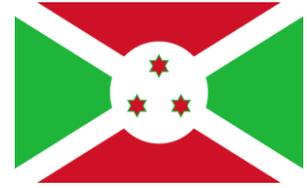




REPUBLIQUE DU BURUNDI



**POLITIQUE NATIONALE DE SANTE
2016-2025**

Janvier 2016

PREFACE

Le Gouvernement du Burundi à travers le Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida (MSPLS) se réjouit d'avoir la nouvelle Politique Nationale de Santé. Celle-ci couvrira la période de 2016 – 2025 et s'inscrit dans la continuité de la précédente qui couvrait la période de 2005 – 2015.

Cette PNS 2016-2025 fait suite à celle de la décennie 2005-2015 qui avait démarré alors que le Burundi amorçait sa sortie de la crise sociopolitique la plus sévère de son histoire récente qui avait duré plus d'une décennie. L'impact de cette crise s'était traduit par (i) un ralentissement significatif des performances de l'économie nationale; (ii) un niveau très élevé de chômage et un appauvrissement généralisé de la population à la base d'une importante érosion du pouvoir d'achat; (iii) une baisse du niveau et du volume des financements traditionnellement alloués au secteur de la santé affectant les capacités de réponse du Ministère de la Santé.

La PNS 2005-2015 avait été caractérisée par le renforcement du système de santé à travers la réforme du cadre institutionnel du Ministère de la Santé et la diffusion des documents normatifs et directifs de référence. Un Cadre de coordination et de concertation des partenaires pour la santé et le développement (CPSD) doté de groupes thématiques et de démembrements au niveau provincial a été mis en place.

Au cours de la première partie de la décennie couverte par la PNS 2005-2015, le pays a bénéficié d'importants appuis humanitaires. En même temps, le pays avait pris des décisions à la fois stratégiques et courageuses afin d'améliorer la situation socio sanitaire de la population. A cet effet, en 2006, le Gouvernement avait décrété la gratuité ciblée des soins et services de santé en faveur des groupes de populations les plus vulnérables notamment les femmes enceintes et qui accouchent et les enfants de moins de 5 ans. Au cours de cette même année (2006), les expériences pilotes de l'approche de financement basé sur la performance (FBP) avaient démarré dans quelques provinces du pays. A partir de 2010, cette approche (FBP) a été généralisée dans toutes les provinces du pays et couplée avec la gratuité de soins offerts au couple «mère-enfant». Les districts sanitaires ont été formellement

instaurés comme «entité opérationnelle de base» du système national de santé et le processus de décentralisation de celui-ci est en marche.

Cette Politique Nationale de Santé 2016-2025 est en phase avec les Actes, Déclarations et Engagements internationaux auxquels le Burundi a souscrits en matière de santé et jette le pont entre les OMD et les Objectifs de Développement Durable (ODD) dans le cadre du Programme Mondial de Développement durable (2016-2030).

La présente politique est structurée autour des valeurs ci-après : (i) la solidarité, (ii) l'équité et égalité, (iii) la justice sociale, (iv) l'intégrité et l'éthique, (v) le respect des droits humains et (vi) l'égalité des genres. Elle a pour but d'amener la population au niveau de santé le plus élevé possible en vue de sa pleine participation aux efforts multiformes de Développement National Durable.

L'atteinte de ce but passe par les trois objectifs généraux ci-après : (1) Contribuer à la réduction de l'ampleur (incidence, prévalence) et de la gravité (morbidity, mortalité, séquelles, handicaps, invalidités) des maladies et des problèmes de santé prioritaires y compris la lutte contre la malnutrition et la planification familiale ; (2) Améliorer les performances du système national de santé et du système communautaire ; (3) Renforcer la collaboration intersectorielle pour une meilleure santé de la population.

Cette PNS 2016 - 2025 pour laquelle il me plait de préfacer, est l'unique instrument de référence nationale et décennale pour tous les intervenants et toutes leurs interventions dans le secteur de la santé au Burundi. Elle est le fruit des efforts conjugués de toutes les parties prenantes et sa mise en œuvre ne le sera que par le concours de tout un chacun.

**LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET
DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**

Dr Josiane NIJIMBERE



TABLE DE MATIERES

I. TABLE DE MATIÈRES	2
II. SIGLES ET ABREVIATIONS	6
III. REMERCIEMENTS.....	9
IV. AVANT-PROPOS	10
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	12
CHAPITRE 2 : ANALYSE DE LA SITUATION.....	14
2.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE	14
2.2. PROFIL SANITAIRE.....	14
2.2.1. <i>Etat de santé des populations</i>	14
2.2.2. <i>Performances du système national de santé</i>	24
2.2.3. <i>collaboration intersectorielle ET effets environnementaux sur la santé</i>	32
2.3. BESOINS ET PRIORITES DE SANTE.....	33
2.4. PRINCIPAUX DETERMINANTS DE LA SANTE	34
2.4.1. <i>sur le plan économique</i>	34
2.4.2. <i>Sur le plan social</i>	34
2.4.3. DEFI DEMOGRAPHIQUE	35
2.4.4. <i>Education</i>	36
2.4.5. <i>EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT</i>	36
2.4.6. <i>Genre et Equité</i>	37
CHAPITRE 3. VISION	38
CHAPITRE 4. VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE & OBJECTIFS GENERAUX	39
4.1. LES VALEURS	39
4.2. LES PRINCIPES DIRECTEURS	39
CHAPITRE 5. BUT ET OBJECTIFS GENERAUX.....	41
5.1. BUT	41
5.2. OBJECTIFS GENERAUX.....	41
CHAPITRE 6. DOMAINES PRIORITAIRES D’ACTION	44
6.1. EN RAPPORT AVEC L’OBJECTIF GENERAL 1: «CONTRIBUER A LA REDUCTION DE L’AMPLEUR (INCIDENCE, PREVALENCE) ET DE LA GRAVITE (MORBIDITE, MORTALITE, HANDICAPS, INVALIDITES) DES MALADIES ET DES PROBLEMES DE SANTE PRIORITAIRES»	44
6.1.1. <i>Domaine prioritaire I: «Contrôle et/ou Elimination des maladies transmissibles prioritaires (y compris les maladies à potentiels épidémiques, les maladies tropicales négligées ; les maladies émergentes et ré-émergentes)».....</i>	44
6.1.2. <i>Domaine prioritaire II: « Renforcement de la Lutte contre les maladies non transmissibles»</i>	47
6.1.3. <i>Domaine prioritaire III : Amélioration de la santé maternelle, du nouveau-né, de l’enfant d’âge préscolaire, de l’enfant d’âge SCOLAIRE, de l’adolescent(e) ET DE LA PERSONNE AGEE.</i>	49
6.1.4. <i>Domaine prioritaire IV : Lutte contre la Malnutrition.....</i>	53
6.1.5. <i>Domaine prioritaire V : Préparation et réponse aux urgences et catastrophes naturelles ou d’origine anthropique</i>	56
6.2. EN RAPPORT AVEC L’OBJECTIF GENERAL 2 : «AMELIORER LES PERFORMANCES DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE ET DU SYSTEME COMMUNAUTAIRE »	57
6.2.1. <i>Domaine prioritaire I : Amélioration des performances du système national de santé et de soins à travers le renforcement des six piliers du système de santé</i>	57
6.2.2. <i>Domaine prioritaire II: Amélioration du système de santé communautaire</i>	59

6.3. EN RAPPORT AVEC L'OBJECTIF GENERAL 3: «RENFORCER LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE POUR UNE MEILLEURE SANTE».....	59
6.3.1. <i>Domaine prioritaire I : Amélioration de la demande de soins et services de santé</i>	59
6.3.2. <i>Domaine prioritaire II : Renforcement de la complémentarité et des synergies intersectorielles</i>	61
CHAPITRE 7. CADRE DE MISE EN ŒUVRE	64
7.1. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	64
7.2. ORGANISATION DU SYSTEME DE PRESTATIONS DE SOINS ET SERVICES DE SANTE.....	64
7.3. CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE GESTION	65
7.3.1. <i>Le Gouvernement</i>	65
7.3.2. <i>Rôle des Partenaires</i>	66
7.4. CONDITIONS DE SUCCES.....	68
7.5. MENACES ET RISQUES	69
CHAPITRE 8. MECANISMES DE SUIVI-EVALUATION.....	70
ANNEXES	72
ANNEXE I : TABLEAU ACTUALISE DES PRINCIPAUX INDICATEURS SANITAIRES DU BURUNDI.....	72
ANNEXE II : DOCUMENTS CONSULTES.....	73

II. SIGLES ET ABREVIATIONS

ARV	: Antirétroviral
BDS	: Bureau de District Sanitaire
BM	: Banque Mondiale
CAM	: Carte d'Assistance Médicale
CAMEBU	: Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels du Burundi
CCLAT	: Convention-Cadre (de l'OMS) pour la Lutte Anti-Tabac
CCM	: Country Coordinating Mechanism
CDMT	: Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CDS	: Centre de Santé
CHU	: Centre Hospitalo-Universitaire
CPN	: Consultation Périnatale
CPSD	: Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement
CSE	: Cadre de Suivi et Évaluation
CSLP	: Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté
DISE	: Direction des Infrastructures Sanitaires et des Équipements
DODS	: Direction de l'Offre et de la Demande de Soins
DSNIS	: Direction du Système National d'Information Sanitaire
EAC	: East African Community
EAC-MRH	: East African Community - Medicines Registration Harmonization (MRH)
EB SONU	: Enquête sur les Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
ECV	: Enfant Complètement Vacciné
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
ENS	: Enquête Nationale de Séroprévalence
éTME	: Elimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
FAO	: Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FBP	: Financement Basé sur la Performance
FED	: Fonds Européen de Développement
FOSA	: Formation Sanitaire
GPS	: Global Positioning System
HTA	: Hypertension Artérielle

IDH	: Indice de Développement Humain
INSP	: Institut National de Santé Publique
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
ISTEEBU	: Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi
MCNT	: Maladies Chroniques Non Transmissibles
MFP	: Mutuelle de la Fonction Publique
MIS	: Malaria Indicator Survey
MIILDA	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides à Longue Durée d'Action
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida
MNT	: Maladies Non Transmissibles
NTIC	: Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
ODD	: Objectif de Développement Durable
OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
OSC	: Organisation de la Société Civile
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	: Programme Élargi de Vaccination
PEPFAR	: President's Emergency Plan for AIDS Relief
PF	: Planification Familiale
PFA	: Paralysie Flasque Aigue
PFRDV	: Pays à Faible Revenu et à Déficit Vivrier
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNAM	: Programme National d'Approvisionnement en Médicaments
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNILP	: Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme
PNILT	: Programme National Intégré Lèpre et Tuberculose
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNS	: Politique Nationale de Santé
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction

PPTE	: Pays Pauvre Très Endetté
PRONIANUT	: Programme National Intégré d'Alimentation et de Nutrition
PTF	: Partenaire Technique et Financier
PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RH	: Ressources Humaines
RPGH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RSI	: Règlement Sanitaire International
Sida	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de base
SONUC	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SONE	: Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels
TB	: Tuberculose
TME	: Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
TPM+	: Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive
TTF	: Tuberculose Toutes Formes
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la population
VAR	: Vaccin Antirougeoleux
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

III. REMERCIEMENTS

Le Gouvernement du Burundi à travers le Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida (MSPLS) présente ses sincères remerciements à toutes les parties qui ont contribué, de près ou de loin, par leurs apports techniques et/ou financiers, à l'élaboration de la présente Politique Nationale de la Santé (PNS) qui couvre la période décennale 2016-2025.

Le MSPLS remercie spécifiquement:

- Le Comité de Pilotage constitué de décideurs et experts de haut niveau provenant du niveau central du MSPLS, des PTF (Agences spécialisées du Système des Nations Unies, des Organismes de coopération bilatérale et multilatérale, des ONGs internationales et nationales œuvrant dans le secteur de la santé et de la lutte contre le sida) et des OSC; mis en place pour la coordination stratégique et technique de toutes les étapes et opérations qui ont facilité la revue de la PNS 2005-2015 et l'élaboration de la PNS 2016-2025.
- Les membres du Comité Technique mis en place pour la supervision technique et opérationnelle de la revue de la PNS 2005-2015 et de l'élaboration de la PNS 2016-2025
- Les PTF qui ont contribué au recrutement des consultants, au financement des différentes étapes et activités de la revue de la PNS 2005-2015 et celles de l'élaboration de la PNS 2016-2025. Qu'ils trouvent ici, l'expression de notre profonde reconnaissance.
- Les Programmes spécialisés et les Directions centrales du MSPLS qui ont fourni la documentation nécessaire pour faire le bilan de la PNS 2005-2015 qui a servi à la formulation de la PNS 2016-2025.
- Les experts du MSPLS, des PTF, des OSC qui se sont dépensés sans compter et ont apporté des apports techniques de haute facture, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité de la PNS 2016-2025.

Il tient à remercier particulièrement :

- Le personnel de la Direction Générale de la Planification et son Directeur Général, le Dr Longin GASHUBIJE, pour le suivi et la coordination rapprochés de toutes les étapes de la revue de la PNS 2005-2015 et de tout le processus d'élaboration de la PNS 2016-2025
- Les Consultants Dr Jean Rémy EKONGO Lofalanga et le Dr Juma M. KARIBURYO pour la qualité de leur travail, leur rigueur et leur expertise pour la réalisation de la revue de la PNS 2005-2015 et la rédaction de la PNS 2016-2025.

IV. AVANT-PROPOS

La Politique nationale de santé (PNS) 2016-2025 fait suite à celle de la décennie 2005-2015 qui avait démarré alors que le Burundi amorçait sa sortie de la crise sociopolitique la plus sévère de son histoire récente qui avait duré plus d'une décennie. L'impact de cette crise s'était traduit par (i) un ralentissement significatif des performances de l'économie nationale; (ii) un niveau très élevé de chômage et un appauvrissement généralisé de la population à la base d'une importante érosion du pouvoir d'achat; (iii) une baisse du niveau et du volume des financements traditionnellement alloués au secteur de la santé affectant les capacités de réponse du Ministère de la Santé.

Au cours de la première partie de la décennie couverte par la PNS 2005-2015, le pays a bénéficié d'importants appuis humanitaires. Dans le même temps, le pays avait pris des décisions à la fois stratégiques et courageuses afin d'améliorer la situation socio sanitaire de la population. A cet effet, en 2006 ; le Gouvernement avait décrété la gratuité ciblée des soins et services de santé en faveur des groupes de populations les plus vulnérables notamment les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Au cours de cette même année (2006), les expériences pilotes de l'approche de financement basé sur la performance (FBP) avaient démarré dans quelques provinces du pays. A partir de 2010, cette approche (FBP) a été généralisée à toutes provinces du pays et couplée avec la gratuité de soins offerts au couple «mère-enfant». Les districts sanitaires ont été formellement instaurés comme «entité opérationnelle de base» du système national de santé et le processus de décentralisation de celui-ci est en marche.

La PNS 2005-2015 a catalysé le renforcement du système de santé à travers la réforme du cadre institutionnel du Ministère de la Santé et la diffusion des documents normatifs et directifs de référence. Un Cadre de coordination et de concertation des partenaires pour la santé et le développement (CPSD) doté de groupes thématiques et de démembrements au niveau provincial a été mis en place.

Considérant que la santé est un droit légitime inscrit dans la Constitution du pays et réaffirmé dans la vision Burundi 2025 ainsi que dans le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, le Gouvernement du Burundi, à travers la PNS 2016-2025, s'engage résolument à l'amélioration continue de l'état de santé de la

population dans le respect des droits humains, l'équité en matière d'accès aux soins et services de santé de qualité et l'observance de l'éthique comme des gages pour le développement durable du pays.

La PNS 2016-2025 se développe dans une période charnière marquée par la « fin » des OMD dont la pertinence et la pérennité des objectifs et des cibles du domaine de la santé devront se poursuivre au-delà de 2015 et le « début » du Programme Mondial de Développement Durable qui promeut notamment la Couverture Santé Universelle comme abord principal pour assurer l'équité dans l'accès aux services de santé essentiels. Pour consolider et compléter les progrès acquis dans la réalisation des OMD en santé, la PNS 2016-2025 propose une approche de soins intégrée, de qualité et de proximité prenant en compte l'égalité du genre et les déterminants économiques, socioculturels, anthropologiques et environnementaux de la santé

Cette PNS 2016-2025 est en phase avec les Actes, Déclarations et Engagements internationaux auxquels le Burundi a souscrits en matière de santé et jette le pont entre les OMD et les Objectifs de Développement Durable (ODD) dans le cadre du Programme Mondial de Développement durable (2016-2030).

Elle est l'unique instrument de référence nationale et décennale pour tous les intervenants et toutes leurs interventions dans le secteur de la santé au Burundi. Pour cela, elle sert de référence à l'élaboration des deux futurs plans nationaux de développement sanitaire, à savoir les PNDP 2016-2020 et 2021-2025. Ceux-ci servent à leur tour de plateforme pour l'élaboration des différents plans stratégiques sous-sectoriels qui permettront la formulation des plans d'actions opérationnels annuels pour la mise en œuvre des interventions socio-sanitaires au Burundi.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1. La Politique Nationale de Santé 2016-2025 (PNS 2016-2025) est inspirée par la Constitution du Pays et la Vision Burundi 2025 qui placent la santé et le bien-être de la population burundaise au cœur du développement du pays. Elle est en harmonie avec les Cadres Stratégiques actuel et à venir de Lutte contre la Pauvreté dont elle tire sa cohérence interne. Elle tire son essence et ses principales orientations du bilan et des enseignements issus de la mise en œuvre de la PNS 2005-2015 et de l'approche de soins de santé primaires structurant son action autour: (i) d'une couverture sanitaire universelle, pour améliorer l'équité en matière de santé, l'efficacité et la viabilité; (ii) de services de santé de qualité qui placent la personne au cœur du système de santé; (iii) de politiques publiques visant la promotion et la protection de la santé des communautés et en particulier les groupes vulnérables; (iv) d'un leadership pour améliorer la compétence et la redevabilité des autorités et acteurs de la santé.
2. Son élaboration s'est opérée à travers un processus participatif et inclusif de tous les acteurs et parties prenantes œuvrant dans le secteur de la santé aux divers niveaux du système de santé et des soins conformément à l'approche JANS. Elle intègre les différentes réformes entreprises dans le secteur de la santé durant les décennies antérieures et s'ouvre aux innovations pour consolider les abords stratégiques et faire face aux nouveaux défis sanitaires. Elle est l'instrument qui dévoile la vision globale du Gouvernement en ce qui concerne le développement du secteur de la santé pour sa contribution au processus de développement du pays durant la décennie 2016-2025. La PNS 2016-2025 constitue la boussole, l'outil de base et de référence pour toute planification pour le développement sanitaire au Burundi.
3. Elle propose une vision prospective pour être en phase avec la «météo sanitaire» dans un contexte de transition épidémiologique et en perpétuelle mutation environnementale. La PNS 2016-2025 intègre un certain nombre de menaces sanitaires au rang desquelles: le poids de plus en plus croissant des maladies non transmissibles, le risque pandémique majoré, l'émergence et la réémergence de certaines maladies infectieuses, la résistance microbienne, les risques sanitaires associés à la pollution, à la dégradation de l'environnement et les changements climatiques. Sur base de la modélisation et des projections faites sur les effets de changement climatique au Burundi;

la PNS 2016-2025 intègre la problématique du changement climatique et la santé.

4. La santé étant la résultante de toutes les politiques sectorielles, la PNS 2016-2025 considère la collaboration intersectorielle comme un socle pour bâtir et développer la santé et le bien-être du peuple burundais. La collaboration entre le Ministère en charge de la santé et les autres ministères et secteurs de développement (intersectorialité) impliqués dans l'amélioration de l'état de santé de la population a été matérialisée à travers la mise en place de plateformes et approches multisectorielles et pluridisciplinaires. Le Ministère en charge de la santé participe dans de nombreuses commissions interministérielles et continue d'aménager et de maintenir des passerelles de collaboration avec d'autres ministères sectoriels dans le cadre du renforcement du dialogue, de la complémentarité et du partenariat intersectoriels avec d'autres secteurs de développement en rapport avec l'amélioration du secteur de la santé. Cependant, cette collaboration et cette coordination intersectorielles demandent à être renforcées et mieux structurées y compris la problématique de la définition des espaces d'intersection (zone d'optimisation programmatique) pour la complémentarité et les synergies stratégiques et opérationnelles.
5. Le Gouvernement a consenti d'importants efforts pour augmenter la part du budget de l'État consacré à la santé (13%) qui se rapproche du niveau recommandé par la Déclaration d'Abuja (15%). La part du PIB affectée par habitant pour la santé a connu des progrès remarquables et se situe autour de 40 USD/habitant/an. Cependant, la dépendance extérieure du Burundi en ce qui concerne le financement du secteur de la santé demeure encore élevée. La PNS 2016-2025 propose le renforcement des mécanismes de financement fiable, viable et durable pour augmenter la résilience du système de santé burundais.

CHAPITRE 2 : ANALYSE DE LA SITUATION

2.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE

6. Le Burundi est 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 RD Congo. Peuplé d’une population estimée à 9.285.139 habitants¹, le Burundi s’étend sur une superficie de 27.834 km². Son relief est dominé par de hauts plateaux au centre et la plaine de l’Imbo à l’Ouest, la dépression de Kumoso. Son climat est de type tropical avec quatre saisons, une petite saison de pluie (d’octobre à décembre), une petite saison sèche (janvier à février), la grande saison des pluies (de mars à mai) et la grande saison sèche (de juin à septembre).

2.2. PROFIL SANITAIRE

2.2.1. ETAT DE SANTE DES POPULATIONS

7. L’état de santé de la population burundaise demeure relativement précaire². Le taux brut de mortalité est de 15 pour mille (RGPH, 2008) pour une population dont l’espérance de vie est estimée à 56 ans³. Le ratio de mortalité maternelle est élevé et se situe entre 500⁴ et 740⁵ décès pour 100.000 naissances vivantes selon les sources. La mortalité néonatale reste élevée avec un taux de 36 décès⁶ pour 1000 naissances vivantes qui représente, à elle seule, 43%⁷ de tous les décès des enfants de moins de cinq ans dont le taux de mortalité demeure préoccupant et est de l’ordre de 142 décès⁸ pour 1000 naissances vivantes (IGME 2012). La malnutrition carentielle est

¹ Recensement général de la population, 2008

² OMS-Burundi : Stratégie de coopération avec le pays 2009-2015. Revue en 2014

³ OMS-Burundi : Stratégie de coopération avec le pays 2009-2015. Revue en 2014

⁴ EDS-Burundi 2010.

⁵ Countdown to 2015. Maternal, Newborn & Child. Burundi, The Report 2014

⁶ Countdown to 2015. Maternal, Newborn & Child. Burundi, The Report 2014.

⁷ Countdown to 2015. Maternal, Newborn & Child. Burundi, The Report 2014.

⁸ Countdown to 2015. Maternal, Newborn & Child. Burundi, The Report 2014.

endémique et touche avec acuité les enfants de moins de cinq ans dont le pourcentage de ceux/celles souffrant de malnutrition chronique avoisine 58% selon les données recueillies lors de l'EDS 2010. Cette situation est principalement liée, en amont, au poids important des déterminants de la santé (pauvreté des ménages, démographie galopante, nutrition, environnement, genre, inégalités sociales,...) et; en aval, à la fragilité du système de santé, à la charge élevée des maladies transmissibles, des maladies non transmissibles, de la vulnérabilité des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des personnes âgées. Un tableau des principaux indicateurs de santé du Burundi est joint en annexe.

2.2.1.1. MALADIES TRANSMISSIBLES

8. En matière de lutte contre les maladies transmissibles, des progrès notables ont été enregistrés au cours de la dernière décennie 2005-2015. Ces principales maladies transmissibles sont :

- **PALUDISME**

9. Selon les données du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), le paludisme constitue la principale cause de morbidité et de mortalité⁹ enregistrées au niveau des formations sanitaires (FOSA) dans la population en général. Il est responsable de 50 % des motifs de consultation dans les hôpitaux et centres de santé du pays et de 48 %¹⁰ des cas de décès chez les enfants de moins de cinq ans. Le taux de morbidité proportionnelle est passé de 36,23% en 2005 à 39,5%¹¹ en 2013 avec un taux de mortalité proportionnelle dans les établissements sanitaires de 39,55% en 2005 à 30,412 en 2013. Selon le Programme National intégré de lutte contre le Paludisme, la prévalence chez les enfants de moins de cinq ans est estimée à 17,3% (MIS 2012)¹³; le taux de décès lié au paludisme oscille autour de 64 décès/1000 habitants (OMS 2012)¹⁴ et le taux d'incidence est de 46,5/1000 habitants (DSNIS

⁹ Stratégie de coopération OMS-Burundi 2014-2015

¹⁰ OMS : Stratégie de coopération de l'OMS avec le Burundi 2009-2013

¹¹ MSPLS : Annuaire statistique du Burundi 2013

¹² MSPLS : Annuaire statistique du Burundi 2013

¹³ Burundi, Note conceptuelle "Composante Paludisme" soumise au Fonds mondial en 2014

¹⁴ Stratégie de coopération OMS-Burundi 2014-2015

- 2013). Le pays a souscrit à l'objectif mondial d'élimination du paludisme à l'horizon 2030 (Roll back malaria).

- **VIH/SIDA**

10. L'infection par le VIH/sida est la quatrième cause de mortalité¹⁵ chez l'adulte. Le VIH/sida représente 1% des causes de mortalité au sein de la population des moins de 5 ans. La fusion du Ministère de la Santé et celui de la Lutte contre le Sida (MPLS) en 2011 a permis l'intégration des programmes sida au sein du paquet de soins. Même si les différentes études sur le VIH au Burundi ont été menées dans des populations différentes et selon des méthodologies différentes¹⁶; globalement, on note des tendances du taux de séroprévalence à la baisse entre 2005 et 2013. En 2013, le nombre de PVVIH est estimé à 83.000 [76.000 – 91.000]¹⁷ dont 18.000 [16.000 – 21.000]¹⁸ enfants âgés de 0 à 14 ans. Le nombre estimé de décès dus au sida pour l'année 2013 est de 4.700 [3.900 – 5.600]¹⁹ alors que le nombre d'enfants âgés de 0 à 17 ans rendus orphelins du fait du VIH/sida est d'environ 73.000 [60.000 – 85.000]²⁰. La file active de PVVIH sous ARV est passée de 20.909 patients en 2010 à 30.612 en 2013. On note une forte vulnérabilité de la femme (un taux de prévalence de 1,7% chez les femmes de 15 à 49 ans vs 1,0% chez les hommes de la même tranche d'âge)²¹ et une ruralisation progressive de l'épidémie; le taux de séroprévalence est 4 fois plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (4,1 % contre 1,0 %)²². Le taux de dépistage reste encore très bas (33% chez l'homme vs 41% chez la femme): des approches novatrices seront nécessaires pour améliorer ce taux.
11. Bien que la couverture des enfants en ARV soit faible, le pays s'est engagé résolument vers «une génération sans sida» à l'horizon 2015 à travers, notamment, l'initiative de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (actuellement, seuls 58% des femmes enceintes séropositives reçoivent des ARV dans le cadre de la PTME²³ selon le

15 Stratégie de coopération OMS-Burundi 2014-2015

16 Selon les enquêtes nationales de séroprévalence réalisées en 2002 et en 2007, le taux de séroprévalence est de 3,6% dans la population de 15 ans et plus en 2002, et de 2,97% dans la population de 18 mois et plus en 2007. En 2010, le taux de séroprévalence est estimé à 1,4% dans la population de 15 à 49 ans (EDS 2010). Les estimations faites avec l'aide du logiciel Spectrum montrent une séroprévalence estimée de 1,0% pour l'année 2013 (Estimations VIH Spectrum 2013).

17 Estimations VIH (Spectrum) (2013), ONUSIDA : <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/burundi>

18 Idem

19 Idem

20 Idem

21 EDS 2010

22 Idem

23 Rapport GARPR 2014

protocole national contre une cible fixée à 90%)²⁴. Pour atteindre l'Objectif mondial « Zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au sida » et pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, le Burundi attache désormais une attention particulière à la prise en charge de toutes les catégories des populations-clés (principale source des nouvelles infections). Les activités de prise en charge des PVVIH par les ARV, y compris les activités de lutte contre la confection TB/VIH restent insuffisamment intégrées dans le PMA des centres de santé²⁵.

- **TUBERCULOSE**²⁶

12. La tuberculose (TB) sévit sous un mode endémique; la coïnfection TB/VIH (26% chez les patients tuberculeux atteints de VIH en 2013), la TB multi résistante et la TB chez l'enfant en constituent de nouveaux défis²⁷. La TB touche essentiellement la tranche d'âge de la population productive de 15-44 ans. Au cours de l'année 2013, 83 nouveaux cas pour 100.000 habitants pour la TB toutes formes confondues (TTF) dont 50 nouveaux cas pour 100.000 habitants pour la forme contagieuse de la maladie (TPM+) ont été enregistrés²⁸.
13. Par ailleurs, le nombre de nouveaux cas dépistés TTF a augmenté au cours de la dernière décennie passant respectivement de 6009 (2005) à 7547 (2013) dont 3262 TPM+ (2005 soit 54 %) vs 4509 TPM+ (2013 soit 60 %); le taux de guérison a connu une amélioration significative passant de 52,1% (2005) à 92,3% (2012). Le taux d'abandon a suivi les mêmes tendances passant de 17% (2005) à 2% (2012). Le Burundi a souscrit à l'élimination de la TB à l'horizon 2030 (Stop TB Partnership).

- **INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS (IRA)**

14. Elles représentent la deuxième cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et regroupent un ensemble hétéroclite de pathologies virales, bactériennes et parasitaires. L'infection la plus fréquente est la pneumonie qui a causé 48,6% de morbidité chez l'ensemble des enfants de moins de 5 ans en 2012 selon PMS 2012. Pour faire face à cette situation, le pays a introduit, en 2011, le vaccin

²⁴ Depuis 2011, le Burundi fait partie des 22 pays prioritaires du Plan Mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. En 2012, le pays a élaboré un Plan National pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (éTME) avec des cibles ambitieuses pour 2015.

²⁵ Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida 2014-2017

²⁶ PNILT-Burundi : Rapport annuel 2013.

²⁷ Burundi, Note conceptuelle "Composante TB" soumise au Fonds mondial en 2014

²⁸ Burundi, Note conceptuelle "Composante TB" soumise au Fonds mondial en 2014

anti-pneumocoque dans le calendrier vaccinal pour les enfants de moins de 12 mois. La qualité de la prise en charge des IRA (y compris les pneumonies) par le système de santé reste insuffisante: parmi les 55% des cas d'enfants présentant des symptômes d'IRA dont les parents ont recherché des soins, seuls 32% ont reçu un traitement approprié à base d'antibiotiques²⁹.

- **MALADIES DIARRHEIQUES**

15. Elles constituent la troisième (13%)³⁰ cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. La prévalence est l'une des plus élevées de la sous-région et est liée aux faibles conditions d'hygiène et d'assainissement dans la plupart des ménages. Par ailleurs, les maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans sont également liées aux différentes formes de malnutrition chez l'enfant, notamment la malnutrition chronique dont sont affectés 58% des enfants de moins de cinq ans (EDS 2010). Des stratégies intégrées de prise en charge communautaire des principales maladies transmissibles de l'enfant (maladies diarrhéiques, pneumonies, paludisme) sont recommandées afin de rapprocher les traitements de première ligne des communautés (SRO+Zinc, AB, ACT).

- **MALADIES EVITABLES PAR LA VACCINATION**

16. L'EDS 2010 montre que les couvertures vaccinales dépassent 85% pour tous les antigènes (Penta3 à 95%, Polio3 à 87,4% et VAR à 94,3%). L'enquête de couverture vaccinale (ECV) menée en 2012 indique des couvertures de 98% pour le Penta3 et Polio3 et de 97% pour le VAR. 83% des enfants sont complètement vaccinés selon la même enquête. Les couvertures vaccinales au Burundi sont globalement plus élevées que dans la plupart des autres pays d'Afrique subsaharienne; elles s'expliquent par un bon accès géographique (80% de la population ont accès à une structure de santé dans un rayon de moins de 5 Km) et financier (gratuité pour les femmes enceintes et les enfants) au système de santé et peu d'obstacles culturels à l'immunisation.
17. Le pays a acquis le statut d'élimination du tétanos maternel et néonatal en 2009. Ces bonnes performances ont permis au pays d'être éligible à l'introduction de nouveaux vaccins tels le VAR 2 (2013), le PCV13

²⁹ Enquête PMS 2012

³⁰ Countdown to 2015. Maternal, Newborn and Child survival. The report 2014. Burundi

contre le Pneumocoque (2011) et le ROTARIX contre les diarrhées à Rotavirus (2013). D'autres vaccins seront introduits dans la vaccination de routine à savoir : le vaccin polio inactivé (VPI) en novembre 2015, le vaccin contre le papillomavirus humain (HPV) à partir de 2016, le vaccin combiné contre la rougeole et la rubéole (RR) en 2017 etc... Cependant les bonnes couvertures au niveau national cachent d'importantes disparités au niveau provincial et des districts. Par ailleurs, la vaccination reste encore fortement tributaire de financements extérieurs.

● MALADIES À POTENTIEL ÉPIDÉMIQUE

18. Au Burundi, les maladies à potentiel épidémique sous surveillance sont la rougeole, le cholera, la méningite à méningocoque, le paludisme, la paralysie flasque aigue(PFA), les fièvres hémorragiques virales (Ebola, Lassa et Marbourg), la rougeole et le Tétanos néonatal. Ces dernières années, le Burundi a fait face a une série d'épidémies de choléra. La dernière épidémie de rougeole remonte à 2011 car le pays a renforcé sa vaccination de routine par une campagne de masse contre la rougeole en 2012 et l'introduction de la deuxième dose de vaccin contre la rougeole en 2013.

2.2.1.2. MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES (MTN)

19. Les MTN qui font actuellement l'objet d'interventions du MSPLS sont (i) l'onchocercose, (ii) les géohelminthiases (présentes dans toutes les provinces du pays), (iii) la schistosomiase à *Schistosoma mansoni* (endémique dans 9 provinces), (iv) le trachome (prévalant dans 5 districts sanitaires) et la lèpre (343 nouveaux cas notifiés en 2012 dont 303 multi bacillaires - 13,7% des malades lépreux présentent une invalidité de 2^{ème} degré); (iv) la filariose lymphatique, (v) la trypanosomiase africaine, (vi) la peste, (vii) le pian, (viii) la rage, (ix) l'Ulcère de Buruli (dracunculose), (x) les leishmanioses.

2.2.1.3. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

20. Elles regroupent essentiellement les pathologies telles que le diabète, les maladies cardio-vasculaires (dont l'hypertension artérielle), les cancers, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives et les problèmes de santé mentale. Les principales d'entre elles sont évitables / contrôlables par des mesures préventives (l'obésité, l'hypertension artérielle, le diabète, les troubles mentaux et les troubles nutritionnels). Ces maladies sont en augmentation au fur et à mesure

que l'espérance de vie augmente et que la population s'urbanise. Au Burundi, celles-ci sont principalement observées dans les grandes villes notamment parmi les populations sédentaires. Selon le Rapport de l'OMS 2014 au Burundi³¹, la mortalité due aux MNT est estimée comme suit: (i) diabète (1%), (ii) maladies cardiovasculaires (10%), affections respiratoires chroniques (2%), cancers (5%), traumatismes y compris ceux de la voie publique (11%), autres MNT (11%). Selon ce même Rapport, les MNT sont à l'origine de 28% de tous les décès; et la probabilité de décéder entre 30 et 70 ans de l'une des 4 principales maladies non transmissibles est de 24%. Selon une étude conduite au CHU de Kamenge, le diabète et l'HTA sont associés dans 30% des cas et sont à la base de complications dégénératives dans 73,17% des cas. Le pays dispose actuellement de peu d'études sur ces maladies et l'influence des changements climatiques sur leur prévalence.

21. Le système national de santé est actuellement peu outillé pour assurer la prise en charge des complications de ces maladies du fait de l'insuffisance des services de réhabilitation et de réadaptation physique. La première école de kinésithérapie a ouvert ses portes en 2012. Les traumatismes (y inclus les brûlures) et troubles mentaux sont fréquents³² et sont fortement liés aux effets de la crise sociopolitique qu'a connue le pays entre 1993 et 2003. Leur prise en charge reste un important défi. La Région des Grands Lacs dont fait partie le Burundi connaît une prévalence préoccupante des violences basées sur le genre dont les conséquences psycho-sociales sont insuffisamment prises en charge par les services socio-sanitaires.
22. Les maladies non transmissibles relevant de la santé oculaire, de la santé bucco-dentaire, de la santé dermatologique font partie des préoccupations des populations et méritent une attention particulière dans la planification sanitaire.

2.2.1.4. SANTE DE LA FEMME, DE L'ENFANT, DE L'ADOLESCENT(E) ET DE LA PERSONNE AGEE

23. Le Burundi a souscrit aux OMDs et a adopté un certain nombre de mesures visant l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant de moins de cinq ans (OMD 4 et 5) avec, notamment, (i) l'adoption de la gratuité des soins des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans, (ii) le financement basé sur la performance, (iii) la

³¹ Programme National Intégré de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles

³² Les traumatismes représentent 11% des causes de MNT au Burundi selon le profil pays pour les MNT élaboré par l'OMS en 2014.

construction de plusieurs centaines de structures de santé, (iv) la décentralisation sanitaire et (v) la prise en charge des indigents.

24. Au cours de la période 2005-2015, plusieurs indicateurs se sont améliorés; le taux d'utilisation des services de consultation prénatale (CPN) est estimé à 99%³³ (au moins une visite). Cependant, la première CPN est souvent tardive et intervient au cours du deuxième ou troisième trimestre et le paquet minimum de la CPN n'est pas toujours disponible. Seules 41,7% des femmes enceintes ont fait au moins 4 visites. La proportion des accouchements en milieu de soins atteint actuellement 74%³⁴.
25. La maîtrise démographique reste un défi de taille car le taux de contraception n'est encore que de 25,3% (Bilan PNSR 2013) et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale estimés à 31% (EDS 2010). Le Burundi présente un taux de fécondité de 6,3 enfants par femme (EDS 2010). Pour répondre à ce défi démographique, le MSPLS a mis en place des services de planning familial (PF) dans la quasi-totalité des structures publiques; des solutions alternatives ont été mises en place via les postes secondaires pour contourner le refus des structures confessionnelles d'offrir les méthodes modernes de PF.
26. La mortalité maternelle au Burundi reste l'une des plus élevées au monde [500/100.000, (EDS-Burundi 2010); la cible OMD 2015 étant fixée à 330]. Une enquête SONU³⁵ (2010) a révélé plusieurs goulots d'étranglement dans la qualité des soins maternels et néonataux avec d'importantes insuffisances dans la gestion des urgences obstétricales et néonatales. Au Burundi, les principales causes³⁶ de décès maternels sont les suivantes (i) les causes directes : les hémorragies (25%), les troubles hypertensifs (16%), les infections (10%), avortements à risque (10%) les dystocies (10%); (ii) les causes indirectes ou sous-jacentes(29%) : anémie, malnutrition, paludisme, VIH/sida, maladies cardio-vasculaires, grossesses précoces, grossesses rapprochées, grossesses nombreuses, grossesses tardives, le manque d'éducation ou d'autonomisation des femmes.

³³ MSPLS : Annuaire statistique 2013

³⁴ MSPLS : Annuaire statistique 2013

³⁵ République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, Mars 2011, Evaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burundi « EB SONU ». Rapport définitif.

³⁶ Countdown to 2015. Maternal, Newborn & Child. Burundi, The Report 2014

27. Selon l'EDS 2010, le pourcentage d'adolescents de 15 à 19 ans ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans est estimé à 3,5% pour les filles et 9,3% pour les garçons. Le taux de fécondité chez les adolescentes (15-19 ans) est de 11%. L'accès aux services de santé de la reproduction est faible et l'enseignement de santé reproductive n'a pas encore été mis en œuvre dans les écoles, même si elle apparaît dans les curricula.
28. Les principales causes de décès néonatal³⁷ sont la prématurité (27%), la septicémie / la pneumonie (26%), l'asphyxie (23%), les malformations congénitales (7%), le tétanos (7%), les diarrhées (3%) et diverses autres causes (2,8%). Si le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans a régressé entre 1990 et 2010 passant de 184 décès/1000 NV (1990) à 142 décès/1000 NV (IGME 2012), la contribution relative de la mortalité néonatale a augmenté (36/1000 NV 2014). L'EDS 2010 a montré un taux de mortalité des moins de 5 ans à 96 décès/1000 NV.
29. La santé maternelle et infantile a toujours été au centre des préoccupations du MSPLS avec, notamment, la signature en 2013 du Cadre d'Accélération des OMD qui a choisi de concentrer les interventions du secteur de la santé sur les OMD 4 et 5. Au rang des interventions mises en œuvre pour accélérer la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, et outre la gratuité et le PBF, figurent la vaccination de routine et l'introduction de nouveaux vaccins, l'organisation de campagnes visant à délivrer un paquet de services intégrés (supplémentation en vitamine A, déparasitage, vaccinations de rattrapage, ..) deux fois par an ainsi que la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). En 2013, la Direction de l'offre et de la demande de soins (DODS) a introduit, avec l'appui des PTF, un nouveau carnet de santé mère-enfant intégrant les dernières avancées (courbes OMS, nouveaux vaccins, messages préventifs portant notamment sur le développement de la petite enfance). Une approche de santé communautaire intégrant des activités curatives et promotionnelles est en cours de pilotage et permettra d'offrir des soins de première ligne pour la pneumonie, la diarrhée, et paludisme au niveau communautaire.
30. Alors que la santé des personnes âgées est particulièrement préoccupante de part la fréquence élevée des MCNT au niveau mondial, le système national de santé tel qu'il est organisé actuellement

³⁷ Countdown to 2015. Maternal, Newborn & Child. Burundi, The Report 2014

ne prévoit pas de dispositions spécifiques en faveur de ce groupe en particulier et de celui des populations vulnérables en général. Peu d'études relatives à cette catégorie sont actuellement disponibles au Burundi.

2.2.1.5. MALNUTRITION

31. Le Burundi est classé par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) parmi les 66 Pays³⁸ à Faibles Revenus et à Déficit vivrier (PFRDV). Selon l'Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires, le Burundi présente un indice de la faim alarmant qui s'établit à 38,8 points en 2013³⁹ et 35.6 en 2014⁴⁰. Cet indice a augmenté de 23% entre 1990 et 2013 et classe le pays au 1^{er} rang⁴¹ mondial des pays les plus touchés par ce fléau.
32. La prévalence de la malnutrition chronique (retard de croissance, enfant trop petit pour son âge) de 57,8%⁴² chez les enfants âgés de moins de 5 ans était l'un des taux les plus élevés depuis plus de deux décennies, classant le Burundi parmi les 6 pays les plus affectés au monde. La prévalence de la malnutrition aigüe (émaciation, enfant trop maigre pour sa taille) des enfants de moins de 5 ans oscille au même niveau depuis 1987 et était de 6% en 2010. La récente étude⁴³ montre que la prévalence actuelle de la malnutrition chronique est de 48,8% chez les enfants de 6 à 59 mois. Elle reste toujours supérieure au seuil critique de 40% malgré les efforts déployés par le Gouvernement et ses partenaires dans ce secteur pendant les 5 dernières années. La prévalence de l'émaciation chez les enfants de 6 à 59 mois stagne car elle a été évaluée à 5,5% alors que celle de l'insuffisance pondérale est de 25,2% selon la même étude.
33. Les données au niveau national montrent que le faible investissement dans la lutte contre la malnutrition entraîne des pertes économiques de près de 102 millions USD⁴⁴ chaque année. Depuis juillet 2012, le pays fait partie des 54 pays ayant rejoint l'initiative "Scale-Up Nutrition" (SUN) qui appelle au développement de l'approche multisectorielle dans la lutte contre la malnutrition. On note une amorce de

³⁸ FED : Projet pour accélérer l'atteinte de l'Objectif du Millénaire pour le développement (OMD) 1c (PROPA-O). FED/2012/024-118.

³⁹ PRONIANUT-Burundi.2014

⁴⁰ IFPRI 2014

⁴¹ PRONIANUT-Burundi.2014

⁴² EDS-II Burundi 2010

⁴³ Analyse Globale de la Sécurité Alimentaire, de la Nutrition et de la vulnérabilité au Burundi, Août 2014

⁴⁴ Site web UNICEF : Lutte contre la malnutrition chronique au Burundi.

http://www.unicef.org/french/infobycountry/burundi_69651.html

collaboration entre le MSPLS et le MINAGRIE: un comité technique⁴⁵ piloté conjointement par ces deux ministères a été constitué pour organiser le premier forum national sur la sécurité alimentaire et la nutrition au Burundi en décembre 2011. Une feuille de route pour la mise en œuvre des recommandations du forum a été élaboré avec les points suivants : (1) la mise en place d'une structure de haut niveau pour la coordination des activités de sécurité alimentaire et de nutrition (2) l'adhésion du Burundi au mouvement de renforcement de la nutrition « Scaling Up Nutrition (SUN)» et à l'initiative « Renewed Efforts Against Child Hunger (REACH) ». C'est ainsi que la Plateforme Multisectorielle de Sécurité Alimentaire et de Nutrition-PMSAN- a été formalisée par décret (N° 100/31 du 18 Février 2014 portant création, organisation et fonctionnement de la PMSAN). La PMSAN est présidée par le Deuxième Vice-Président, le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida en assure la Vice-Présidence, le Ministre de l'Agriculture et de l'Elevage en est la secrétaire et comprend en plus les secteurs finances, environnement, développement communal, commerce & industrie et la solidarité nationale. L'adhésion du Burundi au Mouvement SUN et à l'initiative REACH a : (1) renforcé l'engagement politique pour la nutrition ce qui s'est traduit par la nomination du Point Focal SUN (Chef de Cabinet Adjoint du Deuxième Vice-Président de la République), (2) facilité l'élaboration du Plan Stratégique Multisectoriel de Sécurité Alimentaire et de Nutrition 2014-2017 dans un processus participatif et inclusif, (3) entraîné une dynamique multisectorielle dans la lutte contre la malnutrition en mettant à l'échelle des actions sensibles et spécifiques à la nutrition à haut impact tel que prouvé dans les séries du Lancet⁴⁶ de 2013

34. L'urbanisation et la mondialisation progressive des modes de vie caractérisée par l'offre et la disponibilité grandissantes d'aliments transformés et occidentalisés «obésogènes» (au détriment de l'alimentation traditionnelle) apporte désormais un double fardeau nutritionnel; celui de la malnutrition et celui de l'obésité qui touche environ 2,9% de la population burundaise dont 2,5 d'hommes et 3,4 de femmes selon le profil pays des MNT fourni par l'OMS en 2014.

2.2.2. PERFORMANCES DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE

2.2.2.1. AMELIORATION DES PRESTATIONS DE SERVICES ET SOINS DE SANTE

⁴⁵ Idem que 35 et 36.

⁴⁶ Séries du Lancet "Maternal and Child Nutrition1" :Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries, www.thelancet.com Published online June 6, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)

35. Le domaine des prestations de services et soins de santé a connu une amélioration notable au cours de la décennie écoulée. L'accès géographique et financier ont été améliorés (plus de 80% de la population ont accès à une structure de santé dans un rayon de moins de 5 km et gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans) avec, comme conséquence des résultats satisfaisants en matière d'utilisation des services curatifs essentiels⁴⁷ et de vaccination. Le taux d'utilisation de services curatifs par habitant par an a connu une croissance importante passant de 0.38 nouveau cas par habitant par an en 2005 à 1.66 nouveau cas par habitant par an en 2013; cet indicateur s'établit à 2,2 nouveau cas par enfant par an pour les enfants de moins de 5 ans. L'amélioration de la couverture nationale en établissements sanitaires de proximité, la gratuité de soins en faveur de la femme enceinte(ou allaitante) et aux enfants de moins de cinq ans expliquent ces performances. Une offre de services intégrée, avec une focalisation appropriée sur les priorités (mère-enfant, VIH/sida, PF, SSR, PTME, autres) est disponible.
36. Le PNDS II a permis de matérialiser plusieurs démarches de normalisation essentielles. Des efforts de standardisation sont notés bien que certains aspects importants, tels que la PCIME n'ont pas encore de réponse opérationnelle pleinement satisfaisante. Un plan stratégique budgétisé pour le passage à l'échelle de la PCIME existe et n'attend que l'effectivité de son financement. Un manuel de procédures structurant le système de référence et contre-référence a été élaboré pour renforcer les conditions et les mécanismes d'évacuation des malades.
37. Le défi majeur se situe au niveau de la qualité de l'offre des services qui demeure insuffisante à tous les niveaux de la pyramide des soins comme l'indique la réduction encore insuffisante des principaux indicateurs de morbidité. Les autres défis concernent le renforcement des soins spécialisés⁴⁸ (pour répondre notamment à la problématique grandissante des évacuations de patients vers l'étranger); le développement des soins de santé communautaire et l'amélioration du système de suivi-évaluation non seulement au niveau du SNIS mais aussi au niveau du suivi des activités à l'intérieur des différents programmes.

⁴⁷ Rapport d'évaluation a mi-parcours du PNDS 2011-2015

⁴⁸ Nécessité pour le pays de disposer des spécialistes et de quelques « centres d'excellence » (disposant de technologies de pointe adaptées au contexte du pays) et aménagés au sein des formations sanitaires existantes.

2.2.2.2. AMELIORATION DE LA COUVERTURE EN INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS

38. Entre 2005 et 2013 le nombre des CDS est passé de 573 en 2005 à 897⁴⁹ en 2014 soit 324 CDS construits en 10 ans avec une moyenne de 32,4 CDS construits/an. Durant la même période, le nombre d'hôpitaux est passé de 44 en 2005 à 69 en 2014 soit 25 hôpitaux de plus en 10 ans avec une moyenne de 2,5 hôpitaux construits/an; ce qui porte le ratio respectivement à 1 CDS pour 10.109 habitants (OMS : 1 CDS/10.000 hab.) et 1 Hôpital pour 131.414 habitants (OMS : 1 hôpital pour 150.000 hab.).
39. Une carte sanitaire descriptive a été élaborée: elle dénote d'importantes inégalités géographiques en matière d'infrastructures et d'équipements. L'approvisionnement en eau et électricité est également variable. Le plan d'extension de la couverture sanitaire – nécessaire pour les décisions importantes d'investissements - n'est pas encore finalisé. Un plan de gestion, d'entretien et de maintenance de tous les équipements et infrastructures est en attente d'élaboration. Le défi actuel est celui de la planification rationnelle de l'extension de l'offre de soins, de la coordination des interventions et de la gestion des infrastructures et équipements existants ainsi que le développement d'une stratégie cohérente d'entretien et de maintenance des équipements médicaux et du charroi automobile assortie des procédures rigoureuses et d'un mécanisme spécifique de suivi-évaluation.

2.2.2.3. MEDICAMENTS ESSENTIELS, VACCINS, PRODUITS SANGUINS ET TECHNOLOGIES MEDICALES

40. Le Burundi a connu d'importantes avancées en matière d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux. La chaîne d'approvisionnement en produits médicaux dans le secteur public est constituée d'une centrale d'achat au niveau national (CAMEBU) et de 45 entrepôts au niveau opérationnel (BDS): ce secteur utilise 80% des 104 pharmaciens que compte le pays. Grâce à un financement conjoint Gouvernement-PTF, les capacités de stockage de la CAMEBU ont triplé en 2013, passant de 10000 m³ (2009) à 30000 m³. Cependant, des ruptures de stock récurrentes en médicaments essentiels sont observées, amenant les pharmacies de district et les structures de soins à s'approvisionner dans les pharmacies privées en

⁴⁹ Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida : Annuaires statistiques du Burundi.

l'absence de tout mécanisme de compétition et de transparence documenté. Selon l'enquête conjointe MSPLS - OMS menée en janvier 2014, la disponibilité moyenne des médicaments est de 42,8% dans le secteur public⁵⁰, 42% dans le secteur privé et 42,9% dans le secteur confessionnel. SIPHAR (Société Industrielle Pharmaceutique) est l'unique producteur de médicaments (génériques) au Burundi et jouit de facto du monopole sur le marché.

41. Une dynamique d'amélioration de la qualité des produits pharmaceutiques et médicaments s'est matérialisée via plusieurs actions, notamment l'ouverture d'un laboratoire de contrôle de qualité à l'INSP. Actuellement, le Burundi dispose de deux laboratoires nationaux de référence conformes aux normes [Laboratoires de l'INSP et du CHU Kamenge] et membres du réseau des laboratoires de l'East African Community (EAC). Un Comité National d'Homologation des Médicaments ainsi qu'un Comité National de Pharmacovigilance ont été mis en place mais ne sont pas encore pleinement fonctionnels. La mise en place d'un système d'enregistrement des médicaments et autres produits pharmaceutiques est en cours de réalisation.
42. Le Burundi dispose de 4 centres régionaux de transfusion sanguine fonctionnels (Cibitoke, Gitega, Bururi et Ngozi). Cependant, de profonds dysfonctionnements au niveau du Centre National de Transfusion Sanguine ont conduit à des ruptures récurrentes en poches de sang et perturbé la prise en charge des cas.
43. Les principaux défis résident dans la mise en œuvre de la politique nationale pharmaceutique; une meilleure coordination des systèmes d'approvisionnement; l'insuffisance des RH compétentes et en nombre suffisant ainsi qu'une plus grande disponibilité de données fiables susceptibles de permettre une quantification de qualité; le renforcement des capacités du Centre national de transfusion sanguine et de ses démembrements.

2.2.2.4. DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE (RHS)

44. Le passage à l'échelle de la stratégie de FBP en 2010 a eu un impact positif majeur sur la répartition géographique et la rétention du personnel de santé dans le système public de soins. Le nombre de

⁵⁰ MSPLS, OMS, janvier 2014, Enquête sur la disponibilité et les prix des médicaments au Burundi.

médecins est passé de 200 (en 2007) à 554 (en 2013)⁵¹ portant le ratio à 1 médecin pour 16 368 habitants (OMS : 1 pour 10 000 habitants). En 2013, le Burundi compte 6573 infirmiers⁵² toutes les catégories confondues portant le ratio à 1 infirmier pour 1 380 habitants (OMS: 1 pour 3 000 habitants) bien que 61% (4005) de cet effectif est constitué des auxiliaires insuffisamment qualifiés. Comme dans plusieurs autres pays africains, le problème de fuite des cerveaux se pose pour les médecins spécialistes (environ 150 médecins spécialistes burundais continuent de prester à l'extérieur du pays). Par ailleurs, en l'absence d'une politique nationale de réglementation, certains médecins du secteur public continuent de prester dans le secteur privé. Pour faire face à la pénurie de médecins dans les hôpitaux ruraux et en particulier de chirurgiens, une stratégie portant sur la chirurgie de l'hôpital district a été développée.

45. Le nombre d'écoles paramédicales est passé de 4 en 2005 à 25 en 2013 (17 privées, 2 confessionnelles et 6 publiques). Sur la même période, le nombre de Facultés de médecine produisant des médecins généralistes est passé d'une Faculté à plus de trois⁵³ sans que le personnel enseignant et chargé de l'encadrement ni le matériel didactique ne croissent dans les mêmes proportions. Le respect des normes par les établissements de formation privés pose régulièrement problème et questionne sur la qualité des agents produits par ceux-ci. Cela requiert un meilleur encadrement, une meilleure coordination ainsi qu'un audit institutionnel et organisationnel réguliers pour évaluer et actualiser les référentiels de métiers, les compétences attendues du personnel, ainsi que les normes de ces établissements. Une école de sage-femmes a ouvert ses portes en 2010: néanmoins, les premières promotions de sages-femmes ont été absorbées par le système administratif et on ne retrouve que quelques rares sages-femmes⁵⁴ qui pratiquent au niveau des structures de santé. L'insuffisance de personnel adéquat a conduit le MSPLS à confier, à des infirmières de niveau A3, des responsabilités / actes qui dépassent leur champ de compétence formel. Le pays a arrêté la production des infirmières A3 pour se concentrer sur la formation d'infirmiers A2 et A1. Une école de Kinésithérapie a été ouverte en 2015 dans l'enceinte de l'INSP et les premiers lauréats sont attendus en 2017- 2018. Bien que la malnutrition

⁵¹ MSPLS : Cartographie des ressources humaines en Santé. Rapport 2013 publié en novembre 2014. p20

⁵² MSPLS : Cartographie des ressources humaines en Santé. Rapport 2013 publié en novembre 2014.p20

⁵³ MSPLS : Documentation du Cabinet du Ministre. 2014

⁵⁴ En 2005, on dénombre 25 sages-femmes prestant dans les maternités au Burundi selon la cartographie ci-haut référencée.

carencielle soit un problème endémique au Burundi, il n'existe pas de filière de formation de Nutritionnistes au pays.

46. Les capacités d'absorption des RHS (du fait des restrictions budgétaires) et l'insuffisance de la production des RHS spécialisées par le MSPLS posent problème pour combler les carences sur certaines catégories et résoudre les questions d'équité géographique. De nombreuses actions ont été menées depuis 2011 avec, entre autres, la création d'un observatoire RHS en 2012⁵⁵ et l'établissement d'une cartographie RHS en 2013. Un Ordre de médecins et un Ordre de pharmaciens ainsi que quelques syndicats professionnels existent depuis de nombreuses années et constituent des interlocuteurs privilégiés du MSPLS notamment pour les aspects de régulation, d'éthique et de déontologie en rapport avec les sous-secteurs respectifs. Un groupe thématique RHS a été créé en 2010 pour assurer la coordination et le suivi des questions relatives aux RHS auprès du CPSD.
47. Les défis majeurs à relever sont (i) la mise à disposition du système national de santé de RHS adéquates en quantité et en qualité et leur répartition équitable entre les zones rurales et urbaines d'une part, et entre le système administratif et les structures de prise en charge d'autre part; (ii) leur gestion plus rationnelle impliquant une meilleure maîtrise des paramètres de répartition et de motivation; (iii) ainsi que l'amélioration de la formation initiale et continue avec un focus particulier sur les RHS spécialisées.

2.2.2.5. RENFORCEMENT DE L'INFORMATION SANITAIRE

48. Avec la réforme institutionnelle de 2012, le MSPLS s'est doté d'un nouvel Organigramme qui assure une bonne visibilité aux aspects de planification, d'information sanitaire et de suivi-évaluation au travers d'une Direction générale de la planification (DGP). Le MSPLS dispose d'un site Web: les annuaires statistiques du SNIS ainsi qu'une série d'autres informations relatives aux directions et programmes nationaux de santé et études / recherches diverses sur la santé y sont régulièrement postés.
49. Le SNIS est standardisé et harmonisé sur tous les CDS depuis 2010. Le processus est en cours depuis 2013 pour les hôpitaux. Par contre le SNIS ne capture aucune information du niveau communautaire. Le

55 MSPLS : Rapport d'évaluation à mi-parcours du PND 2011-2015. Mars 2014.

SNIS a bénéficié de l'intégration avec certains indicateurs du FBP, ce qui a contribué à l'amélioration de la complétude et de la promptitude des rapports. Cependant cet avantage est contre balancé par la création de plusieurs biais de sur-rapportage (liés à la valorisation de la performance). Plusieurs programmes ont néanmoins gardé leur propre système de rapportage parallèle à celui du SNIS : cette situation appelle des efforts d'intégration et de rationalisation car, les acteurs de terrain sont encore confrontés à un nombre élevé d'outils à compléter et à la coexistence de plusieurs sources de données pour un même indicateur.

50. Un défi majeur reste l'insuffisance de l'analyse des données (et leur fiabilité) et de la rétro-information vers les structures opérationnelles afin que ces données puissent servir dans les processus de planification et de prise de décision et réorienter les interventions en conséquence. Dans le cadre de l'harmonisation des systèmes d'information de l'EAC, le SNIS devra progressivement évoluer vers un système différent (DHIS2) et développer une architecture e-Health utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication. Une stratégie e-Health ainsi qu'un projet pilote de collecte des informations du niveau communautaire par les téléphones mobiles sont en cours de développement.

2.2.2.6. RENFORCEMENT DU FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE ET AMELIORATION DE SON UTILISATION

51. Le Burundi a progressé sur la mise en conformité face aux engagements internationaux (Compact, CDMT, autres) en termes de financement y compris au regard de la Déclaration d'Abuja (13,7% en 2013 vs 15% prescrits par la Déclaration d'Abuja). La majeure partie du financement de l'État est allouée aux salaires des prestataires de santé.
52. Le Burundi a mis en place plusieurs mécanismes de financement du système de santé dont le financement basé sur la performance (FBP) couplé à la gratuité des soins liés à la grossesse et à l'accouchement et pour les enfants âgés de moins de 5 ans, la Carte d'Assistance Médicale (CAM) et la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) fonctionnelle depuis 1980. Le MSPLS subventionne, par ailleurs, les médicaments antipaludiques de première ligne, les ARV, les antituberculeux et certains médicaments contre les MTN. Les mutuelles communautaires s'adressent à environ 2% de la population. Selon les

Comptes Nationaux de la Santé (2010), la contribution des ménages couvre environ 30% des dépenses de santé.

53. Le FBP a apporté une contribution significative au renforcement du système de santé, avec (i) l'amélioration de l'utilisation des services de santé et de la qualité des soins, (ii) une plus grande motivation du personnel de santé, (iii) le renforcement du partenariat public privé et de la participation communautaire et (iv) une plus grande implication du niveau central. Le FBP est passé à échelle dans tous les CDS et les hôpitaux de district du pays (depuis 2010) et au niveau central (depuis 2014); un certain nombre d'expériences-pilotes a été initié au niveau communautaire. Des efforts de normalisation et de suivi sont poursuivis via la mise à jour des manuels de procédures (2012), les supports quotidiens (CPVV, autres) et la régularité des études. Certains problèmes récurrents doivent toutefois encore trouver une solution, parmi lesquels la faible prévisibilité budgétaire, les retards de décaissement et l'augmentation du budget de l'État (en vue de la pérennisation), l'adaptation des forfaits et mécanismes aux conditions des hôpitaux.
54. En vue de doter le pays d'un mécanisme cohérent et efficient du financement de la santé, le MSPLS a entamé, en 2013 - en collaboration avec les PTF l'élaboration d'une stratégie nationale de financement de la santé. Une étude sur le financement de la santé a été ainsi validée en avril 2014⁵⁶. Cette étude a mis un accent particulier sur l'extrême fragmentation du financement de la santé ainsi que l'iniquité qui la caractérise. A la suite de cette étude la stratégie du financement de la santé avec, comme objectif ultime, la mise en place d'une Couverture sanitaire Universelle (CSU) est en cours d'élaboration. Le draft de cette stratégie est déjà disponible. Cette stratégie sera soutenue par la mise en place prochaine d'un Fonds Commun Santé (FCS). D'autre part, il convient de noter que l'État, bien que participant au cofinancement de l'achat de certains vaccins (cfr GAVI), ne contribue pas encore à l'achat des vaccins dits « traditionnels » du calendrier vaccinal au Burundi. Il en est de même pour les intrants des programmes nutritionnels.

⁵⁶ Rapport étude synthèse financement de la santé MSPLS & PTFs avril 2014

2.2.2.7. LEADERSHIP, GOUVERNANCE ET PILOTAGE DU SYSTEME DE SANTE

55. La réforme institutionnelle de 2011 continue de guider le développement du MSPLS. Le CPSD fonctionne régulièrement, mais nécessite une meilleure structuration et un renforcement du travail des groupes thématiques. Toutes les approches de planification, de décentralisation de déconcentration ont connu des progrès importants au travers, notamment, de la vulgarisation des démarches de planification et de supervision avec des canevas appropriés. L'Inspection générale des services de sante et de lutte contre le sida a été renforcée et un Manuel des procédures d'inspection élaboré.
56. Nonobstant ces acquis, les mécanismes et organes de coordination ainsi que les capacités gestionnaires et managériales des équipes cadre de districts sanitaires et des bureaux provinciaux doivent être consolidés pour améliorer la fonctionnalité du système de santé au niveau des provinces et des districts sanitaires
57. Le secteur privé continue de se développer sans plan directeur formel et se caractérise par une insuffisance d'application des textes juridiques et un non-respect des normes et standards nationaux relatifs aux prestations de soins et services de santé. Par ailleurs, la régulation et la normalisation dans le secteur; la collaboration et la coordination intra et intersectorielle demandent à être renforcées.

2.2.3. COLLABORATION INTERSECTORIELLE ET EFFETS ENVIRONNEMENTAUX SUR LA SANTE

58. Le Burundi est vulnérable aux risques naturels et catastrophes associés aux changements climatiques. Ces dernières années, le pays a connu des évènements météorologiques et climatiques extrêmes comme les phénomènes de sécheresse prolongée au Nord du pays⁵⁷, les inondations de plus en plus désastreuses dans les zones de plaine, le long des rivages du lac Tanganyika, mais surtout dans la ville de Bujumbura et au niveau de ses zones périphériques.
59. Le Burundi dispose d'une plate-forme nationale de gestion de risques et de catastrophes naturelles pilotée par le Ministère ayant la sécurité publique dans ses attributions et dont le Ministère de la santé est partie prenante. Il existe un plan d'action budgétisé de réduction des risques, de préparation et de réponse aux urgences. Le pays envisage

⁵⁷ Stratégie de coopération OMS – Burundi pour la période 2014-2015

également de poursuivre ses efforts dans l'application du Règlement sanitaire international (RSI 2005) à travers son Plan de contingence nationale pour la lutte contre les pandémies et les urgences sanitaires. Dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'environnement, le Burundi a conduit une analyse situationnelle ainsi qu'une estimation des besoins. Aujourd'hui, le pays dispose d'un Plan d'adaptation du secteur de la santé aux changements climatiques au Burundi pour la période 2014-2017. Ces divers documents doivent être régulièrement actualisés durant la décennie couverte par la présente politique nationale de santé.

60. Le MSPLS participe dans de nombreuses commissions interministérielles et continue d'aménager et / ou renforcer des passerelles de collaboration avec d'autres ministères sectoriels dans le cadre du renforcement du dialogue, de la complémentarité et du partenariat intersectoriels avec d'autres secteurs de développement en rapport avec l'amélioration du secteur de la santé. Cette collaboration et cette coordination intersectorielles demandent à être renforcées. Les catastrophes enregistrées ces dernières années dans le pays ont apporté la preuve qu'il existe un grand écart entre les besoins réels des populations en situation d'urgences complexes et la disponibilité de services multisectoriels appropriés pour prévenir ou répondre aux aléas dus à l'exposition subite aux risques et / ou catastrophes naturelles.
61. Le défi majeur reste le renforcement des capacités nationales dans les domaines de l'identification des liens entre les changements climatiques et la santé; la réduction des risques; la préparation et la réponse aux catastrophes naturelles et d'origines anthropiques (humaines) ainsi que le renforcement de la collaboration et de la coordination intersectorielles.

2.3. BESOINS ET PRIORITES DE SANTE

62. De l'analyse situationnelle ci-dessus, il ressort que les priorités ci-après requièrent une attention spéciale: (i) le renforcement de la lutte contre la maladie et autres problèmes prioritaires de santé publique y compris la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, (ii) la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de la personne âgée; (iii) la prévention et la lutte contre la malnutrition (carentielle et par excès), (iv) la prévention, la préparation et la réponse aux urgences et catastrophes naturelles ou d'origines anthropiques (v), le renforcement du système national de santé au

travers de ses piliers et le système de santé communautaire et (vi) le renforcement de la collaboration intersectorielle pour une meilleure santé.

2.4. PRINCIPAUX DETERMINANTS DE LA SANTE

2.4.1. SUR LE PLAN ECONOMIQUE

63. Après une décennie (1993-2002) émaillée de crises socio-politiques majeures qui ont contracté l'économie, le pays a renoué avec la croissance après l'année 2005 suite à l'injection substantielle de l'aide extérieure. En 2013, la croissance était estimée à 4,5 %⁵⁸, ce qui représentait une augmentation de 0,5 % par rapport à 2012. Cette hausse est expliquée par l'expansion des activités minières, manufacturières, de la construction et des services. L'inflation a baissé à 7,9 % en 2013 après avoir dépassé 20 % au premier trimestre de 2012. Selon un rapport de la Banque de la République du Burundi, les perspectives fixent le taux de croissance économique à 5,1 %⁵⁹ et une inflation à 5,9%⁶⁰ en 2014. Si l'économie burundaise continue de croître à un taux oscillant autour de 5 % par an sur la prochaine décennie (2015-2025), le revenu moyen par habitant pourrait passer de 280 dollars en 2013 à 344 dollars en 2025 (BM, 2014).
64. Le pays reste cependant vulnérable aux chocs externes, notamment du fait de la volatilité des prix des matières premières particulièrement le pétrole et surtout à sa forte dépendance de l'aide extérieure. Entre 2011 et 2013, le ratio des recettes budgétaires (fiscales et non fiscales) par rapport au PIB a baissé de 15,4 % à 13,4 % (BM, 2014). Malgré les contre-performances en matière de recouvrement de recettes fiscales et la difficulté à compresser certaines dépenses, le Gouvernement a réussi à baisser le déficit budgétaire de 3,7 % en 2012 à moins de 2 % en 2013, de même que le taux d'endettement, qui est passé de 35,1 % du PIB en 2012 à 31,7 % en 2013 (BM, 2014).

2.4.2. SUR LE PLAN SOCIAL

65. Les progrès encourageants enregistrés dans les secteurs sociaux de base pourraient permettre au pays d'atteindre / de se rapprocher sensiblement des OMD 5 (cibles 1 et 2), OMD 6 (cibles 1 et 2) et OMD

⁵⁸ Idem que 2

⁵⁹ BRB : Rapport du comité de politique monétaire n°1/2014

⁶⁰ Idem que 4

8 (cible 2)⁶¹ en 2015 en rapport avec la santé et ainsi permettent d'atteindre les ODD à l'horizon. Le Burundi a bénéficié de l'initiative PPTTE pour l'allègement de sa dette depuis juillet 2005 et a atteint son point d'achèvement en janvier 2009. Entre 1980 et 2012, l'IDH du Burundi a augmenté de 1.6% par an, passant de 0.217 à 0.355, ce qui place le pays au 178ème rang sur 187 pays disposant de données comparables⁶².

2.4.3. DEFI DEMOGRAPHIQUE

66. Depuis l'indépendance du pays en 1962 jusqu'à date, la population du Burundi a quadruplé. Le dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2008 l'estime à 8 053 574 habitants dont 51% de femmes. Il montre également que cette population est jeune avec 44% de personnes de moins de 15 ans, tandis que les personnes âgées de 60 ans et plus ne représentent que 5,4 %. La densité moyenne de cette population est estimée à environ 310 hab./km², l'une des plus fortes d'Afrique avec un taux de croissance annuelle de la population estimée à 2,4%, une taille moyenne de 4,7 personnes par ménage et un indice synthétique de fécondité de près de 6.3 enfants par femme.
67. Si ces tendances en termes d'accroissement de la population se maintiennent, on peut estimer la population du Burundi à respectivement 9,5 millions en 2015; 10,5 millions en 2019 et 12,1 millions en 2025 avec une densité moyenne prospective avoisinant 467 hab./km². Cette forte croissance démographique aura, pour conséquence, une pression de plus en plus forte sur les ressources naturelles et foncières (plus de 90% de la population vivent en zone rurale).
68. Dans sa « Vision 2025 », le Burundi a fixé le cap pour la réduction de l'indice synthétique de fécondité de 6,3 à 3 enfants par femme à l'horizon 2025 qui coïncide avec la fin de la période couverte par la présente PNS. Cette vision prospective du Gouvernement a été reprise dans la Politique Démographique Nationale 2008-2025 qui promeut la réduction de taux d'accroissement naturel de la population de 2,4% à 2% ; suffisant pour assurer le renouvellement des générations.

⁶¹ OMS-Burundi, Stratégie de coopération 2014-2015, pages 46 et 47

⁶² PNUD : Rapport sur le Développement humain, 201
+3.02653

2.4.4. EDUCATION

69. Grâce à la politique de l'enseignement primaire gratuit pour tous, le taux net de scolarisation est passé de 80% en 2003-2004 à 156,3%⁶³ en 2009-2010. Grâce à la Politique Nationale de l'Éducation des Filles adoptée en juillet 2009, le ratio garçons/filles au niveau primaire est désormais égal à 1. Cependant, le taux de réussite à la fin du cycle primaire n'est encore que de 56%, ce qui rendrait peu probable l'atteinte de la deuxième cible⁶⁴ des OMD par le Burundi. Des défis persistent notamment les gros effectifs dans les classes influent défavorablement sur la qualité de l'enseignement, le taux d'achèvement du premier cycle du secondaire est de 17% pour les filles contre 24% pour les garçons tandis qu'au niveau du second cycle, ces taux sont ramenés respectivement à 9% et à 17%. Le taux de déperdition scolaire est plus élevé pour les filles que les garçons entre autres à cause de grossesses précoces et non désirées contractées pendant la scolarité⁶⁵. Le taux de scolarisation dans l'enseignement secondaire et tertiaire reste très bas (24,8 % et 3,2 % respectivement).

2.4.5. EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT⁶⁶

70. Le problème de l'eau n'existe pas en termes de quantité au Burundi. Cependant, même si les sources d'eau sont nombreuses, l'accès à l'eau de qualité, indispensable à une bonne santé n'est pas garanti pour une part relativement importante de la population. L'accès de celle-ci aux services d'eau potable reste faible à cause d'une inégale répartition des ressources en eau et de la croissance démographique qui accentue la pression sur cette ressource.
71. Ayant pris la mesure des enjeux en présence, le Gouvernement s'est résolument engagé dans un processus conduisant à l'adoption et la promulgation de la «Politique Nationale de l'Eau» en 2010 à la suite d'une réflexion impliquant l'ensemble des acteurs du domaine de l'eau. L'hygiène et l'assainissement du milieu demeurent encore précaires et exposent les populations à la contamination des maladies infectieuses de différentes natures.

⁶³ MEBSEMFA : Étude sur la déperdition scolaire à l'école primaire au Burundi. Août 2011

⁶⁴ Taux d'achèvement du cycle primaire de 100 %

⁶⁵ UNFPA : Étude sur les grossesses en milieu scolaire au Burundi. Novembre 2013

⁶⁶ Care international-Burundi : Étude sur les politiques et programmes en matière de l'eau et assainissement, de la sécurité alimentaire, des AGR, de l'épargne et crédit et de création d'emploi au Burundi. 2012

2.4.6. GENRE ET EQUITE

72. Des progrès ont été accomplis dans la réalisation de la parité entre les sexes dans l'éducation. Toutefois, même si l'écart se rétrécit, les disparités entre les sexes pour le taux d'achèvement du primaire demeurent (55 % pour les filles contre 57,4 % pour les garçons en 2010)⁶⁷. Au niveau de l'enseignement secondaire, la scolarisation des filles, qui en moyenne quittent l'école plus tôt, n'est que de 70 %⁶⁸ par rapport à celle des garçons. En matière de santé, les services offerts aux femmes et aux enfants se sont nettement améliorés depuis l'instauration de la politique de la gratuité ciblée de soins en 2006.
73. En termes d'opportunités économiques, les ménages dirigés par des femmes sont extrêmement vulnérables et plus sévèrement touchés par la pauvreté que ceux dirigés par les hommes (76% contre 64% pour les hommes)⁶⁹ notamment en raison de l'accès limité à la terre, au capital et au crédit. La stagnation du secteur agricole en raison de la faible productivité a un impact défavorable sur les femmes qui représentent 56% de la population active de ce secteur. En ce qui concerne le pouvoir politique et la prise de décision, la représentation des femmes dans le Gouvernement s'est considérablement améliorée depuis l'élection de 2010. En effet, 45% des membres du Gouvernement sont des femmes et ce taux est de 30% au moins pour les postes aussi bien électifs que législatifs.
74. Les disparités de genre, exacerbées par la crise, ont eu un effet disproportionné sur les femmes et les filles, soumises à la précarité économique, aux pesanteurs socioculturelles et aux violences liées au genre. Bien que la Constitution prône l'égalité des sexes, la discrimination fondée sur le genre persiste dans les pratiques sociales. Sur le plan institutionnel, le Ministère de la Solidarité nationale, des Droits de la Personne humaine et du Genre a été créé. Une Politique nationale relative au genre pour la période 2012-2025⁷⁰ et un Plan d'action relatif à la question ont été élaborés. Malgré la faiblesse des ressources humaines et financières dédiées à la promotion du genre, des points focaux genre ont été mis en place dans les ministères et de nombreux agents ont été formés sur les relations entre genre et développement.

⁶⁷ MSPLS : Étude sur le financement de la santé au Burundi. Rapport synthèse. Mai 2014.

⁶⁸ MSPLS : idem.

⁶⁹ Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la Personne Humaine et du Genre : Politique nationale du Genre du Burundi. Juillet 2012.

⁷⁰ Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la Personne Humaine et du Genre : Politique nationale du Genre du Burundi. Juillet 2012.

CHAPITRE 3. VISION

75. A l'horizon de l'an 2025, le Burundi aura maintenu une paix et une stabilité sociopolitique durable avec une croissance économique assurant **la Couverture Sanitaire Universelle**⁷¹ et le niveau de santé le plus élevé possible à sa population. La couverture sanitaire universelle (CSU) sera possible grâce à l'établissement d'un système de santé et de soins performant, fort et résilient ainsi que d'un système social d'assurance maladie basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessible et équitable capable de satisfaire le droit à la santé de tous et en particulier des groupes les plus vulnérables à travers le développement d'un partenariat solide et interagissant au niveau national, régional et international.
76. Le droit à la santé est reconnu par la Constitution de la République du Burundi du 18 mars 2005 qui dispose que «l'État reconnaît aux citoyens le droit à la santé. Il œuvre à le promouvoir ». Le droit à la santé implique l'obligation pour l'État de définir une PNS à même de promouvoir, de protéger et de restaurer la santé de la population et d'en assurer la mise en œuvre effective.

⁷¹ La couverture sanitaire universelle se compose de deux volets essentiels et étroitement liés à savoir :
– la couverture par les services de santé nécessaires (préventifs, curatifs, promotionnels, de réhabilitation, de réadaptation) et, - la couverture par la protection du risque financier pour chaque individu dans la communauté.

CHAPITRE 4. VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE & OBJECTIFS GENERAUX

La PNS 2016-2025 est structurée autour des valeurs et principes directeurs ci-après :

4.1. LES VALEURS

77. Dans le cadre de la mise en œuvre de la présente PNS, les choix en matière de santé s'appuient sur des valeurs (i) de solidarité, (ii) d'équité et égalité, (iii) de justice sociale, (iv) d'intégrité et d'éthique, (v) de respect des droits humains et de l'égalité du genre.

4.2. LES PRINCIPES DIRECTEURS

78. La mise en œuvre de la PNS 2016-2025 est guidée par les 9 principes directeurs suivants:

- (1) Efficacité et Efficience: la stratégie de mise en œuvre de la PNS est basée sur des interventions efficaces et reconnues à haut impact, elles-mêmes basées sur l'évidence;
- (2) La couverture universelle en soins et services de santé de qualité est basée sur l'extension à tous de la protection sociale en santé à travers un financement suffisant, équitable et durable; elle est complémentaire à des réformes de prestations de services qui réorganisent les services de santé sous forme de soins de santé primaires;
- (3) Participation et appropriation communautaire: la participation et l'appropriation communautaire sous-tendent l'application de l'approche des soins de santé primaires;
- (4) Gestion axée sur les résultats et bonne gouvernance: la transparence, la responsabilisation, la généralisation de la gestion axée sur les résultats, la bonne gouvernance dans l'utilisation des ressources financières et dans la gestion du secteur, constituent des fondements à tous les niveaux. La gestion axée sur les résultats favorise le renforcement du leadership en introduisant l'autorité dirigeante inclusive, participative, négociatrice;

- (5) Complémentarité : la prévention de la maladie, le traitement, la promotion et la restauration / réhabilitation de la santé sont complémentaires;
 - (6) Partenariat : la reconnaissance de la multisectorialité et la mutualisation des responsabilités des autres secteurs prennent en compte le développement des partenariats notamment public-privé nécessaires à la mise en œuvre de la politique de santé; il encourage la promotion de politiques publiques visant à rendre les collectivités plus saines, en combinant les actions de santé publique avec les soins de santé primaires et en menant des politiques publiques saines dans tous les secteurs;
 - (7) Continuité, intégration, acceptabilité et qualité de soins : les soins de santé doivent être acceptables, de bonne qualité, intégrés et continus;
 - (8) Médicaments génériques : l'accès universel aux médicaments essentiels génériques de qualité à coût abordable reste indispensable à l'exercice du droit à la santé ;
 - (9) Évaluation: les interventions et stratégies de soins sont soumises à une évaluation conjointe.
79. Dans le cadre de la présente PNS, les caractéristiques des soins incluent la continuité, l'intégration des soins, la globalité et la pertinence des soins alors que les caractéristiques des services incluent la décentralisation, la permanence, la polyvalence, l'efficacité des services et la conformité aux normes de qualité des soins et services de santé.

CHAPITRE 5. BUT ET OBJECTIFS GENERAUX

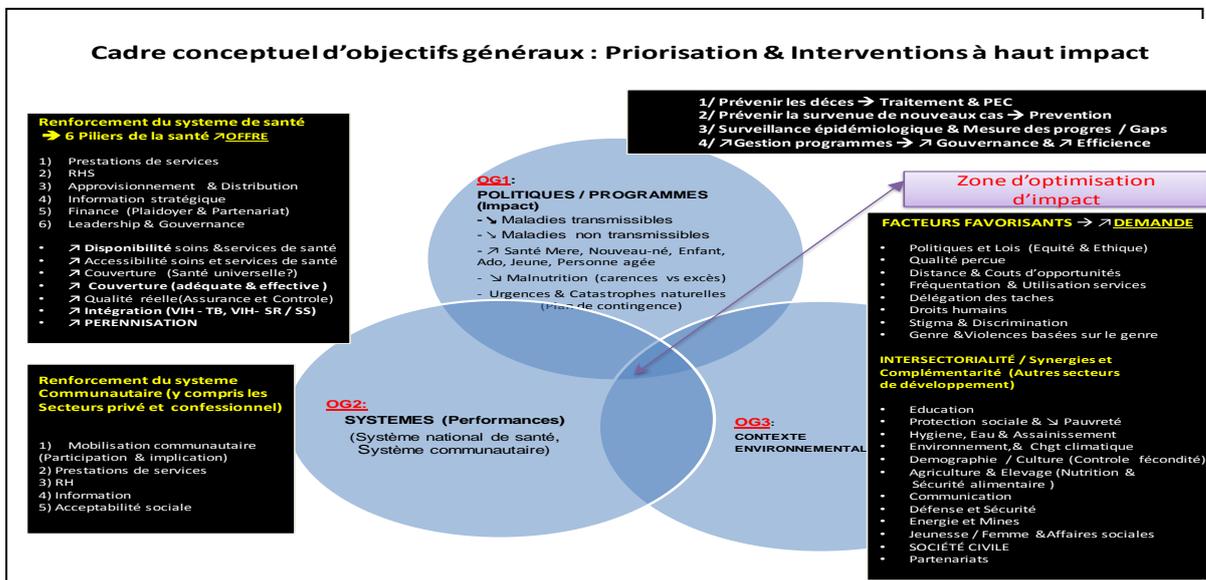
5.1. BUT

80. La présente PNS qui couvre la période décennale 2016-2025 a pour but d'amener la population au niveau de santé le plus élevé possible en vue de sa pleine participation aux efforts multiformes de Développement National Durable en conformité avec les valeurs et principes directeurs ci-haut énoncés.

5.2. OBJECTIFS GENERAUX

81. L'atteinte de ce but passe par les **trois objectifs généraux** ci-après:

- (1) Contribuer à la réduction de l'ampleur (incidence, prévalence) et de la gravité (morbidity, mortalité, handicaps, invalidités) des maladies et des problèmes de santé prioritaires (y compris la malnutrition),
- (2) Améliorer les performances du système national de santé et du système communautaire,
- (3) Renforcer la collaboration intersectorielle pour une meilleure santé,



Source : les auteurs

82. A l'horizon 2025, le Burundi vise :

- (1) le contrôle du paludisme résultant en une réduction de la morbidité et de la mortalité palustre à un niveau acceptable internationalement, à l'aide des outils préventifs et thérapeutiques actuellement disponibles → « Zéro décès dû au paludisme »;
- (2) La fin de l'épidémie de sida avec « Zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au sida.» y compris l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, c'est-à-dire éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie en vue d'une nouvelle génération sans sida ; et un accroissement des ressources domestiques affectées à cette lutte ($\geq 50\%$ du budget alloué à la lutte contre le sida à l'horizon 2020 et $\geq 80\%$ à l'horizon 2025);
- (3) l'élimination de la tuberculose résultant en une réduction de la morbidité et de la mortalité due à la tuberculose conforme aux seuils internationalement acceptables, à l'aide des outils préventifs et thérapeutiques actuellement disponibles → « Zéro décès dû à la tuberculose »;
- (4) le contrôle de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile résultant en une réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile à un niveau internationalement acceptable, à l'aide des outils préventifs, thérapeutiques et promotionnels actuellement et prospectivement disponibles → « Zéro décès et Zéro complication / handicap des mères survenant pendant qu'elles donnent la vie (y compris leurs enfants) » ;
- (5) le contrôle des maladies non transmissibles résultant en une réduction de la morbidité et de la mortalité due à ces pathologies à un niveau internationalement acceptable, à l'aide des outils préventifs et thérapeutiques actuellement et prospectivement disponibles → «Zéro complication / handicap » dû à ces maladies»
- (6) Réduction de la malnutrition jusqu'aux seuils de l'OMS soit : malnutrition chronique : <40%, Insuffisance pondérale : <25%, Malnutrition aigue : <5% particulièrement chez les populations les plus vulnérables notamment les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes ou allaitantes, les personnes vivant avec le VIH et les personnes âgées.

- (7) Le renforcement et la consolidation d'un système d'alerte précoce et des mécanismes cohérents et suffisamment rodés de prévention, de préparation, de riposte et/ou de réponse aux urgences et catastrophes naturelles ou d'origine anthropique.
 - (8) L'existence d'un système de santé national suffisamment renforcé, dynamique et résilient en cas de chocs extérieurs.
 - (9) L'effectivité de la collaboration intersectorielle pour la complémentarité et les synergies stratégiques et opérationnelles en faveur de la santé de la population.
 - (10) L'accès pour les jeunes de 20- 24 ans à (1) l'information et l'offre des services de santé sexuelle et reproductive des jeunes axée sur la prévention des grossesses précoces, la prévention des mariages et maternité précoces, la prévention des IST-VIH/SIDA, (2) services de prévention et prise en charge des addictions (alcool, tabac, drogues), (3) l'éducation nutritionnelle des jeunes et (4) dans le cadre de l'intersectorialité , introduire des séances d'éducation sexuelle et promotion de l'égalité du genre adaptée aux jeunes dans le cursus scolaire et assurer la protection des jeunes contre les violences sexuelles et autres formes de violences basées sur le Genre
 - (11) Le renforcement de l'accès et l'utilisation des services de planification familiale de qualité tenant compte des besoins et du choix libre éclairé de l'individu afin d'atteindre une couverture contraceptive d'au moins 50 %.
83. Pour contribuer à l'atteinte des objectifs généraux fixés, la PNS 2016-2025 définit, dans son chapitre 6, les principaux domaines prioritaires d'action.

CHAPITRE 6. DOMAINES PRIORITAIRES D'ACTION

Pour contribuer à l'atteinte des trois objectifs généraux, les domaines prioritaires d'action sont :

6.1. EN RAPPORT AVEC L'OBJECTIF GENERAL 1:

«CONTRIBUER A LA REDUCTION DE L'AMPLEUR (INCIDENCE, PREVALENCE) ET DE LA GRAVITE (MORBIDITE, MORTALITE, HANDICAPS, INVALIDITES) DES MALADIES ET DES PROBLEMES DE SANTE PRIORITAIRES»

Les principaux domaines prioritaires d'actions sont :

6.1.1. DOMAINE PRIORITAIRE I: «CONTROLE ET/OU ELIMINATION DES MALADIES TRANSMISSIBLES PRIORITAIRES (Y COMPRIS LES MALADIES A POTENTIELS EPIDEMIQUES, LES MALADIES TROPICALES NEGLIGEES ; LES MALADIES EMERGENTES ET RE-EMERGENTES)»

84. Le contrôle et/ou élimination des maladies transmissibles portent sur : (1) Les trois grandes endémo-épidémies (VIH/sida, Tuberculose, Paludisme), (2) les maladies à potentiel épidémique sous surveillance, (3) les maladies émergentes, les maladies ré-émergentes, (4) les maladies tropicales négligées et (5) d'autres maladies transmissibles d'origines virales, bactériennes, parasitaires et fongiques ainsi que les maladies sensibles aux changements climatiques selon l'étendue des menaces à la santé publique qu'elles peuvent représenter dans le temps.
85. Le Gouvernement du Burundi [à travers une approche multisectorielle et pluridisciplinaire pour des complémentarités et des synergies d'action sous le leadership du MSPLS et l'appui des PTF, l'interaction avec la Société civile, le secteur privé et les confessions religieuses] met tout en œuvre pour assurer le contrôle⁷² et/ou l'élimination de ces maladies afin de réduire sensiblement le fardeau sanitaire et socioéconomique qu'elles représentent.

⁷² Selon RBM, le contrôle du paludisme peut être défini comme une réduction de la morbidité et de la mortalité palustre à un niveau localement acceptable, résultant d'efforts délibérés, à l'aide des outils préventifs et thérapeutiques actuellement disponibles.

6.1.1.1. CONCERNANT LE CONTROLE ET/OU L'ELIMINATION DES TROIS GRANDES MALADIES ENDEMO-EPIDEMIQUES (VIH/SIDA, TUBERCULOSE, PALUDISME)

86. Il s'agit de renforcer et de consolider : 1) les mesures de prévention indiquées et appropriées contre chacune de ces maladies, 2) la prise en charge indiquée et appropriée des cas de chacune de ces maladies (médicale, psychosociale, socioéconomique, réhabilitation, réadaptation), 3) la surveillance épidémiologique et la riposte le cas échéant, 4) Les interventions promotionnelles de la santé adaptées à la lutte contre chacune de ces maladies, 5) La gouvernance et la gestion des Programmes à tous les niveaux du système de santé et des soins.
87. Le MSPLS veille à ce que la collaboration entre ses Programmes spécialisés et ses Directions en charge du contrôle et/ou de l'élimination de ces maladies soit effective par l'intégration des interventions sur le plan stratégique et au niveau opérationnel du système de santé pour assurer les économies d'échelle.
88. Pour ces trois maladies qui touchent électivement les populations les plus vulnérables, l'intégration des programmes concernera les aspects VIH/sida-TB, VIH/sida- Paludisme y compris l'intégration triangulaire ou quadrangulaire avec d'autres Programmes (SR, Nutrition, Sécurité Sanguine,...) pour répondre aux besoins des populations vulnérables spécifiques.

6.1.1.2. CONCERNANT LA LUTTE CONTRE LES MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE SOUS SURVEILLANCE :

89. La PNS 2016-2025 vise l'élimination durable des maladies à potentiel épidémique à travers le renforcement des processus, des mécanismes de surveillance intégrée des maladies à tous les niveaux du système de santé et dans les communautés (surveillance des maladies à base communautaire) pour détecter à temps, la survenue d'une épidémie et appliquer avec promptitude, des mesures précoces de contrôle et de riposte visant à endiguer les conséquences (incidence, létalité) et la propagation de l'épidémie.

6.1.1.3. CONCERNANT LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES (MTN).

90. Conformément au Cadre continental de contrôle et d'élimination des maladies tropicales négligées de l'Unité Africaine, le Burundi s'engage à développer les actions appropriées pour agir efficacement contre les MTN⁷³ à travers un programme de contrôle et/ou d'élimination et/ou d'éradication « intégré », qui agit à tous les niveaux de la chaîne épidémiologique: les personnes infectées, les vecteurs, les réservoirs de parasites et l'environnement pour la prévention et le traitement efficace de chacune des MTN bien identifiées dans le pays. Cela passe par les six axes stratégiques ci-après tel que préconisé par l'OMS: (i) la chimioprévention, (ii) la prise en charge correcte et intensifiée des cas, (iii) la lutte anti vectorielle, (iv) la garantie d'une eau sans risque sanitaire et de moyens d'assainissement et d'hygiène, (v) la mise en œuvre de mesures de santé publique vétérinaire et (vi) le renforcement des capacités de contrôle des MTN.

6.1.1.4. CONCERNANT LA LUTTE CONTRE LES MALADIES EMERGENTES ET RE-EMERGENTES

91. Conformément au Règlement Sanitaire International (RSI 2005) auquel le Burundi a souscrit et reconnaissant que les maladies émergentes représentent des menaces graves pour la santé humaine et la stabilité socio-économique et politique des États et des régions entières, le Gouvernement s'engage (i) au renforcement des capacités nationales de détection, de vérification, de notification, de partage d'information, de préparation et de réaction/riposte prompte à tout événement important de santé publique faisant penser aux maladies émergentes ou ré-émergentes, (ii) au renforcement des procédures et mécanismes de coopération inter-pays, sous-régionale et régionale et (iii) à la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan de riposte.

6.1.1.5. CONCERNANT LES AUTRES MALADIES INFECTIEUSES D'ORIGINES VIRALES, BACTERIENNES, PARASITAIRES ET FONGIQUES.

92. Plusieurs autres maladies d'origines virales, bactériennes, parasitaires et fongiques continuent d'être des préoccupations importantes de santé publique. Parmi elles, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques constituent des problèmes de santé prioritaires du fait de

⁷³ Il s'agit principalement de la Filariose lymphatique, les Géohelminthiases, l'Onchocercose, la Schistosomiase, la Lèpre, la Peste, le Pian, la Rage, la Trypanosomiase africaine, l'Ulcère de Buruli, (Dracunculose, Trachome, Leishmaniose)

leur incidence élevée et surtout de leur gravité (morbidité, mortalité) notamment chez les groupes de populations vulnérables au rang desquels les enfants de moins de cinq ans et les personnes âgées. Pour les enfants de moins de cinq ans, elles sont développées en détail dans la section relative à la santé de l'enfant tandis que pour les personnes âgées elles sont prises en compte dans la stratégie globale de lutte contre les maladies infectieuses.

6.1.2. DOMAINE PRIORITAIRE II: « RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES »

93. Face à la charge croissante de morbidité et de mortalité liée aux maladies non transmissibles, le Gouvernement - à travers le Ministère ayant la Santé dans ses attributions s'engage à renforcer la mise en œuvre des approches factuelles pour lutter contre les maladies non transmissibles à travers le renforcement des mesures de prévention, du traitement et de la prise en charge corrects des cas, de la prise en charge des complications et des invalidités, de la surveillance épidémiologique et de la recherche opérationnelle. Pour ce faire, les six principaux domaines stratégiques ci-après sont mis en œuvre:

- (1) Etablissement d'une cartographie de l'épidémie émergente de maladies non transmissibles et analyse des déterminants sociaux, économiques, comportementaux et politiques de ces dernières, avec un accent particulier sur les populations pauvres et défavorisées, afin de donner des orientations pour la mise au point de mesures politiques, législatives et financières qui permettront d'instaurer un environnement favorable à l'action de lutte;
- (2) Réduction du niveau d'exposition des individus et des populations aux facteurs de risque communs des maladies non transmissibles, à savoir le tabagisme, l'alimentation déséquilibrée et la sédentarité ainsi que leurs déterminants;
- (3) Administration de soins de santé de qualité à l'intention des personnes atteintes de maladies non transmissibles en élaborant des normes et des lignes directrices concernant les interventions rentables, la priorité étant accordée au diabète, aux maladies cardiovasculaires, aux cancers et aux maladies respiratoires chroniques tout en s'assurant que les autres groupes de maladies non transmissibles bénéficient d'une attention spécifique du Gouvernement en fonction de leur ampleur et/ou de leur gravité.

- (4) C'est ainsi que la santé mentale, la traumatologie (y compris les brûlures), la santé rééducative, de réhabilitation et de réadaptation, les maladies non transmissibles des domaines de la santé oculaire, de la santé bucco-dentaire, de la dermatologie, de l'oto-rhino-laryngologie ainsi que d'autres spécialités médicales et chirurgicales bénéficient d'une attention particulière et de promotion de centres d'excellence pour leur prise en charge afin de répondre aux besoins spécifiques des groupes de populations concernés.
- (5) Promotion de la recherche et des partenariats pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles; promotion des soins pour le développement de la petite enfance
- (6) Renforcement de la surveillance épidémiologique et de la recherche opérationnelle pour orienter la prise de décisions.

6.1.3. DOMAINE PRIORITAIRE III : AMELIORATION DE LA SANTE MATERNELLE, DU NOUVEAU-NE, DE L'ENFANT D'AGE PRESCOLAIRE, DE L'ENFANT D'AGE SCOLAIRE, DE L'ADOLESCENT(E) ET DE LA PERSONNE AGEE.

94. Dans le cycle de la vie, il y a une forte imbrication de la santé de la mère et celle de l'enfant. Les principaux facteurs qui majorent la mortalité maternelle et néonatale sont les «4 retards»⁷⁴ et les «4 trop»⁷⁵.
95. Les taux de mortalité maternelle et néonatale, infantile et infanto-juvénile demeurent encore très élevés⁷⁶ au Burundi. Le Gouvernement met tout en œuvre pour que les interventions-clés à efficacité prouvée soient intensifiées afin d'améliorer la santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant d'âge préscolaire et de l'adolescent(e) à travers un continuum de soins et services de santé durant les périodes critiques suivantes.

(1) **Période pré-gestationnelle:** (1) intensification des interventions de planification familiale pour remédier aux «4 trop»; (2) renforcement des interventions de santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s et des jeunes; (3) dans le cadre de l'intersectorialité: la promotion de l'alimentation et la nutrition des femmes enceintes et des filles, la promotion de l'éducation des enfants (filles et garçons)

(2) **Période gestationnelle:** (1) renforcement et extension des soins prénatals de qualité; (2) utilisation des soins prénatals comme une plate-forme pour l'intégration des interventions propices à améliorer la santé maternelle et néonatale (alimentation/nutrition et immunisation maternelle, lutte contre les verminoses, l'anémie, le paludisme et le VIH/SIDA chez la femme enceinte, le suivi et soins d'autres maladies sous-jacentes); (3) disponibilité permanente des médicaments et autres intrants qui sauvent la vie des femmes durant la période gestationnelle

⁷⁴ **Les « 4 retards »** sont : 1) Retard de reconnaissance communautaire des signes d'alerte et de danger durant la période gestationnelle, la période de travail et de l'accouchement, la période post partum (mère), et la période postnatale (nouveau-né),...*ce qui entraîne*, 2) Retard de prise de décision de recourir à une formation sanitaire la plus proche....*une fois la décision prise*, 3) Retard de trouver un moyen de transport rapide et approprié pour atteindre la formation sanitaire la plus proche,*une fois arrivée dans le système de soins (centres de santé, hôpitaux)*, 4) Retard dans la prise en charge obstétricale et néonatale par un personnel de santé qualifié et compétent

⁷⁵ **Les « 4 trop »** sont : 1) Grossesses trop précoces (<15ans), Grossesses trop rapprochées (< 3 ans), Grossesses trop nombreuses (> 5), Grossesses trop tardives (> 35 ans)

⁷⁶ -Ratio de mortalité maternelle au Burundi : 500 décès pour 100.000 naissances vivantes (EDS 2010), -Taux de mortalité infanto-juvénile au Burundi : 142 décès/1000 naissances vivantes (EDS 2010)

au niveau des formations sanitaires, (4) renforcement opérationnel du système de référence et contre-référence efficacement articulé, outillé et décentralisé avec un centrage autour des hôpitaux de districts et autres centres de référence., (5) renforcement de la promotion de la planification familiale lors des consultations prénatales

(3) **Période de travail et de l'accouchement** : (1) équipement adéquat et approprié des maternités et hôpitaux de référence (y compris les Kits chirurgicaux), (2) accompagnement qualifié des accouchements⁷⁷, (3) Renforcement des capacités pour l'offre de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) ou complets (SONUC) y compris la référence et contre référence, (4) disponibilité permanente des médicaments et autres intrants qui sauvent la vie des femmes durant la période de travail et l'accouchement au niveau des formations sanitaires faisant office de maternités et au niveau des hôpitaux de districts et (5) promotion de l'allaitement précoce dans les 30 minutes suivant l'accouchement⁷⁸, (6) prévention des complications obstétricales handicapantes de la sphère uro-génitale et rectale (déchirures, fistules obstétricales), (7) renforcement de la promotion et de l'offre des services de la planification familiale de qualité dans les services de maternité durant le post partum.

(4) **Période post partum (mère)** : (1) renforcement du suivi et des soins post partum immédiat de qualité, (2) renforcement de la qualité des consultations post-partum, (3) disponibilité permanente des médicaments et autres intrants qui sauvent la vie des femmes durant la période post partum au niveau des maternités et autres formations sanitaires de proximité, (4) mise à l'échelle introduction et systématisation des revues audits des décès maternels et leur monitoring au sein des formations sanitaires et des communautés, (5) prise en charge thérapeutique et psychosociale précoce des complications obstétricales handicapantes de la sphère uro-génitale et rectale et, le cas échéant, un plaidoyer pour la prise en charge socioéconomique des cas d'échecs thérapeutiques, (6) renforcement de la promotion et de l'offre des services de la planification familiale de qualité dans les consultations postnatales

⁷⁷ UNICEF : Situation des enfants dans le monde 2009. Santé maternelle et néonatale. p103

⁷⁸ Black et al. Lancet 2008 et 2013; WHO 2013 Essential Nutrition Actions: Improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition

- (5) **Période postnatale (nouveau-né):** (1) renforcement du suivi et des soins postnatals immédiats, (2) renforcement de la qualité de prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né, (3) équipement adéquat et approprié des services de néonatalogie, (4) formation des soignants aux méthodes factuelles de prise en charge qui sauvent les nouveau-nés fragiles (prématurés) ou malades, (5) mise à disposition permanente des formes pédiatriques des médicaments dans les maternités et les hôpitaux, (6) promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois⁷⁹ et (7) enseignement des stratégies de stimulations cognitives et sensorielles du nouveau-né aux parents et personnel médical.
- (6) **Période de la petite enfance (jusqu'à 11 mois):** (1) surveillance régulière de la croissance et du développement psychomoteur du nourrisson, (2) protection contre les maladies évitables par l'immunisation selon le calendrier vaccinal national, (3) nutrition du nourrisson (allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, supplémentation en micronutriments, alimentation de complément adéquat, approprié et de qualité à partir du 6^e mois), (4) prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (en veillant à la disponibilité des médicaments pédiatriques de qualité)
- (7) **Période de l'enfance (12-59 mois) :** (1) surveillance de la croissance et du développement psychomoteur et intellectuel de l'enfant; (2) protection additionnelle contre certaines maladies évitables par la vaccination; (3) déparasitage systématique; (4) nutrition du jeune enfant (allaitement jusqu'à 2 ans et alimentation équilibrée et diversifiée y compris la supplémentation en Vitamine A et autres micronutriments); (4) prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (en veillant à la disponibilité permanente des formes de médicaments pédiatriques de qualité dans les formations sanitaires et au niveau communautaire⁸⁰; (5) prévention et prise en charge précoce des traumatismes (blessures, fractures, brûlures); (6) dans le cadre de l'intersectorialité avec l'éducation au niveau préscolaire : promotion de l'éveil de l'enfant dans les garderies communautaires.
- (8) **Période scolaire (6 à 10 ans):** (1) prévention et prise en charge de la malnutrition, (2) prévention et prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (y compris le rhumatisme articulaire aigu), prévention et prise en

⁷⁹ Idem que 35

⁸⁰ Dans le cadre de la PCIME communautaire.

charge (y compris la réadaptation) des traumatismes (et leurs séquelles résiduelles); (3) prévention contre l'usage des substances nocives (tabac, alcool, drogues); (4) dans le cadre de la promotion de la santé scolaire: santé bucco-dentaire et oculaire, éducation à l'hygiène individuelle et de l'environnement, prévention des IST et VIH/SIDA adaptée à l'enfant d'âge scolaire; (5) dans le cadre de l'intersectorialité : - protection sociale de l'enfant contre les maltraitements physiques, les pratiques traditionnelles néfastes (ex: ablation de la luette et de bourgeons dentaires) et les abus sexuels ; - la promotion du genre adaptée à l'enfant d'âge scolaire.

(9) **Période de l'adolescence (10- 20 ans)** : (1) l'information et l'offre des services de santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s et des jeunes axée sur la prévention des grossesses précoces, la prévention des IST-VIH/SIDA, la prévention des mariages précoces (2) prévention (et prise en charge) des addictions (alcool, tabac, drogues), (3) éducation nutritionnelle des adolescent(e)s et des jeunes. Dans le cadre de l'intersectorialité : - introduction de l'éducation sexuelle adaptée aux adolescent(e)s et aux jeunes dans le cursus scolaire,- promotion de l'égalité du genre dans les écoles, - protection des adolescent(e)s contre les violences sexuelles et autres abus sexuels (viols).

(10) **Période de la jeunesse (20- 24 ans)** : (1) l'information et l'offre des services de santé sexuelle et reproductive des jeunes axée sur la prévention des grossesses précoces, la prévention des mariages et maternité précoces, la prévention des IST-VIH/SIDA, (2) prévention (et prise en charge) des addictions (alcool, tabac, drogues), (3) éducation nutritionnelle des jeunes. Dans le cadre de l'intersectorialité : - introduction de l'éducation sexuelle adaptée aux jeunes dans le cursus scolaire et promotion de l'égalité du genre, - protection des jeunes contre les violences sexuelles et autres formes de violences basées sur le Genre.

(11) L'Age adulte et la personne âgée. La personne âgée a besoin de prise en charge mais cela se prépare déjà à la période de la majorité. Ainsi la présente politique va s'ateler à sensibiliser tout le monde sur la nécessité d'avoir une bonne vie même en période de sénescence.

96. Le Ministère ayant la santé dans ses attributions veille à ce que la collaboration de ses programmes spécialisés (PNSR, PNILP, PNLS, PEV, PNIMTNC, PRONIANUT, CNTS, PNILMCNT, PNILT et autres)

soit étroite et effective pour l'intégration des services dans le système de soins afin d'améliorer la survie de la femme et de l'enfant.

97. Le Gouvernement veille à ce que la collaboration, la complémentarité et les synergies entre le Ministère ayant la santé dans ses attributions et les autres ministères dont les actions contribuent à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant (au sens large) puissent être étroites, structurées et effectives. Pour cela, les espaces d'intersection opérationnels sont clairement définis et les actions réparties par domaines de responsabilités stratégiques, tactiques et opérationnels pour assurer la rationalité et les économies d'échelle.

6.1.4. DOMAINE PRIORITAIRE IV : LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION

98. La malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans demeure un problème majeur de santé publique et de développement au Burundi. Le Gouvernement s'engage à mettre tout en œuvre pour réduire la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans d'ici à l'horizon 2025.
99. Pour combattre rationnellement et efficacement la malnutrition, un abord multisectoriel, pluridisciplinaire et multipartenaire est requis pour mettre en conjonction, en complémentarité et en synergie les stratégies, les tactiques et les ressources disponibles afin de potentialiser les effets et l'impact.
100. Le Gouvernement, par l'entremise du Ministère ayant la santé dans ses attributions et les autres ministères concernés par l'amélioration de l'état nutritionnel, la sécurité et l'autosuffisance alimentaire des populations s'engage à prendre toutes les mesures et dispositions nécessaires et appropriées pour l'actualisation et la mise en œuvre coordonnée, rationnelle et efficace du « Plan stratégique multisectoriel de sécurité alimentaire et de nutrition » où les responsabilités, les procédures de mise en œuvre, les mécanismes de coordination d'actions, les espaces d'intersection stratégiques, tactiques et opérationnels de chaque secteur concerné sont clairement définis y compris le cadre légal.

6.1.4.1. REDUCTION DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

101. L'état nutritionnel de l'enfant de moins de cinq ans est en majeure partie tributaire et très influencé par la santé, l'état nutritionnel; le statut socioéconomique, les conceptions culturelles et anthropologiques de la mère durant les «1000» jours de la fenêtre d'opportunités qui commencent dès le début de la grossesse jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant. Durant cette période, l'enfant a des besoins nutritionnels accrus pour subvenir à sa croissance et à son développement rapide; il est plus vulnérable aux infections, présente une sensibilité accrue à la programmation métabolique et est totalement dépendant des autres en termes d'alimentation, de soins et d'interactions sociales.
102. Pour agir rationnellement et efficacement contre la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans, le Gouvernement facilite la mise en œuvre des interventions préventives, curatives et promotionnelles basées sur les évidences durant les périodes pré gestationnelle, gestationnelle, de la petite enfance et de l'enfance.

6.1.4.2. REDUCTION DE LA MALNUTRITION CHEZ LA FEMME EN AGE DE PROCREER, SURTOUT LA FEMME ENCEINTE OU LA FEMME ALLAITANTE

103. L'état nutritionnel d'une femme a un impact direct sur ses chances de survivre de sa grossesse et les chances de son enfant de mener une vie saine. En plus des interventions intégrées dont est bénéficiaire la femme enceinte durant les soins prénatals et déjà mentionnées dans les paragraphes du point 6.1.3., le Gouvernement promeut les interventions nutritionnelles rationnelles et à haut impact pour la santé de la femme enceinte ou en âge de procréer notamment (i) la supplémentation en micronutriments (principalement le fer), (ii) l'offre permanente à la consommation de sel adéquatement iodé dans tous les ménages, (iii) la promotion de l'alimentation riche, diversifiée et adéquate pour la femme en âge de procréer en général et pour l'adolescente, la femme enceinte et la femme allaitante en particulier.

6.1.4.3. AMELIORATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL DES AUTRES GROUPES VULNERABLES (PVVIH, ORPHELINS,...)

104. Le Gouvernement veille à ce que les groupes vulnérables bénéficient d'interventions nutritionnelles et de support alimentaire diversifié et conséquent pour combattre la malnutrition carencielle.

6.1.4.4. REDUCTION DE LA MALNUTRITION PAR EXCES

105. Le Burundi se trouve encore à un stade précoce de la transition nutritionnelle caractérisé par de faibles taux de surcharge pondérale et d'obésité (estimé à 2,9%) essentiellement chez les populations urbaines (10%) ayant adopté des modes de vie et d'alimentation « obésitogènes » susceptibles d'induire les maladies chroniques non transmissibles notamment le diabète, les maladies cardiovasculaires et rénales. Ces maladies sont à la base de complications susceptibles de dépasser les capacités nationales de prise en charge et nécessiter des évacuations et transferts sanitaires coûteux vers les pays étrangers. Le Gouvernement s'engage à lutter contre la malnutrition par excès par :

- (i) la prévention de l'obésité chez les enfants dès leur plus jeune âge,
- (ii) la promotion de mode de vie et d'alimentation rationnelle, saine et équilibrée,
- (iii) la promotion de l'activité physique régulière.

6.1.4.5. HARMONISATION DE POLITIQUES ET STRATEGIES INTERSECTORIELLES POUR COMBATTRE LA MALNUTRITION

106. Le Gouvernement veille à la mise en place et à l'harmonisation des politiques et stratégies intersectorielles dont la convergence d'effets et d'impacts améliore la nutrition et la santé de la population. Il s'agit de :

- (1) Mobilisation nationale et internationale des ressources financières nécessaires en faveur de la lutte contre la malnutrition
- (2) Renforcement du partenariat public-privé pour la fortification des aliments conformément aux normes nationales, régionales et/ou internationales
- (3) Renforcement des programmes de protection sociale pour aider les familles pauvres / vulnérables à accéder aux services de santé et de nutrition gratuitement.
- (4) Intégration des indicateurs nutritionnels dans le système de financement basé sur la performance dans l'optique d'une réponse intégrée de santé et de nutrition

- (5) Renforcement de l'abord socioculturel de la malnutrition en finançant les études socio-anthropologiques pour identifier les goulots d'étranglement culturels rattachés à la nutrition et à l'alimentation pour aider à développer un plan intégré de communication axé sur le changement des comportements et des attitudes visant à combattre les pratiques nutritionnels et alimentaires néfastes.

6.1.5. DOMAINE PRIORITAIRE V : PREPARATION ET REPONSE AUX URGENCES ET CATASTROPHES NATURELLES OU D'ORIGINE ANTHROPIQUE

107. Selon l'analyse faite et l'expérience des années écoulées, le profil d'urgence humanitaire du Burundi comporte six risques majeurs⁸¹ repris comme suit par ordre de priorité: (i) conflits sociopolitiques, (ii) insécurité alimentaire, (iii) risque sismique, (iv) épidémies (cholera, paludisme...), (v) inondations/sécheresses, (vii) vents violents.
108. Afin de réduire les risques, de préparer et de répondre aux urgences complexes dont la santé des populations exposées est au centre des préoccupations, le Gouvernement veille à ce que toutes les dispositions nécessaires, indiquées et appropriées soient prises pour faire face à toutes les crises sanitaires provoquées par l'exposition brutale des populations aux aléas majeurs y compris les conséquences et effets extrêmes du changement climatique. Pour ce faire, le plan de contingence multisectoriel est périodiquement actualisé et adapté à la prévisibilité des risques majeurs d'ordre naturel ou d'origine anthropique en fonction de saisons, de la situation, géographique et du contexte politique. Pour faire face à ces aléas majeurs, le Gouvernement crée un « fonds de réserve » destiné à répondre aux situations d'urgence, met en place un système et des mécanismes efficaces d'alerte précoce et pré positionne des ressources nécessaires périodiquement recyclées dans les régions à risque afin de répondre promptement au volet sanitaire des urgences et catastrophes naturelles ou de causes anthropiques.

⁸¹ Plan de contingence nationale de gestion des urgences au Burundi. Lien : <http://www.spncsburundi.net/images/plan%20de%20contingence%20nationale%20de%20gestion%20des%20urgences.pdf>

6.2. EN RAPPORT AVEC L'OBJECTIF GENERAL 2 : «AMELIORER LES PERFORMANCES DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE ET DU SYSTEME COMMUNAUTAIRE »

6.2.1. DOMAINE PRIORITAIRE I : AMELIORATION DES PERFORMANCES DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE ET DE SOINS A TRAVERS LE RENFORCEMENT DES SIX PILIERS DU SYSTEME DE SANTE

6.2.1.1. AMELIORATION DES PRESTATIONS DE SOINS ET SERVICES DE SANTE

109. La PNS 2016-2025 garantit la couverture des populations en continuum de soins et services de santé de qualité (globalité, intégration, continuité) centrés sur le patient à travers la mise en place des approches favorables à l'apport quantitatif et qualitatif en RHS, en infrastructures sanitaires, en médicaments essentiels et équipements appropriés et adaptés au contexte du Burundi afin d'offrir des soins et services de santé essentiels à la population y compris au niveau communautaire et dans un environnement physique sécurisé par la bonne gestion de déchets biomédicaux.

6.2.1.2. MEDICAMENTS ESSENTIELS, VACCINS, PRODUITS SANGUINS ET TECHNOLOGIES MEDICALES

110. Dans ce domaine, la PNS 2016-2025 définit les orientations stratégiques majeures suivantes: (i) l'amélioration de la disponibilité et de l'accès aux médicaments de bonne qualité et à moindre coût avec un accent sur la promotion des médicaments génériques ainsi que la promotion de leur usage rationnel, (ii) le renforcement du cadre institutionnel, juridique et réglementaire du secteur pharmaceutique, (iii) le renforcement de contrôle de qualité et des capacités de gestion rationnelle et des médicaments essentiels, vaccins, produits sanguins,... et (iv) la coordination des approvisionnements des produits de santé.

6.2.1.3. DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE (RHS)

111. La PNS 2016-2025 prône le développement diversifié et qualifié des RHS afin de les mettre à la disposition du patient et des communautés pour leur garantir des prestations sanitaires de qualité respectant l'éthique, la déontologie, l'équité, les valeurs et les principes

fondamentaux tout en se conformant aux standards internationaux et, en adaptant certains curricula par des renforcements des capacités techniques spécifiques et appropriées⁸² pour répondre efficacement aux besoins sanitaires du pays . Pour cela, le Ministère ayant la Santé dans ses attributions, sur base des études sur les RHS^{83,84} déjà disponibles, met en œuvre les orientations stratégiques et les recommandations y afférentes pour doter le pays en RHS répondant aux normes de quantité et de qualité à tous les niveaux du système de santé et soins au Burundi.

6.2.1.4. INFORMATION SANITAIRE

112. La PNS 2016-2025 garantit la disponibilité, le partage et l'utilisation en temps réel aux différents niveaux de collecte d'une information sanitaire de qualité notamment sur l'état de santé de population et les performances du système de santé afin de faciliter la prise des décisions basée sur les évidences sanitaires. Par conséquent, le Gouvernement à travers le Ministère ayant la santé dans ses prérogatives affecte des ressources nécessaires et suffisantes pour améliorer la fonctionnalité du SNIS à tous les niveaux du système de santé et des soins avec l'apport des nouvelles technologies de l'information et de la communication(NTIC) à travers leurs différentes options applicables dans les domaines de la santé(Téléphonie mobile, Internet et ses applications).

6.2.1.5. FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE

113. La PNS 2016-2025 vise à assurer un financement du secteur plus équitable, plus efficace, plus efficiente, plus viable et plus durable. Pour y parvenir, la PNS prône la mobilisation nationale⁸⁵ et internationale (apports bilatéraux et multilatéraux) des ressources financières nécessaires et suffisantes au financement du secteur de la santé dans son ensemble et garantissant l'accès et l'utilisation de soins et services de santé à toutes les couches de la population particulièrement celles les plus vulnérables et/ou financièrement les plus démunies.

⁸² A l'instar du « Plan opérationnel pour la mise en œuvre de la chirurgie de l'hôpital de district au Burundi » élaboré par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, 2014.

⁸³ MSPLS : Cartographie des ressources humaines en Santé. Rapport 2013 publié en novembre 2014.

⁸⁴

⁸⁵ Mobilisation financière nationale : 1) affectation de 15% du budget national à la santé : Déclaration d'Abuja, 2) mise en place des mécanismes innovants de financement des secteurs sociaux de base dont la santé.

6.2.1.6. LEADERSHIP, GOUVERNANCE ET PILOTAGE DU SECTEUR DE LA SANTE

114. La PNS 2016-2025 vise le renforcement du leadership et de la gouvernance du Ministère ayant la Santé dans ses attributions pour la coordination efficace de tous les intervenants et leurs interventions dans le secteur de la santé conformément à la Déclaration de Paris (2005) et le Programme d'action d'Accra (2008) sur l'efficacité de l'aide au développement. Ce leadership s'accompagne nécessairement par la consolidation de la gouvernance et du pilotage du système de santé.

6.2.2. DOMAINE PRIORITAIRE II: AMELIORATION DU SYSTEME DE SANTE COMMUNAUTAIRE

115. La PNS vise le renforcement des interventions au niveau communautaire à travers :

- (1) la mise en œuvre du paquet de prestations de services du niveau communautaire à travers le FBP communautaire y compris la participation des GASC dans la collecte de l'information à base communautaire ;
- (2) la formation des prestataires communautaires de services de santé ;
- (3) le renforcement des capacités des organes communautaires de coordination des interventions à base communautaire;
- (4) la mise en place des cellules et mécanismes de veille sanitaire à base communautaire pour le fonctionnement d'un système d'alerte précoce à base communautaire.

6.3. EN RAPPORT AVEC L'OBJECTIF GENERAL 3: «RENFORCER LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE POUR UNE MEILLEURE SANTE»

6.3.1. DOMAINE PRIORITAIRE I : AMELIORATION DE LA DEMANDE DE SOINS ET SERVICES DE SANTE

La PNS renforce la demande de soins de santé par la population et, en particulier, les groupes les plus vulnérables à travers les mesures concrètes prises par le Gouvernement pour le renforcement de :

- POLITIQUES ET LOIS

116. Le Gouvernement veille à la promulgation des lois et des politiques favorables à la santé de la population et abroge ou ne promulgue

toutes dispositions légales susceptibles d'entraver la mise en œuvre des interventions sanitaires et particulièrement celles touchant des groupes les plus vulnérables notamment les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, les personnes vivant avec le VIH, les personnes vivant avec un handicap, les personnes âgées, les différentes catégories sociales minoritaires (orphelins, etc....)

- **QUALITE PERÇUE DES SOINS ET SERVICES DE SANTE PAR LES POPULATIONS**

117. Le Gouvernement prend les mesures nécessaires visant à - renforcer la qualité des soins plaçant le patient au centre des prestations, - l'amélioration de la qualité de l'accueil, l'information correcte du public et du patient sur les soins et les services de santé disponibles, la communication avec les soignants,- l'amélioration constante des conditions de séjour dans les établissements de soins ainsi que la qualité technique des soins.

- **FREQUENTATION ET UTILISATION DES SERVICES**

118. Le Gouvernement vise : (i) la poursuite de la mise en œuvre du plan d'extension et du renforcement de la couverture du territoire national en FOSA et plateau technique de qualité en réduisant les distances à parcourir par la population notamment les groupes les plus vulnérables; (ii) l'amélioration constante de la qualité des soins et services de santé ; (iii) le renforcement de la couverture et le partage du risque à travers les mesures de solidarité et de protection du risque financier.

- **DELEGATION DE TACHES ET DE COMPETENCES**

119. Le Gouvernement institutionnalise et systématise l'approche basée sur la délégation des tâches et des compétences à travers des mesures d'accompagnement appropriées au rang desquelles la formation, la motivation et la fidélisation des RHS, le soutien et l'encadrement continu et rapproché par des mentors / tuteurs / coachs pour garantir la qualité des soins et services de santé dispensés.

- **DROITS HUMAINS**

120. Le Gouvernement vise : (i) le renforcement du «principe du droit à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux pour tous» et l'accessibilité aux services de prévention et de prise en charge des maladies en faveur des populations y compris les plus vulnérables et/ou marginalisées; (ii) la mise en place des mesures

visant à promouvoir un environnement juridique et sécuritaire favorable à la santé et à lutter contre les atteintes aux droits des populations et notamment des catégories les plus vulnérables et les plus marginalisés et (iii) le renforcement du respect du droit à la santé et ses liens avec d'autres droits humains.

- **STIGMA ET DISCRIMINATION**

121. Le Gouvernement renforce la lutte contre toute forme de stigma et de discrimination (i) en s'attaquant aux causes du phénomène, (ii) en renforçant les capacités / compétences et (iii) en impliquant le personnel soignant, les réseaux d'organisations de la société civile y compris les organisations de confessions religieuses.

- **GENRE ET VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE**

122. Le Gouvernement vise (i) la mise en place d'un environnement juridique favorable au travers de politiques qui protègent les femmes et les filles contre la violence basée sur le genre et promeuvent l'égalité des sexes; (ii) la promotion des programmes qui intègrent la dimension «genre» et mettent en relief la participation équitable des femmes et d'autres groupes sous-représentés (tels les adolescents, les travailleurs / travailleuses du sexe et les personnes à orientation sexuelle différente) à la conception des projets et programmes, à la prise de décisions et à l'établissement de priorités; (iii) ainsi que la mise en place de mesures et services garantissant des soins complets post agressions sexuelles (y compris le viol) de qualité en faveur des survivant(e)s de violences basées sur le genre.

6.3.2. DOMAINE PRIORITAIRE II : RENFORCEMENT DE LA COMPLEMENTARITE ET DES SYNERGIES INTERSECTORIELLES

123. Considérant que la meilleure santé des populations est le fruit de l'ensemble de toutes les politiques sectorielles, le Gouvernement promeut et facilite les complémentarités, les synergies et les interconnexions stratégiques intersectorielles afin que chaque secteur [public, privé, société civile (y inclus le secteur confessionnel)] concerné par les interventions contribuant à l'amélioration de l'état de santé de populations, puisse mobiliser les ressources nécessaires et suffisantes afin de les mettre à contribution de manière rationnelle pour remplir ses attributions, mandats et missions particuliers.

6.3.2.1. IMPLICATION DU SECTEUR PUBLIC

124. Les Ministères ayant le Plan, l'Economie et les Finances publiques dans leurs attributions ont pour mission de mobiliser les ressources nécessaires et de les mettre à la disposition du Ministère en charge de la santé (la Déclaration d'Abuja recommande un minimum de 15%) et d'autres ministères particulièrement concernés par l'amélioration de l'état de santé de la population afin qu'ils remplissent correctement leurs missions respectives.
125. Le Ministère ayant l'Education nationale dans ses attributions et ses PTF pour le renforcement de la scolarité des filles et des garçons, l'alphabétisation des femmes et des hommes afin d'améliorer de façon durable les connaissances pour une meilleure santé.
126. Le Ministère ayant l'Agriculture et l'Elevage dans ses attributions et ses PTF pour le renforcement durable de la sécurité et de l'autosuffisance alimentaire pour une meilleure nutrition, gage d'une bonne santé.
127. Le Ministère ayant la gestion de l'Eau dans ses attributions et ses PFT respectifs pour l'amélioration de la desserte et la couverture de la population en eau potable et l'amélioration globale du cadre de vie.
128. Les Ministères ayant la Gestion de l'Environnement et les questions de changement climatique dans leurs attributions et leurs PTF pour l'assainissement et l'hygiène du milieu et la mitigation des effets de changement climatique sur la nutrition et la santé.
129. Les Ministères ayant la Démographie et la culture dans leurs attributions et leurs PTF respectifs pour édicter les lois et assurer la mise en place de mesures favorables au contrôle de la fécondité pour une meilleure maîtrise de la démographie.
130. Les Ministères ayant les questions de Défense et de Sécurité nationales dans leurs attributions et leurs PTF pour la consolidation durable de la sécurité et de la paix en faveur de la santé.
131. Le Ministère ayant la communication dans ses attributions et ses PTF pour une large diffusion des informations favorables à la santé.
132. Les Ministères en charge des questions de la Jeunesse, du Genre et de la Femme pour l'éducation à la citoyenneté responsable, l'égalité et l'équité du genre, l'égalité des droits entre les hommes et les femmes, l'autonomisation des femmes pour une meilleure santé
133. Les Ministères ayant la Protection sociale dans leurs attributions et leurs PFT respectifs pour une plus grande couverture socio-sanitaire de la population.
134. Les Ministères ayant l'Energie et les Mines dans leurs attributions pour améliorer la couverture de la population et des infrastructures socio-

sanitaires en énergie électrique renouvelable et durable en faveur de la santé.

135. Les Ministères ayant les industries agro-alimentaires dans leurs attributions pour la facilitation de l'enrichissement et la fortification des aliments en faveur de la santé
136. Le Gouvernement incite les autres ministères non mentionnés ci-dessus et dont les politiques sectorielles contribuent à l'amélioration de l'état de santé de population à remplir leurs mandats et missions respectifs.

6.3.2.2. IMPLICATION DE SECTEUR PRIVE ET CONFESIONNEL

137. Le Gouvernement promeut et facilite le partenariat public-privé pour l'amélioration de la situation sanitaire de la population
138. Le Gouvernement promeut et facilite le développement des œuvres sanitaires des organismes confessionnels

6.3.2.3. IMPLICATION DE LA SOCIETE CIVILE

139. Le Gouvernement promeut et encourage les organisations de la société civile dans toutes leurs interventions contribuant à l'amélioration de l'état de santé de populations.

CHAPITRE 7. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

7.1. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

140. Le système de santé du Burundi est organisé en une pyramide sanitaire à trois niveaux:

- (1) le niveau central assure l'élaboration des politiques et les stratégies, la planification, la mobilisation des ressources, la gestion, le suivi et l'évaluation des performances, la réglementation et la coordination du secteur. Il organise et coordonne les niveaux intermédiaires et périphériques du système de santé, et leur fournit les moyens administratifs, techniques et logistiques pour leur action.
- (2) le niveau intermédiaire avec 17 bureaux provinciaux chargés de la coordination et de l'appui aux districts. Le niveau intermédiaire est responsable de la mise en œuvre des politiques de santé, de la coordination des activités et de la fourniture d'appuis administratifs, techniques et logistiques. Elle assure la distribution équitable et l'utilisation efficiente des ressources aux districts. Dans le cadre de ses responsabilités, le Médecin Directeur de la province sanitaire conseille le Gouverneur de province en matière de santé.
- (3) Le niveau périphérique est représenté par le district sanitaire considéré comme l'entité opérationnelle de base du système national de santé. Il est constitué d'une base administrative, d'un hôpital de district, et d'un réseau de centres de santé publics, agréés, ou privés. A tous les niveaux du district sanitaire, les décisions sont prises collectivement à travers des comités de santé (COSA) et comités de gestion (COGE) qui servent d'interfaces entre les FOSA et les communautés à la base dans le secteur de la santé. La communauté joue un rôle dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de santé primaires et la recherche de solutions appropriées aux problèmes locaux de santé et la mobilisation des ressources. Le niveau périphérique comporte 45 districts sanitaires.

7.2. ORGANISATION DU SYSTEME DE PRESTATIONS DE SOINS ET SERVICES DE SANTE

141. La PNS garantit l'accès à un paquet essentiel d'interventions à haut impact au niveau des services de santé de premier échelon, la mise en œuvre d'un paquet complémentaire d'activités (PCA) dans tous les hôpitaux de référence, la mise en place d'un système de complémentarité verticale et horizontale entre les FOSA de différents

niveaux y compris les interfaces communautaires. En vue d'assurer une prestation équitable de soins à travers le pays, des paquets d'interventions différents sont définis pour chacun des niveaux du système de prestation de soins (FOSA de premier contact et structure de référence). Le contenu du paquet est adapté en priorité aux interventions à fort potentiel d'impact et d'efficacité avérée en vue d'atteindre les objectifs de la PNS.

142. Afin de remédier aux évacuations sanitaires à l'étranger consécutives aux graves complications des différentes maladies et/ou aux traumatismes, le Gouvernement veille à l'implantation de centres d'excellence au sein des CHU et hôpitaux de référence nationale pour assurer des soins et services de santé de qualité du niveau tertiaire dans le pays.

7.3. CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE GESTION

143. La mise en œuvre de la PNS 2016-2025 s'opère au travers de deux Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS 2016-2020 et PNDS 2021-2025). Chaque PNDS comprend (i) un Cadre de suivi-évaluation (CSE), (ii) un Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) ainsi qu'un Cadre logique. Sur la base des PNDS, les Directions centrales et différents Programmes nationaux élaborent leurs Plans stratégiques alignés sur ces PNDS. Chaque année, des plans d'actions opérationnels sont élaborés par chaque niveau du système national de santé afin de faire converger les interventions des différents acteurs vers la réalisation des objectifs définis dans les PNDS.
144. Les rôles et responsabilités des différents acteurs dans la mise en œuvre de la PNS sont définis conformément à l'organisation du système de santé et des paquets d'activités des différents niveaux du système de prestation de soins et services de santé. Pour la mise en œuvre effective de la nouvelle PNS, des responsabilités précises sont dévolues au Gouvernement, aux partenaires, aux collectivités locales et aux communautés.

7.3.1. LE GOUVERNEMENT

145. Le Ministère en charge de la Santé joue un rôle d'animateur principal dans la mise en œuvre de la PNS en assurant le rôle de coordination des autres secteurs et partenaires. Il a la responsabilité de la définition

des normes et standards, mais aussi celle de la mise en œuvre des actions du secteur de la santé à travers les fonctions suivantes⁸⁶:

- (1) la fonction administrative au travers de la conception d'un système de santé cohérent, intégrant les aspects de réglementation, de régulation et de coordination à l'intérieur du secteur ;
- (2) la fonction de production des ressources et notamment la production et la stabilisation des RHS, la couverture du pays en infrastructures nécessaires, la mise à disposition des ressources matérielles et équipements pour la mise en œuvre de la PNS;
- (3) la fonction organisationnelle, de coordination et d'intégration dont l'organisation des services de soins par niveau de référence et par programmes de santé, la production et l'offre des soins à la population en partenariat avec les communautés de base et les partenaires intervenant dans le secteur santé; la réglementation et la régulation de l'offre privée à but lucratif; la définition des droits et devoirs de chaque type de prestataires ;
- (4) la fonction de financement au travers du plaidoyer pour une augmentation progressive du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé (Norme : 15%); développement des mécanismes alternatifs et complémentaires de financement de la santé ; mobilisation des ressources additionnelles et répartition équitable des ressources disponibles; gestion rationnelle des ressources financières ;

146. Les autres Ministères dont le Ministère en charge de la Planification, Economie et Finances ; le Ministère de l'Agriculture, le Ministère de l'Education, le Ministère de l'Environnement, le Ministère en charge de la Protection sociale, de la promotion de la femme, etc... sont impliqués dans la mobilisation des ressources, la production des ressources humaines, la recherche, ... dans le cadre des missions spécifiques qui leur sont dévolues.

7.3.2. ROLE DES PARTENAIRES

147. Les différentes parties prenantes au partenariat du secteur de la santé (partenaires bilatéraux et multilatéraux, ordres, associations professionnelles et sociétés savantes, délégués des professionnels de la santé et organisations syndicales, secteur privé et confessionnel, médecine traditionnelle, communautés et Organisations de la société civile, Organisations représentant les malades) jouent un important rôle

⁸⁶ Politique nationale de santé du Burundi 2005-2015

dans la mise en œuvre de la PNS en fonction de leurs missions et mandats respectifs.

148. Les partenaires bilatéraux et multilatéraux: La coopération internationale bilatérale et multilatérale contribue à la mise en œuvre de la PNS à travers l'application effective des principes de la Déclaration de Paris pour l'efficacité de l'aide au développement et du Plan d'Action d'Accra pour une gouvernance et une responsabilité partagée. La contribution technique et financière de la coopération internationale constitue un atout indéniable pour l'atteinte des objectifs de la présente PNS. La coopération bilatérale et multilatérale ainsi que la coopération avec les Agences et les ONG sont basées sur des accords mutuels entre le Gouvernement et les pays donateurs ou les Agences et les ONG. Les mécanismes de responsabilité partagée sont mis en place pour permettre une évaluation d'effets ou d'impact des interventions sanitaires en les corrélant avec les ressources rendues disponibles (taux d'absorption de financements).
149. Les Ordres, associations et syndicats professionnels et sociétés savantes: la mise en œuvre de la PNS basée sur l'évidence implique la gestion du savoir à travers l'expertise des sociétés savantes, la prise en compte des résultats de la recherche pour des interventions crédibles. La collaboration avec les Ordres et associations professionnels garantit la reconnaissance des qualifications, l'enregistrement des diplômes, la gestion des problèmes liés à l'éthique et la déontologie professionnelle et l'esprit de corps y compris l'élaboration et la mise à jour de la classification des actes professionnels par catégorie.
150. Les Délégués des professionnels de la santé et les organisations syndicales: La PNS s'assure de l'implication des professionnels à travers leurs mécanismes de représentativité dans l'élaboration et la mise en œuvre de la PNS comme partenaires clés de l'offre des soins et services de santé dans un environnement favorable à l'accomplissement de leur mission.
151. Les collectivités locales s'impliquent dans le pilotage du processus de planification locale, dans la mobilisation des ressources communautaires et des partenaires, dans la participation à la gestion des structures de santé, dans la participation à l'évaluation de la gestion et de la qualité des services offerts à la population, dans le

pilotage de l'identification des indigents et dans l'appui aux initiatives communautaires pour le partage du risque maladie.

152. Le secteur privé et agréé: Le Gouvernement facilite le partenariat public-privé pour l'atteinte des objectifs fixés par la PNS. La collaboration s'articule autour: (i) d'une plus grande participation du secteur privé et agréé dans la prestation de services à l'ensemble de la population, (ii) d'une meilleure accessibilité de ce secteur aux facilités proposées par le Ministère ayant la santé dans ses attributions, (iii) d'un meilleur encadrement et autorégulation du secteur notamment en termes d'information sanitaire et d'inventaire de leurs affiliés.
153. Les communautés et organisations de la société civile (OSC) : prenant en compte les différents types d'organisations de la société et de représentation, la participation communautaire contribue à la réalisation des objectifs de la PNS. En effet, la mise en œuvre de la PNS se fonde sur l'implication et la responsabilisation des individus et des communautés notamment à travers les leaders communautaires et les groupes organisés dans l'auto-prise en charge de leurs problèmes de santé pour l'atteinte d'objectifs sanitaires. Les communautés s'impliquent activement dans le processus de planification, de mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de la qualité des actions de santé au niveau communautaire, dans la participation à la mobilisation et à la gestion des ressources, dans la participation à la prise en charge des problèmes de santé qui les touchent.
154. La médecine traditionnelle: La PNS prend en compte la médecine traditionnelle comme une composante à part entière du système de prestation de soins. Un cadre légal et réglementaire de fonctionnement détermine la manière dont les services de médecine traditionnelle sont offerts à la population et comment ils s'articulent avec les services de médecine conventionnelle au sein du système de santé et de soins.

7.4. CONDITIONS DE SUCCES

155. Le succès de la mise en œuvre de la PNS passe par un engagement politique fort soutenu et durable au plus haut niveau de l'Etat, un leadership affirmé, le respect des valeurs et des principes ainsi qu'une adhésion et une redevabilité de tous les acteurs et partenaires. Ce succès est tributaire d'un meilleur alignement des partenaires et une harmonisation effective de l'aide au développement conformément aux

principes de la Déclaration de Paris et du Programme d'action d'Accra. Ceci requiert une coordination intra et intersectorielle efficace ainsi qu'une collaboration étroite et solide avec les autres ministères, les PTF, la société civile, les ONG et associations opérant dans le secteur de la santé pour atteindre les résultats escomptés.

7.5. MENACES ET RISQUES

156. La mise en œuvre de la PNS est soumise à la probable survenue d'un certain nombre de menaces telles que l'exacerbation de la crise financière mondiale, le non-respect des engagements des acteurs, la survenue de catastrophes, une instabilité socio-politique ainsi que des crises institutionnelles de diverses natures au plan national et/ou international.

CHAPITRE 8. MECANISMES DE SUIVI-EVALUATION

157. Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la présente PNS se font à travers les Cadres de suivi-évaluation des PNDS correspondants ainsi que des différents plans stratégiques nationaux et/ou plans d'actions annuels subséquents. Le processus de suivi et évaluation des PNDS se réalise à travers la Revue annuelle conjointe (RAC), la revue à mi-parcours (revue annuelle de la troisième année) et la revue finale du PNDS. Les enquêtes telles que MICS et EDS, STEPS, EMMUS,... Revue des dépenses publiques du secteur de la santé, Enquête budget et consommation des ménages; Comptes Nationaux de Santé,... constituent les sources d'alimentation de ces différentes évaluations et revues. Vers la fin de la période couverte la PNS 2016-2025, une revue synthétique des résultats produits par la mise en œuvre des deux PNDS est effectuée pour faire le bilan afin de préparer la prochaine PNS 2026-2035.
158. Pour assurer le suivi de la mise en œuvre de la PNS, le dispositif suivant est mis en place :
- (1) Le Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD) est l'organe (stratégique) central de pilotage, de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de la PNS. Le suivi se fait régulièrement lors des missions conjointes, lors des RAC et à travers les groupes thématiques mis en place à cet effet. Il s'agit d'un organe multisectoriel constitué de représentants d'autres secteurs de développement travaillant en synergie avec le secteur de la santé (voir Cadre conceptuel – Chapitre 5), des PTF, de la société civile, du secteur privé.
 - (2) Le CPSD dispose d'un secrétariat dont le secrétaire est nommé par le Ministre en charge de la Santé.
 - (3) Un Comité technique multisectoriel (organe technique) présidé par le Directeur général de la planification chargé (i) de récolter toutes les informations nécessaires permettant un suivi de la mise en œuvre de la PNS et (ii) d'alimenter, sur une base annuelle, la matrice des indicateurs de résultats de la mise en œuvre des PNDS.

159. Aux différents niveaux du système national de santé, le suivi-évaluation impliquera les organes suivants :

- (1) Au niveau central: (i) le Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD): dialogue politique, orientation, suivi, évaluation, coordination et harmonisation des politiques; (ii) les Comités spécifiques tels que le CCM, le CCIA...; (iii) la Direction générale de la Planification avec ses deux départements (Planification et SNIS)
- (2) Au niveau provincial: (i) le démembrement provincial du CPSD (présidé par le Médecin Directeur de la Province sanitaire); (ii) l'Équipe Cadre Provinciale coordonnée par le Médecin directeur de la province sanitaire; (iii) le Conseil d'Administration au niveau des hôpitaux provinciaux.
- (3) Au niveau du district sanitaire : (i) l'Équipe Cadre de District (ECD) coordonnée par le Médecin directeur du district sanitaire; (ii) le COGES au niveau des structures périphériques; (ii) le Conseil d'Administration au niveau des hôpitaux de district.

ANNEXES

ANNEXE I : TABLEAU ACTUALISE DES PRINCIPAUX INDICATEURS SANITAIRES DU BURUNDI

Indicateur	Niveau /chiffre	Source
Population totale (2014)	10 395 951 habitants	Statistiques Mondiales 2014 http://www.statistiques-mondiales.com/accroissement_naturel.htm
Taux annuel d'accroissement naturel de la population	2, 8 %	RGPH-2008
	3,28 %	Statistiques Mondiales 2014 http://www.statistiques-mondiales.com/accroissement_naturel.htm
Population avec accès à une FOSA dans un rayon < 5 km	> 80%	Rapport d'évaluation à mi-parcours du PNDS 2011-2015
Part du budget de l'Etat consacrés à la santé	13,7%	WHO-2012 (Global Health expenditure database)
Part du PIB affectée par habitant pour la santé	40 USD/habitant/an(2013)	WHO-2012 (Global Health expenditure database)
Espérance de vie à la naissance	54,64 ans	Perspective monde 2014 http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/tend/BDI/fr/SP.DYN.LE00.IN.html
Taux brut de mortalité	15 pour mille	RGPH-2008
Ratio de Mortalité maternelle	500 décès pour 100.000 NV	EDS-2010
Taux de Mortalité neonatale (2012)	36 décès pour 1000 NV	IGME-2013
Taux de mortalité des enfants < 5 ans	104 décès pour 1000 NV	IGME-2014
% d'enfants < 5 ans souffrant de malnutrition chronique	58% (2010)	EDS B 2010
Taux de morbidité proportionnelle dû au paludisme dans les FOSA	39,5% (2013)	OMS-Burundi
Taux de mortalité proportionnelle dû au paludisme dans les FOSA	30,487% (2013)	OMS-Burundi
Prévalence du paludisme chez les enfants < 5 ans	17,3% (2012)	MIS-2012
Taux de décès lié au paludisme	64 décès/1000 habitants (2012)	MIS-2012

⁸⁷ Annuaire statistique du Burundi 2013

Taux d'incidence du paludisme	46,5/1000 habitants (2012)	MIS-2012
Taux de coïnfection TB/VIH	26% (2013)	PNILT
Nombre de PVVIH	83.000 (dont 18.000 enfants âgés de 0 à 14 ans) (2013)	Estimations VIH (Spectrum) 2013
Nombre de décès dus au sida	4.700 (2013)	Estimations VIH (Spectrum) 2013
Enfants âgés de 0 à 17 ans orphelins du fait du VIH/sida	73.000 (2013)	Estimations VIH (Spectrum) 2013
Couverture en ARV chez les adultes	62% (2013)	Rapport GARPR 2014
Couverture en ARV chez les enfants de moins de 15 ans	18% (2013)	Rapport GARPR 2014
Prévalence du VIH chez la femme de 15 à 49 ans	1,7% (2010)	EDS-2010
Prévalence du VIH chez l'homme de 15 à 49 ans	1% (2010)	EDS-2010
Connaissance du statut sérologique à VIH	33% (homme) vs 41% (femme)	Rapport SEP/CNLS-Burundi 2013
Couverture en ARV chez la femme enceinte VIH positive (PTME)	58% (2013) (cible fixée à 90%)	Rapport GARPR 2014
Taux d'incidence de la Tuberculose Toute forme confondue	83/100000 habitants	Rapport PNILT 2013
Taux d'incidence TPM+	50/100000 habitants	Rapport PNILT 2013
Taux de succès thérapeutique du traitement de la tuberculose	94%	Rapport PNILT 2013
Enfants complètement vaccinés	83%	Rapport PEV-Burundi 2013
Utilisation des services de CPN	CPN1 – 112,7%, CPN4 – 25,2%	Annuaire statistiques-Burundi 2013
Accouchements en milieu de soins	74,1%	Annuaire statistiques-Burundi 2013
Taux de contraception (méthodes modernes)	25,3%	Rapport PNSR-Burundi 2013
Besoins non satisfaits en matière de PF	31%	EDS-2010
Indice synthétique de fécondité	6,3 enfants par femme	RGPH-2008

ANNEXE II : DOCUMENTS CONSULTES

1. Ministère de la Santé Publique-Burundi : Politique Nationale de santé 2005-2015
2. MSPLS-Burundi : Cadre d'accélération des Objectifs du Millénaire pour le Développement. La garantie d'une santé maternelle et infantile améliorée. Octobre 2013
3. République du Burundi : Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté(CSLP) I. 2006
4. République du Burundi : CSLP I. 2007-2010 : Évaluation de la performance et de l'impact. 2011.
5. République du Burundi : Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté II. 2011
6. Ministère de la Santé Publique-Burundi : Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010. 2005
7. MSPLS-Burundi : Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015. 2010
8. MSPLS-Burundi : Compact Burundi 2012-2015
9. AEDES : Rapport de la seconde mission : Élaboration du cadre fonctionnel et structurel du Ministère de la Santé au Burundi. 2009.
10. Ministère de l'Intérieur du Burundi & Institute for Ressource Development/USA : Enquête Démographique et de Santé au Burundi 1987. Publié en 1988.
11. CTN-FBP/MSPLS-Burundi : Rapport de mise en œuvre du FBP et de la gratuité de soins pour 2011.
12. CTN-FBP/MSPLS-Burundi : Rapport de mise en œuvre du FBP et de la gratuité de soins pour 2012
13. CTN-FBP/MSPLS-Burundi : Rapport de mise en œuvre du FBP et de la gratuité de soins pour 2013
14. DGP/MSPLS-Burundi : Annuaire statistique des données des centres de santé et des hôpitaux. 2011
15. DGP/MSPLS-Burundi : Annuaire statistique des données des centres de santé et des hôpitaux. 2012
16. DGP/MSPLS-Burundi : Annuaire statistique des données des centres de santé et des hôpitaux. 2013
17. République du Burundi : Enquête Démographique et de Santé 2010
18. ISTEEBU/MSPLS-Burundi : Rapport final de l'Enquête de ménage pour le suivi et l'évaluation de l'impact de l'appui au système de remboursement du paquet minimum de services de santé. 2012
19. ISTEEBU & INSP /Burundi & ICF, Cleveland/USA : Enquête sur les indicateurs du Paludisme. 2012
20. MSPLS-Burundi : Manuel de procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi. Version révisée. 2014.
21. OMS-Afrique : Stratégie de coopération avec les pays 2009-2013. Burundi.
22. Embassy of Kingdom of Netherlands in Bujumbura/Burundi : Multi annual strategic plan 2014-2017
23. OMS: Statistiques sanitaires mondiales. 2013.
24. OMS/UNICEF/UNFPA/BM : Trends to Maternal Mortality: 1990 to 2013
25. OMS/UNICEF/UNFPA/AMAD : Surveillance des soins obstétricaux d'urgence. Manuel d'utilisation. 2011.
26. Gouvernement du Burundi & Agences des Nations Unies : Rapport sur les objectifs du millénaire pour le développement 2012. Publié en août 2013.
27. UNICEF-Burundi : Analyse de la malnutrition des enfants au Burundi. 2013
28. SEP/CNLS-MSPLS-Burundi : Plan national de suivi et évaluation des activités de lutte contre le SIDA au Burundi. 2012-2016.
29. SEP/CNLS-MSPLS-Burundi : Bilan des réalisations du Plan d'action national de lutte contre le SIDA 2011.
30. MSPLS/MEATU –Burundi (& OMS/PNUE) : Rapport final de l'analyse de la situation et des estimations des besoins en santé et environnement. 2014.
31. MSPLS-Burundi (& BM/CTB/OMS/GIZ): Rapport synthèse de l'Étude sur le financement de la santé au Burundi. 2014.
32. Banque de la République du Burundi : Rapport du comité monétaire 01/2014. Février 2014
33. Banque Africaine de Développement(BAD) : Burundi, Document de Stratégie Pays 2012-2016. 2011.
34. Groupe de la BAD : Profil Genre du Burundi. 2010
35. UNFPA : Étude sur les grossesses en milieu scolaire au Burundi. 2013.
36. OCHA-Burundi : Plan de contingence National. 2013.
37. République du Burundi : Plan d'action de renforcement des capacités nationales pour la réduction des risques, la préparation et la réponse aux urgences au Burundi 2013-2016. Août 2013.
38. République du Burundi : Analyse des facteurs de risque, évaluation des dommages et propositions pour un relèvement et une reconstruction durables. 2014.
39. MSPLS : Orientations stratégiques sur la Santé communautaire au Burundi. 2012.
40. République du Burundi : Décret loi n° 1/16 du 17 mai 1982 portant Code de Santé au Burundi.
41. MSP-Burundi : Rapport final, Évaluation complète du secteur pharmaceutique au Burundi. Octobre 2007.
42. MSPLS-Burundi : Rapport définitif de l'Enquête sur la disponibilité et les prix des médicaments au Burundi. Étude de cas : les composantes de prix des médicaments. 2014

43. PNSR/MSPLS-Burundi (& KFW, UNFPA) : Plan stratégique de Santé de la Reproduction 2010-2014. Janvier 2010
44. PNSR/MSPLS-Burundi (& KFW, UNFPA, JICA, OMS, UNICEF, Royaume des Pays Bas) : Plan stratégique de Santé de la Reproduction révisé 2013-2015. Février 2013
45. Ministère de l'Eau, de l'Environnement, de l'aménagement du Territoire et l'Urbanisme-Burundi : Politique nationale d'assainissement du Burundi et Stratégie opérationnelle, Horizon 2025. 2013.
46. MSPLS-Burundi : Plan Stratégique de système national d'information sanitaire 2011-2015
47. PEV/MSPLS-Burundi : Plan pluri annuel complet de Programme Élargi de vaccination au Burundi 2011-2015. Mai 2011.
48. République du Burundi : Plan stratégique multisectoriel de sécurité alimentaire et nutritionnelle 2014-2017. Avril 2014.
49. MSPLS-Burundi (& Fondation Damien, GF, OMS) : Plan stratégique de Lutte contre la Tuberculose au Burundi 2011-2015.
50. MSPLS-Burundi : Évaluation des besoins en matière des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burundi « EB SONU ». Rapport définitif. Mars 2011.
51. MSPLS-Burundi (& UNICEF) : Plan stratégique National de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
52. MSPLS (SEP-CNLS)-Burundi : Politique nationale de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. 2010.