



REPUBLIQUE DU BURUNDI
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA
DIRECTION GENERALE DE LA PLANIFICATION
DIRECTION DU SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE

**PLAN STRATEGIQUE DU SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION
SANITAIRE 2019-2023**



Avril, 2019

Préface

Le Gouvernement du Burundi, à travers le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, s'est engagé dans la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS III) pour l'amélioration de la santé des populations. Le suivi de ce plan nécessite un système d'information performant, capable de mettre à la disposition des décideurs, des responsables de santé et des partenaires au développement, des informations fiables et valides en temps réel.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le système d'information sanitaire constitue l'un des piliers essentiels du système de santé. Pour assurer la disponibilité de l'information en vue d'une gestion efficace des interventions des acteurs du système de santé, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) a élaboré le présent plan stratégique du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) qui couvre la période 2019-2023. En utilisant une démarche participative au cours de son élaboration, le MSPLS a tenu compte des besoins de tous les acteurs du SNIS.

Le MSPLS invite les acteurs intervenant dans la gestion de l'information sanitaire à s'en approprier pleinement. A travers l'exécution de ce plan stratégique, la direction et les autres composantes du SNIS s'engagent à mettre à la disposition de tous les utilisateurs une information de qualité.

L'élaboration de ce document a été possible grâce à la contribution de tous les acteurs impliqués à qui nous exprimons notre gratitude et notre entière reconnaissance. Nous adressons une mention particulière aux Départements, Programmes et Projets de santé pour leur participation effective au processus.

Nos remerciements s'adressent aux partenaires techniques et financiers en particulier l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Measure Evaluation, Procurement and Supply Management (PSM) et Enabel pour leur appui dans le processus d'élaboration mais aussi dans la mise en œuvre de ce plan. Nous invitons tous les acteurs du système de santé à en faire un document de référence dans leur planification pour le renforcement de la performance du système de santé.

**Le Ministre de la Santé Publique
et de la Lutte contre le SIDA**

Dr NDIKIMANA Thaddée



Table des matières

Preface	i
Table des matières.....	i
Liste des sigles et abréviations.....	iii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures	v
Introduction.....	1
I. Contexte général.....	2
I.1. Situation géographique.....	2
I.2. Situation démographique.....	2
I.3. Situation socio – économique.....	2
I.4. Profil épidémiologique.....	3
I.4.1. Santé de la mère et du nouveau-né.....	3
I.4.2. La santé des enfants.....	3
I.4.3. La santé des jeunes et adolescents.....	4
I.4.4. La santé des adultes et des personnes âgées.....	5
I.4.6. Maladies transmissibles.....	6
I.4.7. Maladies à potentiel épidémique.....	7
I.4.8. Déterminants de la santé.....	7
I.4.9. Hygiène et assainissement.....	8
I.5. Genre et équité.....	8
II. Organisation du système de santé.....	9
II.1. Organisation du Système d’Information Sanitaire.....	9
II.1.1. Au niveau central.....	10
II.1.2. Au niveau du Bureau Provincial de la Santé.....	10
II.1.3. Au niveau du Bureau du District Sanitaire.....	10
II.1.3.1. Au niveau des hôpitaux.....	11
II.1.3.2. Au niveau des centres de santé.....	11
II.1.4. Au niveau communautaire.....	11
III. Circuit de l’information sanitaire.....	12
IV. Cadre institutionnel du système national d’information sanitaire.....	12
IV.1. Direction du Système National d’Information Sanitaire.....	12
IV.1.1. Le service chargé de la surveillance épidémiologique.....	13
IV.1.2. Le service chargé de la gestion de l’information sanitaire.....	13
IV.1.3. Le service des études et recherche.....	14
IV.2. Ressources et produits du SNIS.....	14
IV.2.1. Ressources humaines de la DSNIS.....	14
IV.2.2. Financement des activités.....	15
IV.2.3. Les outils.....	16
IV.2.4. Les produits.....	16
IV.3. Dissémination de l’information.....	16
V. Processus d’élaboration du plan stratégique.....	17
V.1 Analyse de la situation.....	17

V.2 Phases d'élaboration du plan stratégique	17
VI. Résultats de l'évaluation du Plan stratégique 2011-2015	18
VII. Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces	19
VIII. Problèmes prioritaires	24
IX. Stratégies de renforcement du SNIS	25
IX.1 Vision du SNIS à l'horizon 2023	25
IX.2. Missions de la Direction du SNIS	25
IX.3. But du plan stratégique	25
IX.4. Principes directeurs	26
X. Axes stratégiques (AS) et objectifs	26
AS1: Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé	26
AS2: Le renforcement des mécanismes de Financement du secteur de la santé	27
AS3: Amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires	28
AS4: Amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé	28
AS5 : Amélioration des sources et des données sanitaires de qualité	30
AS6: Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles	32
AS7: Renforcement des interventions au niveau Communautaire	32
XI. Chronogramme de mise en œuvre des interventions	34
AS1: Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé	34
AS2: Le renforcement des mécanismes de Financement du secteur de la santé	35
AS3: Amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires	35
AS4: Amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé	35
AS5 : Amélioration des sources et des données sanitaires de qualité	36
AS6: Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles	37
AS7: Renforcement des interventions au niveau Communautaire	37
XII. Coût du plan stratégique 2019-2023	38
XIII. Suivi-évaluation du plan	41
XIV. Cadre de mise en œuvre du plan	47
Références	48
Annexes	a

Liste des sigles et abréviations

AS	: Axe Stratégique
ASC	: Agent de Santé Communautaire
AVP	: Accident de la Voie Publique
BDS	: Bureau de District Sanitaire
BM	: Banque Mondiale
BPS	: Bureau Provincial de Santé
CAMEBU	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du Burundi
CDS	: Centre de Santé
CIM	: Classification Internationale des Maladies
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
COGES	: Comité de Gestion
COSA	: Comité de Santé
CPN	: Consultation prénatale
CPoN	: Consultation post natale
CPSD	: Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement
CT-FBP	: Cellule Technique chargée du Financement basé sur la Performance
DGP	: Direction Générale de la Planification
DHIS2	: District Health Information Software2
DS	: District Sanitaire
DSNIS	: Direction du Système National d'Information Sanitaire
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EPISTAT	: Epidémiologie et Statistique
ER	: Etude et Recherche
FBP	: Financement Basé sur la Performance
FBU	: Franc Burundais
FMSTP	: Fonds Mondial pour la Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
FOSA	: Formation Sanitaire
GASC	: Groupement d'Agents de Santé Communautaire
GAVI	: Global Alliance for vaccines and Immunizations
GIS	: Gestion d'Information Sanitaire
GTP	: Groupe Thématique Planification
HTA	: Hypertension Artérielle
IRA	: Infection Respiratoire Aigue
ISTEEBU	: Institut des Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi
ME	: Measure Evaluation
MICS	: Multi-Indicators Cluster Survey
MIILDA	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA
MTN	: Maladies Tropicales Négligées

NC	: Nouveau Cas
ND	: Non Disponible
ODD	: Objectifs du Développement Durable
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PFA	: Paralysie Flasque Aigue
PIB	: Produit Intérieur Brut
PSM	: Procurement and Supply Management
PND	: Politique Nationale de Développement
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNILT	: Programme National Intégré de lutte contre la Lèpre et la Tuberculose
PNS	: Politique Nationale de Santé
PTFs	: Partenaires Techniques et Financiers
RDC	: République Démocratique du Congo
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SDMR	: Surveillance des Décès Maternels et Riposte
SE	: Surveillance Epidémiologique
SIDA	: Syndrome d'Immuno-Déficiéncie Acquisé
SIG	: Système d'Information Géographique
SIS	: Système d'Information Sanitaire
SISCOM	: Système d'Information Sanitaire Communautaire
SISR	: Système d'Information Sanitaire de Routine
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SSME	: Semaine Santé Mère-Enfant
SST	: Service de Stabilisation Thérapeutique
TIC	: Technologie d'Information et Communication
TIDC	: Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires
UNFPA	: United Nation for Population Agency
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: Agence des Etats Unis pour le Développement International
VIH	: Virus d'Immunodéficiéncie Humaine

Liste des tableaux

Tableau I: Ressources humaines de la DSNIS disponibles.....	14
Tableau II: Domaines et les zones d'intervention ainsi que les bénéficiaires.....	15
Tableau III: Résumé de l'évaluation de la mise en œuvre technique du plan stratégique 2011-2015	18
Tableau IV: Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces	19
Tableau V: Objectifs et interventions du Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé.....	26
Tableau VI: Objectifs et interventions du renforcement des mécanismes de Financement du secteur de la santé	28
Tableau VII : Objectifs et interventions d'amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires	28
Tableau VIII : Objectifs et interventions d'amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé	28
Tableau IX: Objectifs et interventions de la disponibilité des sources et des données sanitaires de qualité (AS3).....	30
Tableau X : Objectifs et interventions du renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles	32
Tableau XI : Objectifs et interventions du renforcement des interventions au niveau Communautaire.....	32
Tableau XII: Chronogramme de mise en œuvre des interventions.....	34
Tableau XIII: Coût du plan stratégique 2019-2023	39
Tableau XIV: Matrice de suivi-évaluation du plan stratégique	41

Liste des figures

Figure 1: Circuit de l'information sanitaire, 2018	12
Figure 2: Organigramme de la Direction du Système National d'Information Sanitaire	13

Introduction

Le Gouvernement du Burundi met la santé de la population en général et la qualité des données sanitaires en particulier au centre des priorités nationales. L'amélioration de la performance du système national de santé passe par la mise en place d'un Système National d'Information Sanitaire (SNIS) adapté. Le SNIS est un dispositif mis en place par le MSPLS pour produire et diffuser l'information sanitaire nécessaire à la planification, au pilotage et au suivi-évaluation des politiques et programmes de santé.

Pour ce faire, il s'est avéré indispensable d'avoir un Système d'Information Sanitaire (SIS) performant, fiable et basé sur des données évidentes à la portée des décideurs politiques, sanitaires et des Partenaires Techniques et Financiers (PTFs).

Le MSPLS a élaboré un Plan Stratégique du SNIS 2011-2015 étendu à 2018.

L'évaluation de ce plan, s'est basée essentiellement sur les six (6) composantes que sont : (i) les ressources du système ; (ii) les indicateurs ; (iii) les sources des données ; (iv) la gestion des données ; (v) les produits et les supports de l'information et enfin, (vi) la dissémination et l'utilisation de l'information. Cette évaluation qui a impliqué les parties prenantes aux différents niveaux a relevé des forces, faiblesses, opportunités et menaces.

Sur base des résultats de cette évaluation, le MSPLS a initié l'élaboration d'un nouveau plan stratégique à travers un processus participatif et inclusif de tous les acteurs et parties prenantes œuvrant dans le secteur du SNIS.

Ce nouveau plan définit les interventions prioritaires nationales en matière de la gestion de l'information sanitaire au Burundi et s'aligne sur les orientations du Plan National de Développement Sanitaire III (PNDS III). Il vise à contribuer à l'atteinte de l'Objectif du Développement Durable n°3 (ODD3) relatif à la santé qui consiste à « **Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge** ».

Il redéfinit les interventions pour l'amélioration de la qualité des données et la recherche action du SNIS. Ainsi, il se fixe quatre (4) axes stratégiques:(i) Renforcement de la coordination, de la planification et du leadership, (ii) Renforcement des ressources humaines, financières et matérielles, (iii) Amélioration des sources, de la gestion et de la qualité des données sanitaires et (iv) Amélioration de la production, de la diffusion et de l'utilisation de l'information sanitaire.

I. Contexte général

I.1. Situation géographique

Le Burundi est un pays situé à cheval entre l’Afrique de l’Est et l’Afrique Centrale. Il est frontalier au Nord avec le Rwanda, au Sud et à l’Est avec la Tanzanie et à l’Ouest avec la République Démocratique du Congo (RDC). Sa superficie est de 27.834 km² incluant la surface des eaux territoriales. Il est situé à 3°22’ 34’’ de latitude Sud et à 29°21’36’’ de longitude Est.

Son relief est dominé par de hauts plateaux au Centre et le reste du territoire est occupé par la plaine de l’Imbo à l’Ouest, la dépression de Kumoso à l’Est ainsi que les lacs dont le plus grand est le lac Tanganyika.

Son climat est tropical avec quatre saisons, une petite saison de pluie (Octobre à Décembre), une petite saison sèche (Janvier à Février), la grande saison des pluies (Mars à Mai) et la grande saison sèche (Juin à Septembre).

I.2. Situation démographique

La population du Burundi est estimée à 11.772.322 habitants en 2018 et pourrait atteindre 14,9 millions d’habitants en 2030 (ISTEEBU, projections démographiques 2016) avec un taux d’accroissement naturel de 2,4% par an, une taille moyenne de 4,8 personnes par ménage et un indice synthétique de fécondité de 5,5 enfants par femme (RGPH 2008, EDS III 2016-2017).

La démographie sans cesse croissante est un défi pour la santé et le bien-être de la population burundaise. Les données démographiques montrent que la population burundaise est relativement jeune avec 65% de personnes de moins de 25 ans, tandis que les personnes âgées de 60 ans et plus ne représentent que 5,4% (EDS III 2016-2017). La densité moyenne de cette population, l’une des plus forte d’Afrique, est estimée à environ 413 hab. /km² en 2017. Cette forte croissance démographique a pour conséquence, une pression de plus en plus forte sur les ressources naturelles et sur les services de base avec plus de 90% de la population qui vit en zone rurale.

I.3. Situation socio – économique

Le Burundi est un pays à faible revenu au PIB de 4 185,1 milliards de FBU en 2014 à prix courant contre 3 812,50 milliards de FBU en 2013 avec un PIB 284 dollars par habitant en 2014. Le taux de croissance en 2014 était de 4,2% contre 4,9% en 2013. La part du budget de l’Etat alloué à la santé est passée de 5,30% en 2007 à 10,18% en 2013. Le taux de croissance du PIB s’est amélioré passant de 242 dollars en 2010 à 274 dollars en 2017 (PND 2018-2027, Enquête sur les conditions de vie des ménages au Burundi 2013-2014 par ISTEEBU).

I.4. Profil épidémiologique

I.4.1. Santé de la mère et du nouveau-né

Le taux de mortalité néo-natale est passé de 31 à 23 décès pour 1000 naissances vivantes de 2010 à 2016. La cible des Objectifs du Développement Durable (ODD) est fixée à 12 d'ici 2030.

Selon l'EDS III 2016-2017, le risque de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire est passé de 153 ‰ en 1987 à 96 ‰ en 2010 et à 78 ‰ en 2016-2017. Entre 2010 et 2016-2017, une tendance à la baisse de la mortalité néonatale est observée.

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.

Les résultats de la Surveillance des Décès Maternel et 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.

Les données de l'EDS III montrent que chez les femmes enceintes, 39 % sont anémiques dont 29 % sous la forme légère, 10 % sous la forme modérée et moins de 1 % sous la forme sévère. La prévalence de l'anémie est beaucoup plus élevée en milieu rural (42 %) qu'en milieu urbain (22 %). Parmi les femmes qui vivent dans un ménage du quintile le plus bas, 50 % sont anémiques contre 25 % de celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus élevé.

Selon la même source, la prévalence contraceptive globale qui aurait pu contribuer à réduire la mortalité maternelle reste relativement faible en dépit des progrès enregistrés ces dernières années. Elle est passée de 18% en 2010 à 22.9% en 2017 ; néanmoins, cette prévalence reste très basse chez les jeunes (17,5%) et les adolescentes (3%).

Le tétanos néonatal est une cause majeure de décès prématurés chez les enfants dans de nombreux pays en développement. Il est souvent la conséquence d'un manque d'asepsie durant l'accouchement. Les résultats de l'EDS III montrent que 84% des naissances les plus récentes des cinq dernières années étaient protégés contre le tétanos. La couverture contre le tétanos néonatal augmente avec l'âge de la mère à la naissance : de 66% parmi les naissances dont la mère avait moins de 20 ans à 88% parmi celles dont la mère avait 45-49 ans.

I.4.2. La santé des enfants

Selon l'Annuaire Statistique 2017, les principales causes de morbidité dans les centres de santé (CDS) chez les enfants de moins de cinq ans sont : le paludisme (64,15%), les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) autres que la pneumonie (19,78%), la conjonctivite (0,09%), la pneumonie (2,83%), les géohelminthiases (1,85%), la diarrhée avec déshydratation (1,45%), la malnutrition aiguë (1,43%) et infection de l'oreille (1,26%).

Certains domaines comme celui des maladies congénitales (hémoglobinopathies, cardiopathies congénitales, insuffisance motrice cérébrale, malformations congénitales : pieds bots, etc.) restent faiblement explorés et soutenus.

Selon l'EDS III, 56 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique : 31 % sous sa forme modérée et 25 % sous sa forme sévère. La prévalence de la malnutrition chronique varie de manière importante selon l'âge de l'enfant. C'est parmi les plus jeunes enfants de moins de six mois que la prévalence est la plus faible (25 %). On constate ensuite une augmentation progressive jusqu'à la tranche d'âge 36-47 mois, âges auxquels les deux-tiers des enfants sont affectés par ce type de malnutrition (66 %). Au-delà, le niveau de la malnutrition chronique diminue, tout en restant élevé, puisque 59 % des enfants de 48-59 mois accusent un retard de croissance. On note que la prévalence de malnutrition aiguë chez les enfants est 5% avec 29% d'une insuffisance pondérale dont 21% sous sa forme modérée et 8% sous sa forme sévère.

La comparaison des résultats de l'EDSII et III met en évidence une augmentation de la prévalence de l'anémie parmi les enfants de 6-59 mois, celle-ci étant passée de 45 % à 61 %. En 2017, dans cette tranche d'âge, la forme légère représente 25 %, modérée 33 % et sévère 4 %. La prévalence de l'anémie chez les enfants est plus élevée en milieu rural (62 %) qu'en milieu urbain (48 %).

Concernant la prévention chez l'enfant contre les maladies évitables par la vaccination, les résultats de l'EDS III montrent que 85% des enfants de 12 à 23 mois avaient reçu tous les vaccins de base et la majorité (83%) les avaient reçus à l'âge approprié (avant l'âge de 12 mois). Le pourcentage d'enfants qui n'ont reçu aucun des vaccins du PEV est extrêmement faible (moins de 1%). La comparaison de ces résultats avec ceux de l'EDS 2010 montre une légère augmentation de la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois ayant reçu tous les vaccins de base (83% contre 85%).

I.4.3. La santé des jeunes et adolescents

Selon les projections démographiques 2010-2050 de l'ISTEEBU, les jeunes et adolescents de 15 à 24 ans représentent 19,29% de la population et leur accessibilité aux services de santé reste faible (34%). Leur santé reste marquée par la précocité de la vie procréative (8% ont commencé leur vie procréative) selon l'EDS III 2016-2017.

Selon les chiffres contenus dans les rapports du Ministère de l'Education ayant la formation de base et secondaire dans ses attributions, en 2013, un total de 1994 cas de grossesses non désirées en milieu scolaire a été rapporté ; ce nombre a augmenté au cours de l'année scolaire 2015-2016 passant à 2208 cas. Ce même rapport indique que 16 % des élèves qui réintègrent le font après abandon scolaire suite aux grossesses non désirées.

Selon l'EDS III, la prévalence contraceptive chez les adolescents (15-19 ans) est de 3%. Elle s'élève à 17,5% chez les jeunes de 20 à 24 ans.

Le niveau de connaissance des méthodes de prévention du VIH et des maladies sexuellement transmissibles demeure faible. En effet, 42 % des filles contre 50% des garçons ont une bonne connaissance de méthodes de prévention. L'accès aux services de santé sexuelle et de reproduction, qui pour la plupart, ne leur sont pas adaptés demeure un secteur à améliorer. En outre, les adolescents et les jeunes sont exposés à d'autres problèmes tels que la malnutrition, l'usage d'alcool, du tabac et d'autres substances psycho-affectives.

L'enquête STEPS réalisée de Mars à Avril 2013 dans la Province de Kirundo et publiée en Juin 2014 a révélé que 88% de la population enquêtée consomment l'alcool et que 20% de la population consomment du tabac fumé. La mortalité maternelle chez les jeunes et adolescentes de 15 à 24 ans représente 24.1% de la mortalité maternelle globale.

I. 4.4. La santé des adultes et des personnes âgées

Le Burundi fait actuellement face au double fardeau de la morbi-mortalité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles. Le taux de mortalité des adultes est de 3,24‰ chez les femmes et 4,55‰ chez les hommes. 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 le HTA, les Broncho-Pneumopathies Chroniques Obstructives, Maladies métaboliques comme le Diabète, les cancers ainsi que les accidents de la voie publique (AVP). Cependant, ces maladies non transmissibles sont faiblement documentées au niveau national. Seules quelques études parcellaires ont été jusque-là réalisées.

La santé des personnes âgées reste un domaine presque non exploré. Les services de prévention des maladies de la vieillesse et les besoins des personnes âgées restent moins satisfaits. L'accès aux services de santé pour les personnes âgées reste faible suite à l'absence de politique de santé pour améliorer leur accès aux soins. L'offre de service de santé dans les formations sanitaires est moins adaptée à leurs besoins spécifiques.

Dans les perspectives, le pays envisage de se doter d'une stratégie nationale sur le vieillissement en bonne santé ainsi que les dispositifs de sa mise en œuvre.

En attendant la mise en œuvre de cette stratégie, un mémorandum d'entente vient d'être signé entre le Ministère de la santé Publique et de la Lutte contre le SIDA et le Ministère des Droits de la Personne humaine, des Affaires Sociales et du Genre pour la prise en charge médicale des personnes âgées.

I.4.6. Maladies transmissibles

Le profil épidémiologique du pays reste dominé par les maladies transmissibles qui constituent les principales causes de morbi-mortalité particulièrement chez les femmes et les enfants de moins de cinq ans.

Le VIH se présente sous forme d'épidémie généralisée avec une prévalence estimée à 0,9% chez les personnes de 15 – 49 ans avec une tendance à la féminisation de l'épidémie (1.2% chez la femme, 0.6% chez l'homme) et les disparités entre les milieux de vie (2,5% en milieu urbain, 0.7% en milieu rural) d'après les données de l'EDS III 2016-2017.

Dans le domaine **des hépatites**, la situation épidémiologique est peu connue. Néanmoins, quelques études parcellaires réalisées au cours des 2 dernières décennies montrent que la prévalence de l'hépatite B oscillerait entre 5% et 10% et celle de l'hépatite C est plus importante, proche des 10% et augmente avec l'âge.

En matière de **lutte contre la tuberculose**, la maladie demeure un problème de santé publique au Burundi avec une incidence annuelle de près de 118 cas pour 100.000 habitants. La coinfection TB/VIH reste une préoccupation (la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux est de 11%). Le rapport annuel du PNILT 2017 montre 50 cas de tuberculose multi résistante notifiés contre 80 cas notifiés en 2016.

Concernant **le paludisme**, la prévalence parasitaire de la maladie est passée de 17% en 2010 (EDS II 2010) à 27% en 2017 (EDS III 2016-2017) chez les enfants de moins de 5 ans. L'incidence de la maladie en 2017 (815 pour 1000) a été très élevée suite à l'épidémie de paludisme. Le fardeau de la maladie pèse lourdement surtout chez les enfants de moins de 5 ans.

Le paludisme reste la première cause de mortalité avec une proportion de 29% d'enfants de 0 à 14 ans. La proportion d'enfants de moins de 5 ans et de femmes enceintes qui dorment sous moustiquaire reste faible, respectivement de 40% et 44% (EDSIII).

Quant aux **maladies tropicales négligées (MTN) et la cécité**, le pays est sur la voie d'élimination de certaines MTN (l'onchocercose, la schistosomiase et le trachome) par une chimiothérapie préventive, d'ici 2020. Les dernières évaluations épidémiologiques de l'onchocercose en 2012 – 2014 montrent une prévalence proche du seuil d'élimination. La prévalence des géo helminthiases a sensiblement diminué et est passée de 36% en 2007 à 25% en 2014. L'enquête de 2014 - 2016 montre que la prévalence de la schistosomiase a sensiblement diminué, passant de 22,1% dans les zones endémiques en 2005 à 3,9% en 2014.

I.4.7. Maladies à potentiel épidémique

Les maladies à potentiel épidémique sous surveillance sont la rougeole, le choléra, la méningite à méningocoque, le paludisme, la paralysie flasque aigue(PFA), les fièvres hémorragiques virales (Ebola, Lassa et Marbourg) et le Tétanos néonatal.

Le Burundi fait face à des épisodes épidémiques de choléra chaque année. La dernière épidémie de rougeole remonte à 2011 car le pays a renforcé sa vaccination de routine par une campagne de masse contre la rougeole en 2012 et l'introduction de la deuxième dose de vaccin contre la rougeole en 2013.

I.4.8. Déterminants de la santé

Sur le plan économique, le Burundi est vulnérable aux chocs externes, notamment du fait de la volatilité des prix des matières premières particulièrement le pétrole et surtout à sa forte dépendance de l'aide extérieure. Au niveau social, les progrès encourageants enregistrés ont permis de se rapprocher sensiblement des OMD 5 (cibles 1 et 2), OMD 6 (cibles 1 et 2) et OMD 8 (cible 2) en 2015 en rapport avec la santé et ceci constitue de toute évidence des opportunités d'atteindre les ODD à l'horizon 2030.

Dans le secteur de l'éducation, grâce à la mesure de la gratuité de l'enseignement primaire pour tous, le taux net de scolarisation est passé de 80% en 2003-2004 à 156,3% en 2009-2010. Selon l'EDSIII, le taux de fréquentation scolaire dans l'enseignement préscolaire, primaire et secondaire est respectivement de 7%, 81% et de 30%. Le ratio garçons/filles au niveau primaire est désormais égal à 1.

Des défis persistent notamment au niveau des gros effectifs dans les classes, ce qui influe négativement sur la qualité de l'enseignement. Le taux de déperdition scolaire est plus élevé pour les filles que les garçons à cause de grossesses contractées pendant la scolarité (Conférence Internationale sur la Population et le Développement). Le taux de fréquentation scolaire est de 75% à l'école primaire tandis que celui du secondaire est de 26 % selon l'EDSIII. Sur le plan du genre et de l'équité, des progrès ont été accomplis dans la réalisation de la parité entre les sexes dans l'éducation. L'écart entre les sexes pour le taux d'achèvement du primaire se rétrécit (75% pour les filles contre 76% pour les garçons en 2016).

Selon l'EDS III, 50% de femmes ont un niveau primaire (complet ou incomplet) tandis que chez les hommes, cette proportion est de 57%. La proportion de femmes et d'hommes sans niveau d'instruction diminue de générations anciennes aux plus récentes.

Selon les données de l'EDS III, 39% de la population utilise les toilettes améliorées, 10% de la population utilise des toilettes partagées, 47% utilise des toilettes non améliorées, et 3% font la défécation à l'air libre. Selon la même enquête, 83 % de la population ont accès à une source d'eau améliorée tandis que 17 % de la population utilise une source non améliorée. En outre, les maladies liées à des mains sales trouvent leur pic épidémiologique pendant la période de saison sèche.

I.4.9. Hygiène et assainissement

L'hygiène et l'assainissement du milieu demeurent encore précaires et exposent les populations à la contamination des maladies infectieuses de différentes natures dont les maladies diarrhéiques. Elles constituent la troisième (13%) cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans selon Lancet 2015.

Selon l'EDS 2016-2017, la prévalence des maladies diarrhéiques est de 23% chez les enfants de moins de 5 ans. La prévalence maximale est enregistrée à Muyinga avec 29 % contre un minimum de 13 % à Cankuzo.

I.5. Genre et équité

Des progrès ont été accomplis dans la réalisation de la parité entre les sexes dans l'éducation. Toutefois, même si l'écart se rétrécit, les disparités entre les sexes pour le taux d'achèvement du primaire demeurent (55 % pour les filles contre 57,4 % pour les garçons en 2010). Au niveau de l'enseignement secondaire, la scolarisation des filles, qui en moyenne quittent l'école plus tôt, n'est que de 70 % par rapport à celle des garçons.

En matière de santé, les services offerts aux femmes et aux enfants se sont nettement améliorés depuis l'instauration de la politique de la gratuité de soins ciblée en 2006.

Cependant les résultats de l'Etude « Analyse équité dans la dispensation des services de vaccination au Burundi » réalisé en 2018 montrent l'existence d'inéquité d'accès au service de vaccination. Au niveau national, 87 % des enfants ont reçu tous les vaccins recommandés par le PEV avant 1 an tandis que seulement 67.7% des enfants ont reçu tous les vaccins recommandés par le PEV avant 2 ans. Selon l'analyse quantitative des résultats, trois facteurs expliquent les disparités de couverture vaccinale au Burundi : le niveau bas d'instruction des parents, l'éloignement du lieu d'immunisation et le district sanitaire de résidence.

En termes d'opportunités économiques, les ménages dirigés par des femmes sont extrêmement vulnérables et plus sévèrement touchés par la pauvreté que ceux dirigés par les hommes (76% contre 64% pour les hommes) notamment en raison de l'accès limité à la terre, au capital et au crédit. La stagnation du secteur agricole en raison de la faible productivité a un impact défavorable sur les femmes qui représentent 56% de la population active de ce secteur.

En ce qui concerne le pouvoir politique et la prise de décision, la représentation des femmes dans le Gouvernement s'est considérablement améliorée depuis l'élection de 2010. En effet, 45% des membres du Gouvernement sont des femmes et ce taux est de 30% au moins pour les postes aussi bien électifs que législatifs.

II. Organisation du système de santé

Le système de santé du Burundi est organisé en une pyramide sanitaire à quatre niveaux. Le niveau central regroupe le Cabinet du Ministre, le secrétariat permanent, une Inspection Générale de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, trois Directions Générales, les institutions personnalisées (5 hôpitaux nationaux, CAMEBU, CNTS, INSP), Neuf directions, huit programmes de santé et les services connexes.

Le niveau central est chargé principalement de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la coordination, de la mobilisation et affectation des ressources ainsi que du suivi évaluation. Il assure la fonction de régulation et de normalisation.

Le niveau intermédiaire est composé de 18 bureaux provinciaux de santé (BPS) et 5 hôpitaux régionaux. Les BPS sont chargés de la coordination de toutes les activités sanitaires de la province, de l'appui aux districts sanitaires et s'assurent de la bonne collaboration intersectorielle.

Le niveau périphérique est composé de 46 districts sanitaires couvrant 89 hôpitaux et 1080 centres de santé publics, confessionnels et privés répartis sur les 120 communes du pays. Un district couvre en moyenne 3 communes avec des extrêmes de 1 à 4 regroupant entre 100 000 et 150 000 habitants. Le district de santé constitue l'unité opérationnelle du système de soins. Il regroupe le niveau communautaire, les centres de santé (CDS) et l'hôpital de district qui est l'hôpital de première référence.

Les communautés sont impliquées dans le système de soins à travers la gestion des centres de santé par la mise en place des comités de santé (COSA) et de gestion (COGES) des CDS. Elles sont représentées également par les relais communautaires qui assurent l'interface entre le centre de santé et la communauté à travers les messages de sensibilisation, la prise en charge, le suivi et le soutien des malades. Les Agents de Santé Communautaires (ASC) sont réunis en Groupements d'Agents de Santé Communautaire (GASC).

II.1. Organisation du Système d'Information Sanitaire

Les données des soins et services de santé proviennent du recueil quotidien au niveau communautaire, des Centres de Santé et des Hôpitaux. Toute formation sanitaire (FOSA) fonctionnelle au Burundi a le devoir de transmettre les données sur les outils standards du SNIS. Il importe donc de décrire la méthodologie de collecte et d'analyse qui est utilisée à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

II.1.1. Au niveau central

Au niveau central ou national, la DSNIS est le lieu de convergence de toutes les informations sanitaires venant de tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

La DSNIS coordonne au niveau national toutes les activités en rapport avec la gestion du Système d'Information Sanitaire de Routine (SISR) : (i) l'élaboration des directives de gestion du SISR, (ii) élaboration des outils standards (registres, canevas de rapportage, les outils de supervision) ; (iii) élaboration du manuel des normes et procédures standards de gestion de l'information sanitaire, (iv) élaboration des curricula de formation sur la gestion du SISR et (v) l'administration et la gestion des logiciels du SNIS notamment le DHIS2. La DSNIS veille au renforcement des capacités des cadres du niveau central, des BPS et BDS sur la gestion du SISR. La DSNIS collabore étroitement avec les autres directions du MSPLS et les autres institutions en dehors du Ministère depuis la planification jusqu'à la validation des rapports.

La DSNIS organise le traitement et l'analyse des données transmises par les formations sanitaires à travers le DHIS2 en collaboration avec les différents Programmes, Directions de Santé et Partenaires Techniques et Financiers. Elle évalue la qualité des données de routine et des événements spéciaux et élabore les rapports périodiques entre autres les annuaires statistiques, la carte de score, recherche action et les bulletins. Elle fait la rétro-information envers les Provinces sanitaires et s'assure de la correction des données avant leur diffusion auprès des utilisateurs

II.1.2. Au niveau du Bureau Provincial de la Santé

Le niveau provincial est le lieu de convergence de toutes les informations venant du niveau district. La province sanitaire veille au respect des normes et directives de la gestion du SISR, à la supervision et au renforcement des capacités des BDS sur la gestion du SISR.

Ce niveau organise le traitement et l'analyse des données transmises par les Districts Sanitaires à travers le DHIS2 et en évalue la qualité avant leur validation. Le processus de validation doit être terminé pour permettre au niveau supérieur d'avoir accès aux données. Il fait la rétro-information envers les Districts Sanitaires et s'assure de la correction des données avant leur diffusion auprès des utilisateurs locaux (administration, les partenaires locaux, les confessions religieuses, les ONGs, ...).

II.1.3. Au niveau du Bureau du District Sanitaire

Le district sanitaire veille au respect des normes et directives de la gestion du SISR, à la supervision et au renforcement des capacités des FOSA sur la gestion du SISR. Ce niveau organise le traitement et l'analyse des données transmises par les formations sanitaires en utilisant le DHIS2. Il évalue la qualité des données. Le processus de validation doit être terminé pour permettre au niveau supérieur d'avoir accès aux données. Il fait la rétro-information envers les centres de santé et s'assure de la correction des données avant leur diffusion auprès des utilisateurs locaux (administration, les partenaires locaux, les confessions religieuses, les ONGs, ...)

II.1.3.1. Au niveau des hôpitaux

Les données sont collectées et analysées par service. A la fin de chaque mois, les chargés du SIS compilent ces données et préparent les rapports des statistiques mensuels. Les données sont disponibles et analysées en DHIS2 avant le 10^{ème} jour du mois suivant. Certains hôpitaux utilisent déjà le système informatisé du dossier patient (Open Clinic, ...).

Toutefois, les données de certains hôpitaux du secteur privé restent une préoccupation dans les centres urbains en général et en particulier dans la municipalité de Bujumbura.

II.1.3.2. Au niveau des centres de santé

Les registres standards sont utilisés pour collecter les données des patients/clients. Le CDS compile et prépare les rapports des statistiques mensuels. Il saisit les rapports mensuels dans le DHIS2 et analyse la qualité des données du CDS et de la communauté avant le 10^{ème} jour du mois suivant. Toutefois, les données de certains centres de santé du secteur privé restent une préoccupation dans les centres urbains en général et en particulier dans la municipalité de Bujumbura.

II.1.4. Au niveau communautaire

Le niveau communautaire assure un paquet d'activités composées de soins promotionnels, préventifs et curatifs. Chaque Agent de Santé Communautaire (ASC) prépare son rapport mensuel. Les ASC se réunissent en Groupement d'Agents de Santé Communautaire (GASC) pour produire un rapport mensuel GASC compilé sous la supervision du centre de santé. Les données des activités de Mamans Lumières et des volontaires de la Croix rouge sont intégrées dans le rapport GASC.

III. Circuit de l'information sanitaire

Le circuit de l'information sanitaire actuellement utilisé par le SIS est illustré par la figure ci-dessous :

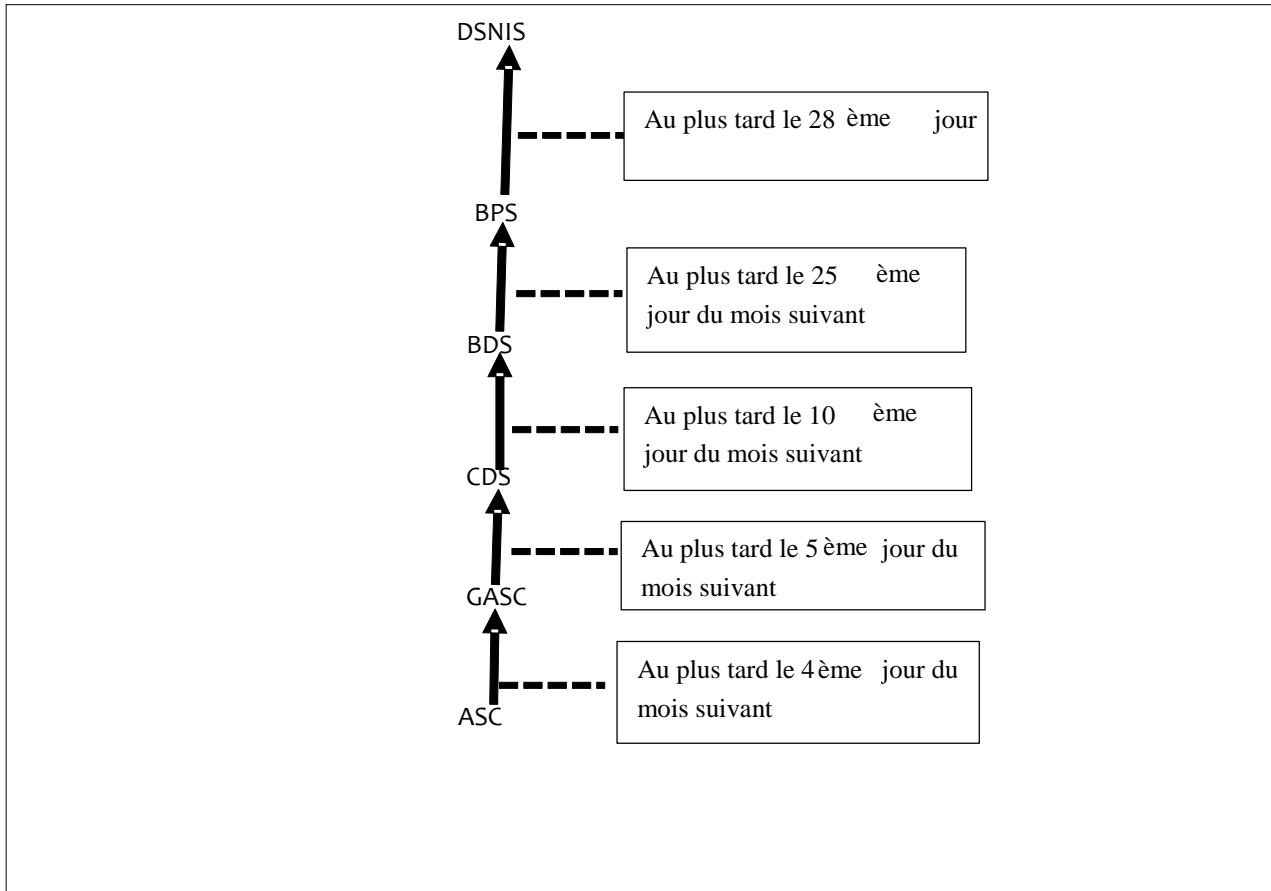


Figure 1: Circuit de l'information sanitaire, 2018

IV. Cadre institutionnel du système national d'information sanitaire

IV.1. Direction du Système National d'Information Sanitaire

Selon le décret n° 100/ 254 du 04 octobre 2011 portant organisation et fonctionnement du MSPLS, la Direction du SNIS est fonctionnelle depuis le 27 Décembre 2011. Elle dispose de cadres de direction, des gestionnaires des données et du personnel d'appui. Elle dépend directement de la Direction Générale de la Planification du MSPLS.

La direction du SNIS comporte trois services à savoir le service chargé de la Surveillance Epidémiologique (SE), le service chargé de la Gestion de l'Information Sanitaire (GIS) et le service des Etudes et Recherches (ER) comme le montre l'organigramme suivant.

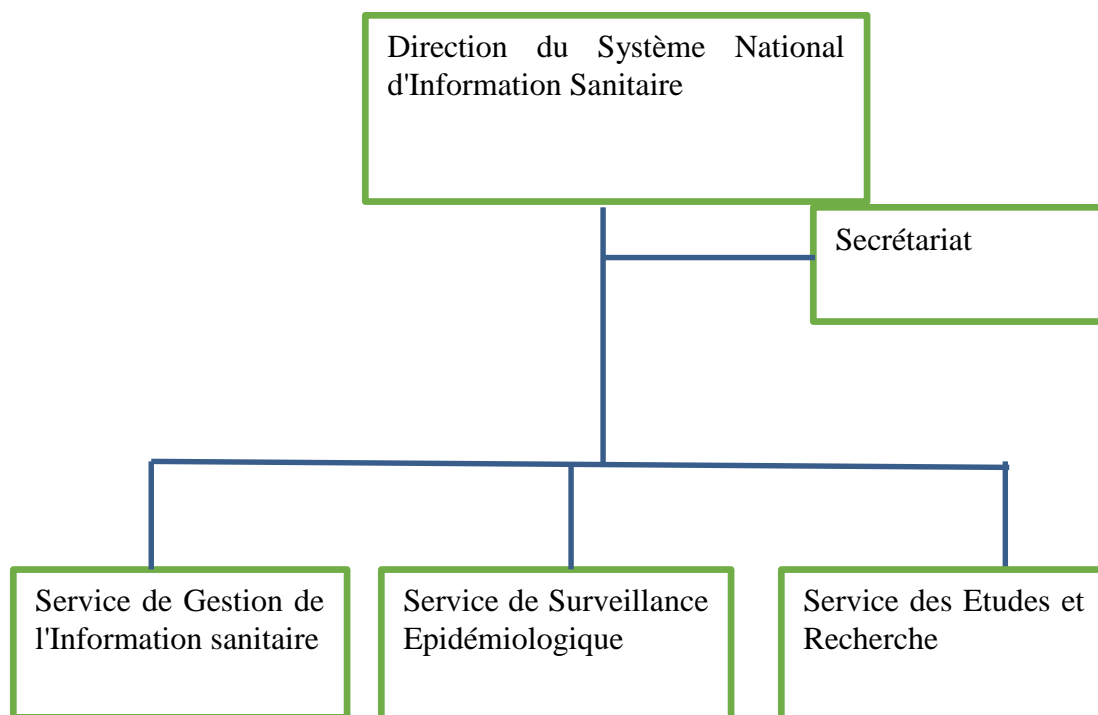


Figure 2: Organigramme de la Direction du Système National d'Information Sanitaire

IV.1.1. Le service chargé de la surveillance épidémiologique

Il est chargé de centraliser les données en rapport avec les maladies à potentiel épidémique et les pathologies sous surveillance. Ces données proviennent des niveaux périphériques et sont saisies au niveau des Centres de Santé (CDS) et hôpitaux dans la base DHIS2 au rythme journalier pour les maladies à potentiel épidémique, la mortalité maternelle, néonatale et périnatale et en début de chaque mois pour les pathologies sous surveillance. Une fois disponibles, elles sont analysées et partagées à tous les intervenants du secteur de la santé.

IV.1.2. Le service chargé de la gestion de l'information sanitaire

Il est chargé de faire la compilation, le traitement, l'analyse et la diffusion des données statistiques de routine. La collecte des données est faite à l'aide du canevas de rapports mensuels par la communauté, les centres de santé (CDS publics, privés, confessionnels et associatifs) et par les hôpitaux de premier, deuxième et troisième référence (hôpitaux publics, privés et confessionnels).

Ce service consolide, traite, analyse et effectue une rétro-information (Feed back). Il diffuse ces données statistiques sous forme de bulletins épidémiologiques, de tableaux de bords et d'annuaires statistiques. Il est également responsable de la gestion des outils de collecte des données (registres et canevas) et de la base de données « DHIS2 » à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

IV.1.3. Le service des études et recherche

Il est chargé d'organiser les enquêtes relevant du Secteur de la Santé en collaboration avec les autres institutions compétentes, d'actualiser la liste des enquêtes et participe à la validation des résultats des différentes enquêtes et études réalisées. Ce service est chargé de la gestion des bases de données des recherches dans le secteur de santé. Il assure également l'actualisation de la carte de score, la mise à jour de la carte sanitaire et la production des cartes thématiques utilisant le Système d'Information Géographique (SIG).

IV.2. Ressources et produits du SNIS

IV.2.1. Ressources humaines de la DSNIS

Tableau I: Ressources humaines de la DSNIS disponibles

Catégorie	Nombre d'agents en poste	Besoins	A recruter
Médecin épidémiologiste	1	1	1
Médecins Spécialiste en santé publique	3	0	0
Médecin généraliste	1	0	0
Démographe	1	0	0
Ingénieur en statistique	0	1	1
Licencié en santé publique	2	0	0
Licenciés en soins infirmiers	3	0	0
Licencié en mathématique	1	0	0
Licencié en gestion des services de santé	1	0	0
Licencié en informatique	1	4	4
Assistant	0	1	1
Techniciens supérieurs en Gestion hospitalière	2	0	0
Technicien supérieur en fiscalité	1	0	0
Technicien supérieur en commerce	1	0	0
Techniciens supérieurs en statistique	3	0	0
Technicien A2 en gestion	1	0	0
Technicien médical A2	1	0	0
Technicien A2 en informatique	1	0	0
Secrétaires	2	0	0
Chauffeurs	3	0	0
Planton	1	1	1
Veilleur	1	1	1

Au niveau des provinces, des districts sanitaires et au niveau des formations sanitaires le SIS est généralement géré par le personnel de formation paramédicale qui manque une formation

spécifique dans le domaine du SIS.

IV.2.2. Financement des activités

Les sources de financement du plan sont le budget de l'Etat et l'apport des Partenaires Techniques et Financiers (PTFs). Les modalités de financement sont celles en vigueur au niveau du pays. Ainsi, des plaidoyers sont faits auprès de ses différents partenaires pour la mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan stratégique.

Les domaines et les zones d'intervention ainsi que les bénéficiaires sont repris dans le tableau ci-dessous.

Tableau II: Domaines et les zones d'intervention ainsi que les bénéficiaires

Partenaire	Domaine d'intervention	Zone d'intervention	Bénéficiaires
Gouvernement	Formation et Fonctionnement	National	Tous les niveaux du SNIS
OMS	Formation et Fonctionnement	National	Tous les niveaux du SNIS
Enabel	Fonctionnement, Formation et Investissement	Kirundo, Muramvya, Ruyigi et Rumonge	Tous les niveaux du SNIS
USAID/ME	Formation, Fonctionnement et investissement	Kayanza, Ngozi, Kirundo, Buja Mairie et Bujumbura, Gitega	Tous les niveaux du SNIS
FONDS MONDIAL TBC, VIH et Paludisme	Formation, Fonctionnement et investissement	National	Tous les niveaux du SNIS
RSS-GAVI /Kura Kibondo	Formation, Fonctionnement et investissement	Gitega, Kayanza, Bururi, Mwaro, Bujumbura et Kirundo, Muyinga, Makamba, Bubanza	Tous les niveaux du SNIS

UNICEF	Formation et Fonctionnement	National	Tous les niveaux du SNIS
BANQUE MONDIALE	Fonctionnement, Formation et Investissement	Muyinga, Makamba et Cibitoke	Tous les niveaux du SNIS

IV.2.3. Les outils

Le système d'information sanitaire dispose d'un ensemble d'outils de collecte des données. Différents outils de collecte sont utilisés à savoir :

- Les 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, de surveillance épidémiologique et le canevas de rapport GASC pour les agents de santé communautaire ;
- Les registres d'accueil, de consultation externe enfant et adultes, d'accouchement, de consultation prénatale, de consultation postnatale, de vaccination des enfants, de décès, d'éducation pour la santé, de laboratoire, de mise en observation, de planification familiale, de service de supplémentation nutritionnelle, de service thérapeutique ambulatoire, de supervision et visite, de surveillance infantile, de vaccination des femmes en âge de procréer et le canevas de rapport mensuel pour les CDS ;
- Les registres d'accueil en hospitalisation, des entrées dans un service, des sorties d'un service, des actes, des examens, de transfusion, de gynéco-obstétrique, des accouchements, des urgences, du bloc opératoire, de banque de sang, d'accueil, de consultation externes, SST, de CPN, de PF, CPON et de dépistage volontaire pour les hôpitaux ;
- De plus, les outils de rapportage tels que le DHIS2 et l'Open Clinic sont utilisés.

IV.2.4. Les produits

Les principaux produits issus de la collecte et du traitement des données sont les annuaires statistiques, les tableaux de bord, les bulletins d'épidémiologie et d'information sanitaire, la carte sanitaire et la carte de score,

IV.3. Dissémination de l'information

Les canaux de dissémination des produits sont : La distribution physique sous format papier, site web du MSPLS. Néanmoins, le public cible du niveau périphérique reçoit tardivement l'information.

V. Processus d'élaboration du plan stratégique

V.1 Analyse de la situation

La méthodologie utilisée dans ce cadre s'inspire de la démarche de planification du SIS. Les documents suivants ont été utilisés : le rapport d'évaluation SISR, la Politique Nationale de Développement de l'Informatique de Santé, le Plan Stratégique de l'amélioration de la qualité du SNIS 2019-2023, le Plan National de Développement Sanitaire III (PNDS III) 2019-2023, le Plan National de Santé (PNS) 2016-2025, la Politique Nationale des Technologie de l'Information et Communication (TIC).

Le cadre d'analyse des SIS comprend les éléments suivants :

- **Les ressources du SIS** : elles comprennent l'environnement politique, législatif, réglementaire et financier en place, ainsi que les infrastructures et les ressources humaines et matérielles nécessaires au développement du SNIS ;
- **Les indicateurs** : ce sont les indicateurs de base couvrant les différents domaines de l'information sanitaire et permettant le suivi des principaux programmes et politiques en relation avec la santé ;
- **Les sources de données**) : ce sont les sources essentielles et les normes d'utilisation des données dans la production de l'information sanitaire ainsi que les relations possibles entre ces données. Les sources explorées sont les enquêtes, le recensement de la population etc.
- **Le processus de gestion de l'information** : il s'agit des processus optimaux de collecte, de traitement, de partage et de stockage des données, des flux de données et des boucles de rétroaction ;
- **La qualité des données** : c'est l'ensemble des critères d'évaluation de la qualité des données disponibles ;
- **La diffusion et l'utilisation des données** : c'est l'ensemble des normes de présentation et de diffusion des données ; de partage de l'information entre parties et incitations à la prise de décisions à base factuelle.

V.2 Phases d'élaboration du plan stratégique

Le processus d'élaboration du plan stratégique a été participatif et s'est déroulé en plusieurs phases.

- 1^{ère}Phase : Evaluation du plan stratégique du SNIS 2011-2015
- 2^{ème}phase : Identification et sensibilisation des acteurs-clés du système d'information sanitaire, par un processus inclusif, pour anticiper une participation et implication effective de tous les intervenants dans son élaboration.
- 3^{ème} phase : Elaboration du draft initial par le groupe technique de base lors de l'atelier tenu en date du 28 au 30 Novembre 2018
- 4^{ème}phase : Validation du document par le groupe technique
- 5^{ème} phase : Revue et validation du document par le Groupe Thématique Planification

6^{ème} phase : Adoption du document par le Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement (CPSD)

La phase d'évaluation du système d'information sanitaire a consisté à analyser les forces et les faiblesses du SNIS au cours d'un atelier d'auto-évaluation. Cet atelier a regroupé les principaux acteurs du SNIS et les partenaires techniques et financiers.

A la suite de cette évaluation, la seconde phase a comporté 4 étapes : (i) l'évaluation externe réalisée par une équipe de consultants ; (ii) la priorisation des problèmes par l'équipe élargie ; (iii) la tenue de l'atelier de planification regroupant l'ensemble des parties prenantes qui a permis la confirmation des priorités, l'analyse des problèmes prioritaires ; l'élaboration de la vision et la définition des stratégies ; (iv) la finalisation du plan stratégique par l'équipe de base appuyée par un consultant et des personnes ressources à travers une planification détaillée des activités pour les cinq premières années de mise en œuvre du plan, l'évaluation des coûts du plan d'action, l'élaboration d'un plan de suivi évaluation et la rédaction du document.

VI. Résultats de l'évaluation du Plan stratégique 2011-2015

L'évaluation du plan stratégique 2011-2015 a permis de faire l'analyse de la situation des différents axes stratégiques qui sont : (i) le renforcement de la coordination, de la planification et du leadership ; (ii) le renforcement des ressources humaines, financières, des équipements et des infrastructures ; (iii) l'amélioration des sources, de la gestion et de la qualité des données sanitaires et (iv) l'amélioration de la production, diffusion et de l'utilisation de l'information sanitaire. Elle a permis de mesurer de manière détaillée le niveau de réalisation de chaque axe stratégique. Le tableau suivant résume les résultats de l'évaluation.

Les résultats de l'évaluation du plan stratégique 2011-2015 sont décrits dans le tableau ci-après.

Tableau III: Résumé de l'évaluation de la mise en œuvre technique du plan stratégique 2011-2015

Axe stratégique et Objectifs	Réalisation
AS1 : Renforcement de la coordination, de la planification et du leadership	80%
Objectif 1 : Renforcer la coordination de l'ensemble du SNIS et la concertation avec les partenaires	100%
Objectif 2 : Développer un cadre de planification et de suivi évaluation du SNIS	67%
AS2 : Renforcement des ressources humaines, financières, des équipements et des infrastructures	90%
Objectif 3 : Renforcer les infrastructures et équipements au profit du SNIS	87,5%
Objectif 4 : Renforcer le SNIS en ressources humaines en qualité et en nombre	85,7%
Objectif 5 : Améliorer l'usage des TIC pour la gestion des données sanitaires	100%
Objectif 6 : Accroître le financement en faveur du SNIS	33,3%

Axe stratégique et Objectifs	Réalisation
AS3 : Amélioration des sources, de la gestion et de la qualité des données sanitaires	62,5%
Objectif 7 : Disposer des résultats d'enquêtes, de recherche et de recensement à temps pour les cycles de planification	20%
Objectif 8 : Harmoniser le calcul des indicateurs de santé et les outils de collecte à tous les niveaux	80%
Objectif 9 : Améliorer le traitement, l'analyse et l'archivage de l'information sanitaire aux différents niveaux du système	100%
Objectif 10 : Améliorer la qualité des données produites par le SNIS	80%
AS4 : Amélioration de la production, diffusion et de l'utilisation de l'information sanitaire	66,7%
Objectif 11 : Renforcer la production et le partage de l'information sanitaire	71,4%
Objectif 12 : Renforcer l'utilisation de l'information sanitaire à tous les niveaux	50%

Les résultats ont montré que le plan stratégique a été mise en œuvre à 74,1%. Sur 58 activités prévues, 43 ont été réalisées. La mauvaise formulation des activités et le manque des fonds ont fait qu'elles ne soient pas réalisées.

VII. Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces

Tableau IV: Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Politique, Planification, Coordination et Ressources			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des capacités technique du personnel impliqué dans le SNIS à tous les niveaux ▪ Mise à l'échelle du DHIS2 au Niveau National ▪ Intégration des données des programmes dans le SNIS ▪ Existence du manuel sur les normes, directives et procédures de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Irrégularité des réunions du comité de coordination des partenaires et du GTP ▪ Persistance des systèmes parallèles de collecte des données ▪ Plan de formation non actualisé ▪ Certains ASC ne sont pas formés sur les outils harmonisés de collecte des données ▪ Manque de personnel formé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Engagement de certains partenaires pour la mise à l'échelle de DHIS2 et du SISCOM ▪ Effectivité de la décentralisation du système de santé ▪ Électricité disponible dans tous les bureaux de districts sanitaires ▪ Engagement du Gouvernement à 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Engagement non effectif de certains partenaires ▪ Manque de ressources financières notamment pour l'extension de l'informatisation, la multiplication des outils standards, etc... ▪ Dépendance de l'aide extérieur pour le fonctionnement du SNIS ▪ Hébergement de DHIS2 à l'extérieur du pays

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>gestion de l'information sanitaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence des plans d'actions annuels du SNIS ▪ Existence d'un groupe thématique multisectoriel du SNIS (GTP) ▪ Tenue des réunions d'analyse des données du SNIS mensuelle au niveau des BDS, trimestrielle au niveau des BPS et semestrielle au niveau central ▪ Tous les BPS, BDS, Hôpitaux et CDS disposent du matériel informatique et plaques solaires permettant la compilation des données récoltées ▪ Collaboration entre le MSPLS et l'ISTEEBU dans la coordination de la recherche en santé ▪ Mise en réseau des structures de gestion de l'information 	<p>sur la maintenance du serveur</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance des équipements informatiques ▪ Absence d'outils de maintenance du parc informatique de la DSNIS ▪ Faible capacité de l'extension du projet d'informatisation ▪ Insuffisance de formation des prestataires sur la gestion du SIS ▪ Manque d'un chargé du SIS dans les CDS ▪ Faible appropriation du SIS par les niveaux intermédiaires et périphérique ▪ Faible coordination de la revue et de l'analyse des données ▪ Faiblesse dans la recherche en santé 	<p>soutenir le SNIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surcharge de travail des prestataires au niveau des CDS

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
sanitaire à travers le DHIS2 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place du SIS COM ▪ Existence des chargés du SIS dans les hôpitaux 			
Indicateurs			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité des données d'enquêtes de bonne qualité ▪ Existence d'une base de données des enquêtes ▪ Bonne complétude des rapports des CDS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible diffusion et utilisation des résultats des enquêtes ▪ Faible cohérence entre les dénominateurs ▪ Faible promptitude des rapports ▪ Faible cohérence entre les données du SNIS Manque d'intégration des données des enquêtes et des projections de l'ISTEEBU dans DHIS2 ▪ Faibles taux de couverture pour certains antigènes ▪ Exactitude des rapports (existence de données aberrantes) ▪ Faible complétude des rapports des hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appui de de l'ISTEEBU par un expert et de l'INSP ▪ Renforcement des capacités par des partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instabilité du personnel formé en DHIS2
Sources des données			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'existence d'un système performant de surveillance des maladies à potentiel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible rapportage des données en provenance du secteur privé (Fosa et laboratoires) et des hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'existence d'une politique nationale en matière d'Etat Civil ▪ Volonté des 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non engagement des partenaires pour la pérennisation du projet d'informatisation des hôpitaux

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>épidémique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'utilisation de la Classification Internationale des Maladies (CIM) et problèmes de santé pour l'enregistrement des causes de décès ▪ Existence d'un système de collecte des données de routine ▪ Existence d'une base de données fonctionnelle à tous les niveaux du SNIS ▪ Le recensement et les enquêtes auprès des ménages (MICS, EDS, PMS) sont menés régulièrement et les données qui en sont issues sont disponibles à temps pour utilisation ▪ Standardisation des outils de collecte des données 	<p>nationaux</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible interopérabilité des bases de données existantes ▪ Faible compréhension de la codification internationale des maladies ▪ Rupture fréquente des outils de collecte des données ▪ Manque d'intégration des données de l'état civil et des enquêtes dans le SIS ▪ Non informatisation du registre du CDS 	<p>partenaires pour appuyer la mise en place de l'interopérabilité entre le DHIS2 et les autres applications</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence des données du SMS rapid 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible financement alloué à la santé par le gouvernement
Gestion des données			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saisie des données au niveau des FOSA ▪ Revue des données à tous 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible maîtrise de l'outil informatique ▪ Faible suivi des indicateurs ▪ Faible capacité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'appui des Partenaires pour la gestion des données 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible débit de connexion internet dans certaines localités

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>les niveaux</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence du Manuel d'utilisation de la base DHIS2 ▪ Existence d'une base de gestion des données du SIS en ligne (le DHIS 2) fonctionnelle au niveau national, intermédiaire et périphérique ▪ Informatisation des Hôpitaux en cours ▪ Connexion internet (usage des téléphones Android) dans les structures qui utilisent le DHIS2 	<p>d'analyse des données</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence d'audit de la qualité des données du SIS ▪ Faible archivage des rapports ▪ Faible exploitation du DHIS2 par les utilisateurs 		
Diffusion et utilisation des informations			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Production des annuaires statistiques, des bulletins trimestriels ▪ Utilisation de l'information pour élaborer des politiques sanitaires et pour faire le plaidoyer ▪ Existence d'un site web ▪ Existence des tableaux de bord pour les différents programmes du MSPLS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retard dans la diffusion des rapports (annuaires statistiques, des Bulletins trimestriel, les rapports d'enquêtes) ▪ Faible utilisation des données dans la planification et l'amélioration des performances à tous les niveaux ▪ Absence du processus d'approbation des données avant leur transmission 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'internet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible financement du SNIS

VIII. Problèmes prioritaires

Les problèmes prioritaires retenus et leurs causes sont les suivants :

1. Faiblesse dans la coordination de la planification et de leadership

- Les documents normatifs du SNIS ne sont pas élaborés ;
- Les cadres de coordination des partenaires du SNIS existants ne sont pas fonctionnels ;
- Un système d'évaluation trimestrielle de la performance des structures de santé dans la gestion des données du SNIS et l'utilisation de DHIS2 ne sont pas mis en place à différents niveaux par le PBF ;
- Manque d'un cadre développé de planification et de suivi évaluation du SNIS ;
- Manque d'un chargé du SIS dans les CDS ;
- Faible appropriation du SIS par les niveaux intermédiaires et périphérique ;
- Faible coordination de la revue et de l'analyse des données ;
- Irrégularité des réunions du comité de coordination des partenaires et du GTP ;
- Persistance des systèmes parallèles de collecte des données ;

2. Insuffisance des ressources humaines, financières et matérielles

- Insuffisance en qualité et en nombre des ressources humaines ;
- Insuffisance de financement ;
- Insuffisance en matériels et équipements ;
- Certains ASC ne sont pas formés sur les outils harmonisés de collecte des données ;
- Manque de personnel formé sur la maintenance du serveur ;
- Insuffisance des équipements informatiques ;
- Absence d'outils de maintenance du parc informatique de la DSNIS ;
- Faible capacité de l'extension du projet d'informatisation ;
- Insuffisance de formation des prestataires sur la gestion du SIS.

3. Insuffisance des sources et des données sanitaires de qualité

- Insuffisance des outils standards de gestion de l'information sanitaire ;
- Absence d'interopérabilité entre le DHIS2 et les autres logiciels ;
- Absence des données des différentes sources (Secteur privé, l'état civil, enquêtes et des populations);
- Faible passage de l'usage des outils papiers à l'usage des outils informatiques dans la gestion des données du SNIS ;
- Faible compréhension de la codification internationale des maladies ;
- Rupture fréquente des outils de collecte des données ;
- Non informatisation du registre du CDS.

4. Insuffisance dans la production, diffusion et de l'utilisation de l'information sanitaire.

Les données du système de santé ne sont pas disponibles et utilisées régulièrement (Bulletin, annuaire statistique et la carte sanitaire).

- Faible utilisation des données dans la planification et l'amélioration des performances à tous les niveaux
- Absence du processus d'approbation des données avant leur transmission

IX. Stratégies de renforcement du SNIS

IX.1 Vision du SNIS à l'horizon 2023

Un système d'information sanitaire performant, intégré, efficient, répondant aux normes pour la production et la gestion de données de haute qualité, pour une prise de décision éclairée afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations.

IX.2. Missions de la Direction du SNIS

La Direction du SNIS est chargée des missions suivantes :

- Participer aux réunions du comité de gestion de la Direction Générale de la Planification ;
- Coordonner et superviser la gestion et l'administration de la Direction du SNIS ;
- Veiller à la tenue conforme et au respect des calendriers de réunion des comités de gestion du service des Etudes et de la Recherche, du service de gestion de l'Information (GIS) et du service de surveillance Epidémiologique ;
- Veiller à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des diverses planifications de sa Direction dont la planification opérationnelle annuelle ;
- Veiller à l'application du système de contrôle de la performance inhérent à la méthodologie de planification du MSPLS ;
- Veiller à l'élaboration et l'application des politiques et méthodologies des Etudes et de la Recherche, de la GIS et de la Surveillance Epidémiologique ;
- Assurer la production des outils harmonisés de collecte des données ;
- Appuyer les structures décentralisées dans la collecte et l'analyse des données.

IX.3. But du plan stratégique

Le but est de rendre disponibles et accessibles les informations stratégiques pour la prise de décisions et la définition des politiques et stratégies de promotion de la santé et de lutte contre les maladies à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

IX.4. Principes directeurs

Les principes qui guident le plan stratégique du SNIS se réfèrent au document de PNS 2016-2025 à savoir : la complémentarité, l'efficacité et l'efficace, la gestion intégrée, l'intégration, la gestion axée sur les résultats, la décentralisation, la coordination, la participation et l'appropriation communautaire.

X. Axes stratégiques (AS) et objectifs

Quatre axes stratégiques ont été proposés pour résoudre les problèmes identifiés, à savoir : (i) Renforcement de la coordination, de la planification et du leadership, (ii) Renforcement des ressources humaines, financières et matérielles, (iii) Amélioration des sources, de la gestion et de la qualité des données sanitaires et (iv) Amélioration de la production, diffusion et de l'utilisation de l'information sanitaire.

AS1: Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé

Le système d'information est un ensemble de ressources organisées, soutenu par le respect des procédures et des normes. Son développement dépend de la manière dont fonctionnent les différentes composantes. D'où l'importance et la place de la coordination, de la planification suivi-évaluation, gouvernance et du leadership dans la mise en place d'un système d'information performant. Pour ce faire, des mécanismes de coordination seront mis en place incluant l'élaboration de documents de planification, de normes, de procédures de collecte des données et de gestion de l'information.

Tableau V: Objectifs et interventions du Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé

Objectifs	Interventions
Développer un cadre de planification et de suivi évaluation du SNIS	1.1 Evaluation du plan stratégique 2011-2015 étendu en 2018
	1.2 Elaboration du plan stratégique 2019-2023
	1.3. Validation et dissémination du plan stratégique 2019-2023
	1.4. Evaluation à mi-parcours du plan stratégique 2019-2023
	1.5. Evaluation finale du plan stratégique 2019-2023
	1.6. Elaboration et validation du plan stratégique 2024-2028
	1.7. Evaluer la mise en œuvre du plan d'assurance qualité des données

Objectifs	Interventions
Assurer la disponibilité des documents normatifs du SNIS	2.1. Elaboration d'un guide d'analyse et de revue conjointes de la qualité des données
	2.2. Dissémination du manuel des procédures opérationnelles standards à chaque niveau de la pyramide sanitaire
	2.3. Elaboration d'une Ordonnance ministérielle réglementant la collecte des données du secteur de la santé
	2.4. Elaboration d'une politique du SIS / mise au point progressive : révisé, suivi, évaluation et application de la politique
	2.5. Mise à jour du dictionnaire de métadonnées
	2.6. Elaboration du document de la Politique Nationale de la Recherche en Santé
Assurer le leadership pour une meilleure coordination de la mise en œuvre des interventions dans le SNIS	3.1 Révision du manuel de description des postes aux différents niveaux du SNIS
	3.2. Organisation des réunions périodiques avec les intervenants (partenaires, programmes et niveaux décentralisés) dans le cadre du suivi de la mise en œuvre des interventions dans le SNIS.
	3.3. Plaidoyer pour la mise en place d'un Cadre National de Coordination de la Recherche en Santé.

AS2: Le renforcement des mécanismes de Financement du secteur de la santé

La mise en place et la maintenance du Data center sera assurées ainsi que la maintenance des sites de l'Observatoire National de la Santé (ONS) et celui du Ministère, La DSNIS va appuyer les structures décentralisées du SNIS à l'accès internet sécurisé. C'est pourquoi, un plaidoyer sera fait pour un financement plus accru du SNIS.

Tableau VI: Objectifs et interventions du renforcement des mécanismes de Financement du secteur de la santé

Objectifs	Interventions
Assurer le financement du SNIS	4.1. Mobilisation des fonds pour la mise en œuvre du plan stratégique 2019-2023

AS3: Amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires

La dotation des équipements informatiques, les outils de maintenance du parc informatique et l'extension du projet d'informatisation s'avèrent indispensables pour le bon fonctionnement du SNIS.

Tableau VII : Objectifs et interventions d'amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires

Objectifs	Interventions
Renforcer le SNIS en matériels et équipements	5.1. Renforcement des CDS, Hôpitaux, Districts Sanitaire, BPS, Programmes et Département en ressources matérielles et équipements

AS4: Amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé

La disponibilité des ressources humaines en qualité et en nombre suffisants est un élément clé du développement du système d'information. Le renforcement des capacités des ressources humaines sera fait à travers les formations continue et spécialisée.

Tableau VIII : Objectifs et interventions d'amélioration de la production et de la gestion du

Objectifs	Interventions
Renforcer le SNIS en ressources humaines de qualité	6.1. Recrutement de 5 informaticiens de la DSNIS pour le suivi des activités liées au TIC pour la gestion optimale du SNIS à tous les niveaux
	6.2. Renforcement des capacités de 2 informaticiens programmeurs/développeurs et administration réseau
	6.3. Organisation des académies locales ou régionales sur le DHIS
	6.4. Organisation des formations au niveau central, intermédiaire et opérationnel sur l'utilisation des applications intégrées au DHIS2
	6.5. Renforcement des capacités de 2 prestataires/FOSA sur l'analyse des données pendant 5 jours
	6.6 Renforcement des compétences techniques du personnel sur l'utilisation des outils de gestion des données au niveau périphérique et communautaire (Formation des prestataires sur les outils de collecte révisés, Supervision semestrielle pour le suivi de la disponibilité et de l'utilisation des outils par la DSNIS, Formation des ASC sur l'utilisation des outils du SIS communautaire)
	6.7. Renforcement de capacités du secteur privé sur l'importance et la gestion des données (Formation des prestataires, Supervision, Dotation des outils, etc...)
	6.8. Renforcement des capacités du personnel des niveaux central, intermédiaire et périphérique sur l'utilisation des outils /instruments de suivi et évaluation de la qualité des données (RDQA, Audit des données, SCORE)
	6.9. Organisation d'une formation de 5jours du personnel du niveau central sur la cartographie sanitaire à l'aide du logiciel QGIS
	6.10. Renforcement des capacités des cadres du MSPLS sur l'interopérabilité des autres bases des données avec le DHIS2 et l'administration du DHIS2
	6.11. Renforcement des capacités des cadres du MSPSLS sur la recherche en Santé

AS5 : Amélioration des sources et des données sanitaires de qualité

L'objectif d'un système d'information est de mettre à la disposition des utilisateurs, des données de qualité.

Les sources de données seront renforcées à travers (i) la disponibilité des outils standards de gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux, (ii) l'interopérabilité entre le DHIS2 et les autres logiciels, (iii) l'exploitation des différentes sources des données, (iv) le passage de l'usage des outils papiers à l'usage des outils informatiques dans la gestion des données du SNIS.

Les sources habituelles de données du SIS sont constituées par : (i) le SISR du secteur de la santé, (ii) les enquêtes, (iii) les enregistrements de l'état civil.

S'agissant de la qualité des données, l'outil informatique est devenu, depuis l'avènement des TIC, la force de tout système d'information. Un système d'assurance qualité de données sera mise en place pour garantir la fiabilité des données rapportées. Les différents instruments /outils de suivi et évaluation de la qualité seront exploités et feront l'objet de renforcement des compétences des utilisateurs (RDQA, SCORE, WHO Data Quality tool, Data quality review). L'informatisation des registres permettra la mise en cohérence et la comparabilité des données.

Tableau IX: Objectifs et interventions de la disponibilité des sources et des données sanitaires de qualité (AS3)

Objectifs	Interventions
Assurer la disponibilité des outils standards de gestion de l'information sanitaire	7.1. Autonomisation des structures de soins de santé dans l'acquisition et gestion des outils de collecte et de rapportage des données.
	7.2 Informatisation des registres des FOSA,
	7.3. Révision et vulgarisation des outils de collecte des données
	7.4. Elaboration du document de la Politique Nationale de la Recherche en Santé
Assurer l'interopérabilité entre le DHIS2 et les autres logiciels	8.1. Mise en place et fonctionnement d'un Data center de tous les partenaires au niveau national
	8.2. Mise à jour des données du DHIS2 en intégrant les données issues des événements spéciaux (SSME, Campagne MILDA, Enquête, décès maternel, décès périnatal et néonatal, échantillon PFA et rougeole, données entomologiques)

Objectifs	Interventions
Améliorer la disponibilité des données à travers la collaboration intersectorielle (Secteur privé, l'état civil ;	9.1 Mise en place et fonctionnement d'un cadre de collaboration intersectorielle pour une disponibilité accrue des données
	9.2. Mise à jour des données du DHIS2 en intégrant les données issues des événements spéciaux (Campagne MILDA, Enquête, Recherche, des données entomologiques,)
Améliorer la qualité des données produites par le SNIS	10.1 Mise en place d'un système d'amélioration de la qualité des données à différents niveaux
	10.2 Validation périodique des données de routine, des recherches et des enquêtes à tous les niveaux
	10.3 Organisation des ateliers régionaux de restitution des résultats issus des supervisions par semestre
	10.4. Alimentation périodique de l'Observatoire de la Santé par des données et indicateurs pertinents à l'aide d'un logiciel Desk Top
	10.5. Organisation d'une autopsie verbale et sociale des décès maternel et périnatal
Renforcer l'utilisation de l'information sanitaire à tous les niveaux du système de santé	11.1 Utilisation des nouvelles projections dans le calcul des indicateurs de santé à tous les niveaux comme population cible
	11.2. Production trimestrielle du bulletin statistique au niveau central
	11.2. Production de l'annuaire statistique
	11.3. Organisation trimestrielle d'un atelier national de diffusion du bulletin statistique.
	11.4. Organisation d'un atelier national de diffusion de l'annuaire statistique
	11.5. Mise à jour de la carte sanitaire
	11.6. Production et diffusion une fois le trimestre la carte de score des indicateurs clés

Objectifs	Interventions
	11.7. Etablissement des critères de performance de l'utilisation de l'information sanitaire à tous les niveaux du système de santé
	11.8 Suivi semestriel de l'utilisation de l'information sanitaire par les structures de santé à tous les niveaux
	11.9. Classement semestriel du NC, BPS et BDS selon les performances de l'utilisation de l'information sanitaire

AS6: Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles

La surveillance comprend le recueil systématique et continu des données sanitaires, leur analyse et leur interprétation, ainsi que le partage des informations recueillies auprès de ceux qui en ont besoin pour prendre les mesures sanitaires nécessaires. La surveillance est essentielle pour planifier, mettre en œuvre et évaluer les pratiques sanitaires.

Tableau X : Objectifs et interventions du renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles

Objectifs	Interventions
Renforcer la préparation, la détection et la riposte aux épidémies et aux urgences de santé publique sont renforcées	12.1. Collecte, analyse et diffusion des données sur la surveillance épidémiologique
	12.2. Intégration de la surveillance épidémiologique (PFA, Rougeole, TNN, Méningite) et les autres programmes dans le tracker

AS7: Renforcement des interventions au niveau Communautaire

Le Renforcement des Systèmes Communautaires constitue une approche qui favorise la mise en place d'un système d'organisations communautaires, de groupes et de structures compétents bien formés et coordonnés. Il permet de contribuer à la viabilité des systèmes de santé et des interventions au niveau communautaire, y compris un environnement favorable et réceptif dans lequel ces contributions pourront être efficaces.

Tableau XI : Objectifs et interventions du renforcement des interventions au niveau

Communautaire

Objectifs	Interventions
Renforcer les capacités des ASC et GASC	13. 1. Formation des ASC sur les outils standards du SIS communautaire
	13.2. Mise en place du système d'enregistrement des décès survenus dans la communauté (d'autopsie verbal)
	13.3. Mise en place du système d'enregistrement des événements survenus dans la communauté (SMS)
	13.4. Suivi de l'utilisation des outils du SIS communautaire

XI. Chronogramme de mise en œuvre des interventions

Tableau XII: Chronogramme de mise en œuvre des interventions

Interventions	2019	2020	2021	2022	2023
AS1: Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé					
Evaluation du plan stratégique 2011-2015 étendu en 2018					
Elaboration du plan stratégique 2019-2023					
Validation et dissémination du plan stratégique 2019-2023					
Evaluation à mi-parcours du plan stratégique 2019-2023					
Evaluation finale du plan stratégique 2019-2023					
Elaboration et validation du plan stratégique 2024-2028					
Evaluer la mise en œuvre du plan d'assurance qualité des données					
Elaboration d'un guide d'analyse et de revue conjointes de la qualité des données					
Dissémination du manuel des procédures opérationnelles standards à chaque niveau de la pyramide sanitaire					
Elaboration d'une Ordonnance ministérielle réglementant la collecte des données du secteur de la santé					
Elaboration d'une politique du SIS / mise au point progressive : révisé, suivi, évaluation et application de la politique					
Mise à jour du dictionnaire de métadonnées					
Elaboration du document de la Politique Nationale de la Recherche en Santé					
Révision du manuel de description des postes aux différents niveaux du SNIS					
Organisation des réunions périodiques avec les intervenants (partenaires, programmes et niveaux décentralisés) dans le cadre du suivi de la mise en œuvre des interventions dans le SINIS.					
Plaidoyer pour la mise en place d'un Cadre National de Coordination de la Recherche en Santé.					

Interventions	2019	2020	2021	2022	2023
AS2: Le renforcement des mécanismes de Financement du secteur de la santé					
Mobilisation des fonds pour la mise en œuvre du plan stratégique 2019-2023					
AS3: Amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires					
Renforcement des CDS, Hôpitaux, Districts Sanitaire, BPS, Programmes et Département en ressources matérielles et équipements					
AS4: Amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé					
Recrutement de 5 informaticiens de la DSNIS pour le suivi des activités liées au TIC pour la gestion optimale du SNIS à tous les niveaux					
Renforcement des capacités de 2 informaticiens programmeurs/développeurs et administration réseau					
Organisation des académies locales ou régionales sur le DHIS					
Organisation des formations au niveau central, intermédiaire et opérationnel sur l'utilisation des applications intégrées au DHIS2					
Renforcement des capacités de 2 prestataires/FOSA sur l'analyse des données pendant 5 jours					
Renforcement des compétences techniques du personnel sur l'utilisation des outils de gestion des données au niveau périphérique et communautaire (Formation des prestataires sur les outils de collecte révisés, Supervision semestrielle pour le suivi de la disponibilité et de l'utilisation des outils par la DSNIS, Formation des ASC sur l'utilisation des outils du SIS communautaire)					
Renforcement de capacités du secteur privé sur l'importance et la gestion des données (Formation des prestataires, Supervision, Dotation des outils, etc...)					
Renforcement des capacités du personnel des niveaux central, intermédiaire et périphérique sur l'utilisation des outils /instruments de suivi et évaluation de la qualité des données (RDQA, Audit des données, SCORE)					
Organisation d'une formation de 5 jours du personnel du niveau central sur la cartographie sanitaire à l'aide du logiciel QGIS					

Interventions	2019	2020	2021	2022	2023
Renforcement des capacités des cadres du MSPLS sur l'interopérabilité des autres bases des données avec le DHIS2 et l'administration du DHIS2					
Renforcement des capacités des cadres du MSPSLS sur la recherche en Santé					
AS5 : Amélioration des sources et des données sanitaires de qualité					
Autonomisation des structures de soins de santé dans l'acquisition et gestion des outils de collecte et de rapportage des données.					
Informatisation des registres des FOSA,					
Révision et vulgarisation des outils de collecte des données					
Mise en place et fonctionnement d'un Data center de tous les partenaires au niveau national					
Mise à jour des données du DHIS2 en intégrant les données issues des événements spéciaux (SSME, Campagne MILDA, Enquête, décès maternel, décès périnatal et néonatal, échantillon PFA et rougeole, données entomologiques)					
Mise en place et fonctionnement d'un cadre de collaboration intersectorielle pour une disponibilité accrue des données					
Mise à jour des données du DHIS2 en intégrant les données issues des événements spéciaux (Campagne MILDA, Enquête, Recherche, des données entomologiques...)					
Mise en place d'un système d'amélioration de la qualité des données à différents niveaux					
Validation périodique des données de routine, des recherches et des enquêtes à tous les niveaux					
Organisation des ateliers régionaux de restitution des résultats issus des supervisions par semestre					
Alimentation périodique de l'Observatoire de la Santé par des données et indicateurs pertinents à l'aide d'un logiciel Desk Top					
Organisation d'une autopsie verbale et sociale des décès maternel et périnatal					
Utilisation des nouvelles projections dans le calcul des indicateurs de santé à tous les niveaux comme population cible					
Production trimestrielle du bulletin statistique au niveau central					

Interventions	2019	2020	2021	2022	2023
Production de l'annuaire statistique					
Organisation trimestrielle d'un atelier national de diffusion du bulletin statistique.					
Organisation d'un atelier national de diffusion de l'annuaire statistique					
Mise à jour de la carte sanitaire					
Production et diffusion une fois le trimestre la carte de score des indicateurs clés					
Etablissement des critères de performance de l'utilisation de l'information sanitaire à tous les niveaux du système de santé					
Suivi semestriel de l'utilisation de l'information sanitaire par les structures de santé à tous les niveaux					
Classement semestriel du NC, BPS et BDS selon les performances de l'utilisation de l'information sanitaire					
AS6: Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles					
Collecte, analyse et diffusion des données sur la surveillance épidémiologique					
Intégration de la surveillance épidémiologique (PFA, Rougeole, TNN, Méningite) et les autres programmes dans le tracker					
AS7: Renforcement des interventions au niveau Communautaire					
Formation des ASC sur les outils standards du SIS communautaire					
Mise en place du système d'enregistrement des décès survenus dans la communauté (d'autopsie verbal)					
Mise en place du système d'enregistrement des événements survenus dans la communauté (SMS)					
Suivi de l'utilisation des outils du SIS communautaire					

XII. Coût du plan stratégique 2019-2023

L'estimation du budget de la mise en œuvre a été faite sur les 5 ans. Elle comporte les coûts par. De plus, l'évaluation financière a été faite par catégorie de dépenses. Le coût total du plan stratégique 2019-2023 est de *Soixante Six Milliards Deux Cents Dix Sept Millions Huit Cents Douze Mille Six Cents Trante Trois francs burundais (66 217 812 633fbu)*.

Tableau XIII: Coût du plan stratégique 2019-2023

Objectifs	2019	2020	2021	2022	2023	Total
1. Développer un cadre de planification et de suivi évaluation du SNIS	6418000	-	21946000	-	75846750	208421500
2. Assurer la disponibilité des documents normatifs du SNIS	71176500	-	-	-	-	142353000
3. Assurer le leadership pour une meilleure coordination de la mise en œuvre des interventions du SNIS	808913000	10538000	804913000	10538000	804913000	4874652000
4. Renforcer le SNIS en ressources humaines de qualité	4876875500	1577401500	372423300	7129406060	302205012	28423164744
5. Assurer le financement du SNIS	4000000	-	-	-	-	8000000
6. Renforcer le SNIS en matériels et équipements	3796849000	3291400000	-	-	-	14176498000
7. Assurer la disponibilité des outils standards de gestion de l'information sanitaire	2066592267	1063573211	207773711	207773711	207773711	7506973223
8. Assurer l'interopérabilité entre le DHIS2 et les autres logiciels	121102500	38862500	38862500	38862500	38862500	553105000

9. Améliorer la disponibilité des données à travers la collaboration intersectorielle (Secteur privé, l'état civil et des populations);	342415000	47800000	47800000	47800000	47800000	1059145000
10. Améliorer la qualité des données produites par le SNIS	844924800	844924800	844924800	844924800	844924800	7292795200
11. Renforcer l'utilisation des données à tous les niveaux du système de santé	29264400	68647400	21628400	21628400	21628400	325594000
12. La préparation, la détection et la riposte aux épidémies et aux urgences de santé publique sont renforcées	3000000	-	-	-	-	3000000
13. Renforcer les capacités des ASC et GASC	621499279	342723519	226629389	226629389	226629389	1644110966
Total	13593030246	7285870930	2586901100	8527562860	2570583562	66217812633

XIII. Suivi-évaluation du plan

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du plan, la matrice de suivi et évaluation a été élaborée. Deux types d'indicateurs ont été retenus pour mesurer l'efficacité de la mise en œuvre : les indicateurs de processus et les indicateurs de résultats. Les indicateurs de processus mesureront l'exécution effective des activités tandis que ceux de résultats mesureront le degré d'atteinte des objectifs.

Tableau XIV: Matrice de suivi-évaluation du plan stratégique

Objectifs	Indicateurs	Situation de départ	Cible	Année de réalisation
Développer un cadre de planification et de suivi évaluation du SNIS	Plan stratégique 2011-2015 étendu en 2018 évalué	Non	Oui	2019
	Plan stratégique 2019-2023 produit et disséminé	Non	Oui	2019
	Nombre de rapport d'évaluation à mi-parcours du plan stratégique 2019-2023	0	1	2021
	Nombre de rapport d'évaluation finale du plan stratégique 2019-2023	0	1	2023
	Plan stratégique 202-2027 élaboré	Non	Oui	2023
	Plan stratégique 2024-2027 produit et disséminé	Non	Oui	2024
Assurer la disponibilité des documents normatifs du SNIS	Guide d'analyse et de revue conjointes de la qualité des données élaborés et disséminés	Non	Oui	2020
	Manuel des procédures opérationnelles standards produit et disséminé	Non	Oui	2020
	Ordonnance ministérielle réglementant la collecte des données du secteur de la santé	Non	Oui	2019

Objectifs	Indicateurs	Situation de départ	Cible	Année de réalisation
	Politique du SIS mise en place	Non	Oui	2021
	Dictionnaire de métadonnées à jour	Non	Oui	2021
Assurer le leadership pour une meilleure coordination de la mise en œuvre des interventions dans le SNIS	Nombre de rapports des réunions de coordination des partenaires du SIS	0	10	2019-2023
	Manuel de description des postes aux différents niveaux du SNIS révisé	Non	Oui	2020
Renforcer le SNIS en ressources humaines de qualité	Nombre d'informaticiens engagés pour le suivi de l'informatisation des FOSA	2	7	2023
	Nombre de formation des informaticiens programmeurs/développeurs et administration réseau	1	2	2020
	Nombre d'académies locales ou régionales sur le DHIS 2 tenues	1	15	2023
	Nombre de cadres du niveau central, intermédiaire et opérationnel formés sur l'utilisation des applications intégrées au DHIS2	0	240	2023
	Nombre de prestataires formés sur l'analyse des données	0	2255	2023
	Nombre du personnel formés sur l'utilisation des outils de gestion des données au niveau périphérique et communautaire	0	2255	2023

Objectifs	Indicateurs	Situation de départ	Cible	Année de réalisation
	Nombre du personnel du secteur privé formé sur l'importance et la gestion des données	0	800	2023
	Nombre du personnel des niveaux central, intermédiaire et périphérique formé sur l'utilisation des outils /instruments de suivi et évaluation de la qualité des données	0	240	2023
	Nombre du personnel du niveau central formé sur la cartographie sanitaire à l'aide du logiciel QGIS	4	41	2020
	Nombre des cadres de MSPLS formé sur l'interopérabilité des autres bases des données avec le DHIS2 et l'administration du DHIS2	0	42	2020
	Nombre des cadres du MSPSLS formés sur la recherche en Santé	0	42	2020
Assurer le financement du SNIS	Nombre de réunion de mobilisation des fonds pour la mise en œuvre du plan stratégique	0	1	2019
Renforcer le SNIS en matériels et équipements	Nombre d'ordinateurs et accessoires pour tous les niveaux (CDS, Hôpitaux, Districts Sanitaire, BPS et DSNIS) disponibles	0	780	2020
	Nombre de kits informatiques complets de maintenance pour tous les niveaux (, hôpitaux, CDS, BDS, BPS, DSNIS, Programmes et	0	800	2020

Objectifs	Indicateurs	Situation de départ	Cible	Année de réalisation
	Départements)			
Assurer la disponibilité des outils standards de gestion de l'information sanitaire	Proportion de structures de soins sans ruptures de stocks en outils au cours du trimestre précédent	ND	1126	2023
Assurer l'interopérabilité entre le DHIS2 et les autres logiciels	Un Data center fonctionnel au niveau National	0	1	2023
	Nombre d'événements spéciaux intégrées dans le DHIS2(SSME, campagne MILDA, TIDC, etc...)	1	10	2023
Améliorer la disponibilité des données à travers la collaboration intersectorielle (Secteur privé, l'état civil et des populations)	Un cadre de collaboration intersectoriel mis en place et fonctionnel			2019
	Nombre d'atelier/réunion organisés avec les partenaires sur le rapportage des données	0	10	
	Nombre de structures privés rapportant mensuellement les données	60	400	2023
Assurer le passage de l'usage des outils papiers à l'usage des outils informatiques dans la gestion des données du SNIS	Nombre de registres des centres de santé informatisés	0	19	
	Nombre de structures qui disposent des registres informatisé	0	725	2023
	Nombre d'hôpitaux informatisés parmi les 32 restants	12	32	2023
Améliorer la qualité des données produites par le	Nombre de sessions de revue des données organisées et documentées au niveau BPS et	ND	20	2023

Objectifs	Indicateurs	Situation de départ	Cible	Année de réalisation
SNIS	BDS			
	Nombres de réunions semestrielles d'analyses des données organisés par le niveau central	0	10	2023
	Nombres d'ateliers régionaux par semestre de validation des données avec les BPS/BDS et FOSA	0	40 (4 ateliers régionaux par semestre)	2023
	Nombre de sources de données/documents pertinents publiés dans l'Observatoire de la santé	ND	???	2023
	Nombre des ateliers régionaux de restitution des résultats issus des supervisions par semestre organisés	0	10	2023
Renforcer l'utilisation de l'information sanitaire à tous les niveaux du système de santé	Nbre de bulletins statistique produits	0	20	2019-2023
	Nbre d'ateliers nationaux de diffusion du bulletins statistiques	0	20	2019-2023
	Atelier de diffusion de l'annuaire statistique tenu	0	5	2019-2023
	La carte sanitaire est à jour.	Non	Oui	2019-2023
	Nbre de cartes de score des indicateurs clés produits et diffusées	0	20	2019-2020
	Nbre de personnels du niveau central formés sur la cartographie	3	13	2019-2023

Objectifs	Indicateurs	Situation de départ	Cible	Année de réalisation
	sanitaire à l'aide du logiciel QGIS			
	Les critères de performance de l'utilisation de l'information sanitaire à tous les niveaux du système de santé sont établis	0	1	2019-2023
	Nbre de Suivi semestriel de l'utilisation de l'information sanitaire à tous les niveaux du système de santé	0	180	2019-2023
	Classements semestriels effectués selon les performances de l'utilisation de l'information sanitaire	0	10	2023
Renforcer la préparation, la détection et la riposte aux épidémies et aux urgences de santé publique sont renforcées	Nombre de rapports sur la surveillance épidémiologique transmis	0	260	2023
	La surveillance épidémiologique (PFA, Rougeole, TNN, Méningite) et les autres programmes intégrés dans le tracker	Non	Oui	2020
Renforcer les capacités des ASC et GASC	Nombre d'ASC formés sur les outils standards du SIS communautaire	0	3896	2021
	Un système d'enregistrement des décès survenus dans la communauté (d'autopsie verbal) mise en place	Non	Oui	2020
	Un système d'enregistrement des événements survenus dans la communauté (SMS) mise en place	Non	Oui	2020
	Nombre de suivi de l'utilisation des outils du SIS communautaire	0	20	2023

XIV. Cadre de mise en œuvre du plan

Le présent plan stratégique est l'unique cadre de référence pour toutes les interventions relatives au renforcement du SNIS pour la période 2019-2023.

La Direction du Système National d'Information Sanitaire assurera la mise en œuvre des activités planifiées. Elle interagira avec les Projets et programmes de santé et le niveau opérationnel.

Les Projets, Programmes et Départements de santé apporteront un appui technique dans la mise en œuvre des activités et la définition des indicateurs.

Les Partenaires Techniques et Financiers apporteront un appui technique et financier pour la mise en œuvre des activités. La mobilisation des ressources sera faite dans le cadre de la Coordination des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD).

Les Bureaux Provinciaux de Santé et les Bureaux des Districts sanitaires assureront la coordination et participeront à la mise en œuvre des activités. Ils analyseront la fiabilité, la promptitude, la complétude et la cohérence des données avec la base DHIS2 et donneront les rétro informations aux formations sanitaires. Au cours de leurs supervisions, ils vérifieront l'exactitude des données. Les hôpitaux, les centres de santé et les Groupements d'Agents de Santé Communautaire (GASC) devront collecter, traiter et analyser les données pour leur planification et le partage des données de qualité à la hiérarchie.

Références

1. **MSPLS.** Plan stratégique du système national d'information sanitaire 2011-2015
2. **République du Burundi.** Politique Nationale de Santé. Janvier 2016
3. **MSPLS.** Rapport d'évaluation des performances du système national d'information sanitaire de routine au BURUNDI. Décembre 2016
4. **République du Burundi.** Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi. Décembre 2017
5. **MSPLS.** Plan stratégique d'amélioration de la qualité des données du système national d'information sanitaire 2019-2023. Septembre 2018
6. **MSPLS.** Plan national de développement sanitaire, 3^{ème} génération 2019-2023. Décembre 2018
7. **République du Burundi.** Rapport de l'enquête modulaire sur les conditions de vie des ménages 2013/2014. Mai 2015

Annexes

Les membres du Comité Technique

N°	Nom et Prénom	Institution représentée
1	Dr NTIBAZOMUMPA Jean Marie	DSNIS
2	Dr NAMBAJIMANA Onésime	DSNIS
3	Dr NDAYITWAYEKO Salvator	DPSHA
4	Dr NIYONKURU Jacques	DODS
5	Dr MANIRAMPA Juvénal	PNILP
6	Dr TUMWIBAZE Alice	PRONIANUT
7	Dr MUHIMPUNDU Elvis	PNILMTNC
8	Dr NDINDURWAHA Thaddée	CT-FBP
9	NINDORERA Alexine	DSNIS
10	GAHUNGERE Olivier	PNSR
11	NIYIGANZA Jean Pierre	PNILMCNT
12	BARIGENZA Louis	DSNIS
13	KEZAMAHORO Francine	DGP
14	Dr BAZA Dismas	OMS
15	BISORE Serges	USAID/ME
16	MARISASI Félix	Croix Rouge
17	Dr BAYISINGIZE Martin	PSM