Bonne gestion des données sanitaires et système d'information sanitaire (SIS) performant
- Infrastructures sanitaires et équipements biomédicaux adéquats

Toutes ces composantes doivent être soutenues par une bonne gouvernance du système de santé à tous les niveaux. Chaque composante contribue à la mise en place réussie des paquets d'activités à différents niveaux de prestation.

Selon les normes de l'OMS, « *les établissements hospitaliers doivent garantir que chaque patient reçoit la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui assurent un meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel des connaissances médicales, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures de résultats et de contacts humains* ».

A travers ces Normes Sanitaires, le MSPLS vise la réalisation de trois niveaux graduels d'efforts : (i) définir et communiquer sur les normes sanitaires de qualité au travers des procédures, processus et protocoles ; (ii) mettre en œuvre des normes sanitaires de qualité ; (iii) mesurer le respect des normes sanitaires et une amélioration continue de la qualité des soins et services de santé, basé sur des évaluations périodiques.

III.3.3 DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Pour élaborer les présentes normes sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2019-2023, une démarche méthodologique, participative, consensuelle et inclusive des différents partenaires et acteurs à tous les échelons de la pyramide sanitaire et du système de soins a été adoptée. La revue documentaire et les entretiens semi structurés conduits par l'équipe de deux consultants auprès des différents acteurs et intervenants à tous les échelons du système national de santé ont été complétés par des contributions écrites émanant des différentes institutions consultées.

III.3.1 REVUE DOCUMENTAIRE

Un certain nombre de documents de référence ont été consultés pour approfondir la compréhension des axes et orientations de la stratégie sectorielle 2021-2027. La liste des documents consultés figure en [Annexe 1](#), et fait partie intégrante du présent Document. Néanmoins, à titre illustratif, il y a lieu de citer les principaux documents ci-dessous :

- Vision du Burundi 2025 ;
- Plan National de Développement (PND) 2018-2027 ;
- Politique Nationale de Santé 2016-2025 ;
- Plan National de Développement Sanitaire 2019-2023 ;
- Souscriptions du Burundi aux Déclarations et Actes Internationaux en matière de santé notamment :
- Déclaration d'Astana 2018, et notamment sa vision à quatre composantes dont: (i) les gouvernements et les sociétés doivent promouvoir la santé et le bien-être des populations ; (ii) les soins de santé primaires et les services de santé qui sont de grande qualité, sûrs, complets, intégrés, accessibles, disponibles et abordables pour tous et partout; (iii) l'environnement stimulant et propice à la santé ; (iv) l'implication des partenaires et des parties prenantes pour apporter un soutien efficace aux politiques, aux stratégies et aux plans sanitaires nationaux ;
- Les ODD, 3ème ODD : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous et à tout âge ».
- Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement du Burundi, (UNDAF) 2019-2023 ;
- Document des normes sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 au Burundi ;
- Profil de ressources humaines en santé du Burundi, édition 2011,
- Enquête d'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA), édition 2017
- Cartographie des ressources humaines pour la santé, édition 2017,
- Proposition de programme type pour les CDS et les Hôpitaux de District, édition Mai 2015 ;
- Manuel des procédures sur la santé communautaire au Burundi, édition 2012
- Manuel des procédures pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la performance seconde génération, Janvier 2017
- Manuel des procédures pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la performance au niveau communautaire, Décembre 2018
- Normes et standards des laboratoires de biologie médicale au Burundi, SCMS - PEPFAR, Septembre 2016 ;
- Analyse critique de la mise en œuvre du financement basé sur la performance couplée à la gratuité des soins de santé au Burundi 2010-2014, Décembre 2014

- Décret numéro 100/093 du 09 Novembre 2020 portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA
- etc.

III.3.2 ENTRETIENS ET VISITES DE TERRAIN

En plus de la revue documentaire, les consultants ont conduit une série d'entretiens semi-structurés avec plusieurs acteurs et partenaires du système sanitaire du pays.

- Au niveau central, des entretiens pour orientations stratégiques ont été organisés avec toutes les Directions générales (DGSSLS), DGP, DGR), l'Inspection Générale de la Santé Publique et Lutte contre le SIDA, toutes les directions et programmes & projets nationaux de santé. Aussi, les principaux partenaires techniques et financiers du MSPLS au rang desquels l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, la Banque Mondiale, l'USAID, la Croix Rouge Burundi, CORDAID et FHI360 ont été consultés.
- Au niveau intermédiaire et périphérique, quatre provinces sanitaires (Gitega, Ngozi, Bujumbura Mairie et Muramvya) et sept districts sanitaires (Gitega, Mutaho, Ngozi, Buye, Bujumbura Mairie centre, Bujumbura Mairie sud et Muramvya) ont fait l'objet de visites et entretiens. Le choix des provinces sanitaires à visiter a été opéré en utilisant les paramètres d'échantillonnage ci-après :
 - ✓ Poids démographique des provinces sanitaires,
 - ✓ Poids épidémiologique des provinces sanitaires (Taux de morbidité et Taux de mortalité)
 - ✓ Poids de la couverture en soins et services

La mission a ainsi visité les structures et institutions ci-après :

- ✓ 3 hôpitaux nationaux de troisième référence dont l'Hôpital Prince Régent Charles de Bujumbura (HPRC), l'Hôpital Militaire de Kamenge (HMK) et le Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK) ;
- ✓ 2 hôpitaux de 2ème référence à savoir Gitega et Ngozi ;
- ✓ 5 hôpitaux de districts : Kibimba, Mutaho, Ngozi, Buye et Muramvya ;
- ✓ 3 hôpitaux privés (BUMEREC, KIRA Hôpital, Polyclinique "Monseigneur Joseph Martin" de Ngozi)
- ✓ 1 Centre médical privé à Gitega.

La liste exhaustive des personnes et Institutions / Formations sanitaires visitées est reprise dans l'Annexe 2.

Ces différents entretiens ont été centrés sur les orientations stratégiques et priorités du PNDS 2019-2023 ainsi que leurs implications dans le développement des nouvelles normes sanitaires prenant pour base, les anciennes normes. Un focus a été mis sur le renforcement du niveau communautaire, l'intégration et l'amélioration de la qualité des services y compris le système d'information sanitaire et la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles etc.

Les échanges ont été structurés autour de cinq principaux piliers autour desquels les présentes normes sanitaires ont été développées pour chaque niveau de la pyramide sanitaire et du système national d'offre de soins. Il s'agit de :

- 1) **Paquet de services et de soins de santé ;**
- 2) **Paquet de ressources humaines** (*profils, effectifs et cahier de charges*) ;
- 3) **Plateau technique** (*équipements médico-techniques, médicaments, réactifs, intrants, etc.*) ;
- 4) **Infrastructures ;**
- 5) **Leadership, Gouvernance, Coordination, et redevabilité.**

Les aspects quantitatifs et qualitatifs ont été abordés par rapport aux quatre premiers piliers. Les variables telles que la fréquentation, la durée d'exécution des actes par service, les taux d'occupation des lits, les ressources humaines et les services disponibles ont fait l'objet d'une profonde analyse conjointe avec l'administration et les spécialistes de la structure visitée à différents niveaux du système de l'offre des soins, selon une approche très participative. Un consensus a été dégagé par rapport aux ajustements indispensables à apporter aux cinq piliers constitutifs des nouvelles normes sanitaires.

Par la suite, chaque structure visitée a été invitée à réunir l'ensemble de ses spécialistes pour procéder à une évaluation approfondie de l'état de mise en œuvre des précédentes normes sanitaires, de noter les écarts en rapport avec les 5 piliers et, tenant compte de la spécificité de la structure visitée, de formuler des recommandations écrites portant sur des éléments objectifs susceptibles d'être intégrés dans les nouvelles normes.

III.3.3 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES DE TERRAIN.

Après avoir collecté toutes les contributions des différentes entités visitées, une analyse des recommandations et des données a permis de dégager les principaux éléments de convergence entre des entités de même échelon dans la pyramide sanitaire nationale.

Ces divers éléments combinés aux résultats des différents entretiens et de la revue documentaire ont été confrontés avec les normes internationales pour rédiger les présentes normes sanitaires de mise en œuvre de la stratégie sectorielle 2021-2027 au Burundi.

III.3.4 COMITE DE PILOTAGE POUR L'ELABORATION DU DOCUMENT DES NORMES SANITAIRES.

Un Comité de pilotage chargé de l'orientation stratégique et de la supervision de l'élaboration du document des Normes Sanitaires a été mis en place par le Cabinet du Ministre. Il est présidé par le Secrétaire Permanent du Ministère et comporte, comme membres, tous les Directeurs généraux, l'Inspecteur général des services de santé et de lutte contre le SIDA, tous les Directeurs centraux en charge des programmes et Projets de santé, la Cellule Technique Nationale chargée de la mise en œuvre de la stratégie "Financement basée sur la performance (CTN-FBP)", le Coordonnateur de l'Unité de Gestion des Appuis au Développement de la Santé (UGADS) ex Projet "Kura Kibondo", certains Partenaires techniques et financiers. Le Directeur général des services de santé et de lutte contre le SIDA en assure le Secrétariat.

III.3.5 PROCESSUS DE VALIDATION GRADUELLE DU DOCUMENT DES NORMES SANITAIRES

Un processus de validation graduelle du présent document a été adopté: (i) une réunion de pré-validation regroupant les représentants de l'administration centrale, des hôpitaux de troisième référence, des BPS, des hôpitaux de deuxième référence, des BDS, des partenaires techniques et financiers et des partenaires de mise en œuvre a été organisée; (ii) le Conseil de Cabinet du MSPLS s'est réuni sous la présidence du Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida pour examiner le draft du document des normes sanitaires et a donné des compléments d'orientation et (iii) une réunion de validation regroupant les représentants de tous les niveaux de la pyramide sanitaire nationale ainsi que les partenaires techniques et financiers a permis de valider les options retenues.

IV. NORMES SANITAIRES 2021-2027.

IV.A. PREMIERE PARTIE : INSTITUTIONS ET STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES

IV.A.3.1 NIVEAU COMMUNAUTAIRE ET PERIPHERIQUE

Le district de santé est l'entité la plus périphérique représentant le MSPLS et qui constitue l'unité opérationnelle de base du système national de santé. Un District Sanitaire couvre 2 à 3 communes et correspond au troisième niveau administratif dans le secteur de la santé, lequel diffère du niveau administratif territorial qui est la commune. La population d'un district sanitaire est bien définie et estimée entre 150.000 et 250.000 personnes⁹, vit dans une zone géographique et administrative dont les limites respectent autant que possible les limites administratives existantes (limites communales, provinciales).

Ce niveau opérationnel intègre la participation communautaire qui est appliquée à travers la gestion des centres de santé par la mise en place des comités de santé et de gestion des CDS ainsi que les groupements d'agents de santé communautaires (GASC), qui assurent l'interface entre le centre de santé et la communauté. Le district sanitaire est responsable de la planification, de l'organisation, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des SSP de haute qualité au niveau communautaire, des centres de santé, de l'Hôpital Communal et de l'hôpital de district.

IV.A.3.2 ORGANISATION ET GESTION D'UN DISTRICT SANITAIRE (DS).

Dans chaque DS se trouve une base administrative (Bureau de District Sanitaire : BDS) constitué d'une Equipe Cadre de District (ECD) sous la coordination d'un Médecin Chef de District Sanitaire (MCDS).

- ✓ Chaque district sanitaire doit disposer d'au moins un **Hôpital de District - public ou agréé**. Cet hôpital sert d'hôpital de première référence pour tout le district sanitaire et offre 24/24h et 7/7 jours un paquet de services complémentaire à celui des CDS, soit les services d'urgence, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie et de médecine interne.
- ✓ En plus de cet Hôpital de District, il existe des hôpitaux communaux constituant le premier niveau de référence selon l'indication pour les patients provenant des centres de santé

⁹ : Voir PSN SRMNIA 2019-2023

(CDS)¹⁰ de la même commune. Il comporte des services médicaux et paramédicaux qui assurent une certaine précision dans la détermination du diagnostic clinique et biomédical. Il offre également des soins promotionnels et préventifs [*comme la vaccination, la consultation prénatale (CPN), la consultation post natale (CPoN), la planification familiale (PF), ainsi que les soins obstétricaux et néonataux essentiels/d'urgence (SONE, SONU) et le suivi de la croissance et de l'état nutritionnel*]

Les cas qui dépassent les compétences de l'hôpital communal sont référés à l'hôpital de district.

- ✓ Chaque district sanitaire comprend **un réseau de CDS publics, privés et/ou agréés** et des hôpitaux communaux qui permettent de garantir une accessibilité géographique suffisante à toute sa population. Un district sanitaire dessert en moyenne 15 à 20 CDS au maximum.
- ✓ Dans l'aire de responsabilité de chaque CDS, des prestations promotionnelles, préventives et curatives du niveau communautaire sont réalisées par un poste de soins sur chaque colline et un Groupement d'Agents de Santé Communautaire (GASC). Ces derniers travaillent en étroite collaboration avec d'autres acteurs communautaires comme les mamans lumières qui sont impliquées dans la lutte contre la malnutrition au niveau communautaire. Ces relais communautaires, au travers de leurs différents profils, constituent des véhicules importants pour atteindre des groupes cibles diversifiés, à qui ils dispensent certaines prestations, promotionnelles, préventives et curatives. Ainsi, ils servent de pont entre la communauté et les équipes soignantes des CDS. De façon opérationnelle, les prestations offertes au niveau communautaire avec encadrement du CDS de l'aire de responsabilité, sont sous la responsabilité du district sanitaire.
- ✓ La communauté joue également un rôle dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de santé primaire et la recherche de solutions appropriées aux problèmes locaux de santé et la mobilisation des ressources.

Le DS est appelé à offrir des soins de santé primaires et complémentaires centrés sur la personne et non la maladie. Ces services et soins de santé doivent être de haute qualité, sûrs, complets, intégrés, accessibles, disponibles et abordables pour tous et partout.

IV.A.3.3 DE L'INTEGRATION DES ACTIVITES DU DISTRICT

- ✓ Du point de vue opérationnel : l'accès aux soins est organisé par échelon, sans qu'il y ait un déficit ni un chevauchement de services entre les échelons ; les échelons sont liés entre eux par un système de référence et contre-référence.
- ✓ Du point de vue **administratif** : l'équipe cadre du district sanitaire fait la coordination administrative entre les différents niveaux et intervenants (entre les niveaux central, provincial et communal, tant qu'entre les secteurs public, privé, agréé, les bailleurs et les partenaires) en ce qui concerne les activités de santé menées dans le district.
- ✓ Du point de vue **stratégique** : la planification de haut en bas (PNS, PNDS, normes et régulation du MSPLS) et la planification de bas en haut (par la société civile, les COSA, les communes, etc.) se rencontrent au niveau du district sanitaire et sont intégrées dans **un plan stratégique global du district sanitaire**.
- ✓ Du point de vue **fonctionnel** : une collaboration et un dialogue continus entre les bénéficiaires et les services de santé (via les COSA) d'une part, et entre ces services et l'Equipe Cadre du District sanitaire "ECD" d'autre part (via les supervisions, les approvisionnements,...) doivent exister. La collaboration de tous garantit le fonctionnement adéquat du système.
- ✓ Du point de vue **intersectoriel** : l'ECD prend des contacts avec les autres secteurs (l'administration territoriale, l'agriculture, l'éducation, service d'hygiène municipale, associations professionnelles, etc.) pour soulever et discuter des problèmes spécifiques en relation avec la santé. L'ECD constitue le point focal pour les autres secteurs pour dialoguer sur tous les aspects en relation avec la santé.

Trois échelons de prestation se retrouvent dans un district sanitaire au Burundi. Il s'agit de l'échelle des prestations communautaires, l'échelle des prestations cliniques au niveau du centre de santé et de l'échelle des prestations cliniques à l'hôpital communal et de district. Au sein de tous les échelons cliniques, les décisions sont prises collectivement à travers des comités de santé (COSA) et comités de gestion (COGE) qui servent d'interface entre les FOSA et les communautés à la base dans le secteur de la santé. Tous ces échelons sont supervisés par le BDS sous l'autorité du Médecin Chef du District Sanitaire (MCDS).

Pour plus d'harmonie dans la compréhension du fonctionnement des structures œuvrant dans la zone géographique d'un district sanitaire, le présent document procède par une détermination ascendante des normes sanitaires.

IV.A.3.1 Prestations de soins et services

Au niveau communautaire, les interventions sont diversifiées. Comme pour d'autres niveaux de prestations, elles concernent le volet promotionnel, préventif et même curatif. Par conséquent, elles nécessitent l'appui de nombreux partenaires pour couvrir les différents volets de la santé. Pour bien réussir leur mission, l'adoption des approches multidisciplinaires (impliquant la notion de diversité et de polyvalence des ASC) devient incontournable.

Au Burundi, il existe un réseau dense et diversifié d'acteurs communautaires tels que : les Postes de Soins, les Comités de Santé (COSA), les Comités de Gestion de Santé (COGES), les mamans lumières, les associations locales (ASLO) œuvrant dans le domaine de la santé, les réseaux de PVVIH, les guérisseurs traditionnels ainsi que les Agents de Santé Communautaires (ASC), etc. Ces derniers constituent le groupe numériquement le plus important et le plus actif : ils sont organisés en groupements d'ASC "GASC", dans l'aire de responsabilité de chaque CDS dans tout le pays à raison d'un ASC par sous-colline. Actuellement, les agents de Postes de Soins et le GASC sont, les seuls interlocuteurs reconnus par le MSPLS pour les prestations du niveau communautaire.

Dans leurs domaines respectifs, ces acteurs opèrent sous la supervision et l'encadrement des techniciens de promotion de la santé (TPS) rattachés aux centres de santé (CDS). Le nombre d'acteurs communautaires ne peut pas être standardisé car il est tributaire des besoins spécifiques au niveau communautaire et de l'étendue de l'aire de responsabilité des CDS, lesquels diffèrent d'une région à l'autre. De plus, les situations auxquelles font face les acteurs communautaires sont en perpétuelle mutation, ce qui prédispose à une grande flexibilité dans la sollicitation/mise à contribution des acteurs mieux indiqués pour une intervention donnée. Les acteurs communautaires mènent leurs actions en suivant 4 grands axes d'intervention selon le « *Manuel des procédures sur la santé communautaire au Burundi de 2021 et le Manuel des procédures pour la mise en œuvre du FBP au niveau communautaire, 2018* ». Il s'agit de :

1. Encadrer et sensibiliser les populations à la base pour développer de saines habitudes, mode de vie et les comportements sanitaires sécuritaires ;
2. Faciliter et promouvoir la demande de soins en contribuant à lever les barrières géographiques, financières et surtout socio-culturelles pour un meilleur accès aux soins et services de santé ;
3. Participer dans la prévention et la prise en charge communautaire de certaines pathologies (telles que les cas simples de paludisme, de diarrhée légère, de pneumonie), dépistage de la malnutrition des enfants et assurer la distribution à base communautaire de certains produits/ médicaments et contraceptifs.
4. Etablir des rapports périodiques en rapport avec l'information sanitaire du niveau communautaire vers le CDS.

En perspective du FBP communautaire en cours de mise à échelle, les ASC ont été organisés en groupements d'agents de santé communautaire (GASC) qui signent des contrats de performance avec les CDS de leurs aires de responsabilité respectives. D'autres acteurs communautaires devront signer des contrats secondaires avec ces GASC en fonction de la spécificité de leurs interventions. Ainsi, dans le cadre du FBP communautaire, les GASC ont pour mission principale de :

- ✓ Sensibiliser la population pour un changement de comportement ;
- ✓ Amener l'information des services de santé vers la population et inciter cette dernière à fréquenter les formations sanitaires ;
- ✓ Participer dans la prise en charge communautaire de certaines pathologies ;
- ✓ Encadrer d'autres acteurs communautaires œuvrant dans la promotion de la santé dans son aire de responsabilité (mamans lumières, tradi-praticiens etc.).

Selon le « Manuel des procédures sur la santé communautaire au Burundi, 2012 », le cahier de charge des Agents de Santé Communautaire (ASC) comprend un Paquet Minimum d'Activités (PMA) constitué de :

- Identifier, récupérer et relancer les cas d'abandons aux soins et services de santé et les conseiller à reprendre ;
- Assurer le dépistage et la prise en charge communautaire des maladies déterminées par les services de santé et faire le suivi à domicile des malades sous traitement ;
- Faire le suivi de l'état nutritionnel et la croissance des enfants de 6 à 59 mois, dépistage et référence des cas de malnutrition vers les structures de prise en charge (des cas modérés par les mamans lumières et des cas sévères vers les CDS) ;
- Faire le suivi des activités d'hygiène et assainissement de base dans la communauté
- Faire la distribution continue et le suivi de l'utilisation des MIILDA;
- Accompagner les parturientes pour l'accouchement dans les CDS et faire le suivi en post-partum à domicile ;
- Identifier et notifier les cas de décès à domicile, de grossesses non désirées chez les adolescentes et de VSBG ;
- Référer tout cas qui dépasse le cadre de prise en charge communautaire et accompagner les cas d'urgence au CDS ;
- Alerter le CDS et l'administration locale en cas de suspicion d'épidémies ;
- Orienter pour le dépistage et informer la population sur les services disponibles dans la localité ;
- Remplir correctement les registres de ses prestations et contribuer à la collecte de l'information à base communautaire ;

- Sensibiliser pour le don de sang, la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles notamment le VIH/SIDA et IST, le paludisme, la tuberculose, les maladies diarrhéiques, les infections et affections respiratoires et le diabète ;
- Veiller à la sécurité du matériel, équipements et des médicaments affectés à la sous colline et lutter contre toute forme de stigmatisation et de discrimination des patients dans la communauté;
- Distribuer les produits et traitements à base communautaire préalablement déterminés par les Programmes et Services de santé ;
- Participer à la prise en charge communautaire des cas de VSBG, à la distribution à base communautaire de certains médicaments et contraceptifs.
- Renseigner les naissances et les décès survenus à domicile au sein de leur communauté endéans les trois jours ;
- Superviser la mise en œuvre des mesures d'hygiène et d'assainissement dans l'aire de responsabilité du CDS.

Rôles et responsabilités de la communauté dans le système de référence et contre-référence des patients / Acheminement du patient de la communauté vers le centre de santé :

Le circuit de référence d'un patient commence par la communauté : le besoin de mieux structurer le niveau communautaire (Projets-pilotes de FBP communautaire) et mieux collaborer avec la communauté y compris avec l'administration à la base s'impose. Ce niveau est composé d'acteurs communautaires diversifiés tel que décrit plus haut. Les ASC accompagnent vers les CDS et /ou Postes de Soins, les patients dont l'état de santé l'exige.

- Les acteurs communautaires sont coordonnés et encadrés par un technicien de promotion de la santé (TPS) basé au CDS. Celui-ci doit les informer sur leur rôle et responsabilités, renforcer continuellement leurs capacités en collaboration avec les équipes soignantes des CDS et maintenir des liens étroits entre la communauté et le CDS. Le rôle commun de l'administration communale, des leaders locaux et religieux, des ASC et des COSA est de sensibiliser la population à la nécessité de participer au système de Référence Contre Référence. Les équipes soignantes des CDS renforcent le niveau de connaissances et les capacités des acteurs communautaires en matière de reconnaissance communautaire des signes d'alerte précoce et de danger liés aux urgences et à certaines complications (notamment obstétricales durant la période gestationnelle, la période de travail et de l'accouchement, la période post-partum et la période postnatale) et réduire ainsi le 1^{er} retard.
- Le MSPLS (par l'entremise des TPS et des équipes soignantes des CDS) implique - avec l'aide de téléphones portables et du système Rapid-SMS le personnel du poste de soins et les ASC dans la surveillance des grossesses et des naissances (*y compris celles survenant chez les moins de 19 ans*)¹¹, et la communication avec le niveau de référence approprié pour l'envoi d'une ambulance en cas d'urgence.
- Le district sanitaire, l'administration locale et la communauté (au travers des « COSA », le personnel du poste de soins et des « GASC ») se con viennent sur la mise en place de « points fixes » / « postes de secours » sur la route où l'ambulance (ou tout autre véhicule / tricycle permettant le transport du patient dans une position allongée) pourra récupérer le patient. L'administration locale et la communauté mettent en place des mécanismes adaptés (mécanismes de motivation / incitation via le FBP communautaire et mécanismes de solidarité) permettant à la population d'acheminer les patients jusqu'à ces points fixes / postes de secours : la population peut avoir recours à l'utilisation de civières traditionnelles en cas de besoin.

¹¹Voir PSN SRMNIA 2019-2023

IV.A.3.2 Ressources humaines

Les ressources humaines œuvrant en santé communautaire sont constituées de plusieurs catégories comme indiqué plus haut. En plus des représentants de la communauté dans le fonctionnement et la gestion des différentes FOSA (membres des COSA et COGES), les guérisseurs traditionnels, les mamans-lumière et le personnel des postes de soins, les ressources humaines au niveau communautaire sont dominées par les ASC (un par sous-colline) estimés en juin 2019 à 11. 845 ASC, regroupés au sein de 639 GASC dont 607 agréés à travers tout le pays¹².

Le paquet d'activités communautaires ayant été élargi, avec notamment des prestations curatives dans le cadre de la stratégie iCCM/PECADOM, suivi de la distribution continue et ou de routine des MIILDAs, de certains médicaments et produits contraceptifs dont les injections sous cutanées de SAYANA PRESS (progestatif) ainsi que l'utilisation des outils du SIS communautaire, le profil et le niveau des ASC doivent être revus conséquemment. Un remplacement progressif des départs volontaires, des décédés et des personnes âgées de plus de 60 ans devra se faire par des candidats de niveau A3¹³ idéalement ou au minimum de niveau fondamental ou équivalent.

Tous ces relais communautaires sont encadrés et coordonnés dans chaque aire de responsabilité d'un CDS par un technicien de promotion de la santé (**TPS**) **de niveau A2** qui fait partie du personnel du CDS.

NB : Au niveau de l'équipe cadre de district ECD, les activités de promotion de la santé communautaire seront coordonnées et supervisées par un **technicien supérieur de niveau A1** en santé publique, communautaire ou environnementale. Au niveau provincial ces techniciens supérieurs seront coordonnés par **un cadre licencié de niveau minimum A0** en santé environnementale ou à défaut en santé publique.

¹² Plan Stratégique de la santé communautaire au Burundi 2019-2023

¹³ Pour les actes qui requièrent l'administration d'injections, le GASC confiera prioritairement ces actes à des prestataires A3 de la filière paramédicale afin de maximiser la sécurité des bénéficiaires.

Services et Ressources humaines du Poste de soins

Services	Ressources humaines requises
Prestations curatives et Préventives	
<ul style="list-style-type: none">- Administration & Coordination du Poste de Soins- Consultations Paramédicale et PEC paramédicale- Petite chirurgie et soins infirmiers d'urgence- Prestations préventives et promotionnelles- Stock médicaments et autres produits- Rapportage des données	2 infirmiers niveau A3/A2 dont 1 responsable du Poste
Recouvrement	1 Percepteur
Hygiène et assainissement	1 travailleur
Agent de sécurité	1 veilleur
Total de ressources humaines	5 personnes

IV.A.3.3 Infrastructures et équipements.

Les techniciens de promotion de la santé (TPS), utilisent les locaux et équipements des centres de santé dans le cadre de l'exécution de leurs tâches. Ils y tiennent des réunions pour évaluer la mise en œuvre des interventions communautaires.

Certains acteurs communautaires au rang desquels les COSA et les COGES utilisent les locaux du centre de santé pour leur travail, mais ils n'y disposent pas de bureaux propres à eux, ce qui affecte le bon déroulement de leurs activités. D'autres acteurs communautaires comme les ASC manquent de locaux de travail pour tenir leurs réunions, produire leurs rapports, assurer un archivage, etc.

Un aménagement d'une "unité de centre communautaire » (conformément à un plan mis à disposition par la DISE) au sein des CDS est indispensable pour la tenue des réunions, l'organisation et l'amélioration des activités communautaires. Un bureau sera aménagé pour le Président du GASC. La construction de tels centres relève de la responsabilité de la communauté et du CDS.

Un poste de soins doit être aménagé sur chaque colline qui n'a pas de CDS pour offrir les soins préventifs, curatifs et promotionnels relatifs au paquet communautaire. Le local abritant un poste de soins, doit comporter une salle d'accueil pouvant servir aussi aux séances d'EPS, salle de stock, salle de soins et un bloc sanitaire. Le poste de soins est sous la responsabilité d'un infirmier de niveau minimum A3.

Les équipements de travail sont très diversifiés et dépendent du type d'intervention menée par chaque acteur communautaire.

En termes d'équipements indispensables à l'offre des prestations communautaires, on distingue :

✓ **Équipements pour le déplacement**

Les TPS, en tant que coordinateurs des ASC, ont besoin de motocycles (y compris la prise en charge des coûts opérationnels dont le carburant et les frais d'entretien) pour assurer la coordination et la supervision des activités communautaires, sur les différentes collines, conformément aux plans d'action établis avec chaque type d'acteur.

Il en est de même pour les ASC dont les déplacements fréquents exigent un équipement en **vélos, imperméables avec capuchon, paires de bottes et cartables plastifiés**¹⁴. Ces ASC doivent être identifiables à l'aide d'un badge portant leurs photos et un numéro d'immatriculation du CDS.

✓ **Matériel didactique pour optimiser leurs prestations**

En plus des outils et matériel de communication et de sensibilisation émanant des différents Programmes de santé du niveau central et fournis par la Direction en charge du niveau communautaire, les ASC sont équipés de **registres** où ils enregistrent les données de leurs prestations et des **formulaires de rapportage** des données SIS communautaires. Ces outils sont harmonisés au niveau national et leurs maquettes sont produites par la Direction du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS). Les "Mamans - lumières qui encadrent les activités de prévention et de prise en charge de la malnutrition modérée, sont équipées de **matériel de démonstration culinaire**.

IV.A.3.4 **Médicaments et autres produits pharmaceutiques**

Des prestations curatives pour certaines pathologies simples sont confiées aux GASC dans le cadre de la stratégie ICCM en plus de la distribution à base communautaire de certains autres produits et médicaments dont les contraceptifs. Il s'agit entre autres de :

- ✓ Matériel de test de diagnostic rapide (TDR) du paludisme.
- ✓ Médicaments pour le traitement de première ligne du paludisme simple chez les enfants de 2 à 59 mois et les adultes (PECADOM)

¹⁴ La composition détaillée du Kit de l'ASC est fournie par la Direction en charge de la santé communautaire.

- ✓ Artesunate suppositoire pour dose de pré-transfert en cas de paludisme grave chez les enfants de 2 à 59 mois,
- ✓ SRO et Zinc pour traitement des cas simples de diarrhée, amoxicilline comprimé dispersible pour traitement des cas de pneumonie chez les enfants de moins de cinq ans,
- ✓ La stratégie DOTS pour le traitement antituberculeux,
- ✓ Le suivi de l'observance du traitement anti rétroviral,
- ✓ Le traitement à l'Ivermectine sous directive communautaire,
- ✓ Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MIILDA), vitamine A, fer folate etc.

En plus de cet équipement des GASC, le poste de soins aura besoin de :

- ✓ Un kit de petite chirurgie, un Autoclav
- ✓ Matériel pour la CPN et CPON,
- ✓ Un tensiomètre,
- ✓ Un glycomètre,
- ✓ Médicaments d'urgence (antipyrétique, bronchodilatateur, anticonvulsivant)

Ces activités sont considérées comme une extension des activités du CDS pour être plus proches des bénéficiaires. Par conséquent, elles sont réalisées par le personnel des postes de soins et les ASC formés et encadrés à cette fin. Ceci exige le respect des normes du MSPLS en matière de conservation et de gestion de ces médicaments et autres produits pharmaceutiques.

IV.A.3.5 Motivation des acteurs du niveau communautaire.

A travers divers documents de planification stratégique, le MSPLS, reconnaît l'importance de la contribution des relais communautaires dans la promotion de la santé. Aussi, le travail de ces acteurs communautaires mérite d'être encouragé. C'est dans ce cadre que le MSPLS a initié l'extension de **la stratégie de financement basé sur la performance au niveau communautaire**. Les acteurs communautaires seront motivés au prorata des résultats de leurs activités au regard des interventions clés de santé communautaire. Cette motivation sera harmonisée et octroyée selon des directives du « Manuel des Procédures pour la mise en œuvre du FBP au niveau communautaire » à travers une contractualisation avec les GASC organisés autour de chaque aire de responsabilité des CDS.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP au niveau communautaire, les CPVV ont pour responsabilité de négocier et de signer des contrats de performance avec les GASC et les postes de soins. Ces contrats sont co-signés par les Centres de Santé qui ont en charge l'encadrement de ces GASC. De plus, les CPVV négocient et signent des contrats avec les Associations locales (ASLO) chargées de vérifier la conformité des prestations des GASC et des postes de soins au niveau communautaire.

Ainsi quatre types de contrats sont signés :

- 1) Contrat de délégation des pouvoirs entre le MSPLS et le CPVV pour la négociation et la signature des contrats avec les GASC dans le cadre du FBP communautaire : il s'agit du même contrat utilisé dans le cadre du FBP au niveau des FOSA et dans lequel une disposition particulière relative au FBP communautaire a été intégrée ;
- 2) Contrat entre le CPVV et les GASC pour la réalisation des prestations quantitatives et qualitatives relatives au FBP communautaire : ce contrat est co-signé par le CDS chargé d'encadrer le GASC ;
- 3) Contrat secondaire entre le GASC et les mamans lumières pour la réalisation des activités de lutte contre la malnutrition ;
- 4) Contrat entre le CPVV et l'ASLO pour la réalisation des enquêtes communautaires.
- 5) Les prestations du poste de soins seront comptabilisées au niveau du CDS qui l'encadre.

IV.A.3.6 Gestion des données et système d'information sanitaire

Afin d'assurer un meilleur suivi et bien documenter quantitativement et qualitativement les interventions communautaires, des outils appropriés ont été élaborés et intégrés dans le système d'information sanitaire. Il s'agit des registres des cas traités, de distribution à base communautaire, d'hygiène et assainissement, de récupération des abandons, de référence et contre-référence, de sensibilisation, de visite à domicile et de surveillance épidémiologique¹⁵. Pour les données quantitatives, des canevas de rapportage ont été mis à la disposition des ASC et des postes de soins et sont transmis après vérification et validation au CDS. Ces données sont comptabilisées dans les prestations de l'aire de responsabilité du centre de santé.

Les données qualitatives sont transmises régulièrement et font objet d'analyse au moyen d'une enquête transversale et validées trimestriellement par une association locale dans le cadre du FBP communautaire.

Le MSPLS et ses partenaires envisagent l'introduction des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) adaptées au niveau communautaire ; l'utilisation du téléphone mobile (et leur possible interconnexion avec le Logiciel DHIS2) pour la transmission des données communautaires,

Une gestion mixte des données quantitatives et qualitatives par le niveau central et intermédiaire permet de juger de l'ampleur et de l'efficacité des prestations au niveau communautaire.

¹⁵Selon le Manuel des Normes et Procédures de Gestion du Système National d'Information sanitaire, MSPLS mars 2019

IV.A.3.7 Gouvernance

La gouvernance au niveau communautaire commence par le respect du processus de mise en place des différents acteurs communautaires, la participation aux processus de planification, de législation et de réglementation des interventions.

La mise en place des acteurs communautaires en l'occurrence les ASC et les mamans lumières suit un processus transparent, participatif et démocratique tel que défini à travers le document de « Manuel des procédures sur la santé communautaire au Burundi, MSPLS, 2021 » tandis que le personnel des postes de soins est recruté et /ou affecté par le MSPLS.

La planification des interventions communautaires s'inscrit dans le Plan de développement sanitaire du district tenant compte de la stratégie sectorielle 2021-2027. Ces prestations de santé communautaires s'intègrent également dans le plan opérationnel du CDS qui fait partie du plan de développement communal de son ressort.

Une législation claire permet une organisation et une reconnaissance administrative d'un statut légal des acteurs communautaires des GASC impliqués dans la mise en œuvre des activités communautaires sanitaires. Il en est de même pour les associations locales (ASLO).

Sur le plan réglementaire, le MSPLS a défini clairement le cadre de mise en œuvre du paquet d'activités communautaire ainsi que les rôles et responsabilités des différents acteurs à travers un certain nombre de documents stratégiques. Ces documents établissent les relations entre ces acteurs communautaires et les services collaborateurs du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida. Le Bureau du District Sanitaire doit assurer la coordination et superviser les actions des acteurs communautaires à travers les centres de santé. Parmi ces documents de réglementation figurent : le "Manuel des procédures sur la santé communautaire au Burundi", le "Manuel intégré de l'agent de santé communautaire".

Echelle communautaire, les services de santé ne pouvant pas couvrir l'ensemble du pays, les relais communautaires jouent un rôle incontournable dans la promotion de la santé. Les prestations sanitaires au niveau communautaire visent principalement une réduction de l'incidence des maladies transmissibles et non transmissibles. Elles attaquent les problèmes de santé à la source en apprenant aux gens des gestes élémentaires et simples de préservation, de prise en charge et de promotion de la santé.

Les interventions au niveau communautaire visent essentiellement un accroissement du niveau d'utilisation et de fréquentation des services de santé en développant des stratégies susceptibles de lever les barrières à l'accès aux soins à travers : la communication pour le changement de comportement, la référence communautaire, la récupération des abandons et des perdus de vue, la distribution à base communautaire de certains produits de santé et la prise en charge de certaines pathologies simples.

IV.A.3.8 NIVEAU CENTRE DE SANTE

Le centre de santé constitue le niveau le plus périphérique des formations sanitaires qui est la porte d'entrée du réseau de soins au Burundi. Il accueille les cas provenant de la communauté soit spontanément, soit lorsqu'ils sont référés des relais communautaires, en l'occurrence les postes de soins et les ASC, pour des soins de santé de première ligne, curatifs, préventifs ou promotionnels, dits "soins de santé primaires". Le CDS a pour mission de (i) offrir un PMA complet dans son aire de responsabilité ; (ii) améliorer la qualité des prestations sanitaires ; (iii) inciter à la performance les groupements d'agents de santé communautaire.

Les cas dont le diagnostic nécessite des compétences médicales plus élevées sont référés à l'hôpital communal. L'aire de responsabilité du CDS couvre une population estimée entre 10.000 à 15.000 habitants en milieu urbain ou semi-urbain et entre 7.500 et 10.000 habitants en milieu rural. Le centre de santé est l'infrastructure sanitaire périphérique la plus proche des populations desservies. Ainsi, pour un accès géographique acceptable, 80% de la population desservie par un centre de santé doivent résider à moins de 5 km de distance et à moins de 2 heures de marche.

En plus des prestations curatives et préventives, le CDS doit participer activement aux activités de promotion de la santé. Pour ce faire, un CDS doit disposer d'un service de prestations communautaires qui va lui permettre le renforcement des activités communautaires de santé à travers l'encadrement des acteurs communautaires dans son aire de responsabilité. Ceci va permettre au centre de santé de sortir de l'orientation principalement curative pour introduire les interventions de promotion de la santé et de prévention allant vers les populations bénéficiaires. Il collabore également avec les autres services sectoriels tels que l'administration territoriale, l'éducation, l'environnement, l'agriculture dans le cadre d'interventions multisectorielles.

IV.A.3.8.1 Prestations de soins et services

Au niveau du centre de santé, les prestations de soins et services portent essentiellement sur des activités préventives, curatives et promotionnelles. Ces prestations sont réalisées dans les enceintes du CDS par l'entremise de consultations en ambulatoire et parfois par de brèves hospitalisations de surveillance sous traitement (ne dépassant pas 3 jours)¹⁶.

NB : Dans le cadre de la stratégie de la "Santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes" initiée par le MSPLS, **chaque CDS doit offrir un paquet "de soins de santé sexuelle et reproductive conviviaux aux adolescents et aux jeunes"** et, pour ce faire, il est recommandé d'aménager un espace et un temps spécifiques pour recevoir ces groupes en consultation.

Aussi, des services d'appui administratif sont également disponibles et facilitent l'organisation et l'amélioration de la gestion et du fonctionnement du centre de santé. Ce sont ces services administratifs qui assurent la planification, le suivi-évaluation des activités du centre de santé et des relais communautaires de son ressort. Ils sont gérés conjointement par le personnel soignant et les représentants de la communauté à travers le COSA et le COGES.

Un Comité en charge de la prévention et du contrôle des infections (PCI) est mis en place et est notamment en charge :

- De la surveillance des infections nosocomiales ;
- De la mise en œuvre des politiques, procédures et mesures de soutien en matière de prévention et de contrôle ;
- De l'éducation et de la formation des membres du personnel et des patients ;
- De l'évaluation du programme et de l'amélioration continue de la qualité ;
- De la communication et l'information.

¹⁶Normes sanitaires pour la mise en œuvre du PNSD 2011-2015

Tableau N°1 : Services et activités dispensés dans un centre de santé (CDS)¹⁷

Services	Prestations Curatives
Consultations curatives en ambulatoire	Triage /Accueil, Orientation des patients et communication
	Consultations épisodes de maladies chez les adultes
	Consultations des épisodes de maladies, se référer à la stratégie PCIME-Clinique chez les enfants
	Consultations des épisodes de maladies chroniques : HIV/SIDA/Hépatites virales/syphilis, TB, diabète, malnutrition. maladies mentales, HTA, dépistage du cancer, de la drépanocytose, de l'asthme, épilepsie, etc.
	Visites ciblées à domicile, recherche active des perdus de vue et relance des abandons
Hébergement	Surveillance des malades sous traitement (sans dépasser 72 Heures)
Laboratoire	Examen du sang : GE/frottis mince, TDR, Hb, test HIV ; Ag HBS, Ac anti HVC, test de syphilis
	Examen des selles : kystes, œufs, parasites, globules rouges
	Examen des urines : recherche de Globules blancs, Globules rouges, albumine, glucose, parasites, test de grossesse ;
	Examen des crachats : recherche de BK
Maternité	Diriger les accouchements eutociques, examen général et obstétrical ; suivi du travail et de l'accouchement (partogramme) ; soins bébé & mère ; vaccination du bébé ; vérification de l'état vaccinal de la mère et complément vaccinal si nécessaire, conseils pour la planification familiale et offre d'une méthode contraceptive choisie en cas d'acceptation.
	Identification des complications des accouchements et/ou référence
	Rendez-vous pour consultations postnatales.
	Soins du NNE y compris la réanimation du NNE
	Soins du post-partum aux femmes et aux nouveaux nés ;
	Pour les CDS SONUB : Assurer les SONUB : administration parentérale des antibiotiques, des utéro toniques et des anticonvulsivants, extraction manuelle du placenta, évacuation utérine, accouchement par voie basse à l'aide de ventouse, réanimation néonatale de base.
	Faire le dépistage du cancer du col et référer les cas suspects vers l'hôpital de première référence
Petite chirurgie	Proposer le Planning familial en "post-natal immédiat"
	Soins infirmiers spécifiques
	Sutures de plaies et pansements courants
	Pratiques de petite chirurgie : incision d'abcès, circoncision
Officine	Gestion du stock de médicaments
	Dispensation de médicaments essentiels

¹⁷Normes Sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 (actualisées).

	Prestations préventives
Services préventifs	Vaccinations (Stratégies fixe, avancée et mobile) et suivi de la croissance des enfants, Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME),
	Consultations préventives de l'enfant, Dépistage systématique de la malnutrition, Dépistage précoce du cancer du col et du sein et référence vers l'hôpital de première référence Dépistage de signes d'anémie et de carence en vitamine A Supplémentation nutritionnelle.
	CPN - consultations prénatales
	CPoN - consultations postnatales (femmes et nouveau-nés)
	Consultations prénuptiales et Planification familiale
	Consultations scolaires [examen physique (audition, vision, anthropométrie) et clinique ; complément vaccinal ; traitement systématique périodique selon les standards en vigueur ; formation des enseignants, ...]
	Surveillance épidémiologique (recueil des données épidémiologiques ; déclaration des cas)
	Traitements préventifs selon les standards en vigueur
	Encadrement des ASC et des postes de soins (réunions, recyclages, visites sur le terrain).
	Prestations de promotion de la santé
Services communautaires et promotionnels	Promotion du dépistage volontaire du VIH/IST, diabète, HTA et du cancer
	Promotion de l'hygiène et assainissement
	Education pour la Santé IEC, Promotion de la SSR des adolescents et jeunes Education sur les facteurs de risque des MNT (tabac, alcool, drogue, inactivité physique)
	Promotion pour une bonne alimentation du NNE, du nourrisson et jeune enfant ; Promotion de la santé des adolescents et des jeunes ; Promotion de l'alimentation équilibrée des adolescents et des adultes
Administration et gestion	Gestion des ressources humaines, matérielles et financières, des médicaments, équipements et autres biens du CDS.
	<ul style="list-style-type: none"> - Planification [Analyse de la situation (FFOM), détermination des problèmes, détermination des priorités, détermination des objectifs, planification de la mise en œuvre des activités, élaboration du budget, mise en œuvre du calendrier d'exécution du plan d'action, gestion des archives et de la documentation - Gestion du personnel (dossiers, réunions, supervisions) ; - Suivi et évaluation à travers la gestion des informations sanitaires : recueil des données sanitaires, rapport journalier épidémiologique, rapport hebdomadaire épidémiologique rapport mensuel d'activités ;

	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion des médicaments, petit matériel et consommables (stockage, mouvement de stock, réquisition, consommation, commande) - Gestion des finances (comptabilité journalière, bilan de trésorerie mensuel, prévisions budgétaires trimestrielles, contrôle, analyse et rapports financiers) - Gestion de la population couverte - Gestion et entretien des moyens de transport - Gestion du temps (organisation du travail, emploi du temps.) - Inventaire et entretien du matériel d'investissement - Formation continue du personnel.
	Relations institutionnelles et publiques Collaboration intersectorielle (autorités communales, agriculture, enseignement, environnement).
Hygiène et gardiennage	Propreté et entretien des espaces verts du CDS ; Gestion des déchets biomédicaux, Sécurité du CDS.
Servie de prise en charge psycho-sociale¹⁸	Cf. Directives Nationales de la Santé Mentale

Les Consultations curatives en ambulatoire porteront, entre autres, sur :

- La prise en charge des pathologies et lésions courantes simples (affections respiratoires, digestives, PCIME/SPT, cardiovasculaires non compliquées, etc.) selon les directives nationales (ordinogrammes)
- La prise en charge des maladies transmissibles (tuberculose, lèpre, VIH/SIDA,
- Les maladies tropicales négligées (MTN), etc. ...)
- La prise en charge des maladies non transmissibles : diabète, maladies cardiovasculaires dont l'HTA, Asthme, etc....
- La prise en charge de la malnutrition aigüe, de la malnutrition chronique et des maladies mentales.

¹⁸ Directives Nationales de la Santé Mentale

Rôle du centre de santé dans le système de référence et contre-référence

Le CDS est la porte d'entrée du réseau de soins au Burundi : il accueille les cas provenant de la communauté. Pour assurer une référence de bonne qualité, le MSPLS recommande les 3 éléments ci-après : (a) une bonne préparation de l'urgence par le CDS / la FOSA qui réfère ; (b) un mode d'acheminement approprié des patients référés et (c) un accueil de qualité de l'urgence à la structure de référence. De jour comme de nuit, un patient qui se présente aux urgences dans un CDS est reçu et pris en charge par un infirmier. Le titulaire du CDS est responsable de la confection d'un rôle de garde des infirmiers pour la nuit et le weekend. L'infirmier qui assure la garde pendant la nuit doit loger dans l'enceinte du CDS afin d'éviter tout retard dans la prise en charge du patient.

NB : Le patient étant au centre des préoccupations du MSPLS, **en cas d'urgence**, les CDS doivent référer les patients vers l'Hôpital de première référence le plus proche sans tenir compte de l'aire de responsabilité.

Bonne préparation de l'urgence par le CDS qui réfère.

- L'infirmier de garde donne les premiers soins aux patients qui doivent être référés à l'hôpital, en même temps qu'il appelle le médecin de garde à l'hôpital de première référence (hôpital de district/Hôpital communal). A cet effet, il veille à (i) la prise d'une voie veineuse et à la stabilisation des constantes vitales ; (ii) l'administration de soins d'urgence ; (iii) l'établissement d'une fiche de référence.
- L'infirmier qui réfère une personne vers l'hôpital de première référence doit remplir la fiche de référence. Cette fiche doit être complètement et correctement remplie : elle mentionne notamment l'anamnèse, l'examen clinique, l'examen paraclinique fait, les hypothèses diagnostiques. Le motif de la référence est clairement mentionné sur la fiche de référence ; celle-ci est remise à l'infirmier qui accompagne l'ambulance ;
- Dans le même temps, l'infirmier appelle le médecin (de garde) à l'hôpital de première référence qui s'apprête à recevoir le patient référé. Une ambulance (ou un tout autre moyen de transport rapide et approprié) est mise à la disposition du patient référé pour atteindre l'hôpital communal /Hôpital de district / l'hôpital de 2ème référence (selon le cas).

- Les différents types de référence peuvent être :

- ✓ **Les urgences médicales** : Etat de choc, coma, anémies décompensées, paludisme grave, détresse respiratoire, état de mal épileptique, hémorragie digestive haute ou basse, etc... ;
- ✓ **Les urgences gynéco-obstétricales** : Saignement sur grossesse, hémorragie de la délivrance et du post-partum, souffrance fœtale aigue, menace d'accouchement prématuré, pré-éclampsie, éclampsie, etc.
- ✓ **Les urgences chirurgicales** : fractures, abdomen aigu, brûlures, etc.

Accueil de l'urgence à la structure de référence.

- La structure d'accueil doit être avertie : un contact permanent par téléphonie cellulaire doit être assuré et maintenu entre la FOSA qui réfère et la structure de référence qui s'apprête à accueillir le patient. Ce contact lui permet de préparer l'accueil du patient dans les meilleures conditions ; à cet effet, le personnel qualifié est mobilisé, la logistique idoine apprêtée (bloc opératoire, sang...) et les médicaments d'urgence (répondant au mieux au profil épidémiologique du patient en cours de transfert) rendus disponibles.

Système d'écoute 24h/24

- Une écoute permanente des appels des CDS est organisée à l'hôpital de district. Elle repose sur un système de flotte de téléphonie mobile.
- Chaque CDS dispose d'au moins un téléphone portable faisant partie de la flotte. L'achat de ce téléphone est à charge du CDS qui achète également la carte SIM et les cartes de recharge.

IV.A.3.8.2 Ressources humaines du CDS

Tableau N°2 : Services, Ressources humaines, et niveau requis pour un CDS¹⁹

Services	Ressources humaines requises
Prestations curatives et Maternité	
Triage : accueil et orientation	1 Infirmier A2
Consultations (courantes en ambulatoire et suivi des patients avec pathologie chronique) et Accouchements	3 infirmiers niveau (1 infirmier A0, 2 infirmiers de niveau A2) et 3 sages-femmes pour CDS SONUB
Laboratoire	2 Techniciens A2 en laboratoire
Petite chirurgie et soins infirmiers Traitement et surveillance des maladies	1 infirmier niveau A2
Prestations préventives	
Vaccinations et suivi de la croissance, CPN, CPoN, PF, et prise en charge nutritionnelle.	2 infirmiers (1A2 et 1A3) dont 1 formé en nutrition
Prestations communautaires de promotion de la santé	
Promotion/Service du dépistage volontaire du VIH, éducation pour la santé IEC, SSRAJ, soins communautaires, Ecoute et orientation psycho-sociale ²⁰ Supplémentation nutritionnelle et promotion pour une alimentation équilibrée	1 TPS A2 et 1 Assistant social niveau A2
Prestations d'administration et de gestion	
Administration & Coordination du CDS	1 infirmier titulaire du CDS, de niveau A1 (ou pour un centre médical, un Médecin généraliste en milieu urbain ou pour une agglomération de plus de 30.000 habitants)
Gestion des ressources, autres biens et relations institutionnelles et publiques.	1 gestionnaire niveau A2 minimum et 1 agent de facturation de niveau A2
Officine pharmaceutique	1 technicien A2 minimum en pharmacie
Secrétariat et archivage des documents	1 Secrétaire de formation A2 avec compétence en informatique
Gestion du SIS	1 technicien A2 en informatique / statistiques ou 1 infirmier A2 formé en DHIS2 avec compétences en informatique
Hygiène et gardiennage	3 travailleurs de niveau min 9 ^{ème} et 2 veilleurs de niveau minimal 6 ^{ème}
Total de ressources humaines	22 personnes

NB : Il faut un licencié en Soins Infirmiers (ou au moins un infirmier de niveau A1) comme titulaire du CDS et une Sage-femme pour un CDS SONUB.

¹⁹ Normes Sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 étendues en 2018.

²⁰ Directives Nationales de la Santé Mentale

IV.A.3.8.3 Infrastructures et équipements du centre de santé

Les infrastructures du CDS tiennent compte du nombre de ressources humaines et du type de travail exercé par ces RH. A cela s'ajoutent les infrastructures pour assurer l'hygiène et l'assainissement du CDS.

Le principe d'organisation spatiale de base est la présence sur un même site des différentes composantes de l'offre de soins (soins maternels, infantiles, de l'adolescent et des jeunes ; vaccination, accouchement, consultations curatives, soins courants, etc.).

Les centres de santé situés dans la proximité immédiate des hôpitaux de première ou deuxième référence (hôpital de district/hôpital communal) devront être adaptés pour éviter des doubles emplois non justifiés. Dans ces cas, deux entités peuvent être supprimées : les salles d'observation et les activités de maternité (salle de travail, salle d'accouchements et hébergement des accouchées). Compte tenu de la proximité de l'hôpital de première ou deuxième référence, l'observation et les accouchements seront pris en charge directement par la formation sanitaire de référence.

Dans tous les cas, le CDS devra disposer d'une pharmacie de stockage et d'une pharmacie de vente/ distribution, permettant la mise en œuvre de la politique du médicament. Les concepteurs devront attacher une importance particulière à la séparation des circuits relatifs aux activités préventives de ceux correspondant aux actions curatives.

Dans l'aménagement de ses espaces, le CDS prendra les dispositions nécessaires pour faciliter **l'accès des personnes souffrant d'handicap physique à tous les services**. En outre, **une signalisation** appropriée permettra à chacun des utilisateurs des services du CDS de (re)connaître les voies qu'il doit emprunter.

Le CDS doit être connecté à une source d'énergie électrique pour assurer les fonctions essentielles, notamment la conservation des vaccins ou autres produits pharmaceutiques nécessitant une conservation au froid. Pour son éclairage, le CDS est soit branché au réseau public de fourniture d'électricité, soit à un groupe électrogène ou autre source d'énergie. Les CDS doivent avoir **une source d'énergie de secours de type photovoltaïque**. Il doit en outre, par mesure de sécurité, disposer de lampes rechargeables et de lampes torches pour permettre aux équipes de garde de passer la nuit au CDS et d'avoir la lumière pendant les prestations de nuit.

Il en est de même pour une **source d'eau potable** qui doit se situer dans les enceintes du CDS ou de disposer d'un système d'approvisionnement en eau potable pour ses besoins de nettoyage, d'entretien et de prestations des soins. Des points d'eau doivent être disponibles dans les salles de consultations et d'hébergement, le laboratoire et la salle d'accouchement

sous forme de filtres à eau ou des seaux/bidons munis de robinet ou autre dispositif de lavage. Les sources d'eau potable acceptables sont celles de la REGIDESO, Hydraulique rurale (adductions d'eau), sources aménagées « *amazi ya rusengo* ». Les sanitaires doivent être séparés en trois groupes : ceux réservés au personnel, ceux réservés aux malades, et ceux réservés aux visiteurs. Les équipements du CDS sont détaillés dans l'Annexe 3.

En matière de **gestion des déchets** en général et des déchets biomédicaux en particulier, chaque CDS doit disposer de trois fosses dont la fosse à placentas, la fosse à cendre et la fosse à compost pour des déchets biodégradables et d'un incinérateur adapté et efficace pour les déchets qui peuvent être incinérés sans conséquences néfastes pour l'environnement.

Quant aux déchets non biodégradables, un dispositif de poubelles doit être mis en place pour permettre un éventuel recyclage des déchets qui peuvent l'être.

Le CDS veillera à la sécurisation de son site à travers la mise en place d'une clôture grillagée respectant les limites cadastrales de son terrain.

A cet effet, la Cellule juridique du MSPLS prendra contact avec les autorités domaniales pour délimiter le terrain appartenant au CDS et en garder un "titre de propriété".

Tableau N° 3 : *Infrastructures et superficies appropriées selon le service /prestation*²¹

BLOC	SERVICES	SALLES	Surface m ²
BLOC SOINS AMBULATOIRE S : 208 m ²	Accueil/ orientation	1 salle d'accueil avec bancs 1 Tableau d'affichage 1 Tableau noir 1 Chevalet 1 Fauteuil roulant porte malade 1 Table bureau et 1 Chaise bureau	36
	Consultations	2 cabinets Bureau Fauteuil de bureau Chaises visiteur	24
	Hospitalisation de jour	2 salles avec 2 lits/salle Lit d'hospitalisation adulte avec relève-buste, matelas avec housse +potence porte sérum+ table de chevet + alèse Lit pédiatrique Chariot de soins Potence porte sérum (mobile) Bassin de lit en plastique Urinal homme Urinal femme Poubelle à pédale	16
	Petite chirurgie	1 salle de petite chirurgie et soins infirmiers	12
	Service de stérilisation	1 salle de stérilisation	12
	Officine	1 salle de stock + 1 salle de vente/distribution	32
	Diagnostic (Labo)	1 salle de labo	15
		1 salle de prélèvement	10
		3 Sanitaires	15
	Administration et finances	Bureau titulaire	20
		Bureau gestionnaire	12
		Archives	16
		Salle de réunion pour GASC/COSA	

²¹Normes Sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 (actualisée avec les données de la DISE).

BLOC HEBERGEMENT : 70 m²	Hébergement homme	1 salle d'observation avec 5 lits/salle	20
		1salle de garde	10
		1 bloc de sanitaires	5
	Hébergement femme	1 salle d'observation avec 5 lits / salle	20
		1salle de garde	10
		1 bloc de sanitaires	5
BLOC MATERNITE: 137 m²	Maternité	1 salle d'accouchement avec 2 lits Table d'accouchement Boîte d'accouchement et épisiotomie Potence porte sérum Chariot de soins à trois étages Armoire métalliques à 2 battants Kit d'aspiration manuelle intra- utérine Pissette de 100ml, 200ml et 250ml (3 de chaque) Stéthoscope médical Stéthoscope obstétrical Sphygmomanomètre Bassin de lit Boîte de spéculum vaginal (3 différentes tailles) Tambour Grand Modèle Tambour moyen Tambour petit modèle Boîte à compresses Poubelle à pédale Marche pied Ventouse obstétricale Boîte d'examen gynécologique Barrières de protection (tablier, lunette, blouse, bonnet, sabot) Paravent mobile Table de réanimation du nouveau-né Aspirateur manuelle (poire) Kit pour la réanimation du nouveau- né (ballon, masque) Pèse bébé Toise nouveau-né lampe mobile/ frontale autoclave de paillasse	20
		2 salles des accouchées (1salle de 2 lits et 1 salle de 6 lits)	48

		2 sanitaires	10
		1 vestiaire	5
		1 salle de stérilisation et petite chirurgie	18
		1 salle de travail	12
		1 bureau polyvalent	12
		chambre de garde	12
BLOC PREVENTION ET PROMOTION SANTE: 164 m²	Consultations préventives	1 salle pour vaccination	12
		1 cabinet CPN, CPON, PF	12
	VIH/CDV	Counseling	12
		Prélèvement	12
		Laboratoire	12
		Sanitaire	5
	Promotion de la santé (IEC)	1 salle d'accueil-réunion (pour 30 personnes)	30
		1 salle de triage	10
		1 bureau TPS	12
		Sanitaire	5
		Espace réservé aux jeunes	
	Supplémentation nutritionnelle	Stock	12
		Hangar/cuisine de démonstration/réfectoire	30
	Bureau pour assistant social		
BLOC MORGUE : 15 m²	Morgue	1 salle avec 2 tables en béton avec un robinet	15
BORNE FONTAINES ET AIRE DE SECHOIRS: 92 m²	Bacs à laver, borne fontaine et séchoirs	2 bacs à laver avec 2 robinets/bac	24
		1 borne fontaine	4
		2 aires de séchage	64
CUISINE Accompagnateurs : 20 m²	Aire des accompagnants	1 hangar cuisine	20
AIRE D'HYGIENE EAU ET ASSAINISSEMENT: 64 m²	Fosses à déchets	1 Fosse à ordures ménagères	5
		1 Fosse à déchets biodégradables	4
		1 Fosse à aiguilles	4
		1 Fosse à placenta	4
	Incinérateur	1 incinérateur type Montfort	15
	Latrine	1 latrine douche pour hommes	8
	Latrines	2 latrines douche pour femmes	8
	Eau	1 château d'eau	16

BLOCS LOGEMENTS: 152 m²	2 blocs logements pour le titulaire et le personnel	1 logement du titulaire+1 bloc cuisine	76
		1 home du personnel + 1 bloc cuisine	76
TOTAL SURFACES UTILES BATIMENTS			922
COUR INTERIEURE: 277 m²	Aménagements extérieurs + passages couverts	1 jardin +passages couverts (30%)	277
SURFACE TOTALE DU CDS			1.210
DELIMITATION FONCIERE ET SECURITE	Clôture du CDS	Clôture avec portail d'entrée (400 mètres minimum)	

Du point de vue opérationnel : le bloc soins ambulatoires étant le bâtiment qui abrite la quasi-totalité des services du CDS, son emplacement par rapport au reste des autres infrastructures doit être choisi d'une façon rationnelle.

Du point de vue circulation des usagers : les utilisateurs des infrastructures du CDS sont constitués par la population de quatre catégories à savoir 1) Le staff du CDS, 2) les patients en soins ambulatoires;3) les patients hébergés et 4) les accompagnants.

- ✓ La circulation de ces personnes à l'intérieur du CDS doit être faite sous des passages couverts reliant les différents bâtiments et espaces aménagés.
- ✓ Les patients accèdent au CDS par un chemin piéton qui arrive jusqu'au bloc soins ambulatoires en passant par la porte d'entrée principale de la clôture de la parcelle. Ils sont accueillis par le service d'accueil avant d'être orientés dans les différents services (consultation, laboratoire, maternité).
- ✓ Ceux qui sont sous surveillance médicale sont logés dans le bloc hébergement.
- ✓ Les femmes accouchées et celles qui sont sous surveillance prénatale ou post-natale sont hébergées dans le bloc maternité.
- ✓ Des dispositions particulières seront prises pour faciliter l'accès aux personnes souffrant d'handicap physique aux différents services.

Le Plan-type d'un CDS est repris dans l'Annexe 4.

IV.A.3.8.4 Médicaments et autres produits pharmaceutiques

Conformément à la liste nationale des médicaments essentiels du Burundi qui a spécifié les molécules et autres intrants pharmaceutiques nécessaires par niveau, le centre de santé doit disposer de produits bien appropriés pour son niveau y compris des produits/intrants spécifiques pour des services spécifiques comme SONU, SONE, intrants iCCM (Voir liste des médicaments essentiels en annexe 5).

IV.A.3.8.5 Financement de la santé au niveau des CDS

L'analyse des résultats des Comptes Nationaux de la Santé Edition 2013 montre que la dépense nationale de santé est de 30,53 USD/hab/an²². Il apparaît que la dépense totale par habitant et par an est encore loin des 44 USD recommandés par la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS. Depuis 2015, l'OMS estime à 86 USD/habitant/an les dépenses minima per capita pour fournir les services essentiels en vue d'atteindre la Couverture Sanitaire Universelle.

Les mécanismes de financement de la santé sont en train de changer progressivement et une évolution progressive vers la Couverture Sanitaire Universelle intégrant plusieurs mécanismes de financement de la santé dont le FBP a été amorcée.

Les centres de santé appliquent la stratégie de financement basé sur la performance (FBP) depuis près de dix ans à l'échelle nationale. La stratégie FBP prend en compte 24 indicateurs de santé qui sont contractualisés tout en essayant de renforcer le fonctionnement de l'ensemble des activités du CDS. Cependant certains indicateurs gardent des financements sous forme d'intrants directs pour mettre en œuvre certaines activités.

Les principales sources de financement du CDS sont le FBP couplé à la gratuité des soins pour les moins de 5 ans, la CAM, le recouvrement direct des coûts, les assurances et mutuelles communautaires. Ces différentes sources vont être progressivement intégrées dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

IV.A.3.8.6 Gestion des données et système d'information sanitaire.

Les données épidémiologiques issues des activités des centres de santé et des relais communautaires sont collectées et saisies dans le logiciel DHIS2²³ pour être analysées et traitées avant leur transmission au niveau du district sanitaire. Par la suite, elles font l'objet d'analyse pour dégager des tendances épidémiologiques qui serviront de point de départ aux ajustements des planifications de la période à tous les niveaux (communautaire, CDS et BDS). Tous les centres de santé disposent d'ordinateurs.

Ces données sont collectées suivant le schéma ci-dessous, à l'aide d'outils compatibles avec le logiciel DHIS2 et mis à la disposition des CDS et des relais communautaires par la DSNIS.

²²Comptes Nationaux de la Santé 2013

²³Le logiciel DHIS2 est accessible en ligne; cependant, la saisie peut se faire hors ligne. Il importe de distribuer les rôles aux uns et aux autres (saisie, ...)

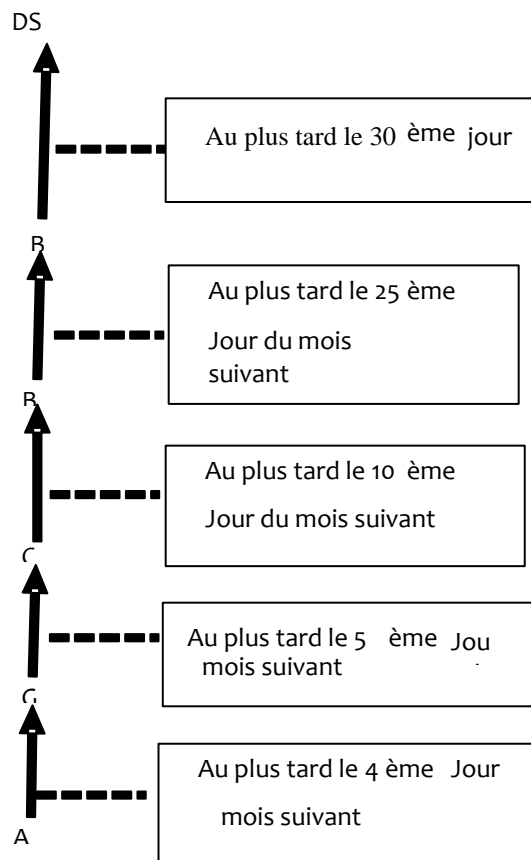


Figure N° 2 :Circuit et chronogramme de transmission des données SIS 2018²⁴.

²⁴MSPLS, DSNIS

Tableau N°4 : *Outils de collecte de données par service*²⁵

Services	Prestations	Outils de collecte des données
Consultations externes	Triage	- Registre d'accueil
	Consultations épisodes maladies : adultes et enfants	- Registre de consultations des adultes - Registre de consultations des enfants - Fiches des malades - Fiche de prise en charge des enfants de moins de 5 ans
	Consultations des épisodes de maladies chroniques : HIV/SIDA, TB, diabète, malnutrition, maladies mentales, maladies cardio-vasculaires, dépistage du cancer, de l'asthme, de la drépanocytose, et HTA	- Registre de maladie - Registre de gestion des ARVs - Registre d'indexation - Fiche de suivi des malades chroniques - Registre des consultations à domicile (à définir)
Hébergement	Surveillance des malades sous traitement	- Registre des patients admis en surveillance - Fiches des malades
Diagnostic	Laboratoire Sang : GE, Hb, test HIV/IST, sérologie de la toxoplasmose, glycémie, Ag HbS, Ac HVC Selles : kystes, œufs, parasites, globules rouges Urine : recherche de GB, GR, albumine, glucose, parasites Crachats : recherche de BK	- Registres de laboratoire
Maternité	Accouchements et soins du per et du post partum	- Registre de maternité - Registre de référence - Dossier obstétrical
Petite chirurgie	Soins infirmiers Sutures des plaies courantes	- Registre de petite chirurgie
Officine pharmaceutique	Gestion des médicaments essentiels et des consommables médicaux	- Fiches de stock - Bons de commande - Bons de livraison - Fiche d'inventaire mensuel - Bons de réception
	Dispensation des médicaments et consommables	- Registre de dispensation - Fiche de stock - Fiche de consommation journalière

²⁵ Normes Sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 (actualisé).

Consultations préventives	Vaccinations et suivi de croissance	- Registre de vaccinations, - Fiche de vaccination - Cahier d'EPS
	CPN - consultations prénatales	- Carnet de santé mère-enfant - Fiche CPN - Registre CPN - Cahier d'EPS
	CPoN - consultations postnatales	- Registre CPoN - Carnet de santé mère-enfant
	Planification familiale	- Fiche individuelle de RV - Fiche de surveillance - Registre PF
Services promotionnels	Promotion du dépistage volontaire HIV, Promotion du dépistage de la drépanocytose, cancer, épilepsie, diabète et hypertension artérielle, surpoids/obésité	- Registre de dépistage du VIH/SIDA - Fiche de counseling - Registre de dépistage des Maladies non transmissibles
	Education Santé IEC	- Registre des séances IEC, avec des thèmes abordés bien spécifiés
	Supplémentation nutritionnelle Promotion d'un mode de vie sain	- Registre de nutrition - Fiche nutritionnelle individuelle - Registre de suivi des patients à risque de MNT
	Travail communautaire	- Registre des réunions du COSA - Rapport d'activités des acteurs de santé communautaire - Registres des réunions des GASC
	Santé scolaire	- Registre de consultations scolaires - Registres de réunions de clubs de santé - Cahier d'EPS.
Administration et Gestion	Gestion des ressources et des biens	- Registre des présences - Horaires de travail - Horaires des gardes - Registre de garde- Outil GMAO - Outils de gestion financière
Hygiène et assainissement	Hygiène et assainissement	- Fiche de rapport de la situation d'hygiène et d'assainissement

IV.A.3.8.7 Gouvernance

Chaque centre de santé doit élaborer un plan d'action annuel qui retrace la mise en œuvre des orientations retenues par le district sanitaire et qui prend en compte les prestations communautaires telles que planifiées par les postes de soins et le GASC. Ceci signifie que ce plan d'action doit s'inscrire dans le plan de développement sanitaire du district. Ce plan doit être validé par l'ECD. C'est sur base de ce plan d'action annuel que le CDS sera suivi et évalué pour mesurer l'atteinte des objectifs fixés. Il est à noter que les différents manuels de mise en œuvre du FBP contribuent à améliorer la gouvernance des CDS.

Le centre de santé est soumis à la **législation** générale des structures de santé qui doit être promulguée par le MSPLS.

Une **réglementation** du centre de santé définit les rôles et responsabilités de chaque employé du centre de santé. Ces rôles sont bien décrits dans le Manuel de procédures administratives et comptables qui attribue les tâches de manière détaillée.

Un "**Projet d'établissement**" précisant la manière dont le CDS va contribuer à l'atteinte des objectifs fixés par le Plan de développement sanitaire du district pour la période 2019-2023 est élaboré et validé au début de chaque exercice.

Pour améliorer la cohérence dans le fonctionnement du CDS, des **profils de postes de responsabilité** sont élaborés pour les différentes ressources humaines. Ainsi, la répartition suivante est retenue :

Tableau N°5 : *Postes de responsabilité et leurs profils dans un CDS*²⁶

Poste	Profil du poste
Titulaire du CDS	1 licencié en Soins Infirmiers ou Santé Publique (ou au moins un infirmier de niveau A1) comme titulaire du CDS [et une Sage-femme pour un CDS SONUB] avec expérience d'au moins 3 ans dans une institution médicale et formé en gestion du personnel
Titulaire adjoint	1 infirmier A2 formé sur la gestion des soins de santé primaire ou diplôme supérieur
Chef d'équipe des services préventifs Planning Familial, la vaccination et le suivi de la croissance	1 infirmier A2 formé sur la CPN, la CPoN1 sage-femme pour CDS SONUB

²⁶Normes Sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 (actualisées).

Gestion du SIS	1 diplômé A2 en informatique / statistique ou 1 infirmier A2 formé en DHIS2 et compétences en informatique
Chef du service Laboratoire	1 technicien de laboratoire A2
Chef du service promotion de la santé :	1 TPS A2 appuyé par 1 assistant social niveau A2
Gestion administrative et financière	1 gestionnaire niveau A2
Entretien et gardiennage :	1 travailleur avec niveau minimum 9 ^{ème} et 1 veilleur avec niveau minimum 6 ^{ème}

N.B. : Bien que les attributions de fonctions soient précisées pour chaque catégorie de personnel, l'équipe du CDS doit assurer une certaine polyvalence en vue de garder une capacité de réactivité face à une demande plus accrue dans l'un des services.

Pour assurer une bonne collaboration avec les populations bénéficiaires, des relais communautaires ont été organisés et doivent être encadrés et mis à contribution. Ces ASC réunis en Groupement d'Agents de Santé Communautaire (GASC), les COSA, et COGES sont l'interface entre le CDS et la population.

Relations du Centre de Santé avec les autres acteurs du système de santé

Ces relations sont formalisées dans un cadre contractuel ayant pour objet le développement et l'amélioration du système de santé dans le district sanitaire.

Relations avec l'Equipe-cadre de district

Il s'agit de relations administratives et fonctionnelles. Les directives et les instructions techniques sont transmises par l'ECD vers le CDS, avec si nécessaire une formation spécifique du personnel pour leur mise en œuvre. L'ECD appuie techniquement le CDS par le biais de missions de supervision formative et de contrôle qualité. Le CDS remonte l'information sanitaire vers l'ECD.

Relations avec la communauté

La communauté participe à l'action du CDS en utilisant les services offerts et en participant à sa gestion.

Relations avec les ONG

Les ONG intéressées peuvent apporter un appui multiforme pour soutenir les activités du CDS. L'ECD est habilité à définir et négocier le cadre d'une telle coopération, agissant par délégation de pouvoir du Médecin Directeur de la Province sanitaire (MDPS).

Relations avec les partenaires internationaux (aide bilatérale et multilatérale)

Le CDS n'a pas vocation à traiter directement avec les partenaires internationaux.

Relations entre le Centre de Santé et les autres structures de santé de la région sanitaire

Les relations entre le CDS et les autres structures de santé du district sanitaire sont d'ordre fonctionnel et s'articulent autour du système de référence et contre-référence, de la formation et du contrôle de qualité.

Organes de gestion

Comité de Santé (COSA). Il représente le Collectif des usagers du CDS. Ses attributions sont :

- Participer à l'identification des besoins sanitaires de l'aire de responsabilité du CDS;
- Cogérer les ressources du CDS ;
- Participer à la planification, au suivi et évaluation des activités du CDS.

Chaque COSA nécessite un nombre minimum de représentants de la communauté pour pouvoir s'acquitter de ses tâches.

Pour les membres du COSA, les normes suivantes seront d'application :

- Les membres doivent être élus de façon démocratique entre les candidats volontaires de la communauté, après une campagne intensive d'information sur l'importance du comité de santé.
- Les membres doivent résider dans une des collines de l'aire de responsabilité du centre de santé.
- Chaque colline devrait avoir au moins un représentant dans le COSA, et la moitié des membres devrait être du sexe féminin.
- Pour éviter des conflits d'intérêt, des élus communaux ne doivent pas se présenter comme candidat.
- Le titulaire et le gestionnaire du CDS sont d'office membre du COSA, avec voix consultative mais sans droit de vote.
- Au sein du COSA doivent être élus un président du Comité de Santé, un vice-président, un trésorier, un secrétaire et deux ou trois conseillers (dont un responsable social et un responsable des relations publiques). Ce groupe constitue le 'présidium' du COSA, qui doit fonctionner comme 'Comité de Gestion' pour la cogestion avec le CDS.
- Ce Comité de Santé se réunit au moins une fois par mois (plus fréquemment au début) et les membres doivent avoir un niveau d'éducation suffisant (niveau 9ème) pour qu'ils puissent répondre aux responsabilités qui leur sont attribuées. Cependant le Président du COSA et celui du COGES doivent avoir au minimum le niveau A3 pour être capable de donner des contributions dans les activités de planification.

IV.A.3.8.8 Cas particulier des centres de santé SONUB

L'importance des SONU²⁷ en tant qu'intervention-clé susceptible de réduire la mortalité maternelle et néonatale est internationalement reconnue. Le Burundi adhère à la mise en œuvre des SONU et a réalisé, depuis l'année 2010, une enquête SONU pour renseigner la situation de référence dans le domaine. Depuis lors, des efforts sont en cours pour renforcer l'offre des SONU de qualité dans l'ensemble du pays. En 2019, le Burundi dispose d'un réseau de 112 FOSA SONUB dont 52 hôpitaux (SONUB) et 60 CDS (SONUB).

Le plateau technique de tous les hôpitaux de districts sera renforcé pour permettre à ces derniers d'offrir le paquet complet SONUC tandis que 60 CDS seront renforcés pour offrir le paquet complet SONUB. Le renforcement des SONU s'appuie sur les 2 évidences ci-après : (i) 50% des décès maternels surviennent durant l'accouchement ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement (Source: PNDS 2019-2023) d'une part et, (ii) d'autre part, la plupart des complications de la grossesse et de l'accouchement ne peuvent être ni prévisibles ni évitables mais elles peuvent être traitées.

Les critères pris en compte pour la priorisation de ces FOSA sont :

- 1) Densité de la population (bassin de population) – avec l'aide de l'équipe SIG (BCG + IGEBU)

²⁷ Le Burundi a connu des progrès considérables dans le domaine de la santé maternelle et infantile ; le ratio de mortalité maternelle est passé de 500 à 334 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2010 et 2016 alors que la cible des ODD est fixée à moins de 70 décès d'ici 2030. Le taux de mortalité néo-natale est passé de 31 à 23 décès pour 1000 naissances vivantes de 2010 à 2016. Ces progrès bien que substantiels sont loin de permettre le Burundi d'atteindre les cibles des ODD. En vue de répondre efficacement à la problématique de la mortalité maternelle et infantile, le MSPLS a inscrit l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile comme domaine prioritaire numéro trois du premier objectif général de la Politique Nationale de Santé 2016-2025 et le premier axe prioritaire de la stratégie sectorielle 2021-2027.

L'opérationnalisation de cette volonté politique se fera à travers le Plan stratégique intégré SRMNIA 2019-2023, aligné à la stratégie sectorielle 2021-2027. Ce Plan stratégique a, pour objectifs spécifiques, d'améliorer la disponibilité et l'utilisation d'informations et des services et soins de santé maternelle et de santé de la reproduction de qualité au niveau national et d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité des paquets de services de santé néonatale et infanto-juvénile de qualité au niveau national entre autres. Néanmoins, les ressources nécessaires à la traduction en actes concrets étant limités suite à beaucoup d'autres besoins concurrents, le Burundi a adopté le modèle des Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence proposé par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et l'AMDD pour faire face à la problématique de la mortalité maternelle et néonatale, améliorer la qualité des soins et réduire, de manière significative, les décès maternels et néonataux évitables. Les standards internationaux en SONU ont été révisés en 2009 par ces institutions ci-haut citées et un minimum de 5 FOSA SONU dont au moins 1 SONUC pour une population de 500.000 habitants a été fixé.

- 2) Activité obstétricale élevée ;
- 3) Liens entre les centres SONUC et leurs centres SONUB satellites ;
- 4) Plus secondairement (peut évoluer)
- 5) Nombre de personnel qualifié (sages-femmes)
- 6) Qualité du management de la FOSA ;
- 7) Infrastructure compatible avec un centre SONU ;
- 8) Pas de doublons.

Etant donné que les CDS SONUB constituent un niveau d'offre de soins intermédiaire entre les CDS SONE (l'accouchement fait partie du PMA du CDS au Burundi) et l'hôpital de district (FOSA SONUC), le CDS SONUB sera le lieu d'intégration de divers services relatifs à la Santé Maternelle et Infantile par excellence : PF (toute la gamme des méthodes disponibles dans le pays), consultations pré et post-natales, eTME, ARV, PEV, CDT pour la tuberculose et STA pour la malnutrition aiguë.

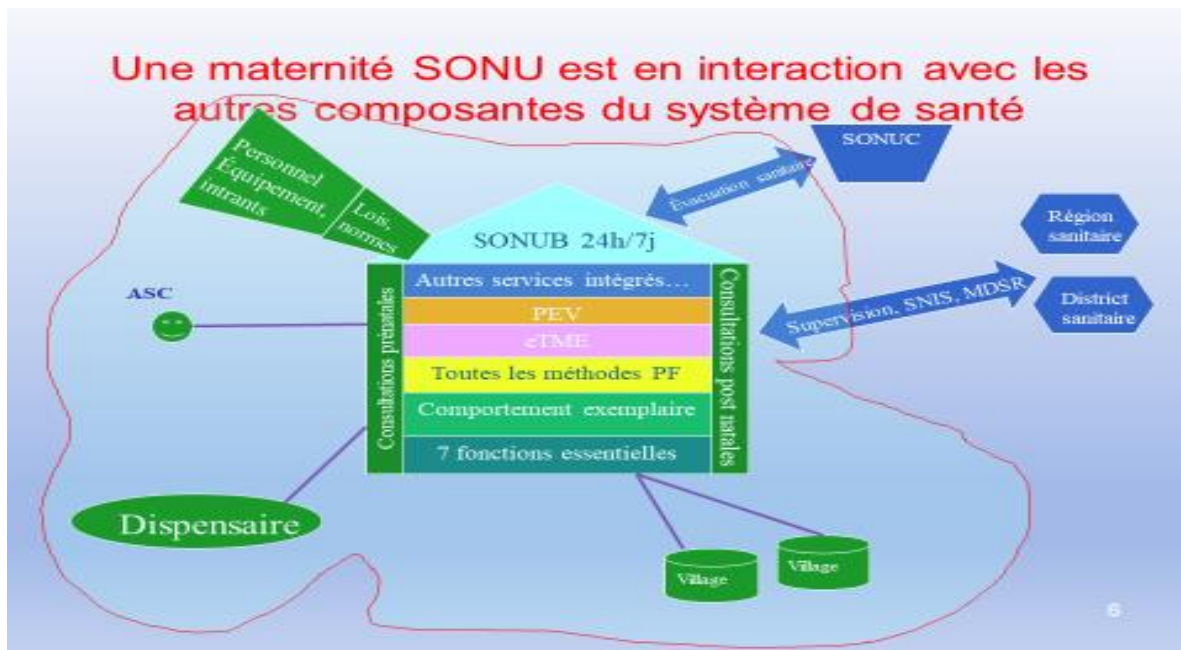


Figure N°3 :Interaction entre une maternité SONU et les autres composantes du système de santé

Source: UNFPA

Le développement du réseau des formations sanitaires SONU se fera en deux phases, à savoir (i) la phase de description du réseau SONU à travers le plaidoyer, la conception et la priorisation (cartes SONU), (ii) et la phase de mise en œuvre et du monitoring SONU constitué par la collecte, l'analyse des données et la réponse.

En plus du paquet normal du centre de santé et des éléments d'intégration cités ci-dessus, le CDS SONUB devra remplir les 7 fonctions signalétiques suivantes :

Tableau N° 6 : *Les fonctions essentielles SONU*

Fonctions signalétiques SONUB	Fonctions signalétiques SONUC
1. Administration parentérale d'antibiotique	1. Administration parentérale d'antibiotique
2. Administration parentérale d'anticonvulsivants	2. Administration parentérale d'anticonvulsivant
3. Administration d'ocytocique	3. Administration d'ocytocique
4. Extraction manuelle du placenta	4. Extraction manuelle du placenta
5. Evacuation des débris intra utérins	5. Evacuation des débris intra utérins
6. Accouchement assisté par ventouse ou forceps	6. Accouchement assisté par ventouse ou forceps
7. Réanimation néonatale de base	7. Réanimation néonatale de base
	8. Césarienne
	9. Transfusion sanguine
	10. Soins aux nouveau-nés malades et/ou présentant un faible poids

NB : En termes de ressources humaines, en plus du personnel déjà présent dans le CDS, le CDS SONUB disposera d'un minimum de 3 sages-femmes afin de garantir une présence continue de sage-femme dans la maternité.

V. PRINCIPES ET CADRE DE MISE EN ŒUVRE

V.A PRINCIPES ET VALEURS DE BASE

Pour une mise en œuvre réussie des présentes normes sanitaires, le MSPLS articulera ses diverses interventions autour des principes ci-après :

- **le relèvement et le renforcement de la qualité des soins et services de santé** avec un accent spécial sur (i) la qualité des ressources humaines (RH recrutées sur concours; utilisation de données factuelles et objectivement vérifiables pour la prise de décisions / fixation de priorités, ...); (ii) la qualité des plateaux techniques; (iii) la qualité des produits pharmaceutiques, des produits de laboratoire, des produits sanguins et autres produits de santé et intrants stratégiques; (iv) ainsi que la qualité des infrastructures²⁸.
- ✓ A cet effet, **un audit des décès / handicaps** en rapport avec les pathologies retenues comme "prioritaires" par la stratégie sectorielle 2021-2027 (audit des décès maternels, des nouveau-nés, des décès périnataux,) sera systématiquement conduit dans toutes les formations sanitaires y compris l'audit des responsabilités de ces structures (i) envers la population et (ii) envers les partenaires. Cet audit sera réalisé, dans la mesure du possible, par un échelon hiérarchiquement supérieur. Les conclusions des audits seront présentées aux membres du personnel et à l'autorité prioritairement (i) dans un but pédagogique et, (ii) en cas de besoin (notamment pour les cas de récurrence / négligence manifeste et documentée), pour préparer et documenter des mesures administratives / disciplinaires ;
 - Dans un premier temps, un "Comité national de surveillance et de suivi des décès maternels et néonataux sera créé et placé sous la coordination technique du Programme national de santé de la reproduction (PNSR) et la coordination stratégique du Directeur Général des Services de santé publique et de lutte contre le SIDA.
 - Dans un deuxième temps, un "Observatoire national de suivi des décès (toutes causes confondues) sera mis en place sous la coordination technique de la Direction de l'Assurance qualité, de l'hygiène et de la sécurité en milieu de soins et la coordination stratégique du Directeur Général de l'Offre des Soins, de la médecine moderne et traditionnelle, de l'alimentation et des accreditations en collaboration avec la Direction générale des Services de santé et de lutte contre le SIDA

²⁸A cet effet, le Ministère vient de développer, avec l'appui de l'OMS, un "Référentiel des normes de qualité des soins et services offerts dans les formations sanitaires du Burundi bientôt mis en œuvre dans le cadre de la Politique nationale de santé 2016-2025 et de la stratégie sectorielle 2021-2027

- **La recherche constante d'une valeur ajoutée des services et soins de santé. Il n'y a de valeur ajoutée pour une référence que si la structure et l'équipe soignante qui reçoivent et prennent en charge le patient référé au cours de son hospitalisation éventuelle, disposent d'un plateau technique et d'un personnel avec une qualification et un gradient de compétences supérieurs** à ceux de la structure et du personnel qui réfèrent le malade.
 - De la même façon, les responsables en charge des postes de direction / de coordination aux divers échelons de la pyramide sanitaire constituent des interfaces entre le MSPLS et divers acteurs et partenaires du secteur de la santé d'une part et, d'autre part, ont la charge d'encadrer, de superviser et de coordonner des équipes d'importance variable. De ce fait, pour garantir une valeur ajoutée, ces responsables doivent justifier **d'une qualification, une expérience professionnelle ainsi qu'un degré de séniorité supérieurs** à ceux des membres de leurs équipes respectives. Ces principes s'appliquent, entre autres, aux personnes occupant des postes de Titulaire de CDS, Superviseur, Médecin Chef de district sanitaire, Médecin Directeur du Bureau provincial de santé, Médecin Directeur de l'hôpital communal, Médecin Directeur d'Hôpital de district, Médecin Directeur d'Hôpital de deuxième et/ou de troisième référence (y compris les Chefs de Services et Chefs de poste), Directeurs centraux.
- ✓ **La mesure de la performance** s'appliquera à tous les acteurs du système national de santé, et notamment les catégories de ressources humaines et les entités administratives et/ou techniques dont elles relèvent. Ainsi, la stratégie de "*financement basé sur les performances*" (FBP) constitue une "opportunité", dans la mesure où, par l'entremise d'un "contrat de performance", elle permet de mesurer / quantifier la performance, de renforcer la qualité des soins et services de santé et d'améliorer les indicateurs (en souffrance), mais aussi de motiver les prestataires sur la base de leurs performances. A cet effet, un **Contrat de performance** sera signé ; et la performance sera mesurée. La mesure de la performance s'intéressera à la fois à l'efficacité des choix politiques qu'à l'efficacité des choix gestionnaires et les modalités de pilotage mises en place à travers le principe de leadership, le principe de stewardship, le principe de transparence et le principe de redevabilité. L'évaluation de la performance portera également sur l'ensemble de la pyramide sanitaire nationale et reposera, entre autres, sur (i) l'effet / l'impact, (ii) l'effectivité, (iii) l'efficacité et (iv) l'efficacité.
- **L'établissement d'un "Projet d'établissement** par chaque entité. Au début de chaque exercice, chaque entité élaborera son "Projet d'établissement" précisant la manière dont elle compte contribuer à l'atteinte des objectifs fixés par la stratégie sectorielle 2021-2027. A partir de ce "Projet d'établissement", **un cadre de résultats et de performances** sera établi, et **un Contrat de performances** signé entre son administration et les membres de son personnel d'une part et; d'autre part, entre l'entité et sa hiérarchie, et l'entité et les Institutions-partenaires avec lesquelles elle compte collaborer pendant l'exercice. A partir du Cadre de résultats et de performances, **une série de "chaines"** indiquant les rôles et responsabilités de chaque acteur de l'entité sera établie [**chaîne de résultats, chaîne de responsabilités, chaîne de redevabilité et chaîne d'évidences**];

- **le renforcement continu des capacités des ressources humaines de santé.** La médecine est une discipline qui évolue rapidement. Le MSPLS incitera les ressources humaines des différents échelons de la pyramide sanitaire à se former en permanence pour se mettre "constamment à jour" et "éviter de perdre le fil". Pour ce faire, le MSPLS, fera le point - selon une périodicité semestrielle - des besoins en formation pour les différentes catégories socio-professionnelles ;
- **le renforcement du concept d'intégration des services.** La stratégie sectorielle 2021-2027 recommande que les activités des formations sanitaires soient menées de manière intégrée ; cette intégration étant à la fois verticale (chaque niveau de la pyramide sanitaire jouant un rôle complémentaire par rapport aux autres) et horizontale.
 - ✓ en ce qui concerne l'intégration verticale, le principe de base est la mise en valeur du système de référence / contre-référence. Les différentes catégories de formations sanitaires auront des rôles spécifiques à jouer. Il s'agit de la mise en application du principe organisationnel selon lequel *"les centres de santé devront être suffisamment attractifs pour limiter le recours direct à l'hôpital de district"*. Les communautés devraient être informées, sensibilisées et éduquées sur la nécessité de se diriger en premier recours vers le poste de soins ou le centre de santé avant l'hôpital de première référence". En termes d'aménagement d'espace, il est essentiel qu'une séparation claire soit établie entre les CDS et les hôpitaux de première référence. Même dans les sites où il existe actuellement un chevauchement des deux activités, *cette séparation devra être concrétisée par des barrières organisationnelles délimitant les rôles des deux catégories de formations*.
 - ✓ le deuxième aspect de l'intégration concernera les activités au sein d'une même formation. Selon ce principe, les CDS devront proposer une offre de soins qui englobe aussi bien des soins préventifs que curatifs, avec une activité d'animation communautaire qui prend une importance fondamentale. L'organisation spatiale devra prévoir des locaux permettant la réalisation de toutes ces activités, avec des zones distinctes et des circuits indépendants ;
- **la présence effective au poste de travail.** De par les rôles et responsabilités liés à leurs postes respectifs, ces acteurs sont appelés à **prendre part régulièrement à diverses réunions techniques, administratives**, etc. à l'intérieur ou en dehors de leur aire de responsabilité. Toutes les dispositions doivent être prises afin que la participation à de telles réunions n'affecte la qualité de leur travail d'encadrement et de soins aux patients / prestations de services en faveur de la communauté d'une part ; et **leur présence effective au poste** d'autre part.

- **la constitution d'une mémoire institutionnelle robuste.** Pour garantir et dispenser des services et soins de santé de qualité, une équipe doit disposer d'une "mémoire institutionnelle" robuste. Les dispositions idoines doivent être prises pour motiver et fidéliser les prestataires de services - au travers notamment, de la mise en œuvre d'un Plan de renforcement des ressources humaines et d'un Plan de carrière - afin de limiter la forte mobilité des ressources humaines les plus qualifiés ;
- **Le renforcement de l'implication et de la participation communautaires.** Les prestations communautaires sont multiples et variées ; elles constituent un appui incontournable à la mise en œuvre des programmes et projets de santé. Leur coordination est multi-focale et fonction des programmes / partenaires qui les financent et conduit souvent à une dispersion d'efforts et d'opportunités. Le renforcement de la coordination des prestations communautaires passera par **l'harmonisation des divers paquets d'interventions communautaires et une unicité de tutelle** ;
- **Le renforcement de l'intersectorialité.** Pour atteindre ses objectifs, le MSPLS tissera et développera des relations de synergie, de complémentarité et de partenariat intersectoriel avec les autres départements ministériels et programmes ainsi qu'avec les projets de développement qui interagissent, de près ou de loin, avec le secteur de la santé.

Le présent document des Normes sanitaires constitue un outil pour l'opérationnalisation de la stratégie sectorielle 2021-2027. Aussitôt après la diffusion et la formation des acteurs des différents niveaux de la pyramide sanitaire national à son utilisation ; **le MSPLS prévoit une série de sessions d'imprégnation (en cascades) des acteurs, partenaires techniques et financiers et partenaires de mise en œuvre** intervenant aux différents niveaux de la pyramide sanitaire pour échanger sur le nouveau document des Normes sanitaires. Ces sessions traiteront notamment des spécificités de ces Normes sanitaires, des principes et valeurs de base qui le sous-tendent, ainsi que de leur "mode d'emploi".

De ce fait, **la mise en œuvre des présentes Normes sanitaires sera basée sur le Cadre de performances et de résultats de la stratégie sectorielle 2021–2027** et utilisera les mêmes indicateurs clés de mesure de la chaîne des résultats de la stratégie sectorielle 2021–2027. Les acteurs des entités de mise en œuvre des différents niveaux contribueront à définir et à affiner les indicateurs spécifiques à chaque niveau, ainsi que les sources des données à utiliser pour renseigner ces indicateurs.

Cadre institutionnel et organisationnel : Processus et organes de planification à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

- ✓ **Niveau communautaire.** Des canevas de rapportage seront mis à la disposition des postes de soins et des ASC et transmis au CDS après vérification et validation par les TPS. Ces données seront comptabilisées dans les prestations de l'aire de responsabilité du CDS. La planification des interventions communautaires s'inscrira dans le Plan de développement sanitaire du district tenant compte de la stratégie sectorielle 2021-2027. Ces prestations de santé communautaire s'intégreront également dans le plan opérationnel du CDS qui fera partie du Plan de développement communal de son ressort.
- ✓ **Niveau du centre de santé.** Chaque CDS devra élaborer un Plan d'action annuel qui retracera la mise en œuvre des orientations retenues par le district sanitaire et prendra en compte les prestations communautaires telles planifiées par le GASC et les postes de soins. Ce Plan d'action s'inscrira dans le plan de développement sanitaire du district. Le Comité de Santé (COSA) qui représente le Collectif des usagers du CDS sera partie prenante à l'identification des besoins sanitaires de l'aire de responsabilité du CDS et à la planification, au suivi et évaluation des activités du CDS. Ce plan sera validé par l'Equipe Cadre de District (ECD). C'est sur base de ce Plan d'action annuel que le CDS sera suivi et évalué pour mesurer l'atteinte des objectifs fixés.
- ✓ Un **"Projet d'établissement"** précisant la manière dont le CDS va contribuer à l'atteinte des objectifs fixés par le Plan de développement sanitaire du district pour la période 2021-2027 sera élaboré et validé au début de chaque exercice.
- ✓ **Niveau de l'Hôpital communal.** Chaque hôpital de communal élaborera son Plan d'action annuel, trimestriel et semestriel qui s'inscrira dans son plan d'extension. Ce Plan retracera les activités de l'hôpital service par service et établira les rapports d'importance qui feront office de priorité dans son fonctionnement. Ces plans reprendront les lignes directrices du Plan de Développement Sanitaire du District conformément à la stratégie sectorielle 2021–2027. Ces plans seront validés par l'ECD.
- ✓ **Niveau du Bureau de district sanitaire.** Le Bureau de District Sanitaire (BDS) coordonnera les activités de planification des niveaux qui sont sous son aire de responsabilité. Sous la supervision du BPS, il appuiera l'élaboration des plans d'action des acteurs communautaires, ceux des CDS ainsi que ceux de l'hôpital de district. Le Plan de développement sanitaire du district (PDSD) sera une émanation directe de la stratégie sectorielle 2021-2027 d'une part, et du Plan communal de développement d'autre part.
- ✓ Pour garantir une coordination optimale des activités et un bon fonctionnement du district sanitaire, les organes et mécanismes de coordination en place [Conseil de Gestion du District Sanitaire (ConGesDi) et Comité de Pilotage du District Sanitaire (CoPiDi)] auront, pour responsabilité, d'analyser la progression des activités du district y compris la mise en

œuvre des Normes sanitaires et s'assurer que celles-ci sont mises en œuvre d'une façon efficace, efficiente et équitable, conformément aux orientations stratégiques de la stratégie sectorielle 2021-2027.

- ✓ **Niveau de l'Hôpital de district.** Chaque hôpital de district élaborera son Plan d'action annuel, trimestriel et semestriel qui s'inscrira dans son plan d'extension. Ce Plan retracera les activités de l'hôpital service par service et établira les rapports d'importance qui feront office de priorité dans son fonctionnement. Ces plans reprendront les lignes directrices du Plan de Développement Sanitaire du District conformément à la stratégie sectorielle 2021–2027. Ces plans seront validés à un premier échelon par le Conseil de Gestion de l'Hôpital de District (ConGesHôp) et le Conseil d'administration de l'Hôpital, puis transmis pour validation finale à la Direction Générale de la Planification et du suivi-évaluation.
- ✓ **Niveau du Bureau provincial de santé.** Le BPS planifiera et réalisera une mission de supervision technique intégrée au sein de chaque hôpital de district d'une part, et de chaque BDS de son aire de responsabilité d'autre part, selon une périodicité bimestrielle. Il se joindra occasionnellement aux missions de supervision ciblant des hôpitaux communaux et CDS - sélectionnés de manière aléatoire - et réalisées par le BDS pour apprécier la qualité des prestations qui y sont mises en œuvre ainsi que leur conformité aux normes. L'équipe de supervision des FOSA et l'équipe-cadre provinciale élaboreront ensemble un plan de supervision ayant, pour cible, les districts sanitaires et les CDS. Ce plan de supervision sera transmis aux supervisés au moins une semaine avant la date de la tenue effective de cette activité. Les objectifs et indicateurs de supervision seront définis en synergie. Cette planification opérationnelle utilisera des outils de planification actualisés (carte sanitaire, normes sanitaires, plan d'extension de couverture, etc.). Le niveau central (DGSL en coordination avec les diverses directions centrales) planifiera et organisera une supervision des équipes provinciales selon une périodicité trimestrielle.
- ✓ **Niveau de l'Hôpital de deuxième référence et de l'Hôpital national de troisième référence.** La planification de l'hôpital sera faite par la direction de l'hôpital en collaboration avec les experts du niveau central du MSPLS. Différents plans seront produits et couvriront une période de 5 ans. Avant leur application effective, ces plans seront validés par le Conseil d'administration et la Direction Générale de la planification du MSPLS.

Au début de chaque exercice, chaque entité élaborera son "**Projet d'établissement**" précisant la manière dont elle compte contribuer à l'atteinte des objectifs fixés par la stratégie sectorielle 2021-2027 ainsi qu'au Cadre global de performances et de résultats de celui-ci. **Un Contrat de performances** sera signé entre son administration et les membres de son personnel d'une part et; d'autre part, entre l'entité et sa hiérarchie, et l'entité et les Institutions-partenaires avec lesquelles elle compte collaborer pendant l'exercice.

Cadre institutionnel et organisationnel du Suivi et Evaluation de la mise en œuvre des normes sanitaires pour l'opérationnalisation de la stratégie sectorielle 2021-2027

Au niveau central

La coordination, le contrôle et le suivi-évaluation de la mise en œuvre des normes sanitaires seront assurés de manière étagée comme décrit ci-dessous :

- La coordination générale est assurée par le Cabinet du Ministre par l'entremise du Secrétariat Permanent (SP) du MSPLS, appuyé par le CPSD. Le SP présidera le "Comité de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle 2021-2027 et des normes sanitaires". La Direction Générale de la Planification (DGP), la Direction Générale des Services de santé et de lutte contre le SIDA (DGSSLS), la Direction Générale de l'Offre des Soins, de la Médecine Moderne et Traditionnelle, de l'Alimentation et des Accréditations, la Direction Générale des Ressources (DGR) s'occupera conjointement des aspects de coordination technique et de Suivi et Evaluation. Elles seront techniquement appuyées par les Groupes thématiques.
- Les aspects de suivi et évaluation, de contrôle et d'exécution programmatiques seront coordonnés par les Directions et Programmes de santé.

Au niveau intermédiaire

- Le Bureau de la Province Sanitaire (BPS) sera conjointement responsable, avec le CPSD provincial, de la coordination, de la supervision du suivi et évaluation de la mise en œuvre des normes sanitaires dans leur localité. Les membres de l'Equipe-Cadre du BPS seront chargés de l'exécution des différentes tâches de suivi-évaluation des résultats des interventions de mise en œuvre des normes sanitaires dans leur localité.

Au niveau périphérique

- ✓ La coordination du Suivi-Evaluation des interventions dans cette localité sera placée sous la responsabilité du Bureau de District sanitaire. Sous la supervision du Médecin Directeur du District sanitaire et du Comité de pilotage du District sanitaire (COPIDI), les membres de l'Equipe Cadre de District seront responsables de l'exécution des différentes activités de Suivi et évaluation dans la mise en œuvre des normes sanitaires au niveau du District sanitaire.

Au niveau communautaire

- ✓ Sous la responsabilité du Centre de Santé, le Technicien de Promotion de la Santé coordonnera les postes de soins et les Groupements d'Agents de Santé Communautaire (GASC) dans le suivi et l'évaluation des interventions dans la communauté ainsi que la mise en œuvre des normes sanitaires au niveau communautaire.

Rôles et responsabilités des acteurs

- ✓ Le fonctionnement optimal du système national pour la mise en œuvre des normes sanitaires requiert que les rôles et responsabilités des différents acteurs - mentionnés ci-dessus - intervenant dans ce dispositif soient clairement définis et diffusés. Le tableau ci-après précise les structures décisionnelles impliquées dans le processus de mise en œuvre des normes sanitaires.

Tableau N° 7 : Structures et fonctions du niveau central

Structures décisionnelles	Directions / Fonctions
Cabinet Ministériel	Bureau de l'Assistant du Ministre
	Administrations Personnalisées de l'Etat [Institut National de Santé Publique (INSP); Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques, des Dispositifs médicaux et des Produits et Matériels de Laboratoire du Burundi (CAMEBU); Centre National de Transfusion sanguine (CNTS); Autorité Burundaise de Régulation des médicaments à usage Humain et des Aliments(ABREMA), Centre National de Référence en Kinésithérapie et Réadaptation(CNRKR), Programme national de santé de la reproduction (PNSR); Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida (SEP/CNLS); Centre d'opération d'urgences de santé publique (COUSP)]
	Cellule de communication
	Cellule juridique
Secrétariat Permanent	Secrétariat Permanent
	Bureau de Coordination des Appuis Internationaux (BCAI)
Inspection Générale de Santé Publique et de Lutte contre le SIDA	IGSPLS
	Inspection de la Pharmacie et du Médicament
	Inspection financière et audit interne
	Inspection chargée de l'administration et de la bonne gouvernance

	Inspection des formations sanitaires
	Inspection de l'Assurance qualité des soins
	Inspection de l'hygiène publique et de la sécurité alimentaire
Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le SIDA	DGSSLS
	Direction de la promotion de la santé, demande des soins et santé communautaire et environnementale
	Direction des laboratoires de biologie médicale
	Cellule technique / Stratégie FBP
	Programmes et projets de santé
Direction Générale de l'Offre des Soins, de la Médecine Moderne et Traditionnelle, de l'Alimentation et des Accréditations,	DGOSA
	Direction de l'Assurance qualité des soins, de l'hygiène et de la sécurité en milieu de soins
	Direction des Accréditations
	Direction de la promotion de la Médecine Traditionnelle, de l'alimentation équilibrée et de l'alimentation naturelle à visée thérapeutique.
Direction Générale de la Planification	DGP
	Direction de la Planification et Suivi Evaluation (DPSE)
	Direction du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS)
Direction Générale des Ressources	DGR
	Direction des Ressources humaines (DRH)
	Direction des Infrastructures Sanitaires et Equipements (DISE)
	Direction du Budget et des Approvisionnements (DBA)

Mécanismes de contrôle, de Suivi et d'Evaluation

Le principe de redevabilité et de transparence devra sous-tendre toutes les actions prévues dans le cadre du suivi de la mise en œuvre des normes sanitaires conformément à **la gestion axée sur les résultats**. A cet effet, il sera élaboré au niveau central, intermédiaire et périphérique **un Plan annuel d'activités** et **"un Projet d'établissement"**.

Les données de routine et de surveillance épidémiologique collectées dans le cadre du système national d'information sanitaire permettront d'assurer le suivi à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Des enquêtes épidémiologiques et sociales seront également menées pour monitorer les progrès accomplis.

Le système de supervision et de monitoring sera renforcé à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

- ✓ Le niveau central supervisera les équipes du niveau intermédiaire de santé selon une périodicité trimestrielle,

- ✓ Les équipes-cadres de district seront supervisées par les équipes - cadres des BPS tous les deux mois et assureront à leur tour des supervisions rapprochées des FOSA de leurs aires de responsabilité respectives une fois tous les deux mois ;
- ✓ Les FOSA quant à elles superviseront les relais communautaires et les postes de soins tous les mois.
- ✓ Les BPS produiront un rapport trimestriel d'activités et organiseront une réunion trimestrielle du CPSD provincial.
- ✓ Les Districts Sanitaires produiront un rapport trimestriel d'activités et organiseront une réunion trimestrielle du COPIDI de suivi de toutes les activités des FOSA et de la communauté.

Revue

Des revues seront conjointement organisées avec le CPSD selon une périodicité semestrielle pour analyser et mesurer les progrès et tendances ; évaluer la pertinence, l'efficacité et l'efficience des stratégies et interventions ; identifier les bonnes pratiques susceptibles d'être répliquées et, en cas de besoin, réorienter les stratégies et ajuster les priorités. Les conclusions et recommandations de telles revues permettront de donner de nouvelles orientations pour l'atteinte des résultats. La réalisation de ces revues sera **coordonnée par la Direction Générale de la Planification.**

L'évaluation finale

Une évaluation finale des présentes normes sanitaires servira à mesurer les résultats obtenus au regard des résultats escomptés par la stratégie sectorielle 2021-2027.

Recherche, études et enquêtes

La mise en œuvre des présentes normes ouvrira des opportunités à la production de matériaux de recherche et d'enseignement pour améliorer les évidences scientifiques.

Diffusion et utilisation des résultats des revues et évaluations

Les rapports des revues et évaluations issues de la mise en œuvre des normes sanitaires feront l'objet d'une diffusion à grande échelle, et notamment en direction de tous les acteurs de sa mise en œuvre depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique.

V.B IMPACT ET MESURES D'ACCOMPAGNEMENT

La mise en œuvre des présentes Normes sanitaires requiert des effectifs additionnels et parfois de nouveaux profils; le renforcement du plateau technique et des infrastructures des formations sanitaires des divers échelons de la pyramide sanitaire nationale, ainsi que des entités technico-administratives de coordination, de supervision et de pilotage; le renforcement de la chaîne logistique d'approvisionnement aux différents niveaux de la pyramide sanitaire; le renforcement de la chaîne de l'information stratégique (y compris la recherche opérationnelle); mais aussi et surtout le renforcement du leadership, du management, de la gouvernance et de la redevabilité.

De ce fait, la mise en œuvre des présentes Normes sanitaires impactera, de manière significative, certains piliers du MSPLS et nécessitera la mise en place de mesures d'accompagnement. Il s'agit, essentiellement, des piliers ci-après :

V.B.1 RESSOURCES HUMAINES

En étroite collaboration avec ses partenaires, le MSPLS va planifier et réaliser **une évaluation initiale** des ressources humaines requises pour une mise en œuvre optimale des Normes sanitaires. Cette évaluation indiquera clairement - en termes de profils et d'effectifs - les RH disponibles et le déficit à combler ;

- Les stratégies et moyens / investissements nécessaires pour la production, le recrutement des nouveaux profils et effectifs identifiés ; leur motivation, leur rétention et la fidélisation à leurs postes respectifs ;
- L'arrêt progressif de la filière de formation des Infirmiers de niveau A2 dans un horizon de 4 - 5 ans, période couverte par la stratégie sectorielle. Dans le même temps, des passerelles leur facilitant l'accès à l'enseignement paramédical supérieur pour accéder aux grades de A1 / A0 seront créées et mises en place pour permettre au pays d'être en phase avec les normes régionales des différents ensembles régionaux dont il est membre (East African Community ; CEEAC, CEEPG,);
- L'évaluation globale des capacités et des performances de l'ensemble des écoles paramédicales existantes (publiques et privées) sur la base d'un référentiel unique afin de disposer d'un état des lieux global. Sur la base des résultats de cette évaluation, le MSPLS procédera à l'accréditation des meilleurs établissements et, en étroite collaboration avec ses partenaires techniques et financiers (OMS, UNICEF, UNFPA, PNUD, UNESCO, Coopérations bilatérales et multilatérales), planifiera un appui technique, pédagogique et organisationnel aux établissements sélectionnés (publics et privés) pour devenir progressivement des Instituts d'enseignement paramédical supérieur et accueillir les techniciens A2.

- Sur la base de l'état des lieux ainsi réalisé et l'état des besoins en formation ; le MSPLS diversifiera les offres en formation : ainsi, en plus des filières actuelles, le MSPLS ouvrira de nouvelles filières pour la formation de techniciens supérieurs A0 / A1, notamment en Ophtalmologie, ORL, Stomatologie, Pharmacie, Imagerie médicale, ... Sans présager des conclusions et recommandations de l'état des lieux en perspective, les EPMs publiques de Gitega, Ngozi et Bururi pourraient devenir des "campus périphériques" de l'INSP moyennant un renforcement conséquent des capacités humaines, matérielles (plateau technique, équipement, infrastructures) et logistiques ;
- L'aménagement d'éventuelles sessions de renforcement de capacités "ciblées" pour les différentes catégories des ressources humaines afin de répondre aux besoins spécifiques identifiés ;
- L'aménagement de passerelles et stratégies susceptibles de permettre la sortie organisée et progressive / résorption de certains profils de formation ; à titre illustratif, les infirmiers de niveau A3;
- La confection et la validation de modules certificatifs susceptibles de permettre de répondre aux besoins spécifiques identifiés par le présent document des Normes sanitaires et l'état des lieux en perspective. Dans le même temps :
 - De nouveaux "Plans de carrières" seront proposés aux membres du personnel des différents échelons de la pyramide sanitaire nationale dans le cadre de la politique de motivation et de fidélisation des ressources humaines ;
 - Un partenariat sera négocié et établi avec les autorités académiques de l'INSP et autres Institutions d'enseignement supérieur pour leur implication technique dans la confection de modules spécifiques ;
 - Un cadre de concertation sera mis en place avec le Ministère de la Fonction Publique pour analyser les contours techniques et la faisabilité d'une reconnaissance future des nouveaux titres et grades académiques et ; dans la foulée, de planifier et de budgétiser le coût des avantages et droits liés aux nouveaux titres et grades académiques. Cette étape sera soutenue par une démarche du MSPLS visant une mobilisation de ressources auprès du Gouvernement et de ses partenaires.

V.B.2 PLATEAU TECHNIQUE ET INFRASTRUCTURES

En étroite collaboration avec ses partenaires, le MSPLS réalisera **une évaluation initiale** qui permettra de disposer d'un état des lieux indiquant :

- ✓ Le plateau technique, équipements et infrastructures requis pour une mise en œuvre optimale des Normes sanitaires ;
- ✓ Le déficit à combler ainsi que ;
- ✓ Les besoins en nouveaux équipements / matériels et infrastructures nécessaires par niveau (central / national, régional, intermédiaire, périphérique, communautaire).

Selon stratégie sectorielle, 20 hôpitaux de districts nécessitent une réhabilitation ; certains districts sanitaires - dont Vumbi, Busoni, Bugarama, Nyabikere - ne disposent toujours pas d'hôpitaux de districts; la Carte sanitaire actualisée par le MSPLS fait ressortir un besoin clair pour la construction de nouveaux CDS conformément aux plans proposés par la DISE.

Il s'agit là de quelques besoins identifiés par le MSPLS comme prioritaires et qui viendront compléter la liste des besoins qui figureront dans le Rapport de l'évaluation initiale en perspective qui proposera une carte sanitaire par province sanitaire et par district sanitaire.

Les documents de normes mis à disposition par la Direction des Infrastructures Sanitaires et Equipements (DISE) et figurant dans les annexes des présentes Normes sanitaires serviront de référentiels pour la conduite de l'évaluation initiale.

V.B.3 FINANCEMENT

Sur la base des conclusions et recommandations des Rapports des diverses évaluations initiales dont les périmètres respectifs sont décrits dans les sections précédentes, des scénarii de coûts induits par la mise en œuvre des présentes Normes sanitaires seront établis. Ces scénarii de coûts serviront de documents de travail au MSPLS et ses partenaires pour l'établissement des priorités et d'un plan de financement ainsi que la mobilisation des ressources.

Les Normes sanitaires serviront à l'opérationnalisation de la stratégie sectorielle prévue pour couvrir la période 2021-2027. L'atteinte des valeurs numériques et indicateurs contenus dans le document des Normes sanitaires est escomptée pour l'année 2027. Les précédentes Normes sanitaires 2011-2015 (dont la mise en œuvre a été prorogée jusqu'en 2018) n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation finale, les Rapports des diverses évaluations initiales indiqués ci-dessus permettront d'**établir une "situation de départ" (Baseline)**.

Au début de chaque exercice, le MSPLS élaborera un Plan d'action annuel pour la mise en œuvre progressive de ces Normes sanitaires. Ce Plan d'action précisera, pour chaque niveau de la pyramide sanitaire nationale, les valeurs numériques et indicateurs visés pour l'exercice ciblé par rapport aux valeurs numériques et indicateurs à atteindre en 2027.

VI TOME-1-ANNEXES

VI.1 TOME1/ ANNEXE 1 : DOCUMENTS DE REFERENCE

1. Vision du Burundi 2025
2. Plan National de Développement (PND) 2018-2027
3. Politique Nationale de Santé 2016-2025
4. Stratégie sectorielle de la santé 2021-2027
5. Déclaration d'Astana 2018
6. Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement du Burundi, (UNDAF) 2019-2023 ;
7. Document des normes sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 au Burundi
8. Profil de ressources humaines en santé du Burundi, édition 2011,
9. Enquête d'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA), édition 2017
10. Cartographie des ressources humaines pour la santé, édition 2017,
11. Proposition de programme type pour les CDS et les Hôpitaux de District, édition Mai 2015
12. Manuel de procédures sur la santé communautaire au Burundi, édition 2012
13. Manuel des procédures pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la performance seconde génération, Janvier 2017
14. Manuel des procédures pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la performance au niveau communautaire, Décembre 2018
15. Normes et standards des laboratoires de biologie médicale au Burundi, SCMS - PEPFAR, Septembre 2016
16. Analyse critique de la mise en œuvre du financement basé sur la performance couplée à la gratuité des soins de santé au Burundi 2010-2014, Décembre 2014
17. MSPLS, Annuaire des statistiques sanitaires 2017, Bujumbura 2018
18. MSPLS, Document d'orientation en matière de prise en charge intégrée des maladies des enfants au niveau communautaire (PEC-Ci) au Burundi, Bujumbura, 2014
19. MSPLS, Evaluation des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Burundi, « SONU », Bujumbura, 2017
20. MSPLS, PNSR, PSN-SRMINA-2019-2023 : Plan Stratégique National de Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, Infantile et de l'Adolescent au Burundi pour la période 2019-2023, Bujumbura 2019
21. MSPLS, Plan National Stratégique pour la survie de l'enfant 2016-2020, Bujumbura 2015
22. MSPLS, PNILP, Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme, 2018-2023, Bujumbura, 2018
23. MSPLS, PSNLS/IST, Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles 2018-2022, Bujumbura, 2017
24. MSPLS, Profil des ressources humaines en santé au Burundi, Bujumbura, 2011

25. MSPLS, Rapport d'analyse de goulots d'étranglement des interventions de survie de l'enfant (AGEISE), Bujumbura 2017
26. Document d'orientation en matière de prise en charge intégrée des maladies des enfants au niveau communautaire (PEC-Ci) au Burundi 2014 ;
27. MSPLS, PNSR Normes des services de santé de la reproduction, 2012 ;
28. MSPLS, DISE, Proposition de Programmes types pour les CDS et les Hôpitaux de District, 2015
29. MSPLS, Plan opérationnel de formation des personnels de la santé au Burundi, 2014,
30. MSPLS, Règlement d'Ordre Intérieur de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, 2013.
31. MSPLS, Projet De Répertoire national des Postes clés du MSPLS, au niveau intermédiaire et périphérique, N° CTB-BDI/564, Avril 2013 ;
32. MSPLS, Description des postes et profils du personnel du MSPLS au niveau central, N° CTB-BDI/564/S/2013 Oct.2013
33. MSPLS, Règlement d'Ordre Intérieur du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, 2013 ;
34. MSPLS, Audit institutionnel et organisationnel du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, 2010
35. MSPLS, Projet de Référentiel des Normes de qualité des soins et services offerts dans les formations sanitaires du Burundi, Avril 2019.

VI.2 TOME1/ ANNEXE 2 : LES EQUIPEMENTS DU POSTE DE SOINS

SERVICES	MATERIEL ET EQUIPEMENT
Salle I : Consultation Curative	2 Tables de bureau 1 Table d'examen 3 Lits avec matelas 4 Chaises 1 Armoire pour les intrants d'urgence 1 Registre de consultation 5ans et plus 1 Registre de consultation moins de 5ans 1 Timer 1 Table unisexe OMS 2006 pour dépistage de malnutrition aigue 2 MUAC 1 Minuterie 1 Thermomètre 1 Tensiomètre 1 Stéthoscope 1 Toise 1 Balance 1 Fœtoscopie/Pinar 1 Otoscope 1 Poubelle
Salle IV : Gestion : Officine et médicaments et finances	Médicaments d'urgence (Hydrocortisone, Aminophilline ampoule, Antalgiques/Antipyrétiques injectables/Comprimés, Antispasmodiques injectables/comprimés, Anticonvulsifs, Hémostatique, Artésunate Injectables/Suppositoires, Anesthésique local,) Autres médicaments (Artémether-Liméfantrine, Zinc, Amoxicilline, SRO, ...) Matériel d'urgence (Gants stériles et propres, Compresses, Ouates, Bandes Velpeau, Seringues, Désinfectants, Bocal pour désinfectants, Pincés à servir, Pince porte-aiguille, Minuterie pour TDR, Kit, Boîte de sécurité, Poubelle, Aiguilles, Alèse, Chariots, fils de suture, Pincés, haricots, Tambours, ciseaux, sparadraps,) 1 Lit avec matelas pour garde 1 Armoire à 5 étagères pour médicaments 1 Armoire avec tiroirs pour administration et finances 1 Table 2 Chaises

	3 Palettes 50 Fiches de stock 1 Livre Banque 1 Livre Caisse 1 Journal Recette 1 Journal Dépense 1 Calculatrice, Agrafeuse, Agrafes, Ancre correcteur, perforeuse, des agrafeuses, 1 Boite d'attaches 1 Rame de papier
	5 Classeurs 1 Chaise roulante 1 Vélo pour travailleur 3 Paravents 1 Poubelle
Salle : Buanderie et stérilisation	1 Lavabo avec source d'eau 4 Bassins 2 Bidons Savons 1 Poupinel/Autoclave/Réchaud à gaz ou à pétrole pour stérilisation 2 Tambours 1 Petite salle pour matériel (balaie, Torchons, Savon, ...)
Bloc Sanitaire	1 Pour le personnel 1 Pour les patients

VI.3 Tome1/ Annexe 3 : Les équipements du centre de santé

Service	Matériel et équipement	Normes
1. Accueil/Triage	Table	1
	Chaises	2
	Bancs	10
	Etagère	1
	Poubelle	1
	Fiches pour patients	3000
	Registre	3
	Facturier	3
	Tampon	1
	Mètre-ruban	1
	Bocal pour thermomètre	1
	Thermomètre	5
	Pèse-personne	1

	Toise bébé	1
	Pèse-bébé	1
	Toise adulte	1
2. Consultation curative	Table d'examen	2
	Escabeau	2
	Table de Bureau	2
	Poubelle et boîtes de sécurité	2
	Pèse- personne	2
	Sthétoscopebiauriculaire	2
	Stéthoscopeobstétrical de Pinard	2
	Thermomètre	4
	Tensiomètre brassard pour enfant	2
	Tensiomètre brassard pour adulte	2
	Lampe torche	2
	Mètre ruban	2
	Miroir laryngé	2
	Otoscope	2
	Chaises	6
	Registre,	2
	Carnet de prescription	2
	Armoire	2
	Classeurs	2
	Gants propres/doigtier	10/J
	Abaisse-langue métalliques et abaisse-langue en bois	6 et 1 boîte
	Lavabo	2
3. Administration des soins	Mobilier	
	Table	1
	Chaises	2
	Armoire à clé	1
	Lit	1
	Matelas avec housse en semi-cuir	1
	Tabourets	2
	Porte-manteau	1
	Lavabo	1
	Matériel de bureau	
	Registre	1

	Dispositifs médicaux	
	Savon	PM
	Serviettes	PM
	Stérilisateur	1
	Réchaud	1
	Chariot	1
	Plateaux	1
	Brancard pliant	1
	Bac de décontamination d'instruments	1
	Bocal pour pince à servir	1
	Bassin rétiniformes	1
	Bassin inoxydable	1
	Champs	10
	Ouate	24
	Seau pour le linge sale	1
	Boîtes de pansement	3
	Boîte de davier pour extraction dentaire	1
	Boîtes de suture,	1
	Boîte à aiguille	1
	Fils de suture	
	Gants stériles,	60
	Désinfectants,	5l /mois
	Aiguilles et seringues à usage unique	
	Poubelle ou boîtes de sécurité	1
	Escabeau	1
	Jeux de tambours (petits et moyens)	1
	Table de soins	1
	Tabouret ajustable	1
	Jeux de pissettes pour désinfectant	1
4. Laboratoire	Mobilier	
	Armoire	1
	Chaises	2
	Bancs	1
	Evier	1
	Savon	PM
	Serviettes	PM
	Table	1

	Porte -manteau	1
	Poubelle ou boites de sécurité	1
	Paillasse	1
	Tabourets	2
	Matériel de bureau	
	Registre	1
	Carnet de résultats	1
	Matériel de labo et réactifs	
	Microscope binoculaire	1
	Centrifugeuse à hematocrite	1
	Cocotte minute avec réchaud adapté	1
	Minuterie	1
	Filtre à eau	1
	Hémoglobinomètre type Lovibond	1
	Jeux d'accessoires Inox (plateaux, haricots,...)	1

	Jeux de flacons (pour colorants	1
	Jeux de pissettes pour désinfectants	1
	Réchaud à pétrole	1
	Lampe à alcool	1
	Vaccinostyle	1 boîte
	Lames	1 boîte
	Lamelles	1 boîte
	Porte-lame	1
	Tubes à essai	50
	Porte-tube	2
	Mobilier	
	Armoire	1
	Chaises	2
	Table	1
	Etagères	6
	Matériel de bureau	
	Registre	1
	Fiches de stock	100

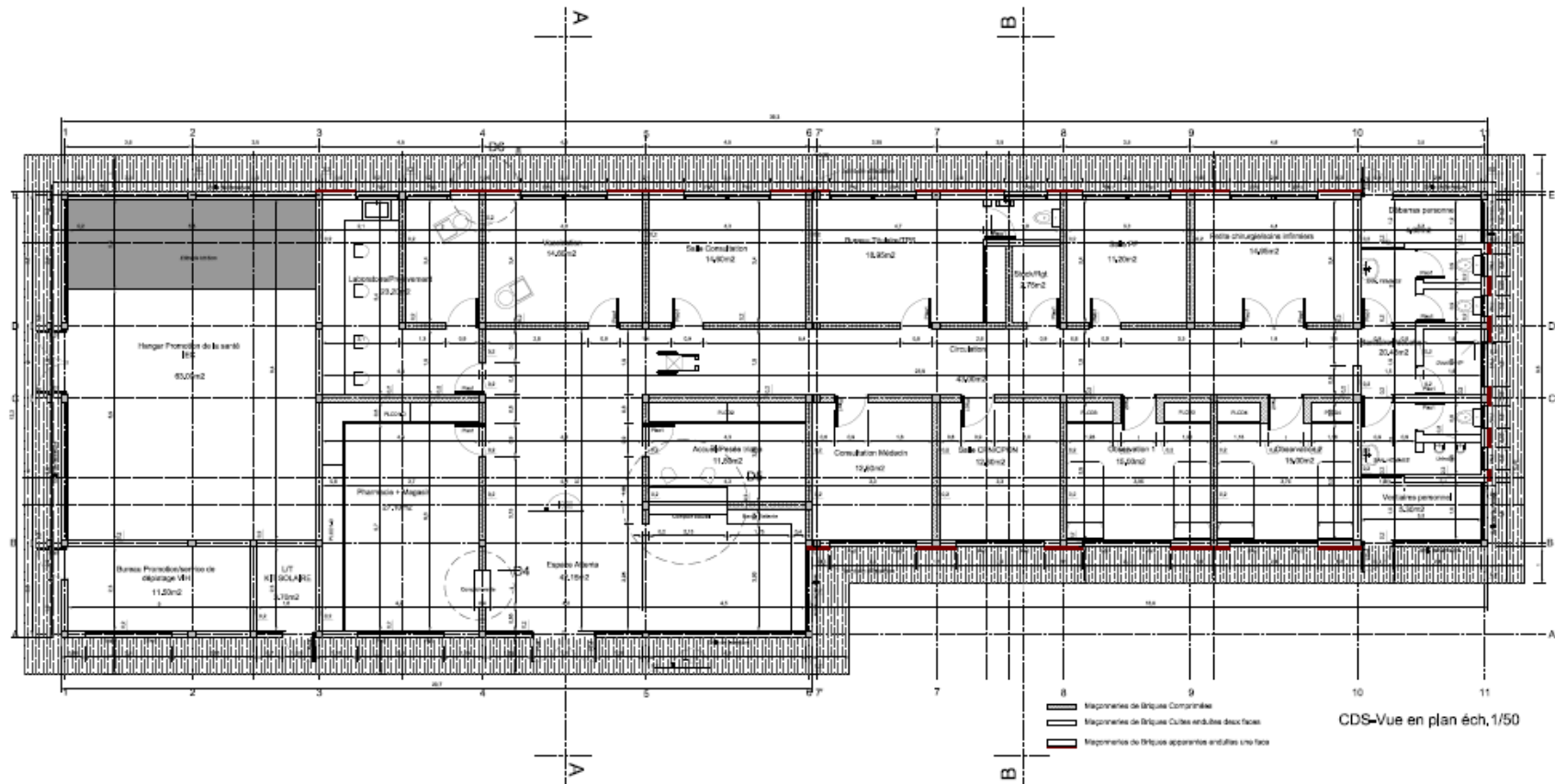
5. Pharmacie

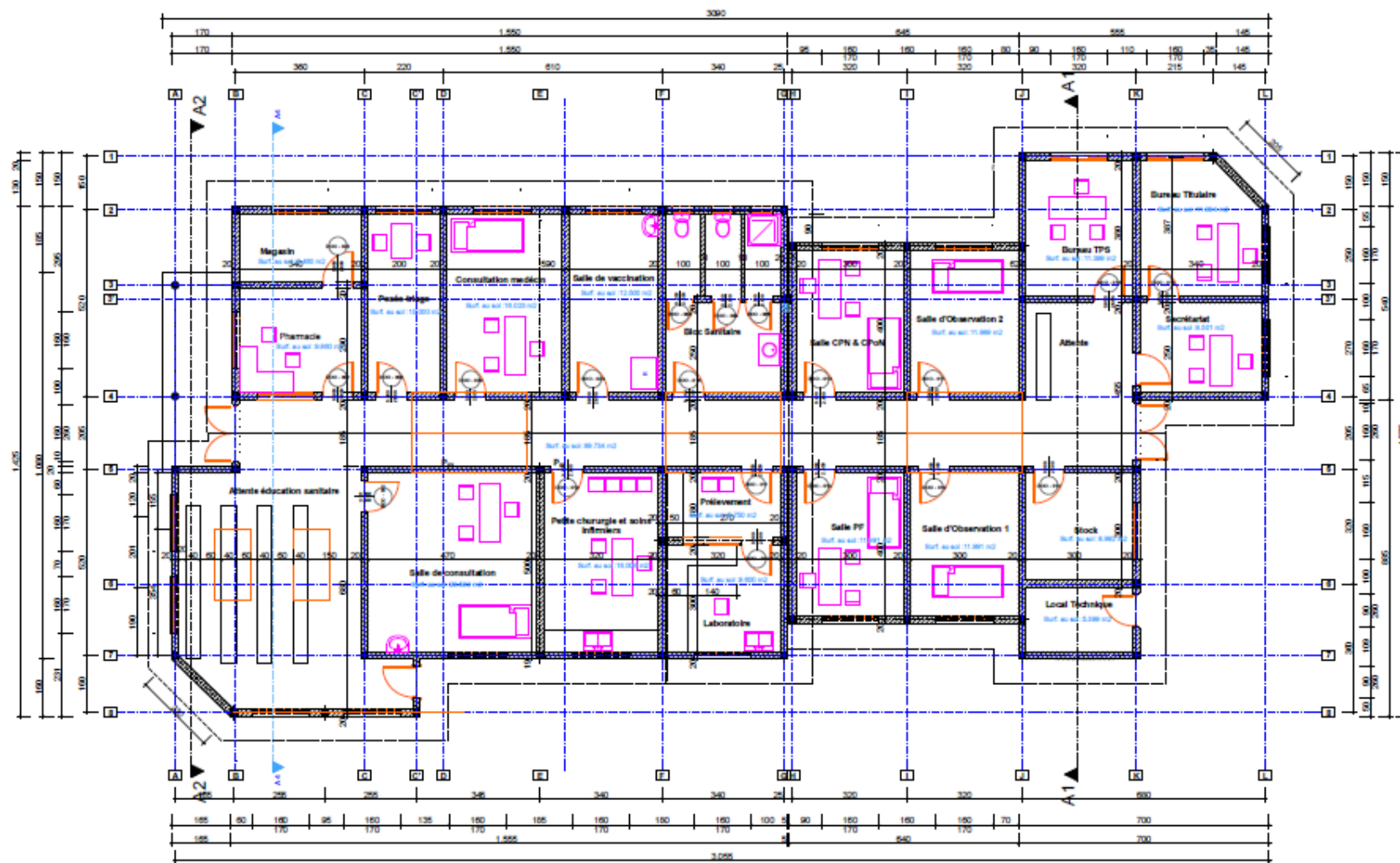
	Médicaments	
	Cf. liste des médicaments essentiels	
	Liste des produits spécifiques aux programmes	
Service des soins préventifs		
6.Consultation NRS/PEV	Mobilier	
	Table	1
	Chaise	2
	Balance Salter	1
	Pèse-bébé	1
	Banc	4
	Porte-manteau	1
	Boîte de sécurité	1
	Toisebébé	1
	Registre	1
	Fiches de suivi de la croissance	500
	Diagramme de Nabarro	1
	Brassard MUAC	2
	Accumulateurs de froid (briquettes)	15
	Porte-vaccins	2
	Chariot	1
	Jeux d'accessoires Inox (plateaux, haricots,...)	1
	Frigosolaire	1
	Vaccins	PM
	Pétrole	PM
	Fiches de vaccinations	PM
	Fiche de suivi nursing (fiche de température)	PM
	fiche de pointage	PM
	registre de vaccination	PM
	Echéancier	1
7. CPN/CPON/PF	Boîtes de spéculum vaginaux	1
	Escabeau	1
	Gravidomètre	1
	Jeux d'accessoires Inox (plateaux, haricots,...)	1

	Mètre ruban	1
	Pelvimètre	1
	Stéthoscope biauriculaire	1
	Stéthoscope obstétrical de Pinard	1
	Table gynécologique	1
	Tensiomètre anéroïd	1
	Balance pèse-personne	1
	Tire-lait	1
	Lampe gynécologique	1
	Gants propres et gants stériles	PM
	Registres	PM
	Contraceptifs	PM
8. Accouchements	Poire d'aspiration	1
	Bac de décontamination d'instruments à froid	1
	Pèse-bébé	1
	Bassin de lit	1
	Bock à irrigation avec tuyau	Bock à irrigation avec tuyau
	Boîte à épisiotomie	Boîte à épisiotomie
	Boîte d'accouchements	Boîte d'accouchements
	Chaise roulante	Chaise roulante
	Cuvette à solution Inox	Cuvette à solution Inox
	Escabeau	Escabeau
	Chariot	Chariot
	Insufflateur manuel Ambu enfants	Insufflateur manuel Ambu enfants
	Insufflateur manuel Ambu adulte	Insufflateur manuel Ambu adulte
	Jeu d'accessoires inox	Jeu d'accessoires inox
	Jeu de pissettes pour désinfectant	Jeu de pissettes pour désinfectant
	Jeu de tambours (petits et moyens)	Jeu de tambours (petits et moyens)
	Lampe à pétrole	Lampe à pétrole
	Plateaux à instruments avec couverte	Plateaux à instruments avec couverte

	Porte-cuvette double sur pied	Porte-cuvette double sur pied
	Porte-sérum simple sur pied	Porte-sérum simple sur pied
	Sceau plastique	Sceau plastique
	Stéthoscope biauriculaire	Stéthoscope biauriculaire
	Stéthoscope obstétrical	Stéthoscope obstétrical
	table d'accouchement	2
	Table de réception et soins au Nouveau-Né	1
	Tabouret ajustable	1
	Tensiomètre anéroïde brassard adulte	1
	Tensiomètre anéroïde brassard enfants	1
	Tablier en plastique	2
	Alèze	6
	Lits de travail	2
	Lits post-accouchement	2
	Coin du nouveau-né (lampe chauffante)	1
9. Hébergement	Bassin de lit	4
	Chaise	8
	Chevet de lit	8
	Lits d'hôpital	8
	Matelas	8
	MIILDA	8
	Potence	4
10. Service Nutritionnel	Balance	1
	Toise	1
	Diagramme de Nabarro	1
	Brassard MUAC	1
	Ustensiles de cuisine	PM
	Bancs	2
	Tableau	1
	Boîtes à image	PM
11. Source	Groupe électrogène (5 KVA) ou panneaux	1

VI.4 TOME1/ ANNEXE 4: PLAN TYPES CDS –SOINS AMBULATOIRES





VI.4 TOME1/ ANNEXE 4 : LISTE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS PAR NIVEAU DE SOINS

DESIGNATION (DCI)	VOIE ADMINISTRATION DOSAGE, FORME	Niveau d'utilisation				
		CDS	Hop 1 ^{ère} Réf.	Hop 2 ^{ème} Réf	Hop 3 ^{ème} Réf.	Hop Réf. Nat.
1. ANESTHESIQUES						
1.1. Anesthésiques généraux et Oxygène						
Halothane	Inhalation : flacon de 250 ml		x	x	x	x
Kétamine	Solution injectable : 50 mg, flacon de 10 ml		x	x	x	x
Thiopental	Poudre pour préparation injectable : 0,5 g en ampoule ou flacon		x	x	x	x
Protoxyde d’Azote	Inhalation (bonbonne) : 2 litres, 5 litres, 15 litres, 50 litres		x	x	x	x
Oxygène	Inhalation (bonbonne pour oxygénothérapie)		x	x	x	x
1.2. Anesthésiques locaux et autres produits utilisés en anesthésiologie						
Bupivacaïne	Solution injectable : 0,25 %, 0,5%, 0,5 % hyperbare flacon 4 ml Solution injectable : 0,5% isobare flacon 20 ml		x	x	x	x
Lidocaïne	Solution injectable : 1%, 2% en flacon de 20 ml Solution locale (spray) : 10% en flacon de 50ml	x	x	x	x	x
Lidocaïne + épinephrine (adrénaline)	Solution injectable : 1 %, 2 % + 1/80 000 en capsule dentaire 1,8 ml		x	x	x	x
Lidocaïne adrénaline	Solution injectable : 5 %		x	x	x	x
Ephédrine	Solution injectable : 30 mg en ampoule 1 ml		x	x	x	x
Atropine	Solution injectable : 1 mg en ampoule 1 ml		x	x	x	x
Diazépam	Comprimé : 5 mg, 10 mg Solution injectable : 5mg/ml en ampoule 2 ml	x	x	x	x	x
Tetracaïne	Collyre 1 %		x	x	x	x
2. ANALGESIQUES, ANTIPYRETIQUES, AINS, ANTIGOUTTEUX, ANTIRHUMATISMAUX						
2.1. Analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et AINS						
2.1.1. Analgésiques non opioïdes et antipyrétiques						
Acide acétylsalicylique	Comprimé : 500 mg, 100mg	x	x	x	x	x
Acétyl Salicylate de lysine	Solution injectable : 500 mg, 1 g	x	x	x	x	x
Paracétamol	Comprimé : 100 mg, 500 mg Forme buvable : 125 mg / 5 ml flacon 60 et 100 ml Suppositoire : 80 mg ,150 mg, 300 mg	x	x	x	x	x

Ibuprofène	Comprimé : 200 mg , 400 mg Forme buvable : 125 mg / 5 ml	x	x	x	x	x
Indométacine	Comprimé : 25 mg Suppositoire : 100 mg	x	x	x	x	x
Diclofenac	Comprimé : 25 mg, 50 mg, 100 mg Suppositoire : 100 mg Solution injectable : 25mg/ml en ampoule de 3ml (75mg/3ml)	x	x	x	x	x
2.2. Analgésique sopioïdes						
Morphine	Comprimé à libération prolongée : 10 mg, 20 mg, 30 mg				x	x
Morphine	Solution injectable : 10 mg ampoule de 1 ml					x
Fentanyl	Solution injectable : 25µg/ ampoule 2 ml (50 µg/2 ml)		x	x	x	x
2.3. Médicaments antigoutteux						
Allopurinol	Comprimé : 100 mg, 300 mg		x	x	x	x
Colchicine	Comprimé : 1 mg		x	x	x	x
3. ANTI-ALLERGIQUES ET ANTI-ANAPHYLACTIQUES						
Chlorphéniramine	Comprimé : 4 mg	x	x	x	x	x
Hydrocortisone	Poudre pour préparation injectable : 100 mg	x	x	x	x	x
Prednisolone	Comprimé : 5 mg		x	x	x	x
Prométhazine	Comprimé : 10 mg, 25 mg	x	x	x	x	x
Dexaméthasone	Solution injectable : 4 mg/ml en ampoule de 1 ml		x	x	x	x
Adrénaline (Epinéphrine)	Solution injectable : 0,25 mg/ml, 0,5 mg/ml, 1 mg/ml en ampoule de 1 ml		x	x	x	x
4. ANTIDOTES ET AUTRES SUBSTANCES UTILISEES POUR LE TRAITEMENT DES INTOXICATIONS						
4.1. Non spécifiques						
Charbon activé	Comprimé : 125 mg, 250 mg , poudre	x	x	x	x	x
4.2. Spécifiques						
Atropine	Solution injectable : 1 mg ampoule 1 ml		x	x	x	x
Gluconate de calcium	Comprimé : 500 mg, Solution injectable : 100 mg/ml en ampoule 10 ml	x	x	x	x	x
DL- Méthionine	Comprimé : 250 mg					x
Naloxone	Solution injectable : 0,4 mg/ml en ampoule 1 ml		x	x	x	x

5. ANTI-INFECTIONNELS ET ANTIPARASITAIRES						
5.1. Anthelminthiques						
5.1.1. Médicaments contre les helminthes intestinaux						
Albendazole	Comprimé à croquer : 400 mg Forme buvable : 0,4 % flacon de 10 ml	x	x	x	x	x
Mébéndazole	Comprimé : 100 mg Forme buvable : 2 % flacon de 30 ml	x	x	x	x	x
Niclosamide	Comprimé (à croquer) : 500 mg	x	x	x	x	x
5.1.2. Antifilariens						
Ivermectine	Comprimé : 3 mg	x	x	x	x	x
5.1.3. Antibilharziens						
Praziquantel	Comprimé : 600 mg	x	x	x	x	x
Triclabendazole	Comprimé : 250 mg	x	x	x	x	x
5.1.4. Antiamibiens et Antigardiens						
Métronidazole	Comprimé : 250 mg Forme buvable : 125 mg/5ml	x	x	x	x	x
Métronidazole	Solution injectable : 500 mg/100 ml		x	x	x	x
Tinidazole	Comprimé : 500 mg	x	x	x	x	x
5.2.2. Antipaludiques						
Artésunate + Amodiaquine	Blister (3 comprimés) : 25 mg/67,5 mg Blister (3 comprimés) : 50 mg/135 mg Blister (3 comprimés) : 100 mg/270 mg Blister (6 comprimés) : 100 mg/270 mg	x	x	x	x	x
Quinine	Comprimé : 100 mg, 300 mg, 500 mg s/f de sulfate ou bisulfate	x	x	x	x	x
Quinine	Solution injectable : 250 mg/2 ml , 300 mg/2ml , 500 mg/2ml , 600mg/2ml	x	x	x	x	x
Clindamycine	Gélule : 150 mg / 75 mg	x	x	x	x	x
5.2.3. Antipneumocystose et Antitoxoplasmose						
Pyriméthamine	Comprimé : 25 mg	x	x	x	x	x
Sulfaméthoxazole + triméthoprime	Comprimé : 400 mg + 80 mg, 800 mg+ 160 mg Forme buvable : 200 mg + 40 mg/5ml	x	x	x	x	x
Sulfaméthoxazole + triméthoprime	Solution injectable : (400 mg+ 80 mg/5ml), (800 mg +160 mg / 10ml)		x	x	x	x
Pentamidine	Comprimé : 200 mg (sous forme isétionate)		x	x	x	x
Spiramycine	Comprimé : 1 500 000 UI, 3 000 000 UI Forme buvable : 375 000 UI/5 ml		x	x	x	x
5.3. Anti-bactériens du groupe β - lactamines						
5.3.1. Penicillines						
Amoxicilline	Gélule 250 mg, 500 mg (sous forme de trihydrate) Poudre pour forme buvable : 125 mg / 5 ml, 250 mg / 5 ml	x	x	x	x	x

Amoxicilline + acide clavulanique	Comprimé : 500 mg +125 mg Poudre pour forme buvable : 100 mg +12,5 mg /5 ml Solution injectable : 1g + 200 mg	x	x	x	x	x
Ampicilline	Gélule : 250 mg, 500 mg Forme buvable : 125 mg/5ml, 250 mg/5ml Poudre pour préparation injectable : 500 mg, 1 g,	x	x	x	x	x
Benzathine benzylpénicilline	Poudre pour préparation injectable : 1,2 M UI (=0,72 g), 2,4 M UI (=1,44 g)	x	x	x	x	x
Benzylpénicilline	Poudre pour préparation injectable : 600mg (=1 M UI), 3 g (=5 M UI)	x	x	x	x	x
Phénoxy méthylpénicilline	Comprimé : 250 mg Poudre pour forme buvable : 125 mg/5ml	x	x	x	x	x
Cloxacilline	Gélule : 500 mg, Comprimé : 250 mg Poudre pour forme orale : 125 mg, 250 mg, Poudre pour forme injectable : 500 mg, 1g	x	x	x	x	x
Procaïne benzylpénicilline	Poudre pour préparation injectable : 1g (=1 M UI), 3g (= 3 millions U.I)	x	x	x	x	x
5.3.2. Céphalosporines						
Céfadroxyl	Gélule 500 mg, suspension buvable 125 mg/5ml, 250 mg /5ml		x	x	x	x
Céfuroxime	Comprimé et granulés : 125 mg, 250 mg Poudre pour forme buvable : 125 mg/5ml Solution injectable : 250 mg, 750 mg,		x	x	x	x
Ceftazidime	Poudre pour préparation injectable : 500 mg					x
Ceftriaxone	Poudre pour préparation injectable : 250mg, 500mg, 1 g					x
Céfotaxime	Poudre pour préparation injectable : 1 g		x	x	x	x
Clofazimine	Comprimé : 50 mg, 100 mg		x	x	x	x
5.4. Autres anti-bactériens						
Azitromycine	Gélule 250 mg, 500 mg Forme buvable : 250 mg/5ml	x	x	x	x	x
Céfazoline	Poudre pour préparation injectable : 0,5 g, 1g, 2g/10ml					x
Chloramphénicol	Gélules : 250 mg Forme buvable : 125 ou 150 mg/5 ml, Poudre pour préparation injectable : 1g (s/f succinate sodique) Suspension huileuse pour injection : 0,5g/ml (succinate sodique) amp. 2 ml	x	x	x	x	x

Chloramphénicol	Poudre pour préparation injectable : 1g (s/f succinate sodique) Suspension huileuse pour injection : 0,5g/ml (succinate sodique) amp. 2 ml		x	x	x	x
Ciprofloxacine	Comprimé : 250 mg, 500 mg, Solution pour perfusion i.v : 2 mg/ml flacon de 100ml	x	x	x	x	x
Doxycycline	Comprimé : 100 mg, 200 mg	x	x	x	x	x
Clindamycine	Comprimé : 75 mg, 150mg	x	x	x	x	x
Erythromycine	Comprimé : 250 mg , 500 mg Poudre pour forme buvable : 125mg/5ml, 250 mg/5ml	x	x	x	x	x
Gentamycine	Solution injectable : 40 mg / 2 ml , 80 mg / 2 ml	x	x	x	x	x
Spectinomycine	Poudre pour préparation injectable : 2g en flacon		x	x	x	x
Métronidazole	Solution injectable : 500 mg/100 ml Ovule vaginale 500 mg		x	x	x	x
Vancomycine	Poudre pour préparation injectable : 125mg, 250mg		x	x	x	x
5.5. Antilépreux						
MBA (Rifampicine 300mg x 2 + Clofazimine 50mg + Dapsone 100mg)	Comprimé :Rifampicine 300 mg x 2+ Clofazimine 50 mg + Dapsone 100 mg	x	x	x	x	x
PBA (Rifampicine 300mg x 2 + Dapsone100mg)	Comprimé :Rifampicine 300 mg x 2 + Dapsone100 mg	x	x	x	x	x
MBE (Rifampicine 300 mg + Rifampicine 150 mg + Clofazimine 50 mg + Dapsone 50 mg)	Comprimé :Rifampicine 300 mg+ Rifampicine 150 mg+ Clofazimine 50 mg+Dapsone 50 mg	x	x	x	x	x
MBE (Rifampicine 300mg + Clofazimine 50mg + Dapsone 25mg)	Comprimé :Rifampicine 300 mg+Clofazimine 50 mg+Dapsone 25 mg	x	x	x	x	X
PBE (Rifampicine 300mg + Rifampicine 150mg + Dapsone 50 mg)	Comprimé :Rifampicine 300 mg+ Rifampicine 150 mg + Dapsone 50 mg	x	x	x	x	x
PBE (Rifampicine 300mg + Dapsone 25mg)	Comprimé :Rifampicine 300 mg+ Dapsone 25 mg	x	x	x	x	x
5.7. Antituberculeux						
5.7.1. Antituberculeux séparés						
Rifampicine (R)	Gélule : 150 mg, 300 mg	x	x	x	x	x
Isoniazide (H)	Comprimé : 100 mg, 300 mg	x	x	x	x	x
Pyrazinamide (Z)	Comprimé : 400 mg, 500 mg	x	x	x	x	x
Ethambutol (E)	Comprimé : 400 mg	x	x	x	x	x

Streptomycine(S)	Poudre pour préparation injectable : 750 mg, 1 g	x	x	x	x	x
Kanamycine(Km)	Poudre pour préparation injectable : 1g					x
Clofazimine (Cfz)	Comprimé : 50 mg, 100 mg	x	x	x	x	x
Prothionamide(Pto)	Comprimé : 250 mg	x	x	x	x	x
Gatifloxacin (Gfx)	Comprimé : 200 mg ou 400 mg, 20 mg ou 40 mg ou Contenants souples 200 ou 400 ml (sol. aqueuses ou de dextrose à 5 %)	x	x	x	x	x
Cyclosérine (Cs)	Gélule : 250 mg ou 300 mg	x	x	x	x	x
Ofloxacin (Ofx)	Comprimé : 200 mg	x	x	x	x	x
5.7.2. Antituberculeux combinés						
RHZE 150/75/400/275	Comprimé : Rifampicine 150mg + Isoniazide 75mg + Pyrazinamide 400mg + Ethambutol 275mg	x	x	x	x	x
RH 150/75	Comprimé : Rifampicine 150 mg + Isoniazide 75 mg	x	x	x	x	x
RHZ 60/30/150	Comprimé : Rifampicine 60 mg + Isoniazide 30 mg + Pyrazinamide 150 mg	x	x	x	x	x
RH 60/30	Comprimé : Rifampicine 60mg + Isoniazide 30mg	x	x	x	x	x
RH 60/60	Comprimé : Rifampicine 60 mg+ Isoniazide 60 mg	x	x	x	x	x
6. ANTIFONGIQUES						
Amphotéricine B	Poudre pour préparation injectable : 50 mg en flacon Solution buvable : 10% en flacon de 40 ml		x	x	x	x
Fluconazole	Capsule : 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg Forme buvable : 50mg/5ml	x	x	x	x	x
Fluconazole	Solution injectable : 2 mg/ml en flacon		x	x	x	x
Econazole	Crème vaginale à 1 % Ovule : 150 mg	x	x	x	x	x
Griséofulvine	Comprimé : 250 mg, 500 mg	x	x	x	x	x
Nystatine	Comprimé : 100.000 UI., 500.000 UI. Forme buvable : 100.000 UI./ml Ovule vaginal : 100.000 UI.	x	x	x	x	x
Kétoconazole	Comprimé : 200 mg Crème à 2%	x	x	x	x	x
Miconazole	Comprimé vaginal : 400 mg Poudre pour application locale : 2% Pommade et crème : 1%, 2% Gel buccal : 2%	x	x	x	x	x

7. ANTIVIRAUX						
7.1. Antiherpétiques						
Aciclovir	Comprimé : 200 mg, 400 mg, 800 mg, Poudre pour préparation injectable : 250 mg en flacon Pommade ophtalmique à 3% Crème dermique à 5 %		x	x	x	x
7.2. Antirétroviraux						
7.2.1. Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INRT)						
Abacavir (ABC)	Comprimé : 60 mg, 300 mg Forme buvable : 100mg/5ml		x	x	x	x
Didanosine (ddI)	Comprimé (dispersible tamponné à croquer) : 25mg, 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250 mg Gélule : 125 mg, 200 mg, 250 mg, 400 mg Poudre pour forme buvable : 100mg, 167mg, 250mg en sachet		x	x	x	x
Emtricitabine (FTC)	Gélule : 200 mg	x	x	x	x	x
Lamivudine (3TC)	Comprimé : 100 mg, 150 mg, 300 mg Forme buvable : 50mg/5ml	x	x	x	x	x
Stavudine (d4T)	Gélule : 15 mg, 20 mg Poudre pour forme buvable : 5mg / 5ml	x	x	x	x	x
Zidovudine (AZT ou ZDV)	Comprimé : 60 mg, 300 mg Gélule : 100 mg, 250 mg, 300 mg Forme buvable : 50mg/5ml	x	x	x	x	x
7.2.2. Inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse						
Ténofovir (TDF)	Comprimé : 300 mg	x	x	x	x	x
7.2.3. Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNRT)						
Efavirenz (EFZ ou EFV)	Comprimé : 100 mg, 200 mg, 600 mg Gélule : 50 mg, 100 mg, 200 mg Formebuvable : 150mg/5ml	x	x	x	x	x
Etravirine (ETV)	Comprimé : 100 mg, 200 mg		x	x	x	x
Névirapine (NVP)	Comprimé : 200 mg Forme buvable : 50mg/5 ml	x	x	x	x	x
7.2.4. Inhibiteurs de la protéase						
Atazanavir (ATZ)	Comprimé : 300 mg		x	x	x	x
Darunavir	Comprimé : 400 mg, 600 mg		x	x	x	x
Lopinavir + Ritonavir (LPV /r)	Comprimé (thermostable) : 200 mg+50 mg, 100 mg + 25 mg Forme buvable : 400mg+100mg/5ml		x	x	x	x
Ritonavir	Comprimé (thermostable) : 100 mg Forme buvable : 400mg/5ml		x	x	x	x
Saquinavir (SQV)	Gélule : 200 mg				x	x
Fosamprenavir	Comprimé : 700 mg		x	x	x	x
7.2.5. Associations fixes Combinaisons pédiatriques						

Efavirenz+Emtricitabine+Ténofovir	Comprimé : 600 mg + 200 mg + 300 mg	x	x	x	x	x
Emtricitabine + ténofovir	Comprimé : 200 mg + 300 mg	x	x	x	x	x
Efavirenz+Lamivudine+Ténofovir	Comprimé : 600 mg + 300 mg + 300 mg	x	x	x	x	x
Lamivudine + Ténofovir	Comprimé : 300 mg + 300 mg	x	x	x	x	x
Stavudine + Lamivudine (D4T+3TC)	Comprimé : 30 mg+150 mg, 6 mg+30 mg, 12 mg+60 mg	x	x	x	x	x
Stavudine + Lamivudine + Névirapine (D4T+3TC+NVP)	Comprimé : 30mg+150mg+200mg, 6mg+30mg+50mg, 12mg+60mg+100mg	x	x	x	x	x
Zidovudine + Lamivudine (AZT+3TC)	Comprimé : 300 mg + 150 mg	x	x	x	x	x
Zidovudine + Lamivudine + Abacavir (AZT+3TC+ABC)	Comprimé : 150 mg + 150 mg + 200 mg	x	x	x	x	x
Zidovudine + Lamivudine (AZT+3TC)	Comprimé : 60 mg + 30 mg	x	x	x	x	x
Zidovudine + Lamivudine + Abacavir (AZT+3TC+ABC)	Comprimé : 300 mg + 150 mg + 300 mg	x	x	x	x	x
Zidovudine + Lamivudine + Névirapine (AZT+3TC+NVP)	Comprimé : 300 mg + 150 mg + 200 mg), 60 mg+30 mg+30 mg	x	x	x	x	x
Abacavir + Lamivudine	Comprimé : 300 mg + 150 mg, 60 mg+30 mg	x	x	x	x	x
Zidovudine + Lamivudine + Névirapine (AZT+3TC+NVP)	Comprimé : 300 mg + 150 mg + 200 mg, 60 mg+30 mg+30 mg	x	x	x	x	x
8. ANTIMIGRAINEUX						
8.1. Traitement de la crise						
Acideacétylsalicylique	Comprimé : 500 mg	x	x	x	x	x
Ergotamine	Comprimé : 1 mg, 4,5 mg Gouttes buvables : 2 mg/ml	x	x	x	x	x
Paracétamol	Comprimé : 100 mg, 500 mg Forme buvable : 125 mg / 5 ml	x	x	x	x	x
8.2. Traitement prophylactique						
Propranolol	Comprimé : 10 mg, 20 mg, 40 mg	x	x	x	x	x
Acidevalproïque	Comprimé : 200 mg	x	x	x	x	x
9. ANTIPARKINSONIENS						
Bipéridène	Comprimé : 2 mg	x	x	x	x	x
Lévodopa + carbidopa	Comprimé : 100 mg + 10 mg, 250 mg + 25 mg	x	x	x	x	x

10. MEDICAMENTS UTILISES EN HEMATOLOGIE						
10.1. Antianémiques						
Selsferreux	Comprimé : correspondant à 60 mg de fer Forme buvable : correspondant à 25 mg de fer /ml	x	x	x	x	x
Fer (sels de fer) + acide folique	Comprimé : 200 mg (fer) + 0,5 mg (ac. folique), 200 mg (fer) + 1 mg (ac. folique)	x	x	x	x	x
Acidefolique	Comprimé : 1 mg, 5 mg	x	x	x	x	x
Hydroxocobalamine	Solution injectable : 1 mg / ml		x	x	x	x
10.2. Anticoagulants						
Enoxaparine	Solution injectable : 0,2 ml, 0,4 ml, Solution injectable : 2 000 UI , 5 000 UI, 6 000 UI, 10 000 UI				x	x
Héparinate de sodium	Solution injectable : 1 000 UI/ml, 2 000 UI/ml, 5 000 UI / ml, flacon de 5 ml				x	x
Héparinate de calcium	Solution injectable : 7500 UI / 0,3 ml , 5 000 UI/0,2 ml					x
Daltéparinesodique	Solution injectable : 1000 UI, 2 500 UI, 5 000 UI / 0,2 ml , 7 500 UI / 0,75 ml et 10 000 UI					x
Protamine sulfate	Solution injectable : 50 mg / 5 ml					x
Acénocoumarol	Comprimé : 4 mg		x	x	x	x
10.3. Médicaments de l'hémostase						
Hémocaprol (ac. aminocaproïque)	Solution injectable : 2 g / 10 ml		x	x	x	x
HEC pde hémostatique et calmante	Pommade tube de 20 g		x	x	x	x
Vitamine K1 (phytoménadione)	Solution injectable : 10 mg / ml	x	x	x	x	x
Dicynone	Comprimé : 250 mg, 500 mg Solution injectable : 250 mg/2ml		x	x	x	x
11. SUBSTITUTS DU PLASMA						
Dextran 70	Solution injectable : 6 %		x	x	x	x
Gélatinemodifiée	Solution injectable : 3,5 %		x	x	x	x
Hydroxyéthylamidon	Solution injectable : 6 % et 10 %		x	x	x	x
12. MEDICAMENTS POUR LE SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE						
12.1. Antiangoreux						
Aténolol	Comprimé : 50 mg, 100 mg Solution injectable : 5 mg/10 ml		x	x	x	x
Vérapamil	Comprimé : 40 mg, 80 mg					x
Isosorbide dinitrate	Comprimés sublingual : 5 mg		x	x	x	x
Isosorbide dinitrate	Comprimés sublingual : 10 mg , 20 mg					x
Propranolol	Comprimé : 10 mg, 20 mg, 40 mg		x	x	x	x
Nifédipine	Comprimé : 10 mg		x	x	x	x

12.2. Antiarythmiques						
Cordarone	Comprimé : 200 mg Solution injectable : 150 mg/3 ml		x	x	x	x
Aténolol	Comprimé : 50 mg, 100 mg					x
Digoxine	Comprimé : 0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg, 2 mg Forme buvable : 5 µg/0,1 ml		x	x	x	x
Vérapamil	Solution injectable : 2,5 mg/ml en ampoule de 2 ml					x
Isoprénaline	Solution injectable : 0,2 mg/ml					x
Cedilanide	Solution injectable : 0,4 mg/2ml					x
Disopyramide	Comprimé : 250 mg, gélule 100 mg		x	x	x	x
Carvédilol	Comprimé : 6,25 mg, 3,125 mg					x
12.3. Antihypertenseurs						
Losartan	Comprimé : 25 mg, 50 mg		x	x	x	x
Hydrochlorothiazide	Comprimé : 25 mg, 50 mg		x	x	x	x
Aténolol	Comprimé : 50 mg, 100 mg	x	x	x	X	x
Captopril	Comprimé : 12,5 mg, 25 mg, 50 mg	x	x	x	x	x
Enalapril	Comprimé : 5 mg, 20 mg					x
Nifédipine	CompriméLP : 20 mg, 30 mg	x	x	x	x	x
Nicardipine	Comprimé LP : 50 mg Solution injectable : 5 mg/5ml, 10mg/10ml					x
Méthylodopa	Comprimé : 250 mg, 500 mg		x	x	x	x
Clonidine	Comprimé : 0,15 mg Solution injectable : 0,15 mg/1ml		x	x	x	x
Furosémide	Comprimé : 20, 40 mg, 500 mg Forme buvable : 10 mg/ ml Solution injectable : 20 mg/2 ml - 40 mg/2ml, 250 mg/2ml	x	x	x	x	x
Spironolactone	Comprimé : 25 mg, 50 mg, 100 mg		x	x	x	x
Labetalol (Trandate)	Solution injectable : 100 mg / 20 ml		x	x	x	x
12.4. Cardiotoniques						
Digoxine	Comprimé : 0,25 mg Forme buvable : 5 µg /0,1 ml		x	x	x	x
Dopamine	Solution injectable : 40 mg/ml en flacon de 5 ml		x	x	x	x
Dobutamine	Solution injectable : 250 mg/20ml					x

13. MEDICAMENTS UTILISES EN DERMATOLOGIE						
13.1. Antifongiques						
Acidebenzoïque + acidesalicylique	Pommade : 6 % + 3 %	x	x	x	x	x
Miconazole	Pommadeoucrème : 1 %, 2 %; poudre	x	x	x	x	x
Kétoconazole	Crème : 2 % Shampooing	x	x	x	x	x
13.2. Médicaments de la différenciation et de la prolifération cutanées						
Podophylline	Solution application locale : 10 % - 25 %		x	x	x	x
Nitrate d'argent	Crayon	x	x	x	x	x
13.3. Anti-infectieux						
Violet de gentiane	Solution aqueuse : 0,5 %	x	x	x	x	x
Néomycine + Bacitracine	Pommade à 5 mg néomycine + 500 UI de bacitracine - zinc / g	x	x	x	x	x
Permanganate de Potassium	Comprimé : 500 mg Solution aqueuse à 1:10 000	x	x	x	x	x
Acidefusidique	Crème et pommade : 2% en tube de 15 g	x	x	x	x	x
13.4. Anti-inflammatoires et Antiprurigineux						
Betaméthasone	Pommade et crème : 0,1 % (s/f valérate)		x	x	x	x
Hydrocortisone	Pommade et crème : 1 %		x	x	X	x
13.5. Scabicides et Pédiculicides						
Benzoate de benzyle	Lotion pour application locale : 25%	x	x	x	x	x
14. PRODUITS DE DIAGNOSTIC						
14.1. Enophtalmologie						
Fluorescéine	Collyre : 1% (sel de sodium)		x	x	x	x
Atropine	Collyre : 0,5% , 1 %		x	x	x	x
Cyclopentolate	Collyre : 1 %		x	x	x	x
14.2. Produits de contraste						
Acide ioxitalamique (sel de méglumine)	Solution injectable Iode : 250 mg / ml, 300 mg / ml Solution intra-utéro iode 300 mg / ml					x
Acide ioxitalamique (sel de Na)	Iode Solution injectable : 120 mg / ml					x
Acide ioxitalamique (sel de Na + sel de méglumine)	Iode Solution injectable : 350 mg / ml					x
Amidotrizoate de Na + amidotrizoate de méglumine	Iode Solution injectable : 14,6 g / 100 ml, 37 g / 100 ml					x

15. DESINFECTANTS ET ANTISEPTIQUES						
15.1. Antiseptiques						
Chlorhexidine	Solution : 5% (digluconate)	x	x	x	x	x
Ethanol	Solution : 70% dénaturée	x	x	x	x	x
Polyvidone iodée	Solution : 10%	x	x	x	x	x
Chloramine	Comprimé : 500 mg à dissoudre dans l'eau		x	x	x	x
Eauoxygénée	Solution : 20 volumes (6%)	x	x	x	x	x
15.2. Désinfectants						
Eau de javel solution (hypochlorite de Na)	Solution aqueuse : 12 %	x	x	x	x	x
Formaldéhyde (formol)	Comprimé pour solution à 35%	x	x	x	x	x
Bleu de méthylène	Solution	x	x	x	x	x
Chlorxylénol	Solution : 4,8%	x	x	x	x	x
Hypochlorite de sodium (Dakin)	Solution pour application locale : 500mg/100ml en flacon 250 et 500 ml	x	x	x	x	x
Sodium Dichloroisocyanurate	Poudre, Comprimé : 2,5 g, 5 g	x	x	x	x	x
Glutaraldehyde	Solution concentrée de 2,2% à 2,7% en bidon de 5 litres		x	x	x	x
Ortho-phthalaldehyde	Solution concentrée à 0,55% en bidon de 5 litres		x	x	x	x
16. DIURETIQUES						
Furosémide	Comprimé : 40 mg Forme buvable : 20mg/5ml Solution injectable : 20 mg/2ml		x	x	x	x
Spironolactone	Comprimé : 25 mg, 50 mg, 100 mg		x	x	x	x
Mannitol	Solution injectable : 10%, 20%, 30% flacon 500 ml		x	x	x	x
17. MEDICAMENTS INDIQUES EN GASTROENTEROLOGIE						
17.1. Antiacides et autres antiulcéreux						
Hydroxyde d'aluminium	Comprimé : 500 mg	x	x	x	x	x
Cimétidine	Comprimé : 200 mg Solution injectable : 200 mg / 2 ml		x	x	x	x
Hydroxyde de magnésium	Solution buvable : correspondant à 550 mg d'oxyde de magnésium /10ml	x	x	x	x	x
Ranitidine	Comprimé : 75 mg, 150 mg, 300 mg Solution injectable : 25mg/ml en ampoule de 2 ml		x	x	x	x
Oméprazole	Gélule : 20 mg, 40 mg		x	x	x	x
17.2. Antiémétiques						
Métoclopramide	Comprimé : 10 mg Forme buvable : 5mg/5ml (suspension en pédiatrie) Suppositoire : 10 mg, 20 mg	x	x	x	x	x
Métoclopramide	Solution injectable : 10 mg / 2 ml		x	x	x	x

Prométhazine	Comprimé : 10 mg, 25 mg	x	x	x	x	x
Granisetron	Solution injectable : 1 mg/ml					x
Ondansetron	Solution injectable : 4 mg /2 ml					x
Domperidone	Comprimé : 10 mg Forme buvable : 5 mg/5ml Suppositoires : 10 mg , 30 mg , 60 mg	x	x	x	x	x
17.3. Anti-inflammatoires						
Sulfasalazine	Comprimé : 500 mg Suppositoire : 500 mg	x	x	x	x	x
17.4. Laxatifs						
Huile de paraffine	Solution buvable	x	x	x	x	x
Glycérine	Suppositoire : 1,3g et 2,4g	x	x	x	x	x
Bisacodyl	Comprimé : 5 mg, 10 mg Suppositoire : 10 mg	x	x	x	x	x
17.5. Antihémorroïdaires						
Anusol®	Pommaderectale, suppositoire		x	x	x	x
Daflon®	Comprimé : 500 mg, 375 mg		x	x	x	x
Venosmil®	Gélule : 200 mg Gel dermique		x	x	x	x
17.6. Spasmodiques						
Atropine	Solution injectable : 1 mg/ml ampoule 1 ml	x	x	x	x	x
N-Butylhyoscine bromure ou N-Butylscopolamine bromure	Comprimé : 10 mg Solution injectable : 20mg/ml ampoule 1 ml	x	x	x	x	x
Papavérine	Comprimé : 40 mg	x	x	x	x	x
Phloroglucinol	Comprimé : 80 mg	x	x	x	x	x
Phloroglucinol	Solution injectable : Phloroglucinol 40mg + Triméthylphloroglucinol 40µg ampoule de 4ml		x	x	x	x
Drotaverine	Comprimé : 40 mg Solution injectable : 40 mg/2 ml	x	x	x	x	x
18. HORMONES ET AUTRES MEDICAMENTS INDIQUES EN ENDOCRINOLOGIE ET CONTRACEPTIFS						
18.1. Antidiabétiques						
Glibenclamide	Comprimé : 5 mg	x	x	x	x	x
Insuline humaine (lente, semi-lente et ordinaire)	Solution injectable : 100 UI /ml		x	x	x	x
Metformine	Comprimé : 500 mg - 850 mg , 1000 mg	x	x	x	x	x
Gliclazide	Comprimé : 30 mg, 80 mg	x	x	x	x	x
18.2. Hormones thyroïdiennes et antithyroïdiens						
Lévothyroxine	Comprimé : 50 µg, 100 µg					x
Iodure de potassium	Comprimé : 60 mg					x

18.3. Hormones surrénaliennes et corticoïdes de synthèse						
Dexaméthasone	Comprimé : 0,5 mg, 4 mg Solution injectable : 4 mg/ml ampoule de 1 ml					x
Hydrocortisone	Poudre pour préparation injectable : 100 mg Pommade et crème : 1%	x	x	x	x	x
Prednisolone	Comprimé : 5 mg		x	x	x	x
Testostérone	Solution injectable : 200 mg/ml ampoule de 1 ml					x
Mesterologènes	Comprimé : 25 mg					x
18.5. Estrogènes						
Ethinylestradiol (Astroge [®])	Comprimé : 10 g, 50 g					x
18.6. Inducteurs de l'ovulation						
Clomifène	Comprimé : 50 mg					x
18.7. Contraceptifs						
18.7.1. Hormonaux						
18.7.1.1. Progestatifs						
Progestérone	Gel pour application locale					x
18.7.1.1.1. Oraux						
Ethinylestradiol + lévonorgestrel	Comprimé : (30 µg +150 µg), (50 µg + 250 µg), (75µg +150µg)	x	x	x	x	x
Ethinylestradiol + noréthisterone	Comprimé : (35 µg+1 mg)		x	x	x	x
Ethinylestradiol	Comprimé : 20µg, 30µg, 40µg					x
Levonorgestrel	Comprimé : 30 µg, 750 µg	x	x	x	x	x
Oestrogel	Gel : 0,6%					x
Dydrogestérone	Comprimé : 10 mg					x
18.7.1.1.2. Solution injectable						
Acétate de médroxyprogestérone	Solution injectable retard : 150 mg/ml en flacon de 1 ml	x	x	x	x	x
Enantate de Noréthistérone	Solution huileuse : 200 mg/ml en ampoule de 1 ml	x	x	x	x	x
Implant Jadelle	Implant libérant du lévonorgestrel (75 mg / bâtonnet soit 150mg total)	x	x	x	x	x
18.8. Préservatifs						
Préservatif masculin		x	x	x	x	x
Préservatif féminin		x	x	x	x	x
Gel lubrifiant à usage intime	Gel	x	x	x	x	x
18.9. Spermicides						
Menfégol	Crème ou gel	x	x	x	x	x
Néosampon	Comprimé : vaginal	x	x	x	x	x

18.10. Dispositifs Intra-utérins						
Stérilet (D.I.U)	TCu 380	x	x	x	x	x
19. IMMUNOGLOBULINES, SERUMS ET VACCINS						
19.1. Immunoglobulines et sérums						
Immunoglobulines anti-D	Solution injectable : 250 µg en flacon unidose		x	x	x	x
Immunoglobulines anti-tétaniques	Solution injectable : 500 UI en flacon	x	x	x	x	x
Anatoxinediphtérique	Solution injectable : 10.000 UI, 20.000 UI en flacon		x	x	x	x
Sérumantivenimeux polyvalent	Solution injectable	x	x	x	x	x
19.2. Vaccins						
19.2.1. Vaccinsuniversels						
vaccin BCG	Solution injectable : 0,05 ml	x	x	x	x	x
Vaccinantipoliomyélitique	Oral 2 gouttes	x	x	x	x	x
Vaccinantitétanique	Solution injectable : 0,5 ml	x	x	x	x	x
Vaccinantirougeoleux	Solution injectable : 0,5 ml	x	x	x	x	x
Vaccin pentavalent (Diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite virale B, Haemophilus influenzae type B)	Solution injectable : 0,5 ml	x	x	x	x	x
PCV-13	Solution injectable : 0,5 ml	x	x	x	x	x
Vaccinantitrotavirus	oral 2 gouttes	x	x	x	x	x
19.2.2. Vaccinsspécifiques						
Vaccin anti-hépatite B		x	x	x	x	x
Vaccinantirabique		x	x	x	x	x
Vaccinantityphoïdique		x	x	x	x	x
Vaccinantiamaril (fièvre jaune)	Solution injectable : 0,5 ml	x	x	x	x	x
Vaccinantiméningococcique		x	x	x	x	x
20. MYORELAXANTS ET INHIBITEURS DE LA CHOLINESTERASE						
Néostigmine	Comprimé : 15 mg Solution injectable : 0,5 mg/ml, 2,5 mg/ml ampoul de 1 ml		x	x	x	x
Suxaméthonium	Solution injectable : 50 mg/ml ampoule de 2 ml		x	x	x	x
Vécuronium	Poudre pour préparation injectable : 10 mg		x	x	x	x

21. PREPARATION POUR L'OPHTALMOLOGIE						
21.1. Anti-infectieux						
Aciclovir	Collyre : 3%	x	x	x	x	x
Tétracycline	Pommade ophtalmique : 1% en tube de 15 g	x	x	x	x	x
Rifamycine	Collyre : 1 000 000 UI / 100 ml en flacon 10 ml	x	x	x	x	x
Ofloxacin	Collyre : 0,3%	x	x	x	x	x
Chloramphénicol	Collyre : 0,5% en flacon de 10 ml	x	x	x	x	x
Gentamycine	Collyre : 0,3%	x	x	x	x	x
Ciprofloxacine	Collyre : 0,3% en flacon de 5 ml	x	x	x	x	x
21.2. Anti-inflammatoires						
Prednisolone	Collyre : 1%, 0,5%	x	x	x	x	x
Flurbiprofène	Collyre : 0,03 % en flacon de 5 ml	x	x	x	x	x
21.3. Anesthésiques locaux						
Tétracaïne	Collyre : 0,5%	x	x	x	x	x
21.4. Miotiques et antiglaucomateux						
Acétazolamide	Comprimé : 250 mg	x	x	x	x	x
Pilocarpine	Collyre : 2%, 4%					x
Dorzolamide	Collyre : 2%		x	x	x	x
Timolol	Collyre : 0,25%, 0,5% en flacon de 10 ml					x
21.5. Mydriatiques						
Atropine	Collyre : 0,5%, 1%	x	x	x	x	x
Tropicamide	Collyre : 0,50%		x	x	x	x
21.6. Lubrifiants						
Hydroxypropylcellulose	Collyre : 5 %		x	x	x	x
21.7. Antifongiques						
Natamycine	Collyre : 5 %		x	x	x	x
21.8. Anti-allergiques						
Cromoglycate	Collyre : 2%		x	x	x	x
22. OCYTOCIQUES ET ANTI-OCYTOCIQUES						
22.1. Ocytociques						
Méthylergométrine	Solution injectable : 0,2 mg/ml ampoule 1 ml Gouttes buvables : 0,25 mg/ml	x	x	x	x	x
Prépidil	Gel vaginal : 0,5 mg					x
Misoprostol	Comprimé 200 µg Ovule vaginale : 25 µg	x	x	x	x	x
Oxytocine	Solution injectable : 10 UI/ml en ampoule de 1 ml	x	x	x	x	x
22.2. Anti-ocytociques (Antagonistes)						
Salbutamol	Solution injectable : 0,5 mg/ml, Forme buvable : 5 mg/5ml Suppositoire : 1 mg		x	x	x	x

23. PSYCHOTROPES						
23.1. Médicaments utilisés dans les désordres psychotiques (Antipsychotiques)						
Chlorpromazine	Comprimé : 100 mg Forme buvable : 25mg/5ml Solution injectable : 50 mg/2ml		x	x	x	x
Halopéridol	Comprimé : 2 mg, 5 mg Forme buvable : 2 mg/ml Solution injectable : 5 mg/ml ampoule de 1 ml		x	x	x	x
Haldol décanoas	Solution injectable : 50 mg/ml, 100 mg/ml					x
Déhydrobenzylpéridol	Solution injectable : 5 mg/2ml					x
Levomépromazine	Comprimé : 25 mg , 100 mg					x
Flupentixol	Comprimé : 0,5mg, 1mg, 3mg Solution injectable : 100 mg / ml en ampoule 1 ml					x
Fluphénazine	Solution injectable : 25 mg / ml en ampoule 1 ml					x
Zuclopenthixol	Comprimé : 25 mg Solution injectable : 50 mg/ml, 200 mg/ml					x
Pipamperon	Comprimé : 40 mg, gouttes orales 40 mg/ml					x
Pimozide	Comprimé : 1 mg, 4 mg					x
Sulpiride	Comprimé : 200 mg Solution injectable : 200 mg/2ml		x	x	x	x
Olanzapine	Comprimé : 5 mg, 10 mg					x
Risperidone	Comprimé : 2 mg					x
23.2. Médicaments des troubles de l'humeur						
23.2.1. Antidépresseurs						
Amitriptyline	Comprimé : 25 mg, 50 mg		x	x	x	x
Clomipramine	Comprimé : 10mg, 25mg, 75mg Solution injectable : 25 mg/ml		x	x	x	x
Imipramine	Comprimé : 10mg, 25mg		x	x	x	x
Citalopram	Comprimé : 20mg, 40mg		x	x	x	x
Fluoxétine	Comprimé ou gélule : 20 mg		x	x	x	x
Maprotiline	Comprimé : 10mg, 25mg		x	x	x	x
23.2.2. Troubles bipolaires (Normothymiques)						
Carbamazépine	Comprimé : 100 mg, 200 mg, 400 mg		x	x	x	x
Acide valproïque	Comprimé : 100 mg, 200 mg, 500 mg Forme buvable : 200 mg/5 ml		x	x	x	x
Carbonate de lithium	Comprimé : 250 mg, 400 mg		x	x	x	x
23.3. Anxiolytiques et hypnotiques						
Hydroxyzinedihydrochloride	Comprimé : 25 mg		x	x	x	x

Diazépam	Comprimé sécable : 5mg, 10mg Solution injectable : 10mg/2ml Solution par voie rectale : 5mg/ml en tube de 2 ml	x	x	x	x	x
Alprazolam	Comprimé : 0,25 mg, 0, 50 mg, 1 mg		x	x	x	x
Zolpidem	Comprimé : 10 mg		x	x	x	x
23.4. Médicaments des troubles obsessionnels compulsifs et attaque de panique						
Clomipramine	Gélule : 10 mg, 25 mg Solution injectable : 25mg/2ml		x	x	x	x
Citalopram	Comprimé : 20 mg, 40 mg		x	x	x	x
23.5. Anti-parkinsoniens						
Bipéridène	Comprimé : 2mg, 4mg Solution injectable : 5mg en ampoule de 1 ml		x	x	x	x
Lévodopa + Bensérazide (Prolopa®)	Comprimé : Lévodopa 200mg + Benzérazide 50 mg		x	x	x	x
Procyclidine (Kemadrin ^R)	Comprimé : 5 mg		x	x	x	x
23.6. Anti-convulsivants et Anti-épileptiques						
Acidevalproïque	Comprimé : 200 mg Forme buvable 200 mg/5ml, 300 mg/5 ml		x	x	x	x
Carbamazépine	Comprimé : 200 mg, 400 mg		x	x	x	x
Phénobarbital	Comprimé : 50 mg, 100 mg	x	x	x	x	x
Diphantoïne	Comprimé : 100 mg				x	x
Diazépam	Solution injectable : 10 mg/2ml	x	x	x	x	x
Sulfate de magnésium	Solution injectable : 15% (0,15g/ml) ampoule de 10 ml, 50% (0,50g/ml) ampoule de 10 ml	x	x	x	x	x
24. MEDICAMENT INDIQUES EN PNEUMOLOGIE						
24.1. Antiasthmatiques						
Kétotifène	Comprimé : 1 mg , 2 mg, sirop 1 mg/5ml		x	x	x	x
Adrénaline	Solution injectable : 0,25 mg/ml, 0,50 mg /ml, 1 mg/ml		x	x	x	x
Théophylline à libération prolongée	Comprimé : 100 mg, 200 mg, 300 mg	x	x	x	x	x
Bromure d'ipratropium	Inhlateur aérosol doseur 20 µg/dose, 50 µg/dose, 250 µg/dose(HFA)	x	x	x	x	x
Bromure d'ipratropium	Solution pour inhalation/nébuliseur 0,5 mg/2ml(HFA)		x	x	x	x
Aminophylline	Comprimé : 100 mg	x	x	x	x	x
Aminophylline	Solution injectable : , 25 mg/ml		x	x	x	x
Béclométhasone	Inhalateur aérosol doseur 50 µg / dose,100µ/dose, 250 µg / dose (HFA)	x	x	x	x	x

Salbutamol	Comprimé : 2 mg, 4 mg Forme buvable : 2 mg/5ml Solution injectable : 50 µg/ml ampoule 5ml, 0,5 mg/ml (SC), 5 mg/5 ml (IV) Inhalateur aérosol doseur, 50 µg / dose, 100 µg/dose, 200 µg/dose, 250 µg / dose (HFA)	x	x	x	x	x
Salbutamol	Solution pour inhalation/nébuliseur : 5 µg/5 ml, 2,5µg/2.5ml (HFA)		x	x	x	x
Terpinecodéine	Comprimé : 0,15 mg		x	x	x	x
25. CORRECTIONS DES TROUBLES HYDRO-ELECTROLYTIQUES ET ACIDO-BASIQUES						
25.1. Réhydratation orale						
Sels de réhydratation orale (SRO)	Poudre à diluer : Glucose 13,5 g/L; Chlorure de sodium 2,6 g/L; Chlorure de potassium 1,5 g/L; Citrate trisodique dihydraté+ 2,9 g/L	x	x	x	x	x
Sulfate de Zinc	Comprimé : 20 mg	x	x	x	x	x
25.2. Solution de remplissage						
Chlorure de potassium (KCl)	Solution injectable : 10 % ampoule de 2 ml		x	x	x	x
Chlorure de sodium (NaCl)	Solution injectable : isotonique 0,9 % (= 154 mmol/l de Na ⁺ et 154 mmol/l de Cl ⁻)	x	x	x	x	x
Glucosé	Solution injectable : 5% (isotonique), 10% (hypertonique) en poche de 125ml, 250ml, 500ml, 1litre Solution injectable : 30 % (hypertonique) ampoule de , 50 % (hypertonique) ampoule de 50 ml	x	x	x	x	x
Polygeline (Haemacel)	Solution pour perfusion : 4% poche de 500ml		x	x	x	x
Ringer lactate	Solution pour perfusion (Solution de Hartmann) : poche 500 ml et 1000 ml	x	x	x	x	x
26. VITAMINES ET ELEMENTS MINERAUX						
Acide ascorbique (vitamine C)	Comprimé : 500 mg Solution injectable : 1g/5ml	x	x	x	x	x
Nicotinamide (vitamine PP ou B3)	Comprimé : 50 mg	x	x	x	x	x
Pyridoxine (vitamine B6)	Comprimé : 25 mg	x	x	x	x	x
Vitamine B complexe	Comprimé, Solution injectable :	x	x	x	x	x
Rétinol	Capsule : 100.000 UI, 200.000 UI	x	x	x	x	x
Iode	Gélule : 200 mg Solution buvable dans l'huile : 240 mg/ml, 480 mg/ml ou 100 000 UI/ml (sous forme de palmitate) flacon doseur		x	x	x	x
Zinc	Comprimé : 20 mg	x	x	x	x	x

Riboflavine (vitamine B2 ou G)	Comprimé : 5 mg	x	x	x	x	x
Thiamine (vitamine B1)	Comprimé : 50 mg	x	x	x	x	x
Gluconate de calcium	Solution injectable IV : 100 mg/ml en ampoule de 10 ml	x	x	x	x	x
Multivitamine	Comprimé et Solution buvable	x	x	x	x	x
27. ANTINEOPLASIQUES						
Bléomycine	Poudre pour préparation injectable IV : 15 mg en flacon					x
Dacarbazine	Poudre pour préparation injectable IV : 100 mg en flacon					x
Vinblastine	Poudre pour préparation injectable IV : 10 mg en flacon					x
Doxorubicine	Poudre pour préparation injectable IV : 10 mg, 50 mg en flacon					x
Vincristine	Poudre pour préparation injectable IV : 1 mg en flacon					x
28. SUPPLEMENTS DE REHABILITATION NUTRITIONNELLE						
Plumpy nut®	Forme buvable : Sachet de 92 g (500 Kcal)	x				
Lait Thérapeutique Formule 100	Forme buvable : Sachet 456 g à diluer dans 2 litre d'eau bouillie tiède		x	x		
Lait Thérapeutique Formule 75	Forme buvable : Sachet 410 g à diluer dans 2 litre d'eau bouillie tiède		x	x		
RéSoMal	Forme buvable : Solution de réhydratation pour malnutris		x	x		
29. Divers						
Eau physiologique	Gouttes nasales : 0,9% en flacon de 15 ou 30 ml	x	x	x	x	x
Eau pour préparation Solution injectable :(eau P.P.I)	Solution injectable : flapule de 5 ml, 10 ml	x	x	x	x	x

VI.5 ANNEXE 5 : LISTE DE PERSONNES/ET INSTITUTIONS RENCONTREES

Date	Institution	Nom et prénoms	Fonction
16 Avril	DGP	Dr. Pierre Claver NDAYIHEREJE	DG Planification
	DGSSLS	Dr. MINANI Isaac	DG Services de Santé et Lutte contre le SIDA
	DPPS	Dr. NDAYISENGA Diomède	Directeur DPPS
		Dr MANIRAKIZA Longin	Conseiller DPPS
	CTN / FPB	Dr BASENYA Olivier	Coordonnateur Adjoint
17 Avril	PEV	Dr NIJIMBERE Olivier	Directeur
	PNILP	Dr. SINZINKAYO Denis	Directeur Adjoint
	PRONIANUT	Dr NKEZABAHIZI Fidèle	Directeur
		Dr. BIMENYIMANA Alain Parfait	Chef d'unité
	PNILMCNT	Dr. NIYONZIMA Etienne	Directeur
	IGSP	Dr MUNEZERO Providence	Inspecteur Général des Services de santé et SIDA
18 Avril	PNLS-IST	Dr NDAYIZEYE Aimé	Directeur
		Mme NDIKUMANA Aimée	Gestionnaire des Ressources
	PNILT	Dr NIFASHA Helménégilde	Directeur
		Dr Adeline MANIRAMBONA	Directeur Adjoint
		Dr SHINGIRO Achille	Expert Tuberculose
		Dr NDIHOKUBWAYO Euphrasie	Expert Suivi-évaluation
		Dr. NTIBARUFATA Pancrace	Expert pour la Lèpre
	Direction RH	Mme NDAGIJE Mariam	Directrice
	Direction RH	Dr MAHENEHENE Barnabé	Conseiller DGR
19 Avril	DPML	Ph BAMENYEKANYE Emanuel	Directeur
		M. BIZOZA Aimable	Service Approvisionnement
		M. NIMUBONA Israël	Sce Réglementation
	PNSR	Dr NDEREYE Juma	Directeur
	FHI360	Dr NIYONSABA Clément	Directeur
		Dr GASHOBOTSE Dismas	Project Manager

22 Avril	DPSHA	Dr MISAGO Léonidas	Directeur
	DODS	DR NIYONKURU Jacques	Directeur a.i
23 Avril	DSINIS	Dr HASSAN Asmini	Directrice
	Croix Rouge du Burundi	M. KATIYUNGURUZA Anselme	Secrétaire Exécutif
		Dr NKURIKIYE Martine	Chef Dpt Santé communautaire
		M. NCABWENGE Sylvere	Responsable "Financements Fond Mondial"
24 Avril	UNFPA	Dr MAGONYAGI Yolande	NPO / Santé de la reproduction
		BAREGENSABE Sylvere	NPO / Chargé Suivi-Evaluation
	Banque Mondiale	Dr KARIBWAMI Alain Désiré	Chef du Service Santé
	DPSE	Mme NIYUNGEKO Jacqueline	Directeur a.i.
25 Avril	DISE	Ir NTWARI Fabrice	Directeur a.i.
	CNTS	Dr. NZOTUNGWANAYO Félicien	Directeur Technique
	EAC	M. NDIKUMASABO Jean Berchmans	Point focal EAC au Cabinet du Ministre
	CORDAID	Dr. NDAYISHIMIYE Juvénal	Health Program Manager
		Dr NKESHIMANA Etienne	Chargé de projets - Secteur Santé
		Mme Thérèse NTAHOMPAGAZE	Chargée du Programme Conjoint CSE - Burundi
26 Avril	BPS -Mairie	Mme NTIRAMPEBA Marlène	Gestionnaire BPS
		Mme NDAYISHIMIYE Jacqueline	Secrétaire BPS
		Mme NDUHIJE Gertrude	Secrétaire BPS
		Mme KAZAHARI Gloriose	Superviseur BPS
		Mme SHIRAHISHIZE Espérance	Secrétaire BPS
		Mme NIBAKIRE Marcelline	Gestionnaire du SIS
		Mme HABİYAMBERE Sandrine	Superviseur BPS
	BDS Mairie – Centre	Dr. Thierry NTUNZWENIMANA	Méd chef de district centre
		Mme NIGANZE Liliane	Superviseur

		Mme NDABARUSHIMANA Virginie	Superviseur
		Mme NIZIGAMA Flora	Gestionnaire
		Mme MUSAVYIMANA Florence	Superviseur
		Mme INAMAHORO Chantal	Secrétaire
	BDS Mairie – Sud	Dr RYUMEKO Evelyne	Médecin Chef de District
		M. NIYONIZIGIYE Jean-Claude	Superviseur
		Mme RUNGARUNGA M.Louise	Superviseur
	29 Avril	Dr NAHAYO Anaclet	Méd. Provincial Muramvya
		Dr NTAKARUTIMANA Boniface	Méd Chef DS Muramvya
		M. KWIZERA Claude	Gestionnaire
		M. BIGIRIMANA Damien	Superviseur
		M. BITABABAJE Pie	RAF / DS Muramvya
		Mme NSENGIYUMVA Joselyne	Gestionnaire
	BPS/BDS GITEGA	Dr NDUWIMANA Jacques	Médecin Directeur / Hôpital 2 ^{ème} Référence de Gitega
		Dr IRAMBONA Frédéric	Directeur Adj chargé des soins / Hôpital 2 ^{ème} Référence Gitega
		Dr SAKUBU Célestin	Chef de Service "Fistules obstétricales" / Centre RUMURI
		M. HICUBURUNDI Charles	Coordo provincial Promotion de la santé (CPPS)
		M. HATUNGIMANA Dieudonné	Coordonnateur SR
	BDS Kibimba	Dr Concorde MUNEZERO	Médecin directeur Adjoint
		Mme MUNEZERO Alida	Superviseur
		Mme NDUWIMANA Anita	Pharmacienne Adj
		M. BAHUMBA Jean Berchmans	Superviseur
		M. NTIHEBUWAYO Eric	Responsable
		M. Célestin HAVYARIMANA	Gestionnaire
		M. GAHUNGU Samson	Gestionnaire

30 Avril	BPS/BDS Mutaho	Dr Dieudonné HABONIMANA	Médecin Chef BDS
		Dr NDIHOKURWAYO Eric	Médecin Directeur / H. District
		M. NDUWIMANA Servat	Superviseur BDS
		M. BIGIRIMANA Libérat	Gestionnaire hôpital
	BPS NGOZI	M. NINDORERA Sylvère	Gestionnaire BPS
		M. KAYOBERA Augustin	Superviseur
		BARUTWANAYO Michel	Superviseur BPS
		Dr SENDEGEYA Philbert	Médecin Directeur de la province sanitaire
		M. NDAYIZIGAMIYE Ferdinand	Gestionnaire BDS
		M. NSENGIYUMVA Gabin	G.SIS/BPS
		Mme NSABIYEZE Nadine	Superviseur BDS
		Mme CONGERA Stéphanie	Superviseur
		Dr Soeur KIRANIGUYE Daphrose	Directrice Polyclinique "Monseigneur Joseph Martin" et Hôpital de Mivo, Cardiologue
	BDS BUYE	Dr Guillaume NTAWUKURIRYAYO	Médecin Directeur / Hôpital de 2 ^{ème} Référence de Ngozi
		Dr NIZIGIYIMANA Oscar	Médecin Directeur / Hde District BUYE
		M. HABONIMANA Aline	DAF Hôpital de 2 ^{ème} Réf de Ngozi
		Mme NSHIMIRIMANA Jeannette	Gestionnaire BDS BUYE
3 Mai	USAID	Dr BASSI Miriam	Chef / Section Santé
		Dr DIA Fatim	PEPFAR
		Dr NSENGIYUMVA Liévin	
	UNICEF	Dr RABAIIRA Eric	Chef section Santé et Nutrition
		Dr NTAKARUTIMANA Dorothee	Section Santé
4 Mai	Hôpital BUMEREC	Pr. NIYONGABO Théodore	DG, MI, Gastro hépato- entérologie
6 Mai	OMS	Dr RUHANA MIRINDI BISIMWA	Représentant a.i. OMS
		Dr KUVULA José	Responsable SRMNIA et Nutrition

	KIRA Hospital	Dr SAHABO Christophe	DG, Ophtalmologiste
		Dr HAVYARIMANA Canisius	Directeur Adj chargé des soins et Chirurgien
		Dr NZEYIMANA Sylvain Pierre	Néphrologue
		Dr NKURUNZIZA Berchimans	Chef Service /Imagerie médicale
10 Mai	Hôpital Militaire de Kamenge (HMK)	Dr NIMBURANIRA Marc	DG de l'HMK et Cardiologue
		Dr Rémy HAGERIMANA	Neuro chirurgien
		Dr NITUNGA Evariste	Gynéco-obstétricien
	HPRC	Dr NDUWIMANA Inès Roselyne	DG HPRC, Chirurgien
	CHUK	Dr NDABASHINZE Pontien	DG CHUK et Pédiatre
		Dr BIVAHAGUMYE Léonard	Directeur chargé des soins et ORL