

REPUBLIQUE DU BURUNDI



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

RESUME ANALYTIQUE DU PROFIL SANITAIRE DU BURUNDI

Mai 2021

1. Table des matières	
ACRONYMES	5
0. INTRODUCTION AU CONTEXTE DU PAYS	8
1. ETAT DE SANTE ET TENDANCES.....	9
1.1. Organisation du système national de santé.....	9
1.2. Leadership et gouvernance	11
1.3. Appropriation et participation communautaire.....	13
1.4. Partenariat pour la Santé et le développement.....	14
1.5. Information sanitaire, bases factuelles et gestion des connaissances	14
1.5.1. Défis majeurs à relever :	15
1.5.2. Perspectives :	15
1.6. Recherche	15
1.7. Financement du système de santé.....	16
1.8 Mécanismes de financement de la santé.....	18
1.9 Prestations de services	18
1.10 Qualité des soins et services de santé	19
1.11. Intégration du paquet des services offerts	19
1.12. Ressources humaines pour la santé	20
1.12.1. Evolution des ressources humaines	20
Tableau 2 : Les ressources humaines en santé ont connu une évolution en quantité et dans le temps comme le montre le tableau suivant.....	20
1.13 Produits médicaux, vaccins, infrastructures et équipements	22
2. POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTÉ	24
2.1. Couverture Sanitaire Universelle.....	24
2.2. Financement des régimes d'assurance/mutuelle/gratuité:	25
2.3 Services couverts :	26
2.4. Les administrations personnalisées.....	26
3. DIRECTIONS, PROGRAMMES ET SERVICES DE SANTE	27
4. LES MALADIES, INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LES HEPATITES VIRALES.....	28
4.1. VIH/SIDA.....	28
4.1.1 Introduction.....	28
4.1.2. Analyse de la dynamique de l'épidémie	29
4.1.3. Riposte nationale à l'épidémie du sida à travers différentes interventions.....	29

a) Prévention de nouvelles infections àVIH	29
b) Dépistage des femmes enceintes :	30
C) Couverture en traitement ARV	30
4.2. Hépatites	33
4.2.1 Introduction.....	33
4.2.2. Analyse de la situation	34
a) La Prévalence des Hépatites virales B et C	34
b) Le dépistage des hépatites virales.....	34
C) Couverture en traitement HBV/Mise en route du traitement HCV	34
4.2.3. Les principales réalisations au Burundi.....	35
4.2.4. Les principaux défis.....	35
4.2.5. Les perspectives.....	35
4.3. Tuberculose	36
4.3.1. Situation épidémiologique de la tuberculose au Burundi.....	36
4.3.2. Notification des cas de tuberculose	36
4.3.3. Bilan du traitement de la tuberculose sensible	37
4.3.4. Bilan des patients coinfectés tuberculose/VIH.....	38
4.3.5. Le traitement préventif de la tuberculose chez l'enfant < 5 ans.....	38
4.4. Lèpre.....	39
4.4.1. Dépistage de la lèpre.....	39
4.4.2. Bilan de traitement des malades lépreux	39
4.5. Paludisme	39
4.5.1. Situation épidémiologique et entomologique	39
4.5.2. Parasites responsables du paludisme	40
4.5.3. Les principales stratégies de lutte contre le paludisme adoptées au niveau du pays..	41
4.5.3.1. La prise en charge	41
4.5.3.2. La prévention	41
4.5.3.3. Contrôle de la résistance aux antipaludiques	42
4.6. Vaccination et développement de vaccins	42
4.7. Santé de la reproduction	45
4.7.1. La fécondité des adolescents	46
4.7.2. Grossesse précoce.....	46
4.7.3. Les violences sexuelles et physiques basées sur le genre (VSBG)	46

4.7.4. Les soins prénatals.....	46
4.7.5. Les services et les soins obstétricaux	47
4.7.6. Surveillance des décès maternels et périnatals et riposte	47
4.7.7. Les soins essentiels du nouveau-né, la réanimation néonatale.....	47
4.7.8. Les défis à faire face en Santé de la Reproduction.....	47
4.7.8.1. Défis liés à l'amélioration de la santé de la femme	47
4.7.8.2. Défis liés à l'amélioration de la Santé du nouveau-né.....	48
4.7.8.3. Défis liés à l'amélioration de la Santé de l'adolescent et jeune.....	48
4.7.8.4. Défis liés à la planification familiale	48
4.8. Santé de la personne âgée.....	48
4.9. Genre et équité.....	49
4.10. Maladies épidémiques et pandémiques	49
4.10.1 Epidémie de Choléra.....	49
4.10.2 Epidémie de Rougeole	49
4.10.3 Epidémie d'Ebola.....	50
4.10.4. Pandémie de Covid-19.....	51
4.11. Maladies Tropicales Négligées (MTN).....	52
4.12. Maladies Chroniques Non Transmissibles (MCNT).....	55
4.13.Nutrition.....	58
5. DÉTERMINANTS DE SANTÉ.....	59
5.1. Sur le plan économique	59
5.2. Sur le plan socio-démographique	60
5.3. Sur le plan éducation:	60
5.4. Sur le plan environnement, Hygiène, Eau et Assainissement	60
Bibliographie.....	62

ACRONYMES

ACT/CTA	Combinaison de traitement à base d'artémisinine
ASAQ	Artésunate Amodiaquine
ARV	Anti-Rétro-Viraux
BDS	Bureau de district sanitaire
CAM	Carte d'assistance médicale
CAMEBU	Centrale d'Achat des Médicaments du BURUNDI
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CDS/CdS	Centre de Santé
CTC	Centre de traitement Choléra
CDV	Centre de dépistage volontaire
CHUK	Centre Hospitalo Universitaire de Kamenge
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
CNR	Centre national de références en matière de VIH/SIDA
COGES	Comité de gestion
COSA	Comité de Santé
CPN	Consultation prénatale
CPSD	Cadre de concertation des partenaires pour la santé et le développement
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
DOT	Traitement directement observé
DPML	Direction de la Pharmacie, des Médicaments et des Laboratoires
EAC	East african community
ECD	Equipe cadre du district

EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDS	Enquête Démographie Santé
EPISTAT	Epidémiologies et Statistiques
FBP/PBF	Financement basé sur la performance
FOSA	Formation sanitaire
GAR	Gestion axée sur les résultats
GDBM	Gestion des déchets biomédicaux
HD/HDS	Hôpital de district sanitaire
IEC	Information éducation communication
INSP	Institut National de Santé Publique
INSS	Institut nationale de sécurité sociale
IRA	Infection respiratoire aigüe
MFP	Mutuelle de la fonction publique
MICS	Multiple indicator Cluster
MII	Moustiquaires imprégnées d'insecticides
MSPLS	Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida
NV	Naissances vivantes
OBC	Organisation à base communautaire
ODD	Objectif de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OSC	Organisation de la société civile
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planning familial

PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDS	Plan National de Développement sanitaire
PNILMC	Programme national intégré de lutte contre les maladies chroniques
PNILMTNC	Programme national intégré de lutte contre les maladies tropicales négligées et la cécité
PNILP	Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme
PNLT	Programme National de Lutte contre la Lèpre et la Tuberculose
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
RDC	République Démocratique du Congo
SARA	Services Availability and readiness assessment
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et Réponse
SNIS	Système national de d'informations sanitaires
SR	Santé de la reproduction
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

0. INTRODUCTION AU CONTEXTE DU PAYS

Le Burundi est un pays d'Afrique centrale membre de la Communauté d'Afrique de l'Est. Il est frontalier au nord avec le Rwanda, au Sud et à l'Est avec la Tanzanie et à l'Ouest avec la République Démocratique du Congo (RDC). Sa superficie est de 27.834 km² incluant la surface des eaux territoriales. Il est situé à 3°22' 34'' de latitude Sud et à 29°21'36'' de longitude Est. C'est le troisième pays d'Afrique le plus densément peuplé^a. La population du Burundi est estimée à 12.309.600 d'habitants soit une densité de 442 habitants/km² en 2020 selon les projections démographiques des données du recensement général de la population et de l'habitat de 2008.

Le Taux de croissance démographique est de 2.4%(RGPH 2008). En 2018, il se classe à la 15^{ème} place (0,423) sur 189 pays selon l'Indice de Développement Humain¹. Près de 72,9 % de sa population vivent en-dessous du seuil de pauvreté. La pauvreté est principalement rurale (71,1%) et touche essentiellement les petits agriculteurs.

Le Taux de croissance annuel du PIB est de 3,2 en 2016 ; 3,8 en 2017 ; 4,2 en 2018 et 4,1 en 2019 (Rapport annuel de la BRB). Les analyses socio-économiques et de vulnérabilité démontrent une baisse du PIB de -1 % en 2020 (prévision nationale) ou 3 % (projection FMI du mois de juin 2020), le taux d'inflation était de 2,6% en Avril 2020 (IPC= Indice des Prix à la Consommation selon ISTEERBU 2020).

Les enfants et les femmes sont les plus affectés par le faible accès aux services sociaux de base. Le Taux de croissance économique était de 3,3% en 2020 selon FMI les perspectives économiques régionales. Les efforts de développement économique n'ont pas encore eu d'impact significatif sur le bien-être matériel des burundais. Cette situation est la conséquence d'une insuffisance d'opportunités d'emploi et de création de richesses monétaires qui s'est traduite par une stagnation du revenu moyen.

Les femmes occupent une place importante dans la vie économique et sociale du Burundi. En effet elles constituent la grande partie de la main d'œuvre agricole où la majorité de la population vit de l'agriculture de subsistance. Selon l'EDSB III 2016-2017, les femmes qui s'occupent de l'agriculture sont à (84%) tandis que les hommes sont à 66%.

L'analyse du cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC) validé pour la période 2016-2020, a établi que 21% de la population sont en insécurité alimentaire chronique sévère alors que 29% et 25% sont respectivement en insécurité alimentaire chronique modérée et légère, le reste 25% est en insécurité alimentaire chronique minimale (Rapport sur l'analyse de l'insécurité alimentaire aigüe publié le 24 Août 2018). Les ménages ayant accès à l'eau potable provenant d'une source améliorée est de 82,9%³, par contre l'accès des ménages à l'assainissement 39,4%³ et à l'électricité 8,7 %² est faible.

Les progrès sont remarquables aussi bien du point de vue du taux net de scolarisation qui est de 81% au niveau national, 86,1% en zone urbaine et 80.2% en zone rurale, avec un indice de parité genre de 1.00 (EDSB III 2016-2017). Aujourd'hui le Burundi a atteint la parité filles garçons au niveau primaire, Par contre le taux net de scolarisation au niveau secondaire est encore bas, il est respectivement de 30% au niveau national, 51% en zone urbaine et 27.3 % en zone rurale (EDSB III 2016-2017).

¹BM,2016

³EDSB III B 2016-2017

a WWW.indexmundi.com

L'analyse de la situation épidémiologique indique que les maladies qui constituent les principales causes de morbidité et de mortalité sont le paludisme, infections respiratoires aiguës, maladies diarrhéiques, malnutrition, le VIH/Sida et la tuberculose.

1. ETAT DE SANTE ET TENDANCES

Le taux brut de mortalité est de 10,27 pour 1000 habitants avec l'espérance de vie à la naissance de 59,7 ans en 2020³.

Sur le plan épidémiologique, le pays fait face au double fardeau des maladies transmissibles et des maladies non transmissibles .Il présente par ailleurs une vulnérabilité accrue aux urgences de santé publique et à la malnutrition.

Le ratio de mortalité maternelle est passé de 500 à 334 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2010 et 2017⁴. Le Burundi a enregistré des progrès dans le domaine de la santé des enfants avec un taux de mortalité infanto-juvénile passant de 96 à 78 décès pour 1000 naissances vivantes. Selon la même source, le taux de mortalité néo-natale est passé de 31 à 23 décès pour 1000 naissances vivantes de 2010 à 2017.

Par rapport à la mise en œuvre des soins de santé primaires, le taux d'enfants complètement vaccinés est de 79.5% en 2019 selon l'annuaire statistique 2019. Le taux des accouchements assistés est de 98.6% (DHIS2), le taux de couverture en ARV chez les adultes est de 82,8% et chez les enfants, il est de 32,6 % (Annuaire statistique 2019).Le taux de succès thérapeutique contre la tuberculose est de 94% (Global Tuberculosis Report 2018/Country profiles).

Par contre, il y a besoin de renforcement en matière de promotion de la santé : alimentation et nutrition, l'accès à l'eau (seul 58% de la population a accès à l'eau potable à moins de 30 minutes) et assainissement (Moins de 44% des Burundais utilisent des toilettes améliorées non partagées) (EDSB-III) 2016-2017.

En rapport avec l'accès aux services de santé essentiels, malgré les avancées enregistrées, ces dernières années, des privations importantes persistent et portent préjudice aux droits à la santé. En effet, l'indice de couverture des services de santé essentiels est de 43 en 2016 contre une cible de 80 selon les estimations de l'OMS et de la Banque Mondiale (portail OMS/WB, 2016).

1.1. Organisation du système national de santé

Le système de santé du Burundi est organisé sous forme pyramidale et il s'articule sur 4 niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire, le niveau périphérique et le niveau communautaire.

Le niveau central est responsable de la définition de la politique sanitaire et l'élaboration des stratégies d'intervention et de planification, ainsi que la définition et l'évaluation des normes de qualité des soins et des services de santé.

³Projections démographiques (2020)

⁴EDSB II et EDSB III

Le niveau intermédiaire est composé de 18 Bureaux Provinciaux de la Santé et de la Lutte contre le Sida (BPSLS). Ceux-ci sont chargés de la coordination des activités sanitaires et de la lutte contre le Sida au niveau provincial.

Le niveau périphérique est composé de 47 districts sanitaires. Ceux-ci sont régis par une équipe cadre de district (ECD) au sein du Bureau du District Sanitaire et de lutte contre le Sida (BDSLS). Leur responsabilité est d'assurer la planification décentralisée, de veiller à livrer des soins de qualité et d'assurer un bon fonctionnement des Centres de Santé (CDS), des structures associatives de lutte contre le Sida et de promotion de la santé et des Hôpitaux de District (HD).

Le niveau communautaire assure un paquet d'activités composées de soins promotionnels, préventifs et curatifs. Il comprend essentiellement les associations locales, les comités de santé, les agents de santé communautaire, les accoucheuses traditionnelles et les guérisseurs traditionnels. Les ASC (un par sous-colline) se réunissent en groupement d'Agents de Santé Communautaire (GASC) et jouent l'interface entre la communauté et les centres de santé.

La médecine traditionnelle est utilisée depuis des siècles pour améliorer le bien-être des populations et elle continue de jouer un rôle essentiel dans les soins de santé au Burundi.

Bien que la médecine traditionnelle n'est pas encore intégrée dans le système de santé, des avancées en la matière nécessitent d'être mentionnées ici. On peut citer notamment:

- la célébration de la journée africaine dédiée à la médecine traditionnelle depuis 2003 jusqu'à aujourd'hui ;
- la signature par son Excellence le Président de la République du Burundi du décret loi n° 100/253 du 11 novembre 2014 portant réglementation de médecine traditionnelle et l'art de tradipraticien ;
- la mise en place des ordonnances ministérielles de mise en application dudit décret vers la fin 2018 ;
- l'existence de la base de données de tous les tradipraticiens regroupés en association au sein de la Direction de la Promotion de la Médecine Traditionnelle, de l'Alimentation équilibrée et l'alimentation naturelle à visée thérapeutique (**DPTA**) ;
- la mise en place du Réseau National des Associations des Tradipraticiens (RNATB) et des antennes provinciales de ce réseau ;
- existence du laboratoire d'analyse des principes actifs contenus dans les médicaments traditionnels à l'INSP ;
- la création de la Direction Générale de l'Offre des Soins, de la Médecine moderne et traditionnelle, de l'Alimentation et des Accréditations (**DGOSA**) qui date du 09/11/2020 avec le décret n°100/093 portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida.

Malgré les efforts déjà fournis dans ce domaine, d'importants défis restent encore à relever:

- la culture à grande échelle de plantes médicinales s'intensifie;
- l'intégration des données de la médecine traditionnelle dans le système national d'information sanitaire de routine ;

- manque de réactifs pour analyser les principes actifs contenus dans les médicaments traditionnels à l'INSP ;
- budget de l'Etat alloué à la médecine traditionnelle très minime;
- la réticence des tradipraticiens à collaborer pour des informations utiles à la recherche;
- les textes et normes régissant la médecine traditionnelle non encore élaborés.

Le Burundi comptait 1182 centres de santé (CDS) fonctionnels dont 658CDS publics, 340CDS privés, 144 CDS confessionnels et 40 CDS associatifs (DHS2 2020). Le CDS constitue la porte d'entrée du réseau de soins et offre un paquet minimum d'activités (PMA) comprenant les soins promotionnels, préventifs et curatifs. Précisons que certains soins préventifs, promotionnels et curatifs, sont offerts au niveau communautaire sous l'encadrement des CDS avec l'appui des agents de santé communautaire (ASC).

Quant aux hôpitaux et cliniques, ils étaient au nombre de 149 dont 51 publics, 28 confessionnels, 69 privés et 1 associatif (DHIS2 2020).

Un ménage sur deux (49%) effectue moins de 30 minutes pour accéder à une FOSA, 46% utilise entre 31-120 minutes, tandis que 5% déclarent utiliser plus de 120 minutes (EDSB III 2016-2017 p13 : accès au CDS).

L'Hôpital de District est le premier niveau de référence et offre un paquet complémentaire d'activités (PCA) pour les patients provenant des CDS. En plus des hôpitaux de Districts, il existe des hôpitaux publics, professionnels et privés offrant un paquet comparable à celui de l'hôpital de district .Le pays compte 44 hôpitaux de districts.

Néanmoins, trois (3) districts sanitaires (Vumbi, Busoni et Nyabikere,) ne disposent pas d'hôpitaux de district.

L'hôpital régional est défini comme un niveau de deuxième référence qui accueille des patients provenant des hôpitaux de district.Le pays compte 5 hôpitaux régionaux à savoir : Hôpital Bururi, Mpanda, Ngozi, Gitega et Rumonge.

L'Hôpital National constitue le sommet du réseau de soins et offre des services spécialisés.Ces Hôpitaux Nationaux sont au nombre de sept (7) dont six (6) sont situés dans la capitale économique, ce qui cause un problème d'équité : Hôpital Prince Régent Charles, Clinique Prince Louis Rwagasore, Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge, Hôpital Militaire de Kamenge, Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge, Hôpital de Police Nationale et NATWE TURASHOBOYE de Karusi (EDSB III 2016-2017).

En termes de disponibilité et d'accès, la quasi-totalité des services préventifs et promotionnels sont subventionnés. En outre, les soins curatifs aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes ou qui accouchent sont gratuits depuis l'an 2006. Ceci a boosté l'utilisation des services de santé avec un taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié passé de 60.7%(Annuaire statistique 2018) à 98.6% entre 2010 et 2019(DHIS2).

1.2. Leadership et gouvernance

Régulation du secteur : elle est assurée par le niveau central à travers ses quatre directions générales et l'inspection générale de la santé. Le niveau intermédiaire est chargé de la

coordination de toutes les activités sanitaires au niveau de la province. Le niveau périphérique est chargé de l'opérationnalisation des stratégies sectorielles et de l'offre de soins avec un renforcement du système de santé communautaire par la mise en place des Groupements des Agents de Santé Communautaire (GASC). Pour garantir la gestion efficace, efficiente et transparente des formations sanitaires, des organes de gestion ont été mis en place dans les hôpitaux et administrations personnalisées de l'Etat (Comités de santé, Conseils d'administration,...).

En termes de régulation et normalisation du secteur, des progrès ont été réalisés à travers l'adoption de plusieurs textes réglementant le secteur et l'existence de manuels de procédures, de protocoles, de normes sanitaires, référentiel de normes de qualité des soins et services au niveau des FOSA et communautaire ainsi que le règlement sanitaire international. Le suivi et le contrôle de la mise en application de ce cadre institutionnel est assuré par l'Inspection Générale de la Santé. La création d'une cellule des Marchés Publics au sein du ministère de la santé est également une bonne opportunité pour assurer la transparence et la bonne gestion des marchés publics.

Planification stratégique : le Burundi élabore et met en œuvre des plans stratégiques de développement sanitaire pour une période de cinq ans dans le cadre de la mise en œuvre des politiques de santé et des Objectifs de Développement Durables (ODD). Il dispose d'une politique de santé 2016-2025 et d'un PNDS 2019-2023.

Le Burundi s'est inscrit dans la dynamique mondiale des ODD en s'appropriant du nouveau programme de développement. L'intégration harmonieuse de ces ODD dans les plans stratégiques sectoriels et leur mise en cohérence avec les priorités nationales, constituent la clé du processus d'appropriation nationale des ODD. Dans le secteur de la santé, cinq cibles de l'ODD 3 : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » ont été priorisées. Il s'agit de :

- 3.1 D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle en-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes ;
- 3.2 D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1000 naissances vivantes au plus ;
- 3.3 D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles ;
- 3.7 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux
- 3.8 Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable, y compris pour les maladies chroniques non transmissibles

Coordination du secteur : le mécanisme sectoriel de coordination des partenaires (le Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement : CPSD) permettant un dialogue efficace entre les acteurs du secteur. Le CPSD fonctionne avec des termes de référence et un règlement d'ordre intérieur. Le CPSD a été mis en place au niveau des provinces sanitaires. Une instance de coordination nationale (ICN) a été mise en place pour la coordination des actions menées avec les subventions du Fonds Mondial pour la lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme.

La première conférence nationale sur la santé a été organisée au mois de septembre 2019.

A l'issue de cette conférence, des recommandations et engagements de haut niveau ont été retenus. Ces derniers ont servi de référence au Gouvernement burundais pour joindre sa voix à celles d'autres Etats réunis à l'occasion du Sommet de haut niveau des Nations Unies sur la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) qui s'est déroulé à New York au mois de septembre 2019 et de la Conférence mondiale sur la santé dans toutes les politiques qui s'est tenue à Québec au mois d'octobre 2019.

Partenaires sociaux : S'agissant du dialogue avec les partenaires sociaux, le MSPLS collabore régulièrement avec des syndicats et ordres professionnels pour des questions pertinentes en rapport avec le personnel de santé. Une cellule de dialogue sociale rattachée au secrétariat permanent a été mise en place.

Dans le cadre de la promotion des droits humains, de l'éthique et de la déontologie, des ordres nationaux des médecins, des pharmaciens et le comité national d'éthique existent.

1.3. Appropriation et participation communautaire

La participation communautaire est un levier important pour stimuler l'émergence de réponses collectives aux problèmes de santé publique liés aux soins de santé primaire, à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, ou aux problèmes particuliers que représentent le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles.

Un Département ayant dans ses attributions la Promotion de la santé, de la Demande des soins, de la Santé communautaire et Environnementale a été mis en place au niveau du ministère en charge de la santé. En matière de santé communautaire, des documents stratégiques ont été élaborés et sont mis en œuvre notamment le plan stratégique de santé communautaire 2019-2023 et ses outils de mise œuvre (manuels des procédures de santé communautaire, outils standards du système d'information sanitaire communautaire, manuel de FBP communautaire, les kits de l'ASC).

Parmi les grandes réalisations, on peut citer : (1) la mise en œuvre de l'approche communautaire d'assainissement total piloté par la communauté dans vingt communes, (2) la mise en œuvre des directives nationales de la gestion des déchets biomédicaux, (3) la mise en place et encadrement des relais communautaire, (4) la prise en charge communautaire de certaines maladies (pneumonie, paludisme, diarrhée) dans 35 Districts, (5) le PBF Communautaire dans 13 sur 18 provinces, (6) le SIS communautaire, (7) information, éducation et communication en matière de santé, (8) la mise en place d'un code de santé publique et d'hygiène et (9) des Groupements d'Agents de Santé Communautaire (GASC) ont pu être mis en place autour de chaque CDS public et confessionnel (759 GASC au niveau national selon les données DHIS2 2020).

1.4. Partenariat pour la Santé et le développement

La coordination du secteur de la santé se fait à travers un cadre de concertation des partenaires pour la santé et le développement (CPSD) créé en 2007 en vue d'une synergie des interventions de tous les acteurs du système de santé. Des Groupes Thématiques (GT) ont été mis en place pour alimenter les discussions stratégiques du CPSD. Ces cinq GT couvrent les domaines suivants : (i) GT 1 : Services de santé et lutte contre le SIDA (avec Offre et demande de soins ; Programmes/projets ; Promotion de la santé ; Hygiène ; Assainissement); (ii) GT 2 : Médicaments, pharmacie, laboratoire ; (iii) GT 3 : Planification et Suivi-évaluation ; Système National d'Informations Sanitaires) ; (iv) GT 4 : Ressources (avec Ressources humaines ; Budget ; infrastructures ; Équipements ; (v) GT5 : Santé mère-Enfant/Vaccination qui joue le rôle de Groupe Inter-Agence pour la Vaccination . Pour améliorer le pilotage du secteur et renforcer efficacement la gestion de l'aide dans le secteur de santé, un diagnostic sur le fonctionnement du CPSD a été réalisé par le MSPLS avec l'appui technique de l'OMS en 2018 et des points forts et des lacunes ont été identifiés afin d'adapter son architecture au nouvel environnement. Des recommandations à court et à moyen terme ont été formulées afin d'améliorer son fonctionnement pour maintenir ces acquis et faire face aux nouveaux défis posés par la mise en œuvre de la CSU pour atteindre les ODDs.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA, il existe une Instance Nationale chargée de la coordination des subventions du Fonds mondial. Cet organe suit la mise en œuvre des subventions, la mobilisation des ressources et l'alignement du financement du fonds mondial avec les programmes et projet financés par d'autres partenaires afin de garantir des actions pérennes. Pour le VIH SIDA, il existe spécialement le CNLS qui est l'organe de coordination multisectorielle de la réponse nationale au VIH. Son organe technique est le SEP-CNLS. Le partenariat public-privé contribue aussi à l'action sanitaire.

Les centres de santé, hôpitaux et cliniques privés contribuent à l'amélioration de l'offre des soins et des services au niveau national. Selon les données de l'annuaire statistique 2019, le secteur privé représentent 47.16% pour les centres de santé (privés, confessionnels et associatifs) et 63.57% pour les hôpitaux y compris les cliniques et polycliniques.

1.5. Information sanitaire, bases factuelles et gestion des connaissances

Le MSPLS dispose d'un site web qui est alimenté régulièrement pour permettre aux parties prenantes de s'informer à distance et d'un site Web FBP-gratuité. Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) contribue à orienter les décisions politiques en matière de planification et de gestion du système de santé pour améliorer l'état de santé de la population.

Le MSPLS à travers sa Direction en charge de la gestion du SNIS, avec le concours des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) qui appuient le fonctionnement du SIS, a mis ensemble des moyens nécessaires afin d'assurer la disponibilité de l'information sanitaire de qualité permettant une prise de décision à base des évidences.

L'enquête PRISM réalisée en 2016 a montré que la performance globale du SISR est passée de 59% en 2013 à 63 % en 2016. Parmi les dimensions de la qualité des données, la faible

performance se situe au niveau de l'utilisation de l'information sanitaire, qui n'a pas évolué, passant de 35% en 2013 à 36 % en 2016. Même si la performance de la dimension de l'exactitude des données a évolué, passant de 72 % en 2013 à 85 % en 2016, les 15% restants est au-delà de la marge d'erreur tolérable pour la fiabilité des données. Une revue documentaire suivie d'une évaluation des systèmes d'information sanitaire a été réalisée en 2018 par l'OMS et a servi à l'élaboration d'un plan national d'amélioration de la qualité des données du SNIS 2019-2023.

Dans l'optique de mettre à la disposition des utilisateurs des données sanitaires, il existe une plateforme Web DHIS2 de gestion des données sanitaires au MSPLS via sa Direction du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS) qui permet de rendre disponible les données en ligne et est accessible aux acteurs du secteur de la santé. Certains Logiciels et applications de gestion de l'information sanitaire (Open Clinic, Open RBF, Sida Info, LIMS) sont en cours d'utilisation et les processus d'interconnexions avec le DHIS2 sont en cours de développement. Des annuaires statistiques et les bulletins trimestriels sont produits régulièrement et postés sur le site web du MSPLS dans le cadre de la diffusion de l'information sanitaire.

Au niveau communautaire, un SIS a été mis en place. Il permet de recueillir des informations sur les événements survenus dans la communauté. D'autres stratégies sont en cours de mise en œuvre comme la stratégie e-Health (Plan National de Développement de l'Informatique de Santé = PNDIS 2020-2024). Actuellement, le système d'alerte aux épidémies est performant car les données de surveillance épidémiologiques sont saisies dans DHIS 2 journalièrement avec une complétude de 94,2 % et promptitude de 85,6% en 2020(DHIS 2 2020). Les bases factuelles sont mises en contribution pour l'élaboration des politiques nationales de santé, stratégies, plaidoyer et la mobilisation des ressources.

1.5.1. Défis majeurs à relever :

- ❖ Hébergement de DHIS2 à l'extérieur du pays
- ❖ Faible débit de connexion internet dans certaines localités
- ❖ Faible financement du SNIS
- ❖ Absence d'interopérabilité entre le DHIS2 et les autres logiciels

1.5.2. Perspectives :

- ❖ Assurer l'interopérabilité entre le DHIS2 et les autres logiciels
- ❖ Assurer la mise en place effective du Data Center
- ❖ Développement de l'Observatoire Nationale de la Santé (ONS) intégré à la plate_forme régionale.

1.6. Recherche

La recherche en général et en santé en particulier n'apparaît que très peu dans les documents de politiques au plus haut niveau (la vision 2025, le Plan National de Développement 2018-2027, la Politique Nationale de Santé 2016-2025). L'actuelle Politique Nationale de la Santé souligne l'importance de la disponibilité de l'information de qualité, son partage et son utilisation en temps réel et aux différents niveaux du système de santé. Cela permet de mesurer régulièrement l'état de santé de la population et les performances des systèmes de santé avec des prises des décisions basées sur les évidences. Cependant, seuls les aspects liés à la collecte des données de qualité à travers les systèmes de santé et de soins en utilisant les nouvelles technologies de

l'information et de la communication y sont développés. Le processus de production de la connaissance n'est pas suffisamment développé et le rôle de la recherche en santé à travers ses différentes composantes (recherche épidémiologique, recherche action, recherche opérationnelle, recherche sur les politiques et systèmes de santé, etc.) n'apparaît pas clairement. Le domaine de la recherche en santé au Burundi a besoin d'être renforcé notamment pour ce qui est de la coordination des activités de recherche, l'allocation de fonds de recherche sur le budget national, la diffusion des résultats de recherche et le développement de la recherche.

Il existe au sein du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA une direction de la recherche et de l'épidémiologie située au sein de l'Institut National de Santé Publique (INSP). En plus de l'INSP, il existe au sein de la Direction du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS), un service en charge des Etudes et Recherche. D'autres travaux de recherche sont occasionnellement réalisés par les programmes verticaux du Ministère, surtout dans le cadre du suivi-évaluation de leurs activités. Il existe au-delà du Ministère d'autres institutions qui réalisent des travaux de recherche en santé. Il s'agit principalement de la Faculté de Médecine de l'Université du Burundi, les Universités privées, l'Institut de la Statistique et des Etudes Economiques du Burundi (ISTEEBU).

Il existe des opportunités pouvant contribuer à la promotion de la recherche en santé au Burundi parmi lesquelles nous pouvons citer :

- L'intégration du Burundi à la Communauté Est-Africaine (la Commission Est-Africaine de Recherche en Santé (East African Health Research Commission) est basée à Bujumbura) ;
- L'évidence sur l'efficacité des interventions de santé devient un besoin de plus en plus croissant pour le Ministère et ses Partenaires Techniques et Financiers (PTFs);
- La création récente à l'INSP d'un Master de Santé Publique ;
- La mise en œuvre d'un projet d'appui à l'INSP avec un volet de développement des compétences en recherche pour appuyer la prise de décision et l'élaboration des politiques publiques ;
- Le renforcement de la DSNIS sur la production des données de qualité.

1.7. Financement du système de santé

Le Burundi a déployé d'énormes efforts pour le financement du système de santé. Les données dans ce domaine ne sont pas actualisées, car les derniers comptes nationaux de la santé datent de 2013. Ces derniers ont montré la situation suivante : (i) diminution de la contribution des ménages pour les dépenses en santé passant de 40% en 2007 à 19% en 2013 ⁵(norme étant de moins de 20%), (ii) mise en place des mécanismes de prépaiement notamment le financement de la CAM par le gouvernement à 100% avec une adhésion satisfaisante de 85% de la cible de

⁵ CNS 2013

90%, (iii) Une étude des coûts des soins de santé réalisée en 2019 pour une proposition de nouvelle tarification des prestations médicales et paramédicales, (iv) la vaccination et la prise en charge (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes, aux pathologies liées à la grossesse, PVVIH, tuberculeux et les cas de paludisme simple) sont assurées gratuitement aux bénéficiaires, (v) la mise en place du financement basé sur la performance avec une augmentation de 1,4% du budget global du gouvernement chaque année et extension encourus jusqu'au niveau communautaire, (la part du gouvernement est de 32% en 2017), (vi) la mise en place d'un système de contrôle et d'audit interne et externe.

Une étude sur le financement de la santé au Burundi a été réalisée en 2014 et a été suivie de l'élaboration d'une stratégie nationale de financement qui n'a pas encore été validée.

Le tableau suivant montre le budget total consacré à la santé entre 2012 et 2014.

Tableau 1: Budget de l'Etat alloué à la santé en BIF (exécuté)⁶

Ministère	Budget 2012 ⁷	Budget 2013	Budget 2014
MSPLS	68 453 546,62	74 352 093,46	78 835 358,03
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique (CHUK)*	2 659 052,88	2 733 600,30	2 565 600,30
Ministère de la solidarité nationale, des droits de l'homme et du genre (CNAR, Indigents, ..)	1 631 318,70	1 816 195,41	36 247 707,00
Ministère de la sécurité publique	1 289 164,99	1 385 164,99	1 385 164,99
Ministère de la défense nationale et des anciens combattants (HMK.)	2 037 395,13	2 135 620,36	2 231 620,36
Budget total alloué à la santé (1)	76 070 478,32	82 422 674,52	85 053 991,39
Budget total de l'Etat (2)	779 917 598,84	779 282 641,31	813 077 734,03
Pourcentage du budget qui est alloué à la santé (1 / 2)	9,75	10,58	10,46

Pour les budgets 2015 et 2016, les lois budgétaires prévisionnelles montrent la diminution de la proportion du budget alloué à la santé. La part du budget national consacré à la santé est respectivement de 10,8% ; 13,6% pour l'année budgétaire 2019-2020 et 2020-2021 (Analyse budgétaire 2020-2021 / CURDES).

⁶Loi des finances 2012, 2013 et 2014

• Actuellement Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche

⁷ D'après les rapports annuels de la BRB, les taux de change entre le Franc Burundais et le Dollar AMéricain étaient de : 1261.1 ; 1442.5 ; 1542.0 ; 1553.1 respectivement en 2011, 2012, 2013 et 2014.

1.8 Mécanismes de financement de la santé

Depuis 2006, le Gouvernement Burundais prend en charge les soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et, à partir de 2010, il a été associé au financement basé sur la performance pour plus d'efficacité. Les mutuelles de santé communautaires initiées par des associations caritatives ou des initiatives privées avec parfois l'appui d'intervenants essentiellement du secteur mutualiste belge, ne couvrent à l'heure actuelle qu'à peine 2% de la population et ont des palettes variées de prestations de prises en charge, (des taux allant de 80% en FOSA publique à moins de 60% dans les FOSA privées confessionnelles). Les mécanismes de pré-paiement existant sont de deux ordres à savoir les mécanismes volontaires et les mécanismes obligatoires. Les mécanismes volontaires comprennent la carte d'assistance médicale, les mutuelles communautaires et les assurances privées tandis que les mécanismes obligatoires comprennent la mutuelle de la fonction publique et la prise en charge des soins des entreprises privées de leur employé selon le règlement du travail au Burundi.

La Carte d'Assistance Médicale (CAM) vise essentiellement le secteur informel notamment les populations rurales et les ménages à faible revenu (soit les 2/3 de la population burundaise qui vit en dessous du seuil de pauvreté). La cotisation annuelle par ménage est de 3.000 BIF et donne droit aux prestations de base dans les formations sanitaires (FOSA) publiques. L'adhérent doit payer un ticket modérateur de 20% et les 80% sont pris en charge par l'Etat.

L'analyse de la situation faite en 2018 dans le cadre du PNDS 2019-2023 a identifié un certain nombre de défis en rapport avec le développement d'une stratégie nationale de financement solide, durable, équitable pour tendre vers la CSU. Cette stratégie mettra un focus sur (i) l'approche programme pour le financement de la santé (achat stratégique, CDMT), (ii) Allocation budgétaire selon des critères épidémiologique et démographique, (iii) extension de la couverture maladie en tenant compte de l'équité contributive selon les quantiles, (iv) utilisation rationnelle des ressources dans l'investissement en santé.

1.9 Prestations de services

L'organisation du réseau des soins est pyramidale à quatre niveaux : le niveau de base (Centre de santé), la première référence (Hôpital de district), la deuxième référence vers les hôpitaux nationaux et centres spécialisés. Quelques prestations sont organisées au niveau communautaire (ex : iCCM).

La mission du Centre de Santé (CDS) est d'offrir à sa population les soins de santé qui relèvent du Paquet Minimum d'Activités (PMA), tandis que celle de l'hôpital de première référence (hôpital de district) est d'offrir les soins qui relèvent du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) et d'apporter un appui au développement du PMA de qualité dans les CDS.

Le système de référence et contre-référence des malades n'est pas bien organisé car tous les hôpitaux (première et deuxième référence) assurent tous presque les mêmes paquets. Particulièrement et de façon générale, en mairie de Bujumbura, les malades se rendent directement au niveau des hôpitaux nationaux, obligeant ces derniers à offrir le PMA.

1.10 Qualité des soins et services de santé

La revue à mi-parcours du PNDS II (2011-2015) réalisée en 2015 a montré que les résultats des différentes approches d'amélioration de la qualité des soins sont mitigés à cause d'une application insuffisante des protocoles et guides thérapeutiques. D'après l'enquête SARA 2016, l'indice de capacité opérationnelle générale des services de santé est de 61% avec une disponibilité des éléments traceurs pour la prescription d'ARV et le suivi médical des patients parmi les établissements de santé offrant ce service qui est de 26% seulement. Quant au diabète, la capacité opérationnelle dans les centres de santé est limitée à 38% contre 57% dans les hôpitaux. Le nouveau plan de développement sanitaire du Burundi devra contribuer au renforcement des capacités techniques à tous les niveaux et de l'application des protocoles, des guides, surveillance active, et de l'assurance qualité des soins à tous les niveaux.

1.11. Intégration du paquet des services offerts :

Le système de santé reste caractérisé par la verticalité des programmes de santé souvent centrée sur la maladie ; ce qui n'est pas de nature à favoriser l'intégration de l'offre des services centrés sur la personne. Cette structure de réseau des soins fait qu'on observe beaucoup d'occasions manquées dans l'offre des soins prodigués selon le continuum de soins. Quoique le paquet d'activités au niveau communautaire intègre des prestations des soins, cette verticalité des programmes de santé ne favorise pas l'intégration des services offerts par les prestataires du niveau communautaire. Le nouveau plan de développement sanitaire 2019-2023 devrait apporter un appui substantiel dans la consolidation et l'opérationnalité du district sanitaire y compris le niveau communautaire. Une attention particulière devra être portée essentiellement sur (1) le renforcement du système de référence et contre référence, (2) l'assurance qualité des soins à tous les niveaux, (3) la formation continue des prestataires des soins, (4) le renforcement de la création de la demande des services.

En termes de disponibilité et d'accès, la quasi-totalité des services préventifs et promotionnels est subventionnée. En outre, les soins curatifs aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes ou qui accouchent sont gratuits depuis l'an 2006. Ceci a boosté l'utilisation des services de santé avec un taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié qui a passé de 60.7% à 98.6% entre 2010 et 2019(Annuaire statistique 2019, Annuaire statistique 2019)

1.12. Ressources humaines pour la santé

1.12.1. Evolution des ressources humaines

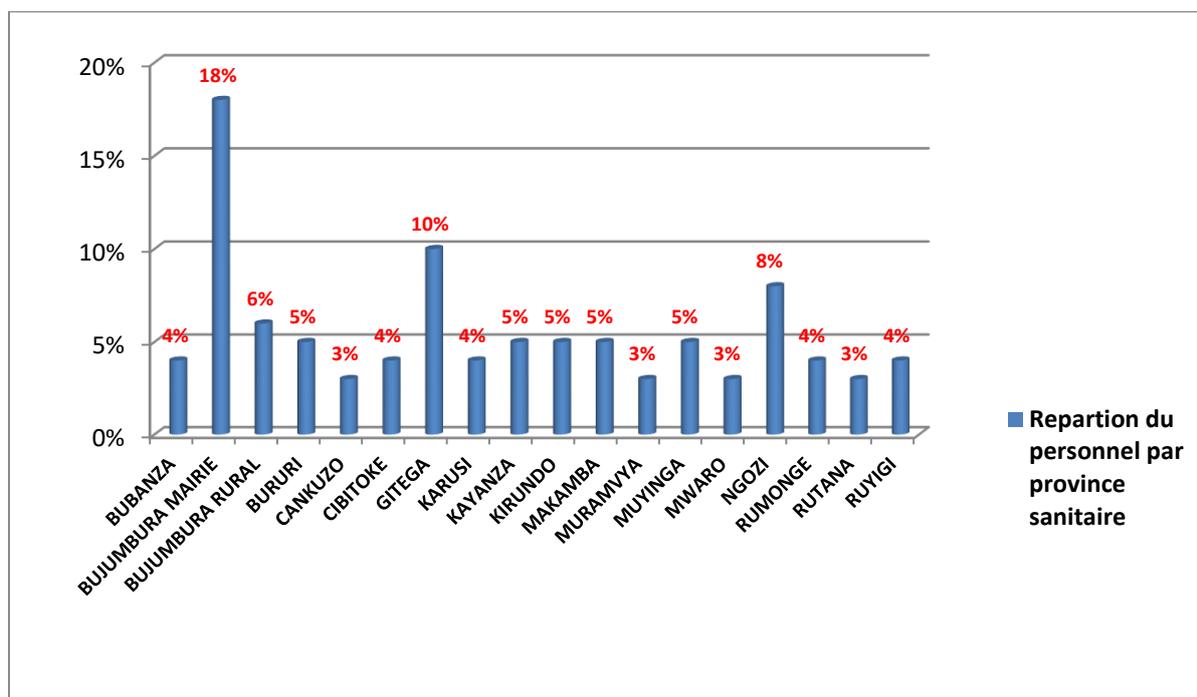
Tableau 2 : Les ressources humaines en santé ont connu une évolution en quantité et dans le temps comme le montre le tableau suivant

Catégories de ressources humaines	Effectif en 2010	Ratio RH/Pop	Effectif en 2017 ⁸	Ratio RH/Pop	Normes OMS
Infirmiers	5967	1inf/1.586 hab.	7332	1inf/1.568 hab.	1 infirmier/3.000 hab.
Médecins	418	1 méd/22.634	647	1Méd/17.768 hab.	1 médecin/10.000hab.
Sage femmes	16	1 SF/141.190 Femmes en âge de procréer	103	1SF/27.080 Femmes en âge de procréer	1 Sage-Femme/5.000 femmes en âge de procréer

Ce tableau montre que le personnel infirmier est suffisant selon les normes OMS. Cependant ces infirmiers sont inégalement répartis sur le territoire burundais, le milieu urbain et semi-urbain étant plus servis que le milieu rural. De plus, les besoins en ressources humaines particulièrement pour les médecins et sages-femmes restent importants. Par ailleurs l'analyse de la densité du personnel en santé est de 0.7 alors que les normes de l'OMS prévoient 2.3 personnel qualifié (médecins, sages-femmes et infirmiers) pour 1 000 habitants.

⁸Cartographie des ressources humaines du MSPLS de 2017

Graphique 1 : Répartition du personnel de santé du secteur public et agréé par province (cartographie RHS : 2017)



Par rapport à la gestion des ressources humaines, quelques efforts ont été faits⁹ notamment :

- (i) Un système de motivation du personnel du secteur de la santé est mis en place
- (ii) Redéploiement du personnel pour assurer la répartition équitable du personnel. Néanmoins le redéploiement n'a pas été effective ;
- (iii) La description de poste et profil du personnel de santé pour l'amélioration de la gestion des ressources humaines ;
- (iv) La cartographie des ressources humaines prestant dans le secteur public et privé ;
- (v) L'instauration des mesures de sécurité au travail ;
- (vi) Les ordres des professionnels de santé (des médecins, pharmaciens) qui ont été mis en place ;
- (vii) Formation des sage- femmes.

Malgré les efforts consentis, quelques contraintes sont relevées¹⁰, notamment :

- ✓ Insuffisance dans la mise en œuvre des documents de référence en matière de gestion des ressources humaines ;
- ✓ Un observatoire des ressources humaines a été créé, mais n'est pas opérationnel ;
- ✓ Absence d'un logiciel de gestion des RH;
- ✓ Insuffisance du personnel en quantité et en qualité ;
- ✓ Une répartition inéquitable des ressources humaines ;
- ✓ Non décentralisation de la gestion des ressources humaines ;
- ✓ Non utilisation du personnel qualifié disponible ;

⁹ Analyse de la situation du PNDS (2018)

¹⁰ Analyse de la situation PNDS (2028)

- ✓ Insuffisance du budget pour couvrir les besoins en personnel (le recrutement du personnel);
- ✓ Insuffisance des Médecins spécialistes ;
- ✓ Insuffisance des enseignants en quantité et qualité, du matériel didactique et des locaux, des terrains de stage non adaptés, non-respect de la réglementation et des normes régissant les écoles paramédicales ;
- ✓ Absence de certaines filières de formation de spécialisations médicales et para médicale ;
- ✓ Absence de référentiels de formation pour les paramédicaux bacheliers ;
- ✓ Insuffisance dans la mise en œuvre du plan de formation.

1.13 Produits médicaux, vaccins, infrastructures et équipements

Le pays dispose d'une centrale d'achat de médicament et d'une chaîne d'approvisionnement fonctionnel jusqu'au niveau opérationnel. Ainsi, la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du Burundi (CAMEBU) a instauré en 2020 un système d'approvisionnement actif jusqu'au niveau des Districts sanitaires afin d'améliorer l'accessibilité aux produits médicaux. Cependant, les capacités institutionnelles de la CAMEBU à satisfaire les commandes sont encore à améliorer.

Pour les médicaments qui ne sont pas disponibles à la CAMEBU, les districts peuvent s'approvisionner dans le secteur privé sur autorisation de l'Autorité Burundaise de la Régulation des Médicaments et des Aliments (ABREMA) Il existe :

- ✓ une liste des médicaments essentiels qui est mise à jour tous les deux ans.
- ✓ une liste des médicaments sous prescription obligatoire médicale.
- ✓ une liste des médicaments traceurs.

L'accès aux produits médicaux de qualité et au prix abordable est l'un des défis du système de santé au Burundi. Le mécanisme de contrôle de qualité des médicaments et autres produits de santé n'est pas satisfaisant car on fait souvent recours aux laboratoires extérieures du pays et il en est de même de la pharmacovigilance et la matériovigilance.

Le pays dispose d'un Plan National d'action de Lutte contre la résistance antimicrobienne (PAN-RAM 2021-2023), d'un comité national de pilotage ,sous la coordination de la Primature de la République du Burundi est mis en place pour lutter contre ce risque sanitaire qui se classe en 5^{ème} position (reference :Plan National de Sécurité Sanitaire au Burundi « PAN-SS 2020-2023 ») et d'un Comité National multisectoriel (One Health) qui assure la supervision des actions de lutte contre la RAM au Burundi.

L'Enquête (SARA 2017) sur la disponibilité des intrants (produits de santé) a montré que 70% des médicaments traceurs pour les soins de santé primaires étaient disponibles au cours de l'enquête, et en considérant les 24 médicaments essentiels standards de l'OMS, la disponibilité moyenne, tous types de FOSA confondus (N=206), était de 29%. Un tiers des hôpitaux provinciaux(hôpitaux de 1^{ère} référence ou hôpitaux de District Sanitaire) disposait de toutes les molécules, la disponibilité globale des médicaments était de 70% dans les hôpitaux de référence nationale contre une moyenne de 27% dans les centres de santé avec un léger mieux pour les structures urbaines (30%) que celles du milieu rural (20%), suggérant un problème d'équité en plus du faible accès et des déficiences dans le système de gestion des approvisionnements.

Selon la même enquête SARA 2017, la capacité moyenne de diagnostic des maladies pour l'ensemble des structures était de 52% avec seulement 10% des formations sanitaires disposant tous les tests essentiels de diagnostic biologique. Un Plan Stratégique National de la chaîne d'approvisionnement des produits pharmaceutiques et autres produits de santé est en cours d'élaboration par l'ABREMA, en collaboration avec les parties prenantes.

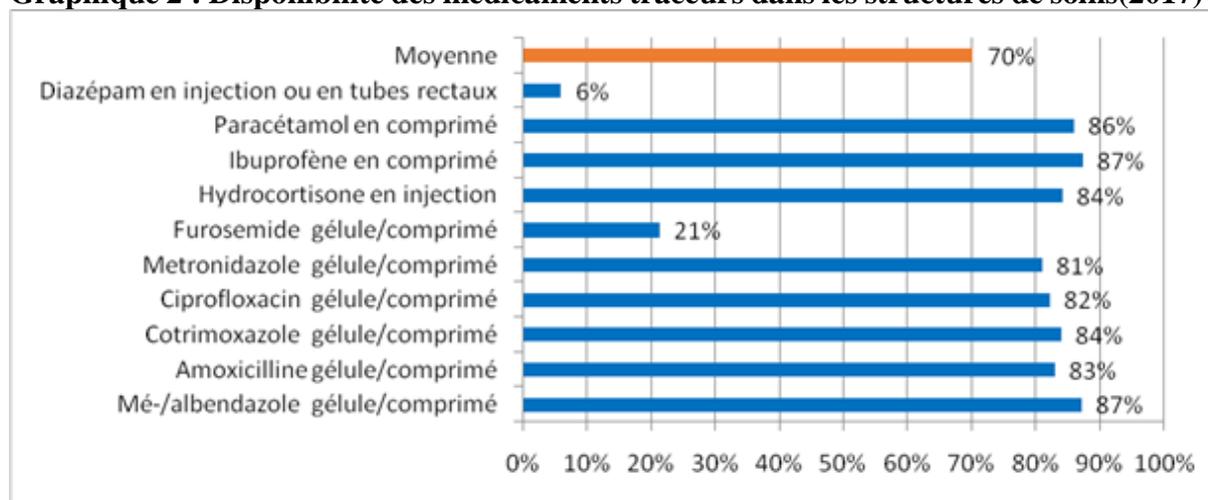
Neufs sites sentinels fonctionnels pour la surveillance de la RAM sont identifiés dans le cadre de l'EAC par le MSPLS.

Des textes réglementaires pour améliorer la qualité de diagnostic biologique des maladies existent au niveau de la Direction des Laboratoires de biologie médicale :

- ✓ Politique Nationale des laboratoires de biologie médicale, 2014-2025 ;
- ✓ Plan Stratégique National des Laboratoires de biologie médicale, 2021-2023 ;
- ✓ Normes et standards des laboratoires de biologie médicale (paquets d'activités des laboratoires à chaque niveau de soins, personnel de laboratoires, etc) ;
- ✓ Directives nationales de référence et contre référence des échantillons biomédicaux.
- ✓ Guide d'harmonisation et standardisation des équipements des laboratoires d'analyses biomédicale, régulièrement mis à jour (tous les 2ans).

Le système d'information et de gestion logistique des médicaments est en cours de mise en place.

Graphique 2 : Disponibilité des médicaments traceurs dans les structures de soins(2017)¹¹



¹¹ Enquête SARA (2017)

2. POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTÉ

Le Burundi a souscrit aux Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030 et à tous les engagements internationaux, régionaux et sous régionaux en matière de santé. La formulation des politiques et stratégies nationales dans le secteur s'inspire de ces engagements en tenant compte du contexte du pays. La Politique Nationale de Santé 2016-2025 s'inspire de la Vision Burundi 2025 qui place la santé et le bien-être de la population burundaise au cœur du développement du pays.

But : La politique nationale de santé 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

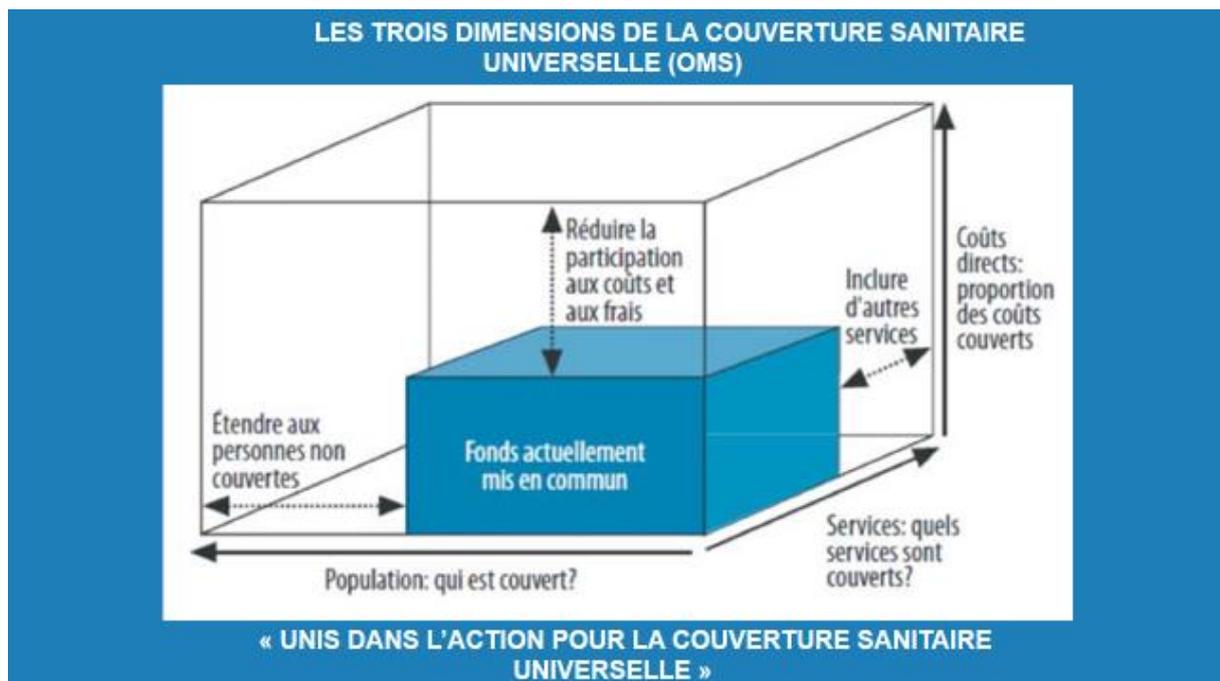
Objectifs généraux : (i) Contribuer à la réduction de l'ampleur (incidence, prévalence) et de la gravité (morbidité, mortalité, handicaps, invalidités) des maladies et des problèmes de santé prioritaires (y compris la malnutrition), (ii) Améliorer les performances du système national de santé et du système communautaire, (iii) Renforcer la collaboration intersectorielle pour une meilleure santé,

Elle met un accent particulier sur: (i) une couverture sanitaire universelle, pour améliorer l'équité en matière de santé, l'efficacité et la viabilité; (ii) les services de santé de qualité qui placent la personne au cœur du système de santé; (iii) les politiques publiques visant la promotion et la protection de la santé des communautés et en particulier les groupes vulnérables; (iv) un leadership pour améliorer la compétence et la redevabilité des autorités et acteurs de la santé.

2.1. Couverture Sanitaire Universelle

Dans le cadre de la concrétisation des Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030, la couverture sanitaire universelle est un des piliers principaux de l'atteinte de l'objectif 3 qui est d' « assurer une vie saine et promouvoir le bien être pour toutes et tous et à tous les âges ».

Graphique 3 : Trois dimensions de la CSU(OMS)



2.2. Financement des régimes d'assurance/mutuelle/gratuité:

Les soins de santé pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes sont subventionnés par l'Etat depuis 2006 et cela a été associé au financement basé sur la performance pour plus d'efficacité. Selon le rapport de mise en œuvre du financement basé sur la performance de 2016, le Gouvernement a contribué pour 42.1% du budget soit 18 127 260 407 BIF à côté de la Banque Mondiale (33,57%), l'Union Européenne (23,02%) et la Coopération Technique Belge (1.2%).

Les services de vaccination des enfants à travers le Programme Elargi de Vaccination sont financés à 90% par GAVI, UNICEF, OMS et 10% par le Burundi. Sur financement du Fonds Mondial, le diagnostic et le traitement sont subventionnés pour la tuberculose et le VIH/Sida alors que pour le paludisme seul le traitement de 1^{ère} ligne est subventionné (les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine CTA).

Les soins de santé des indigents sont subventionnés par le Gouvernement à travers le Ministère en charge de la Solidarité Nationale mais leur nombre n'est pas connu.

La population couverte par la subvention est estimée à 22 % de la population burundaise soit 18% qui concernent les enfants de moins de cinq ans et 4 % pour les femmes enceintes (estimation selon le recensement général de la population et de l'habitat de 2008).

Selon le code du travail au Burundi, chaque employeur doit participer obligatoirement à la couverture de soins de santé de ses employés. La Mutuelle de la Fonction Publique couvre environ 10% de la population et prend en charge les agents de l'Etat, y compris les Forces de Défense Nationale, la Police Nationale et quelques milliers d'autres bénéficiaires parmi lesquels

les étudiants de l'enseignement supérieur et du corps enseignant ainsi que les personnalités politiques.

Les mutuelles de santé communautaires initiées par des associations caritatives ou des initiatives privées avec parfois l'appui d'intervenants essentiellement du secteur mutualiste belge, ne couvrent à l'heure actuelle qu'à peine 2% de la population et ont des palettes variées de prestations de prise en charge, à des taux allant de 80% en FOSA publique à moins de 60% dans les FOSA privées confessionnelles. Les données actualisées des effectifs des membres des mutuelles de santé est celle de 2016-2017: 126 mutuelles de 18.514 ménages composés de 91.782 bénéficiaires selon la Plate-forme des Acteurs des mutuelles Communautaires du Burundi (PAMUSAB).

Depuis la réintroduction de la Carte d'Assistance Médicale sous sa forme rénovée en 2012, aucune étude n'a été réalisée pour mesurer son impact sur la protection du risque maladie notamment la population couverte, la différence entre les prestations théoriques et les prestations réelles dont bénéficient les détenteurs de la carte.

Pour le moment, il n'existe pas des statistiques fiables pour connaître avec précision le nombre de ménages couvert par ce système d'assurance maladie. L'EDSB III 2016-2017 montre que 15.4 % des femmes et des hommes avaient une Carte d'Assistance Médicale valide au moment de l'enquête.

2.3 Services couverts :

Selon le portail OMS sur UHC country data profile 2016, l'indice de couverture sanitaire du Burundi est de 43. Il s'agit de la couverture moyenne des services basés sur des interventions qui incluent la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles et la capacité et l'accès aux services de la population en général et la plus défavorisée en particulier. Il faut noter que cet indice est loin de l'objectif qui est 80.

2.4. Les administrations personnalisées

Sont rattachées au Cabinet du MSPLS les administrations personnalisées suivantes (référence : Décret N° 100/093 du 09 Novembre 2020 portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida) :

- ✓ L'Institut National de Santé Publique (INSP) ;
- ✓ La Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du Burundi (CAMEBU) ;
- ✓ Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ;
- ✓ Les Hôpitaux Nationaux de troisième référence (HN) ;
- ✓ Le Centre National de Référence en Kinesithérapie et Réadaptation médicale(CNRKR)
- ✓ L'Autorité Burundaise de Régulation des Médicaments à usage humain et des Aliments(ABREMA)

3. DIRECTIONS, PROGRAMMES ET SERVICES DE SANTE

Selon le Décret n°100/093 du 09 novembre 2020 portant organisation et fonctionnement du MSPLS, il existe des Départements /Directions du niveau central dans différentes directions générales tels que le décrit le tableau ci-dessous :

Direction Générale des Services de Santé et de Lutte contre le SIDA	Direction Générale de la Planification	Direction Générale des Ressources	Direction Générale de l'offre des soins de la médecine moderne et traditionnelle
<i>Direction de la promotion de la santé, de la demande des soins, de la santé communautaire et environnementale</i>	<i>Direction de la Planification et de Suivi-Evaluation des Politiques de santé</i>	<i>Direction des Ressources Humaines</i>	<i>Direction des Accréditations</i>
<i>Direction des Laboratoires de Biologie Médicale</i>	<i>Direction du Système d'Information Sanitaire</i>	<i>Direction du Budget et des Approvisionnements</i>	<i>Direction de l'Assurance-qualité des soins, de l'hygiène et de la Sécurité en milieu de soins</i>
<i>La Cellule Technique Nationale et de Financement Basé sur la Performance</i>		<i>Direction des Infrastructures et Equipements</i>	<i>Direction pour la promotion de la médecine Traditionnelle, Alimentation équilibrée et Alimentation naturelle à visée thérapeutique</i>
		<i>La Cellule Chargée de Passation des Marchés Publics</i>	
		<i>La Cellule Chargée de la Logistique et du Charroi</i>	

Sur base de la situation et de l'ampleur épidémiologique, le pays a mis en place des programmes spécifiques pour renforcer les interventions relatives à certaines problématiques de santé. C'est ainsi que le Burundi dispose actuellement 9 programmes verticaux repris ci-dessous :

- Le Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme (PNILP) ;
- Le Programme National Intégré d'Alimentation et de Nutrition (PRONIANUT) ;
- Le Programme National Intégré Lèpre et Tuberculose (PNILT) ;
- Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) ;

- Le Programme National de Santé Reproductive (PNSR) ;
- Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles PNLIS/IST ;
- Le Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissible (PNILMCNT) ;
- Le Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité (PNIMTNC) ;
- Programme de Gestion d’Informatique du Système de Santé(PROGISSA).

Ces programmes sont des structures du niveau central qui collaborent avec les niveaux intermédiaire et périphérique pour la mise en œuvre des interventions spécifiques. Ce sont des structures qui ont une certaine autonomie dans la prise de décision et qui bénéficient des appuis substantiels des partenaires techniques et financiers, en plus des subventions du Gouvernement.

En vue de renforcer le suivi des activités en périphérie, certains programmes ont affecté des points focaux dans les provinces et/ou des districts sanitaires en vue d’assurer un suivi rapproché des interventions menées par le programme concerné. Il a cependant le désavantage de perpétuer la faible intégration des activités du programme dans le fonctionnement du district avec une faible appropriation par les responsables de ce dernier. Signalons aussi que le manque d’intégration des programmes perturbe la planification et la comptabilité des Bureaux Provinciaux de Santé (BPS), des Bureaux de District Sanitaire(BDS) et des hôpitaux.

Dans le cadre du PNDSIII 2019-2023 les plans stratégiques des services et programmes de santé sont alignés aux orientations stratégiques nationales et renforcent le paquet de soins intégrés pour chaque niveau de la pyramide sanitaire. Ce paquet comprend les interventions à haut impact avec un système d’assurance- qualité.

4. LES MALADIES, INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LES HEPATITES VIRALES

4.1. VIH/SIDA

4.1.1 Introduction

Le Burundi s’est doté en 2018 d’un Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA sur la période 2018-2022 dont les grandes priorités sont en rapport avec les stratégies mondiales de la réponse du VIH/SIDA notamment la stratégie Fast track (les 90-90-90 en 2020 ; 95-95-95 en 2030) et la Stratégie super fast-track pour Accélération de l’é-TME.

Les interventions du PSN 2018-2022 visent à couvrir les priorités identifiées articulées autour des axes de prévention des nouvelles infections VIH, élimination de la transmission du VIH et du syphilis de la **mère** à l’enfant, prise en charge globale des personnes infectées par le VIH, Réduction d’impact et des déterminants de la vulnérabilité et Gestion et coordination de la réponse nationale.

4.1.2. Analyse de la dynamique de l'épidémie

Au Burundi, l'infection à VIH se présente sous forme d'épidémie généralisée avec un taux de prévalence globale de 0.9% au sein de la population générale âgée de 15 à 49 ans (EDSB III 2016-2017) avec une séroprévalence 1.2% chez la femme contre 0.6% chez l'homme dans la même tranche d'âge. L'épidémie est plus concentrée en milieu urbain avec une prévalence de 2,5 % contre 0,7 % pour le milieu rural. (EDSB III 2016-2017).

Selon les mêmes résultats, cette prévalence varie selon les provinces du pays : 2,6% ; 2 %, 1,9% ; 0,2% et 0,2% respectivement à Bujumbura Mairie, Gitega, Mwaro, Ngozi et Rutana (EDSB III 2016-2017).

Malgré que le niveau de prévalence dans la population générale soit moins élevé, des disparités énormes s'observent et le VIH touche de façon préoccupante certaines catégories notamment les populations clés avec des prévalences variant entre 4.8% chez les hommes ayant des rapports avec les hommes et 21.3% chez les professionnels de sexe (étude PLACE de 2013), 3.8% chez les clients des Professionnelles de Sexe (PS) et 5.2% chez leurs partenaires. Les PS sont particulièrement plus concentrés en milieux urbain et elles constituent un des moteurs de l'épidémie au Burundi. Pour les Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (HSH), le taux de séroprévalence est de 4.8%. La population des HSH avec une forte concentration à Bujumbura-Mairie (74%). L'évaluation rapide faite en Mairie de Bujumbura en 2017 a montré une séroprévalence du VIH de 10.2% chez les usagers de drogues injectables.

4.1.3. Riposte nationale à l'épidémie du sida à travers différentes interventions

a) Prévention de nouvelles infections à VIH

En 2019, les interventions des différents acteurs ont concouru pour renforcer la prévention de nouvelles infections à VIH. Focalisées sur les priorités du PSN 2018-2022, les interventions ont principalement ciblé les aspects suivants :

✓ La prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle.

Au niveau de cette axe, un focus particulier a été porté sur : (vi) Le renforcement de la connaissance sur le VIH et sida ; (vii) La disponibilité et l'accessibilité du préservatif masculin et féminin pour son utilisation correcte et systématique chez les adultes, jeunes et populations à plus haut risque d'infection ; (viii) Le renforcement du dépistage volontaire visant à améliorer le rendement par intégration des nouvelles approches ; (ix) La prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles et ; (x) La lutte contre les violences basées sur le genre.

✓ Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Depuis 2011, le Burundi a été classé parmi les 22 Pays prioritaires pour l'élimination de la transmission Mère-Enfant (é-TME). En 2012, le pays a élaboré un plan national d'élimination de la TME s'inspirant du plan global d'é-TME. Différentes stratégies ont été adoptées pour l'atteinte des objectifs de l'é-TME : intégration des services SR/VIH/PTME, décentralisation

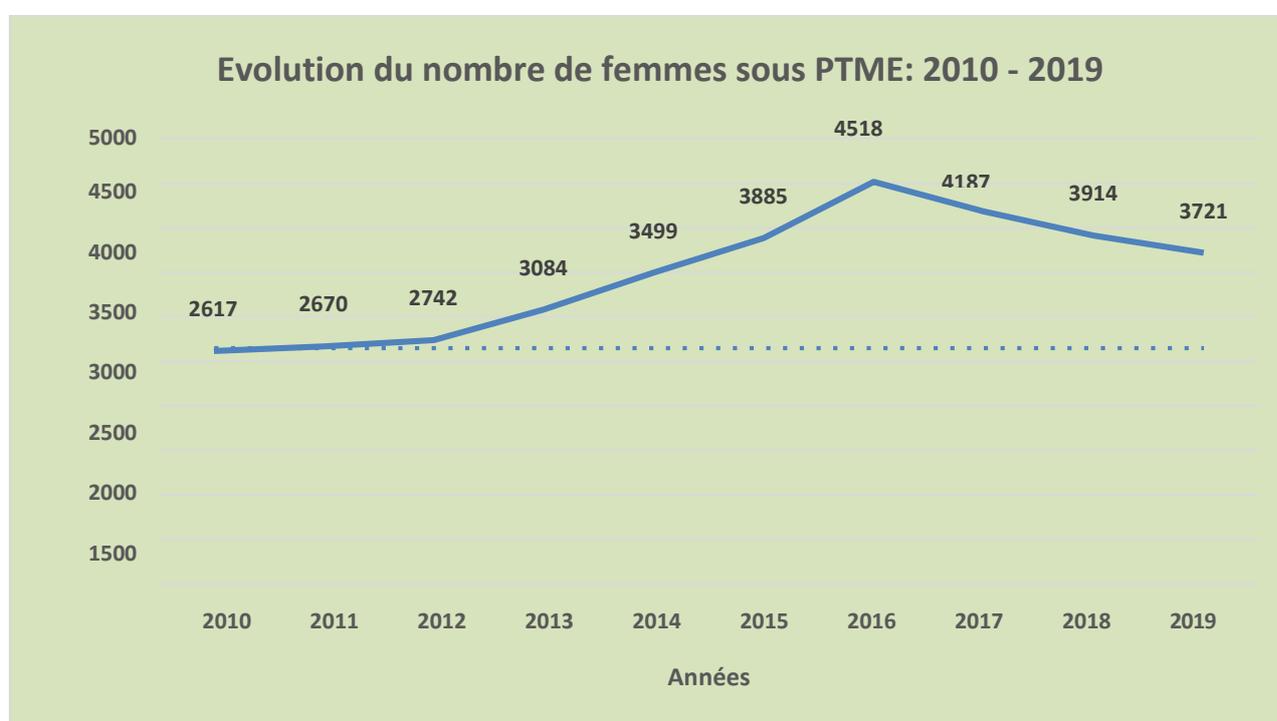
des services et délégation des tâches, option B+ etc. Le nombre de sites PTME est passé de 119 en 2010 à 915 en 2019.

b) Dépistage des femmes enceintes :

➤ Au cours de l'année 2019, sur 499460 femmes vues en CPN1, 421637 ont bénéficié d'un dépistage du VIH et ont récupéré les résultats soit 84.7% et 5329 femmes enceintes ont été diagnostiquées séropositives au VIH, soit un taux de séropositivité de 1.2%.

➤ Sur 549577 grossesses attendues en 2019, 499460 ont fréquenté la CPN1 (91%) et 421637 femmes ont bénéficié d'un dépistage du VIH et ont récupéré les résultats soit 76.1 %.

Graphique 4 : Evolution du nombre de femmes sous protocole PTME



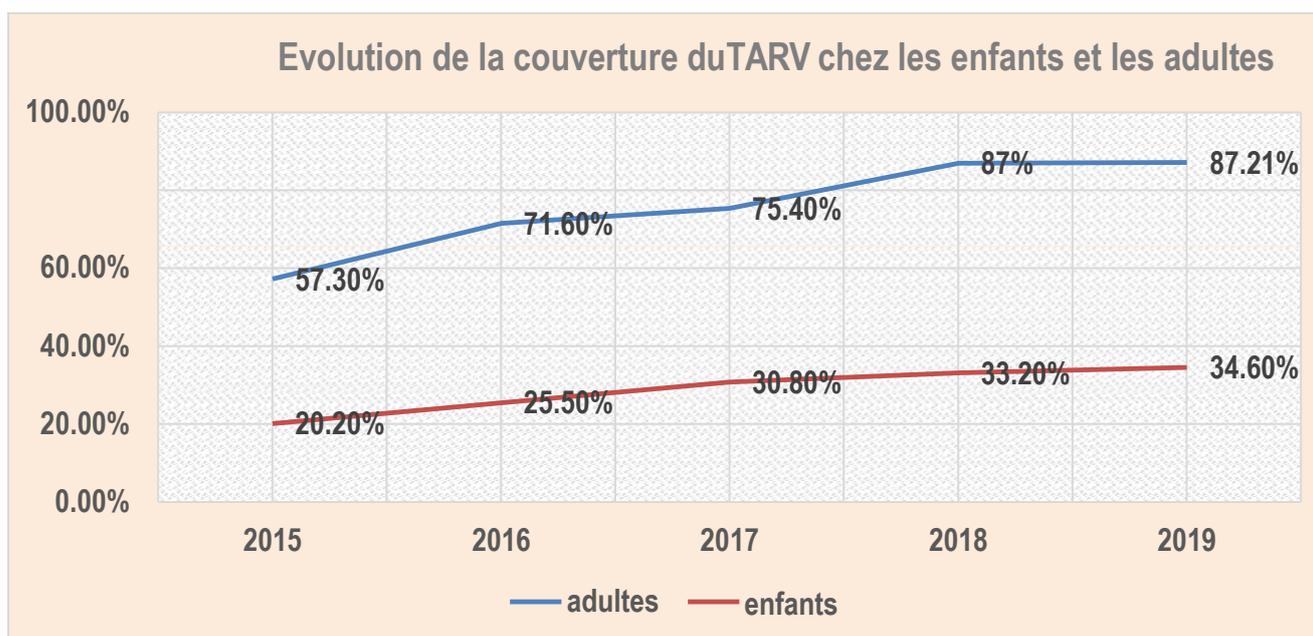
C) Couverture en traitement ARV

Le programme de traitement ARV a débuté au Burundi en 1997 et ne cesse de croître chaque année grâce aux efforts du Gouvernement avec l'appui des partenaires. Depuis lors, le nombre de PVVIH sous ARV n'a cessé d'augmenter passant de 22 735 en 2010 à 69937 en 2019 et le tableau ci-dessous montre les détails par sexe et par âge selon le rapport du PNLIS/IST de 2019.

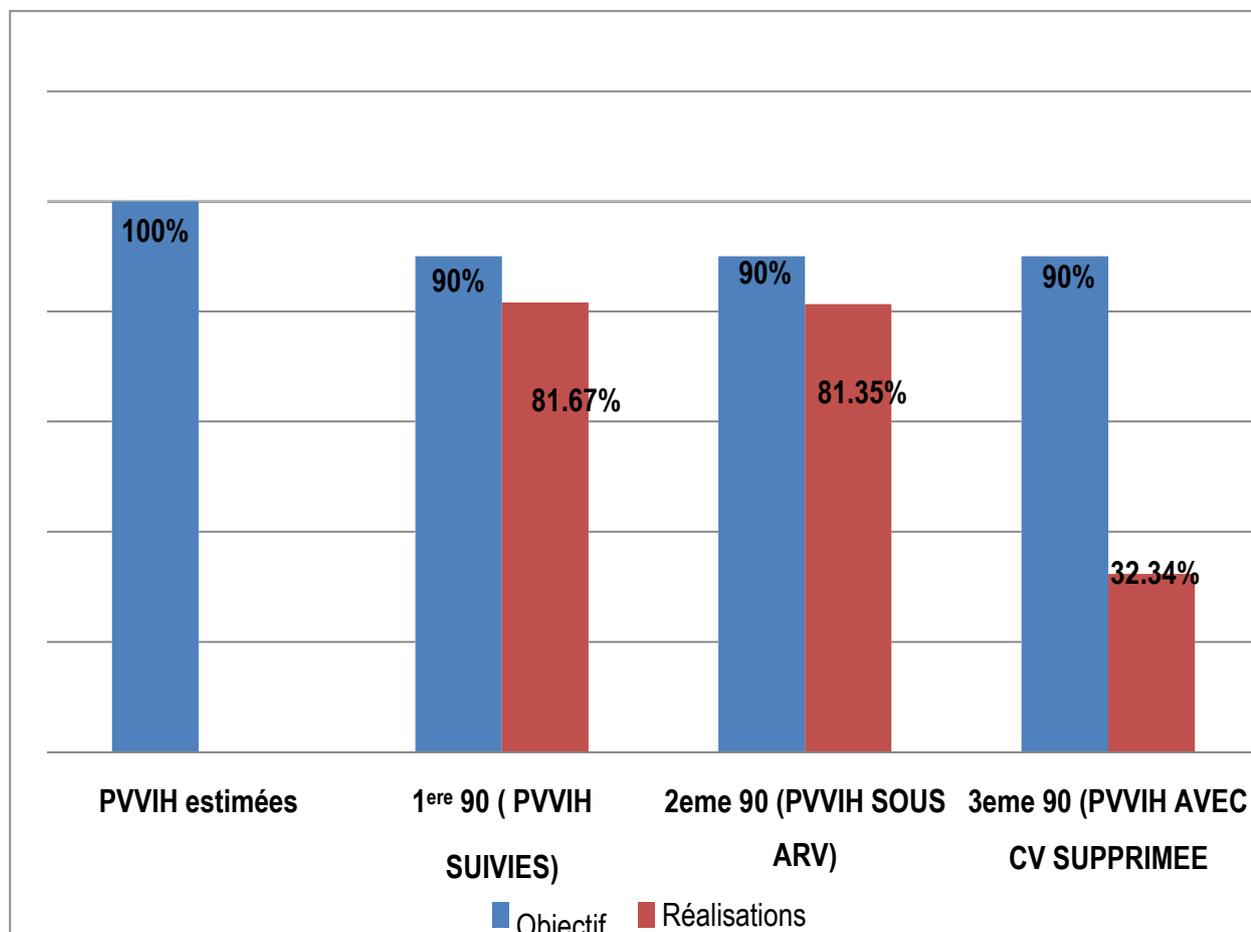
Il y a eu une augmentation progressive du nombre de sites de PEC qui est passé de 95 en 2010 à 883 en 2019 ; ce sont des structures de soins capables d'offrir le traitement ARV aux PVVIH et d'autre part l'approvisionnement des sites en ARV ; selon le même rapport.

Indicateurs	Total	Moins de 15 ans			Plus de 15 ans		
		M	F	Total	M	F	Total
Couverture en ARV	81,36%	33,52%	36,52%	34,66%	73,64%	96,22%	87,21%
PVVIH sous ARV	69 937	1 595	1 723	3 318	22 449	44 170	66 619
PVVIH Estimées (Spectrum 2019)	85 963	4 759	4 718	9 574	30 485	45 904	76 389

Graphique 5 : Evolution de la couverture du traitement ARV chez les enfants et les adultes de 2015 à 2019 :



Graphique 5 : Etat des lieux de la sascade des trois “90“ Fin 2019



Au cours de l’année 2019, le premier 90 ; qui est la porte d’entrée des 2 autres 90 n’a pas été atteint. Il y a donc encore beaucoup de PVVIH qui ignore leur statut sérologique. Concernant le troisième 90, 32.34 % parmi les PVVIH sous ARV avaient une charge virale supprimée. Néanmoins, des défis persistent dans le domaine de lutte contre le VIH et portent principalement sur (i) l’atteinte des cibles 90- 90-90, (l’accroissement des couvertures sous ARV chez les enfants par la décentralisation et la délégation des tâches, (iii) le dépistage précoce du VIH chez les nouveaux nés, (iv) le maintien des femmes sous ARV, (v) le suivi médical et biologique des patients sous ARV, (vi) (vii) la surveillance des résistances aux ARV.(Rapport annuel 2020).

Le VIH /SIDA a un impact négatif important sur les déterminants du développement économique et social du pays que ce soit sur le plan sanitaire, éducatif, social et démographique. Pour faire face à cette situation, une stratégie nationale de réponse à la Lutte contre le Sida PSN 2018- 2022est disponible et vise à doter le pays d’un outil de gestion de la réponse nationale mais aussi de mobilisation des ressources

d) La prévention et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

Les infections sexuellement transmissibles (IST) curables et incurables qui augmentent mutuellement leur progression, forment une association syndromique occasionnant une morbi-mortalité redoutable en matière de santé publique.

Au Burundi, 171 391 cas d'IST ont été notifiés en 2019 avec 7963 cas de la conjonctivite du nouveau-né, 46412 cas d'ulcération génitale, 35009 cas d'écoulement urétral et 86007 cas d'écoulement vaginal. Cela est corrélé à la persistance des comportements sexuels à risque : 28% de femmes âgées de 15 à 49 ans ont eu un premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans et 54% avant l'âge de 20 ans ; tandis que 10% des hommes ont commencé les rapports sexuels avant l'âge de 18 ans et 22% avant l'âge de 20 ans (EDSB-III, 2016-2017).

En outre, il y a une forte corrélation entre la transmission du VIH et les autres IST d'origines virales telles que HSV ou HPV dont aucune thérapeutique capable d'assurer un traitement curatif n'est disponible.

Un manuel de prise en charge syndromique des IST et un guide de prévention des IST au niveau Communautaire ont été élaborés pour renforcer la prévention et la prise en charge de ces infections. La prise en charge des IST est intégrée dans les structures de santé publiques, privées et agréées.

4.2. Hépatites

4.2.1 Introduction

Les hépatites virales constituent un des problèmes importants de santé publique dans le monde. Toutes les hépatites dans leur forme aiguë peuvent entraîner le décès. Mais la mortalité la plus forte est liée aux formes d'évolution chronique entraînant le développement des cirrhoses et des cancers. Ces complications entraînent le décès prématuré de 15 à 25 % des malades, faisant des hépatites la septième cause de mortalité dans le monde (résolution WHA67.6 de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), et certainement la première cause de décès dans de nombreux pays subsahariens. Plus de 80 % des cas des Cancers Primitifs du Foie « CPF » dans le monde sont causés par une infection virale : le virus de l'hépatite B (VHB) dans les deux tiers des cas, et le virus de l'hépatite C (VHC) dans le tiers restant.

Au Burundi, la situation épidémiologique des hépatites est peu connue. Quelques études parcellaires faites au cours des 2 dernières décennies montreraient que la prévalence de l'hépatite B serait entre 5 et 10% et celle de l'hépatite C plus importante, proche des 10% et augmente avec l'âge ; ce qui montre que les hépatites virales posent un problème de santé publique.

Les données bibliographiques montrent un taux de portage de l'Ag HbS est de 4,6% dans la population générale, une prévalence des Ac anti VHC dans la population générale qui est de 8.2% et qui augmente de façon importante avec l'âge.

Quant aux données recueillies lors de l'analyse de la situation des hépatites au Burundi en 2017 et dont le rapport est publié en janvier 2018, elles montrent qu'au niveau des centres de transfusion, les prévalences des hépatites B et C sont relativement élevées : entre 1,7% et 3,4%

pour l'Ag HbS et entre 1,9% à 5,7% pour les Ac anti VHC. Cette prévalence est double dans les services de soins comme détaillé ci- dessous.

4.2.2. Analyse de la situation

a) La Prévalence des Hépatites virales B et C

Les données de prévalence de l'Ag HBs recueillies au niveau des structures enquêtées montrent un taux global de 3,4% avec une très grande variabilité en fonction des structures allant de 0% à 25,3%. Les données de prévalence des Ac anti VHC recueillies au niveau des structures enquêtées montrent un taux global de 3,9% avec ici également une très grande variabilité en fonction des structures allant de 0% à 19,4%. Les taux semblent plus faibles au niveau du CNTS, de 1,75% pour l'Ag HBs et 1,9% pour le VHC. La prévalence peut sembler relativement faible mais lorsqu'on considère que les donneurs de sang sont supposés être à moindre risque pour ces infections, il peut être considéré comme élevé. Au niveau des 4 CRTS enquêtés, le taux de portage de l'Ag HBs est compris entre 1,9% et 3,4% ; celui des Ac anti VHC est compris entre 2,6% et 5,7%. La prévalence dans les laboratoires des hôpitaux de Bujumbura est beaucoup plus élevée. Elle est comprise entre 3,9% et 7,2% pour l'Ag HBs. Elle est comprise entre 3,8% et 6,7% pour les Ac anti VHC. La coinfection VHB et VIH est comprise entre 3% et 5% et celle VHC et VIH entre 1,3 et 1,4%.

b) Le dépistage des hépatites virales

Le dépistage se fait par tests rapides pour l'AgHBs et la sérologie du VHC dans toutes les laboratoires des hôpitaux du Burundi .Toutefois, la non disponibilité de la chaîne Elisa et appareil PCR, les fréquentes ruptures des réactifs tels que pour l'Ag HBs, l'insuffisance du personnel, le manque d'algorithme et manque de contrôle de qualité constituent des défis à relever (Rapport définitif sur les hépatites virales au Burundi, Janvier 2018).

C) Couverture en traitement HBV/Mise en route du traitement HCV

Concernant le traitement anti VHB, les patients co-infectés VHB/VIH sont automatiquement traités pour les 2 virus dans la mesure où les patients co-infectés sont mis sous TDF/3TC/EFV, bénéficiant ainsi d'une trithérapie anti VIH et d'une bithérapie anti VHB. Par contre, pour les mono infectés VHB, il n'y a pas de médicaments spécifiques et en pratique seul au CHUK, les patients au stade avancé de la maladie hépatique bénéficient à titre compassionnel de traitement par TDF/3TC.

Au Burundi, le vaccin contre le VHB a été intégré dans le calendrier de routine du PEV depuis 2006. Le vaccin utilisé est le pentavalent. La 1ère dose de pentavalent est donnée à la 6 ème semaine de vie, la 2eme dose à 10 semaines et la 3eme dose à 14 semaines. Le taux de couverture vaccinale chez les enfants pour le pentavalent 1 est de 103.1%, de 102.1% pour le 2 et de 100% pour le 3.

4.2.3. Les principales réalisations au Burundi

- Elaboration du plan stratégique nationale de lutte contre les hépatites virales 2018-2022 (réalisée en décembre 2018)
- Mise en place des directives nationales de prévention et de prise en charge des hépatites virales B et C (fin décembre 2019)
- Campagne de dépistage des hépatites virales (4160) lors de la célébration de la JMH édition 2019
- Prise en charge des quelques malades pour l'hépatite virale C (226 malades traités pour l'hépatite C depuis mars 2018 à nos jours)
- Production et diffusion d'un dépliant en français et en kirundi pour informer et sensibiliser la population à la lutte contre les hépatites virales (novembre 2020)
- Sensibilisation des élus du peuple (Députés et Sénateurs) et des Gouverneurs de provinces sur le VIH et hépatites virales par la Première Dame du Pays (Novembre 2020)
- Campagne de dépistage des hépatites B et C en 2020 au tour de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le Sida couple à la journée mondiale contre l'hépatite édition 2020 en collaboration avec l'ANSS (novembre 2020)

4.2.4. Les principaux défis

- Faible disponibilité et accessibilité aux tests de dépistage et aux médicaments
- Faible accessibilité des femmes enceintes à la PTME de l'hépatite B
- Faible connaissance de la population des modes de transmission et des moyens de prévention des hépatites virales

4.2.5. Les perspectives

- Prévention de la transmission mère-enfant de l'hépatite virale B ;
- Introduction dans le PEV de la première dose du vaccin contre l'hépatite B à la naissance;
- Plaidoyer pour la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments et au suivi médical pour tout malade ;
- Formation des prestataires de soins sur la prévention et la prise en charge des hépatites virales.
- Intensifier les séances de sensibilisation de la population à la prévention contre les hépatites virales
- Améliorer la collecte et la disponibilité des données sur les hépatites virales B et C

4.3. Tuberculose

4.3.1. Situation épidémiologique de la tuberculose au Burundi

Au Burundi, la tuberculose (TB) constitue toujours un important problème de santé publique et sévit sous forme endémo-épidémique. L'incidence notifiée est de 42 cas pour 100 000 habitants pour les TPB+ et 70 cas pour 100 000 habitants pour les TTF (Rapport annuel PNILT 2019). L'estimation de l'OMS pour le Burundi en 2018 fait état de 111 cas pour 100 000 habitants pour les TTF, la proportion de TPB+ représente 59%. Les nouveaux patients représentent 95% et les retraitements 5%.

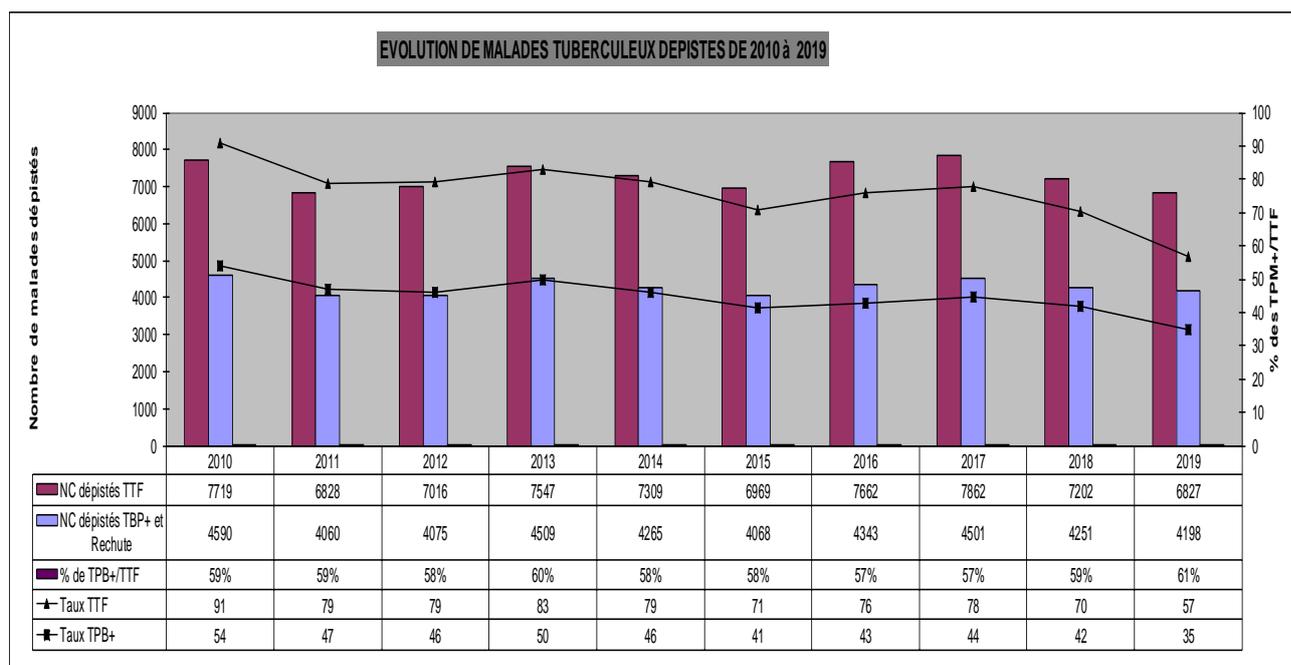
Toutes les couches de la population sont concernées par la tuberculose avec une prédominance des cas contagieux TPB+ dans la tranche d'âge de 15-54 ans, représentant une proportion de 54,7 de tous les nouveaux patients TPB+ dépistés au cours de l'année 2018.

La coinfection TB /VIH reste une préoccupation (prévalence du VIH chez les patients tuberculeux 12% de même que la tuberculose multi résistante : 200 cas de TB MDR estimés (Global Tuberculosis Report 2018/country profiles). Les interventions du plan stratégique national 2021-2025 de lutte contre la tuberculose s'inspirent de la stratégie mondiale mettre fin à la tuberculose d'ici 2035.

En matière de prise en charge, le pays dispose des directives de prise en charge de la tuberculose chez les adultes et les enfants ainsi que les directives pour la gestion de la coinfection tuberculose VIH et la gestion des cas de TB-MR.

4.3.2. Notification des cas de tuberculose

Graphique 6 : Evolution des cas de tuberculose dépistés de 2010 à 2019



En 2018, selon le cadre de performance de la subvention TB/VIH 2018-2020 du Fonds mondial, sur la cible de 8447 patients tuberculeux attendus, 7202 (85%) patients ont été dépistés dont 4251 Tuberculose bactériologiquement confirmée (TBP+) et Rechutes. De 2010 à 2018, des variations du nombre de cas tuberculose sont notées avec un taux de notification en baisse continue depuis 2015 (moyenne de 2-3% par an). Sur les 7202 cas de tuberculose toute forme (TTF) dépistés, 4601 sont de sexe masculin, soit 64% et 2601 sont de sexe féminin, soit 36%. Le sexe ratio Homme/Femme est de 1,8.

Une revue épidémiologique approfondie a été effectuée en mai 2019 afin de faire la lumière sur les différentes variations et permettre ainsi d'orienter les stratégies de lutte contre la tuberculose. Ainsi, il a été constaté que la sous notification constitue le problème majeur du pays. Au cours de la même année, 6828 nouveaux cas ont été dépistés, parmi eux 4199 TBP+NC (4034 TBP+ et 165 Rechutes). Le nombre de cas TTF notifié en 2019, a diminué de 374 cas par rapport à l'année 2018 (7202 TTF contre 6828 TTF).

Cela s'expliquerait par:

- Le retard du décaissement qui a entravé la mise en œuvre notamment des activités de :
 - o supervision par le niveau opérationnel à travers les Coordonnateurs TB/VIH
 - o supervision par le niveau opérationnel
 - o supervision des activités des pharmacies des districts sanitaires
- L'absence de moyens radiologiques performants comme la Radiographie pour le dépistage précoce des cas présumés de tuberculose chez les groupes à haut risque notamment les enfants, les PVVIH, les réfugiés/déplacés, etc.
- L'insuffisance des moyens pour la recherche des cas contacts Tuberculose
- L'insuffisance du screening tuberculose chez toutes les PVVIH et dans tous les sites de prise en charge.

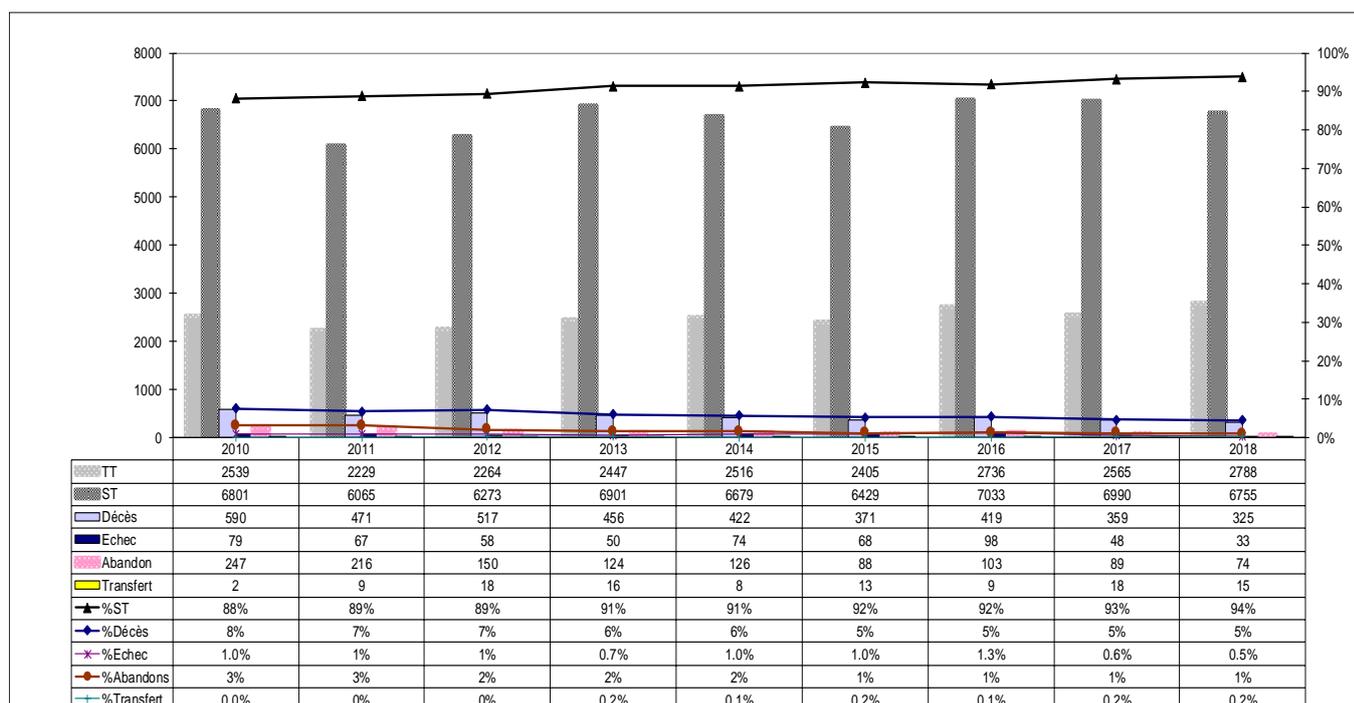
Cependant, il y a espoir qu'une progression sera obtenue suite aux efforts de détection (approvisionnement ininterrompu en intrant de laboratoire, ouverture de l'Algorithme à l'appareil GeneXpert en 1^{ère} intention, investigation accrue de contact Tuberculose bactériologiquement confirmé et/ou Tuberculose multi résistante).

Le sous diagnostic de la tuberculose peut être aussi amélioré par une participation de la communauté dans l'orientation des présumés TB, le PPM ainsi que l'utilisation générale du GeneXpert déployé dans le pays.

4.3.3. Bilan du traitement de la tuberculose sensible

Le taux de succès thérapeutique demeure très élevé pour toutes les formes de la maladie, y compris la Tuberculose multi résistante (> 85%). Cela constitue un atout important du PNILT Burundi.

Graphique 7 : Analyse de cohorte de Tuberculose Toute Forme depuis 2010 à 2018



La cohorte 2018 présente respectivement un taux de succès thérapeutique des Tuberculose toute forme de 94%, un taux de décès de 5%, un taux d'échec de 0,5%, un taux d'abandon de 1% et un taux des patients non évalués/transférés de 0,2%.

4.3.4. Bilan des patients coinfectés tuberculose/VIH.

La cohorte de 2018 comprenant 761 coinfectés Tuberculose/VIH montre respectivement 639 traités avec succès, soit 84%, 96 soit 12,6% de décès, 19 soit 2,5% d'abandon, 5 échecs soit 0,7% et 2 non évalués soit 0,3%. (Rapport annuel PNILT)

4.3.5. Le traitement préventif de la tuberculose chez l'enfant < 5 ans

La chimio prophylaxie à l'Isoniazide a été respectivement administrée à 1386 enfants de moins de 5 ans en 2017 dont 51% (710) de sexe masculin. En 2018, on compte 956 enfants ayant bénéficié d'un traitement préventif dont 53% (507) de sexe masculin. (Rapport annuel PNILT). Cependant, quelques défis entravent le parcours de la lutte contre la tuberculose.

Il s'agit :

- ✓ d'accroître la détection des cas de TB et TBMR;
- ✓ assurance qualité de la prise en charge des cas Tuberculose et TB/MDR.

4.4. Lèpre

4.4.1. Dépistage de la lèpre

La lèpre est une maladie infectieuse chronique et contagieuse se manifestant par des taches cutanées, l'hypertrophie des nerfs et parfois la mutilation des doigts et des orteils. Selon l'OMS, près de 600 nouvelles infections sont encore enregistrées chaque jour, parmi lesquels environ 10 % d'enfants.

Les données statistiques annuelles du pays montrent une amélioration des capacités de dépistage au niveau national, permettant ainsi de prendre en charge un nombre de plus en plus importants de patients. Ainsi, en 2013, un total de 294 nouveaux cas a été dépisté, dont 264 multi bacillaires et 55 enfants. En 2015, les nouveaux cas notifiés sont au nombre de 419 avec 83% de formes multi bacillaires. L'année 2017 affiche 400 nouveaux cas de Lèpre dont 82% de forme multi bacillaire. Au cours de l'année 2018, on compte 382 cas de lèpre dépistés dont plus de 80 % constitué par des malades lépreux multi bacillaire (la forme de lèpre contagieuse), 5% par des enfants (transmission récente de la maladie dans la localité de ces malades) et plus de 10% avec incapacités. La lèpre continue à faire des ravages, elle isole et entraîne des handicaps. En 2019, 415 malades lépreux dépistés dont 366 multi bacillaires et 49 pauci bacillaires parmi eux on trouve 35 enfants soit 8.4% et 50 ont une invalidité **II** soit 12%.

4.4.2. Bilan de traitement des malades lépreux

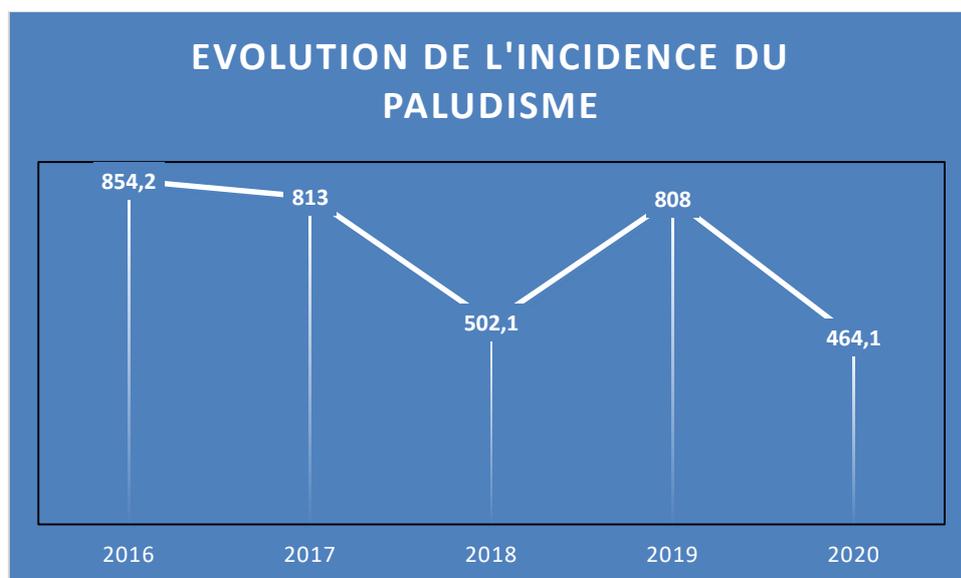
Le dernier rapport fait l'état du bilan de traitement des cas de lèpre pour les malades Multibacillaires traités en 2017 et Paucibacillaire traités en 2018. Pour les Multibacillaires 325 étaient sous traitement et 313 sont sortis traitement terminés soit 96%, 9 perdus de vue soit 3% et 3 décès soit 1%. Pour les Paucibacillaires 61 cas de lèpre étaient sous traitement 60 sont sortis traitement terminés soit 98% et 1 cas perdu de vue soit 2%.

4.5. Paludisme

4.5.1. Situation épidémiologique et entomologique

Au Burundi, le paludisme demeure un problème majeur de santé publique et compte parmi les principales priorités nationales en matière de santé. Selon les données du SNIS, le paludisme est la première cause de morbi-mortalité avec une incidence de 808 pour 1000 habitant en 2019 (Rapport de l'annuaire statistique 2019) ; il représente 46% des motifs de consultation dans les FOSA et représente 59.4% des décès hospitaliers pour l'année 2019 selon les données du DHIS2. Le taux de létalité dans les hôpitaux est de 1% (Rapport de l'annuaire statistique 2019). La prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 17% (enquête sur les indicateurs du paludisme Burundi 2012) à 27% EDSB III (2016-2017).

Graphique 7: L'incidence de paludisme est oscillante durant ces cinq dernières années



Source : Annuaire statistique 2019 ; DHIS2 pour 2020

Les populations les plus vulnérables sont les enfants de moins de 5 ans ainsi que les femmes enceintes et celles des zones méso à hypo-endémique. La majeure partie du pays est une zone de transmission permanente durant toute l'année avec des recrudescences saisonnières (2 pics, en avril-mai et novembre-décembre).

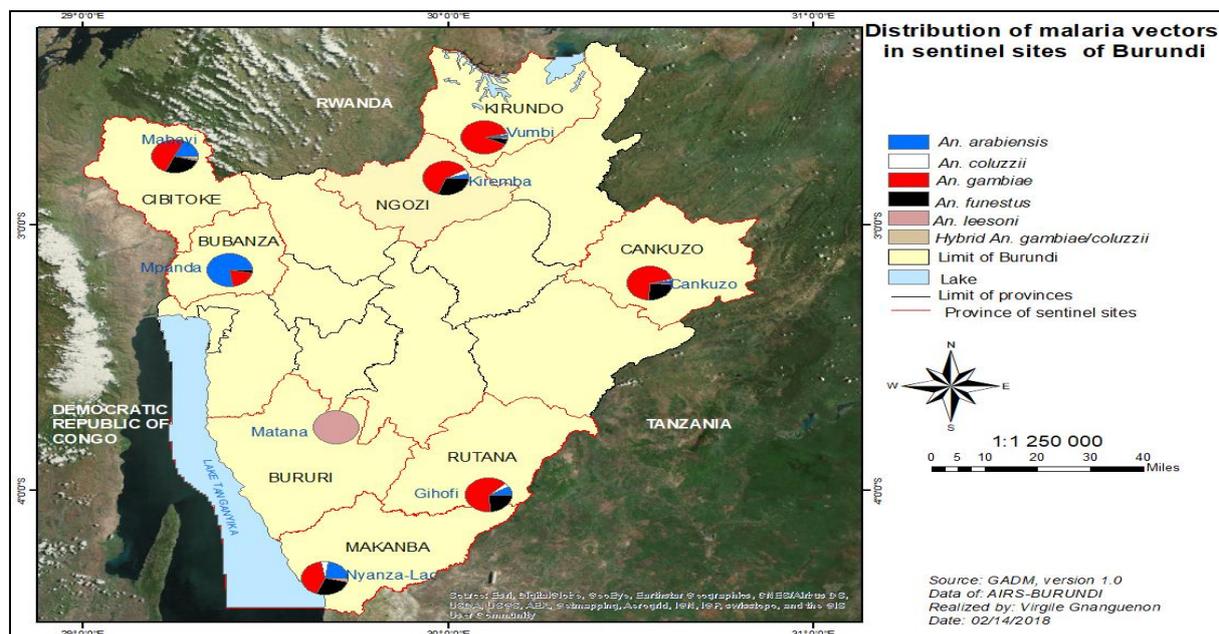
4.5.2. Parasites responsables du paludisme

Les données de l'EDSB III 2016-2017 montrent que parmi les cinq espèces plasmodiales responsables du paludisme chez l'homme, trois existent au Burundi: *Plasmodium falciparum*, *P.malariae* et *P.ovale*. Selon les résultats des examens microscopiques, la distribution des parasites se présente de la manière suivante : 81,6%, 12,5% et 5,8 % respectivement pour *P. falciparum*, *P. malariae* et *P. ovale* tandis que 12 % des cas de paludisme sont des infections mixtes. Ces dernières sont constituées par le *P. falciparum* avec *P.malariae*, *P. falciparum* avec *P. ovale* ou *P. malariae* et *P. ovale*.

Les vecteurs du paludisme: La distribution de ces vecteurs primaires du paludisme varie selon les sites sentinelles avec la prédominance d'*Anopheles gambiae* dans les sites du Nord (Kiremba, Vumbi, Cankuzo), du Sud (Gihofi et Nyanza-Lac) et du Nord-Ouest (Mabayi). *An. arabiensis* est prédominant à Mpanda (Ouest) mais aussi présent en faibles proportions dans tous les autres sites. *An. coluzzii* est présent en très faibles proportions à Kiremba, Gihofi et Nyanza-Lac. Dans le groupe *An. funestus*, *An. funestus* est retrouvée sur tous les sites, tandis que *An. lesoni* est faiblement représentée dans la plupart des sites.

Les autres vecteurs secondaires identifiés et en très faibles proportions comprennent *Anopheles pharoensis*, *An. ziemanni*, *An. broheri*, *An. coustani*, *An. maculpalpis*, *An. squamosus* et *An. Marshallii*.

Graphique 8: Distribution des vecteurs dans les sites sentinelles



source: Rapport RPP 2018

4.5.3. Les principales stratégies de lutte contre le paludisme adoptées au niveau du pays

4.5.3.1. La prise en charge

Des cas de paludisme à travers l'utilisation des Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) en première intention pour le paludisme simple dans les structures de soins. La quinine comprimé est utilisée en cas de contre- indication aux CTA. Le paludisme grave est traité par l'Artésunate injectable en première intention et la quinine injectable en deuxième intention. L'utilisation de la microscopie (Goutte épaisse et frotis mince) et les Tests de Diagnostic Rapide (TDR) pour le diagnostic parasitologique.

4.5.3.2. La prévention

La distribution des MIILDA en routine se fait à l'occasion de la CPN1, de la vaccination des enfants (VAR). Ils sont également distribués aux groupements spéciaux tels que les camps de réfugiés, les camps militaires et policiers, les hôpitaux, les prisons et les écoles à régime d'internat. Une campagne de distribution de masse est effectuée tous les trois ans avec un taux d'utilisation de la moustiquaire de 86, 9% EDSB III (2016- 2017).

La Pulvérisation Intradomiciliaire (PID) dans les zones ciblées: En fonction de l'insecticide utilisé, des passages de PID sont périodiquement réalisés dans la zone couverte par le FONDS MONDIAL (les districts sanitaires de BUYE, KIREMBA en province sanitaire de NGOZI et les districts sanitaires de GASHOHO, MUYINGA en province sanitaire de MUYINGA) avec

un taux de couverture de 94,37% en 2019 dans cette zone du FONDS MONDIAL (Rapport du PNILP)

Les districts sanitaires de KINYINYA en province sanitaire de RUYIGI et celui de RYANSORO en province sanitaire de GITEGA sont couverts par MSF Belgique. WORLD VISION INTERNATIONAL a réalisé aux mois de Janvier et Février 2021 une PID dans les districts sanitaires de CANKUZO et MURORE en province sanitaire de CANKUZO.

Le pourcentage des femmes enceintes ayant suivi un Traitement Préventif Intermittent à base de la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) est de 14% en milieu rural contre 7% en milieu urbain EDSB III (2016- 2017).

4.5.3.3. Contrôle de la résistance aux antipaludiques

Suite aux études d'efficacité thérapeutique menées par le Ministère de la Santé Publique à travers le PNILP en 2000-2001, une résistance à la Chloroquine et à la Sulfadoxine-Pyriméthamine a été notée ce qui a motivé le changement du protocole de prise en charge du paludisme en faveur de la combinaison Artésunate-Amodiaquine (ASAQ).

En 2019, une autre étude d'efficacité thérapeutique a été menée sur la combinaison ASAQ et l'analyse des résultats de cette étude, combinée à d'autres considérations comme l'harmonisation de politique de traitement du paludisme au sein de la Communauté d'Afrique de l'Est, ont conduit le Ministère de la Santé Publique à adopter un nouveau protocole de traitement à base de la combinaison Artéméther-Luméfantine (AL) comme traitement de première ligne en cas de paludisme simple.

Notons qu'une autre étude sur l'efficacité thérapeutique de l'Artéméther-Luméfantine est en cours de réalisation dans les districts sanitaires de Bujumbura Nord, Buhiga et Mutaho respectivement dans les sites de KIGOBE, BUHIGA et MUTOYI.

Malgré les efforts consentis dans la lutte contre le paludisme au Burundi, des défis subsistent:

- Dépendance de la lutte contre le paludisme à l'appui des partenaires techniques et financiers
- Insuffisance des ressources financières et humaines spécialisées au sein du PNILP pour la surveillance et la recherche opérationnelle

Une revue à mi-parcours du Plan Stratégique Nationale (PSN) 2018-2023 pour la lutte contre le paludisme est en cours de réalisation pour revoir les acquis et faiblesses de la mise en œuvre de ce PSN afin d'en cibler les stratégies, de le rendre plus adapté au contexte actuel et de restimuler la responsabilisation de toutes les parties prenantes à sa mise en application et à sa réussite.

4.6. Vaccination et développement de vaccins

Le Burundi a démarré les activités de vaccination en Avril 1980 avec l'appui de l'OMS, de l'UNICEF et de l'USAID. Les vaccins contre les maladies suivantes ont été introduits: la

diphthérie, la tuberculose, la coqueluche, la rougeole, la poliomyélite et le tétanos. La vaccination des femmes en âge de procréer fut ajoutée en 1986 pour contribuer à l'élimination du tétanos néonatal.

Depuis le début des années 2000, le programme a connu une accélération avec l'appui de Gavi, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, de sorte qu'actuellement, en plus des six (6) maladies cibles du PEV évoquées dans le premier paragraphe, huit (8) autres maladies sont couvertes par le PEV, à savoir, l'Hépatite virale B, la méningite due à l'*Haemophilus influenzae* de type b, la pneumonie, les diarrhées dues aux rotavirus, la rubéole, le cancer du col de l'utérus dû au human papilloma virus (HPV), la fièvre jaune réservée à la vaccination des voyageurs et la méningite à méningocoque de séro groupe A soit au total quatorze (14) maladies cibles couvertes par le PEV au Burundi.

Selon la revue externe du PEV, les données administratives et les données des enquêtes, le Burundi a toujours noté des bonnes performances dans la vaccination de routine.

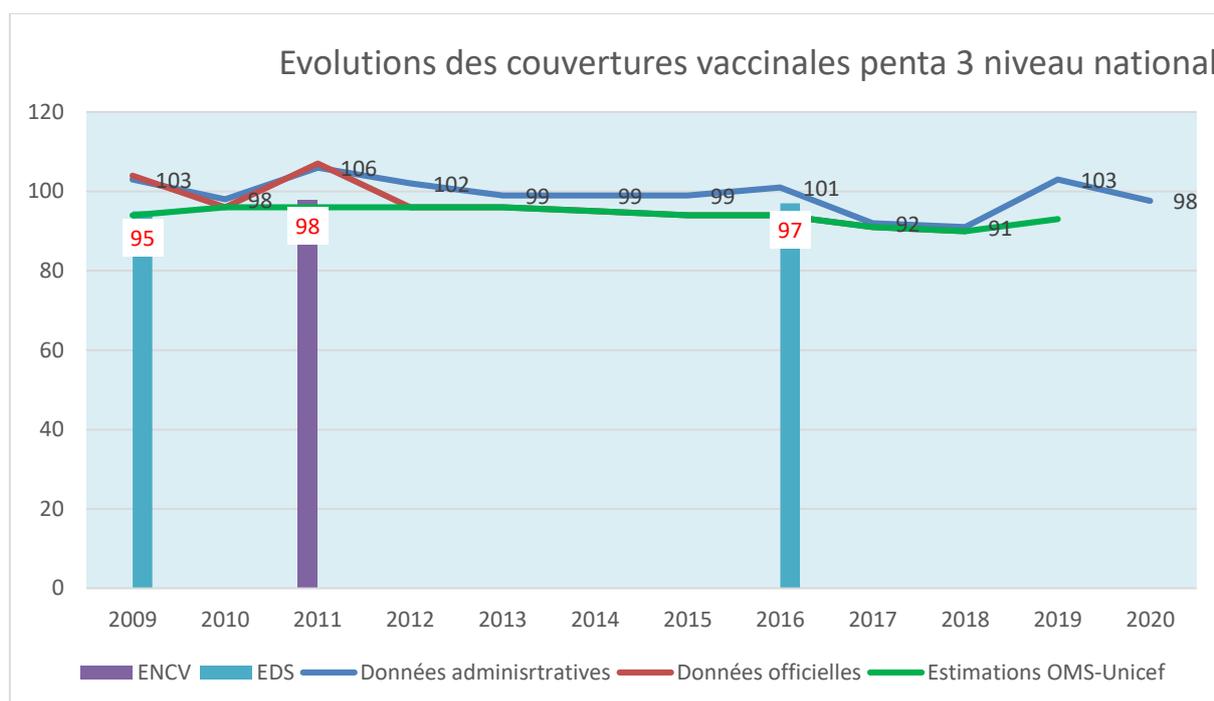
Les résultats de la troisième enquête démographique de santé (EDSIII 2016-2017) sont comparables aux données de l'analyse équité, concernant la couverture vaccinale au niveau national des enfants de moins 1 an ayant reçu tous les vaccins recommandés par le PEV.

En effet selon l'EDS III 2016-2017, 85% des enfants de moins de 1an ont reçu tous les vaccins recommandés par le PEV avant leur premier anniversaire. L'analyse équité faite en 2018 a retrouvé que la couverture vaccinale au niveau nationale est de 87% pour ce qui concerne les enfants de moins de 1 an qui ont reçu tous les vaccins recommandés par le PEV contre 67,7% pour les Enfants Complètement vaccinés (ECV : les enfants qui ont reçu tous les vaccins recommandés avant leur 2ème anniversaire).

La couverture vaccinale en pentavalent 3 est demeuré au-delà de 95% de 2009 à 2016, il a diminué en 2017 et 2018 tout en restant au-delà de 90%. L'année 2019 a vu cette couverture remonter à 103%.

La figure suivante montre l'évolution des couvertures vaccinales en pentavalent 3 selon les différentes sources au cours des 5 dernières années.

Graphique 9: Evolution des couvertures vaccinales penta 3 niveau national



En termes d'équité, on n'observe pas d'effet du sexe sur la couverture vaccinale (garçon 84.5%, fille 85.8%). Cependant les résultats de l'étude sur l'analyse de l'équité dans la dispensation des services de vaccination montrent clairement des inégalités de couverture vaccinale entre les Districts Sanitaires du Burundi. En effet, la proportion des enfants avant 1 an varie significativement d'un district sanitaire à un autre, allant de plus de 90% dans 19 DS à 70 -79% dans 7 DS. Vingt (20) DS avaient des taux de couverture vaccinale situés entre 80 et 89%. Dans le même ordre d'idée, les résultats de l'enquête montrent que la proportion des ECV varie significativement d'un district sanitaire à un autre notamment dans sept (7) Districts sanitaires (DS) identifiés comme des DS à faible performances (rapport équité 2018).

En matière de surveillance des MEV, les principaux faits sont les suivants :(i) La documentation nationale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite a été acceptée en 2006 ;(ii) le statut d'élimination du tétanos maternel et néonatal a également été validé en 2009; (iii) Pour la rougeole, le pays connaît des flambées épidémiques de rougeole depuis Novembre 2019 et a organisé une campagne vaccinale de riposte en décembre 2020 dans 14 districts sanitaires. Une étude des causes fondamentales sur ces flambées épidémiques est en cours de préparation.

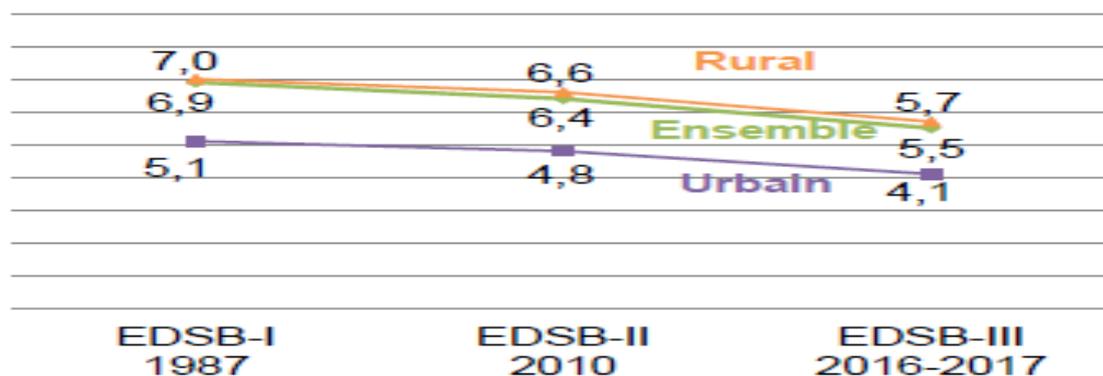
Par ailleurs, il persiste des défis d'appropriation et de capitalisation des performances acquises en matière de vaccination. Ces derniers constituent en même temps les priorités du sous-secteur. Il s'agit notamment de: (i) l'implication du secteur privé dans le financement, l'organisation et l'offre des services de vaccination ; (ii) la dépendance des financements extérieurs pour réaliser les activités de vaccination ; (iii) le renforcement de la surveillance active ; (iv) l'atteinte des indicateurs de performance requis pour la surveillance de rougeole et de la poliomyélite; (v) amélioration des couvertures vaccinales contre la rougeole et la rubéole ; (vi) la qualité des données vaccinales;

Enfin les perspectives prévus dans le Plan Pluri annuel Complet du PEV 2019-2023 sont:(i) l'introduction de la surveillance des diarrhées à Rotavirus, des méningite bactériennes et du syndrome de rubéole congénitale ;(ii) l'introduction des nouveaux vaccins (du vaccin contre hépatite B dose à la naissance, mise à l'échelle du vaccin contre HPV, introduction de la 5ème et 6ème dose du vaccin Td) ;(iii)La production des guides techniques pour la vaccination, la surveillance et la gestion du programme (PPAC PEV2019-2023).

4.7. Santé de la reproduction

Le Burundi a enregistré des avancés significatives en matière de la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile durant la dernière décennie. En effet, le ratio de mortalité maternelle est passé de 500 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes à 334 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (EDSB II 2010 et EDS III 2016 -2017). La mortalité infanto-juvénile est passée de 96 à 78 décès pour 1000 NV, la mortalité infantile est passée de 59 à 47 décès pour 1.000 NV, et la mortalité néonatale est passée de 31 à 23 décès pour 1.000 NV (EDSB II 2010 et EDS III 2016-2017). Les progrès réalisés dans la réduction de décès maternels et néonataux résultent d'un engagement politique fort du gouvernement, d'un bon partenariat entre MSPLS et ses PTFs et aux stratégies innovantes qui ont été entreprises notamment le renforcement des compétences en gynéco-obstétrique à travers les mentorats cliniques dans les FOSA et le monitoring périodique des maternités en réseau SONU.

Au Burundi, Selon l'EDS III 2016-2017, l'indice synthétique de fécondité est de 5,5 enfants par femme¹². Le nombre moyen d'enfants par femme varie de 4,1 en milieu urbain à 5,7 en milieu rural. Tel que révèle les figures ci-dessous, l'Indice synthétique de fécondité (ISF) a diminué dans le temps, passant de 6,9 enfants en 1987 à 6,4 enfants en 2010 et à 5,5 enfants en 2016-2017, soit une diminution de 1,4 enfants par femme durant une période de 30 ans.



La diminution de l'ISF a été possible grâce à l'utilisation des méthodes contraceptives d'une part et à d'autres stratégies adoptées par le gouvernement d'autre part. Selon l'EDS II 2010 et EDS III 2016-2017, l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes de 15-49 ans en

union a augmenté au cours de 30 dernières années, passant respectivement de 9 % en 1987 à 22 % en 2010 et à 29 % en 2016-2017.

Cependant, 30% des femmes actuellement en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale dont 16% pour espacer les naissances et 14% pour limiter les naissances. Globalement, la demande totale de planification familiale s'élève à 58% dont 31% orientés vers l'espacement et 28% orientés vers la limitation.

4.7.1. La fécondité des adolescents

Au Burundi, la proportion de femmes de 15-19 ans ayant commencé leur vie procréative augmente avec l'âge, variant de moins de 1 % à l'âge de 15 ans à 29 % à l'âge de 19 ans. Globalement, 8% des femmes âgées de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie procréative : 6 % ont déjà eu, au moins, une naissance vivante et 2 % sont enceintes de leur premier enfant. (EDSIII 2016-2017)

Concernant les rapports sexuels et comportements en matière de santé reproductive avant l'âge de 15 ans, 3% des adolescentes et 9 % des adolescents ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans mais seulement 0,2 % des femmes et aucun homme n'était en union à l'âge de 15 ans.

4.7.2. Grossesse précoce

La proportion d'adolescentes ayant déjà donné naissance avant l'âge de 15 ans est estimée à 0,4% selon l'EDS III 2016-2017. Dans le rapport des données sur les grossesses des élèves, édition 2018-2019, les directions provinciales de l'enseignement ont rapporté 440 grossesses enregistrées au fondamental et 828 grossesses enregistrées au post-fondamental.

4.7.3. Les violences sexuelles et physiques basées sur le genre (VSBG)

Selon la dernière enquête EDSB III 2016-2017, 36% des femmes et 32 % des hommes âgés de 15 à 49 ans ont subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans. Pour près de six femmes sur dix (57 %), l'auteur de ces actes était le partenaire actuel. Chez les hommes, dans 16 % des cas, l'auteur des violences physiques était un autre membre de la famille. Près d'un quart des femmes (23 %) et 6 % des hommes âgés de 15 à 49 ans ont subi des violences sexuelles. Dix pour cent des femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi des actes de violence physique au cours d'une grossesse. Pour toutes les violences subies, seulement 35% des femmes ont cherché de l'aide pour mettre fin à la violence.

4.7.4. Les soins prénatals

Selon les données fournies par le DHIS2, le taux d'inscription en CPN1 précoce a évolué passant de 30% en 2015 à 51% en 2020. Bien qu'il a augmenté, il reste très loin du niveau souhaité car les femmes qui consultent pour la CPN1 quelque soit l'âge de la grossesse représente 88.8% selon la même source. Selon l'EDSB-III 2016-2017, la couverture en CPN1 précoce est estimée à 49%. L'inscription tardive des femmes enceintes à la CPN limite leurs chances pour une bonne couverture en soins prénatals recentrés complets et de qualité. Quant à la CPN4, le taux a légèrement augmenté passant de 34.7% en 2015 à 40.7% en 2020 (DHIS2).

4.7.5. Les services et les soins obstétricaux

Le taux d'accouchement par le personnel qualifié a augmenté car il a passé de 77.9% en 2015 à 87.4% en 2020 selon le DHIS2. Le taux de césarienne a passé de 4.7% en 2015 à 8.5% selon la même source. Concernant la consultation post-natale dans les 15 jours suivant l'accouchement, le taux a aussi augmenté. Il a passé de 45.2% en 2015 à 60.9% en 2020.

Selon les normes internationales de l'OMS (5 FOSA SONU pour 500.000ha dont 1 est un SONUC), le Burundi, avec une population estimée à environ 11 millions d'habitants en 2017, devrait disposer d'au moins 115 FOSA SONU dont 23 SONUC et 92 SONUB. Après l'exercice de priorisation des formations sanitaires à rendre SONUB réalisées en 2017 sur base de certains critères comme (i) le volume d'activité obstétricale, (ii) l'offre de fonctions SONU, (iii) la localisation géographique, (iv) la population de l'aire de responsabilité par la FOSA et avec l'appui du logiciel de modélisation AccessMod, une liste de 112 FOSA (dont 52 Hôpitaux SONUC et 60 CDS SONUB) a été retenue pour faire partie du réseau de maternité SONU.

4.7.6. Surveillance des décès maternels et périnataux et riposte

Au vu des ratios élevés de mortalité maternelle au Burundi, le MSPLS avait pris la résolution de mettre en place un comité national SDMR par l'ordonnance N°630/179 de la 21/12/2015 portant institutionnalisation de la revue des décès maternels et néonataux et riposte. Cette ordonnance donne les missions des comités de revue des décès maternels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

La notification des décès maternels est incorporée dans la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR). En 2019, il a été intégré la surveillance des décès périnataux et les directives de la SDMPR qui clarifie les rôles des différents acteurs dans la revue des décès maternels et périnataux au niveau de l'établissement de soins et de la communauté ont été élaborés.

4.7.7. Les soins essentiels du nouveau-né, la réanimation néonatale

Selon l'enquête SARA réalisée en 2017, la proportion des FOSA disposant d'au moins 1 prestataire formé en SEN-Réanimation est de 38%. Les données de l'enquête SARA 2017 montrent que seulement 57% d'établissements sanitaires offrent les services et soins de réanimation du nouveau-né.

La même enquête indique que la méthode Kangourou pour les prématurés/nouveau-nés de très petite taille n'est pratiquée que dans 29% des FOSA. Seuls les soins d'hygiène du cordon (78%) et d'allaitement immédiat et exclusif (76%) ont montré des couvertures élevées.

4.7.8. Les défis à faire face en Santé de la Reproduction

4.7.8.1. Défis liés à l'amélioration de la santé de la femme

(i) la faible qualité des interventions à haut impact assurées ; (ii) la faible autonomisation des femmes ; (iii) l'absence d'une politique claire de prise en charge des pathologies gynécologiques phares : cancers gynécologiques, fistules obstétricales, la ménopause,

stérilité,etc ; (iv) la faiblesse de l'assistance qualifiée à l'accouchement en milieu rural ; (v) la faible capacité nationale pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge des cancers gynécologiques, des fistules obstétricales, et de stérilité, et (vi) la faible qualité des soins maternels en situation d'urgence obstétricale, des complications du postpartum et du post-abortum.

4.7.8.2. Défis liés à l'amélioration de la Santé du nouveau-né

(i) la faible capacité des structures des soins pour offrir un paquet de services et des soins essentiels de qualité aux nouveau-nés (ii) la faible intégration des services dans les FOSA ; et (iii) la faible couverture effective des interventions à haut impact.

4.7.8.3. Défis liés à l'amélioration de la Santé de l'adolescent et jeune

(i) l'insuffisance des services d'information, et d'offre des soins adaptés aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes avec extension de l'offre de services SSRAJ; (ii) l'insuffisance des services de santé et d'information dans les établissements scolaires et universitaires; (iii) l'absence d'un plan de mise à l'échelle de la vaccination HPV pour la prévention du cancer du col de l'utérus ; (iv) la faible couverture des interventions d'autonomisation socio-économique des jeunes, etc

4.7.8.4. Défis liés à la planification familiale

Les défis liés à la planification familiale sont entre autre l'inaccessibilité géographique, les barrières socio-culturelles (Croyances religieuses, coutumes), faible implication des hommes en matière de planification familiale, les rumeurs sur les effets secondaires des méthodes contraceptives, faible niveau d'instruction de la population, etc

4.8. Santé de la personne âgée

Selon les résultats de l'évaluation de la santé et du bien-être des personnes âgées au Burundi réalisée en septembre 2019, les maladies liées à la vieillesse surtout les troubles auditifs et visuels et difficultés de mobilité due aux lombalgies, arthrites et oedèmes des membres inférieurs ainsi que le chômage chronique à la base de la pauvreté, des difficultés d'accès aux soins de santé, de la malnutrition, vieillissement précoce, ont été relevés parmi les principaux problèmes de santé et sociaux qui affectent les personnes âgées au Burundi.

Le Burundi dans sa Politique Nationale de Santé (PNS 2016-2025) donne des orientations pour garantir l'accès à tout le monde sans laisser personne derrière dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

La politique nationale de santé a placé les personnes âgées dans la catégorie des personnes vulnérables vis -à -vis de la malnutrition, des maladies en général et des maladies non transmissibles en particulier. Ainsi, le MSPLS a inscrit l'amélioration de la qualité de soins de santé des personnes âgées, au 7^{ème} rang de résultats du premier axe stratégique du PNDSIII 2019-2023.

La santé des personnes âgées reste un domaine presque non exploré :

- ❖ Les services de prévention des maladies de la vieillesse et les besoins des personnes âgées restent moins satisfaisants.
- ❖ L'accès aux services de santé pour les personnes âgées reste faible,
- ❖ Absence de politique et de stratégies pour améliorer l'accès aux soins de santé à cette catégorie de la population.

Dans le but de relever ces défis, des efforts ont été fournis notamment:

- Le Décret n° 100/062 du 16 Septembre 2020 portant subvention des soins de santé pour le personnel de l'Etat mis en retraite pour limite d'âge
- Une évaluation pour produire des évidences sur l'état de la santé et du bien être des personnes âgées a eu lieu en septembre 2019 afin d'avoir une base factuelle de formulation d'une stratégie d'amélioration du vieillissement actif et en bonne santé
- une stratégie nationale sur le vieillissement en bonne santé est en cours d'élaboration

4.9. Genre et équité

Les dimensions genre et équité sont prises en compte dans les documents de politique et de stratégies du pays notamment PND (2018-2027), Politique Nationale Genre du Burundi (2012-2025), PNDS, Plan Stratégique de Santé de la Reproduction Maternelle Néonatale et des Adolescents, Plan Stratégique Nationale de Lutte contre les Violences Sexuelles et Celles Basées sur le Genre, etc.

Les données de l'Annuaire Statistique 2019 montrent qu'à l'âge inférieur à 5 ans, 16 garçons contre 262 filles ont subis des violences sexuelles alors qu'à l'âge de 5ans et plus, 239 garçons contre 1878 filles ont subis des violences sexuelles.

Selon les données de l'EDSB III 2016-2017, le constat pour le domaine d'enseignement est qu'au niveau primaire, l'indice de parité entre les genres (IPG) est de 1,00 pour le taux net, ce qui signifie qu'il n'y a pas d'écart de fréquentation scolaire entre filles et garçons. Par contre, au niveau secondaire, l'IPG est de 1,18 ; ce qui traduit un désavantage pour les filles par rapport aux garçons.

4.10. Maladies épidémiques et pandémiques :

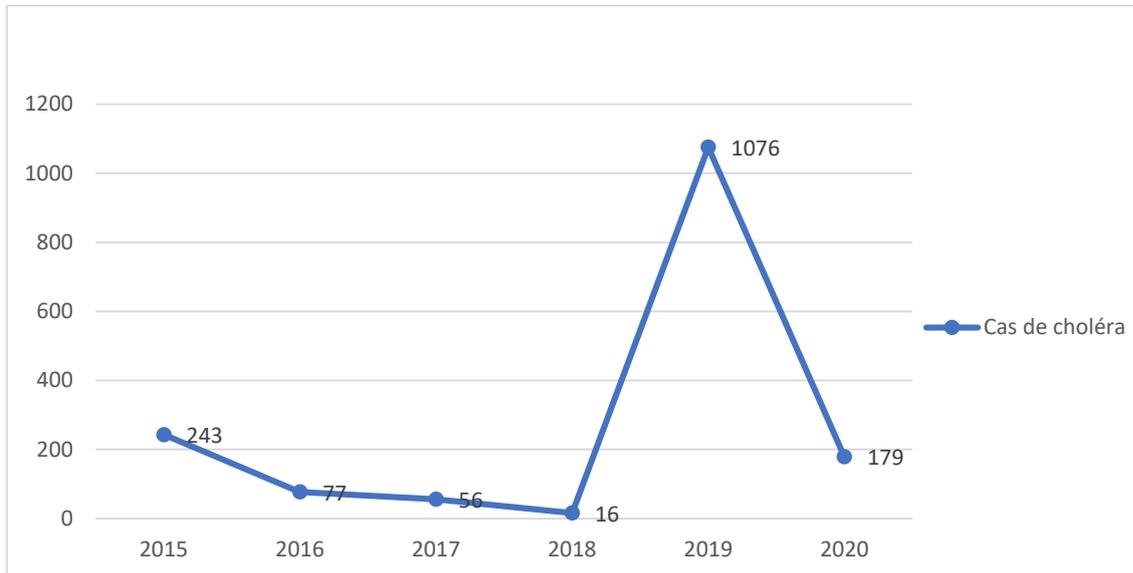
4.10.1 Epidémie de Choléra

Depuis l'année 2017 le Burundi a été marqué par deux grandes épidémies dont l'épidémie de choléra et l'épidémie de paludisme.

L'épidémie de choléra est récurrente au Burundi, elle est notifiée chaque année dans les mêmes districts sanitaires de la plaine de l'Imbo : Cibitoke, Mpanda, Zone Nord, Zone Centre, Zone Sud, Isale, Kabezi, Bugarama, Rumonge, Nyanza lac voisins avec la RDC et en bordure du lac Tanganyika. Celle de 2019 a été déclarée en Octobre et 5 CTC ont été aménagées :

CTC Rugombo, CTC Ndava, CTC Bubanza II, CTC Gihanga et CTC CNPK. Au total, 1076 cas de choléra ont été notifiés depuis le début de l'épidémie jusqu'à la fin du mois de Novembre 2019. L'épidémie a sévi en 2020 avec 179 cas enregistrés.

Graphique 10 : Evolutions des cas de choléra depuis 2015



Source annuaires statistiques et rapport épidémiologique.

L'organisation de la riposte a été réalisée à travers des investigations de l'épidémie par le Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida (MSPLS) appuyé par les PTFs en 48h dans tous les districts sanitaires touchés pour la confirmation de l'épidémie.

4.10.2 Epidémie de Rougeole

A l'instar d'autres pays du monde, le Burundi fait actuellement face à une épidémie de la rougeole. Cette épidémie de rougeole remonte de novembre 2019 et a commencé dans les camps de réfugiés congolais de cinq districts (Cibitoke, Butezi, Cankuzo, Kiremba et Gashoho) avec point de départ le district Cibitoke frontalier avec la RDC et hebergeant un site de transit.

Dans le cadre du renforcement du PEV de routine et de l'immunité, une 2ème dose du vaccin anti rougeoleux a été introduite en 2013 et le vaccin combiné anti rougeoleux anti rubéoleux a été introduit en Juin 2017. Malgré la bonne évolution de couverture en RR2 qui est passée de 52 % (2013) à 87 % (2020), il y a toujours un nombre importants d'enfants non vaccinés au RR2.

En matière de surveillance des maladies évitables par la vaccination, la surveillance de la rougeole a été renforcée et est restée fonctionnelle depuis 2012 jusqu'aujourd'hui. Cette surveillance a permis de notifier:

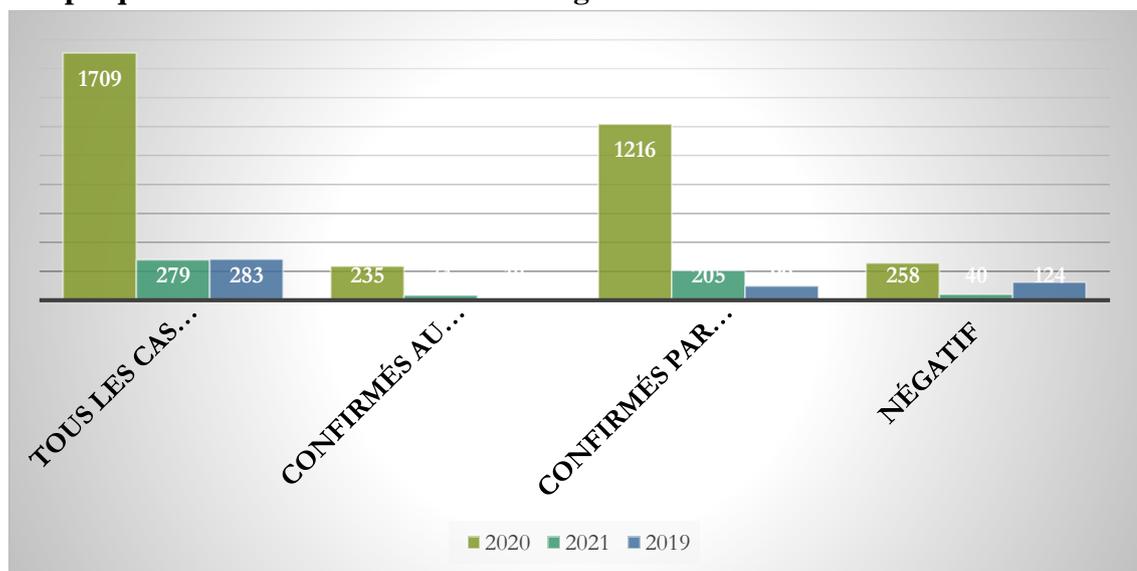
En 2020:

- ✓ 1 968 cas de rougeole ont été rapportés dans les données SMIR;
- ✓ 6 décès de rougeole ont été rapportés;
- ✓ 1 585 cas confirmés de rougeole rapportés par la surveillance au cas par cas;
- ✓ 20 districts ont été en épidémie (Cibitoke, Butezi, Cankuzo, Kiremba, Bukinanyana, Mabayi, Gashoho, Muyinga, Kirundo, Ngozi, Buye, Bujumbura nord, Bujumbura centre, Bujumbura sud, Kabezi, Isale, Rutana, Murore et Gitega).

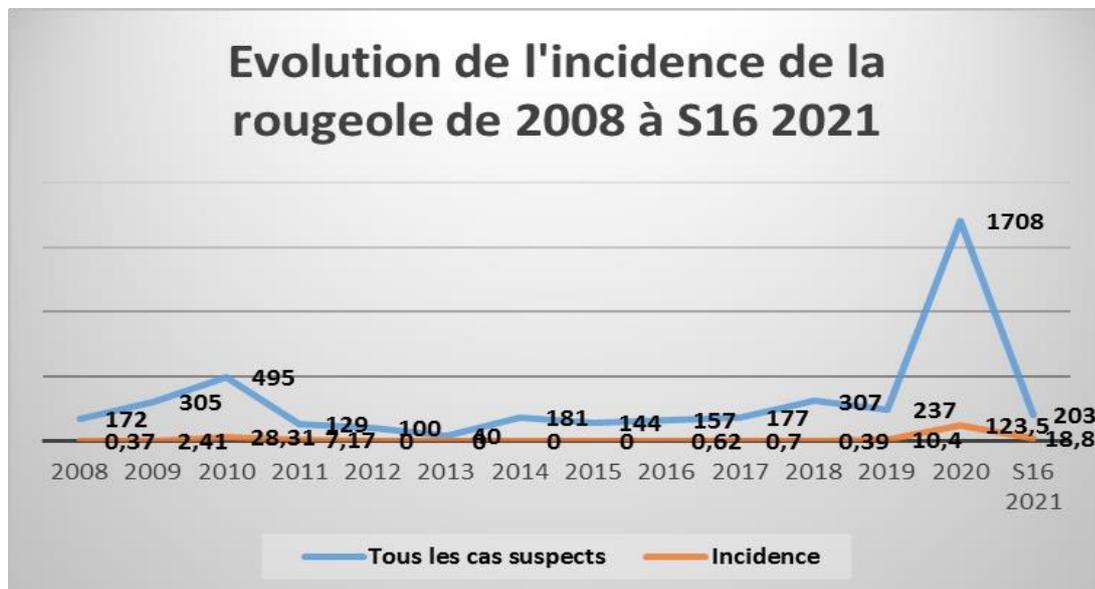
En 2021 (S1-S16):

- ✓ 283 cas et 0 décès de rougeole rapportés par la surveillance au cas par cas
- ✓ 31 cas testés IgM+ de rougeole rapportée par la surveillance cas par cas et
- ✓ 203 confirmés par lien épidémiologique
- ✓ Deux districts sanitaires en épidémie : Bugarama et Bubanza

Graphique 11 : Evolutions des cas de rougeole notifiés de 2019- S16 2021



Graphique 12 : Evolutions de l'incidence de la rougeole de 2008 à S16 2021



L'incidence de rougeole est élevée depuis 2019.

Deux campagnes de riposte (Avril 2020 et décembre 2020) à cette maladie ont été organisées dans les zones touchées par cette épidémie avec un taux de couverture vaccinale respectivement de 116% et 91,1%. Cependant, malgré cela, force est de constater que la propagation de l'épidémie dans d'autres districts sanitaires continue d'augmenter avec de nouveaux cas positifs de la rougeole.

4.10.3 Epidémie d'Ebola

Au vu de sa proximité avec la RDC où sévit de manière cyclique des épidémies de la maladie à virus Ebola, le Burundi tout comme les autres pays limitrophes vit sous la menace de cette maladie même si à ce jour aucun cas n'a été notifié sur le territoire national. L'évaluation du risque de la maladie à virus Ebola pour le Burundi a été faite en Mai 2018 au moment de la déclaration de l'épidémie de la région NORD-OUEST de la RDC à plus ou moins 2000km à vol d'oiseaux du Burundi sans contact direct avec le pays. Cette évaluation a montré qu'il était probable que le pays puisse tomber en épidémie d'Ebola.

Des actions ont été menées notamment la mise en place d'un comité national de préparation et de riposte, des sites de surveillance sur les postes frontaliers avec la RDC et la Tanzanie et un Centre de Traitement Ebola (CTE) a été érigé à Gihungwe (Commune Gihanga, Province Bubanza).

Le Burundi a ensuite élaboré son plan de contingence en juin 2018 consécutif à cette première évaluation du risque.

Depuis l'annonce de la maladie en RDC, le Gouvernement Burundais a conjointement initié en collaboration avec ses PTF un certain nombre d'activités, incluant notamment:

- 11 points d'entrée (POE) ont été identifiés comme prioritaires dans les districts de santé. Ces POE ont été évalués et des structures temporaires ont été installées (tentes). Le personnel médical fait le contrôle de température.
- Le centre de traitement d'Ebola (CTE) situé à Rukaramu a été réhabilité.
- Equipe d'intervention Rapide (EIR): la formation de EIR national et dans les districts.
- Une stratégie de prévention et contrôle des infections ainsi que l'élaboration du plan de communication du risque a été mise en place.
- Une campagne de vaccination du Personnel de Première Ligne contre la Maladie à Virus Ebola (MVE) a été réalisée. Il a été administré aux personnels de santé et de première ligne, travaillant dans des zones prioritaires où il y a risque de transmission de MVE. Il s'agit des agents de santé travaillant au niveau des points d'entrée, ainsi que des autres personnes potentiellement exposées à la MVE. Ceux-ci incluent les agents de laboratoire, les équipes de surveillance et les personnes chargées de réaliser les inhumations dignes et sécurisées.

4.10.4. Pandémie de Covid-19.

Le Burundi a confirmé ses premiers cas positifs de COVID-19 le 31/03/2020. Il s'agissait de deux (02) cas importés qui avaient voyagé au cours des 14 jours précédant à Dubaï (Emirates Arabes Unis) et à Kigali (Rwanda).

Selon le rapport national de situation sur la réponse à la pandémie due à la Covid 19 (18/05/2021):

- 4382 cas positifs ont été rapportés sur 301154 personnes testées dont 3664 cas de transmission locale (83,61%) et 718 cas importés (16,39%).
- Le taux global de positivité est de 1,46%, restant en-dessous du seuil de contrôle de l'infection de 5%. Le taux d'incidence global est de 341,26% cas pour 1 million d'habitants.
- 310 personnes positives actives, soit 7,07% du total des cas de Covid-19, continuent de recevoir un suivi médical. La majorité d'entre eux est asymptomatique ou de symptomatologie mineure, dont 225 personnes (72,58%) sont prises en charge à domicile et 85 personnes (27,42%) en milieu hospitalier.
- Six décès sont rapportés depuis le début de l'épidémie avec un taux de létalité de 0,14%.
- Deux campagnes de masse organisées depuis janvier 2021 ont permis de dépister 212060 personnes, soit plus des 2/3 (70,42%) du cumul des 301154 personnes dépistées depuis le début de la pandémie au Burundi en mars 2020. Parmi eux, 3364 personnes positives au coronavirus (SARS-CoV-2) ont été détectées, soit les 3/4 (76,77%) du total des cas de Covid19 rapportés depuis le début de la pandémie.

Pour bien mener les activités de surveillance, un Centre des Opérations des Urgences de Santé Publique (COUSP) a été mise en Place afin que:

- La surveillance et la riposte face aux cas de Covid 19 au Burundi soient plus rapide et bien coordonnés en temps réel grâce au COUSP;
- La coordination multisectoriel dans les secteurs d'interdépendance entre la santé et les autres départements ministériel(intérieur, éducation, gestion des urgences et catastrophes, etc) soient plus renforcées;
- Les aspects de communication soient renforcées et ciblées par rapport à la géographie, aux besoins de communautés plus spécifiquement avec les SMS interactifs avec les ménages, les structures de soins, etc.....;
- Les activités de surveillance d'intervention rapide et de dépistage de cas de Covid 19 soient renforcés avec les interaction en temps réel de toute les parties prenantes à travers un même outil de collecte, traitement et analyse d'information et qui offer une intégration de tous les outils de communication familiais.

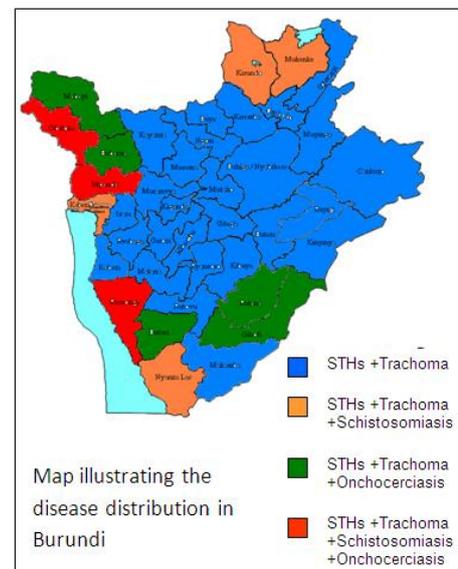
4.11. Maladies Tropicales Négligées (MTN)

Les maladies tropicales négligées concernées dans le contexte du Burundi sont l'onchocercose, les géo helminthiases, la schistosomiase et le trachome.

La situation des MTN au Burundi indique que le pays est sur la bonne voie d'élimination des MTN par la chimiothérapie préventive de masse d'ici 2030. Il s'agit de l'onchocercose, la schistosomiase et le trachome. Cependant, la pérennisation des interventions pour le maintien de gains en termes de couverture reste un sérieux défis. Aussi, les géo helminthiases (parasites transmises par le sol) comptent parmi les 5 premiers problèmes de la santé publique.

Les tableaux et carte ci-dessous illustrent le niveau de Co endémicité des MTN au Burundi

Maladies	Nombre de districts Sanitaires Co endémiques
Trachoma – Oncho – STH	1
Oncho– Schisto – STH	8
Oncho – STH	2
	11



La prévalence des géo helminthiases (ascaridioses, ankylostomiases ou trichocéphaloses) a sensiblement diminué. Elle est passée de 34,6% en 2007 à 12,85% en 2020 (Données de

prévalance Cartographie SCH-STH2020). La prévalence du niveau national pour la Schistosomiase a chuté de 13,3% en 2007 à 2,1% en 2020 (Données de prévalance Cartographie SCH-STH2020).

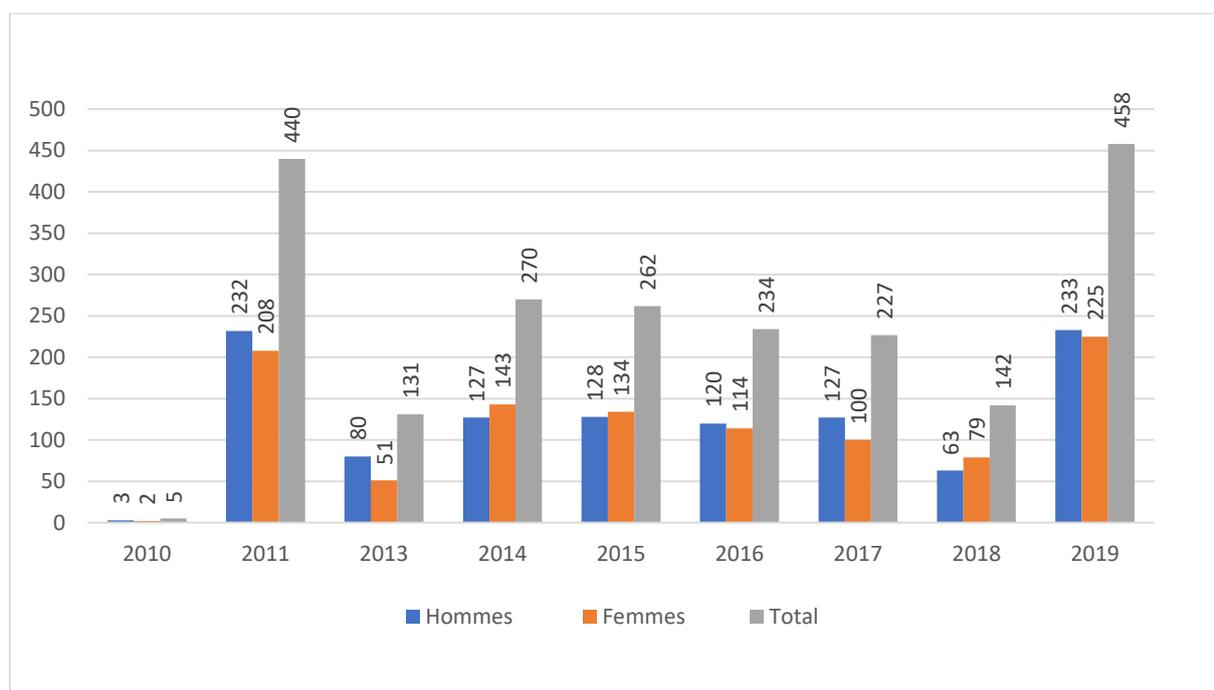
La prise en charge de l'onchocercose par l'approche TIDC est en cours depuis 2006. Dans les examens réalisés, des microfilaires ont été retrouvés comme le montre le tableau suivant :

	Pojet TIDC	Recherche des micro-filaires		
		Personnes examinées	Cas positifs	% cmfl
Phase 1a	Cibitoke	3424	0	0%
	Bururi	8621	2	0,02%
	Rutana	7505	0	0%
Phase 1b	Cibitoke	3927	1	0,02%
	Bururi	1681	0	0%
	Rutana	2139	5	0,23%
		23 019	8	0,034%

Prévalence de l'onchocercose selon la Biopsie cutanée exsangue en 2012-2014 (Rapport PNIMTNC)

Le nombre de cas suspects d'onchocercose a évolué de façon à peu près constante en dehors de deux pics qui ont été observés respectivement en 2011 (404 cas) et 2019 (458 cas).

Graphique 13 : Nombre de cs suspects d'onchocercose



Source : Annuaire statistique 2019

Après 15 ans de traitement, les enquêtes dans les zones hors TIDC dans le cadre de l'élimination de l'onchocercose sont en cours, les enquêtes d'évaluation dans les zones à TIDC sont aussi prévues dans le même cadre.

Le trachome reste aussi une des maladies préoccupantes comme l'illustre le tableau suivant.

Tableau : Prévalence du Trachome (Rapport d'enquête d'impact de traitement à l'azithromycine du PNIMTNC, 2018)

DISRTICT SANITAIRE	ENFANTS: 1-9 ans						
	TOTAL DES ENFANTS EXAMINES	TF	%	TT	%	Trichiasis	%
1. BUTEZI	1337	57	4,40%	0	0	0	0
2. GAHOMBO	1183	49	4,35%	0	0	0	0

3. GASHOHO	1021	76	7,19%	0	0	0	0
4. GIHOFI	1450	16	1,09%	0	0	0	0
5. GITERANYI	1092	57	4,91%	0	0	0	0
6. KINYINYA	1385	13	0,99%	0	0	0	0
7. KIREMBA	996	41	4%	0	0	0	0
8. MUTAHO	1370	22	1,60%	0	0	0	0
9. MUSEMA	1322	52	3,94%	0	0	0	0
10. RUTANA	1183	49	4,35%	0	0	0	0

Au niveau national, le MSPLS à travers le Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cecité (PNIMTNC) en collaboration avec les partenaires techniques et financiers (PTF) est en train d'élaborer un nouveau plan directeur 2021-2025 de lutte contre les MTN et poursuit la mise en œuvre des stratégies clé de lutte que sont les campagnes de traitement de masse à travers la campagne de traitement à l'ivermectine sous directive communautaire, le déparasitage au praziquantel et à l'albendazol au cours de la semaine santé mère - enfant .

4.12. Maladies Chroniques Non Transmissibles (MCNT)

Au Burundi, les Maladies Chroniques et Non transmissibles (MCNT) constituent un lourd fardeau mais restent cependant faiblement documentées. Les plus en cause sont les maladies cardio-vasculaires comme l'HTA, les Maladies métaboliques comme le Diabète, les cancers, les troubles mentaux, l'asthme, les Broncho-pneumopathies Chroniques et Obstructives (BPCO) etc.

Les données qui existent sur les MCNT et leurs facteurs de risque, résultent de quelques estimations et travaux de recherche.

✚ Selon l'enquête STEPS réalisée dans la Province de Kirundo en 2013, la prévalence de l'hypertension artérielle est de 25,2 % et celle du diabète est de 1%. La prévalence des facteurs de risque se présente comme suit selon la même source : obésité (0,4%) et surcharge pondérale (3,1%), tabagisme (20%), Consommation d'alcool (88%), Faible consommation de fruits et légumes (91,5%), Faible activité physique (16,7%).

✚ Selon l'EDSBIII (2016-2017), les prévalences des Maladies Chroniques non transmissibles au niveau national ont été estimées telles que le montre le tableau suivant :

Types de MCNT	Prévalence (%)	
	Femmes (15-49 ans)	Hommes (15-59ans)
Diabète	0,3	0,5
Hypertension artérielle	0,6	0,5
Maladies cardiaques	0,8	0,6
Insuffisance rénale	1,1	1,2
Cancer	0,1	0,1
Paralysie	0,6	0,6
Asthme/bronchique chronique	0,5	0,5

Selon la même source, le poids de quelques facteurs de risque se présente comme suit :

- **Consommation de tabac** : Parmi les femmes de 15-49 ans, 1 % a déclaré fumeur contre 11 % chez les hommes.
- **Consommation d'alcool** : Près de la moitié (48 %) des femmes ont déclaré consommer de l'alcool et 14 % en avaient consommé le jour avant l'enquête.

✚ Les estimations de 2018 (OMS) montrent que les maladies chroniques non transmissibles au Burundi sont responsables de 32% de tous les décès (Maladies cardiovasculaires « MCV »: 12%, cancer : 7%, maladies respiratoires chroniques : 2%, diabète : 1%) et le risque de décès prématuré entre l'âge de 30 à 70 ans par MCNT est estimé à 23% (WHO/NCD country profil 2018).

L'organisation de la lutte contre ces maladies s'articule sur la prévention et la prise en charge à tous les niveaux du système de santé.

Les méfaits causés par les Maladies Chroniques Non Transmissibles trouvent leurs origines dans les facteurs favorisants. Le poids de ces facteurs de risque est mal connu et sous-évalué faute de données complètes. La lutte contre les facteurs de risque des MCNT fait intervenir des secteurs nationaux autres que celui de la santé.

Les Maladies Chroniques Non Transmissibles ont d'énormes répercussions sur la demande et l'offre de soins et services de santé qui est moins adapté à leurs besoins spécifiques.

En outre les complications des MCNT sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité importantes en l'absence de traitement approprié et précoce.

La lutte contre les maladies chroniques non transmissibles est coordonnée à travers un programme spécifique qui utilise des documents de politiques et stratégies sur ces pathologies et leurs facteurs de risque. Il s'agit notamment : le Plan stratégique National intégrée de lutte contre les Maladies Chroniques non Transmissibles 2019-2023 et le Plan Stratégique Multisectoriel de Prévention et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles 2019-2023. Ces documents s'inspirent du Plan mondial de lutte contre les MCNT et du PNDSIII 2019-2023.

Les documents stratégiques et normatifs ont été élaborés et sont mis en œuvre. Il s'agit de :

- ✓ Plan stratégique National intégrée de lutte contre les Maladies Chroniques non Transmissibles 2019-2023
- ✓ Plan Stratégique Multisectoriel de Prévention et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles 2019-2023
- ✓ Guide de sensibilisation sur les méfaits liés à la consommation abusive des boissons alcoolisées ;
- ✓ Code de santé publique de la lutte antitabac et des textes règlementant la consommation du tabac ;
- ✓ Plan stratégique de développement de la médecine physique et de réadaptation 2019-2023 ;,
- ✓ Normes des services de médecine physique et réadaptation au Burundi ;
- ✓ Protocoles de prévention et de prise en charge pour certaines MCNT (diabète, HTA, Drépanocytose et BPCO) et des outils de sensibilisation ;
- ✓ En outre un projet de loi portant réglementation de la production, de la consommation et de la commercialisation des boissons alcoolisées est en cours d'élaboration.

Quelques principales réalisations dans le domaine de la lutte contre les MCNT :

- ✓ Mise en place d'un centre national de référence en kinésithérapie et réadaptation médicale ;
- ✓ Intégration de services de kinésithérapie dans 35 sur 80 hôpitaux du pays ;
- ✓ Intégration des soins de santé mentale dans 18 structures de soins et mise en place de 7 centres d'écoute dans un hôpital et 6 centres de santé de la Mairie de BUJUBURA,
- ✓ Création d'une filière de kinésithérapie à l'INSP ;
- ✓ L'organisation des activités de sensibilisation sur ces facteurs de risque. Il s'agit de la mise en place des salles de sports, la redynamisation des clubs de lutte antitabac, la dissémination de la stratégie nationale de lutte contre l'usage nocif de l'alcool.

En dépit de nombreux efforts consentis dans la lutte contre les MCNT d'importants défis restent encore à relever:

- Insuffisance des données nationales sur les MCNT et leurs facteurs de risques
- Insuffisance dans la sensibilisation sur les facteurs de risque des MCNT
- Insuffisance du plateau technique dans les structures sanitaires pour poser un diagnostic précoce ;
- Insuffisance du personnel qualifié pour la prise en charge des MCNT ;
- Les connaissances du personnel soignant limitées et non mises à jour ;
- L'inaccessibilité financière aux médicaments contre les MCNT pour la majorité de la population liée au coût élevé ; etc

En outre selon l'enquête SARA, l'accessibilité aux services est de 49% pour le diabète, 45% pour les maladies cardiovasculaires, 39% pour les maladies respiratoires chroniques et 3% pour le cancer du col.

4.13.Nutrition

Malgré les efforts déployés au cours des trente dernières années dans la lutte contre la malnutrition, la situation nutritionnelle au Burundi demeure préoccupante dans toutes les provinces surtout pour les catégories de populations les plus vulnérables à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes ou allaitantes.

La malnutrition sous ses différentes formes, demeure un problème de santé publique majeur au Burundi. C'est pour cette raison que la politique **nationale de santé 2016 – 2025** vise, parmi ses objectifs la Réduction de la malnutrition jusqu'aux seuils de l'OMS soit : malnutrition chronique : <40%, Insuffisance pondérale : <25%, Malnutrition aigüe : <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.

Selon l'enquête nationale sur la situation nutritionnelle et la sécurité alimentaire au Burundi de 2019 (ENSNSAB ,2019), la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5ans est de 54.2 % en 2019. Cette prévalence était de 56% en 2017 selon l'EDSBIII (2016-2017).

Toutes les provinces ayant un taux supérieur au seuil critique de 40% de l'OMS (à l'exception de la municipalité sanitaire). La prévalence de la malnutrition aiguë globale est passée de 6% en 2010 à 5.1% en 2019 selon la même source tandis que la prévalence de l'Insuffisance pondérale est passée de 29% en 2010 à 27.2% en 2019.

Selon l'enquête nationale sur la situation nutritionnelle et la sécurité alimentaire au Burundi de 2019 (ENSNSAB ,2019), L'état nutritionnel des femmes en âge de procréer a été déterminé par la mesure du périmètre brachial. Au niveau national, 3,7% des femmes avaient une malnutrition aiguë modérée avec un PB entre 180 et 210 mm et 0,6% souffrant de la forme sévère.

Selon l'EDS III, 2% des femmes de 15-49 ans, sont obèses, 6% ont un surpoids et 19% maigres. Le pourcentage des femmes en surpoids ou obèse était 5 fois plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (25% contre 5%), 27% de ces femmes présentant le surpoids ou obèse étaient en Mairie de Bujumbura.

Pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, le pourcentage d'enfants qui ont été allaité précocement dans l'heure qui a suivi la naissance est passé de 74 % en 2017 à 92,3% en 2019 selon ENSNSAB ,2019. Cependant, seuls 71,8% des enfants de moins de 6 mois ont été allaités exclusivement selon la même source.

Pour l'alimentation de complément, la proportion d'enfants âgés de 6 – 8 mois qui a bénéficié d'une introduction d'aliments de complément est de 80.5% en 2019 selon l'enquête nationale sur la situation nutritionnelle et la sécurité alimentaire au Burundi de 2019 (ENSNSAB 2019. Toutefois, le score de diversité alimentaire minimum acceptable des enfants âgés de 6- 23 mois n'a pas connu d'amélioration significative de 18,5% à 19 % et l'alimentation minimale acceptable des enfants de 6-23 mois qui est de 9% en 2010 n'était que de 10% en 2017selon l'EDS 2016-2017

Le Burundi connaît aussi un problème de carences en micronutriments, dues à un déséquilibre entre les besoins et les apports en vitamines et minéraux causé par une alimentation inadéquate en quantité ou en qualité et par une mauvaise absorption des nutriments. Même s'il y a peu d'études réalisées au Burundi, quelques indicateurs sont à souligner :

L'EDSB III 2016 - 2017 a montré que **la prévalence de l'anémie** chez les enfants de 6 à 59 mois est de 61 % en 2017 dont 25 % sous la forme légère, 33 % sous la forme modérée et 4 % sous la forme sévère contre 45 % en 2010. La prévalence de l'anémie est plus importante chez les enfants de moins d'un an que chez les enfants plus âgés : 84% entre 6-8 mois et 54% entre 48-59 mois.

Carence en iode : Selon les normes de l'OMS, un programme d'iodation du sel d'un pays est considéré comme en bonne voie (en passe d'atteindre l'objectif d'éliminer la carence en iode) si 90 % ou plus des ménages utilisent du sel iodé.

Selon les résultats de EDSB III (2016-2017), le pourcentage de ménages qui consomment le sel iodé a légèrement augmenté, passant de 96 % à 99 % entre 2010 et 2017.

Les résultats de l'enquête nationale sur la prévalence des troubles dus à la carence en iode chez les femmes en âge de procréer, réalisée en février 2018, montre que le pourcentage de ménages consommant du sel iodé est de 93,8%. Selon cette même enquête, 77.6% des femmes enceintes avaient une concentration déficitaire en iode dans les urines, 12.9% avec concentration adéquate d'iode et 9.4% avec excès d'iode dans les urines. Chez les femmes non enceintes, la proportion des femmes avec des urines déficitaire, adéquate et excédant s'élevait respectivement à 57.9%, 26.4% et enfin 15.7%. De tous les 78 échantillons collectés dans les sources d'eau, aucun n'avait une teneur en iode $>1\mu\text{g/L}$, aussi bien en milieu rural qu'urbain.

5. DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Selon la littérature, la santé est influencée par les déterminants environnementaux, sociaux, physiques, économiques, biologiques, comportementaux. Ils traduisent les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. La situation du Burundi se présente comme suit:

5.1. Sur le plan économique

Le Burundi est vulnérable aux chocs externes, notamment la volatilité des prix des matières premières et surtout à sa forte dépendance de l'aide extérieure.

S'agissant de l'accessibilité financière aux soins et services de santé, la majorité des ménages burundais a recours aux paiements directs pour financer leurs dépenses de santé. Avec le faible

pouvoir d'achat, ce mode de paiement limite l'accès de la population aux soins. Pour pallier ce problème, le Gouvernement du Burundi a redynamisé en 2012 une carte d'assistance médicale (CAM).

Pour les fonctionnaires de l'Etat, une mutuelle de la fonction publique couvre leurs soins à hauteur de 80%, la contrepartie étant payée par les bénéficiaires et par le MSPLS pour les agents de santé (**PNDSIII**)

Le taux de pauvreté monétaire, en 2014, s'est établi à 64,6% de la population totale du Burundi contre 67,1% en 2006. Près de 2 burundais sur 3 ne parviennent pas à satisfaire quotidiennement leurs besoins alimentaires et non-alimentaires de base.

L'évolution récente de la production nationale permet d'entrevoir une reprise économique largement soutenue par la production du secteur tertiaire qui a connu une croissance de 9,3% en 2017 et de 4,7% en 2018 (Rapport Mise en œuvre ODD).

5.2. Sur le plan socio-démographique

La population du Burundi est estimée à 12.309.600 d'habitants et 442 habitants/km² en 2020 selon les projections démographiques des données du recensement général de la population et de l'habitat de 2008. Le Taux de croissance démographique est de 2.4% (RGPH 2008). Le nombre moyen d'enfants par femme est de 5,5 selon l'EDSIII 2016-2017. Cette situation est préoccupante et a un impact sur la santé, nutrition, éducation et autres conditions de vie.

5.3. Sur le plan éducation:

Le taux de fréquentation scolaire dans l'enseignement préscolaire, primaire et secondaire est respectivement de 7%, 81% et de 30%. Le ratio garçons/filles au niveau primaire est désormais égal à 1. Le taux de fréquentation scolaire est de 75% à l'école primaire tandis que celui du secondaire est de 26 % selon l'EDSIII.

Selon le rapport annuel 2018-2019 du Ministère en charge de l'éducation, le taux d'achèvement au Fondamental (1,2 ,3) est 57 ,3% dont 59,8 % pour les filles et 54,6% pour les garçons .

5.4. Sur le plan environnement, Hygiène, Eau et Assainissement :

En ce qui concerne l'environnement et la résilience aux changements climatiques, le Burundi fait face à plusieurs types de risques dont les plus importants sont les risques climatiques : inondations, glissements de terrain, sécheresse, vents violents et grêle.

Ces différents risques auxquels fait face la population burundaise sont cartographiés comme suit : inondations en plaine de l'Imbo, dépression de Kumoso et vallées, des cours d'eau dans

les plateaux centraux, les accrues du Lac Tanganyika, glissements de terrain à Bujumbura ,Kayanza, Cibitoke , Rumonge ...

Certaines actions ciblées sur la gestion des risques et catastrophes ont été menées notamment la création d'une structure étatique ayant en charge la gestion des risques et catastrophes sous la responsabilité du Ministère de l'intérieur, du Développement Communautaire et de la sécurité Publique.

Dans le cadre de la lutte contre la pollution de l'environnement et du Lac Tanganyika, il y a eu la délimitation et la mise en place de 17 sites de décharge contrôlée, l'élaboration des Schémas directeurs d'assainissement dans les provinces de Bujumbura Mairie, Kirundo, Karusi, Ngozi et Mwaro, l'actualisation d'un profil national sur la gestion des produits chimiques et le développement d'une base de données pour la gestion des produits chimiques au Burundi (**PND 2018-2027**).

Dans le domaine de l'hygiène et assainissement et selon les données de l'EDS III 2016-2017, 39% de la population utilise les toilettes améliorées, 10% de la population utilise des toilettes partagées, 47% utilise des toilettes non améliorées, et 3% font la défécation à l'air libre.

Selon la même enquête, 83 % de la population ont accès à une source d'eau améliorée tandis que 17 % de la population utilise une source non améliorée.

5.5.L'accès aux services de santé

Selon le PNDSIII l'accessibilité géographique est satisfaisante puisque 87% de la population générale ont accès à un centre de santé à moins de 5km de distance quoiqu'ils existent des disparités géographiques surtout en faveur des centres urbains. La communication est aussi assurée par voie routière: toutes les formations sanitaires sont accessibles par des routes même s'elles sont parfois défectueuses en période de pluie

Grâce à la politique de gratuité de soins en faveur des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et à l'appui des partenaires techniques et financiers par le mécanisme de financement basé sur les performances, l'accès aux services de santé pour ces catégories de population est amélioré.

Selon la Revue Annuelle de 2019 de Protection Sociale, 58,5% de la population est couverte par un des mécanismes de financement de la demande des soins et services de santé: 23% Carte d'Assistance Médicale (CAM); 22% Gratuité; 6,5 % Mutuelle de la Fonction Publique(MFP) et 7% pour les autres mécanismes d'assurance maladie(INSS :3,4%;mutuelles de santé privées: 0,02%;ONPR: 1,6%; mutuelles de santé communautaire: 2%).

Bibliographie

1. Plan National de Développement du Burundi 2018-2027
2. Rapport de priorisation des ODD au Burundi de 2016-2030
3. Politique Nationale de Santé 2016-2025 Politique Nationale Genre du Burundi 2012-2025
4. Politique Nationale des Laboratoires de Biologie Médicale du Burundi 2014-2025
5. Plan Stratégique National des Laboratoires de Biologie Médicale 2021-2025
6. Plan D'Action Nationale de Lutte contre la Résistance aux Antimicrobiens 2021-2023
7. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida ; Enquête SARA
8. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida ; Analyse de situation du Plan de Développement sanitaire 2019-2023
9. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida ; - Analyse de la situation du Plan stratégique des Ressources Humaines en Santé 2019-2023
10. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida ; Cartographie des ressources humaines pour la santé, 2017
11. Rapport de l'EDS B III (2016-2017)
12. MSPLS/ ISTEEBU/INSP (2018), Sustainable prevention and control of iodine disorders in Burundi. Report of a National IDD Survey in women of reproductive age conducted in Burundi. Bujumbura, February 2018.

Plus de 90% de Burundais vivent
des cultures vivrières



Coucher du soleil sur le lac Tanganyika

