



RÉPUBLIQUE DU BURUNDI
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
 ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



INSP
 CENTER OF EXCELLENCE
 IN PUBLIC HEALTH TRAINING



EAC
 EAST AFRICAN
 COMMUNITY

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Bulletin d'Information semestrielle n°022

Sommaire

Le mot introductif du directeur général de l'INSP.....1

Mise à jour du manuel des procédures à l'INSP : un pas vers l'excellence organisationnelle2

Projet d'appui à l'INSP par ENABEL.....4

Accès a la formation à l'institut national de sante publique5

L'INSP a l'épreuve de l'assurance qualité : du diagnostic interne a la validation externe par la CNES7

L'INSP et la certification ISO 9001 : 2015 : enjeux et perspectives.....9

Atelier de rédaction des manuscrits d'articles scientifiques pour les lauréats master cohorte 5.....11

Formation en chirurgie de district ; troisième cohorte.....13

Les audits du ministère de la sante publique au laboratoire de l'institut national de sante publique.....17



L'INSP et l'assurance
 qualité: du diagnostic
 interne à la validation
 externe



Pr Joseph Nyandwi,
Directeur Général de l'INSP

Chers lecteurs,

C'est avec un réel plaisir que nous vous présentons ce numéro 022 de la revue semestrielle INSP-INFOS, un espace privilégié de partage des réalisations, des innovations et des perspectives de l'Institut National de Santé Publique (INSP).

Au cours de ce semestre, notre institution a poursuivi avec détermination sa mission de formation, de recherche, d'expertise et de prestation de services au bénéfice du système de santé burundais. Les activités présentées dans cette édition témoignent des efforts continus déployés pour renforcer la qualité de nos enseignements, améliorer notre gouvernance institutionnelle, promouvoir la recherche scientifique et consolider notre position en tant qu'institution de référence en santé publique.

Parmi les avancées majeures figurent la mise à jour du manuel des procédures de l'INSP, la mise en œuvre du projet d'appui financé par l'Union Européenne, les initiatives de renforcement des capacités pédagogiques et scientifiques des enseignants-chercheurs, ainsi que les progrès enregistrés dans la démarche d'assurance qualité et de certification selon les normes internationales. Ces réalisations traduisent notre volonté constante d'inscrire l'INSP dans une dynamique d'excellence, d'innovation et d'amélioration continue.

Cette revue met également en lumière les efforts consentis pour développer les compétences des professionnels de santé à travers des formations spécialisées, notamment en chirurgie de district, ainsi que les initiatives visant à promouvoir la production scientifique et la diffusion des connaissances. Elle illustre également les performances du Laboratoire National de Référence et son engagement vers l'accréditation conformément aux standards internationaux.

Ces résultats n'auraient pas été possibles sans l'engagement du personnel de l'INSP, l'implication de nos étudiants, l'appui des autorités publiques ainsi que le soutien constant de nos partenaires au développement. A tous, nous adressons nos sincères remerciements.

Alors que notre pays continue de relever de nombreux défis sanitaires, l'INSP réaffirme son engagement à produire des ressources humaines compétentes, des données probantes de qualité et des services répondant aux besoins de la population. Ensemble, nous continuerons à bâtir une institution forte, innovante et résolument tournée vers l'excellence au service de la santé publique.

Nous vous souhaitons une excellente lecture.

Mise à jour du manuel des procédures à l'INSP : un pas vers l'excellence organisationnelle

1. Introduction

Dans un contexte marqué par des exigences croissantes en matière de qualité, de transparence et de redevabilité dans le secteur de la santé publique, l'Institut National de Santé Publique (INSP) a entrepris une révision approfondie de son manuel des procédures. Cet exercice stratégique, organisé du 09 au 13 mars 2026 à Gitega, vise à doter l'institution d'un référentiel actualisé, cohérent et adapté aux réalités actuelles de son fonctionnement.

La mise à jour du manuel des procédures constitue un levier essentiel pour améliorer la gouvernance interne, harmoniser les pratiques professionnelles et renforcer l'efficacité opérationnelle des différentes directions et services de l'INSP.

2. Objectifs de l'atelier

L'atelier avait pour objectif principal de revisiter et d'actualiser l'ensemble des procédures internes de l'INSP afin de (i) garantir leur conformité aux normes réglementaires et institutionnelles ; (ii) améliorer la clarté, la cohérence et l'accessibilité des procédures ; (iii) renforcer la transparence dans la gestion administrative, financière et technique ; (iv) favoriser une meilleure coordination entre les différentes structures de l'institution et (v) adapter les procédures aux évolutions organisationnelles et technologiques.

Photo d'ouverture de l'atelier de la mise à jour du Manuel de procédure de l'INSP à Gitega

3. Participants

L'atelier a réuni des cadres et agents issus de différentes directions de l'INSP, notamment (i) la Direction des Services Administratifs (DSA) ; (ii) la Direction Administrative, Financière et du Patrimoine (DAFP) ; (iii) la Direction de la Recherche (DR) ; (iv) la Direction du Laboratoire National de Référence (DLNR).

La diversité des profils a permis d'assurer une approche

participative et multidisciplinaire, garantissant ainsi la prise en compte des réalités spécifiques à chaque domaine d'intervention.

Photo des participants à l'atelier de la mise à jour du Manuel de procédure de l'INSP à Gitega

4. Méthodologie de travail

Les travaux se sont déroulés selon une approche participative structurée en deux phases principales:

4.1. Travaux en groupe (J1 et J2)

Les deux premières journées ont été consacrées à l'analyse approfondie des procédures existantes. Répartis en groupes thématiques, les participants ont effectué les activités suivantes notamment (i) faire la revue les procédures en vigueur ; (ii) Identifier les insuffisances, les incohérences et les doublons ; (iii) faire des améliorations et des ajustements adaptés.

4.2. Restitution et validation (J3 et J4)

Les journées suivantes ont été dédiées aux exposés des travaux de groupe. Chaque groupe a présenté ses conclusions, suivies de discussions plénières. Ces présentations ont permis ; (i) d'harmoniser les propositions ; (ii) de valider collectivement les amendements ; (iii) de consolider une version révisée du manuel.

5. Ancrage dans les missions de l'INSP

La révision du manuel des procédures s'inscrit pleinement dans le mandat de l'INSP, qui repose sur plusieurs missions essentielles. Elles sont résumées de la manière suivante : (i) assurer la formation initiale, le perfectionnement en cours d'emploi et la spécialisation en santé publique ; (ii) promouvoir et réaliser des recherches appliquées pour orienter les politiques du Ministère de la



Photo d'ouverture de l'atelier de la mise à jour du Manuel de procédure de l'INSP à Gitega



Photo des participants à l'atelier de la mise à jour du Manuel de procédure de l'INSP à Gitega

Santé Publique ; (iii) effectuer des analyses de biologie médicale et assurer le contrôle de qualité des médicaments, de l'eau, des aliments et de l'environnement ; (iv) renforcer les capacités du laboratoire national et des structures opérationnelles face aux urgences de santé publique ; (v) encadrer le réseau national des laboratoires de biologie médicale et (vi) assurer l'évaluation, la prévention et le contrôle des problèmes de santé publique en milieu clinique.

Ainsi, un manuel des procédures actualisé constitue un outil fondamental pour garantir la bonne exécution de ces missions.

6. Structure et organisation de l'INSP

L'INSP est organisé en directions et départements, chacun ayant des attributions spécifiques. Les subdivisions internes sont définies par le Comité de Direction en fonction des besoins opérationnels. L'institution comprend également (i) des services administratifs et techniques et (ii) des centres et des organes de recherche spécialisés. Cette organisation complexe nécessite un cadre procédural clair et harmonisé afin d'assurer une coordination efficace entre les différentes entités. L'organigramme détaillé de l'INSP est présenté en annexe pour une meilleure compréhension de cette structuration.

7. Résultats obtenus

À l'issue de l'atelier, plusieurs résultats majeurs ont été atteints. Il s'agit (i) d'une révision complète des procédures existantes ; (ii) de l'élimination des incohérences et des redondances ; (iii) de l'intégration de nouvelles procédures adaptées aux besoins actuels ; de l'harmonisation des pratiques entre les différentes directions et (iv) de l'élaboration d'une version consolidée du manuel des procédures. Ce document actualisé servira désormais de référence pour l'ensemble du personnel de l'INSP.

8. Importance stratégique du manuel des procédures

Le manuel des procédures constitue un outil central de gestion institutionnelle. Il permet notamment (i) de standardiser les pratiques professionnelles ; (ii) de clarifier

les responsabilités et les circuits de décision ; (iii) de réduire les risques d'erreurs et de dysfonctionnements ; (iv) de renforcer la transparence et la redevabilité et (v) faciliter le suivi et l'évaluation des activités. Sa mise à jour régulière est donc indispensable pour garantir son adéquation avec les évolutions internes et externes de l'institution.

9. Perspectives et recommandations

Afin d'assurer la pérennité des acquis de cet atelier, plusieurs recommandations ont été formulées. Il s'agit (i) d'assurer une large diffusion du manuel auprès de tout le personnel ; (ii) d'organiser des sessions de formation au sein de chaque direction et services pour son appropriation ; (iii) de mettre en place un mécanisme de suivi de son application et (iv) de prévoir des mises à jour périodiques en fonction des évolutions institutionnelles ; (v) renforcer l'implication des directions dans le respect des procédures établies.

10. Conclusion

L'atelier de mise à jour du manuel des procédures de l'INSP, tenu du 09 au 13 mars 2026 à Gitega, marque une étape importante dans le processus de modernisation et de renforcement des capacités institutionnelles. En favorisant une approche participative et inclusive, cette initiative a permis d'aboutir à un document de référence actualisé, adapté aux défis actuels de la santé publique. A travers cette démarche, l'INSP réaffirme son engagement en faveur de l'excellence, de la rigueur et de la qualité dans la mise en œuvre de ses missions au service de la population.

Mr Gerard NTAHOMVUKIYE

I. Introduction

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'Appui à l'Institut National de Santé Publique (INSP), financé par Enabel, plusieurs actions stratégiques ont été engagées afin de renforcer les capacités institutionnelles, académiques et opérationnelles de l'Institut. Ce projet s'inscrit dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité de la formation en santé publique, de professionnalisation des ressources humaines et de modernisation de la gestion des programmes de santé au Burundi et durera 48 mois.

À travers une approche inclusive et concertée, l'INSP, en collaboration avec ses partenaires nationaux et internationaux, notamment le Ministère de la Santé Publique (MSP), la Délégation de l'Union européenne (DUE), les universités et les partenaires techniques et financiers, met en œuvre un ensemble d'activités structurantes visant à garantir une meilleure efficacité des interventions et une appropriation durable des résultats.

Ces activités couvrent à la fois (i) le renforcement de la gouvernance du projet, (ii) l'amélioration de la planification stratégique et opérationnelle, (iii) le développement des compétences pédagogiques des enseignants-chercheurs, (iv) l'ouverture à la coopération internationale ainsi que (v) le renforcement des moyens logistiques et matériels. Elles traduisent la volonté commune de faire de l'INSP un centre d'excellence capable de répondre aux défis sanitaires actuels et futurs du pays en disponibilisant les évidences pouvant éclairer les décisions politiques.

II. Finalisation des procédures de recrutement du Project Manager

La finalisation des procédures de recrutement du Project Manager constitue une étape déterminante dans la mise en œuvre efficace du projet. Ce processus a permis de garantir la transparence, la compétitivité et la sélection d'un profil qualifié capable d'assurer la coordination globale des activités du projet. Le Project Manager jouera un rôle clé dans la planification, le suivi et la mise en œuvre des interventions, tout en assurant la liaison entre les différentes parties prenantes.

III. Atelier de lancement officiel du Programme PHI

Un atelier de lancement officiel du Programme PHI a été



organisé à Ngozi réunissant l'ensemble des acteurs impliqués, notamment Enabel, la DUE, l'INSP, le MSP, les universités partenaires et les partenaires techniques et financiers. Cet atelier a permis d'aligner les compréhensions, de clarifier les objectifs du programme et de définir les attentes de chaque partie prenante. Il a également servi de cadre d'échanges pour renforcer la coordination et l'engagement collectif autour des priorités du projet.

IV. Planification opérationnelle et financière

Dans le souci d'assurer une mise en œuvre cohérente et efficace des activités, un atelier de révision de la planification opérationnelle et financière a été organisé. Cette activité a permis d'actualiser les plans de travail, d'ajuster les priorités en fonction des réalités du terrain et de garantir une meilleure allocation des ressources. Elle contribue ainsi à renforcer la performance globale du projet et à assurer le suivi rigoureux des résultats attendus.

IV. Atelier de formation en pédagogie universitaire à Gitega en Mars

Un atelier de formation en pédagogie universitaire a été organisé au profit des nouveaux enseignants-chercheurs de l'INSP. L'objectif était de les renforcer sur les pratiques de la pédagogie universitaire. Cette formation vise à renforcer leurs compétences en matière de méthodes d'enseignement, d'évaluation des étudiants et de conception des contenus pédagogiques. Elle contribue à améliorer la qualité de l'enseignement dispensé et à promouvoir des approches pédagogiques innovantes adaptées aux exigences de la formation en santé publique.

VIII. Conclusion

À travers ces actions, l'INSP consolide progressivement ses capacités institutionnelles et opérationnelles. L'engagement des partenaires et la mise en œuvre cohérente des activités constituent des leviers essentiels pour garantir des résultats durables au service du système de santé burundais

M.Sc Alphonse NDAGIJIMANA
Chargé de Suivi des Projets à l'INSP

I. Mission principale de la formation

La formation à l'INSP a pour mission principale de mettre à la disposition du système de santé des ressources humaines qualifiées en quantité et en qualité suffisante pour contribuer à l'amélioration de la santé de la population par la résolution des problèmes de santé.

II. Aperçu de la formation initiale et du master à l'INSP

L'Institut National de Santé Publique organise une formation académique dans des filières regroupées en trois départements à savoir (i) département de sante publique, gestion des services de santé et santé environnementale ; (ii) département des sciences cliniques et en fin (iii) le département de sciences paracliniques. Le diplôme de bachelier est discerné au bout de trois ans de formation (180 crédits) pour les filières de : (i) Anesthésie –Réanimation, (ii) Laboratoire, (iii) santé mentales, (iv) sage-femme, (v) soins infirmiers, (vi) kinésithérapie et réadaptation, (vii) radiologie, (viii) santé environnementale et (iv) pharmacie. A ce jour, les filières suivantes sont ouvertes pour le cycle de baccalauréat : il s'agit des filières de Sage-femme, de Soins infirmiers, d'Anesthésie –Réanimation, de Kinésithérapie et Réanimation, de Santé mentale et psychiatrie, de Laboratoire, de Pharmacie, de Radiologie, et de Santé environnementale. Pour la formation en Master de 120 crédits de santé publique, le diplôme est discerné après deux années d'études avec une première année commune et la deuxième année étant consacrée à la formation en fonction des spécialités/filières d'option d'épidémiologie et celle de gestion des systèmes de santé).

III. Niveau baccalauréat

III.1. Admission des nouveaux lauréats

Sont admissibles à l'inscription aux rôles et aux cours à l'Institut National de Santé Publique, en première année de baccalauréat, les candidats détenteurs du diplôme d'État, délivré en République du Burundi ou d'un diplôme jugé équivalent par le ministère ayant l'Enseignement Supérieur dans ses attributions. Toutefois, des conditions particulières peuvent être exigées pour certaines filières. Dans les limites des places disponibles et sous réserve de l'article 9 du règlement académique, des candidats étrangers détenteurs d'un diplôme ou certificat reconnu équivalent aux titres prescrits au même article, peuvent être admis à l'Institut National de Santé Publique selon les conditions déterminées par le Ministère ayant l'Enseignement Supérieur dans ses attributions. L'admission dans les années autres que la première est subordonnée à la réussite de l'année précédente. Pour les étudiants provenant d'autres institutions

d'enseignement supérieur, l'admission dans une année autre que la première implique que le candidat ait justifié des conditions requises au titre de prérequis par les articles 9 et 10 du règlement académique.

Au sein de chaque département et pour chaque année académique, une commission d'équivalence et de validation des crédits est mise en place. Elle est nommée par le Directeur des Services Académiques.

La sélection des candidats est faite par une commission ad hoc nommée par le Directeur Général. Les candidats retenus sont informés par voie d'affichage et communiqué. Les recours sont introduits dans les cinq jours ouvrables suivant la date d'affichage. Ils sont adressés à la Direction Générale avec une copie à la Direction des Services Académiques. Les candidats ayant fait des recours sont informés à partir de la date de fin des recours.

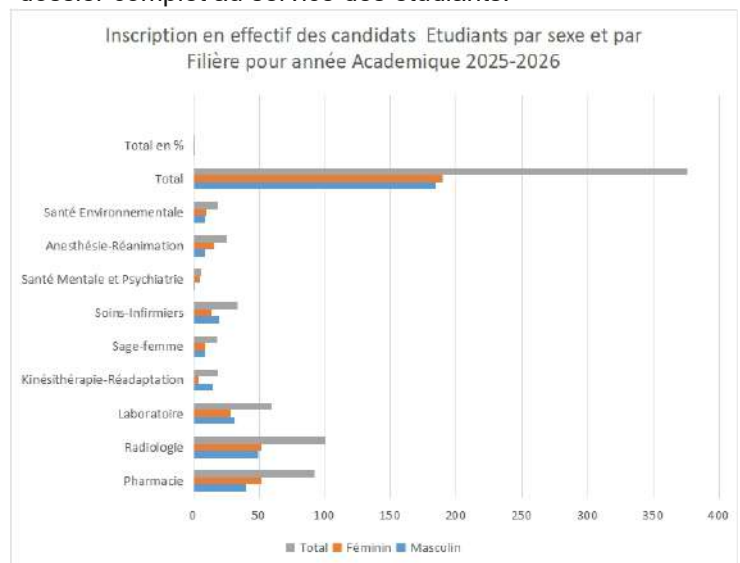
Les candidats retenus procèdent à leur inscription conformément au calendrier académique fixé par la Direction Générale.

Les demandes d'inscription tardives sont adressées par écrit au Directeur des Services Académiques, avec copie au Chef de département. Le Direction des Services Académiques en apprécie l'opportunité au vu des pièces justificatives.

Séance de sensibilisation et de moralisation des nouveaux étudiants à l'INSP pour l'année académique 2025- 2026.

III.2. Inscription aux cours et aux rôles

Au moment du dépôt du dossier de candidature à l'Institut National de Santé Publique, le candidat doit déposer un dossier complet au service des étudiants.



Graphique des inscriptions en effectifs des candidats étudiants par sexe et par filière pour l'année académique 2025-2026

IV Niveau Master

IV.1. Admission

Sont éligibles au concours d'admission du Master de santé publique à INSP, les professionnels de la santé ou profils assimilés, ayant un diplôme de Baccalauréat ou son équivalent au minimum. La sélection des candidats admissibles au concours se fait sur base d'une analyse de dossier et les candidats admissibles sur dossier devront ensuite passer et valider un concours d'accès.

Dans les limites des places disponibles et sous réserve de l'article 9 de règlement académique sur l'admission, des inscriptions et de la réintégration.

Des candidats étrangers détenteurs d'un diplôme ou certificat reconnu équivalent aux titres prescrits à l'article 9 de règlement académique sur l'admission, des inscriptions et de la réintégration, peuvent être admis à l'Institut National de Santé Publique selon les conditions déterminées par la Direction Générale de l'Institut National de Santé Publique sur proposition du Conseil Scientifique et Pédagogique.

IV.2. Inscription

III.3. Inscription au concours d'entrée

La demande d'inscription au concours d'admission nécessite la constitution d'un dossier à remettre au service des étudiants de la direction des services académiques ou en ligne. Le dossier de demande d'inscription au concours d'admission comprend les éléments suivants (i) le formulaire de demande d'inscription au concours (à télécharger en ligne ou à retirer au service des étudiants/direction des services académiques, (ii) un Curriculum Vitae détaillant la formation reçue et l'expérience professionnelle, (iii) les copies des diplômes universitaires certifiées conformes, (iv) les attestations de services rendus justifiant l'expérience professionnelle

La preuve de versement des frais administratifs.

En plus, d'autres documents complémentaires peuvent

être exigés, pour les candidats ayant un engagement rémunérateur ailleurs, entre autres un document garantissant la participation à temps-plein aux activités académiques (cours et stages) du master comme un congé de formation, une mise en disponibilité ou une démission.

Le conseil scientifique et pédagogique est tenu de statuer sur les résultats provisoires dans les plus brefs délais après la passation du concours. Il doit en outre recevoir et analyser les recours éventuels avant de publier les résultats définitifs. La période d'inscription aux rôles et aux cours est ensuite communiquée aux candidats retenus.

IV.Conclusion

Avec le nouveau système BMD à l'INSP, 1917 lauréats bacheliers pour dix promotions ont été déjà enregistrés dans les différentes filières. Pour le cycle de master en santé publique, l'INSP a déjà discerné les diplômés pour cinq promotions avec 91 lauréats. L'INSP compte élargir les spécialités de formation pour le master et également mettre en place le cycle de doctorat en santé publique dans l'avenir.



Séance de sensibilisation et de moralisation des nouveaux étudiants à l'INSP pour l'année académique 2025- 2026

L'INSP a l'épreuve de l'assurance qualité : du diagnostic interne à la validation externe par la CNES

1. Introduction

Dans un paysage de l'enseignement supérieur en pleine mutation, l'Institut National de Santé Publique (INSP) s'est résolument engagé dans une démarche d'excellence institutionnelle. Sous l'égide de la Commission Nationale de l'Enseignement Supérieur (CNES), l'Institut a récemment franchi une étape charnière de son évolution : l'évaluation systématique de son système d'assurance qualité.

Loin d'être une simple formalité administrative, ce processus intitulé « L'INSP à l'épreuve de l'assurance qualité : du diagnostic interne à la validation externe par la CNES » reflète une volonté de transparence et d'amélioration continue. Structurée autour d'une introspection rigoureuse suivie d'un audit externe indépendant, cette démarche vise à consolider les acquis de l'institution tout en l'alignant sur les standards internationaux de performance académique et de gouvernance. Cet article analyse le déploiement de cette stratégie en deux temps forts, marquant l'entrée de l'INSP dans une nouvelle ère de crédibilité institutionnelle.

Etape 1: L'Excellence par l'Introspection : Le Diagnostic de l'INSP sous le Prisme de l'Auto-Évaluation

1. Un impératif de transparence : Le lancement du processus

Suite aux directives de la Commission Nationale de l'Enseignement Supérieur (CNES) publiée fin 2025, l'Institut National de Santé Publique (INSP) a lancé une démarche d'assurance qualité systématique. Cette première phase, l'auto-évaluation, constitue un exercice de réflexivité institutionnelle. Elle ne se limite pas à un simple inventaire technique, mais s'inscrit dans une volonté de mesurer l'adéquation entre les missions régaliennes de l'Institut et les normes de qualité nationales et internationales.

2. Méthodologie et approche collaborative

L'auto-évaluation a été conduite suivant une approche participative, impliquant les directions académique, administrative, financière et de la recherche. Cette synergie a permis une appropriation collective du référentiel national. La méthodologie a reposé sur une collecte rigoureuse de preuves matérielles — procès-verbaux des organes de décision, conventions de partenariat rapports d'activités, etc. — visant à attester la conformité des pratiques de l'établissement. Ce travail de documentation constitue le socle de la crédibilité de l'institution face aux évaluateurs externes.

3. Analyse de la gouvernance et des capacités institutionnelles

Le diagnostic interne a mis en lumière une structuration organisationnelle solide. L'existence de textes organiques à jour et d'un organigramme fonctionnel témoigne d'une gouvernance stabilisée. L'auto-évaluation a également souligné l'optimisation du capital humain et des infrastructures existantes. L'institution démontre une capacité de résilience et une gestion proactive de son patrimoine, éléments essentiels pour garantir la pérennité des offres de formation et la qualité des prestations de santé publique.

4. Identification des leviers de progression

L'exercice de l'auto-évaluation a également permis de dégager des axes de développement prioritaires. Parmi ceux-ci, la modernisation numérique et le renforcement des capacités de recherche se positionnent comme des enjeux majeurs. L'ambition de l'INSP est d'atteindre les ratios d'équipements préconisés par l'UNESCO, tout en intensifiant la recherche de financements innovants. Cette honnêteté intellectuelle dans l'identification des défis renforce la posture de l'Institut en tant qu'acteur majeur de l'enseignement supérieur, résolument orienté vers l'amélioration continue.



Evaluation de l'INSP par la CNES

5. Au niveau local, qui évalue ?

L'aboutissement de cette démarche réside dans l'intervention de la Commission Nationale de l'Enseignement Supérieur (CNES), dont le rôle est de soumettre les résultats de l'auto-évaluation à une expertise rigoureuse et indépendante. Cette phase de validation externe transforme le diagnostic interne en un certificat de conformité officielle. Durant cette étape, les commissaires de la CNES procèdent à une confrontation systématique entre les preuves matérielles fournies et la réalité du terrain.

À travers des audits documentaires, des visites d'infrastructures et des entretiens avec les parties traduisent — étudiants, enseignants et personnel administratif — la commission importante sur la cohérence du système d'enseignement et de recherche. Pour l'INSP, ce passage devant la CNES n'est pas seulement une procédure de contrôle, mais une opportunité de légitimation. Il s'agit de confirmer que l'établissement répond aux exigences de qualité académique et organisationnelle, garantissant ainsi la crédibilité des diplômes délivrés et le rayonnement de l'Institut au sein de l'espace de l'enseignement supérieur burundais.

6. Conclusion

6.1 Résumé des principaux résultats

L'évaluation institutionnelle de l'Institut National de Santé Publique (INSP), conduite conformément au référentiel de la CNES de décembre 2025, met en évidence la solidité des fondements sur lesquels repose l'établissement. Les résultats obtenus confirment la capacité de l'INSP à garantir une formation de qualité et une gestion rigoureuse. Plusieurs points saillants ressortent de ce diagnostic. D'abord, la conformité réglementaire est pleinement assurée grâce à des textes légaux clairs, tels que les décrets fondateurs et le Manuel des procédures adopté en juin 2024, ainsi qu'à une structure organisationnelle fonctionnelle. Ensuite, la dimension académique se distingue par la pertinence des programmes, adaptés aux besoins du marché de l'emploi, et par la rigueur des évaluations, renforçant la crédibilité des diplômes délivrés. Par ailleurs, l'institution manifeste une dynamique d'amélioration continue, illustrée par l'existence d'un service d'Assurance Qualité et la validation récente de documents stratégiques, notamment la Stratégie Genre 2026-2030 et le Plan Stratégique révisé. Enfin, malgré certaines contraintes budgétaires, l'INSP optimise ses infrastructures et mobilise efficacement son capital humain pour remplir ses missions régaliennes.

6.2 Recommandations de la CNES pour l'amélioration

À l'issue de l'évaluation institutionnelle, l'équipe d'évaluateurs mandatée par la CNES a formulé un ensemble de recommandations destinées à renforcer les acquis de l'INSP et à préparer sereinement l'évaluation externe (hors pays). Ces recommandations seront transmises à l'Institut sous forme écrite, dans un rapport

de synthèse officiel. Les actions jugées prioritaires et nécessitant une mise en œuvre rapide y apparaîtront de manière explicite.

L'équipe d'évaluation a par ailleurs souligné que ces recommandations devront être exécutées dans les délais impartis afin de consolider la gouvernance, améliorer les pratiques académiques et renforcer l'efficacité institutionnelle. Elle a également indiqué qu'une nouvelle évaluation sera conduite dans un délai de cinq ans, afin de vérifier que l'ensemble des recommandations formulées ont été effectivement mises en œuvre et intégrées dans le fonctionnement de l'établissement.

Dr Gilbert NIYONGABIRE,
Responsable d'Assurance qualité de la formation

1. Introduction et contexte

L'Institut National de Santé Publique (INSP), avec l'appui technique et financier d'Africa CDC, a franchi une étape décisive dans son évolution institutionnelle en organisant, du 23 au 27 mars 2026, un atelier de sensibilisation et de formation aux exigences de la norme ISO 9001-2015. Cet événement, qui s'est tenu à l'Hôtel Club du Lac Tanganyika, marque le lancement officiel d'un chantier structurant visant à aligner les processus de l'institut sur les standards internationaux de gestion de la qualité.

Dans un contexte de réforme globale des systèmes de santé, cette initiative répond à une volonté de modernisation de la gouvernance et de recherche de l'efficacité opérationnelle. L'adoption de la norme ISO 9001 :2015 n'est pas perçue comme une simple certification administrative, mais comme un levier stratégique pour instaurer une culture de la performance et de la satisfaction des parties prenantes au sein de l'INSP.

Le soutien d'Africa CDC souligne l'enjeu régional de cette démarche, visant à faire de l'INSP un centre d'excellence doté d'un système de management de la qualité (SMQ) robuste. Ce "voyage de mille lieues", tel que décrit lors de l'ouverture, nécessite une adhésion collective et une compréhension partagée des principes fondamentaux qui régissent la qualité moderne, passant d'un contrôle de conformité passif à une gestion proactive des risques et des opportunités.

2. Objectifs et résultats atteints

L'atelier de sensibilisation à la norme ISO 9001 :2015 organisé visait à renforcer les connaissances des participants et à les préparer à la mise en œuvre d'un système de management de la qualité conforme aux exigences internationales. Les objectifs étaient clairs

notamment (i) comprendre la norme, (ii) identifier les écarts avec les pratiques actuelles, (iii) élaborer un plan d'action et, (iv) acquérir les compétences nécessaires pour réussir l'accréditation.

Les résultats obtenus montrent que ces objectifs ont été atteints. Le pré-test du premier jour avait révélé que les participants disposaient de quelques notions générales, mais pas encore d'une maîtrise approfondie. À la fin de l'atelier, le post-test a démontré une amélioration significative, confirmant que les participants avaient assimilé les exigences de la norme et renforcé leurs capacités.

En parallèle, les activités menées ont permis de transformer les connaissances en compétences pratiques : analyse des écarts, élaboration d'un plan d'action adapté et appropriation des outils de mise en œuvre. Ces étapes ont contribué à rendre les participants capables de piloter efficacement le processus de certification.

3. Le SMQ : un levier stratégique pour la santé publique

La norme ISO 9001-2015 repose sur des principes fondamentaux que l'INSP s'approprie désormais. Le cadre normatif impose une approche par les risques et une orientation client rigoureuse. Pour l'Institut, la « satisfaction du client » se traduit par la fiabilité des analyses de laboratoire et l'excellence des formations délivrées. L'adoption de cette norme n'est pas qu'une formalité administrative. Elle constitue un véritable levier pour optimiser les processus internes et garantir la conformité des services aux exigences légales.



Photo des participants à la fin d'un atelier de sensibilisation et de formation aux exigences de la norme ISO 9001 : 2015

4. Leadership et engagement de la haute direction

Le succès d'une démarche qualité repose, selon le chapitre 5 de la norme, sur l'engagement de la hiérarchie. A l'INSP, cette volonté se manifeste par l'implication directe de la Direction Générale. Le leadership doit assurer l'alignement de la politique de qualité avec l'orientation stratégique de l'établissement. En mobilisant tout le personnel, l'Institut s'assure que la culture de la qualité irrigue chaque strate de l'organisation.

5. L'approche processus et la maîtrise des risques

L'un des piliers de la transition amoureuse est l'approche processus. Elle permet de décloisonner les services et de comprendre les interactions complexes entre la formation, la recherche et les prestations de laboratoire. L'atelier a mis en exergue l'importance de l'analyse du contexte (interne et externe). Cette étape est cruciale pour identifier les risques et les opportunités. Anticiper les dysfonctionnements potentiels permet à l'INSP de garantir la continuité de ses services essentiels dans un environnement en constante mutation.

6. Vers une culture de l'amélioration continue

La certification n'est pas une finalité, mais le début d'un cycle de progrès. La roue de Deming (PDCA : Planifier, Réaliser, Vérifier, Agir) devient l'outil de gestion quotidienne des cadres de l'INSP. L'évaluation des performances, via des indicateurs précis et des audits internes, permettra de mesurer l'efficacité du système. Cette rigueur méthodologique vise à instaurer une dynamique d'amélioration continue. Elle assure ainsi la pérennité des acquis et l'efficacité des ressources mobilisées.

7. Conclusion et perspectives

L'engagement de l'INSP dans la voie de la normalisation ISO 9001 :2015 témoigne d'une ambition d'excellence. En structurant ses activités autour de la qualité, l'Institut se positionne comme une référence régionale en santé publique. La prochaine étape, centrée sur la documentation des processus et la préparation à l'audit de certification, confirmera cette volonté de transformation profonde au service de la population.

Dr Gilbert NIYONGABIRE
Responsable d'Assurance qualité de la formation

Atelier de rédaction des manuscrits d'articles scientifiques pour les lauréats master cohorte 5

1. Introduction

L'Institut National de Santé Publique (INSP) a été créé par le décret n° 100/090 du 30 mai 1991 mais a ouvert officiellement ses portes le 26 novembre 1999. Il est né du besoin d'avoir au sein du pays, une institution de santé et de production des ressources humaines aux différents échelons du système de santé avec des capacités de générer, compiler, analyser et diffuser l'information et les connaissances nécessaires à la prise de décisions politiques et stratégiques éclairées.

L'INSP, fidèle à sa mission, avec l'appui de ses partenaires du Nord et du SUD, contribue à la mise en œuvre de la stratégie nationale de formation des ressources humaines, notamment par le master en sciences de la santé publique. C'est un processus qui a débuté en 2015. C'est aussi sa contribution à l'atteinte de l'une des échéances mondiales en matière de stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 : « Tous les pays réalisent des progrès en vue de réduire de moitié leur dépendance à l'égard de professionnels de la santé formés à l'étranger, en application du code de pratique mondial de l'OMS ».

Afin de mener à bien sa mission, l'INSP élabore tous les cinq ans un plan stratégique, dans lequel il définit une stratégie de développement quinquennal. L'analyse de situation produite pour établir le plan 2016-2020 a mis en évidence la nécessité de créer un master de santé publique au Burundi. La réforme BMD se mettait progressivement en place dans le pays et à ce jour aucun master n'existait encore dans le système public, l'INSP est donc pionnier dans le domaine. C'est ainsi que l'Institut National de Santé Publique, avec le soutien du Projet d'Appui à l'INSP (PAP-INSP) -cofinancement de l'Union européenne - UE a initié un programme de formation en santé publique de niveau Master depuis l'année académique 2017-2018.

Dans la création de ce master, l'INSP a été appuyé par l'Ecole de Santé Publique de l'Université libre de Bruxelles (ESP-ULB) et par le département de santé publique de l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé de l'Université polytechnique de Bobo-Dioulasso du Burkina (INSSA).

Avant la mise en place du cycle de master, des enquêtes ont permis d'aboutir à l'élaboration de référentiels de compétences pour le bachelier et pour le master mais également de mettre en évidence l'importance et la complémentarité de ces 2 niveaux de formation dont les métiers sont importants pour le développement optimal du système. De plus, le plan de développement des ressources humaines en santé prévoyait de renforcer les compétences des médecins généralistes et spécialistes en santé publique. Entre 2015 et 2024, 85 médecins devraient décrocher un master et 6 un doctorat de santé publique. Actuellement au niveau du master de l'INSP, trois options sont disponibles à savoir (i) l'épidémiologie, (ii) la gestion des services de santé et (iii) la santé numérique.

2. Atelier de rédaction des articles

A la fin de la formation de master, les étudiants effectuent des travaux de recherche et présentent des mémoires de fin d'études. Cependant, les résultats de ces travaux de recherche ne sont pas valorisés. Depuis le début de la formation de master en sciences de la santé publique, aucun travail n'a été publié dans des journaux à comité de lecture. Pour cette 5e cohorte, l'acquisition des documents administratifs sanctionnant la fin de la formation sera conditionnée par la production d'un manuscrit d'un article soumis à des revues à comité de lecture. Or, la rédaction d'articles scientifiques n'est pas un exercice facile, encore moins si l'on débute dans l'exercice. L'atelier a donné ainsi l'opportunité aux lauréats de produire et publier des articles dans des revues locales ou internationales. L'atelier a réuni les enseignants-chercheurs et les mastérants autour des sujets de leurs travaux de master afin de produire un manuscrit pouvant être soumis aux différentes revues. C'est dans le cadre de l'atelier d'écriture d'articles d'opinion qu'intervient le présent terme de référence (TDR) qui précise les conditions ainsi que la nature de l'appui que les enseignants-chercheurs peuvent apporter aux lauréats (es) ainsi que la responsabilité des lauréats, qui doivent écrire et publier des articles.

Du 09 au 14 mars 2026, s'est tenu à l'Hôtel Accolade de GITEGA un atelier de rédaction des articles pour la 5ème promotion en sciences de la santé publique. Au total, 14 lauréats et 11 enseignants-chercheurs ont participé à l'atelier.

2. Objectifs

2.1. Objectif général

L'objectif général est de renforcer les capacités des lauréats à l'écriture d'articles dont les sujets doivent impérativement tenir compte du travail de fin d'études.

2.2. Objectifs spécifiques

Lors du présent atelier de rédaction d'articles scientifiques différents objectifs spécifiques ont été définis à savoir (i) savoir répondre aux attentes des rédacteurs en chef des revues scientifiques, (ii) appliquer les principes de la rédaction scientifique à leurs projets d'articles, (iii) développer un esprit critique pour la construction et la relecture d'un article, (iv) produire un manuscrit prêt à être publié

3. Tâches et responsabilités des enseignants-chercheurs

Pour la partie des enseignants-chercheurs, des tâches et des responsabilités avaient été définies afin de faciliter le travail. Ces tâches et responsabilités ont été réparties de la manière suivante ; (i) accompagnement technique, (ii) encourager les lauréats(es) à avancer pour réussir à publier leurs articles, (iii) réaliser des séances (en

individuel ou en groupe) pour préparer la collaboration avec les lauréats, (iv) préparer et partager avec les lauréats un léger support résumant les consignes essentielles pour la rédaction d'un article scientifique, (v) définir les échéances de partage des drafts et organiser des séances de suivi (au besoin), (vi) fournir, à temps, des commentaires et suggestions aux lauréats(e)s pour améliorer leurs articles, (vii) accompagner les lauréats dans le processus de publication de leurs articles

4. Tâches et responsabilités des lauréats

S'agissant des lauréats de master, les tâches et responsabilités étaient formulées de la manière suivante : (i) être disponible durant toute la période de l'atelier ; (ii) respecter le calendrier établi par les enseignants-chercheurs ; (iii) respecter les échéances de partage des drafts. Il faut noter que les lauréats sont responsables de la publication de leurs articles

5. Résultats attendus l'atelier

Les résultats attendus de l'atelier étaient que (i) les attentes des rédacteurs en chef des revues scientifiques sont connues et maîtrisées ; (ii) les principes de la rédaction scientifique à leurs projets d'articles sont connus, (iii) un esprit critique pour la construction et la relecture d'un article est ancré dans la mémoire des lauréats et (iv) les premiers drafts de manuscrits sont produits

6. Méthodologie

L'atelier a été organisé sous forme d'une série de présentations suivies des travaux en groupe et enfin des échanges et corrections en plénière et des travaux individuels.



Photo des participants à l'atelier de rédaction des manuscrits d'articles scientifiques pour les lauréats master cohorte 5

Formation en chirurgie de district ; troisième cohorte

1. Contexte et justification

Une étude réalisée en 2014 a révélé les principaux défis du processus de mise en place d'une chirurgie de district dans le contexte burundais. Afin de surmonter ces défis de façon durable, la mise en œuvre d'une stratégie de chirurgie de district demande entre autres le renforcement des compétences des équipes multidisciplinaires des hôpitaux de district (médecins généralistes, techniciens anesthésistes et infirmiers du bloc opératoire) dans le domaine de la chirurgie.

Deux cohortes de formation ont été organisées et pilotées par l'Institut National de Santé Publique (INSP). Avec les deux cohortes, le Ministère de la Santé Publique (MSP) est loin de combler le gap en termes de complétude de paquet complémentaire d'activité au niveau des Hôpitaux de District (HD). C'est dans ce contexte que le MSP vient d'organiser, sur financement d'ENABEL, une troisième session de formation en chirurgie de district dont l'organisation technique a été confiée à l'INSP. Dans cette troisième session de formation, 18 médecins généralistes, 15 infirmiers du bloc opératoire (IBO) et 15 techniciens anesthésistes (TA) ont été identifiés pour y participer.

2. Objectif général de la formation

L'objectif général de la session de formation en chirurgie de district était d'améliorer l'accès aux soins de qualité et réduire la mortalité et la morbidité liées aux conditions nécessitant des interventions chirurgicales

3. Objectifs spécifique de la formation

L'objectif spécifique est d'accroître l'accès aux interventions chirurgicales au niveau des 17 hôpitaux de district sélectionnés :

4. Informations générales clés

Formateurs : choisis dans la liste des formateurs qui avaient presté dans les deux cohortes par le MSP en collaboration avec les responsables des sociétés savantes ;

Tutorés : 18 médecins généralistes, 15 infirmiers du bloc opératoire (IBO) et 15 techniciens anesthésistes (TA) ont été identifiés sur base de critères objectifs par le MSP ;

-Durée et lieu de la formation :

Formation théorique : La formation théorique a été organisée à Ngozi à l'hôtel des Plateaux

Médecins généralistes : 4 semaines (du 1er au 26 avril 2025) ;

Les infirmiers du bloc opératoire et les techniciens anesthésistes : 2 semaines (du 1er au 12 avril 2025)

Formation pratique : La formation pratique en chirurgie de district (tutorat) a été organisée du 12 mai au 27 septembre 2025 sur trois sites : l'hôpital de district de RUMONGE, hôpital régional de Ngozi et l'hôpital du cinquantenaire Natwe Turashoboye de KARUSI ;

Coaching : s'est déroulé du 03 au 21 novembre 2025 dans les 16 hôpitaux de district d'où sont issus les tutorés (Rushubi, Muramvya, Kiganda, Kirundo, Kibumbu,

Mukenke, Makamba, Rutovu, Rutana , Ndora, Cibitoke, Mabayi, Gahombo, Gasura, Ntita, Gisuru).

Coordination et suivi de la formation : Cette fonction a été assurée par le MSP en collaboration avec l'INSP, Enabel et la société savante (Association des Chirurgiens du Burundi-ABUC ; Association de Gynécologie-Obstétrique du Burundi-AGOB ; Société Burundaise d'Anesthésie-Réanimation-SOBAR ; Association Nationale des Infirmiers Anesthésistes du Burundi-ANIAB et l'Association Burundaise des Infirmiers du Bloc Opérateur-ABIB).

Financement : il a été assuré par ENABEL, tandis que la gestion a été assurée par ENABEL et INSP.

5. Résultats de la formation

5.1. Formation théorique

Le tableau suivant montre les résultats du pré- et post-test ainsi que le niveau moyen de progression des connaissances des participants par profil

Tableau 1: Résultats du pré- et post-test des tutorés

Profil des Tutorés	Moyenne pré-test (%)	Moyenne post-test (%)	Progression (%)
Médecins généralistes	60,4	92,91	32,51
Techniciens Anesthésistes	37,77	82,91	45,14
Infirmiers du Bloc Opérateur	36,52	96,4	59,88

En analysant ce tableau, nous remarquons que les trois catégories de tutorés ont fait une bonne progression. Ceci montre que les trois catégories de tutorés ont suivi la formation avec engouement.

Toutefois, la moyenne du pré-test des médecins généralistes est largement supérieure à celle des TA et des IBO.

Après la formation théorique, nous retenons les aspects suivants (i) La réussite de la formation théorique dépend de la participation effective de toutes les parties prenantes (MSP, INSP, PADs, formateurs, tutorés, médecins directeurs des hôpitaux, les médecins-chefs de district) ; (ii) Les outils pédagogiques de qualité de la formation théorique contribuent à la réussite de la formation pratique ; (iii) Les simulations et cas cliniques améliorent l'appropriation des compétences ; (iv) La formation multidisciplinaire renforce la cohésion d'équipe ; (v) La qualité logistique influence la perception de la formation.

Au cours de cette formation, des contraintes n'ayant pas significativement affecté la qualité de l'activité, ont été notées. IL s'agit notamment de (i) L'insuffisance de matériel didactique (mannequins, matériel d'immobilisation, suture) ; (ii) Coupures fréquentes d'électricité ; (iii) Temps de formation jugé court pour certains modules et certains profils (TA et IBO).

6. La formation pratique

La formation pratique en chirurgie de district (tutorat) a été organisée comme suit: un tutorat du 12 mai au 27 septembre 2025 sur trois sites offrant un environnement favorable à la conduite de cette formation. Il s'agit de l'hôpital de district de RUMONGE, hôpital régional de

Ngozi et de l'hôpital du cinquantenaire Natwe Turashoboye de KARUSI. Cette formation a concerné 18 médecins généralistes, 15 infirmiers du bloc opératoire et 15 techniciens anesthésistes. Le tableau suivant montre la synthèse des cas vus en formation pratique.

Tableau 2 : Synthèse des cas vus en formation pratique

Domaines	NGOZI	KARUSI	RUMONGE	TOTAL
Chirurgie de base	147	72	142	361
GO	121	74	126	321
Urologie	60	62	47	169
Traumatologie	70	30	34	134

Les cas mentionnés dans le tableau ci-dessus ont été effectués par les tutorés.

7. Résultats de l'évaluation de la formation pratique :

Les résultats de l'évaluation finale établis à partir des rubriques d'évaluation suivantes : i) test final théorique, ii) épreuves cliniques et iii) stages sont présentés dans le tableau ci-après :

Tableau 3: Résultats de l'évaluation finale par catégorie de tutorés et par site de formation

Sites de formation	Médecins	Infirmiers du bloc opératoire	Techiciens Anesthésistes
Rumonge	76%	81%	82%
Karusi	76%	77%	79%
Ngozi	86%	82%	74%
Moyenne	79%	80%	79%

Globalement, les notes moyennes obtenues par site et par catégorie de tutorés sont au-delà de 70%. Ceci est une preuve que, dans l'ensemble, la formation pratique s'est bien déroulée.

Les leçons apprises au cours de la formation pratique sont entre autres (i) La surconsommation des intrants sur tous les sites de formation ; (ii) L'implication des responsables des hôpitaux sites de formation pratique dans l'ensemble du processus a été un élément catalyseur du succès de la formation pratique sur la chirurgie de district ; (iii) Les attentes des tutorés ont été satisfaites mais ils estiment qu'il faudrait étendre le champ des connaissances ; (iv) Insuffisance/manque de certains cas répondant aux objectifs de formation; (v) Insuffisances des plateaux techniques (machine à laver et à sécher, autoclave, kits, appareil d'anesthésie, ...) et (vi) Accessibilité aux soins limitée par les cautions exigées.

8. Coaching

L'objectif général du suivi post-formation en milieu professionnel était de s'assurer et de vérifier l'application des compétences et d'identifier d'éventuels besoins restants de renforcement. Spécifiquement, il s'agissait de (i) Analyser la qualité des processus et des actes chirurgicaux posés par les tutorés et des références des patients ailleurs, le cas échéant ; (ii) Documenter les actes

de chirurgie majeure déjà réalisés par les tutorés et par domaine au niveau de chaque hôpital visité ; (iii) Dégager les insuffisances dans l'offre de soins et services de chirurgie majeure au niveau de leurs hôpitaux d'origine et accompagner les équipes locales dans la résolution de problèmes ; (iv) Discuter des solutions pour accroître le niveau de qualité des soins et services de chirurgie majeure offerts au niveau des hôpitaux de district d'origine.

9. Résultats

10. Résultats quantitatifs

Le tableau suivant compare les cas de chirurgie majeure entre les mois de septembre (1 mois avant le retour des tutorés) et octobre (1 mois après le retour des tutorés) 2025 selon les domaines d'intervention

Tableau 4: Comparaison des cas de chirurgie majeure entre septembre et octobre 2025

Domaine d'intervention	Cas de CM septembre 2025	Cas de CM octobre 2025	Evolution (Val. absolue)	Evolution (%)
Gynéco-Obstétrique	906	985	79	8,72
Chirurgie Générale	100	131	31	31
Urologie	28	38	10	35,71
Traumatologie	37	53	16	43,24
Total	1071	1207	136	12,7

Le tableau montre une augmentation globale et une diversification des cas de chirurgies majeures après la formation, avec une progression des interventions de chirurgie générale, d'urologie et de traumatologie entre septembre et octobre 2025.

11. Résultats qualitatifs

Le coaching en milieu professionnel réalisé après la formation en chirurgie de district met en évidence des changements significatifs dans l'offre et l'organisation des services chirurgicaux, tout en révélant des contraintes structurelles et systémiques influençant la consolidation des acquis.

a) Offre chirurgicale

Une diversification des actes chirurgicaux majeurs est observée dans plusieurs hôpitaux de district, notamment en chirurgie générale, urologie et traumatologie. Cette diversification s'est traduite par une augmentation du volume d'interventions dans la majorité des HD, indiquant une meilleure exploitation des compétences acquises.

Toutefois, certains hôpitaux enregistrent une baisse d'activité, liée au manque de médecins, aux pannes d'équipements critiques et à l'insuffisance de mécanismes de mobilisation active des patients.

b) Ressources humaines en santé

c) Le coaching a favorisé un transfert actif de compétences, en particulier au profit des infirmiers de bloc opératoire et des techniciens anesthésistes. Des initiatives locales de motivation ont été notées dans quelques HD. Cependant, la mobilité du personnel, l'insuffisance des effectifs et l'absence de mesures institutionnelles de motivation durable constituent des obstacles majeurs à la

pérennisation des compétences.

d) Organisation du bloc opératoire

Des améliorations ont été constatées dans le rangement et l'organisation du matériel chirurgical, avec la constitution de kits dans plusieurs HD. Malgré ces progrès, des non-conformités persistent notamment l'absence de circuits opératoires normalisés, la non-utilisation systématique de la check-list de sécurité chirurgicale et le manque de salles de réveil ou de réanimation fonctionnelles.

e) Infrastructures

Des avancées sont notées avec la construction ou le réaménagement de blocs opératoires dans certains hôpitaux. Néanmoins, la majorité des infrastructures reste confrontée à des contraintes importantes telles que l'exiguïté des locaux, l'absence de séparation entre chirurgie septique et aseptique et le déficit en salles de réveil.

f) Équipements et maintenance

Des acquisitions d'équipements et une meilleure organisation des kits ont été observées. Ces acquis sont fragilisés par des pannes fréquentes d'équipements essentiels, des ruptures de consommables et de produits anesthésiques, ainsi que par l'indisponibilité de certains kits spécialisés (traumatologie, urologie, laparotomie), limitant l'offre chirurgicale dans plusieurs HD.

g) Qualité des soins

Le coaching a contribué à l'amélioration des pratiques cliniques, notamment par l'introduction de techniques adaptées (bloc caudal), le renforcement de la préparation préopératoire et l'application des protocoles cliniques. Toutefois, des insuffisances persistent telles que les ruptures de stocks de produits essentiels, la non-application systématique de la check-list de sécurité chirurgicale et les suppurations pariétales.

h) Mobilisation des cas, appropriation et durabilité

La mobilisation active des cas est effective dans quelques hôpitaux, mais reste limitée à l'échelle nationale, parfois freinée par l'attente de la certification. Des efforts d'appropriation sont observés à travers l'intégration des besoins chirurgicaux dans les PTBA. Cependant, la durabilité des acquis demeure menacée par les retards de financement (FBP/CAM), le manque de trésorerie et les cautions financières qui limitent l'accès des patients aux soins chirurgicaux.

i) La voix des bénéficiaires

Les résultats de la formation en chirurgie de la troisième cohorte montrent des changements positifs perceptibles au niveau des hôpitaux de district selon la voix des bénéficiaires. Les perceptions des patients, des

personnels formés et des responsables des hôpitaux bénéficiaires soulignent non seulement une meilleure organisation des services, une plus grande réactivité des équipes et un sentiment accru de confiance et de sécurité, mais aussi la pertinence de la formation pour rapprocher les soins chirurgicaux des communautés et renforcer la confiance envers les hôpitaux de district. Les récits suivants démontrent le ressenti local

12. Cérémonie de certification et atelier de capitalisation

13. Cérémonie de certification

Les activités de formation de la troisième cohorte en chirurgie de district se sont clôturées par des cérémonies de certification. Ont pris part à cette cérémonie : les cadres du ministère de la santé publique, les partenaires au développement (Union européenne et ENABEL) ; les cadres de l'INSP, les sociétés savantes du domaine de la santé ; les formateurs

Tous les apprenants/tutorés (18 médecins généralistes, 15 infirmiers du bloc opératoire et 15 techniciens anesthésistes) ont tous été certifiés.

14. Atelier de capitalisation

Cette activité s'est déroulée en date du 22 janvier 2026. Ont rehaussé de leurs présences les personnalités suivantes : certains cadres du MSP, les cadres de l'INSP, les cadres d'ENABEL, les représentants des formateurs, les représentants de certaines sociétés savantes œuvrant dans le domaine de la santé publique, les représentants des tutorés/apprenants, les directeurs des hôpitaux sites de formation pratiques, les directeurs des hôpitaux bénéficiaires de la formation.

Au cours de cet atelier, les participants ont suivi avec grande attention les présentations qui se sont focalisées sur les forces, les faiblesses ; les leçons apprises ainsi que les perspectives d'avenir pour d'éventuelles prochaines formations. Des recommandations allant dans le sens d'améliorer l'environnement de travail pour les tutorés au sein de leurs structures de soins d'affectation ont aussi été formulées.



Remise de certificats aux lauréats formés sur la chirurgie de district 3e cohorte

15.Conclusion

Le déroulement de la formation sur la chirurgie de district troisième cohorte a suivi une méthodologie claire convenue entre les parties prenantes. De la formation théorique à la certification en passant par la formation pratique et le coaching, le chemin a été long et fastidieux, mais le succès a été au rendez-vous. La participation à la formation a été à 100% et l'évolution des notes en pré- et post- test ainsi que les résultats de l'évaluation finale de la formation montrent que les tutorés ont suivi la formation avec assiduité. Les bénéficiaires (tutorés, malades et responsables des structures de soins) apprécient positivement les résultats immédiats de la formation.

Bien que la formation se soit déroulée globalement dans de bonnes conditions et les bénéficiaires commencent à apprécier les réalisations des équipes formées, certaines conditions inhérentes à l'environnement de travail ont entachées le bon déroulement de la formation notamment, i) insuffisance du matériel didactique surtout pour la formation théorique, ii) les objectifs d'apprentissages non atteints faute de cas à opérer, iii) l'organisation des hôpitaux desquels sont issus les équipes formées en chirurgie de district surtout dans le domaine du recrutement des malades a eu un impact négatif surtout lors du coaching.

La certification et la capitulation de la formation en chirurgie de district sont une étape non négligeable permettant la validation officielle de la maîtrise de compétences, de connaissances ou de savoir-faire acquis et d'identifier les leçons apprises et les perspectives pour les éventuelles futures formations.

I. Introduction et contexte

Le Laboratoire National de Référence de l'INSP (LNR) est une des 4 directions que compte l'Institut National de Santé Publique (INSP). Sa mission principale est de réaliser les analyses de biologie médicale, de contrôle de la qualité du médicament, de l'eau, des aliments et de l'environnement. Il comprend trois départements à savoir : (i) le Département de Biologie Médicale incluant les services d'Anatomopathologie (non encore fonctionnel pour le moment), Bactériologie, Biochimie, Hématologie, Mycobactériologie, Parasitologie, Séro-immunologie, Virologie ainsi que des unités de Séquençage, de gestion des données et de Laboratoire mobile ; (ii) le Département de contrôle de qualité incluant le service de Contrôle de la Qualité du médicament et celui de Contrôle de qualité de l'eau et des aliments ; (iii) le Département de Contrôle de l'Environnement incluant le service de Toxicologie et celui de contrôle de l'Environnement. A travers le Département de biologie médicale, le Laboratoire National de Référence (LNR), est engagé dans le processus de la démarche qualité et dont l'objectif principal est l'accréditation selon la nouvelle version de la norme ISO 15189 :2022. Ce processus a comme objectif principal l'amélioration continue des services rendus aux clients ou utilisateurs du laboratoire. Pour y arriver, le LNR est appelé à travailler conformément aux exigences de cette norme ISO 15189 qui définit les exigences particulières concernant la qualité et la compétence pour les laboratoires médicaux. Pour se rendre compte que ces exigences sont respectées, des audits sont organisés trimestriellement en utilisant un outil, la check-list SLIPTA (Stepwise Laboratory Quality Improvement Toward Accreditation) développé par OMS-Afro et qui contient les critères d'évaluation pour vérifier si les exigences de la norme sont respectées.

II. Développement

II.1 Audits du Laboratoire National de Référence (LNR)

En vue d'accompagner le LNR dans sa démarche qualité, des audits dans le cadre de financement basé sur la performance (FBP) et de l'accompagnement vers l'accréditation sont régulièrement réalisés par les Experts auditeurs provenant du Ministère de la Santé Publique. Le dernier audit a eu lieu en date du 26 et 27 février 2026. Les auditeurs ont audité l'adéquation des activités du LNR à la Norme ISO 15189 version 2022. Cette norme vient de subir un changement de version, l'utilisation effective de la nouvelle version de 2022 est entrée en vigueur fin 2025. L'outil d'audit utilisé est la check-list SLIPTA qui elle aussi a été adaptée pour intégrer les changements de la nouvelle version de la norme.

II. 2 Critères de l'évaluation

Les critères d'évaluation sont en général la vérification de la conformité aux exigences de la norme. Ces critères sont entre autres (i) l'existence des procédures managériales, (ii) preuve d'engagement du personnel et surtout du leadership au système de management de la qualité et du respect de la confidentialité, (iii) les formations du personnel, (iv) l'autorisation du personnel à effectuer des tâches spécifiques, (v) la gestion des équipements et des clients, (vi) la gestion des différents processus, des réactifs et consommables, (vii) la gestion de l'information au laboratoire, (viii) la réalisation des audits internes et des différentes revues, (ix) la gestion des non conformités, (x) la gestion des risques, (xi) la gestion de la sécurité au laboratoire etc. Toutes ces critères se retrouvent dans la check-list SLIPTA comptant plus de 288 questions ou critères cotées sur 367 points. Les résultats obtenus lors de cet audit sont présentés dans les paragraphes qui suivent.

II.3 Résultats obtenus des audits

L'audit a porté sur les 12 sections de la check-list SLIPTA et les résultats obtenus sont répartis dans le tableau numéro 1 et, le score général étant de 92,30%, soit à 4 étoiles.

Signalons qu'avec la précédente version de la norme ISO 15189 :2012, le LNR était à 5 étoiles mais suite aux nouvelles exigences en rapport avec les nouvelles procédures à mettre en place, la nouvelle approche fondée sur la gestion des risques et des processus, l'inclusion des Examens de Biologie Médicales Délocalisés (EBMD), de l'imagerie médicale, de l'anatomie pathologie et de la physiologie dans cette nouvelle version et qui sont des fois difficiles à mettre en œuvre, ce score a un peu chuté passant de 95,2% en Septembre 2025 à 92,30% en février 2026. Bien que ce score soit un peu baissé, le LNR se réjouit de ce score car son personnel reste toujours mobilisé pour avoir ce score en hausse. Si les moyens supplémentaires occasionnés par ce changement de version de la norme étaient disponibles, ce niveau de 5 étoiles serait maintenu. Notons que certaines sections restent problématiques car exigent des expertises ou des moyens que le LNR n'a pas. C'est notamment la section 5 en rapport avec la gestion des équipements où le problème de métrologie ou d'étalonnage ou calibration des équipements reste un handicap pour les équipements nécessitant l'étalonnage ; la section 8 en rapport avec la gestion des processus qui est le plus volumineux avec des exigences de validation/vérification des méthodes qui ne sont pas réalisées faute de compétences du personnels, le matériel de contrôle de qualité qui manque pour certains tests comme la Numération Formule Sanguine (NFS), l'estimation des Incertitudes de mesures (IM) et les courbes de Levy Jennings qui manquent suite aux changements fréquents des

réactifs. Enfin, la section 12 en rapport avec les installations et sécurité pose de problèmes car le LNR n'a pas (i) du matériel de sécurité contre l'incendie conforme (Extincteurs sans baromètres), (ii) la gestion des déchets chimiques liquides et (iii) le manque des détecteurs de fumées. Ces problèmes ci-haut mentionnés restent un grand défi pour l'accréditation du LNR, sans oublier le manque de budget suffisant pour la demande d'enregistrement à un organisme accréditant.

II.4 Fréquence de l'évaluation du LNR

L'évaluation du LNR par le Ministère de la Santé Publique dans le cadre du Financement Basé sur la Performance (FBP) est normalement réalisée de façon trimestrielle.

Tableau 1 : Résultats de l'audit pour le mois de Février 2026

Section	MSP
Section 1 : Documents et enregistrements	22/22
Section 2 : Organisation et Leadership	23/26
Section 3 : Gestion du personnel	32/34
Section 4 : Gestion des clients et service clientèle	24/24
Section 5 : Gestion de l'équipement	35/38
Section 6 : Évaluation et audits	24/24
Section 7 : Gestion des fournisseurs et des stocks	25/27
Section 8 : Gestion des processus	61/69
Section 9 : Gestion de l'information	21/24
Section 10 : Gestion des événements non conforme	11/13
Section 11 : Amélioration continue	07/07
Section 12 : Installation et sécurité	51/57
Total général	336/364

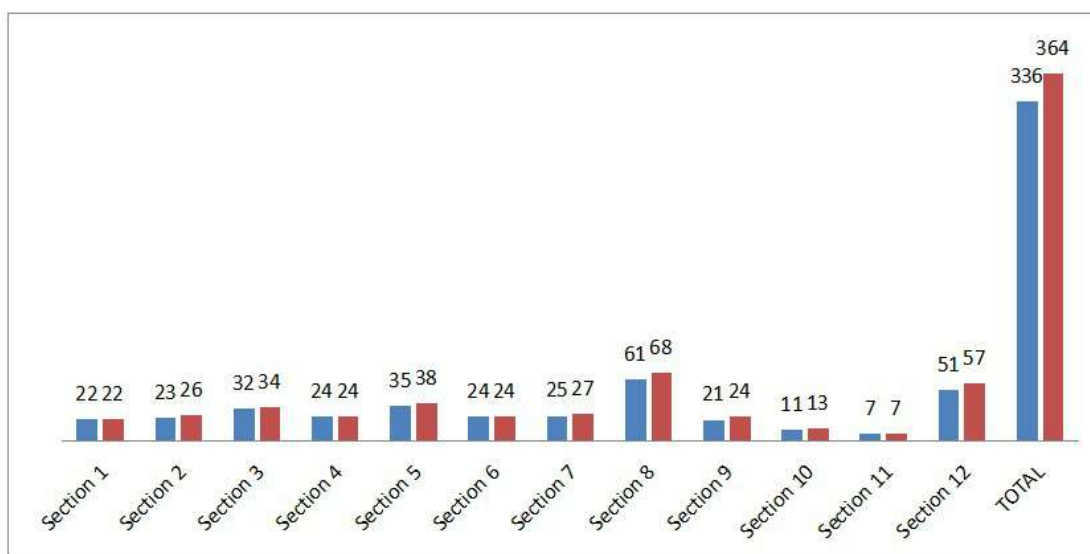
Ce tableau montre que le score maximum est observé pour 4 sections à savoir les sections 1,4,6 et la 11. Les sections avec peu de points et ayant des non conformités difficiles à corriger sont essentiellement 5, 8 et 12. La section 5 concerne la gestion des équipements où le problème d'étalonnage fait défaut suite au manque d'expertise locale. Pour la section 8, le problème réside à la validation des méthodes non réalisée pour la même cause que l'étalonnage et pour la section 12, le problème résidait au manque de certains équipements de sécurité. Pour le moment de la rédaction de l'article, ces équipements sont disponibles. Nous attendons une évaluation pour voir le changement de score. Pour le reste des sections, il y a lieu de corriger facilement les non conformités pour les futurs audits dans les prochains jours.

II.5 Mesures entreprises pour corriger la situation problématique.

Après chaque audit, un plan d'amélioration est élaboré avec action à mettre en œuvre en vue de corriger les non conformités constatées. Pour chaque action, un responsable et l'échéance de suivi sont donnés, puis chaque activité est évaluée à son échéance. Pour le moment, le LNR se concentre sur les sections à problèmes et veille à ce que le pas franchi pour le reste des sections ne régresse pas.

II.6 Evaluation de l'INSP comme Centre d'Excellence Régional pour la Biosécurité et Biosûreté (RCoEBB).

A part cet audit du LNR par le Ministère de la Santé Publique, l'INSP vient d'être évalué par les experts de l'Africa-CDC pour accueillir un RCoEBB. En effet, en réponse aux lacunes signalées dans les capacités en matière de biosécurité et de biosûreté (BSB) dans les Etats membres de l'Union africaine (UA), Africa-CDC, en collaboration avec les Etats membres de l'UA et ses



Graphique 1 : Points obtenus section par section

Ce graphique montre que le maximum est obtenu pour les sections 1, 4, 6, et 11. Le score plus bas est obtenu pour les sections 5,8 et 12.

partenaires régionaux et internationaux, a lancé l'Initiative de biosécurité et de biosûreté.

L'objectif de l'Initiative est de renforcer les systèmes de biosécurité et de biosûreté des Etats membres de l'UA afin de renforcer leurs capacités à répondre aux exigences de biosécurité et de biosûreté ainsi qu'à se conformer aux exigences et réglementations internationales telles que le Règlement sanitaire international (RSI), la Convention sur les armes biologiques (BWC), la résolution 1540 du Conseil de sécurité des Nations Unies (RCSNU) et le programme multi-pays de sécurité sanitaire mondiale (GHSA). Dans le plan stratégique quinquennal d'Africa-CDC sur la biosécurité et la biosûreté, l'un des domaines prioritaires est la mise en place d'un programme régional de formation et de certification pour les experts de BSBS. Ces programmes régionaux de formation et de certification seront coordonnés par les Centres Régionaux d'Excellence pour la Biosécurité et la Biosûreté (RCoEBB). Africa-CDC, en collaboration avec les Etats membres, établira jusqu'à trois RCoEBB. Ainsi l'INSP avait postulé pour être évalué afin d'héberger un de ces centres. Ainsi, une équipe de quatre experts composée de représentants des Etats membres et d'Africa-CDC vient d'effectuer une l'évaluation de l'INSP comme potentiel RCoEBB en date du 12 au 13 février 2026. Un outil d'évaluation de la conformité aux termes de référence pour l'hébergement d'un centre d'excellence régional pour biosécurité et la biosûreté a été utilisé et l'INSP a obtenu 92,1%. Ces résultats ont été soumis à Africa-CDC pour examen et approbation. Pour le moment, l'INSP est en entente de la décision finale d'Africa-CDC. Une fois retenu, l'INSP sera un Centre Régional d'Excellence pour la Biosécurité et la Biosûreté

II.7 L'importance d'un audit pour une institution

Un audit est une analyse menée par un ou plusieurs experts, avec un œil impartial et indépendant, sur un aspect précis de l'entreprise. L'audit permet donc à l'institution d'analyser ses propres pratiques de fonctionnement, d'en diagnostiquer les problèmes éventuels, d'envisager des solutions pour continuer à innover ou à améliorer de façon continue son système de travail. L'audit est donc un outil précieux qui permet d'avoir des constats, des analyses objectives, des recommandations et des commentaires utiles pour l'amélioration de la qualité. Ainsi, un Laboratoire ne

pourra pas diagnostiquer de façon objective ses défauts s'il n'est pas soumis à des audits indépendants et de façon régulière.

Le LNR étant donc engagé dans la démarche qualité et dans le processus d'accréditation, il est soumis à des audits pour se rassurer s'il respecte les exigences normatives. Toutefois, les problèmes identifiés lors des audits deviennent des bonnes opportunités d'améliorations car après audits, des mesures sont prises pour corriger les problèmes identifiés.

III. Conclusion.

En définitive, au cours de ce précédent audit par le MSP, le LNR a obtenu un score de 92,30%, soit 4 étoiles. Avec ce score, le LNR vient encore une fois de démontrer sa détermination à maintenir son système de management de la qualité. Il compte aller jusqu'à 5 étoiles pour les prochains audits et surtout à l'accréditation. Il espère ainsi continuer dans la même voie jusqu'à atteindre l'accréditation une fois que les moyens le permettent. Dans tous les cas, les sections 5, 8 et 12 sont les seuls où le LNR rencontre des problèmes liés à la calibration des équipements, la réalisation du contrôle de qualité interne, la validation des méthodes et l'estimation des incertitudes des mesures suite au défaut de changement des réactifs. Le manque de certains équipements de sécurité cause aussi un défi au processus d'accréditation. Néanmoins, les autorités de l'INSP sont en train de tout mettre en œuvre pour trouver la solution durable à ces problèmes. Quant à l'évaluation de l'INSP comme potentiel Centre Régional d'Excellence pour la Biosécurité et la Biosûreté, il est en train de tout mettre en œuvre pour corriger les non conformités constatées afin qu'à la prochaine évaluation, le maximum des points soit obtenu.

J Baptiste NIYIBIGIRA
Responsable Qualité du LNR



Photo de groupe des évaluateurs avec le personnel de l'INSP

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

BON À SAVOIR

Horaire d'ouverture pour les services offerts à la communauté

Laboratoire d'analyse biomédicale : de Lundi à Vendredi

De 7h30 à 10h00 : Accueil et service aux patients
De 8h00 à 16h30 : Remise des résultats d'examens

Service d'imagerie médicale:
De Lundi à Vendredi, de 7h30 à 15h30 : Examens de radiologie

Lundi - Mercredi - Vendredi, de 14h00 à 17h30 : Examens d'échographie

Service dentisterie :
De Lundi à Vendredi, de 7h30 à 15h30

Equipe de rédaction

Directeur de Publication

Pr NYANDWI Joseph

Comité de Rédaction

Président

Mr NIMUBONA Rémy

Redacteurs

Mr Gerard NTAHOMVUKIYE
M. Sc Alphonse NDAGIJIMANA
Dr Gilbert NIYONGABIRE
J Baptiste NIYIBIGIRA

Editeurs

1 Mme KANKURIZE Ange Carmelle
2 Mr JIMBERE Jimmy Fabrice

Photos et Maquette

Mme KANKURIZE Ange Carmelle

Bulletin d'Information de l'Institut National de Santé Publique

Avenue de l'Hôpital n°3

B.P. 6807 Bujumbura

Tél. : (+257) 22 26 97 62 – 22 26 97
55

Site web : www.insp.bi

E-mail : insp@insp.bi