

REPUBLIQUE DU BURUNDI



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

# PROFIL DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTE DU BURUNDI

Edition 2011



OBSERVATOIRE NATIONAL DES RESSOURCES  
HUMAINES EN SANTE DU BURUNDI

Janvier 2012

# Table des matières

<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>4</b>
<b>1. CONTEXTE GÉNÉRAL</b> .....	<b>6</b>
1.1. SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE .....	6
1.1.1. SITUATION GÉOGRAPHIQUE.....	6
1.1.2. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE.....	6
1.2. CONTEXTE SOCIO ÉCONOMIQUE .....	7
1.2.1. CROISSANCE DURABLE ET ÉQUITABLE.....	7
1.2.2. L'ALIMENTATION ET LA NUTRITION .....	8
1.2.3. EDUCATION.....	9
1.2.4. ASSAINISSEMENT ET AUTRES ASPECTS ENVIRONNEMENTAUX.....	9
1.3. CONTEXTE POLITIQUE .....	10
1.3.1. GOUVERNANCE .....	10
1.3.2. ÉQUITÉ ET GENRE .....	10
1.4. CONTEXTE SANITAIRE.....	11
<b>2. SYSTÈME DE SANTÉ</b> .....	<b>12</b>
2.1. ORGANISATION DU SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ .....	12
2.1.1. CADRE ORGANISATIONNEL ET INSTITUTIONNEL .....	12
2.1.2. L'ORGANISATION DU RÉSEAU DES SOINS. ....	13
2.1.3. ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ.....	14
2.2. OFFRE DES SOINS DE SANTÉ.....	14
2.3. FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE.....	15
2.3.1. SOURCES DE FINANCEMENT .....	15
<b>3. SITUATION DU PERSONNEL DE SANTÉ</b> .....	<b>18</b>
3.1. EFFECTIFS ET TENDANCES DU PERSONNEL DE SANTÉ.....	18
3.2. RÉPARTITION DU PERSONNEL DE SANTÉ SELON LA PROFESSION .....	20
3.2.1. RÉPARTITION DU PERSONNEL DE SANTÉ SELON L'ÂGE.....	22
3.2.2. RÉPARTITION DU PERSONNEL PAR PROVINCES ET RÉGIONS SANITAIRES.....	23
3.2.3. RÉPARTITION DU PERSONNEL SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE .....	26
3.2.4. RÉPARTITION DES EFFECTIFS DU PERSONNEL DE SANTÉ SELON LE SECTEUR.....	28
<b>4. PRODUCTION DES RESSOURCES HUMAINES</b> .....	<b>30</b>
4.1. FORMATION DU PERSONNEL DE SANTÉ. ....	30
LES DONNEES REPRISES DANS CE TABLEAU .....	33
4.2. FORMATION DE BASE ET POST UNIVERSITAIRE. ....	34
4.3. PROJECTION DES BESOINS EN PERSONNELS DE SANTÉ.....	34
<b>5. UTILISATION DES RHS: PRIORITES ET PRATIQUES</b> .....	<b>35</b>
5.1. RECRUTEMENT. ....	35
5.2. MÉCANISMES DE DÉPLOIEMENT ET DE RÉPARTITION DU PERSONNEL .....	35
5.3. MOBILITÉ – MIGRATION DU PERSONNEL DE SANTÉ .....	36
5.4. MÉCANISMES DE PAIEMENT .....	36
5.5. MÉCANISMES ET SYSTÈMES DE SUPERVISION .....	36
<b>6. GOUVERNANCE</b> .....	<b>37</b>
6.1. POLITIQUES ET PLANS DES RHS. ....	37
6.2. DÉVELOPPEMENT, PLANIFICATION ET GESTION DE POLITIQUE DES RHS. ....	37
6.3. RÉGLEMENTATIONS. ....	38
6.4. SYSTÈME D'INFORMATION DES RHS. ....	39
6.5. RECHERCHE DE RHS.....	39
6.6. PARTIE PRENANTES EN RHS .....	39
<b>ANNEXE 1: PERSONNELS DE SANTE / DONNEES</b> .....	<b>41</b>
<b>ANNEXE 2 : DEFINITIONS DES CATEGORIES</b> .....	<b>42</b>
<b>ANNEXE 3 : CLASSIFICATION DES CATEGORIES</b> .....	<b>44</b>

## *LISTE DES FIGURES*

FIGURE 1 : STRUCTURE DE LA POPULATION BURUNDAISE SELON LE RGPH 2008.....	7
FIGURE 2 : PREVALENCE DE LA MALNUTRITION AU BURUNDI ENTRE DECEMBRE 2009 ET MARS 2010 .....	8
FIGURE 3 : LA PROPORTION DU BUDGET NATIONAL ALLOUE AU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA 15	
FIGURE 4 : REPARTITION DU BUDGET DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA.....	16
FIGURE 5 : REPARTITION DU PERSONNEL DE SANTE PAR QUALIFICATION .....	20
FIGURE 6 : REPARTITION DU PERSONNEL DE SANTE PAR PROFESSION .....	20
FIGURE 7 : REPARTITION DU PERSONNEL DE SANTE SELON LE GENRE .....	22
FIGURE 8 : REPARTITION DU PERSONNEL DE SANTE PAR QUALIFICATION ET REGION .....	25
FIGURE 9 : REPARTITION DU PERSONNEL SELON LE MILIEU DE RESIDENCE .....	27
FIGURE 10 : REPARTITION DES MEDECINS SELON LE NIVEAU DE PRESTATION DE SERVICES .....	27
FIGURE 11 : REPARTITION DES MEDECINS SELON LE TYPE DE STRUCTURES.....	29
FIGURE 12 : LAUREATS INFIRMIERS DES EPM:.....	31
FIGURE 13 : LAUREATS AUXILIAIRES-INFIRMIERS A3.....	32
FIGURE 14 : EVOLUTION DU NOMBRE D'INSCRIT DANS LES ECOLES DE FORMATION MEDICALE ET PARAMEDICALE .....	32

## **LISTE DES TABLEAUX**

TABLEAU 1 : NIVEAUX ET TENDANCES DES EFFECTIFS DES PERSONNELS DE SANTE PAR QUALIFICATION .....	19
TABLEAU 2 : RÉPARTITION DU PERSONNEL DE SANTÉ SELON LE GENRE .....	21
TABLEAU 3 : RÉPARTITION DU PERSONNEL DE SANTÉ PAR GROUPE D'ÂGES ET QUALIFICATION.....	22
TABLEAU 4 : RÉPARTITION DU PERSONNEL PAR PROVINCES ET RÉGIONS SANITAIRES.....	23
TABLEAU 5 : REPARTITION DES PERSONNELS DE SANTE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE .....	26
TABLEAU 6 : NOMBRE D'INSTITUTIONS DE FORMATION DE SANTE DANS LE PAYS.....	30
TABLEAU 7 : NOMBRE D'INSCRIPTIONS DANS LES ECOLES PARAMEDICALES AGREES ET PRIVEES DE 2007 A 2011 .....	30
TABLEAU 8 : NOMBRE DE LAUREATS DES INSTITUTIONS DE FORMATIONS DE 2006 A 2010 .....	33

## INTRODUCTION

La crise des Ressources Humaines pour la santé s'observe dans le monde entier et particulièrement en Afrique subsaharienne. Alors que la région Afrique supporte 24% du poids des problèmes de santé de par le monde, elle ne possède que 3% des professionnels de la santé et ne compte que pour 1% des dépenses mondiales de santé, selon le Rapport sur la Santé dans le Monde 2006 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Le problème des Ressources Humaines pour la santé est une préoccupation internationale et fait l'objet de l'engagement mutuel de la part des organisations internationales et des gouvernements africains. L'OMS et d'autres plateformes encouragent les pays à partager leurs bonnes pratiques en la matière.

Le Burundi n'est pas en reste vis-à-vis de cet engagement et s'inscrit dans cette logique. La pénurie des Ressources Humaines compétentes et motivées pour la santé est désormais reconnue comme la principale contrainte du système de santé du Burundi.

Une Politique et un plan de Développement des Ressources Humaines pour la santé, à travers lesquels le Ministère entend affirmer toute sa volonté de s'attaquer fermement au problème du développement des Ressources Humaines pour la Santé, ont été mis en place. Le Ministère s'engage à améliorer la gestion de ses Ressources Humaines pour la santé et à améliorer leur motivation et en particulier leurs conditions de travail, en échange de leur entière disponibilité et de leur savoir-faire.

Les grands axes stratégiques autour desquels s'articulent cette Politique et Plan de Développement des Ressources Humaines pour la Santé sont les suivants : (i) Améliorer la production des ressources humaines ayant les qualifications requises pour un meilleur fonctionnement des services de santé; (ii) développer les plans de carrière pour l'ensemble du personnel; (iii) Améliorer la répartition des professionnels de santé entre les différentes zones géographiques du pays; (iv) Améliorer la motivation du personnel; (v) Rendre effective la déconcentration et la décentralisation de la gestion des ressources humaines.

Dans le cadre de (i) Fournir une photographie de la situation du personnel de la santé dans le pays ; (ii) Rendre disponible l'information sanitaire du pays aux autorités nationales et aux partenaires, pour une meilleure planification ; (iii) Faciliter le partage d'information; (iv) Contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé au Burundi et dans la sous- région; (v) Disposer de données fiables relatives au profil Ressources Humaines pour la santé et les diffuser à travers un Site Web disponible, le Burundi a bénéficié de l'appui de l'OMS pour élaborer son profil pays.

L'élaboration de ce profil a suivi les principes directeurs standards de l'OMS. Il a été développé sous la direction du Ministère de la Santé publique et de la lutte contre le SIDA. Les informations seront utilisées pour une meilleure planification et pour l'amélioration de la performance du système de santé.

La structure du document est répartie entre six chapitres comportant des informations sur le contexte général du pays, le système de santé, la situation du personnel, la production des RHS, l'utilisation des ressources humaines et la gouvernance. La plupart des données collectées sont tirées des documents de référence (le document de Politique Nationale de la Santé, le document de Politique et le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines 2010-2014, le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 ainsi que des rapports d'enquêtes récentes des ressources humaines et de la situation sanitaire en générale). Les autres données proviennent du système national d'information

sanitaire et d'autres documents pertinents. Le travail a été réalisé par une commission technique mise en place par l'autorité du Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA. Cette commission était présidée par le Directeur des Ressources Humaines et a connue la participation active du Bureau de l'OMS Burundi (la lettre désignant les membres de la commission est en annexe).

## **1. CONTEXTE GÉNÉRAL**

### **1.1. SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE**

#### **1.1.1. 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. Sa superficie est de 27.834 km<sup>2</sup> incluant la surface des eaux territoriales. Situé à 3°22' 34" de latitude sud et à 29°21'36" de longitude Est, il se situe à proximité de l'équateur et dans l'hémisphère sud.

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

Son climat est tropical avec quatre saisons, une petite saison de pluie (d'octobre à décembre), une petite saison sèche (janvier à février), une grande saison de pluie (de mars à mai) et une grande saison sèche (de juin à septembre).

#### **1.1.2. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE**

Selon le recensement général de la population d'août 2008 (RGPH 2008), la population burundaise s'élevait à 8.053.574 habitants dont 49,2% des hommes et 50,8% des femmes. Avec une densité démographique estimée à 310 hab/km<sup>2</sup> en 2008, le Burundi est classé parmi les pays d'Afrique les plus densément peuplés.

La croissance démographique est estimée à 2,4% et l'espérance de vie à la naissance est de 49.3 ans<sup>1</sup>. À partir de ces chiffres, on peut prévoir que la population totale du Burundi sera portée à 10,4 millions dans 10 ans.

Classé au 174<sup>ème</sup> rang sur 182 pays dans le *Rapport sur le Développement Humain 2009*, le Burundi a vu augmenter la proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté de 48 à 67 pour cent entre 2004 et 2006. Les enfants et les femmes sont surtout les plus affectés et souffrent de façon disproportionnée du faible accès aux services sociaux de base, de l'analphabétisme et de l'insécurité alimentaire. La population vit majoritairement en milieu rural (90% de la population burundaise) et 97% vit essentiellement de l'agriculture et de l'élevage.

La population burundaise est essentiellement jeune ; les moins de 15 ans représentent 46,1%, tandis que ceux qui ont 60 ans et plus ne représentent que 5,4%. Bien que peu documenté un mouvement d'exode rural se fait remarquer et touche les jeunes qui partent en ville à la recherche d'emploi rémunérateur.

---

<sup>1</sup> Cette donnée se réfère au RGPH 2008

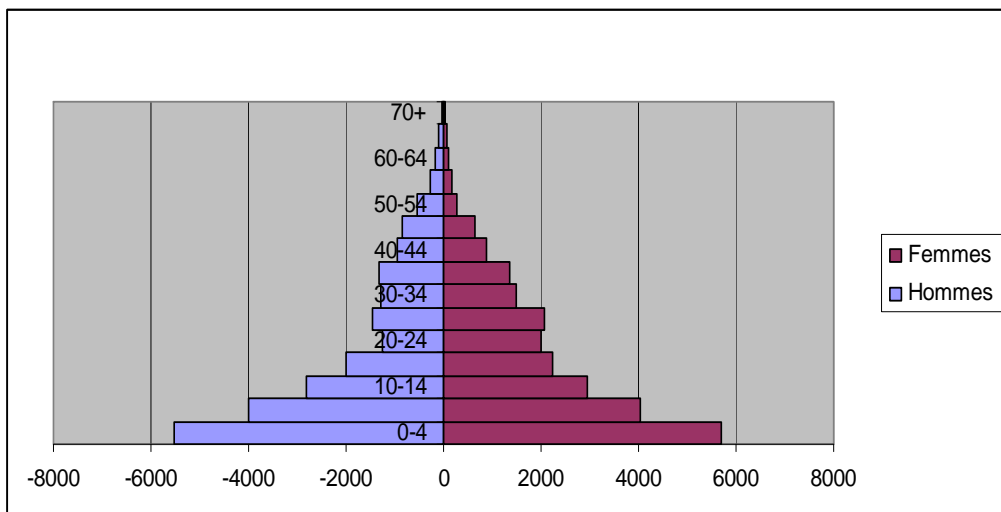


Figure 1 : Structure de la population burundaise selon le RGPH 2008

## 1.2. CONTEXTE SOCIO ÉCONOMIQUE

L'impact désastreux de la guerre s'est traduit par un ralentissement significatif des performances de l'économie nationale et par un appauvrissement généralisé de la population avec un taux de la pauvreté estimée à 67% en 2006, taux toujours maintenu en 2009, un PIB par habitant qui n'a pas cessé de baisser de 2007 à 2011 passant de 119\$/hab/an à 102\$/hab/an.

Cette pauvreté touche près de 69 % des ménages en milieu rural et 34% en milieu urbain. On estime qu'environ huit burundais sur dix vivent en dessous du seuil de pauvreté (moins de 1\$ par jour). Avec un taux d'inflation extrêmement élevé en 2007 (14,5%) et en 2008 (25,7%), ce taux a fortement baissé en 2009, se situant à 4,6% à la fin de l'année.

Cette situation a de fortes répercussions sur les secteurs sociaux. Environ 17 % des malades n'ont pas accès aux soins; 81,5 % des patients sont obligés de s'endetter ou de vendre des biens afin de faire face à la dépense de santé. La pauvreté s'est en effet considérablement aggravée avec la crise et le nombre d'indigents augmente de jour en jour. On retrouve encore le cercle vicieux « mauvais état de santé - effet néfaste sur l'économie - paupérisation - aggravation de l'état de santé ».

### 1.2.1. CROISSANCE DURABLE ET ÉQUITABLE

Globalement, les efforts de développement économique n'ont pas encore eu d'impact significatif sur le bien-être matériel des burundais. Cette situation, traduite par une stagnation du revenu moyen, est la conséquence d'une insuffisance d'opportunités d'emploi et de création de richesses monétaires. En effet, le revenu par tête a bien augmenté pour se situer autour de 140 US\$ actuellement, mais il reste encore en deçà du niveau atteint en 1992.

Il est difficile d'évaluer l'évolution récente de l'emploi et du chômage faute de statistiques actualisées du secteur informel.

## 1.2.2. L'ALIMENTATION ET LA NUTRITION<sup>2</sup>

D'après le rapport d'évaluation conjointe des récoltes, la production de la saison 2010 du Burundi permet de couvrir juste les besoins alimentaires d'environ trois mois. Un déficit alimentaire brut de 412 000 tonnes d'équivalents céréales (EC), soit 32,3% des besoins intérieurs, a été dégagé par ce rapport même si ce déficit est surtout ressenti par les ménages les plus vulnérables.

L'impact de cette chute de production en légumineuses est ressenti au niveau de la qualité et de l'équilibre de l'alimentation qui devient de moins en moins diversifiée ce qui constitue une porte d'entrée de la malnutrition. C'est ainsi qu'on observe des taux très élevés de malnutrition chronique.

La flambée des prix des denrées alimentaires au pays causée notamment par la faible production locale et les autres facteurs socio-économiques, constitue une grande limite d'accès à l'alimentation équilibrée tant en quantité qu'en qualité, surtout pour les ménages les plus pauvres ayant un faible pouvoir d'achat.

Comme le montre le graphique ci-dessous, une régression significative du taux de malnutrition aiguë globale est enregistrée dans la majorité des régions enquêtées entre décembre 2009 et mars 2010. Cependant, les prévalences d'insuffisance pondérale et surtout le retard de croissance des enfants de moins de 5 ans (malnutrition chronique) restent très préoccupants dans la plupart des provinces. Les taux sont parfois supérieurs à 50% pour le retard de croissance et 39% pour l'insuffisance pondérale.

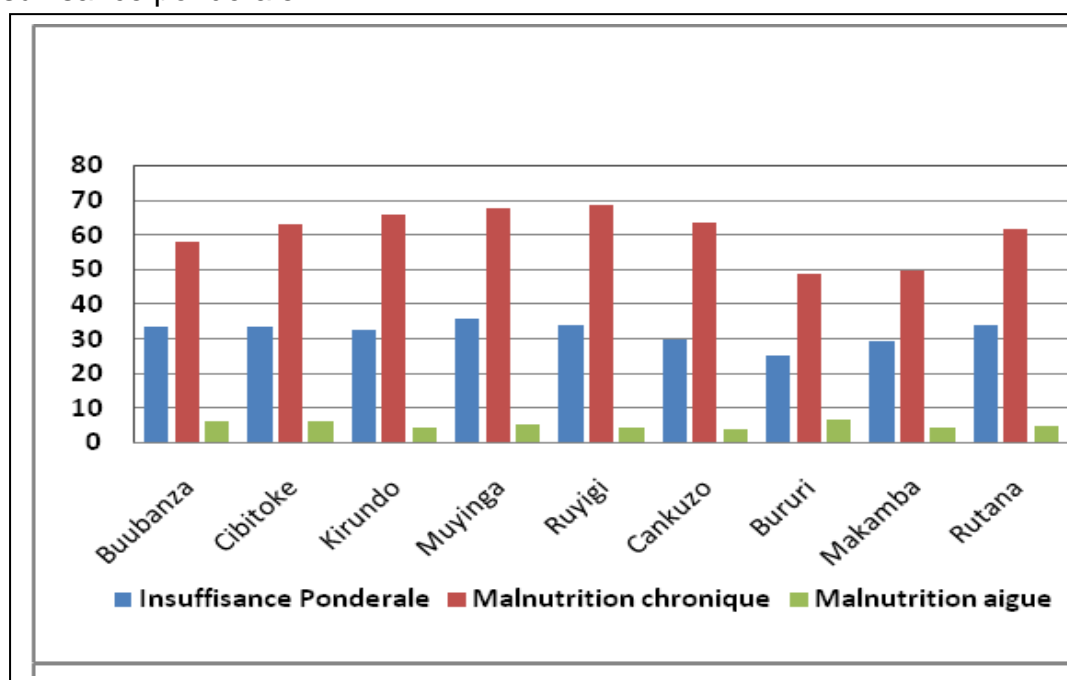


Figure 2 : Prévalence de la malnutrition au Burundi entre décembre 2009 et mars 2010

<sup>2</sup> Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC), situation de la sécurité alimentaire, juin à décembre 2010.



Il existe une relation directe entre la sous-alimentation, la malnutrition et la mortalité, surtout pour les enfants de moins de cinq ans. Le RGPH 2008 a établi des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans très préoccupants dans les provinces de Kirundo, Muyinga, Cibitoke et Bubanza. Il est à signaler que ce sont les provinces où sévit l'insécurité alimentaire chronique et qui connaissent plus de cas de malnutrition.

### **1.2.3. EDUCATION<sup>3</sup>**

Ces dernières années, les taux bruts de scolarisation primaire ont continué d'augmenter, atteignant 130,4% en 2009 sous l'effet de la gratuité de l'enseignement primaire. Les taux nets sont passés de 59,8% en 2005 à 72,4% en 2006 et à 89,7% en 2009. La parité garçons/filles s'est encore améliorée (0,97 en 2009). Cependant, le défi reste l'amélioration du taux d'achèvement qui est de 48% et du taux de redoublement au primaire qui reste élevé (35%) ainsi que le taux d'abandon (7,4%) et de rétention scolaire (44%)

Concernant l'alphabétisation des adultes, les taux ne cessent d'augmenter malgré la résistance à ce genre d'enseignement. Ce taux est estimé à 55,3% pour l'ensemble de la population dont 42,8% pour les hommes et 65,1% pour les femmes. L'indice de parité en matière d'alphabétisation est de 0,84 en 2009. Le maintien de ces efforts permettra à moyen et long terme d'avoir un impact positif sur les indicateurs en matière de santé.

### **1.2.4. ASSAINISSEMENT ET AUTRES ASPECTS ENVIRONNEMENTAUX**

L'assainissement constitue un des principaux déterminants de la santé. L'accès aux latrines hygiéniques reste un grand problème pour une grande partie des ménages. Comme le montrent les résultats de l'enquête ménage 2009, 53,1% des ménages utilisent une latrine traditionnelle et 31,1% une latrine à fosse ou à trou ouvert. Les latrines améliorées<sup>4</sup> et les toilettes à chasse ne représentent que des proportions insignifiantes, 6,3% pour chaque type.

Un regain d'intérêt est en train de se manifester dans la gestion des déchets. Le secteur privé et diverses associations sont impliqués dans la gestion des déchets surtout dans la ville de Bujumbura et dans certaines villes de l'intérieur. Néanmoins, la gestion hygiénique des ordures ménagères et la salubrité de l'environnement des logements sont encore insuffisantes.

---

<sup>3</sup> Op. Cit. page 4

<sup>4</sup> La latrine améliorée est une latrine auto-aérée, c'est-à-dire avec une fosse, une route pour l'évacuation, généralement un tuyau, autre que le trou lui-même.

## **1.3. CONTEXTE POLITIQUE**

### **1.3.1. GOUVERNANCE**

Depuis 2005, le Burundi connaît une stabilité sociopolitique avec des institutions démocratiquement élues. Le Gouvernement a élaboré et mis en œuvre un Cadre Stratégique de croissance et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) et un Cadre Stratégique de Consolidation de la Paix (CSCP). Ces documents stratégiques constituent des dispositifs de stabilisation créant des conditions politiques et sécuritaires pour l'atteinte des OMDs.

Sur le plan administratif, le Burundi est subdivisé en 17 provinces et compte 129 communes. Dans le cadre de la réforme administrative, le gouvernement a adopté en 2008 un document cadre de politique nationale de décentralisation et un plan triennal pour sa mise en œuvre.

La réforme de la gestion des finances publiques progresse rapidement. Les procédures et les systèmes sont modernisés (Loi Organique, Code des Marchés, Code des Douanes, office du Burundi des recettes (OBR), le système de gestion des finances) et ont été étendus à la quasi-totalité de la gestion financière, aux plans de trésorerie et d'engagements pour un meilleur contrôle de l'exécution budgétaire. Enfin et surtout la part des secteurs prioritaires dans les dépenses exécutées (hors charges communes) a progressé de 40,9% en 2005 à 54,4% en 2009, en particulier pour le secteur de la santé où le Budget de la santé est passé de 5,6 % en 2006 à 7,7% en 2010<sup>5</sup>.

En termes de régulation et normalisation du secteur, un pas a été franchi à travers l'adoption de plusieurs textes réglementant le secteur et l'existence de manuels de procédures, de protocoles, de normes pour les ressources humaines et les infrastructures, le règlement sanitaire international. Le suivi et le contrôle de la mise en application de ce cadre institutionnel est assuré par l'Inspection Générale de la Santé. La création d'une cellule des Marchés Publics au sein du ministère est également une bonne opportunité pour assurer la transparence et la bonne gestion des marchés publics.

Dans le cadre de la promotion des droits humains et de l'éthique, des ordres nationaux (ordre des médecins, ordre des pharmaciens) et un comité national d'éthique existent. Ces derniers ne sont pas assez visibles et sont peu fonctionnels. Les autres corps de la santé sont en voie de disposer des textes qui les régissent.

### **1.3.2. ÉQUITÉ ET GENRE<sup>6</sup>**

Les femmes occupent une place importante dans la vie économique et sociale du Burundi d'autant plus qu'elles jouent un rôle majeur dans l'économie familiale et dans la production du secteur agricole qui constitue plus de 90% du PIB. Pourtant les femmes burundaises n'ont pas un accès équitable au revenu familial avec très peu d'autonomie économique.

Selon le recensement de 2008, les femmes représentent 50,8% de la population et 3 femmes sur 5 sont analphabètes avec des disparités interprovinciales. Les filles

---

<sup>5</sup> Source TOFFE 2007,2008 Ministère des Finances ; Enveloppe Ministérielle 2009,2010, 2011.

<sup>6</sup> Op. Cit. page 4

abandonnent plus tôt l'école (taux d'achèvement scolaire de 17 % contre 23,9% pour les garçons au primaire) et à un niveau moyen (taux d'achèvement de 9,1% contre 17,1% pour les garçons) ce qui explique leur faible niveau de formation et de compétitivité sur le marché du travail. Les causes les plus couramment citées par les acteurs sont relatives aux grossesses précoces et à la pauvreté qui poussent les filles de plus en plus tôt dans le secteur informel.

Outre le faible taux de rétention de la fille à l'école, plusieurs autres contraintes juridiques, économiques et culturelles limitent la capacité des femmes à l'entreprenariat et à une autonomie économique. Le mouvement associatif féminin qui s'est développé depuis les années 1990 a créé plusieurs organisations de microcrédits qui ont facilité l'accès des femmes à de petits crédits à des conditions acceptables, palliant ainsi à l'inaccessibilité aux systèmes financiers du secteur formel.

En effet, le rapport mondial 2007-2008 sur le développement humain a estimé que le ratio du revenu des femmes par rapport au revenu des hommes était 0,77 pour le Burundi.

#### **1.4. CONTEXTE SANITAIRE**

Au Burundi, la situation sanitaire reste préoccupante et marquée par la prédominance de nombreuses maladies transmissibles et non transmissibles. Selon l'annuaire statistique 2010 ; les maladies qui constituent les principales causes de morbidité et de mortalité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, le VIH/Sida et la tuberculose.

De nombreux facteurs de risque liés aux conditions de vie plus particulièrement en rapport avec l'hygiène, l'assainissement, l'alimentation et l'environnement contribuent à accroître la charge de morbidité dans la population. Les groupes vulnérables tels que les femmes enceintes, les enfants et les orphelins sont particulièrement affectés. Cette situation est encore aggravée par la faible protection sociale de la population face au risque de maladies.

## **2. SYSTÈME DE SANTÉ**

### **2.1. ORGANISATION DU SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ**

Le système de santé du Burundi est organisé sous forme pyramidale et il s'articule sur 3 niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. Toutefois le secteur privé n'est pas bien intégré dans le système national de santé de même que la médecine traditionnelle ainsi que la participation de la communauté. Ces niveaux sont reliés entre eux par des relations de fonctionnement hiérarchique.

#### **2.1.1. CADRE ORGANISATIONNEL ET INSTITUTIONNEL**

Tenant compte de la fusion des deux ministères (Santé Publique et lutte contre le Sida) et des résultats de l'audit institutionnel réalisé en 2009, un nouvel organigramme est afin d'intégrer la lutte contre le Sida dans le secteur santé et les recommandations issues de l'audit. La nouveauté dans cet organigramme est la création d'un Secrétariat Permanent (SP), d'une direction générale de la planification et du suivi évaluation et d'un programme national intégré de lutte contre le VIH/SIDA.

Ainsi, le *niveau central* regroupe le Cabinet du Ministre avec un secrétariat permanent, une Inspection Générale de la Santé, trois Directions Générales, les institutions personnalisées, 9 départements, 10 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. Ce niveau assure la fonction de régulation et de normalisation.

Le *niveau intermédiaire* est composé de 17 bureaux provinciaux de santé (BPS) 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.

Les missions initialement confiées au BPS sont actuellement partagées avec les BDS, ce qui entraîne une inefficience dans l'affectation des ressources, des frustrations du personnel et une absence d'encadrement. La perspective est de regrouper les provinces sanitaires en régions sanitaires pour des raisons d'efficience.

Le niveau périphérique est composé de 45 districts de santé couvrant 63 hôpitaux et 735 centres de santé répartis sur les 129 communes du pays. Un district couvre 2 à 3 communes regroupant entre 100000 à 150000 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 et de gestion 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.

## 2.1.2. L'ORGANISATION DU RÉSEAU DES SOINS.

Le fonctionnement du réseau des soins s'articule autour de trois niveaux : le niveau de base, le niveau de première référence et le niveau de référence nationale. Un paquet minimum d'activités est défini pour chaque niveau couvrant les soins curatifs, préventifs, promotionnels et ré adaptatifs.

### **Centre de santé**

Le *centre de santé* est la porte d'entrée du système de soins. Il existe 735 CDS dont 423 publics, 105 agréés confessionnels et 207 privés<sup>7</sup>. Chaque Centre de Santé doit offrir un paquet minimum d'activités (PMA) comprenant les services de consultations curatives et préventives, de laboratoire, de pharmacie, de promotion de la santé et d'éducation pour la santé ainsi que l'observation dans les services d'hospitalisation. Les actes techniques qui peuvent être posés sont notamment les accouchements, la petite chirurgie et les soins infirmiers. Néanmoins, le PMA n'est pas toujours assuré dans certains centres de santé. En effet, 45% des centres de santé n'offrent qu'un PMA partiel soit par manque de personnel, de locaux ou d'équipements.

### **Hôpital de district**

L'hôpital de district constitue le niveau de première référence. Selon les normes sanitaires, il offre les services de Consultation Externe (CE), d'urgences, d'hospitalisation, techniques spécialisés, de diagnostic et d'appui. Les services de CE à l'hôpital de district reçoivent seulement les nouveaux cas qui ont été référés par le centre de santé.

Il existe 40 hôpitaux publics, 8 agréés et 14 privés. Ainsi, les HDS offrent à la fois le paquet minimum d'activités et le paquet complémentaire. Ceci entraîne une forte utilisation des services des hôpitaux et une sous-utilisation de ceux des centres de santé. Malgré cette subdivision qui vise à rapprocher les soins de la population, 9 districts sur les 45 n'ont pas d'hôpitaux.

### **Hôpital de deuxième référence**

Actuellement, il existe trois hôpitaux de deuxième référence situés à Ngozi, Bururi et Gitega. Ceux-ci complètent le paquet d'activités en offrant certains soins spécialisés. Ce niveau manque de cadre juridique de fonctionnement et même son paquet de soins n'est pas défini. Leur statut sera défini et ils seront renforcés pour jouer leur véritable rôle de référence.

### **Hôpital de troisième référence**

La référence nationale est constituée par des hôpitaux spécialisés qui offrent des soins qui ne sont pas fournis aux autres niveaux comme certains traitements et examens spécialisés. C'est notamment le centre hospitalo-universitaire de Kamenge (CHUK), l'Hôpital Prince Régent Charles (HPRC), l'Hôpital Militaire de Kamenge (HMK), la Clinique Prince Louis Rwagasore (CPLR) auxquels s'ajoutent les centres hospitaliers spécialisés comme le Centre Neuropsychiatrique de Kamenge (CNPK), le Centre national de prise en charge de la tuberculose multi résistante (ex-

---

<sup>7</sup> Annuaire statistique, 2010

Sanatorium de Kibumbu), le Centre National d'Appareillage et de Réadaptation (CNAR) à Gitega.

Le circuit du malade n'est pas bien structuré car tous les hôpitaux assurent tous les paquets sans distinction. Les districts de la Mairie de Bujumbura ne disposent pas d'hôpitaux de 1<sup>ère</sup> référence. Ainsi les malades ont tendance à se rendre directement au niveau des Hôpitaux nationaux, obligeant ces derniers à offrir le PMA qui est pourtant disponible au niveau des CDS.

### **2.1.3. ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ**

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida a initié certaines réformes structurelles pour améliorer l'accessibilité des soins du point de vue géographique en mettant en place les districts sanitaires. L'accessibilité géographique est satisfaisante puisque la population en général (80%)<sup>8</sup> peut accéder à un centre de santé à moins de 5 km de distance, quoiqu'il existe des disparités géographiques surtout en faveur des centres urbains.

La communication est aussi assurée par la voie routière. En effet, la plupart des formations sanitaires (plus de 90%) sont accessibles par une route même si elles sont parfois défectueuses. Cette voie de communication joue un rôle important dans le système de référence et contre référence.

S'agissant de l'accessibilité financière, la majorité des ménages burundais a recours au paiement direct pour financer leurs dépenses de santé. Avec le faible pouvoir d'achat, ce mode de paiement limite l'accès des populations aux soins. Pour pallier à ce problème le gouvernement avait mis en place une carte d'assurance maladie (CAM) en 1984. Toutefois cette carte n'est acceptée que dans certaines formations sanitaires publiques et agréées car les créances y relatives sont difficilement et tardivement remboursées<sup>9</sup>.

Pour les fonctionnaires de l'Etat, une mutuelle de la fonction publique couvre leurs soins à hauteur de 80%, la contrepartie étant payée directement par les bénéficiaires et par le Ministère de la Santé pour les agents de santé. Les assurances privées, les mutuelles communautaires ainsi que les initiatives des personnes vivant avec le VIH/Sida existent mais ne couvrent pas tout le pays.

## **2.2. OFFRE DES SOINS DE SANTÉ**

D'une manière générale, les formations sanitaires publiques semblent mieux observer les bonnes pratiques relatives à la permanence de l'offre des soins. Les soins sont généralement offerts tous les jours, 24 heures sur 24 avec des services de garde organisés en fonction des besoins dans les proportions de 71,1% des CDS publics et 81,4% des hôpitaux publics, agréés et privés<sup>10</sup>. Cependant, l'insuffisance du personnel, d'équipement et de logement handicapent la permanence de l'offre avec des disparités entre les provinces.

---

<sup>8</sup> Enquête PETS, 2008

<sup>9</sup> Enquête PETS, 2008

<sup>10</sup> Enquête FOSA, 2010

## 2.3. FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE

### 2.3.1. SOURCES DE FINANCEMENT

Selon les Comptes Nationaux de la Santé de 2007, les sources de financement du secteur de la santé sont : 17% publiques (les ministères y compris les fonds IPPTE et les entités publiques), 43%<sup>11</sup> privées et 40% de l'aide extérieure.

#### Financement public

Depuis 2007, on constate un fort engagement de l'Etat avec une augmentation de l'allocation du budget de l'état pour le secteur de la santé.

Le budget alloué à la santé a augmenté de 5.6% à 7.7% du budget national de 2006 à 2010.

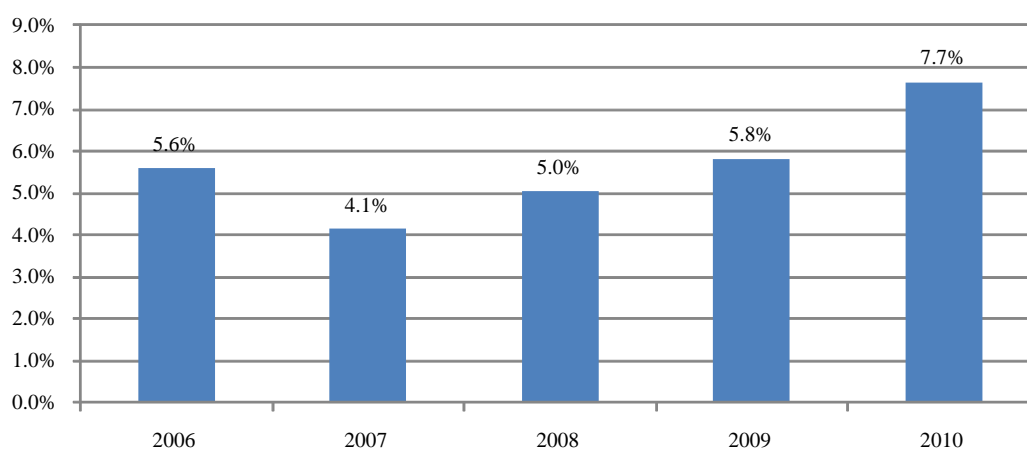
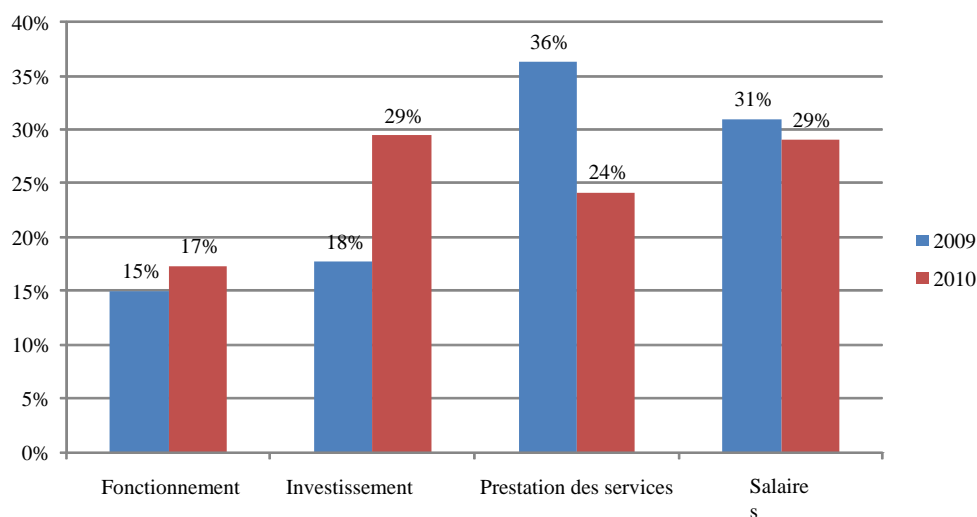


Figure 3 : La proportion du budget national alloué au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA

La répartition budgétaire entre les salaires, investissements, fonctionnement et prestations de services varie d'une année à l'autre comme le montre le graphique ci-dessous. De 2009 à 2010, les investissements ont augmenté de 18% à 29% du budget du ministère. Le taux d'exécution du budget d'investissement est de 65% en 2009 et 57 % en 2010).

<sup>11</sup> Comptes Nationaux de Santé, Burundi 2007, Août 2009



**Figure 4 : Répartition du budget du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida**

Le taux d'exécution du budget par le ministère est au-dessus de 90% <sup>12</sup> grâce à un taux d'engagement et de paiement des fonds alloués au MSPLS (100% des dépenses salariales, médicaments et prestations de services).

## Financement privé

Le financement des ménages au titre des paiements directs des soins de santé représente 40% de la dépense totale de santé <sup>13</sup>. Cette situation limite l'accès aux soins pour les ménages particulièrement les plus pauvres qui utilisent plusieurs stratégies pour faire face à ces paiements de soins et qui aggravent leur précarité (vente de parcelle ou de bétail).

Les initiatives d'assurance et de mutuelles privées commencent à voir le jour, même si elles ne représentent que 0.1% de la dépense de la santé <sup>14</sup> en 2007. Elles sont peu développées et n'offrent que certains services de couverture du risque maladie. Les revenus de ces assurances proviennent essentiellement des entreprises privées, des organisations non gouvernementales et des ménages.

Dans certaines zones, des organisations initient des mutuelles de santé communautaires en faveur de certaines catégories de personnes (caféiculteurs, riziculteurs et les confessions religieuses).

<sup>12</sup> Exécution budgétaire MSP, 2010

<sup>13</sup> Comptes Nationaux de Santé, Burundi 2007, Août 2009

<sup>14</sup> Comptes Nationaux de Santé, Burundi 2007, Août 2009



## **Aide extérieure**

Cette forme de financement représente 40% des dépenses totales de la santé<sup>15</sup> ; cela montre une forte dépendance du financement de la santé de l'aide extérieure. Une grande partie de l'appui financier est exécutée via les projets et les ONG. Il apparaît que cette aide est parfois imprévisible, les procédures de gestion ne sont pas harmonisées, l'information n'est pas toujours disponible et les plans ne sont pas toujours alignés aux priorités du gouvernement.

Dans le cadre de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR), le gouvernement est en train de mettre en place des outils pour améliorer la gestion des finances publiques et la traçabilité des fonds. Dans le cadre de l'initiative de l'International Health Partnership (IHP+), le MSPLS a signé le compact global et un mémorandum d'entente avec 15 partenaires techniques et financiers de la santé et les autres ministères clés. Les discussions sont en cours pour la préparation d'un compact et la mise en place d'un panier commun Santé.

### **Le financement basé sur performance (output)**

Le Burundi a introduit depuis 2006 le financement basé sur performance dans son système de santé. Les résultats positifs de trois années d'expérience pilote (2006-2009) de la stratégie de Financement basé sur la performance (FBP) ont conduit à la généralisation de cette approche à l'échelle nationale à partir du 01 Avril 2010.

Les premiers résultats montrent que le FBP est entrain de contribuer à corriger les dysfonctionnements observés lors de la mise en œuvre de la gratuité. Le système du FBP a favorisé une culture d'autonomie de gestion ; le remboursement du paquet de soins gratuit ; la motivation financière du personnel de santé.

---

<sup>15</sup> Comptes Nationaux de Santé, Burundi 2007, Août 2009

### **3. SITUATION DU PERSONNEL DE SANTÉ**

Le Burundi, comme beaucoup d'autres pays d'Afrique, connaît un problème de ressources humaines. Un certain nombre de problèmes a été identifié à savoir : (i) l'insuffisance des ressources humaines ayant les qualifications requises ; (ii) l'insuffisance de la qualité des formations du personnel ; (iii) la mauvaise répartition des professionnels de santé entre les différentes zones géographiques du pays au détriment des zones pauvres et éloignées de la capitale ; (iv) la gestion des ressources humaines est marquée par la forte concentration des actes de gestion au niveau de l'administration centrale ; (v) une gestion inappropriée des effectifs et des carrières ; (vi) l'insuffisance de motivation du personnel ; (vii) la méconnaissance des structures et prestataires de soins privés ; et enfin (viii) l'insuffisance des ordres professionnels.

Un des défis majeurs à relever consiste à mettre en place des mécanismes pour traiter et gérer l'information sur les ressources humaines de manière à en faciliter l'accès. Pour ce faire, une base de données sur les ressources humaines a été développée et mise à jour semestriellement. Ces données seront utilisées à des fins de planification et de mise en œuvre des politiques.

Un observatoire national des ressources humaines vient aussi d'être mis en place et le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida vient de se doter d'une Politique et d'un plan de Développement des Ressources Humaines Santé.

#### **3.1. EFFECTIFS ET TENDANCES DU PERSONNEL DE SANTÉ**

L'effectif total des 15.937 agents se répartit entre 5.957 infirmiers, 418 médecins, 16 sages femmes et autres personnel d'appui.<sup>16</sup>

Le personnel technique (médical et paramédical) est insuffisant en quantité et en qualité dans la plupart des niveaux du système de santé, ce qui affecte la disponibilité et la qualité des prestations offertes. A cela s'ajoute la non disponibilité de certaines compétences sur le marché de l'emploi et la réticence du personnel à travailler dans les zones difficilement accessibles. L'insuffisance qualitative s'explique en partie par l'insuffisance d'encadrement au niveau des établissements d'enseignement public et privé, le recrutement non sélectif au niveau des écoles privées, la non adaptation des curricula aux besoins de l'emploi et l'insuffisance de la planification des besoins en personnel.

En ce qui concerne les médecins, le ratio global pour tout le pays est de 1 médecin pour 19.231 habitants (la norme de l'OMS étant 1 médecin pour 10.000 habitants).

Le ratio infirmier par habitant est satisfaisant avec un infirmier pour 1349 habitants (la norme de l'OMS étant d'un infirmier par 3 000 habitants).

Le Burundi est également confronté à un manque criant de sages-femmes (1SF pour 124.312 Femmes en Age de procréer). Signalons que plus de 50.5% de médecins et de 21% d'infirmiers exercent en Mairie de Bujumbura.

---

<sup>16</sup> Enquête DRH, Nov 2010

**Tableau 1 : Niveaux et tendances des effectifs des personnels de santé par qualification**

<b>Catégories professionnelles</b>	<b>TOTAL</b>	<b>% TOTAL</b>	<b>% HOMMES</b>	<b>% FEMMES</b>
Médecins	357	2%	82%	18%
Infirmiers	5957	37%	39%	61%
Sage femmes	16	0%	38%	63%
Dentistes	2	0%	50%	50%
Personnel de pharmacie	51	0%	53%	47%
Personnel de laboratoire	351	2%	71%	29%
Personnel de salubrité/santé publique	281	2%	84%	16%
Autres personnel/qualifications (humanités, certificat, pédagogie, sciences, )	548	3%	49%	51%
Personnel de psychologie/counseling	66	0%	35%	65%
Aides soignants/aides infirmiers (sans qualifications médicaux)	1594	10%	40%	60%
Personnel d'anesthésie	49	0%	65%	35%
Personnel d'appui/sans qualifications (travailleurs, veilleurs, chauffeurs, aides médicaux, agents généraux)	5463	34%	78%	22%
Staff de gestion	1047	7%	26%	74%
Personnel de maintenance qualifié (mécaniques, plombiers, électriciens, maçons)	83	1%	95%	5%
Personnel de radiologie	11	0%	91%	9%
Médecins stagiaires	26	0%	88%	12%
Médecins spécialistes stagiaires	35	0%	86%	14%
<b>Total général</b>	<b>15937</b>	<b>100%</b>	<b>55%</b>	<b>45%</b>

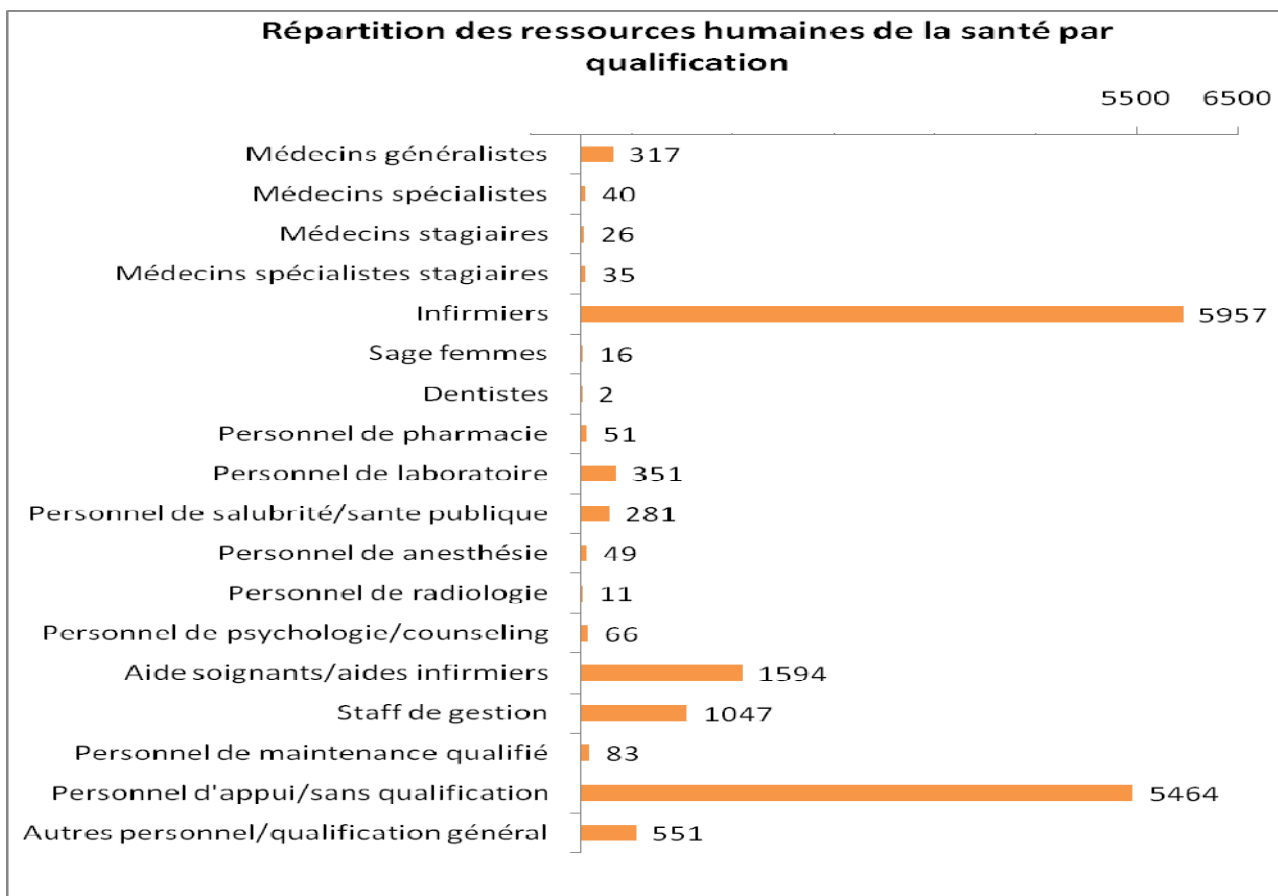


Figure 5 : Répartition du personnel de santé par qualification<sup>17</sup>

### 3.2. RÉPARTITION DU PERSONNEL DE SANTÉ SELON LA PROFESSION

Le personnel de soutien à la santé représente une part importante des effectifs du Ministère de la santé Publique et de la lutte contre le SIDA (44%) suivi par le personnel infirmier (34%) (graphique ci-dessous). Le pourcentage des médecins généralistes est très faible pour la population en nette croissance. Quant aux médecins spécialistes et Pharmaciens, ils sont presque absents des ressources humaines du pays avec moins de 1%.

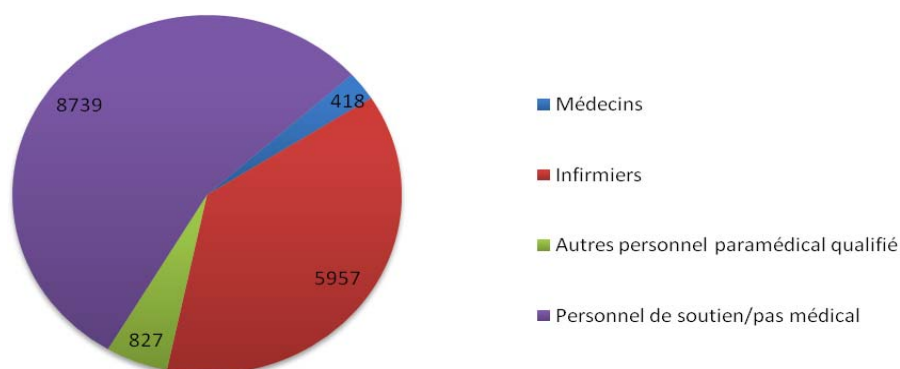


Figure 6 : Répartition du personnel de santé par profession

<sup>17</sup> Enquête ressources humaines Nov 2010

**Tableau 2 : RÉPARTITION DU PERSONNEL DE SANTÉ SELON LE GENRE**

<b>Catégories professionnelle</b>	<b>d'occupation</b>	<b>Total</b>	<b>Femmes</b>	<b>% Femmes</b>
Médecins (généralistes)		317	58	18%
Médecins (spécialistes)		40	8	20%
Infirmières prof./diplômés d'Etat		5957	3612	61%
Infirmiers assistantes		0	0	0%
Aides soignant(e)s		1594	964	60%
Sage Femmes diplômées d'Etat		16	10	63%
Assistantes accoucheuses		0	0	0%
Dentistes professionnels		2	1	50%
Techniciens dentaires		0	0	0%
Assistants dentaires		0	0	0%
Pharmaciens		23	11	48%
Techniciens de pharmacie		28	13	46%
Assistants de pharmacie		0	0	0%
Laborantins diplômés		16	2	13%
Laborantins		36	9	25%
Assistants Laborantins		299	92	31%
Techniciens Radiologues		11	1	9%
Physiothérapeute		0	0	0%
Assistant santé/médical		0	0	0%
Cliniciens		0	0	0%
Autres techniciens de santé*		176	88	50%
Personnel de salubrité/ santé publique		281	45	16%
Staffs de gestion de santé		1047	776	74%
Autres personnels de soutien à la santé		7810	1508	19%
<b>TOTAL</b>		<b>17653</b>	<b>7198</b>	<b>41%</b>

A part la catégorie d'infirmiers, de sages femmes, d'aides soignants et staff de gestion dans laquelle il ya prédominance de femmes, les autres catégories sont dominées par le sexe masculin.

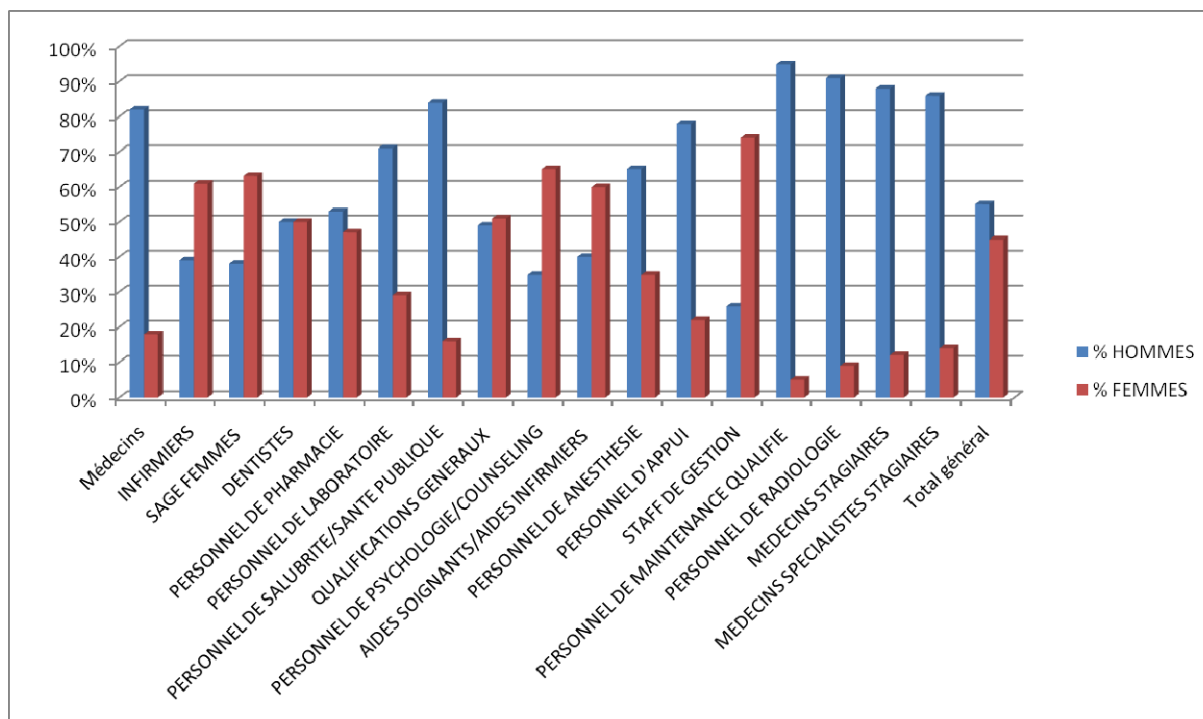


Figure 7 : Répartition du personnel de santé selon le genre

### 3.2.1. RÉPARTITION DU PERSONNEL DE SANTÉ SELON L'ÂGE

Le personnel de santé du Burundi est constitué en grande partie (>70%) d'une population active d'un âge inférieur à 40 ans.

Tableau 3 : Répartition du personnel de santé par groupe d'âges et qualification

Qualification	≤30 ans	31-40	41-50	≥51	Age inconnu
Médecins	8	239	55	38	17
Infirmières	2429	2209	910	335	74
Sages femmes	2	4	8	1	1
Dentistes			2		0
Pharmaciens	18	17	11	5	0
Personnel de laboratoire	152	127	55	12	5
Personnel de salubrité/Santé publique	71	89	84	33	4
Staff de gestion de santé	255	569	158	51	14
Autres personnel de santé	270	675	439	329	68
Grand Total	3205	3929	1722	804	183
<b>Pourcentage</b>	<b>33%</b>	<b>40%</b>	<b>17%</b>	<b>8%</b>	<b>2%</b>

### 3.2.2. RÉPARTITION DU PERSONNEL PAR PROVINCES ET RÉGIONS SANITAIRES

La Municipalité sanitaire est la plus nantie en personnel de santé avec plus de 23% des effectifs totaux. De plus toutes les catégories y sont bien représentées.

**Tableau 4 : Répartition du personnel par provinces et régions sanitaires**

Qualification	Effectif total	Bubanza	Buja Mairie	Buja Rural	Bururi	Cankuzo	Cibitoke	Gitega	Karuzi	Kayanza	Kirundo	Makamba	Muramvya	Muyinga	Mwaro	Ngozi	Rutana	Ruyigi
Médecins généralistes	317	3%	40%	1%	6%	2%	3%	5%	3%	6%	3%	5%	3%	3%	3%	6%	3%	6%
Médecins spécialistes	40	0%	75%	0%	3%	0%	0%	10%	0%	0%	3%	3%	0%	0%	0%	8%	0%	0%
Médecins stagiaires	26	0%	77%	4%	0%	0%	0%	15%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Médecins spécialistes stagiaires	35	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Infirmiers	5957	4%	21%	7%	10%	2%	6%	7%	3%	4%	3%	8%	3%	5%	3%	8%	5%	4%
Sage femmes	16	0%	69%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	6%	0%	0%	0%	6%	0%	13%	0%
Dentistes	2	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Personnel de pharmacie	51	2%	63%	2%	2%	0%	0%	0%	2%	8%	4%	4%	2%	6%	2%	0%	2%	2%
Personnel de laboratoire	351	3%	41%	8%	3%	1%	3%	2%	2%	7%	3%	6%	3%	6%	3%	5%	3%	3%
Techniciens de promotion de la santé	281	4%	32%	5%	6%	4%	5%	1%	4%	5%	1%	7%	4%	4%	4%	6%	4%	3%
Anesthésistes	49	6%	65%	0%	2%	0%	4%	0%	0%	0%	4%	2%	4%	6%	0%	2%	2%	2%

Qualification	Effectif total	Bubanza	Buja Mairie	Buja Rural	Bururi	Cankuzo	Cibitoke	Gitega	Karuzi	Kayanza	Kirundo	Makamba	Muramvya	Muyinga	Mwaro	Ngozi	Rutana	Ruyigi
Personnel de radiologie	11	9%	9%	0%	27%	0%	9%	0%	0%	9%	18%	0%	9%	9%	0%	0%	0%	0%
Personnel de psychologie/counseling	66	0%	65%	3%	5%	0%	0%	2%	0%	0%	5%	2%	2%	2%	3%	6%	5%	3%
Aide soignants/aides infirmiers	1594	6%	10%	6%	6%	1%	2%	13%	8%	8%	12%	5%	4%	3%	2%	6%	1%	6%
Staff de gestion	1047	1%	43%	4%	7%	3%	2%	5%	1%	4%	3%	5%	4%	3%	2%	6%	4%	3%
Personnel de maintenance qualifié (électriciens, mécaniques, plombiers, maçons)	83	0%	49%	0%	13%	0%	0%	4%	2%	1%	1%	4%	8%	0%	4%	4%	2%	7%
Personnel d'appui/sans qualification (travailleurs, veilleurs, chauffeurs, aides médicaux, agents généraux)	5464	4%	19%	6%	8%	3%	6%	9%	3%	5%	4%	4%	4%	5%	4%	7%	4%	5%
Autres personnel/qualification général (humanité, science, certificat, pédagogie, dactylographie, etc.)	551	4%	33%	4%	5%	1%	2%	6%	1%	12%	2%	1%	2%	5%	6%	6%	7%	4%
<b>TOTAL</b>	<b>15941</b>	4%	23%	6%	8%	2%	5%	8%	3%	5%	4%	6%	3%	4%	3%	7%	4%	4%



Par rapport aux régions, la région ouest incluant la municipalité de Bujumbura prend une part importantes des ressources humaines

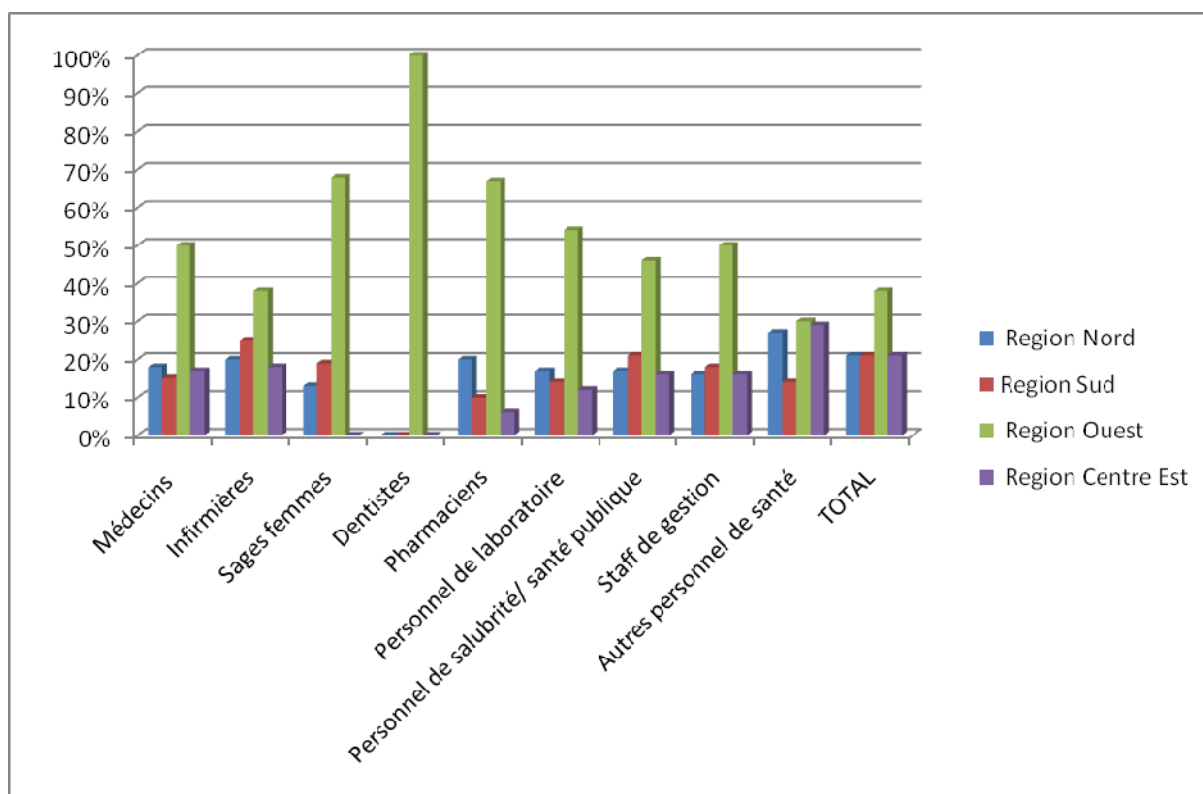


Figure 8 : Répartition du personnel de santé par qualification et Région

Il existe toujours une forte disparité entre les 4 plus grandes villes (+ de 50% des médecins) et les régions éloignées. De même, plus de 90% des établissements privés de santé sont implantés à Bujumbura. Les conséquences de cette situation sur le fonctionnement du système de soins sont préoccupantes.

De façon générale, on constate que dans les régions les plus défavorisées, il n'y a souvent qu'un seul médecin, les CDS sont encore tenus par des auxiliaires de santé, et certains hôpitaux ne disposent pas encore des spécialistes nécessaires pour assurer l'offre de soins et services de qualité.

De plus, il faut préciser que les médecins se consacrent également à de nombreuses tâches administratives, réduisant ainsi leur disponibilité pour prodiguer des soins. Tel est notamment le cas des médecins directeurs des provinces sanitaires, des médecins chefs de districts et des médecins directeurs d'hôpitaux.

### 3.2.3. RÉPARTITION DU PERSONNEL SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE

Tableau 5 : Répartition des personnels de santé selon le milieu de résidence

Qualification	Effectif total	Buja Mairie	Milieu rural
Médecins généralistes	317	40%	60%
Médecins spécialistes	40	75%	25%
Médecins stagiaires	26	77%	23%
Médecins spécialistes stagiaires	35	100%	0%
Infirmiers	5957	21%	79%
Sage femmes	16	69%	31%
Dentistes	2	100%	0%
Personnel de pharmacie	51	63%	37%
Personnel de laboratoire	351	41%	59%
Personnel de salubrité/santé publique	281	32%	68%
Personnel d'anesthésie	49	65%	35%
Personnel de radiologie	11	9%	91%
Personnel de psychologie/counseling	66	65%	35%
Aide soignants/aides infirmiers (sans qualifications médicaux)	1594	10%	90%
Staff de gestion	1047	43%	57%
Personnel de maintenance qualifié (électriciens, mécaniques, plombiers, maçons)	83	49%	51%
Personnel d'appui/sans qualification (travailleurs, veilleurs, chauffeurs, aides médicaux, agents généraux)	5464	19%	81%
Autres personnel/qualification général (humanité, science, certificat, pédagogie, dactylographie, etc.)	551	33%	67%

Source : Ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida , Direction des Ressources humaines ,octobre 2010

La grande partie du personnel est concentré en milieu urbain surtout dans la municipalité de Bujumbura comme le montre le graphique ci-dessous :

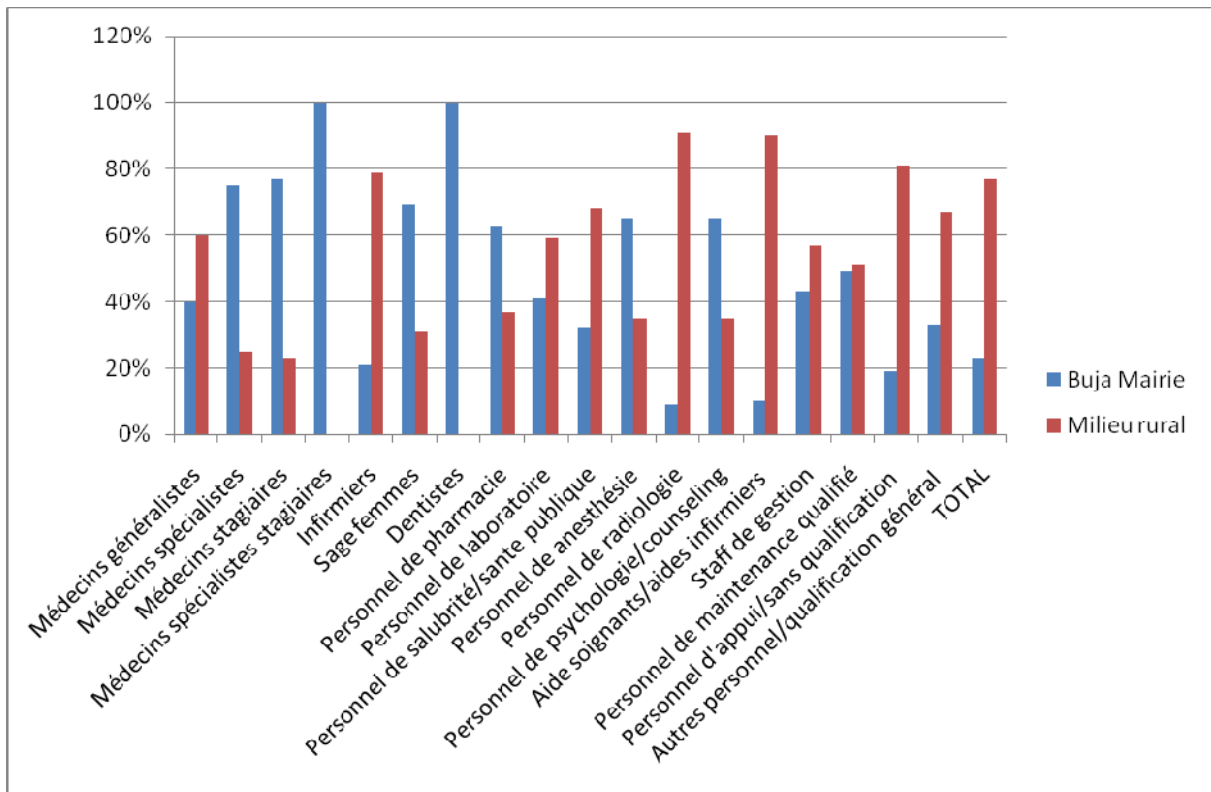


Figure 9 : Répartition du personnel selon le milieu de résidence

Le graphique suivant montre la répartition du personnel selon le niveau de prestation. Il en ressort qu'une part non négligeable de médecins est au niveau de l'administration soit 118 sur 418 médecins.

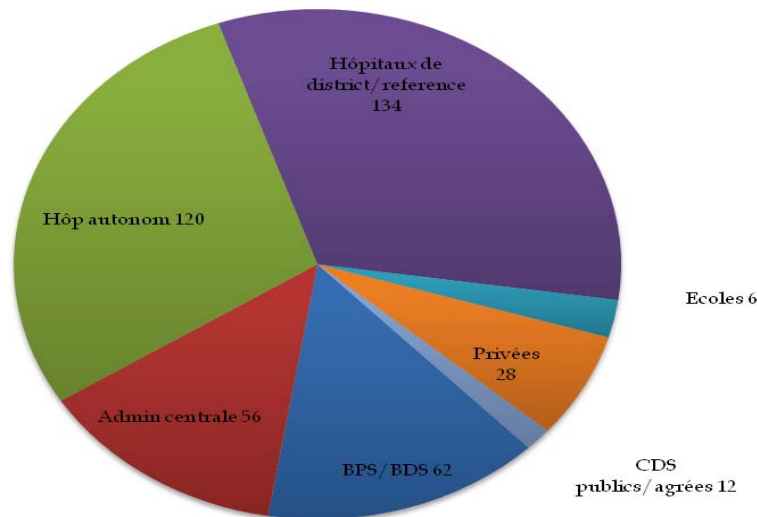


Figure 10 : Répartition des médecins selon le niveau de prestation de services

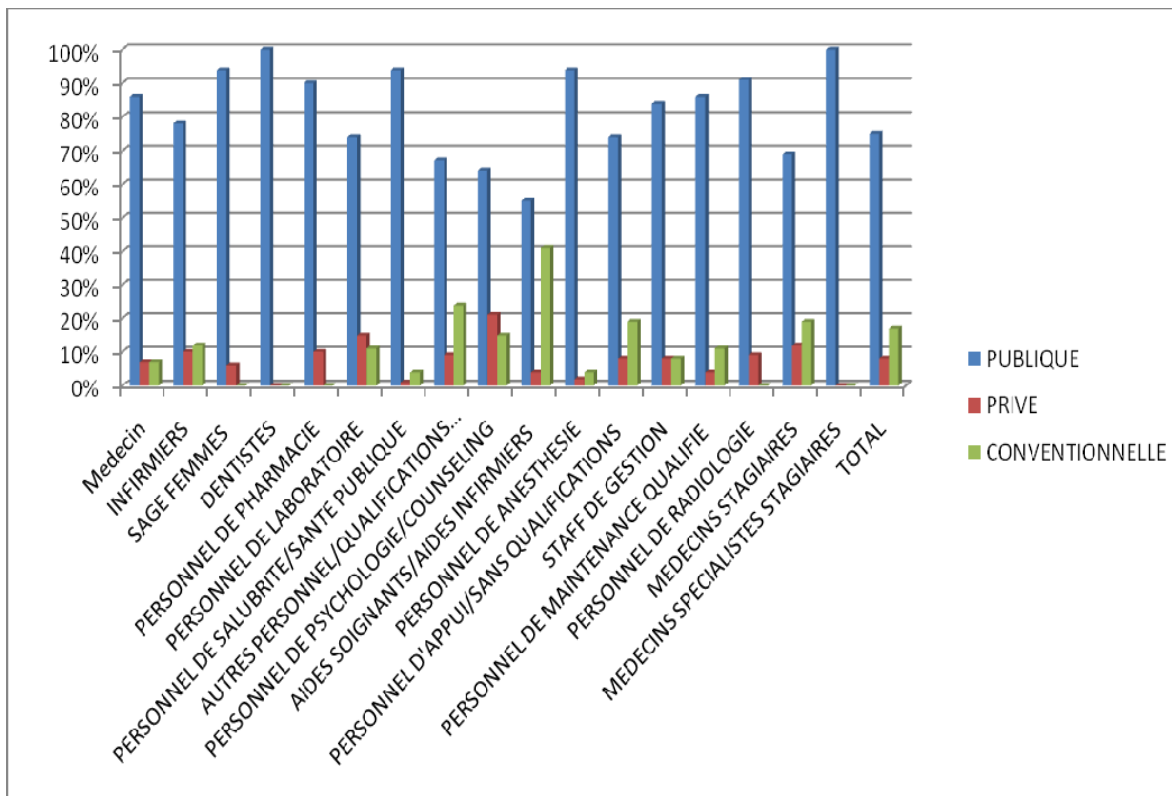
### 3.2.4. RÉPARTITION DES EFFECTIFS DU PERSONNEL DE SANTÉ SELON LE SECTEUR

Catégories d'occupation professionnelle de santé	Nombre total	%Secteur public	% secteur privé	% agréés
Médecin	357	86%	7%	7%
Infirmiers	5957	78%	10%	12%
Sage femmes	16	94%	6%	0%
Dentistes	2	100%	0%	0%
Personnel de pharmacie	51	90%	10%	0%
Personnel de laboratoire	351	74%	15%	11%
Personnel de salubrité/santé publique	281	94%	1%	4%
Autres personnel/qualifications généraux (humanité, certificat, pédagogie, sciences, )	551	67%	9%	24%
Personnel de psychologie/counseling	66	64%	21%	15%
Aides soignants/aides infirmiers (sans qualifications médicaux)	1594	55%	4%	41%
Personnel d'anesthésie	49	94%	2%	4%
Personnel d'appui/sans qualifications (travailleurs, veilleurs, chauffeurs, aides médicaux, agents généraux)	5464	74%	8%	19%
Staff de gestion	1047	84%	8%	8%
Personnel de maintenance qualifié (mécaniques, plombiers, électriciens, maçons)	83	86%	4%	11%
Personnel de radiologie	11	91%	9%	0%
Médecins stagiaires	26	69%	12%	19%
Médecins spécialistes stagiaires	35	100%	0%	0%
<b>Total général</b>	<b>15941</b>	<b>75%</b>	<b>8%</b>	<b>17%</b>

Source et année : Ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida, Direction des Ressources humaines, octobre 2010

Sans prendre en compte les pharmacies de vente, le secteur public reste le principal employeur pour le personnel de santé, suivi du secteur conventionnel (agréé).

Figure 11 : Répartition des médecins selon le type de structures



Source et année : Ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida, Direction des Ressources humaines, octobre 2010

## 4. PRODUCTION DES RESSOURCES HUMAINES

### 4.1. FORMATION DU PERSONNEL DE SANTÉ.

La formation médicale et paramédicale est dispensée au Burundi dans 3 écoles de médecine dont 2 à but lucratif et 21 écoles paramédicales dont 14 privés.

**Tableau 6 : Nombre d'institutions de formation de santé dans le pays.**

Type d'institution de formation	Secteur			Total
	Public	Privé non lucratif	Privé à but lucratif	
Ecoles* de médecines	1		2	3
Ecoles dentaires	0		0	0
Ecoles de Pharmacie	1		1	2
Ecoles de soins infirmiers et sages femmes	1		1	2
Ecoles de sciences de la santé	1		2	3
Ecoles Paramédicales	7		14	21
Ecole de santé publique/environnement sanitaire	1		0	1
<b>Total</b>	<b>12</b>		<b>20</b>	<b>32</b>

\* le terme générique Ecoles peut être un institut, une faculté, un centre,...

**Tableau 7 : Nombre d'inscriptions dans les écoles paramédicales agréées et privées de 2007 à 2011<sup>18</sup>**

Institutions	2007-008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
EPM Bubunza				30
EPM St Micheal de Ruyigi		21	43	42
EPM Jésus Marie de Muranvya			66	107
ESTE Bujumbura			126	198
EPM Muyinga		31	76	123
ETM Makamba	283	341	347	408
EPM Rugombo		93	228	309
ETALIBU Buyenzi				360
EPM Buterere				50
EPM Rumonge			110	196
EPM Nyanza Lac				310
EPM Cankuzo			71	108
EPCM Kajaga				134
<b>TOTAL</b>	<b>283</b>	<b>486</b>	<b>1067</b>	<b>2375</b>

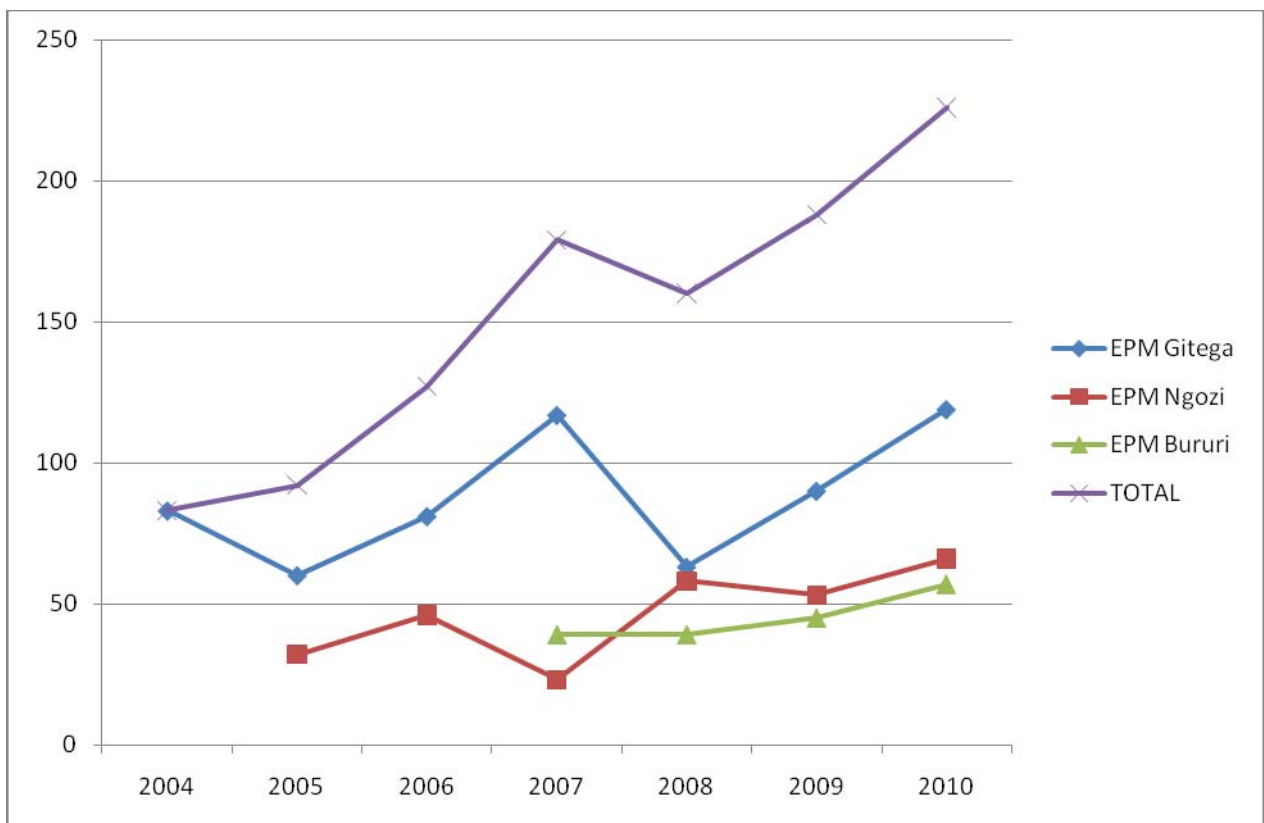
<sup>18</sup> Enquête ressource humaine santé, Nov 2010

Au niveau de la formation initiale du personnel paramédical, seules filières soins infirmiers, laboratoires et assainissement sont représentées. Ces écoles souffrent de l'insuffisance d'outils pédagogiques, de l'inadéquation des programmes de formation aux besoins de l'emploi, de l'insuffisance de formation des encadreurs auxquelles s'ajoute l'inadéquation des terrains de stage ; ce qui affectent la qualité de la formation.

Quant à la formation continue, la stratégie nationale de formation en cours d'emploi du personnel paramédical n'existe pas. Les formations continues réalisées dans le cadre de la mise en œuvre des programmes spécifiques de santé ne correspondent pas souvent à des besoins identifiés faute de plan préétabli de formation.

### **ETAT DES LAUREATS DES EPM**

La production des infirmiers A2 a connue une progression importante au cours des années avec un pic à partir de 2009 suite à l'arrêt de la formation des infirmiers A3 dans le secteur public. La même tendance se remarque au niveau des infirmiers A3 dans le secteur privé avec une baisse à partir de 2009 avec l'interdiction de la formation des infirmiers A3.



**Figure 12 : LAUREATS INFIRMIERS DES EPM:**



Figure 13 : LAUREATS AUXILIAIRES-INFIRMIERS A3

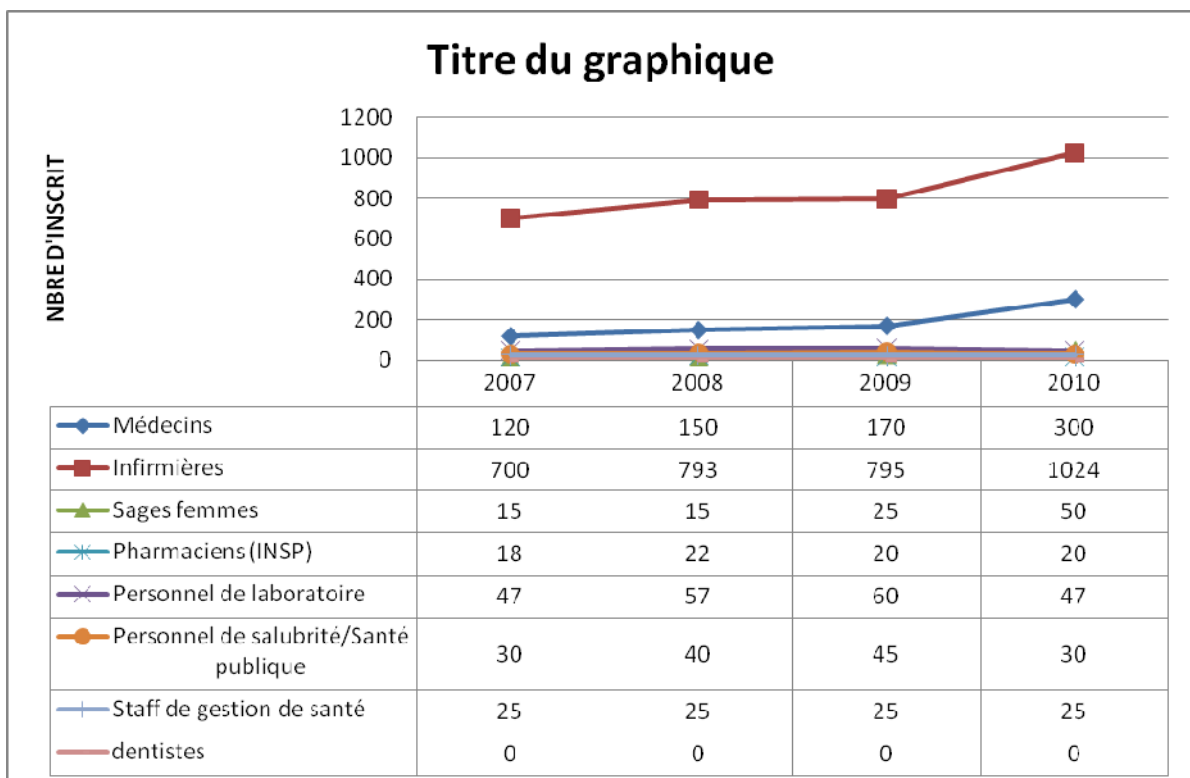


Figure 14 : Evolution du nombre d'inscrit dans les écoles de formation médicale et paramédicale



**Tableau 8 : Nombre de lauréats des Institutions de formations de 2006 à 2010**

Lauréats étudiants inscrits à l' INSP par filiaire

	<b>2006-2007</b>	<b>2007-2008</b>	<b>2008-2009</b>	<b>2009-2010</b>
Pharmacie	14	17	14	15
Gestion Services de Santé		8	13	10
Anesthésie Réanimation		14	16	0
Radiologie		9	13	13
Laboratoire		17	12	25
Sages Femmes		10	14	
Soins Infirmiers		18	16	13
Santé Publique			23	15
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>118</b>	<b>121</b>	<b>114</b>

**LAURATS UNIVERSITE DU BURUNDI en faculté de médecine**

	<b>2004-2005</b>	<b>2005-2006</b>	<b>2006-2007</b>	<b>2007-2008</b>	<b>2008-2009</b>	<b>2009-2010</b>	<b>Total</b>
Médecine générale	44	48	49	53	77	120	391
Internistes	2		1			1	4
Pédiatre	0		1	1	1	1	4
Gynécologues	1		1		3	1	6
Chirurgies		1	0		1	1	3
Ophthalmologues			0				0
Anesthésie Réa			1	1		1	3
Pneumologues		1					1
Anatomo pathologistes							0
Dermato-vénérologues							0
Infectiologues							0
Parasitologues							0
Endoscopistes							0
Cardiologues							0
Urologues							0
ORL	2					1	3
Biologie clinique							0
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>50</b>	<b>53</b>	<b>55</b>	<b>82</b>	<b>126</b>	<b>415</b>

Les données reprises dans ce tableau concernent les écoles publiques. Il ressort principalement que la faculté de médecine forme principalement des médecins généralistes.

## **4.2. FORMATION DE BASE ET POST UNIVERSITAIRE.**

Actuellement, les professionnels paramédicaux reçoivent une formation spécifique à chaque niveau d'intervention de la pyramide sanitaire. Ils sont formés dans les écoles d'enseignement secondaire paramédical publiques et privées.

Les élèves sont orientés en formation paramédicale au sortir de la 10<sup>ème</sup> et obtiennent leur diplôme de :

- A3 en 2 ans pour les auxiliaires de santé en soins préventifs et promotionnels
- A2 en 4 ans pour les techniciens médicaux en soins de cure, soins de prévention et de réhabilitation,
- techniciens de laboratoire en analyses biomédicales
- techniciens d'assainissement en promotion de la santé

Les techniciens supérieurs sont formés dans les instituts publics et privés

Les terrains de stage se limitent aux structures de soins publiques et aux sociétés paraétatiques.

La formation médicale est dispensée dans trois universités dont une publique et deux privés.

Les Facultés de Médecine sont dans une position privilégiée pour soutenir la mise en place de systèmes novateurs de prestation de services de santé et de pratique professionnelle qui répondent de façon optimale aux besoins des populations.

La faculté de médecine de l'Université du Burundi assure une formation de troisième cycle et de spécialisation dans certains domaines avec la coopération des universités étrangères.

L'université publique appuie les universités privées dans l'encadrement des étudiants stagiaires.

## **4.3. PROJECTION DES BESOINS EN PERSONNELS DE SANTÉ**

Une étude sur la mise en place d'un plan prévisionnel des emplois, profils et compétences est en cours. Elle permettra de faire des prévisions en besoins de ressources humaines sur 10 ans.

## **5. UTILISATION DES RHS: PRIORITES ET PRATIQUES**

### **5.1. RECRUTEMENT.**

En moyenne sur les trois dernières années, on recrute 600 infirmiers et autres paramédicaux et 50 médecins généralistes et spécialistes confondus par an.

La gestion des ressources humaines est caractérisée par une trop forte centralisation des actes de gestion du personnel au niveau de l'administration centrale ; ce qui handicape parfois le bon fonctionnement des formations sanitaires sur le terrain.

On peut citer entre autres :

- l'inadéquation des besoins en effectifs des formations sanitaires et les ressources qui leur sont allouées par le niveau central ;
- le manque d'information sur la gestion des ressources humaines dans les formations sanitaires ;
- l'inégale répartition géographique du personnel ;
- l'inadéquation entre les formations dispensées et les besoins exprimés par les formations sanitaires résultant de problèmes de planification de la formation;
- les difficultés de suivi de la carrière des agents, la non effectivité du transfert des compétences et des ressources aux BPS et districts, notamment en matière de gestion des ressources humaines,

### **5.2. MÉCANISMES DE DÉPLOIEMENT ET DE RÉPARTITION DU PERSONNEL**

Une cartographie des ressources humaines et une base de données complète qui inclut tous les effectifs dans les services de santé par localité et structure de soins ont été mise en place en 2010. Ces informations sont utilisées actuellement au niveau central, provincial et de district pour faciliter la planification des ressources humaines, tels que la planification de recrutement, le redéploiement et la formation du personnel, les prévisions budgétaires et une rémunération correcte pour les effectifs.

Les objectifs visés par la cartographie étaient les suivants :

- Établir la première base nationale des données des ressources humaines pour le secteur de santé ;
- Déterminer la quantité, le type et la distribution des effectifs œuvrant dans le service de santé ;
- Vérifier si les Normes Sanitaires pour les hôpitaux et les centres de santé publics sont respectées ;
- Identifier les catégories de personnel prioritaire pour la formation et le recrutement ;

- Identifier les localités et les structures prioritaires pour le recrutement ou le redéploiement de personnel supplémentaire.

### **5.3. MOBILITÉ – MIGRATION DU PERSONNEL DE SANTÉ**

Les systèmes d'incitation et de motivation existent :

- les dispositions particulières du Statut Général des Fonctionnaires de l'Etat signées en juillet 2010 pour le personnel de la santé,
- la prise en charge des soins médicaux pour le personnel de la santé et le passage à l'échelle du PBF,
- mis en place d'un système de contractualisation basé sur les performances.

En collaboration avec ses partenaires, le MSPLS procèdera à l'élaboration d'une nouvelle politique de rémunération reposant sur des mécanismes permettant de corriger les effets pervers du système actuel. Cette politique conduirait à l'amélioration des conditions de vie et de travail en intégrant les incitatifs non financiers (logement, plateau technique, transport).

Cependant, ces investissements n'aboutiront aux résultats escomptés que si la gestion prévisionnelle des ressources humaines, les plans de carrière, les moyens de motivation et les systèmes de rémunération sont revus et améliorés de manière conséquente.

Pour gérer les absences du personnel de santé des registres de présence ont été instaurés dans tous les services. Les fonds du PBF sont régulièrement partagés en tenant compte des heures réellement prestées.

### **5.4. MÉCANISMES DE PAIEMENT**

Le mode de fixation des salaires de base du personnel de la santé s'inscrit dans le cadre général de l'administration défini par le statut général des fonctionnaires en vigueur, augmenté des différentes indemnités et primes prévues dans les dispositions particulières relatives au personnel de santé sans aucune indexation sur le coût de la vie.

Il est important de souligner que le salaire est loin de couvrir les charges courantes eu égard à la fluctuation de la monnaie. Les primes, indemnités attribués sont équitablement réparties entre les différents corps du personnel de santé.

Le salaire d'un infirmier varie entre 250 et 300 dollars USA, tandis que celui d'un médecin varie entre 350 et 450 dollars USA selon le diplôme et l'ancienneté.

### **5.5. MÉCANISMES ET SYSTÈMES DE SUPERVISION**

Un manuel de procédures a été mise en place dans le cadre du PBF et des vérifications trimestrielles se font au niveau des structures.

Des supervisions formatives sont faites trimestriellement et régulièrement et font l'objet d'un rapport et d'une rétro information.

Pour les écoles de formation, des supervisions de contrôle de qualité se font également trimestriellement.

## **6. GOUVERNANCE**

L'élaboration des textes qui réglementent la gestion des fonctionnaires devraient connaître la participation des concernés dans le cadre du dialogue social. , Ce cadre a une place limitée dans les politiques mise en place par le Gouvernement en général.

Le document cadre de Politique de Développement des Ressource humaines pour la santé a été élaborée entre 2010 et a connu la participation des partenaires et des cadres du Ministère et des Ministères partenaires ainsi que les partenaires techniques et financiers

Ce document de politique s'inscrit dans la Politique Nationale de la santé et du Plan National de Développement Sanitaire.2011-2015.Ils' est inspiré d'autres documents utiles comme le rapport du recensement général de la population de 2008, (ii) de la base de données de la DRH, (iii) (iv) des textes réglementaires du Ministère de la Santé relatifs à l'organisation du Ministère et aux normes sanitaires

### **6.1. POLITIQUES ET PLANS DES RHS.**

La politique nationale de santé (2005-2015) accorde un intérêt particulier pour le Développement des ressources humaines en vue d'améliorer les performances du secteur. Ainsi, pour relever les défis posés, le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines étroitement liés au PNDS, au CSLP et à la politique de décentralisation du ministère a été élaboré afin de garantir une disponibilité permanente de personnels qualifiés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Ce Plan constitue l'outil de mise en œuvre de la politique nationale de santé et de la politique nationale de développement des ressources humaines pour l'atteinte des OMD.

Les grands défis à relever sont surtout (i) la difficulté de produire et de rendre disponibles et accessibles partout les ressources humaines nécessaires et motivées, en quantité et en qualité suffisantes.

(ii) la nécessité d'une décentralisation effective de la gestion des principales ressources du secteur – les ressources humaines et financières vers les responsables sanitaires régionaux

.Les principaux défis à relever en matière de la gestion des ressources humaines sont l'absence de description de postes, d'un plan de carrière des agents ainsi que l'absence de gestion prévisionnelle des effectifs. A cela s'ajoute à la réticence de certaines catégories de personnel à servir dans le milieu rural. Un manque de concours annuels de recrutement et de promotion du personnel de santé est aussi un handicap parmi tant d'autres.

### **6.2. DÉVELOPPEMENT, PLANIFICATION ET GESTION DE POLITIQUE DES RHS.**

En dépit des progrès enregistrés dans ce secteur , les missions et fonctions de certaines structures administratives et la description des postes ne sont pas toujours clairement définies . Les textes régissant la Fonction Publique restent, dans une certaine mesure insuffisamment appliqués et favorise plus la gestion

administrative du personnel que le développement des ressources humaines. La gestion prévisionnelle du personnel n'est pas pratiquée actuellement et la formation continue des cadres n'est pas coordonnée. La formation et son contenu ne répondent pas toujours aux besoins réels des services. Le Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida dispose d'une Direction des Ressources Humaines (DRH) au niveau central qui a pour missions de veiller à la gestion administrative et au développement des ressources humaines pour la santé,

:Les efforts fournis ces dernières années par la DRH pour améliorer la situation des RHs portent surtout sur la mise en place d'outils tels que : (i) une base de données réactualisée grâce à un recensement physique du Personnel mené en 2010, (ii) un plan stratégique de développement des ressources humaines pour la période 2010 – 2014, (iii) l'élaboration des référentiels pour les infirmiers et les normes des Ecoles paramédicales ne suffisent pas.

Les normes en personnel par type de structures, la description des postes, les plans de carrières et de formation continue restent également une préoccupation pour la Direction en matière de développement des ressources humaines

Le recrutement et la gestion des ressources humaines sont jusqu'à maintenant centralisés, mais la nouvelle politique des ressources humaines prévoit la mise en place des textes permettant la décentralisation et la déconcentration de la gestion des RH. Les décisions finales sont prises au niveau central, mais les évaluations du personnel sont faites par les responsables directs au niveau du premier degré

### **6.3. RÉGLEMENTATIONS.**

La Constitution qui est la loi fondamentale prévoit que tous les citoyens peuvent accéder à égalité aux fonctions et emplois publics, sans autres conditions que celles fixées par la loi.

La loi fondamentale, confère au Président de la République le pouvoir de nommer aux emplois publics civils et militaires. .

La définition des politiques en matière de gestion des ressources humaines de l'État est du ressort

Exclusif du gouvernement

Des textes réglementaires mettant en place la Direction des Ressources Humaines et l'observatoire national des ressources humaines existent.

Le décret portant réorganisation de l'enseignement secondaire paramédical au Burundi a été signé au mois de juillet 2011 et consacre la suppression de la formation en palier

**La loi n° 1/28/** du 23 Aout 2006 portant Statut Général des Fonctionnaires, consacre ses chapitres à

- L'Organisation de la gestion administrative courante des personnels en conformité avec la réglementation en vigueur
- L'Organisation de la formation et le perfectionnement des employés conformément aux textes en vigueur
- L'organisation des recrutements ou examens d'évaluation des fonctionnaires,

- La gestion des carrières, conditions de notation et d'avancement de grade des fonctionnaires de l'état

Cette loi est complétée par le code du travail pour ce qui concerne les attributions des ministres en matière de gestion des fonctionnaires et agents contractuels de l'état

#### **6.4. SYSTÈME D'INFORMATION DES RHS.**

Le SIRHS n'est pas développé et se heurte à un manque de coordination entre les différents

Intervenants impliqués dans la Gestion des Ressources Humaines en Santé et le système d'informations sanitaires

Actuellement le Ministère possède une base de données en Excel sur les ressources humaines

du secteur public. Privé et agréé Au moment de la collecte nous éprouvons quelques difficultés souvent liés à la réticence des, ONG, Confession religieuses, organisation caritatives qui sont du ressort du secteur de la santé.

La collecte d'information se fait semestriellement sur base d'un recensement des ressources humaines pour mettre à jour la base des données. Quand on fait le recensement ; on inclue tous les secteurs .Actuellement on a mis en place un canevas d'une base de données unique pour l'ensemble des districts pour améliorer la fiabilité des données .La base est gérée au niveau central. Le système d'information des RHS fourni des données au système d'information sanitaire et alimente les statistiques du bureau national des statistiques,

#### **6.5. RECHERCHE DE RHS**

L'absence de structure ou d'institution au niveau national en charge de la recherche en ressources

Humaines constitue le premier obstacle de suivi et d'archivage des travaux de recherche en

Ressources humaines pour la santé au Burundi

La recherche n'existe pas mais c'est une activité à intégrer dans les activités de l'observatoire créé en Août 2010.

#### **6.6. PARTIE PRENANTES EN RHS**

Les ressources humaines se heurtent à un problème lié à la complexité et la diversité des intervenants dans la gestion, la production et le financement des programmes de la santé.

La gestion des ressources humaines par l'administration est basée sur un modèle centralisé et mal adapté faute d'une politique claire de décentralisation de la gestion des ressources. La fonction publique est aussi caractérisée par une centralisation de toutes les actions de gestion des fonctionnaires de l'Etat en matière de

recrutement, de fixation de la rémunération, de gestion des carrières et de la sécurité sociale. Le financement des salaires est assurée par le Ministère des finances mis la gestion par la fonction publique à la Direction de la gestion des traitements

. Chaque décision relative à la gestion des carrières et des salaires exige l'approbation du Cabinet du ministre de la Fonction Publique. Sont partie prenantes les institutions et structures suivantes :

- .Ministère de la santé Publique et de la lutte contre le Sida (DRH)
- Ministère de la Fonction Publique du travail et de la sécurité sociale
- Ministère de l'Education Nationale
- Ministère des Finances
- Institutions de formation
- Structures de soins
- Partenaires au développement
- ONGs
- Ordres et associations socioprofessionnelles



## ANNEXE 1: PERSONNELS DE SANTE / DONNEES

Niveau de qualification	Total	Total femme	Urbain	Rural	Public	Privé
Médecins (généralistes)	357	18%	40%	60%	86%	7%
Médecins (spécialistes)	5957	61%	75%	25%	78%	10%
Infirmières prof./diplômés d'Etat	16	63%	77%	23%	94%	6%
Infirmiers Associés	2	50%	100%	0%	100%	0%
Infirmiers auxiliaires	51	47%	21%	79%	90%	10%
Sages femmes Professionnel/DE	351	29%	69%	31%	74%	15%
Sages femmes Associées	281	16%	100%	0%	94%	1%
Sages femmes Auxiliaires	551	51%	63%	37%	67%	9%
Accoucheuses traditionnelles	66	65%	41%	59%	64%	21%
Dentistes professionnels	1594	60%	32%	68%	55%	4%
Techniciens dentaires	49	35%	65%	35%	94%	2%
Assistants dentaires	5464	22%	9%	91%	74%	8%
Pharmaciens	1047	74%	65%	35%	84%	8%
Techniciens de pharmacie	83	5%	10%	90%	86%	4%
Assistants de pharmacie	11	9%	43%	57%	91%	9%
Physiothérapeutes	26	12%	49%	51%	69%	12%
Assistants médicaux	35	14%	19%	81%	100%	0%
Officiers de clinique	15941	45%	33%	67%	75%	8%
Scientifiques de laboratoire	357	18%	40%	60%	86%	7%
Techniciens de laboratoire	5957	61%	75%	25%	78%	10%
Assistants de laboratoire	16	63%	77%	23%	94%	6%
Techniciens de Radiographie	2	16%	100%	0%	100%	0%
Professionnels de salubrité et de santé publique	51	74%	21%	79%	90%	10%
Techniciens de salubrité/ santé publique	351	19%	69%	31%	74%	15%
Autres Techniciens et Catégories sanitaires	281	41%	100%	0%	94%	1%
Agents de santé communautaire	551	18%	63%	37%	67%	9%
Personnel qualifié d'administration et de gestion sanitaire	66	20%	41%	59%	64%	21%
Autres personnels de soutien général	1594	61%	32%	68%	55%	4%
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>0%</b>	<b>65%</b>	<b>35%</b>	<b>94%</b>	<b>2%</b>

## **ANNEXE 2 : DEFINITIONS DES CATEGORIES**

### **Effectifs du personnel de santé: données agrégées**

Les données agrégées sur les personnels de santé sont regroupées dans les 10 catégories suivantes:

#### **Médecins**

Comprend les généralistes et les spécialistes.

#### **Infirmiers**

Comprend les infirmières professionnelles/Diplômées d'Etat, les infirmières auxiliaires et autres infirmières aides-soignants, tels que les infirmières dentaires et les infirmières de soins primaires.

#### **Sages-femmes**

Comprend les sages-femmes professionnelles, les sages-femmes auxiliaires et les Assistantes Accoucheuses. Les accoucheuses traditionnelles ou matrones qui sont considérées comme les agents de santé communautaires, apparaissent ailleurs.

#### **Dentistes**

Comprend les dentistes, les assistants dentaires et les techniciens dentaires.

#### **Pharmaciens**

Comprend les pharmaciens, les Assistants en pharmacie et techniciens de pharmacie

#### **Personnels de Laboratoire**

Comprend les Scientifiques de laboratoire, les assistants de laboratoire, les techniciens de laboratoire et de radiographie.

#### **Personnels sanitaires de salubrité et de santé publique**

Comprend les Responsables sanitaires de salubrité et de santé publique, les agents de services d'hygiène, les techniciens de salubrité et de santé publique, les agents de santé de district, les techniciens de paludisme, les inspecteurs des viandes, les superviseurs de santé publique et les autres professions similaires.

#### **Agents de santé communautaires**

Comprend les praticiens de la médecine traditionnelle, les guérisseurs, les assistants/agents communautaires d'éducation pour la santé, les agents de santé communautaires, les personnels de santé familiale, les dames de visite de santé, les travailleurs de paquet d'extension de santé, les sages-femmes communautaires, les travailleurs des soins au personnel des institutions et les accoucheuses traditionnelles.

#### **Autres personnels de santé**

Comprend un grand nombre de professions telles que les diététiciens et les nutritionnistes, les assistants médicaux, les ergothérapeutes, les opérateurs de matériel médical et dentaire, les optométristes et les opticiens, les physiothérapeutes, les ingénieurs en prothèses / athlétiques, les psychologues, orthophonistes, les stagiaires et les stagiaires médicaux.

**Personnel de gestion et de soutien de la santé**

Comprend les directeurs généraux, les statisticiens, les avocats, les comptables, les secrétaires médicales, jardiniers, les techniciens, le personnel ambulancier, le personnel de nettoyage, les personnels de bâtiment et de génie, les personnels administratifs qualifiés et les personnels d'appui général.

### ANNEXE 3 : CLASSIFICATION DES CATEGORIES

Classification Internationale Classification Nationale				
Catégorie	Niveau de qualification	Définition [ISCO-88]	Nom de la catégorie nationale équivalent	Définition(s) Nationale(s)
<b>1. Médecins</b>  Aussi appelés docteurs or officiers médicaux	<i>Généralistes</i>	Au moins 5 ans d'université, quelques années de stage selon le pays, pourraient être obligatoires. Ils disposent d'une vaste gamme de compétences cliniques.	Médecin généraliste	Après les humanités complètes, 7 ans de formations universitaires stages compris sanctionné par un diplôme de doctorat en médecine
	<i>Spécialistes</i>	Au moins 5 ans d'université, quelques années de stage selon le pays pourraient être obligatoires avec une formation de spécialisation. Ils ont une vaste gamme de compétences et de spécialisation clinique.	Médecins spécialistes	4 ans de spécialisation après un diplôme de doctorat en médecine générale
<b>2. Infirmières</b>	<i>Infirmières Professionnelles/Diplômées D'Etat</i>	Sont aussi appelés professionnel ou personnel infirmier (ou Infirmiers Diplômés d'État). Leur éducation dure environ 3, 4 ans ou plus dans une école de soins infirmiers, et conduit à un diplôme universitaire ou un diplôme universitaire de troisième cycle, ou son équivalent. Elles ont une vaste gamme de compétences en soins infirmiers.	Infirmiers A2	4 ans de formation après le collège sanctionné par un diplôme donnant accès aux épreuves permettant l'entrée dans les institutions universitaires
	<i>Infirmières Associées</i>	Sont également appelés infirmières ou infirmières associées. Leur éducation dure environ 3 à 4 ans et conduit à un diplôme qui n'est pas équivalent au premier diplôme universitaire (études post secondaires). Dotés de soins infirmiers de base. Ils ou elles	Infirmiers auxiliaires A3	2 ans de formation après le collège sans accès aux études universitaires

		peuvent effectuer des procédures médicales simples, aussi bien complexes et opèrent généralement sous la supervision des infirmières professionnelles ou des médecins.		
	<i>Infirmières auxiliaires</i>	Sont également appelées Assistantes/aides-soignantes. Ayant reçu certaines séances de formation au niveau secondaire. La période de formation en cours d'emploi peut être incluse, et parfois formalisées dans le cadre d'apprentissage. Compétences de base en soins infirmiers, aucune formation en soins infirmiers de prise de décisions.	Aides soignants	Formation sur le tas dans les structures de soins
<b>3. Sages-Femmes</b>	<i>Sages-femmes diplômées/ Diplômés d'État</i>	Sont également appelées des sages-femmes diplômées ou professionnelles ou (ou Sage - Femmes Diplômés d'État). Leur éducation dure environ 3, 4 ans ou plus à l'école de soins infirmiers, et conduit à un diplôme universitaire ou un diplôme universitaire de troisième cycle, ou son équivalent. Elles ont une vaste gamme de compétences de sages-femmes.	Sages femmes	deux ans ou 4 ans de formation après le BAC
	<i>Sages-femmes Associées</i>	Sont aussi appelées infirmières sages-femmes, techniciens ou associés. Leur éducation peut durer environ 3 à 4 ans et conduit à un diplôme non équivalent au premier diplôme universitaire (études postsecondaires). Ayant des compétences de base des sages-femmes.	Infirmiers A2	4 ans de formation après le collège dans une école des infirmiers avec des compétences de base des sages femmes et une expérience dans les services de maternité

	<i>Sages-femmes Auxiliaires</i>	Également appelé assistantes, aide accoucheuses. Ayant fait certaines écoles secondaires de formation. Une période de formation en cours d'emploi peut être incluse, et parfois formalisées dans le cadre d'apprentissage. Des compétences de base des sages-femmes.	Infirmiers de niveau A3	2 ans de formation après le collège avec des connaissances de base pour les sages femmes et une expérience dans un service de maternité
	<i>Accoucheuses traditionnelles</i>	Principalement, une formation en cours d'emploi et parfois formalisées dans le cadre d'apprentissage. (Matrones traditionnelles, TBA)	Accoucheuses traditionnelles ou matrones	Formation sur le tas et des formations à la carte de mise à niveau
<b>4. Dentistes</b>	<i>Dentistes</i>	Au moins 5 ans d'études menant à un diplôme dentiste. Un éventail complet de compétences de dentisterie	Dentistes	Leur formation dure 5 ans après le BAC
	<i>Technicien dentaire</i>	De 2 à 3 ans dans une école de dentisterie, avec un diplôme non équivalant au diplôme universitaire (études postsecondaires). Avec des compétences de base en dentisterie.	Technicien dentaire	De 2 à 3 ans dans une école de dentisterie
	<i>Assistant dentaire</i>	Environ 2 à 3 ans de formation à l'école secondaire. La période de formation en cours d'emploi peut être incluse, et parfois formalisées dans le cadre d'apprentissage. Compétences de base en dentisterie.	Infirmier A3/A2 avec expérience	
<b>5. Pharmaciens</b>	<i>Pharmaciens</i>	Au moins 5 ans d'études aboutissant à un diplôme de pharmacie. Ayant un éventail complet de compétences en pharmacie.	Pharmaciens	Leur formation dure 5 ans dans la faculté de la pharmacie après le BAC
	<i>Technicien de pharmacie</i>	De 2 à 3 ans dans une école de pharmacie, avec un diplôme non équivalant au diplôme universitaire (études postsecondaires). Avec des compétences de base en pharmacie.	Techniciens de pharmacie	2 ans de formation après le BAC dans un institut supérieur

	<i>Assistant en pharmacie</i>	Environ 2 à 3 ans passés à l'école secondaire. Une période de formation en cours d'emploi peut être incluse, et parfois formalisées dans le cadre d'apprentissage. Ayant de compétences de base en pharmacie.	Infirmiers A2ou A3	Une formation acquise en cours d'emploi après une formation dans une école paramédicale
<b>6. Physiothérapeutes</b>		De 2 à 3 ans passés à l'école de physiothérapie, avec un diplôme non équivalent à un diplôme universitaire (études postsecondaires). Avec des compétences de base en physiothérapie.	Physiothérapeutes	Formation de 3 à 4 ans après le BAC
<b>7. Assistants Médicaux, aussi appelés Assistant à l'Officier médical</b>		De 2 à 3 ans d'études en santé au secondaire et au moins 1,5 ans dans un programme de mise à niveau. Des compétences cliniques avancées.	Catégorie qui n'existe pas	
<b>8. Officiers de Clinique</b>		De 2 à 3 ans dans les études postsecondaires. Des compétences cliniques de base.	Catégorie qui n'existe pas	
<b>9. Scientifiques de laboratoire</b>	<i>Scientifiques de Laboratoire</i>	Au moins 5 années d'études universitaires. Dispose d'un éventail complet des procédures de laboratoire.	Techniciens supérieurs A1	3ans de formation après le BAC
	<i>Techniciens de Laboratoire</i>	De 2 à 3 ans passés à l'école des techniques de laboratoire, avec un diplôme non équivalent au diplôme universitaire (études postsecondaires). Avec un éventail de procédures de base de laboratoire	Techniciens de laboratoire	4 ans de formation après le collège dans une école des techniques paramédicales.

	<i>Assistants de Laboratoire</i>	Environ 2 à 3 ans de formation secondaire. La période de formation en cours d'emploi peut être incluse, et parfois formalisées dans le cadre d'apprentissage. Compétences en procédures de base de laboratoire.	Microscopistes	Une formation acquise en cours d'emploi au service laboratoire après 2 ou 3 ans de formation secondaire
<b>10. Techniciens de radiographie</b>		De 2 à 3 ans à l'école de la radiographie, avec un diplôme non équivalent au diplôme universitaire (études postsecondaires). Gamme de compétences de base en radiographie.	Techniciens de radio	2 ans d'études après le BAC en radiographie
<b>11. Officiers de salubrité de l'environnement et de santé publique</b>	<i>Officiers Professionnels de salubrité et de santé publique</i>	Au moins 5 ans dans une université ou équivalent. Tous les personnels de santé impliqués dans l'offre des services sociaux à la collectivité pour un meilleur environnement et, par conséquent, la promotion de la santé au niveau élevé de compétence. Par exemple, les épidémiologistes ou les ingénieurs d'assainissement, entre autres.	Ingénieurs d'assainissement	4 ans d'études universitaires après le BAC spécialisés en promotion de la santé, environnement, assainissement
	<i>Officiers Techniciens de salubrité et de santé publique</i>	A partir de 2-3 ans de formation. Cette définition inclut toutes les personnels de salubrité de l'environnement, les inspecteurs de santé, les officiers de promotion de la santé, les éducateurs sanitaires et tous ceux qui sont concernés par la promotion de la santé publique. (Veuillez fournir la liste complète de ce que vous incluez dans cette catégorie) .	Techniciens de promotion de santé	4 ans d'études après le collège dans une école de formation paramédicale option environnement ; promotion de la santé; éducateurs sanitaires
<b>12. Autres Techniciens et Catégories sanitaires</b>		De 2 à 3 ans dans une école de santé déterminés. Cette catégorie peut être utilisée pour les cadres de santé comme les nutritionnistes/diététistes, les optométristes, les travailleurs sociaux, entre autres.		



		(Veuillez fournir la liste complète de ce que vous incluez dans cette catégorie.		
<b>13. Agents communautaires de santé</b>		Une période de formation en cours d'emploi peut être incluse, et parfois formalisées dans le cadre d'apprentissage.	Agents communautaires	Formation sur le tas ou acquise par expérience
<b>14. Personnels Administratifs et d'appui</b>	<i>Personnels qualifiés d'administration</i>	Ayant obtenu un diplôme professionnel. Tous ceux qui sont liés à des tâches telles que: administrateurs, gestionnaires, inspecteurs des services financiers, comptables, statisticiens, économistes, ingénieurs.	Cadres d'administration	Diplôme universitaire
	<i>Autres personnels d'appui</i>	Posséder un diplôme d'associés ou moins. Tous ceux qui sont liés à des tâches telles que: les secrétaires, les électriciens, les chauffeurs, les gardes de sécurité, les cuisiniers.	Personnel d'appui	Diplôme inférieur au certificat de fin collège
	<i>Cadres de collaboration</i>		Cadres de collaboration	Formation de 2 à 3 ans après le BAC
<b>15. Autres</b>	Veuillez dresser la liste des travailleurs de la santé à inclure dans cette catégorie et donner séparément la définition de chaque catégorie			