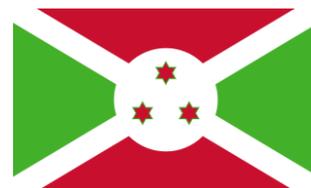




REPUBLIQUE DU BURUNDI



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

Profil sanitaire analytique

Burundi

Edition
2023



Organisation
mondiale de la Santé

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS	x
LISTE DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX.....	xiv
Liste des figures.....	xiv
Liste des graphiques.....	xv
RESUME EXECUTIF	xx
METHODOLOGIE.....	xxv
CHAPITRE I: CONTEXTE	1
1.5. Structure organisationnelle du système de santé.....	3
1.5.1. Organisation du Système de santé	3
Le niveau communautaire.....	5
1.5.2.Organisation du réseau de soins.....	5
CHAPITRE II : SANTÉ ET OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DURABLE	8
II.1. ODD 2 – Pas de faim	8
II.1.1. Prévalence de la sous-alimentation (% de la population).....	10
II.1.2. Prévalence de l'insécurité alimentaire modérée ou grave dans la population	10
II.1.3. Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans	12
II.1.4. Prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans.....	13
II.1.5. Malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois.....	13
II.1.6. Prévalence de l'excès de poids chez les enfants de moins de 5 ans.	13
II.2. ODD 3 - Bonne santé et bien-être.....	14
II.2.1. Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes).....	14
II.2.2. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	16
II.2.3. Tendence et Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1 000 naissances vivantes) ...	17
II.2.4. Tendence du taux de mortalité néonatale au Burundi	19
II.2.5. Taux de mortalité des moins de cinq ans par rapport au taux de mortalité néonatale.....	20
II.2.6. Prévalence du VIH et des IST & Tendence des nouvelles infections par le VIH pour 1 000 habitants non infectés	21
II.2.7. Prévalence du VIH et des IST	23
II.2.8. Tendence de l'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants	31
II.2.9. Tendence de l'incidence du paludisme (pour 1 000 habitants à risque)	33
II.2.10.Mortalité par suicide	37
II.2.11. Tendence de la consommation d'alcool par habitant (15 ans et plus) au cours d'une année civile en litres d'alcool pur	37
II.2.12. Estimation du taux de mortalité routière (pour 100 000 habitants) par sexe	38
II.2.13. Proportion de femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) dont le besoin de planification familiale est satisfait par des méthodes modernes.....	39

II.2.14. Taux de natalité chez les adolescentes (âgées de 10 à 14 ans) pour 1 000 femmes de cette tranche d'âge.....	41
II.2.15. Taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air ambiant et des ménages (pour 100 000 habitants)	41
II.2.16. Taux de mortalité attribué à l'exposition à des services WASH non sécurisés (pour 100 000 habitants) :	42
II.2.17. Taux de mortalité attribué à un empoisonnement non intentionnel (pour 100 000 habitants) :	44
II.2.18. Tendance de l'estimation de la prévalence du tabagisme actuel (taux standardisé pour l'âge) (%).....	44
II.2.19. Population cible couverte par les vaccins inclus dans le programme national	45
II.2.20. Densité de médecins (pour 1 000 habitants)	52
II.2.21. Densité du personnel infirmier et des sages-femmes (pour 1 000 habitants).....	53
II.2.22. Densité de pharmaciens (pour 1000 habitants).....	53
II.3. ODD 4 - Une éducation de qualité	55
III.3.1. Enfants de moins de cinq ans dont le développement est sur la bonne voie	55
II.4. ODD 5 - Égalité des genres.	56
4.1. La violence conjugale – Violences sexuelles et physiques basées sur le genre	56
II.4.2. Mariage précoce	56
II.4.3. Pays dotés de lois et de réglementations garantissant l'accès aux femmes âgées de 15 à 49 ans aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive	57
II.5. ODD6 - Eau propre et assainissement.....	58
II.5.1. Population utilisant des services d'eau potable gérés en toute sécurité.....	58
<i>[voir aussi Section relative au « Taux de mortalité attribué à l'exposition à des services WASH non sécurisés (pour 100 000 habitants) » développée plus haut].</i>	58
Source : OMS/AFRO en 2020.....	59
II.6. ODD 13 - Action climatique.....	59
II.6.1. Effets directs sur les personnes attribués aux catastrophes climatiques.....	59
CHAPITRE III: INTRANTS ET PROCESSUS DE SANTÉ	62
III.1. Financement de la santé	62
III.1.1. Dépenses courantes totales de santé en% du produit intérieur brut (PIB)	62
III.1.2. Budget national alloué à la santé (%).....	63
III.1.3. Composition des allocations budgétaires de la santé (en%)	63
III.1.4. Dépenses totales de santé comme pourcentage du produit intérieur brut (PIB) (%).....	64
III.1.5. Dépenses totales de santé par habitant en dollars (DTS)	65
III.1.6. Crédibilité et exécution budgétaire	66
III.1.7. Sources intérieures publiques des dépenses courantes de santé en pourcentage des dépenses courantes de santé.	66
III.1.8. Dépenses externes de santé (EXT) en % des dépenses courantes de santé (CHE).....	67

III.2. Gouvernance de la santé	68
III.2.1. Pays avec plan/politique stratégique de santé	68
III.2.2. Espace décisionnel au niveau national (provincial et district)	68
III.3. Information sur la santé	69
III.3.1. Couverture de l'état civil des naissances (%)	69
III.3.2. Couverture de l'enregistrement des décès et des causes de décès (%)	69
III.3.3. Pourcentage d'établissements utilisant des dossiers de patients ou des numéros d'identification unique de patients.	70
III.3.4. Pays disposant d'un plan/politique stratégique en matière d'e-santé :	72
III.4. Personnel de santé	72
III.4.1. Nombre d'établissements de formation en santé	72
III.4.2. Nombre et densité de médecins généralistes	73
III.5. Infrastructures de santé	74
III.5.1. Densité de lits d'hôpitaux (pour 10 000 habitants).....	74
III.5.2. Nombre de lits de soins intensifs.....	74
Source : OMS/AFRO.....	75
III.5.3. Etat de préparation des médicaments essentiels	75
III.5.4. Densité des formations sanitaires	76
III.5.5. Nombre et densité des infrastructures de transport.....	78
III.6. Produits médicaux et technologies.....	78
III.6.1. Disponibilité des médicaments essentiels	78
III.6.2. Disponibilité des services de diagnostics traceurs	80
III.7. Prestations de services et soins de santé	81
III.7.1. Système de référence et de contre-référence des patients.....	81
Utilisation du service curatif ambulatoire.....	83
Sécurité du patient	85
CHAPITRE IV : PRODUITS DE SANTÉ	87
IV.1. Indice d'accès aux services de santé (%)	87
IV.1.1. Indice d'accès physique	87
IV.1.2. Indice d'accès financier.....	88
IV.1.3. Indice d'accès socioculturel	89
IV.2. Demande de services de santé	89
IV.2.1. Indice de la demande de services de santé (%):	89
IV.2.2. Indice d'actions saines	90
IV.3. Qualité	91
IV.3.1. Indice de qualité des soins (%)	91
IV.3.2. Indice de l'expérience de l'utilisateur.....	92

IV.3.2. Indice de sécurité du patient	93
IV.3.3. Ratio de mortalité maternelle en établissement (pour 100 000 naissances vivantes)	94
IV.3.4. Nombre de résultats de tests VIH pour les patients atteints de tuberculose	94
IV.3.5. Taux de réussite du traitement (%) pour les nouveaux cas de tuberculose	95
IV.3.6. Taux de notification de la tuberculose (pour 100000 habitats).....	95
IV.4. Résilience	96
CHAPITRE V: RÉSULTATS EN MATIÈRE DE SANTE	101
V.1. Disponibilité des services essentiels.....	101
V.1.1. Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de planification familiale.....	101
V.1.2. Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de soins prénataux	101
V.1.3. Pourcentage d'établissements fournissant des SONUC	102
V.1.4. Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de vaccination de routine	104
V.1.5. Pourcentage d'établissements de santé offrant des soins préventifs et curatifs aux enfants de moins de 5 ans.....	106
Source : OMS/AFRO.....	106
V.1.6. Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de santé aux adolescents ...	106
V.2. Couverture des interventions essentielles.....	107
V.2.3. Pourcentage de femmes ayant reçu des soins postnatals (soins après l'accouchement) dans les deux jours suivant la naissance de l'enfant	109
V.2.4. Pourcentage de nouveau-nés qui ont eu un contact avec les soins postnatals dans les deux jours suivant la naissance.	109
V.2.5. Recherche de soins pour les enfants de moins de cinq ans suspectés de pneumonie	109
V.2.6. Couverture du traitement antituberculeux	110
Source : OMS/AFRO.....	111
V.2.7. Personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut (%)	111
V.2.8. Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse	112
Source : AFRO/OMS.....	114
V.2.9. Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides	115
V.2.10. Couverture de la pulvérisation résiduelle intérieure	116
Source : OMS/AFRO.....	117
V.2.12. Couverture de la chimiothérapie préventive pour certaines Maladies Tropicales Négligées (MTN).....	117
V.2.13. Dépistage du cancer du col de l'utérus	118
V.2.14. Couverture des services pour les troubles mentaux graves	118
V.3. Facteurs de risque et comportements	119
V.3.1. Prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons âgés de six mois ou moins	119
V.3.2. Initiation précoce à l'allaitement.....	120

V.3.3. Incidence de l'insuffisance pondérale chez les nouveau-nés.....	120
V.3.4. Prévalence de l'anémie chez les enfants.....	121
V.3.5. Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer.....	122
V.3.7. Consommation totale d'alcool par habitant (15 ans et plus).....	122
V.3.8. Surcharge pondérale et obésité chez les adultes.....	122
V.3.9. Pression artérielle élevée chez les adultes.....	122
Source : Bulletin d'information DSNIS – 2 ^{ème} trimestre 2021.....	124
V.3.10. Augmentation de la glycémie/diabète chez les adultes.....	124
Source : Bulletin d'information DSNIS – 2 ^{ème} trimestre 2021.....	125
V.3.11. Population utilisant des services d'eau potable gérés en toute sécurité.....	125
V.3.12 Population utilisant des services d'assainissement gérés en toute sécurité.....	126
V.4. Protection contre les risques financiers.....	127
V.4.1. Proportion de la population dépensant plus de 10% de la consommation ou du revenu du ménage en dépenses de santé à sa charge (%).....	127
V.4.2. Ménages consacrant plus de 25% de leurs dépenses à la santé.....	128
CHAPITRE VI : IMPACT SUR LA SANTÉ.....	128
VI.1. Espérance de vie et fécondité.....	128
VI.1.1. Espérance de vie à la naissance (années).....	128
VI.1.3. Espérance de vie en bonne santé à la naissance.....	130
VI.1.4. Indice synthétique de fécondité.....	131
VI.1.5. La fécondité des adolescentes.....	132
VI.2. Morbidité.....	132
VI.2.1. Nombre de nouveaux cas de maladies évitables par la vaccination.....	132
VI.3. Mortalité intrahospitalière.....	134
VI.4. Mortalité par cause.....	134
VI.4.1. Taux de mortalité lié à la tuberculose (pour 100 000 habitants).....	134
VI.4.2. Taux de mortalité lié au SIDA (pour 100 000 habitants).....	134
VI.4.3. Taux de mortalité due au paludisme (pour 100 000 habitants).....	135
VI.4.4. Mortalité liée au COVID-19.....	135
VI.4. Mortalité par âge :.....	136
VI.4.1. Taux de mortalité des adolescents (pour 100 000 adolescents) par sexe.....	136
VI.4.2. Taux de mortalité des adultes (pour 1 000 habitants).....	136

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé publique et de la lutte contre le sida présente ses sincères remerciements à toutes les parties prenantes qui ont contribué, de près ou de loin, par les apports techniques et ou financiers, à l'élaboration du présent Profil sanitaire analytique

Ces remerciements s'adressent aux:

- comité technique de travail composé des experts provenant du ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida, ministère de l'éducation nationale et de la recherche scientifique, ministère des finances, du budget et de la planification économique ;
- Organisation Mondiale de la Santé pour son appui technique et financier;
Consultant national, Dr Juma M KARIBURYO pour le travail préliminaire accompli
- Points focaux de l'Observatoire au niveau national et régional pour la coordination et l'orientation technique durant tout le processus d'élaboration du présent profil ;

A toutes et à tous à vos titres, grades et qualités, ce travail est le vôtre

Préface du Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida



Une des missions principales de chaque pays est de protéger et d'améliorer la santé des populations en s'appuyant sur un ensemble de données précises et pertinentes qui permettent de mesurer le chemin parcouru, d'analyser le travail accompli et de réajuster ses stratégies. La connaissance étant un guide indispensable pour l'action, si l'on veut être efficient, toutes les décisions en faveur de la santé et du bien-être doivent être fondées sur des informations à jour, qui reflètent la situation actuelle.

Les grands défis de santé publique auxquels sont confrontés la plupart des pays nécessitent une gestion efficace de l'information sanitaire afin d'assurer une réponse idoine et adaptée ainsi qu'un suivi strict, de manière à garantir le meilleur état de santé des populations.

La mise en place de l'Observatoire Africain de la santé intégrant les observatoires nationaux de santé publique est une stratégie pour pouvoir accomplir cette noble mission. Le rôle essentiel de ces plateformes est de compiler les données et informations relatives à la santé en un centre unique, et de développer des bases factuelles prêtes à être utilisées pour toute décision stratégique en santé. Il permet également de surveiller la situation et les tendances sanitaire y compris le suivi des Objectifs de Développement Durables (ODD), d'appuyer le suivi et l'évaluation des réformes du système de santé et des programmes prioritaires de santé ; de faciliter la production et le partage des évidences pour l'élaboration de la politique et la prise de décision.

Le présent Profil sanitaire analytique constitue un outil qui décrit de manière détaillée et analytique, la situation sanitaire du pays et propose de brèves explications au rang desquelles des analyses de tendances. Ce document est destiné à faciliter la planification stratégique, la prise de décisions basée sur des données factuelles et probantes, le plaidoyer et la mobilisation des ressources.

Depuis 2022, le Profil sanitaire analytique a adopté une nouvelle architecture sous la forme d'une Taxonomie qui consiste en une classification d'une analyse par catégorie d'indicateurs selon la chaîne des résultats sanitaires depuis les intrants jusqu'aux indicateurs d'impact.

Portrait de la santé de la population du Burundi, ce profil sanitaire analytique présente un grand nombre d'indicateurs touchant aussi bien les problèmes de santé que les déterminants. Il est articulé autour de 6 chapitres suivants : (1) Contexte, (2) Santé et objectifs de développement durable ; (3) Intrants et processus de santé ; (4) Produits de santé ; (5) Résultats en matière de santé ; (6) Impact sur la santé.

J'invite donc l'ensemble des acteurs et partenaires à en faire un document de référence pour la mise en œuvre efficiente de leurs interventions pour l'amélioration pérenne de la santé et du bien-être de la population burundaise pour la Couverture Sanitaire Universelle.

J'adresse mes remerciements à tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce document.

Le Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le sida
Dr Lydwine BARADAHANA



Mot du représentant de l'OMS

Le suivi des Objectifs de Développement Durable (ODD) en matière de santé et des déterminants de la santé à l'horizon 2030 impose aux pays et aux partenaires au développement de bâtir des systèmes de santé solides et résilients en vue de l'amélioration de la santé et du bien-être des populations.

La disponibilité, la qualité et l'utilisation des informations sanitaires, des résultats de recherche et des connaissances posent régulièrement problème dans les pays africains. Dans certains cas, le pays ne dispose pas suffisamment d'informations pour pouvoir améliorer l'état de santé de sa population. Dans d'autres, le pays ne parvient pas à tirer parti des informations, des produits de recherches et des connaissances disponibles. Celles-ci ne sont pas rendues publiques et ne sont donc pas utilisées dans la définition de politiques sanitaires.

L'Observatoire National de Santé Publique(ONSP), un pilier de l'intelligence sanitaire pour la réalisation de la Couverture santé universelle, est une plateforme mise en place pour aider le pays à faire face aux défis liés à la santé des populations. L'ONSP doit générer des connaissances pertinentes pour les acteurs qui conçoivent, décident et mettent en œuvre des interventions ou des politiques visant l'amélioration du système de santé du pays.

A cette fin, le profil sanitaire analytique du Burundi, partie intégrante de l'ONSP, est un outil majeur pour le suivi de la situation sanitaire du pays. Il doit servir de référence pour le suivi des progrès des objectifs convenus au niveau national et international. Le présent profil sanitaire analytique est le résultat d'un travail harmonieux entre les experts des Directions et programmes du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida, de l'Institut National de la Statistique du Burundi, de la faculté de médecine de Bujumbura, des hôpitaux nationaux, du bureau pays de l'OMS, avec l'appui de l'unité de l'Observatoire régional de la santé et d'un consultant national. Je tiens à remercier sincèrement tous ceux et celles qui y ont contribué.

Je souhaite que cette ressource soit une source de référence pour toute intervention contribuant dans l'atteinte des ODD en général et de la couverture sanitaire universelle en particulier.

Représentant de l'OMS

Dr Xavier CRESPIIN

SIGLES ET ABREVIATIONS

ABREMA	Autorité Burundaise de Régulation des Médicaments à Usage Humain et des Aliments
ABUBEF	Association Burundaise pour le Bien-Etre Familial
AL	Arthémeter - Luméfanthrine
AMDD	Averting Maternal Death and Disability
ANSS	Association nationale de soutien aux séropositifs et malades du SIDA
ASC	Agent de Santé Communautaire
AVEC	Association Villageoise d'Épargne et de Crédit
BDS	Bureau de District Sanitaire
BM	Banque Mondiale
BPS	Bureau Provincial de Santé
CAE	Communauté de l'Afrique de l'Est
CAM	Carte d'Assistance Médicale
CAMEBU	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du Burundi
CCIA	Comité de Coordination Inter-Agences
CCLAT	Convention Cadre pour la Lutte Anti-Tabac
CCM	Country Coordinating Mechanism (Instance nationale de coordination des ressources allouées par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme)
CDM	Campagne de Distribution de Masse
CDS	Centre de Santé
CT-FBP	Cellule Technique Nationale Permanente du FBP
CIM	Classification Internationale des Maladies
CNPK	Centre Neuro-psychiatrique de Kamenge
CNTS	Centre national de Transfusion Sanguine
COGES	Comité de Gestion
COP	(Burundi) Country Operational Plan
COSA	Comité de santé
COUSP	Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique
CPN	Consultation prénatale
CPoN	Consultation post natale

CPSD	Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement
CPVV	Comité Provincial en charge de la Vérification et de la Validation
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CV	Couverture Vaccinale
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DS	District Sanitaire
DSNIS	Direction du Système National d'Information Sanitaire
DTS	Dépense totale de santé
ECD	Equipe Cadre de District
EDSB	Enquête Démographique et de Santé - Burundi
ENABEL	Agence Belge de développement
FBP	Financement basé sur les performances
FMI	Fonds Monétaire International
FOSA	Formation Sanitaire
FVR	Fièvre de la Vallée du Rift
GASC	Groupement d'Agents de Santé Communautaire
HCT	Humanitarian Country Team (Equipe des Nations Unies en charge des urgences humanitaires)
HD	Hôpital de District
HHS	Household Hunger Scale
HSH	Homme ayant des rapports avec d'autres hommes
IDH	Indice de Développement Humain
INSP	Institut National de Santé Publique
IRM	Imagerie à Résonance Magnétique
ISF	Indice synthétique de fécondité
IST	Infections Sexuellement Transmissible
ISTEEBU	Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi
JNV	Journée nationale de vaccination
MAG	Malnutrition aiguë globale
MAPI	Manifestations post-vaccinales indésirables
MCD	Médecin Chef de District
MCS	Mutuelle Communautaire de Santé
MFP	Mutuelle de la Fonction Publique

MI	Mortalité infantile
MII	Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide
MIILDA	Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide à Longue Durée d’Action
MN	Mortalité néonatale
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le SIDA
NFI	Non Food Items
NV	Naissance vivante
OBC	Organisation à Base Communautaire
ODD	Objectif de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCA	Paquet Complémentaire d’Activités
PMA	Paquet Minimum d’Activités
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PID	Pulvérisation intra-domiciliaire (d’insecticides)
PND	Plan National de Développement 2018-2027
PNDIS	Programme National de Développement de l’Informatique Sanitaire
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLMNT	Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques et non Transmissibles
PNLIT	Programme National de lutte Intégrée contre la Tuberculose
PNS	Politique Nationale de Santé
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSN	Plan Stratégique National
PTF	Partenaire Technique et Financier
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RDC	République Démocratique du Congo
RGPHAE	Recensement Général de la Population, de l’Habitat, de l’Agriculture et de l’Elevage
RMM	Ratio de mortalité maternelle
RSI	Règlement Sanitaire International

SDMR	Surveillance des Décès Maternels et la Riposte
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux Complets
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
SPT	Stratégie « Plaintes – Traitement »
SRMNIA	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent
SSME	Semaine de la Santé Mère-Enfant
SSP	Soins de santé primaire
TB	Tuberculose
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TPS	Technicien de Promotion de la Santé
TS	Travailleuse du Sexe
UDI	Utilisateur. trice de Drogues Injectables
UE	Union Européenne
WHO	World Health Organization

LISTE DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX

Liste des figures	Page
Figure 1 : Insécurité alimentaire au Burundi, Mars 2022 Vs Mars 2023	11
Figure 2 : Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié dans la Région africaine de l'OMS	17
Figure 3: Répartition de la prévalence du VIH par Province au Burundi	24
Figure 4 : Disparités provinciales de la prévalence des IST chez les femmes	26
Figure 5: Répartition de l'incidence du paludisme en 2021 au niveau des districts sanitaires	34
Figure 6 : Répartition de l'incidence du paludisme en 2022 au Burundi	34
Figure 7 : Population utilisant des services d'eau potable gérés en toute sécurité dans la Région africaine de l'OMS en 2020	59
Figure 8 : Enfants de moins de cinq ans dont la naissance a été enregistrée auprès d'une autorité civile dans la Région africaine de l'OMS, 2010-2019	61
Figure 9 : Indice de qualité des soins dans la Région africaine de l'OMS, 2020, OMS/AFRO	91
Figure 10 : Indice d'expérience utilisateur dans la Région africaine de l'OMS	92
Figure 11: FOSA SONU fonctionnelles	104
Figure 12: Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins de base à n'importe quel moment avant l'EDSB III 2016-2027	104
Figure 13: Recherche de soins pour les enfants présentant des symptômes de pneumonie dans la région africaine de m'OMSla Région africaine.	110
Figure 14 : Incidence de l'hypertension artérielle pour 100 000 habitants (Avril – Juin 2021)	124
Figure 15 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance	129

Liste des graphiques	Page
Graphique 1 : Evolution des indicateurs de malnutrition (EDSB)	12
Graphique n°2 : Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	14
Graphique 3: Ratio de mortalité maternelle intra-hospitalière	14
Graphique n°4 : Décès maternels par causes obstétricales	15
Graphique 5 : Evolution du taux d'accouchements assistés par le personnel de santé qualifié	16
Graphique 6 : Evolution du taux d'accouchement par le personnel de santé qualifié	16
Graphique 7 : Evolution du taux de mortalité néonatale, des nourrissons et des moins de cinq ans pour 1000 habitants	18
Graphique 8 : Taux de mortalite des moins de 5 ans	19
Graphique 9 : Taux de mortalité néonatale pour 1000 NV au Burundi	20
Graphique 10 : Tendances évolutives des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Burundi, 2017 (Source : PSN-SRMNIA: 2019 – 2023)	21
Graphique 11 : Evolution du nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au VIH au Burundi	22
Graphique 12 : Infections à VIH pour 1 000 habitants non infectés dans les pays de la Région africaine de l'OMS, 2010, 2015 et 2020, OMS	23
Graphique 13: Evolution du nombre de femmes VIH+ mises sous TAR au Burundi de 2010 à 2021	27
<i>Graphique 14. Evolution du taux de transmission du VIH de la mère -enfant</i>	28
Graphique 15 : Evolution de la couverture en ARV chez les enfants et les adultes	29
<i>Graphique 16: Cascade des 3 «95 » fin 2022 chez les adultes (>= 15 ans)</i>	30
Graphique 17: Suppression de la Charge chez les enfants	30

Graphique 18: Taux de succès thérapeutique	31
Graphique 19 : Dépistage de la Tuberculose de 2010 à 2021	32
Graphique 20 : Evolution des taux d'incidence du paludisme pour 1000 habitants de 2016 à 2022 au Burundi	33
Graphique 21 : Proportion des femmes enceintes, fréquentant les centres de consultations prénatales, ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent pour le paludisme de 2016 à 2022	35
Graphique 22 : Evolution des proportions de cas de paludisme simple confirmés ayant reçu un traitement antipaludique conformément à la politique nationale dans les FOSA de 2016 à 2022 au Burundi	36
Graphique 23 : Taux de mortalité par paludisme (pour 100 000 habitants) de 2016 – 2022 au Burundi	36
Graphique 24 : Consommation d'alcool chez les personnes âgées de 15 ans ou plus (litres d'alcool pur par année civile par habitant) dans la Région africaine de l'OMS, 2019	38
Graphique 25 : Taux de mortalité routière (pour 100 000 habitants) dans la Région africaine de l'OMS, 2019, OMS	39
Graphique 26: Tendence de l'utilisation contraceptive	40
Graphique 27 : La collecte d'eau, un fardeau majeur dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne.	43
Graphique 28: Taux de couverture vaccinale en RR2	47
Graphique 29: Taux de couverture vaccinale Enfants complètement vaccinés	48
Graphique 30: Taux de couverture vaccinale en PENTA 3	48
Graphique 31: Taux de couverture vaccinale en PENTA 2	49
Graphique 32: Taux de couverture vaccinale en PENTA 1	49
Graphique 33 : Taux de couverture vaccinale en POLIO 3	50

Graphique 34: Taux de couverture vaccinale en POLIO 2	50
Graphique 35: Taux de couverture vaccinale en POLIO 1	51
Graphique 36: Taux de couverture vaccinale en BCG	51
Graphique 37 : Densité du personnel de Santé	52
Graphique 38: Densité de médecins (pour 1 000 habitants)	53
Graphique 39 : Densité des gestionnaire de pharmacies	54
Graphique 40 : Distribution des officines pharmaceutiques par province	55
Graphique 41 : Proportion de jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans mariées ou en union avant 18 ans dans la Région africaine de l'OMS, 2020, UNICEF	57
Graphique 42: Tableau de bord sur les pays dotés de lois et réglementations garantissant l'accès aux femmes âgées de 15 à 49 ans aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive parmi les pays disposant de données (n=12)	58
Graphique 43 : Dépenses courantes totales de santé en pourcentage du PIB dans la Région africaine de l'OMS, 2017-2019, OMS	62
Graphique 44: Budget national alloué à la santé (%)	63
Graphique 45: Répartition des allocations budgétaires de santé selon la nature économique en 2022-2023 (en %)	64
Graphique 46 : Dépenses totales de santé comme pourcentage du produit intérieur brut (PIB) (%)	65
Graphique 47 : Dépenses totales de santé par habitant en dollars	65
Graphique 48 : Prévisions et exécution budgétaire du secteur de la santé (2016-2021/2022) en milliards de BIF	66
Graphique 49 : Sources de financement de la santé, en %	67
Graphique 50: Densité des Médecins spécialistes pour 10 000 habitants dans la Région africaine de l'OMS 2020	74

Graphique 51: Nombre de lits de soins intensifs dans la Région africaine de l'OMS, 2020-2021, OMS/AFRO	75
Graphique 52: Etat de préparation des médicaments essentiels dans la Région africaine de l'OMS, dernière année disponible, OMS/AFRO	76
Graphique 53 : Taux de disponibilité des médicaments et produits essentiels	79
Graphique 54: Taux de péremption de certains médicaments taceurs	80
Graphique 55. Disponibilité des services de diagnostics traceurs (% établissements) dans la Région africaine de l'OMS	81
Graphique 56 : Taux d'utilisation des services curatifs ambulatoires (CDS) (%)	84
Graphique 57 : Ratio de mortalité maternelle intra-hospitalière	94
Graphique 58 : Score moyen par district sanitaire de la capacité de résilience aux chocs, Burundi 2022, n=24	97
Graphique 59 : Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de planification familiale dans la Région africaine de l'OMS, 2012-2019, OMS/AFRO	101
Graphique 60 : Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de soins prénatals dans la Région africaine de l'OMS, 2012-2019, OMS/AFRO	102
Graphique 61: Pourcentage d'établissements de santé ayant la capacité de fournir des services SONUC dans la Région africaine de l'OMS	103
Graphique 62: Pourcentage d'établissements de santé offrant des soins préventifs et curatifs aux enfants de moins de cinq ans dans la Région africaine de l'OMS, 2012-2019, OMS/AFRO	106
Graphique 63 : Score moyen obtenu de la couverture des services de santé essentiels par District sanitaire	107
Graphique 64: Prévalence de la contraception dans la Région africaine, dernière année disponible	108
Graphique 65: Taux de réussite du traitement de la tuberculose (%) dans la Région africaine de l'OMS, 2017, OMS	111

Graphique 66: Pourcentage de femmes enceintes recevant un traitement préventif intermittent contre le paludisme (N=18), dernière année disponible	114
Graphique 67: Population ayant accès à une MII pour la protection contre le paludisme (%) dans la Région africaine de l'OMS, 2020, OMS	116
Graphique 68: Couverture de la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent (N=17) dans la Région africaine de l'OMS, 2006-2007, Programme national de lutte contre le paludisme	117
Graphique 69 : Taux d'incidence des maladies cardiovasculaires pour 100 000 habitants	123
Graphique 70 : Incidence du diabète de type I pour 100.000 habitants.	125
Graphique 71 : Proportion de la population dont les dépenses de santé des ménages représentent plus de 10% du total des dépenses des ménages (%) dans les régions de l'OMS, 2017	128
Graphique 72: Evolution de l'espérance de vie entre 2000 et 2019 au Burundi	130
Graphique 73: Evolution de l'espérance de vie en bonne santé à la naissance entre 2000 et 2019 au Burundi	131
Graphique 74: Evolution du Taux de fécondité par groupes d'âges entre l'EDSB I 1987 et l'EDSB III 2017 au Burundi	132
Graphique 75 : Taux de mortalité intra hospitalière (%)	134
Graphique 76: Evolution du Taux de mortalité des adultes au Burundi	137

Liste des tableaux

Table 1: Evolution des infrastructures de santé au Burundi	77
--	----

RESUME EXECUTIF

Le profil sanitaire analytique est un outil qui décrit de manière détaillée et analytique, la situation sanitaire du Burundi et propose de brèves explications sur les données et indicateurs de santé publique ainsi que des analyses de tendances. Il est destiné à faciliter la planification stratégique, la prise de décisions basée sur des évidences, le plaidoyer et la mobilisation des ressources.

L'élaboration du présent profil sanitaire analytique a suivi les trois phases : (i) une phase préparatoire et de cadrage ; (ii) une phase de collecte de données et (iii) une phase rédactionnelle.

Le Burundi compte 18 provinces sanitaires correspondant aux 18 provinces administratives, découpées en communes, avec 49 districts sanitaires couvrant 2 à 4 communes. En 2022, la population du Burundi a été estimée à 12 837 740 d'habitants, avec une densité moyenne de 461 habitants/km². Cette population est marquée par une croissance démographique rapide évaluée à 2,4% par an en moyenne. La proportion de la population en âge de travailler (15-64ans) est de 57% et ce profil démographique traduit bien le potentiel économique pour le développement du pays. L'espérance de vie au Burundi a augmenté de 2,1ans pour la période de 2015 à 2022 (de 58,1 à 60,2 ans). Le système de santé est organisé sous forme pyramidale et s'articule sur quatre niveaux à savoir : le niveau central, intermédiaire, périphérique et communautaire. Ces niveaux sont reliés entre eux par des relations de fonctionnement hiérarchique. Le système de soins est organisé de façon hiérarchisée depuis le niveau communautaire jusqu'au niveau de référence national.

L'indice synthétique de fécondité est de 5,5 enfants par femme variant de 4,1 en milieu urbain à 5,7 en milieu rural. Le taux de femmes ayant été assisté par un personnel qualifié lors de l'accouchement a augmenté passant de 78,4% en 2012 à 97,2% en 2019 puis a connu une baisse jusqu'à 77,9% en 2022 comme presque tous les autres indicateurs. Cette baisse pourrait être justifiée par l'impact négatif du COVID-19 sur l'utilisation du système de santé, l'adaptation du dénominateur pour le calcul des indicateurs en 2021, et d'autres facteurs nécessitant une investigation.

Le ratio de mortalité maternelle (RMM) tend vers la diminution : il est passé de 500 à 334 pour 100 000 NV durant la période de 2010 à 2017. En 2023 ce RMM est de 299 pour 100 000 NV. Cependant, ce ratio reste très supérieur à la cible des ODD en 2030 qui est de 140 sur 100000NV pour les pays n'ayant pas atteint les cibles des OMD.

La tendance de décès d'enfants de moins de 5 ans a connu une évolution à la baisse. Estimé en 1987 à 74‰, le quotient de mortalité infantile est passé de 59‰ en 2010 et à 47‰ en 2017. Le risque de décéder

entre la naissance et le 28^{ème} jour de vie était de 28‰ en 2010 et de 21‰ en 2021. L'atteinte de la cible 3.2 de l'ODD 3 (de réduire la mortalité des moins de cinq ans à un maximum de 25 et la mortalité néonatale à 12 pour 1000 naissances vivantes d'ici 2030) nécessitant plus d'efforts.

En termes de couverture vaccinale, il y a une tendance à la baisse du taux d'enfants complètement vaccinés allant de 93,4% en 2015 à 83,3% en 2022. Ce Taux de couverture étant inférieur à la cible nationale souhaitée de 95%.

En matière de VIH, la prévalence de l'infection à VIH au sein de la population générale est variable légèrement : elle est estimée à 0,9% avec une prédominance féminine (1,2% chez les femmes contre 0,6% chez les hommes en 2017) alors que selon la modélisation Spectrum 2022, celle-ci est de 1,0% chez les adultes âgés de 15 à 49 ans. Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant reste préoccupant même s'il est passé de 26,6% en 2010 à 12,37% selon le Spectrum 2022. Toutefois, le Burundi se classe parmi les pays en Afrique du Centre et de l'Ouest à avoir atteint les objectifs de 90-90-90 liés à la lutte contre le VIH/SIDA/IST. Il est en bonne voie pour atteindre les objectifs de 95-95-95 (92-98-93), deuxième après le Royaume d'Eswatini.

L'incidence de la tuberculose était de 100 pour 100 000 habitants en 2021, représentant une baisse comparativement à celle de 2020 qui était de 107 pour 100 000 habitants. Sur une cohorte de 7105 patients ayant un statut VIH connu, le pays affiche le meilleur taux de succès thérapeutique de 95% comparativement à la moyenne régionale de 90%. En ce qui concerne la gestion de la coinfection Tuberculose et VIH (TB/VIH), les progrès sont réels. La couverture du dépistage VIH chez les patients tuberculeux est de 98% et parmi les patients testés, la proportion de cas coinfectés TB/VIH est estimée à 10%. La mise sous ARV chez les patients coinfectés a augmenté au fil des années, passant de 94,4% en 2017 à 98 % en 2020.

Le taux moyen d'incidence du paludisme est de 646 pour 1000 habitants durant les 7 dernières années, ce qui laisse entendre que presque la moitié de la population souffre du paludisme chaque année. Cependant, les années 2018 et 2020 ont vu une diminution très remarquable des taux d'incidence du paludisme. Cette diminution serait attribuable aux campagnes de distribution de masse des MIILDA effectuées en septembre 2017 et en décembre 2019 et aux autres actions menées comme les cliniques mobiles et la PID. La proportion de femmes enceintes venues en CPN ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent a baissé de 61,9 en 2018 à 50,5 en 2021. Plus de 90% des cas de paludisme simple confirmé ont été traités selon les directives nationales de prise en charge du paludisme tandis que le taux de mortalité liée au paludisme a été presque divisé par 6 passant entre 2016 et 2022

de 60,9 à 11,1 pour 100.000 habitants.

La prévalence nationale des pathologies chroniques et dégénératives n'est pas connue. Néanmoins des données partielles indiqueraient qu'elles sont en augmentation. La prévalence de l'hypertension était de 25,2 % tandis que celle du diabète était de 1% dans la Province de Kirundo en 2013. Le taux d'incidence du diabète de type I était plus élevé dans 6 provinces du pays dont Cibitoke, Bujumbura Mairie, Bururi, Rumonge, Makamba et Gitega et varie entre 69,6 et 40,3 pour 100 000 habitants. D'autres provinces ont enregistré peu de cas de diabète de type I variant de 2,2 à 29,8 pour 100 000 habitants. Les données sur le cancer sont insuffisamment documentées en raison de l'absence du registre de cancer et d'une stratégie nationale y relative. Les seules données disponibles proviennent de certains travaux de recherche parcellaires. Durant la période de 30 ans allant de 1978 à 2008, à peu près 4135 patients ont été confirmés avoir du cancer dans le Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge. En 2020, le Globocan a estimé 7929 nouveaux cas du cancer dont 19,9% représentaient le cancer du col de l'utérus, 10,1% le cancer du sein, 9,5% le cancer de la prostate, 6% le sarcome de Kaposi, 5.2% les cancers œsophagiens et 49,2% pour les autres cancers.

En 2017, les cas de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5ans dépassent 50% dans presque toutes les provinces du pays hormis la province de Bujumbura Mairie (20%). Cette prévalence est passée de 52,2% en 2020 à 55,8% en 2022. Le taux de malnutrition aiguë globale était de 5% en 2017 alors qu'il est à 6,1% en 2022 et était proche du seuil précaire au moment où la situation de sécurité alimentaire des ménages s'est très fortement dégradée avec la population en insécurité alimentaire qui a pratiquement doublé passant de 20% (dont 1% en insécurité alimentaire sévère) en mars 2022 à 42% (dont 6% en insécurité alimentaire sévère) en mars 2023.

De 2017 à 2022, le Burundi est en bonne voie vers l'élimination du trachome, de l'onchocercose, des Géohelminthiases Transmises par le Sol (STH) et de la schistosomiase. Le taux de couverture en chimioprophylaxie préventive est respectivement de 92,7% et 81,16% pour STH et onchocercose en 2022 ; il est de 105% pour la schistosomiase en 2021 et de 95% pour le trachome en 2019.

La densité des CDS par rapport à 100 000 habitants tend à baisser légèrement d'une façon générale passant respectivement de 5,22 à 5,03 ; de 1,20 à 1,11 ; de 2,76 à 2,66 pour 100 000 habitants pour les CDS publics, confessionnels et privé durant la période allant de 2018 à 2022. Durant les 5 dernières années, la densité totale pour 100 000 habitants des hôpitaux publics, privés, confessionnels et associatifs tous confondus monte graduellement passant de 0,93 pour 100 000 habitants en 2018 à 2,24 pour 100 000 habitants en 2022. Durant la période allant de 2020 à 2022, la densité du personnel de

santé essentiel (médecins, infirmiers/sage-femmes, et personnel soignant ou auxiliaires médicaux) pour 1000 habitants est respectivement de 1,379, 0,812 et 0,952. Le niveau actuel de préparation des médicaments essentiels est estimé à 29%. De 2013 à 2018, 52% des établissements de soins disposaient des éléments traceurs pour les services de diagnostic de laboratoire. En 2021, le Burundi disposait d'un nombre estimé de 87 lits de soins intensifs.

La Part du Gouvernement alloué à la santé en pourcentage du budget total a augmenté de 2010 (10,41%) à 2016 (12,5%). Depuis 2016, cet indicateur est en baisse et se situe à 12,1% en 2018 puis à 9,9% en 2020. L'information qui se dégage est que cet indicateur reste toujours en deçà des 15% établi comme objectif dans la déclaration d'Abuja. Les financements directs des ménages sont passés de 30,1 % à 20,63% entre 2018 et 2020, ce qui montre un grand engagement de l'Etat et de ses partenaires dans le financement de la santé.

Au seuil national de pauvreté estimé à 1580 FBU par jour et par équivalent adulte, les résultats de l'EICVMB-2020 montrent qu'un peu plus de la moitié (51,4%) de la population résidant au Burundi ne parvient pas à satisfaire quotidiennement leurs besoins de base (alimentaire et non-alimentaire). En vertu de l'hypothèse optimiste du Plan National de Développement Burundi 2018-2027, l'économie burundaise pourra connaître une croissance de 10,7% sur la période de projection et le PIB par habitant devra atteindre 810\$ à l'horizon 2027 contre 317\$ en 2017.

En 2022, un cumul de 53 355 cas de COVID-19 a été confirmé. Parmi ces cas, 52 809 ont été traités et déclarés guéris (99%). Quinze (15) cas de décès ont été rapportés, soit un taux de létalité de 0,028%. En 2023, un cumul de 2043 cas de COVID-19 a été enregistré. Depuis l'introduction du vaccin contre COVID-19, la couverture vaccinale reste très basse (0,3% de l'ensemble de la population).

De nouvelles flambées de poliomyélite, de cholera et de rougeole ont été signalées dans de nombreux pays de la Région africaine en 2021.

Selon les données du Ministère de la Santé et de la lutte contre le sida (base de données de surveillance du PEV), 656 cas de rougeole ont été confirmés en 2023 dont un décès. Ces cas ont été répartis dans 16 provinces du pays, avec une concentration dans les provinces de Rutana, Ruyigi, Bubanza et Bujumbura.

En mars 2023, une épidémie de poliomyélite a été déclarée au Burundi. Depuis lors, deux cas de poliovirus sauvages, 20 cas de poliovirus environnementaux et en cas poliomyélite non circulant ont été signalés jusqu'à fin septembre 2023. Ces cas ont été documentés dans les districts sanitaires d'Isale,

Mairie centre et Nord, Gitega et Kayanza. Une campagne nationale de vaccination a été organisée depuis juin 2023.

En 2023, autour de 1091 cas de choléra ont été signalés dont 9 décès. Les provinces les plus touchées sont Bujumbura Mairie, Bubanza, Cibitoke, Bujumbura et Rumonge.

De ce profil sanitaire analytique 2023 du Burundi, trois tendances plus saillantes des indicateurs de santé peuvent être individualisées :

- (i) Des domaines d'amélioration des indicateurs : le VIH/SIDA, la tuberculose ;
- (ii) Des domaines de stagnation : le paludisme, la malnutrition chronique et aigue ;
- (iii) Des domaines de régression : la couverture vaccinale.

Le présent profil sanitaire analytique est détaillé à travers 6 chapitres suivants :

- (i) Contexte ;
- (ii) Santé et objectifs de développement durable ;
- (iii) Intrants et processus de santé ;
- (iv) Produits de santé ;
- (v) Résultats en matière de santé ;
- (vi) Impact sur la santé.

METHODOLOGIE

Le présent Profil sanitaire analytique constitue un outil qui décrit de manière détaillée et analytique, la situation sanitaire du pays et propose de brèves explications au rang desquelles des analyses de tendances, mais aussi les raisons éventuelles pour lesquelles le changement est survenu. Il est destiné à faciliter la planification stratégique, la prise de décisions basée sur des données factuelles et probantes ; le plaidoyer et la mobilisation des ressources.

Depuis 2022, le Profil sanitaire analytique a adopté une nouvelle architecture sous la forme d'une Taxonomie qui consiste en une classification d'une analyse par catégorie d'indicateurs selon la chaîne des résultats.

Les données recueillies et proposées au lecteur portent, d'une part, sur les niveaux national, provincial, et de district sanitaire; et présentent les disparités provinciales pour permettre de mieux orienter les décisions et la planification; d'autre part, ce document de Profil sanitaire propose une comparaison des performances du Burundi avec celles d'autres pays de la Région africaine de l'OMS permettant ainsi au décideur de disposer d'éléments de comparabilité régionale à chaque fois que cela a été possible, de mettre en exergue soit les fruits des efforts déployés par le Gouvernement burundais et ses partenaires, soit les gaps à combler et les efforts à déployer pour atteindre les cibles fixées pour l'horizon 2030.

La préparation du présent Profil sanitaire a suivi les trois phases ci-après : (i) une phase préparatoire et de cadrage ; (ii) une phase de collecte de données et (iii) une phase rédactionnelle. Ces trois phases ont été suivies d'une triangulation des données, des sources et d'une vérification de la cohérence.

PHASE PREPARATOIRE ET DE CADRAGE

- ✓ Une réunion d'orientation, de briefing et de cadrage avec le Coordonnateur de l'Observatoire national en santé publique et le Point focal « Système de santé » de l'OMS a été organisée pour échanger sur les résultats attendus; les principaux défis et solliciter des compléments d'information et d'orientation, y compris des documents de référence en lien avec le Profil sanitaire. Ce binôme a fait office de «Comité de pilotage » et a permis d'assurer l'orientation, la supervision ainsi que le suivi technique de la mission.
- ✓ Par la suite, le Consultant a procédé à une revue documentaire en lien avec le Profil sanitaire dont notamment l'Annuaire des statistiques sanitaires, la Plateforme DHIS2, des études et

enquêtes récentes en lien avec le sujet; des Rapports d'évaluations récentes du secteur de la santé et des secteurs connexes; des Rapports annuels et revues des programmes nationaux de santé ; des Rapports d'évaluation de la fonctionnalité des districts sanitaires ; l'Atlas des statistiques sanitaires africaines 2022, ... La liste exhaustive des documents et ouvrages consultés est reprise en annexe du présent document sous la dénomination « Références bibliographiques » et en fait partie intégrante.

- ✓ Conception et soumission des outils de collecte au binôme pour non-objection.

PHASE DE COLLECTE DES DONNEES :

- ✓ Organisation d'une série de trois ateliers de réflexion sur les indicateurs pris en compte par le Profil sanitaire regroupant les points focaux en charge du suivi – évaluation et redevabilité au sein des programmes nationaux de santé ; des Ministères (et Institutions) collaborant directement ou indirectement avec le Ministère de la santé publique et de lutte contre le SIDA ; au sein des agences onusiennes et d'autres partenaires techniques et financiers bilatéraux et multilatéraux; du secteur privé professionnel non lucratif et du secteur privé lucratif ; ainsi que de la Société civile ;
- ✓ Séances de travail avec les différents acteurs listés ci-dessus pour compléter la qualité et la profondeur de l'information et collecter des compléments de documentation. Ces séances de travail ont été élargies aux membres de l'équipe du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique en charge des observatoires nationaux.

PHASE REDACTIONNELLE:

- ✓ Au terme de la collecte des données jugées les plus pertinentes, le Consultant a procédé à la phase rédactionnelle du présent Profil sanitaire analytique selon une approche participative, collaborative et de co-construction, sous la supervision des points focaux de l'ONSP ;
- ✓ Séances de travail tripartité avec l'unité de l'Observatoire régional intégré ;
- ✓ Atelier de finalisation et de validation du profil sanitaire analytique par le groupe technique de travail.

Le présent Profil sanitaire est articulé autour de 6 chapitres, chacun étant illustré par divers graphiques, tableaux, figures et diagrammes:

CHAPITRE I: CONTEXTE

I.1. Situation géographique

Le Burundi est un pays de l'Afrique subsaharienne, situé en Afrique centrale par sa position géographique et en Afrique de l'Est par son climat et sa végétation. 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. Du fait de sa situation géographique, le Burundi jouit d'un climat tropical modéré avec des pluies abondantes et connaît deux grandes saisons distinctes : la saison sèche (juin à aout) et la saison pluvieuse (septembre à mai). Il est situé à 3 800 km de la Méditerranée, 3 500 km du Cap, 2 200 km de l'Océan Atlantique et 1 200 km de l'Océan Indien. Sur le plan administratif, le pays est actuellement subdivisé en 119 communes réparties dans 18 provinces. Les provinces situées à l'ouest bordant le lac Tanganyika sont particulièrement touchées par les urgences sanitaires comme le paludisme et le choléra (OCHA, 2021). Sur le plan sanitaire, le Burundi compte 18 provinces sanitaires et 49 districts sanitaires.

I.2. Situation sanitaire

De l'analyse des données tirées des évaluations récentes, il ressort que le Burundi a enregistré des progrès considérables dans le domaine de la santé maternelle et infantile. Entre 2010 et 2017, le rapport de mortalité maternelle est passé de 500 à 334 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes ; le taux de mortalité néo-natale est passé de 31 à 23 décès pour 1.000 naissances vivantes et le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 96 à 78 décès pour 1000 naissances vivantes (EDSB-II, 2010 et EDSB-III, 2016-2017). Bien que les efforts aient été déployés, cette situation est susceptible de freiner l'atteinte des cibles 3.1 (qui est de faire passer le ratio de mortalité maternelle à moins de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030) et 3.2 (qui est de faire passer le risque de décès des enfants de moins de 5 ans en dessous de 25 pour 1000 naissances vivantes d'ici 2030) des objectifs du développement durables (ODD). Selon l'EDSB III 2016-2017, 56 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique. Une augmentation progressive est notée jusqu'à la tranche d'âge de 36-47 mois, âges auxquels les deux-tiers des enfants sont affectés par ce type de malnutrition (66 %). Le paludisme reste la première cause de mortalité avec une proportion de 29% d'enfants de 0 à 14 ans décédés suite au paludisme comparé à l'ensemble des cas de décès liés à la maladie.

Pour contribuer à la réduction de la mortalité, de la morbidité, des handicaps et invalidités dont la majeure partie d'entre elles sont évitables par l'offre et l'utilisation de soins et services de santé de qualité, le

Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida vient de se doter d'une stratégie sectorielle qui couvre la période 2021- 2027, articulé autour des 12 axes prioritaires ci-après : 1. L'amélioration de l'offre des soins et services de santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent(e) et du jeune, de la personne âgée ainsi que de la santé nutritionnelle de qualité ; 2. Le renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles; 3. L'amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé; 4. L'amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des produits pharmaceutiques, des produits de laboratoire, des produits sanguins et autres produits de santé ; 5. L'amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et équipements sanitaires; 6. Le renforcement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé 7. Le renforcement des mécanismes de financement du secteur de la santé; 8. Le renforcement de la gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé; 9. Le renforcement des interventions du niveau communautaire; 10. La lutte contre les facteurs de risques liés aux maladies transmissibles, non transmissibles et actions sur les déterminants sociaux de la santé; 11. Le renforcement de la surveillance intégrée de la maladie, de la gestion des urgences de santé publique et des catastrophes naturelles; 12. Le renforcement de la gestion des questions des populations pour tendre vers le dividende démographique.

I. 3. Situation sociodémographique

La population du Burundi a été estimée, en 2022, à 12 837 740 d'habitants, avec une densité globale de 461 habitants/km² et serait de 14 882 591 en 2030 (ISTEEBU, projections démographiques). La situation démographique du Burundi est marquée par une croissance démographique rapide évaluée à 2,4% par an en moyenne, conséquence d'une baisse de la mortalité suite à l'amélioration des conditions sanitaires et une fécondité qui n'a jamais fléchi. Cette croissance démographique rapide a pour effet principal la multiplication considérable des besoins en services sociaux de base (éducation, santé, emploi, logement) que les moyens limités de l'Etat et le faible revenu des ménages ne peuvent pas satisfaire.

La proportion de la population en âge de travailler (15-64ans) est de 57% et ce profil démographique traduit bien le potentiel économique pour le développement du pays, mais il renseigne également sur l'ampleur des besoins spécifiques et pratiques dans les domaines de la santé de la reproduction, de l'emploi et de la protection sociale. Entre 2019 et 2021, l'Indice du Développement Humain (IDH) du Burundi a légèrement régressé, passant de 41,57% à 41,46%, soit une baisse de 0,11 points de pourcentage (ISTEEBU, Document des indicateurs du développement humain durable).

Les autorités sont à la recherche de voies et moyens efficaces pour assurer le développement du pays et l'un des axes de cette recherche est la maîtrise de la variable population par l'élaboration d'une politique de population tant attendue, un outil de planification stratégique que le Burundi n'a jamais connu.

I.4. Situation économique

Depuis 2011, selon les rapports des comptes nationaux, le taux de croissance économique oscille entre -0,4% et 5,3%. Le taux de croissance économique le plus élevé (5,3%) a été observée en 2018 tandis que le plus bas (-0,4%) a été observé en 2015. La faible performance du Burundi en termes de croissance économique a eu des effets sur les conditions de vie de la population dans le pays. Au seuil national de pauvreté estimé à 1580 FBU par jour et par équivalent adulte, les résultats de l'EICVMB-2020 montrent qu'un peu plus de la moitié (51,4%) de la population résidant au Burundi ne parvient pas à satisfaire quotidiennement leurs besoins de base (alimentaire et non-alimentaire). La pauvreté est plus accentuée en milieu rural qu'en milieu urbain (55,7% contre 15,5%), le milieu rural compte 3,6 fois plus de pauvres que le milieu urbain.

Indépendamment de la crise sanitaire liée à la Covid-19, les projections du Fonds Monétaire International (FMI) annonçaient une croissance de -2,6% en 2020 et 4,2% en 2021. Selon ce modèle, la vulnérabilité du Burundi repose sur la fragilité du système de santé et le risque de surendettement (CURDES et l'UNICEF Burundi, 2020). De son côté, le Gouvernement statuait sur une projection de croissance économique de 4,3% du PIB, un taux d'inflation de 5% et une pression fiscale de 13,9 % du PIB pour l'année 2021(Burundi Eco, Loi des finances : exercice 2020-2021). L'économie burundaise est essentiellement dominée par les activités agropastorales, avec une industrie qui peine à décoller et le secteur tertiaire dominé par le commerce (ISTEEBU, comptes nationaux de 2019). Le secteur primaire (agriculture vivrière, agriculture d'exportation, élevage et pêche) représente environ 30% du Produit Intérieur Brut (PIB), emploie plus de 80% de la population active et génère plus de 60% des devises.

En s'alignant à la première cible du premier Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD), le Burundi s'était fixé comme objectif de réduire de moitié entre 1990 et 2015 la proportion de la population dont le revenu est inférieur au seuil international de pauvreté. Ainsi, le taux de pauvreté monétaire devrait passer de 36% en 1990 à 18% en 2015.

En vertu de l'hypothèse optimiste du Plan National de Développement (PND Burundi 2018-2027), l'économie burundaise pourra connaître une croissance de 10,7% sur la période de projection et le PIB par habitant devra atteindre 810\$ à l'horizon 2027 contre 317\$ en 2017 (ISTEEBU, Comptes nationaux de 2018).

I.5. Structure organisationnelle du système de santé

I.5.1. Organisation du Système de santé

Le système de santé est organisé sous forme pyramidale et s'articule sur quatre niveaux à savoir : les

niveaux central, intermédiaire, périphérique et communautaire. Ces niveaux sont reliés entre eux par des relations de fonctionnement hiérarchique.

Le niveau central : il est constitué¹ du Cabinet du MSPLS, du Secrétariat Permanent, de l'Inspection Générale de la santé, des Directions Générales placées sous la coordination du Secrétariat Permanent (Services de Santé et de Lutte contre le SIDA ; Offre de soins, Médecine moderne et traditionnelle, alimentation et accréditations; Ressources et Planification), de Directions Générales à gestion personnalisée de l'état (le CNTS, l'ABREMA, l'INSP et la CAMEBU), de Programmes de Santé ainsi que d'autres Projets et Services centraux de santé.

Selon le Décret N° 100/093 du 9 Novembre 2020 portant organisation et fonctionnement du Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA, les hôpitaux nationaux de troisième référence sont placés sous la tutelle directe du Cabinet du Ministre.

Le niveau central organise les activités au niveau macro-systémique en collaborant avec les partenaires techniques et financiers d'une part et en impulsant une dynamique inter- et multisectorielle en faveur de la santé d'autre part. Le niveau central est chargé principalement de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la coordination stratégique des partenaires, de la mobilisation et l'affectation des ressources ainsi que du suivi-évaluation. Ce niveau assure la fonction régaliennne, normative et de régulation.

Le niveau intermédiaire représente un niveau déconcentré du Ministère. Il comprend 18 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) qui ont pour mission de veiller à la mise en œuvre de la politique sanitaire dans la province à travers la coordination et l'appui administratifs, techniques et logistiques aux districts sanitaires. L'équipe du BPS doit impulser la vision trans-sectorielle au niveau provincial pour amener les autres secteurs provinciaux à converger vers les objectifs sectoriels de santé.

Le BPS supervise les districts sanitaires. Un BPS couvre en moyenne 3 Districts Sanitaires et est dirigé par un Médecin Directeur de la Province Sanitaire qui joue le rôle de conseiller technique à l'administration provinciale en matière de santé et sert d'interface entre le niveau central et le niveau périphérique. Le BPS adresse des rapports d'activités au niveau supérieur hiérarchique.

Le niveau périphérique est représenté par le district sanitaire (DS) qui est l'entité opérationnelle de base du système de santé couvrant en moyenne 2 à 3 communes et une population de 150.000 à 250.000

¹ Décret N° 100/093 du 9 Novembre 2020 portant organisation et fonctionnement du Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA

habitants. Le pays compte 49 districts sanitaires (DS) constitués chacun d'une base administrative (Bureau du District Sanitaire, BDS), d'un Hôpital de District (HD) servant d'hôpital de première référence, et d'un réseau de 10 à 15 centres de santé (CDS)². Depuis 2021, le pays est entrain de mettre en place les hopitaux communaux et les postes de santé pour améliorer l'accès géographique aux soins de santé.

Le DS a, pour mission, la planification, la coordination et la supervision de la mise en œuvre des activités des programmes de santé dans les formations sanitaires (FOSA) publiques, confessionnelles, associatifs et privées opérant au sein du district sanitaire. Chaque centre de santé dispose d'un comité de santé (COSA) et d'un comité de gestion (COGES) qui servent d'interface entre la FOSA et la communauté à la base. Le BDS joue également un rôle dans la coordination et le suivi-évaluation des interventions sanitaires des différents acteurs dans le district sanitaire, y compris l'encadrement des interventions communautaires. Chaque DS est dirigé par une équipe cadre de district (ECD) sous la conduite d'un médecin chef de district (MCD) qui rend compte au Bureau Provincial de Santé.

Le niveau communautaire

Dans l'offre des services et soins de santé, l'implication communautaire constitue l'un des piliers de la Politique Nationale de Santé 2016-2025 et le renforcement des interventions au niveau communautaire constitue le 9ème axe de la stratégie sectorielle 2021-2027. Le niveau communautaire est constitué de relais communautaires que sont des agents de santé communautaire (ASC), regroupés en groupements d'agents de santé communautaire (GASC).

Le niveau communautaire assure des activités promotionnelles et offre des prestations préventives et curatives dont la prise en charge de certaines pathologies simples telles que le paludisme simple, la diarrhée légère, la pneumonie, la malnutrition modérée. Les ASC regroupés en GASC, ainsi que les COSA constituent la « passerelle » entre le niveau communautaire et le niveau périphérique.

1.5.2. Organisation du réseau de soins

Le système de soins est organisé de façon hiérarchisée depuis le niveau communautaire jusqu'au niveau de référence national (Stratégie sectorielle de la santé 2021-2027, Fev 2022):

- **l'échelon communautaire** ; offre les soins préventifs, promotionnels et assure la prise en charge de certaines pathologies telles que le paludisme simple, la diarrhée, la pneumonie ;
- **le poste de soins** est une entité de base qui est la porte d'entrée dans une structure de soins de santé où des prestations promotionnelles, préventives et curatives du niveau communautaire sont

²PSN-SRMNIA 2019-2023

réalisées par un poste de soins sur chaque colline et un Groupement d'Agents de Santé Communautaire (GASC).

- **le centre de santé** qui est le deuxième niveau d'entrée du réseau de soins, offre le paquet de soins de santé primaires. Selon l'annuaire statistique 2020, le Burundi compte 1182 Centres de santé (CDS) fonctionnels dont 657 CDS publics, 340 CDS privés, 145 CDS agréés et 40 CDS associatifs.
- **l'hôpital communal** constitue le premier niveau de référence selon l'indication pour les patients provenant des centres de santé (CDS)⁷ de la même commune. Il comporte des services médicaux et paramédicaux qui assurent une certaine précision dans la détermination du diagnostic clinique et biomédical. Il offre également des soins promotionnels et préventifs [comme la vaccination, la consultation prénatale (CPN), la consultation post natale (CPoN), la planification familiale (PF), ainsi que les soins obstétricaux et néonataux essentiels/d'urgence (SONE, SONU) et le suivi de la croissance et de l'état nutritionnel]. Les cas qui dépassent les compétences de l'hôpital communal sont référés à l'hôpital de district.
- **l'hôpital de district** est le deuxième niveau de référence pour les patients provenant des hôpitaux communaux. En plus des hôpitaux de district, il existe des hôpitaux publics, confessionnels et privés offrant un paquet comparable à celui de l'hôpital de district. Le pays compte 80 hôpitaux de districts dont 51 hôpitaux publics, 10 privés et 18 hôpitaux confessionnel et un hôpital associatif. 7 districts sanitaires (dont Vumbi, Busoni, Bugarama et Nyabikere ne disposent pas d'hôpitaux de district.
- **l'hôpital régional** est défini comme un niveau de troisième référence qui accueille les patients provenant des hôpitaux de district. Il en existe actuellement 4. L'hôpital régional dessert une aire de responsabilité comprenant 3 à 4 provinces sanitaires, soit entre 9 et 12 districts sanitaires. Cet espace correspond à une population d'environ 1.350.000 habitants au moins et 1.800.000 habitants au plus. L'hôpital régional comporte les services spécialisés ci-après avec une allocation conséquente des ressources humaines, matérielles et financières pour garantir sa bonne fonctionnalité: (i) chirurgie viscérale ; (ii) chirurgie traumatologique et orthopédique ; (iii) médecine interne (principalement gastroentérologie, cardiologie et pneumologie) ; (iv) pédiatrie avec service de néonatalogie ; (v) gynécologie-obstétrique ; (vi) ophtalmologie ; (vii) oto-rhino-laryngologie (ORL) ; (viii) stomatologie et (ix) dermatologie.
- **l'hôpital de troisième référence** constitue le sommet du réseau de soins et offre les services spécialisés. Ces hôpitaux sont Ngozi, Bururi et Gitega, Mpanda et Rumonge. Ceux-ci complètent le paquet d'activités des HD en offrant certains soins spécialisés. Situé généralement en milieu urbain, un Hôpital de Troisième Référence (HDR) est chargé d'assurer les soins courants et spécialisés : curatifs, préventifs, promotionnels et réhabilitatifs, et les examens de diagnostic y afférents. Pour ce

faire, il doit comporter des services spécialisés avec une allocation conséquente des ressources humaines, matérielles et financières pour assurer efficacement son rôle d'hôpital de Troisième référence dans la région.

- **ces hôpitaux nationaux** qui sont au nombre de sept sont pour la plupart situés dans la capitale Bujumbura, ce qui pose le problème d'équité. En outre, seuls trois des sept hôpitaux nationaux (Hôpital Prince Régent Charles, Clinique Prince Louis Rwagasore et l'Hôpital du Cinquantenaire « Natwe Turashoboye » de Karusi) relèvent du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida. Les autres hôpitaux nationaux relèvent du Ministère ayant l'Enseignement Supérieur dans ses attributions (Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge), du Ministère de la Défense Nationale et des Anciens Combattants (Hôpital Militaire de Kamenge), du Ministère de l'Intérieur, Développement Communautaire et de la Sécurité Publique (Hôpital de Police Nationale du Burundi) et du secteur confessionnel (Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge).

En plus des hôpitaux nationaux de troisième référence, il existe, essentiellement dans les grandes agglomérations urbaines, d'autres hôpitaux et cliniques privés à l'instar de l'Hôpital KIRA, de la Polyclinique centrale de Bujumbura, de l'Hôpital BUREMEC qui participent également à l'offre de soins et qui disposent de plateaux techniques robustes.

Depuis juin 2022, une nouvelle Loi organique portant délimitation des provinces, des communes, des zones, des collines ou quartiers de la République du Burundi a été adoptée par le Conseil des ministres au cours de sa session du 15 juin 2022. Cette Loi organique propose de réduire le nombre de provinces et de communes qui passera respectivement de 18 à 5 et de 119 à 42 "afin de créer un ensemble géographique plus vaste (et plus viable) susceptible de présenter des opportunités de développement".

CHAPITRE II : SANTÉ ET OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DURABLE

II.1. ODD 2 – Pas de faim

Alors que la faim augmente et que la malnutrition persiste, atteindre l'objectif de « faim zéro » d'ici 2030 devient un défi. L'Afrique porte le plus lourd fardeau de la faim : en effet, une personne sur cinq en Afrique, soit 20,2% de la population africaine était confrontée à la faim en 2021 par rapport à 9,1% en Asie.

Le Rapport de la FAO sur l'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde publié en 2021 estimait que près de 690 millions de personnes souffraient de la faim, soit une augmentation de 10 millions de personnes par rapport à 2019. L'Afrique était la région la plus touchée et la situation continue à s'aggraver puisque 19,1% de sa population est sous-alimentée. Ce taux était de deux fois supérieur à celui de l'Asie.

Avec un indice de la faim de 35,6 estimé en 2014, 43% de la population burundaise souffre d'insécurité alimentaire, et 8% d'insécurité aiguë et chronique, surtout dans les provinces les plus densément peuplées (notamment celles avec une densité ≥ 400 habitants au km²). La prévalence de la malnutrition chronique persiste.

« Le niveau de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition va crescendo suite à la production agricole qui n'est pas satisfaisante », déplore l'ISTEEBU. OCHA aborde dans le même sens. En dépit d'une amélioration relative de la situation de la sécurité alimentaire d'octobre à décembre 2022 comparée à la même période en 2021 (1,44 million personnes en phase 3 et plus), OCHA laissait entendre que la situation de la sécurité alimentaire nécessitait une surveillance dans les zones de moyens d'existence, de dépression de l'Est et du Nord ainsi que les localités affectées par les aléas climatiques dans la plaine de l'Imbo.

Pour inverser la tendance, l'ISTEEBU suggère de renforcer l'appui au Programme multisectoriel en rapport avec les priorités nationales, notamment l'agriculture et la lutte contre la malnutrition d'une part et, d'autre part, l'appui aux programmes de résilience et de lutte contre le faible niveau de revenus des ménages. Selon le Rapport de l'Analyse de la malnutrition aiguë de l'IPC, l'insécurité alimentaire croissante est due à une cascade d'événements parmi lesquels la pandémie de COVID-19, la crise de la maladie de la Fièvre de la Vallée du Rift (FVR) qui a particulièrement touché les provinces de Kirundo, Muyinga et Ngozi au Burundi en 2022 et qui a entraîné des restrictions sur la consommation des viandes bovines, ovines et caprines avec des conséquences néfastes sur la sécurité alimentaire des ménages et la nutrition des femmes et des enfants, la guerre en Ukraine avec ses multiples conséquences, ...

En mars 2022, un quart des ménages des zones des plateaux humides et de la plaine de l'Imbo semblait être impacté par l'inflation sur les denrées alimentaires (FSMS 2022, PAM). Étant donné les conséquences mondiales de la crise russo-ukrainienne, les prix de certaines denrées alimentaires ont fortement augmenté (tel le blé, le maïs, huile végétale de tournesol) s'ajoutent à cela une pénurie sur les intrants agricoles (notamment les engrais organo—minéraux) et une augmentation du prix du carburant et donc des transports.

Pour la période de mars à mai 2022, 23 districts sanitaires étaient en « situation nutritionnelle acceptable » (IPC Phase 1) notamment tous les districts sanitaires des provinces de Bujumbura, Bururi, Karuzi, Rumonge et Rutana. 25 districts sanitaires étaient en « situation d'alerte » (IPC Phase 2), notamment tous les districts sanitaires des provinces de Kirundo, Makamba, Muramvya, Ruyigi ainsi que plusieurs districts sanitaires des provinces de Gitega, Kayanza, Muyinga, Ngozi et un des districts sanitaires des provinces de Bubanza, Cankuzo, Cibitoke, Mwaro et Bujumbura Mairie. Cependant, aucun des 48 districts sanitaires du pays n'était en « situation sérieuse » (IPC Phase 3) ou « en situation critique » et « extrêmement critique » (IPC Phase 4 et 5).

Un premier scénario de projection allant de juin à septembre 2022 indiquait que la situation allait connaître une amélioration impliquant tous les 49 districts sanitaires du pays : ceux-ci se retrouveraient en « situation acceptable » (IPC Phase 1).

Un deuxième scénario de projection indiquait que d'octobre 2022 à février 2023, la situation pouvait se re-dégrader pour 23 districts sanitaires qui basculeraient en phase d'alerte (IPC Phase 2), et notamment tous les districts sanitaires des provinces de Kirundo, Makamba, Muramvya, Ruyigi ainsi que plusieurs districts sanitaires des provinces de Gitega, Kayanza, Muyinga, Ngozi et un des districts sanitaires des provinces de Cankuzo, Mwaro et Bujumbura Mairie. 25 districts sanitaires resteraient en phase « acceptable » (IPC Phase 1), notamment tous les districts sanitaires des provinces de Bujumbura, Bururi, Karuzi, Rumonge, Rutana, Bubanza et Cibitoke.

Compte tenu de la tendance actuelle, il est difficile pour le Burundi de s'attendre à la réalisation de cet objectif d'ici 2030. La cible visant à inverser la tendance et à se rapprocher de la moyenne mondiale devrait être révisée pour le pays. Ces statistiques confirment la nécessité, pour le Burundi, de revoir les objectifs et de réorienter les stratégies.

II.1.1. Prévalence de la sous-alimentation (% de la population)

D'après l'enquête SMART de 2018, les résultats révèlent que la prévalence de la malnutrition chronique est de 56,0% avec 25,6% sous sa forme sévère. Ce taux de prévalence de près de 6 enfants sur 10 est, de loin, supérieur au seuil d'alerte de 40% fixé par l'OMS. Les garçons sont plus affectés que les filles quelle que soit la forme avec 60,6% contre 53,4%, pour la malnutrition chronique globale et 28,8% contre 22,3% pour la malnutrition chronique sévère. Selon l'EDS III, la prévalence de la malnutrition chronique varie de manière importante selon l'âge de l'enfant. C'est parmi les plus jeunes enfants de moins de 6 mois que la prévalence est la plus faible (25%). On constate également une augmentation progressive jusqu'à la tranche d'âge de 36 à 47 mois, âge auquel les 2/3 des enfants sont affectés par ce type de malnutrition (66%). Selon la même source, la province de Muyinga était la plus touchée avec un taux de 66%. Selon l'ISTEEBU et OCHA, cette prévalence de la malnutrition chronique est passée de 52.2% en 2020 à 55.8% en 2022. Par ailleurs, l'enquête SMART de septembre 2020 a indiqué un taux de malnutrition aiguë globale (MAG) de 6,1% (seuil précaire).

L'analyse de la situation de sécurité alimentaire au Burundi montre qu'environ 90% des familles parviennent à avoir 2 repas par jour et 72% estiment qu'il n'y pas de faim dans le ménage, suivant l'échelle d'indice de la faim (HHS : Household Hunger Scale). Le Rapport SMART de 2018 quant à lui (dont les données collectées pendant la période des récoltes entre février et mars) révèle que la fréquence de diversité alimentaire et l'apport alimentaire minimum acceptable sont assurés pour 28,5% des ménages, entretenant de facto les enfants dans un régime alimentaire quantitativement et qualitativement pauvre (Plan Stratégique de Nutrition 2019-2023).

Les cas de malnutrition chronique dépassent 50% dans presque toutes les provinces du pays hormis dans la province de Bujumbura Mairie (20%) avec une forte prédominance dans les provinces du Nord Muyinga (66%), Kirundo (63%), Karusi (63%) Ngozi (61%), et du centre Gitega (60%) – (Exercice Inventaire de l'ONU ; Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi & Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi, 2017 ; MSPLS/DSNIS ,2017).

II.1.2. Prévalence de l'insécurité alimentaire modérée ou grave dans la population

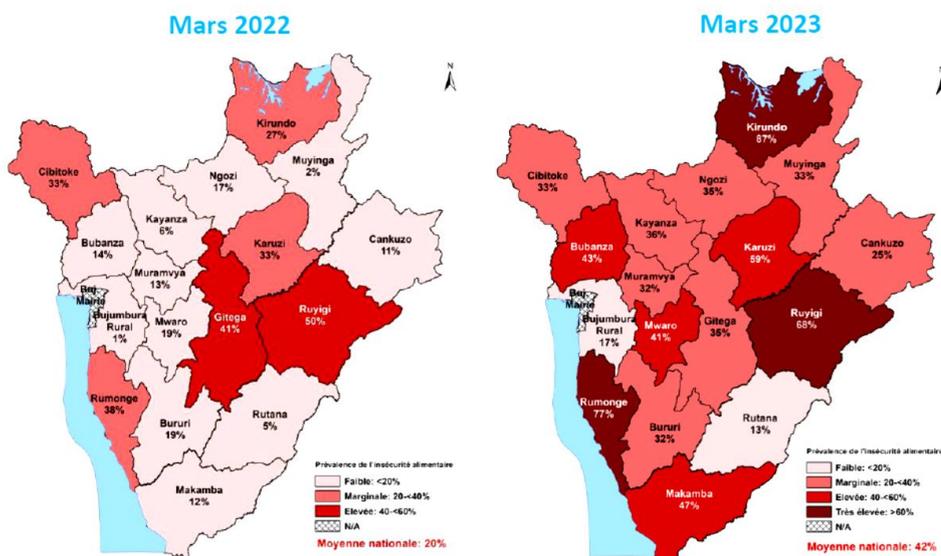
Depuis 2005, le Ministère de l'Environnement, de l'Agriculture et de l'Élevage en collaboration avec le PAM a mis en place un système de suivi de la sécurité alimentaire (FSMS) qui permet de collecter les données de sécurité alimentaire auprès des ménages trois fois par an (mars, juillet et novembre). Le FSMS est une enquête nationale qui couvre environ 2720 ménages sélectionnés dans 17 provinces

rurales du Burundi et 8 zones de moyens d'existence. Les présentes données sont celles du FSMS collectées en mars 2023 correspondant à la période de récolte de la saison 2023 A (de septembre 2022 à février 2023).

L'appréciation de la prévalence de l'insécurité alimentaire selon l'indicateur composite CARI1 montre que l'insécurité alimentaire globale est de 42% dont 36% de ménages en insécurité alimentaire modérée et 6% de ménages en insécurité alimentaire sévère. Comparée à la même période de 2022, la situation de sécurité alimentaire des ménages s'est très fortement dégradée avec la population en insécurité alimentaire qui a pratiquement doublé passant de 20% (dont 1% en insécurité alimentaire sévère) en mars 2022 à 42% (dont 6% en insécurité alimentaire sévère) en mars 2023.

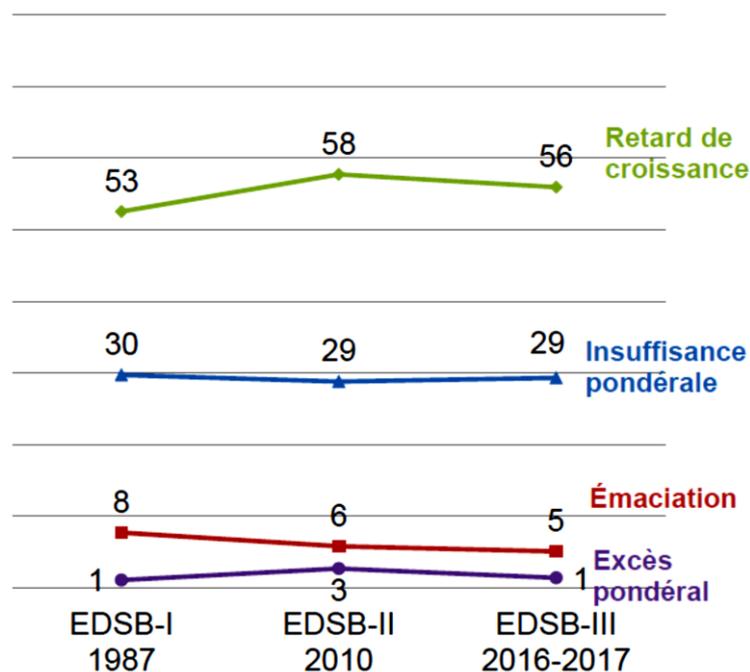
Figure 1 : Insécurité alimentaire au Burundi, Mars 2022 Vs Mars 2023

Où se trouvent les ménages en insécurité alimentaire ?



Source : Ministère de l'Environnement, de l'Agriculture et de l'Élevage; PAM – 2023

Graphique 1 : Evolution des indicateurs de malnutrition (EDSB)



Source : EDSB III 2016-2017

II.1.3. Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans

Selon l'EDSB, le pourcentage des enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance est resté élevé passant de 58% en 2010 à 56% en 2017.

Il a été révélé que les enfants qui souffrent de la malnutrition chronique subissent des effets néfastes sur leur croissance. Cette situation constitue une urgence silencieuse à la base de dommages irréversibles pour la croissance physique et le développement intellectuel et psycho-moteur des enfants. En effet, le retard de croissance (faible taille pour l'âge) est le résultat d'une carence nutritionnelle et se traduit souvent par un retard du développement mental, de mauvais résultats scolaires et une réduction de la capacité intellectuelle.

Selon EDSB III 2016-2017, les principaux facteurs influençant la malnutrition chronique sont le faible niveau d'instruction de la mère (61%), le milieu de résidence (59% en milieu rural contre 28% en milieu urbain), le niveau du bien-être économique (69% pour le niveau le plus bas contre 31% pour le niveau le plus élevé), l'état nutritionnel de la mère (64% quand la mère est maigre contre 56% quand l'IMC est normal et 33% quand la mère est obèse ou à un surpoids), l'intervalle inter-générationnel (56% quand l'intervalle est inférieur à 24 mois contre 49% quand il est de 48 mois ou plus).

II.1.4. Prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans

L'émaciation infantile fait référence à l'état dans lequel un enfant est trop maigre pour sa taille et est le résultat d'une récente perte de poids ou une incapacité à prendre du poids. Un enfant modérément ou sévèrement émacié a un risque accru de décès.

Au Burundi, les enfants de moins de 5 ans souffrant d'émaciation [ODD 2.2.1] sont estimés à 4,7% selon l'enquête SMART de 2022.

Concernant la prévalence de l'émaciation, on ne constate pas de modification importante selon l'enquête EDSB, son niveau étant passé de 8% en 1987 à 6% en 2010 et à 5% en 2016-2017.

II.1.5. Malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois

La malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois au niveau national est de 4,5% dont 4,1% sous la forme modérée (SMART, février 2018). Ce taux est comparable à celui de 5,0% rapporté par les résultats définitifs de la Troisième Enquête Démographique et de Santé EDSB-III, 2016-2017. Cette moyenne nationale occulte des disparités qu'il faudrait prendre en compte. L'enquête nationale SMART de février 2018 a révélé des taux de prévalence de la malnutrition aiguë parmi les enfants de 6 à 59 mois plus importants dans certains districts sanitaires tels que Buhiga 9,5%, Fota 8,3%, Kiganda 6,4%, Kiremba 6,2%, Rutana 8,2%, Kinyinya 7,1%. Le seuil recommandé par l'OMS pour cet indicateur est de 10%. Par ailleurs, les enfants de la tranche d'âge de 6 à 23 mois semblent les plus affectés au niveau national, quel que soit le sexe. Ceci rappelle que les deux premières années de vie constituent une période la plus difficile à franchir pour les nourrissons.

II.1.6. Prévalence de l'excès de poids chez les enfants de moins de 5 ans.

Le surpoids chez les enfants fait référence à une condition dans laquelle un enfant est trop lourd pour sa taille confirmé par l'indice de masse corporelle ($IMC = \text{poids} / \text{taille}^2$).

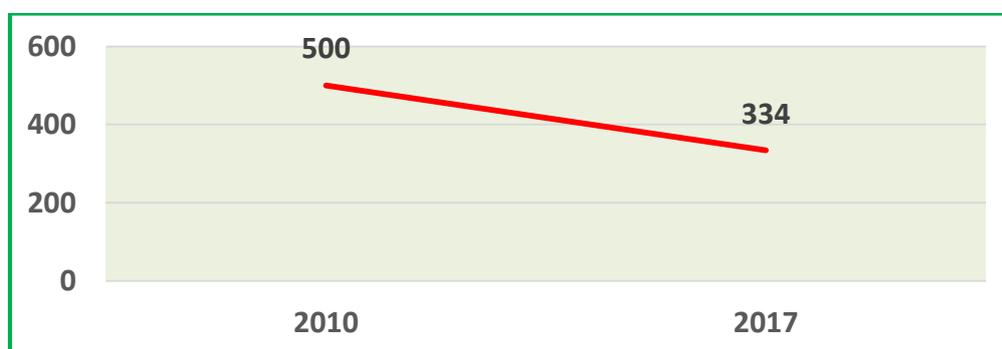
La prévalence de l'excès pondéral des enfants de moins de 5 ans a légèrement augmenté entre 1987 et 2010, passant de 1% à 3%, puis a diminué pour ne concerner que 1% des enfants (EDSB III 2016-2017) comme l'indique le Graphique 3 ci-après portant sur le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition. En 2020, la prévalence d'excès pondéral chez les enfants de moins de 5 ans dans la Région africaine de l'OMS était de 4,2%.

II.2. ODD 3 - Bonne santé et bien-être

II.2.1. Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)

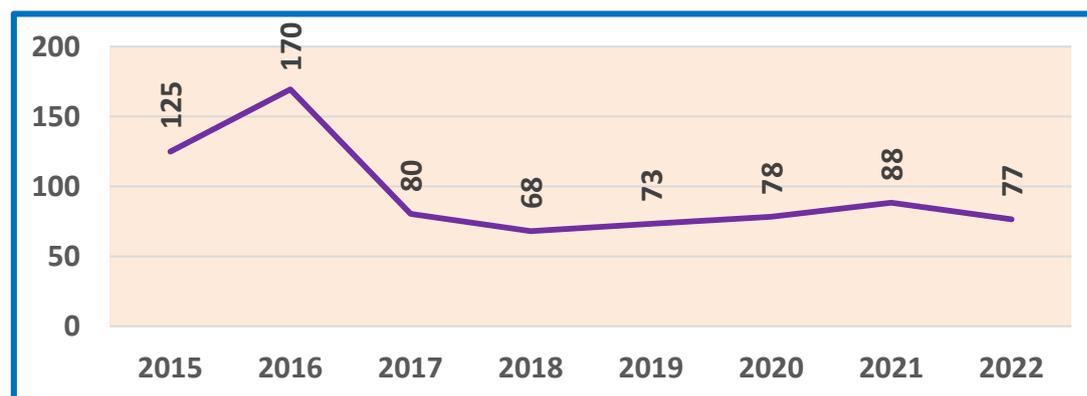
Le ratio de MM tend vers la diminution. Il a passé de 500 pour 100 000 NV pour la période de 2010 à 334 en 2017 (EDSB-III, 2016-2017). Selon l'enquête PMS, le ratio de mortalité maternelle est de 299 pour 100 000 NV en 2023. Cependant, ce ratio reste très supérieur à la cible des ODD qui est 140 sur 100000NV pour les pays n'ayant pas atteint les cibles des OMD. A la même allure, il sera difficile, pour le Burundi, d'atteindre cette cible attendue à l'horizon 2030. Des stratégies nouvelles s'imposent.

Graphique n°2 : Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)



Source : EDSB II et III

Graphique 3: Ratio de mortalité maternelle intra-hospitalière (pour 100 000 naissances vivantes)



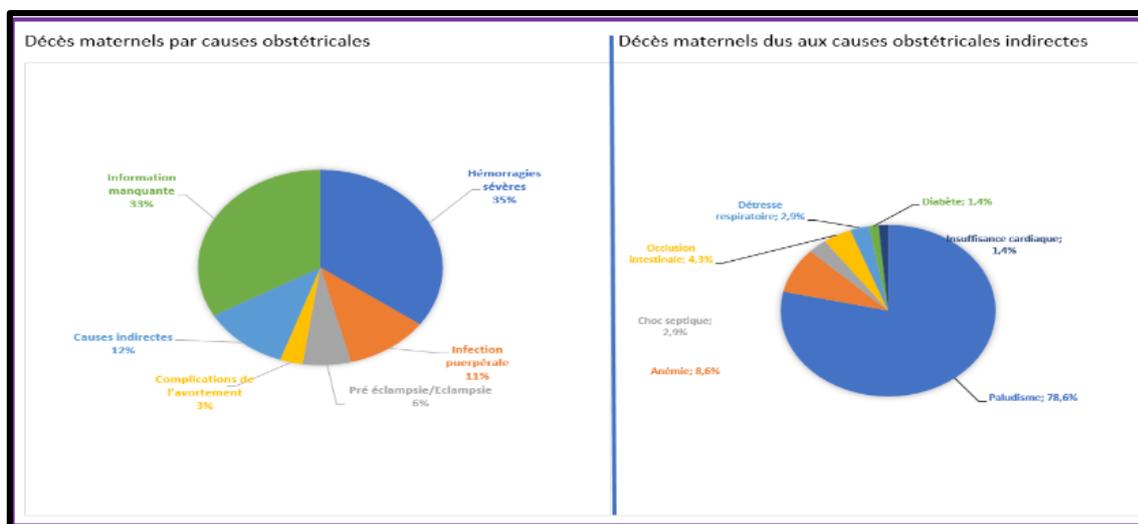
Source : Annuaire Statistiques

Le ratio de mortalité maternelle intra-hospitalière tend vers la diminution depuis 2015 passant de 125 à 77 sur 100 000 accouchements. Les progrès réalisés dans la réduction de décès maternels dans les FOSA résulteraient des stratégies innovantes qui ont été entreprises notamment le renforcement des

compétences en gynéco-obstétrique à travers les mentorats cliniques dans les FOSA, le monitoring périodique des maternités en réseau SONU et l'introduction de l'approche de surveillance des décès maternels et périnataux à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Il convient de rappeler que 99% de tous les décès maternels surviennent dans les pays en développement, dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne. L'Afrique compte deux fois plus de décès maternels que la moyenne mondiale.

Graphique n°4 : Décès maternels par causes obstétricales



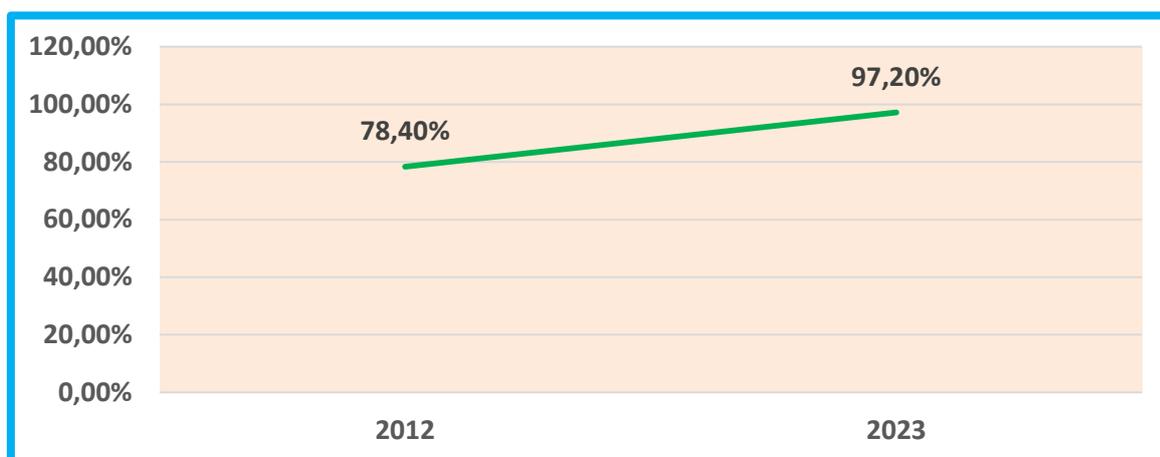
Source: Rapport SDMPR au Burundi, 2019

Les résultats de la Surveillance des Décès Maternels et la Riposte (SDMPR) de 2019 en intra hospitalier ont montré que les principales causes de la mortalité maternelle sont : l'hémorragie qui est la première cause de décès maternels (35%), suivie par les causes obstétricales indirectes (12%), les infections du post-partum (11%) et la prééclampsie/éclampsie (6%).

Parmi les causes obstétricales indirectes, le paludisme est la cause principale de décès maternels (78,6%) suivi par l'anémie (8,6%). Beaucoup des cas de décès maternels surviennent dans les 24 heures suivant l'accouchement soit 41,3% tandis que 22,6% des décès maternels surviennent durant la grossesse, 20,9% entre 24 heures et 42 jours après accouchement et 6,4% durant le travail d'accouchement.

II.2.2. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié

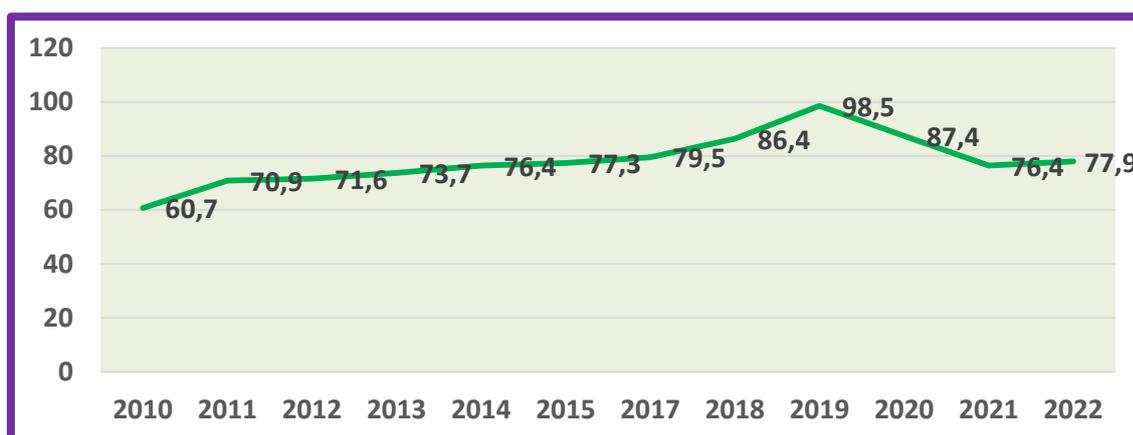
Graphique 5 : Evolution du taux d'accouchements assistés par le personnel de santé qualifié



Source : PMS 2012 et 2023

Le taux de femmes ayant été assisté par un personnel qualifié (médecin, infirmier, sage-femme) lors de l'accouchement représente 97,2% en 2023 contre 78,4% en 2012. Ceci est une avancée importante qui pourrait s'expliquer par la politique de la gratuité des soins, combinée au PBF en faveur des femmes qui accouchent, l'amélioration de la capacité de prise en charge et par la contribution des relais communautaires (ASC, COSA, etc).

Graphique 6 : Evolution du taux d'accouchement par le personnel de santé qualifié

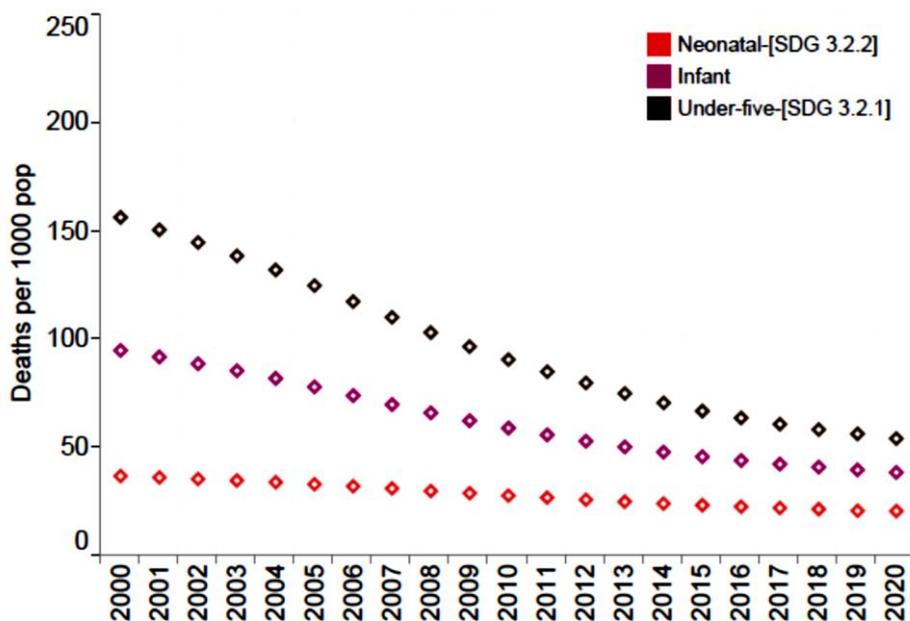


Source : Annuaire Statistiques

Le taux d'accouchement par le personnel de santé qualifié fourni par les données du SIS de routine a augmenté de 2010 à 2022. Cependant, ce taux tend vers la diminution de 2019 à 2022 passant de 98,5% à 77,9%. La diminution serait liée au problème du dénominateur qui a été ajusté depuis 2020.

plus d'un enfant né vivant sur treize meurt avant l'âge de 5 ans (PSN-SRMNIA Burundi, 2019 – 2023). Le niveau de mortalité des nouveau-nés âgés de moins de 28 jours d'une part et, d'autre part, des enfants âgés de 1 à 11 mois devrait constituer une priorité absolue pour le pays, et des programmes visant à inverser un tel niveau de manière drastique devraient être adoptés dans le prochain PNDS dans les années à venir.

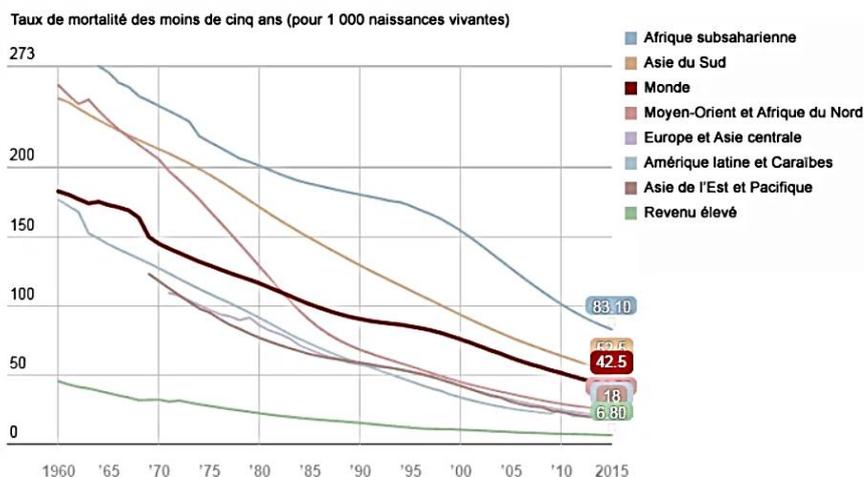
Graphique 7 : Evolution du taux de mortalité néonatale, des nourrissons et des moins de cinq ans pour 1000 habitants



Source : OMS/AFRO, 2022

De manière globale, on note une tendance régulièrement baissière du taux de mortalité des moins de cinq ans, infantile et néonatale pour 1000 habitants sur les deux dernières décennies comme l'indique le Graphique 7 ci-dessus portant sur la période 2000 – 2020, témoin de l'efficacité des programmes mis en œuvre pour infléchir cette mortalité sur la période. Néanmoins, des efforts substantiels restent nécessaires pour se rapprocher des normes indicatives de l'OMS.

Graphique 8 : Taux de mortalité des moins de 5 ans



Source : OMS/AFRO

II.2.4. Tendance du taux de mortalité néonatale au Burundi

Selon les estimations établies par le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile portant sur le Burundi (UNICEF, OMS, Banque mondiale et Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies), le taux de mortalité néonatale a suivi une courbe régulièrement descendante comme l'indique le Graphique 9 ci-dessous, passant successivement de 50‰ en 1964, à 46‰ en 1980, 39‰ en 1990, 37‰ en 2000, 28‰ en 2010 à 21‰ en 2021 pour 1000 naissances vivantes; alors que la cible des ODD est fixée à 12 d'ici 2030. Si les efforts restent maintenus et intensifiés pour accélérer la baisse de la mortalité néonatale, cette tendance indique que le Burundi sera en mesure d'atteindre la cible des ODD d'ici 2030.

Graphique 9 : Taux de mortalité néonatale pour 1000 NV au Burundi



Source : Banque Mondiale

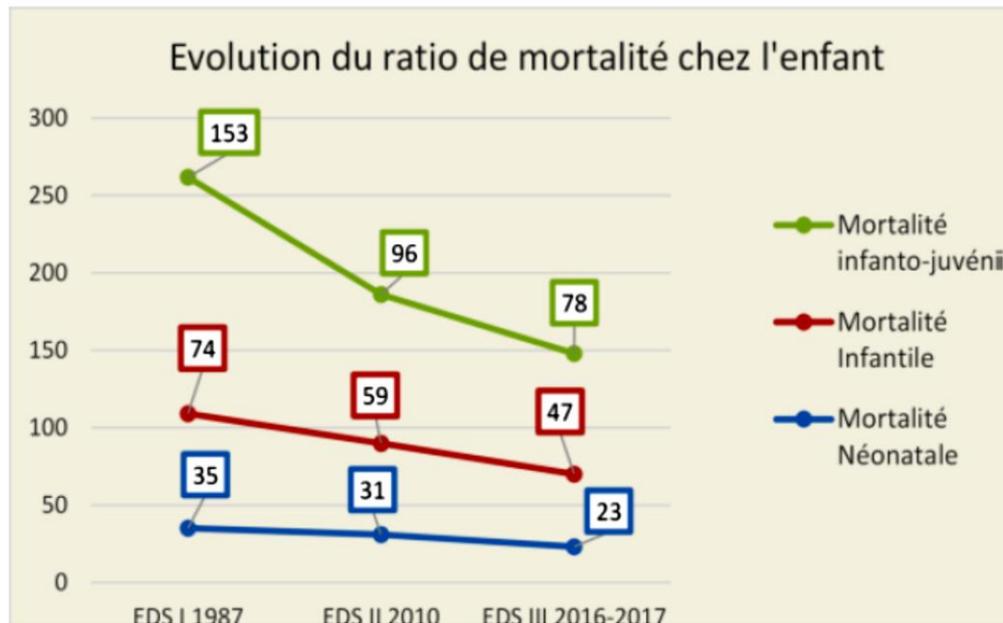
Au cours des 25 dernières années, le taux moyen de mortalité chez les moins de cinq ans a chuté de 53 %, même s'il convient de noter que la Région africaine de l'OMS présente les moins bonnes performances.

II.2.5. Taux de mortalité des moins de cinq ans par rapport au taux de mortalité néonatale

Selon les conclusions de l'EDSB III 2016-2017, les enfants dont la mère était adolescente (moins de 20 ans) à leur naissance couraient un risque plus élevé de décéder avant d'atteindre leur 5^{ème} anniversaire que ceux dont la mère était âgée de 20-29 ans (96‰ contre 78‰). Quant au taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes, il est de 47‰ ; alors que celui de la mortalité infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes s'établit à 78‰ selon la même source.

Au Burundi, le risque de décéder entre la naissance et le 28^{ème} jour de vie est de 23‰ (EDSB-III 2016-2017). Cela veut dire qu'environ 1 enfant sur 20 meurt avant d'atteindre son premier anniversaire. Ainsi, plus d'un enfant né-vivant sur 13 meurt avant l'âge de 5 ans. L'EDSB III 2016-2017 révèle que la tendance de décès d'enfants de moins de 5 ans n'a jamais été aussi basse. Estimé en 1987 à 74‰, le quotient de mortalité infantile est passé de 59‰ en 2010 et à 47 ‰ en 2017. Il faut cependant relever la proportion élevée des décès d'enfants de moins de 5 ans intervenus durant les 28 premiers jours de vie, qui est de près de 25% selon les données de l'EDSB III 2016-2017.

Graphique 10 : Tendances évolutives des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Burundi, 2017 (Source : PSN-SRMNIA: 2019 – 2023)

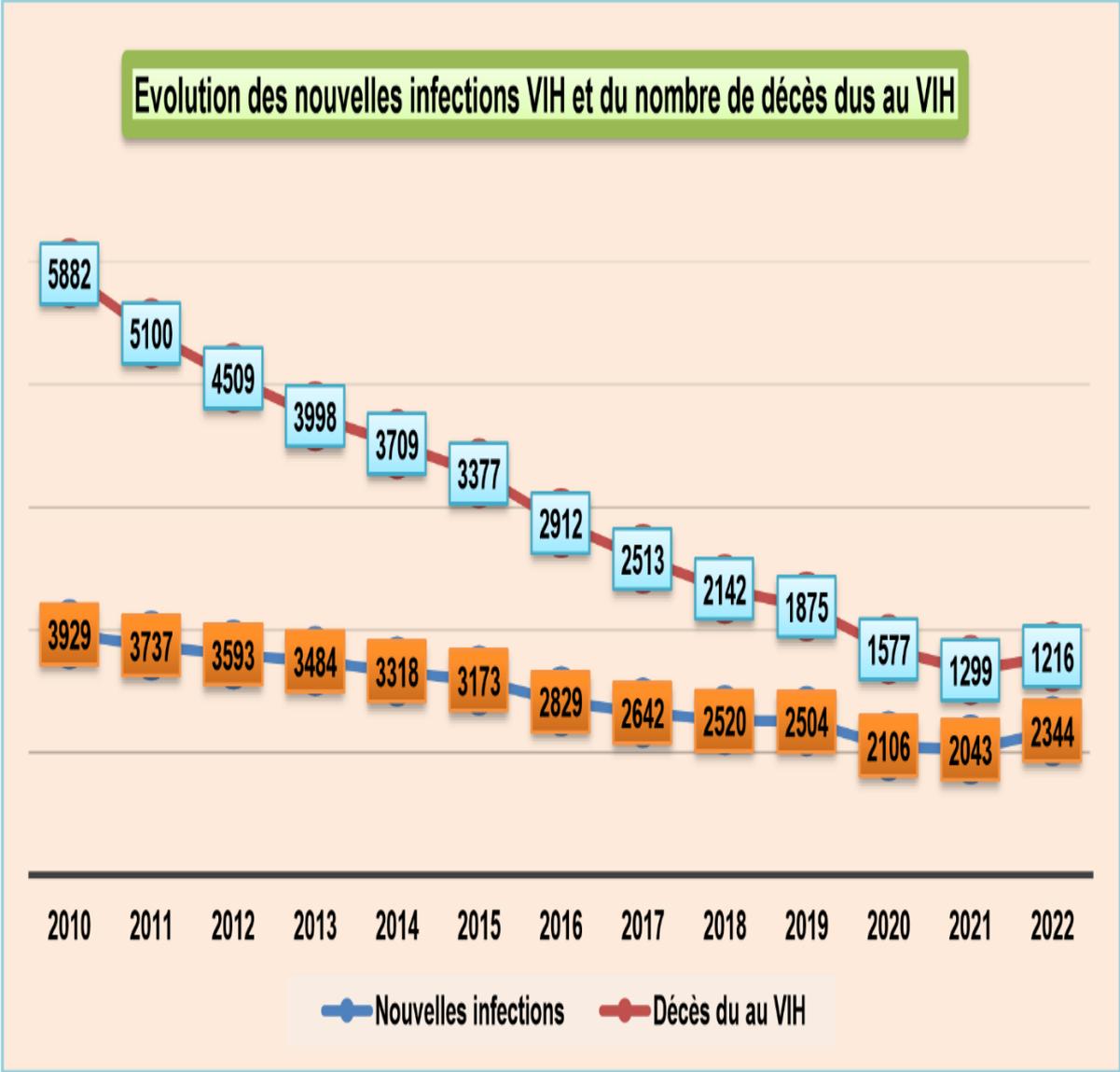


Source EDSB1987, 2010 et 2016-2017

II.2.6. Prévalence du VIH et des IST & Tendance des nouvelles infections par le VIH pour 1 000 habitants non infectés

Des gains substantiels ont été réalisés dans la réduction du taux de prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans par province lorsqu'on compare les données de 2021 avec celles de 2022. Bien que le niveau de prévalence dans la population générale soit faible, d'importantes disparités de la prévalence du VIH selon les provinces s'observent. En 2020, Kirundo et Gitega avaient un taux de prévalence de 1,2% et sont maintenant de 0,8% et 0,6% respectivement. Même les provinces ayant un taux de prévalence relativement faible ont connu une amélioration. Rutana, le plus bas en 2020 à 0,4% est maintenant à 0,12%. Alors que la prévalence la plus élevée se retrouve dans la circonscription de Bujumbura-Mairie à 4,8%, il s'agit d'une différence marquée par rapport à 2,3% documentée en 2020.

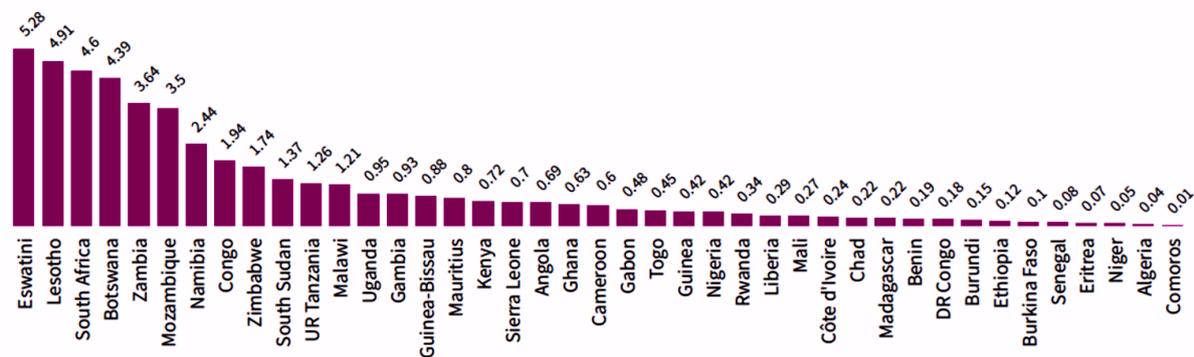
Graphique 11 : Evolution du nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au VIH au Burundi



Source : Rapport PNLIS/IST/HV

Au Burundi, on dénombre 0.15 nouvelles infections à VIH pour 1 000 habitants non infectés tel que l'indique le Graphique ci-après.

Graphique 12 : Infections à VIH pour 1 000 habitants non infectés dans les pays de la Région Africaine de l'OMS, 2010, 2015 et 2020, OMS



Source : OMS/AFRO

L'Afrique subsaharienne compte les deux tiers (67%) des personnes vivant avec le VIH à l'échelle mondiale, et 63% des nouvelles infections interviennent chez les femmes et les filles qui, à l'instar du Burundi, en portent le plus lourd tribut.

II.2.7. Prévalence du VIH et des IST

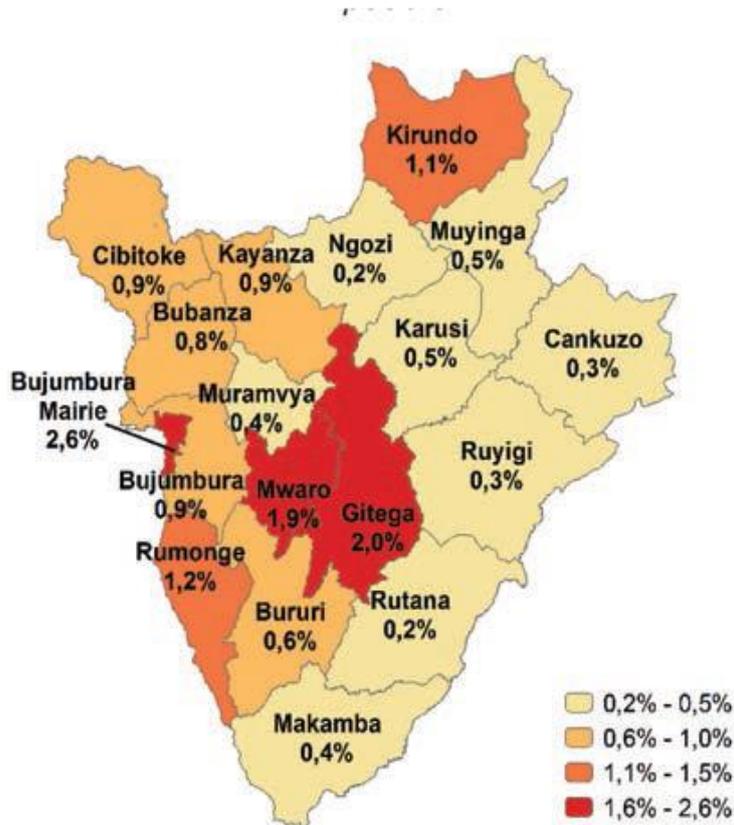
Le Burundi se classe parmi les pays en Afrique de l'Ouest et du Centre à avoir atteint les objectifs de 90-90-90 liés à la lutte contre le VIH/SIDA/IS. Il est en bonne voie pour atteindre les objectifs 95-95-95 (92-98-93) ; se classant deuxième après le Royaume d'Eswatini (PEPFAR, Avril 2023). Cela signifie qu'à présent au Burundi : 92 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 98 % des personnes qui savent qu'elles sont séropositives au VIH ont accès à un traitement, et 93 % des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable. Le pays a reçu la reconnaissance du PEPFAR pour les efforts consentis dans la lutte contre le VIH/SIDA et plus particulièrement (i) l'engagement politique de très haut niveau, (ii) la décentralisation de la prise en charge et la délégation des tâches, (iii) l'important engagement de la société civile, (iv) ainsi que les efforts déployés pour assurer la disponibilité des intrants.

Aussi, on observe une baisse progressive de nouvelles infections et des décès liés au Sida ; ceci reflète les efforts de mise en œuvre des interventions de prévention et de prise en charge entrepris par le Gouvernement et ses partenaires.

La prévalence du VIH est passée de 3.2% (Enquête nationale de la séroprévalence de l'infection à VIH au Burundi, 2002) à 0.9% en 2017 dans la population générale âgée de 15 à 49 ans (EDSIII 2016-2017). La séroprévalence est plus élevée chez la femme que chez l'homme (1.2% contre 0.6%) dans la même

tranche d'âge. La prévalence du VIH est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural, que ce soit chez la femme (3,5% contre 0,8%) ou chez l'homme (1,3% contre 0,5%). Entre les différentes régions, la prévalence du VIH varie d'un maximum de 2,6% à Bujumbura Mairie à un minimum de 0,2% à Rutana et à Ngozi (EDSB III 2016-2017).

Figure 3: Répartition de la prévalence du VIH par Province au Burundi



Source: EDSB III 2016-2017

Au Burundi, trois populations sont considérées comme hautement exposées aux IST/ VIH y compris les hépatites virales : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnelles du sexe, les usagers de drogues et les usagers de drogues injectables. Alors que la tendance générale de l'épidémie est à la baisse, l'analyse comparée des données de trois catégories de populations TS, UDI, HSH de 2013 (PLACE) à 2021 (IBBS 2021) montre des prévalences plus élevées de manière disproportionnée en 2021. En effet, la prévalence chez les femmes plus exposées au VIH était estimée à 21,30% en 2013 (PLACE), alors qu'elle est de 30,9% en 2021 selon les données de l'IBBS (Une enquête Integrated Biological and Behavioural Surveillance 2021). La prévalence du VIH chez les UDI était estimée à 10,2 en 2017, alors qu'elle estimée à 15,3% (IBBS 2021). Pour les hommes plus exposés au VIH (HPEVIH), la prévalence du VIH était de 4,8 en 2013 et elle est estimée à 5,96% en 2021 (IBBS 2021).

Les catégories de populations suivantes ont une prévalence plus élevée que la moyenne nationale estimée en 2017 à 0,90 dans la tranche d'âge de 15-49 ans : elle est plus de 4% chez les personnes vivant avec un handicap (HANDISSR 2019), 3% chez les hommes en uniforme et les pêcheurs, les prisonniers (Enquête de séroprévalence et socio-comportementale du VIH focalisée sur les groupes à plus haut risque IBSS 2011).

II.2.9. Epidémiologie des IST au Burundi

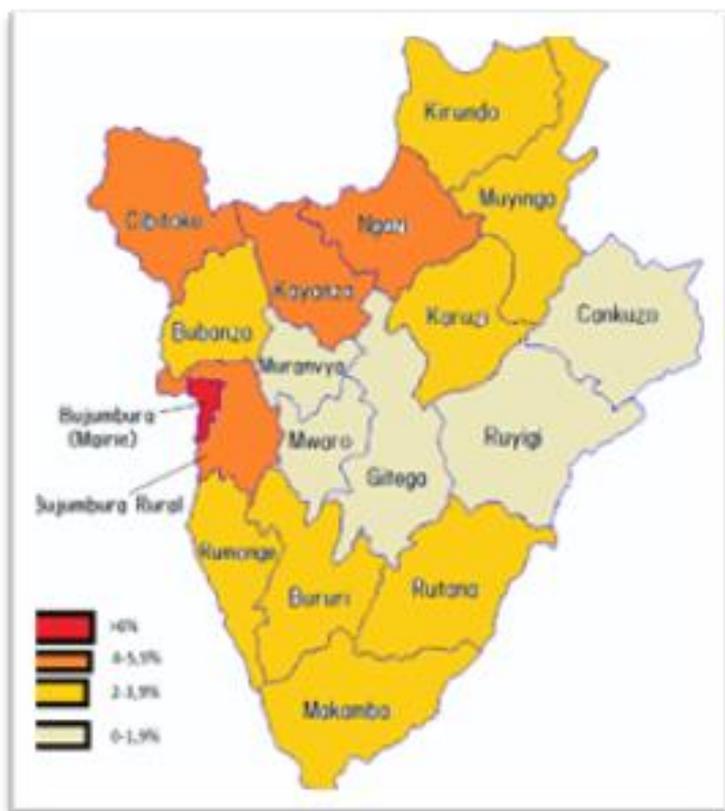
Les IST constituent un problème important de Santé Publique au Burundi. Elles sont classées parmi les 10 premières causes de morbidité dans les Centres de Santé (CDS).

L'EDS III relève que la prévalence des IST est de 3,3% chez les femmes et de 2,1% chez les hommes. Cette prévalence est plus élevée dans la tranche d'âge de 20 et 39 ans dans les deux sexes. Elle est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural, soit respectivement 5,4% et 3% chez les femmes contre 2,5% et 2% chez les hommes.

La carte présente les disparités provinciales de la prévalence des IST chez les femmes.

Il ressort que la Province de Bujumbura Mairie vient en tête avec 6,6%, suivie de Ngozi (5,3%), Kayanza (5,2%), Bujumbura Rural (4,4%) et de Cibitoke (4%). Les autres Provinces ont une prévalence des IST inférieure à 4%. Cette tendance est similaire chez les hommes

Figure 4 : Disparités provinciales de la prévalence des IST chez les femmes

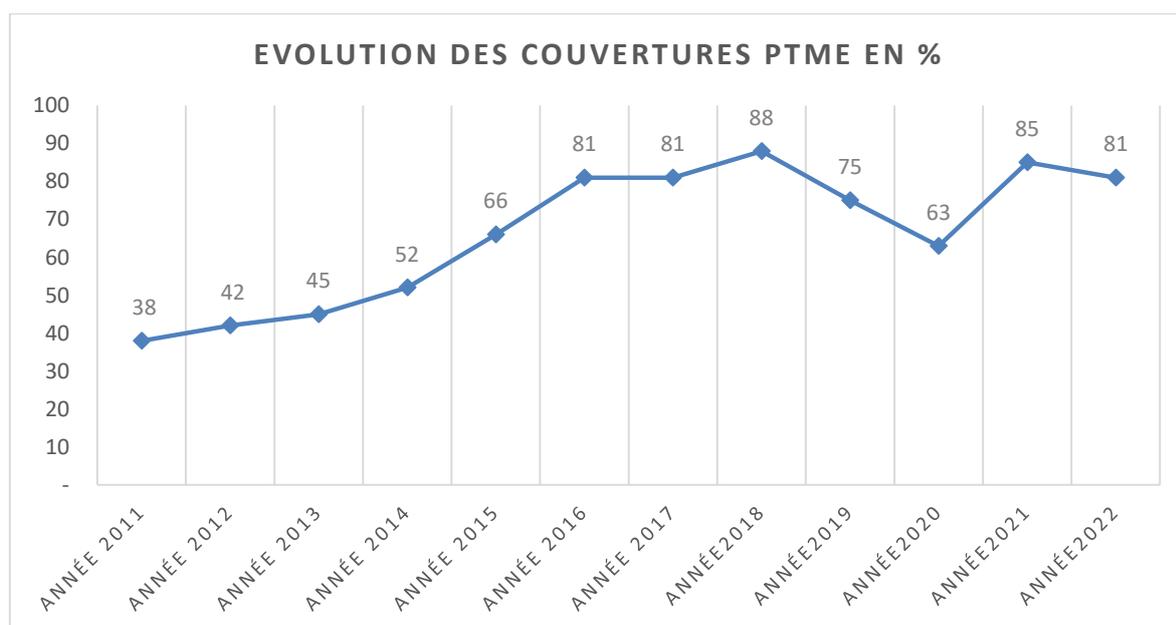


Source: EDS III 2016-2017

II.2.10. Couverture PTME

La couverture PTME a atteint le pic de 88% en 2018 pour commencer à descendre jusqu'à 63% en 2020. Nous observons une remontée de la couverture en 2021 jusqu'à 85%. Le graphique suivant montre l'évolution de la couverture ARV chez les femmes enceintes au cours des 13 dernières années.

Graphique 13: Evolution du nombre de femmes VIH+ mises sous TAR au Burundi de 2010 à 2021

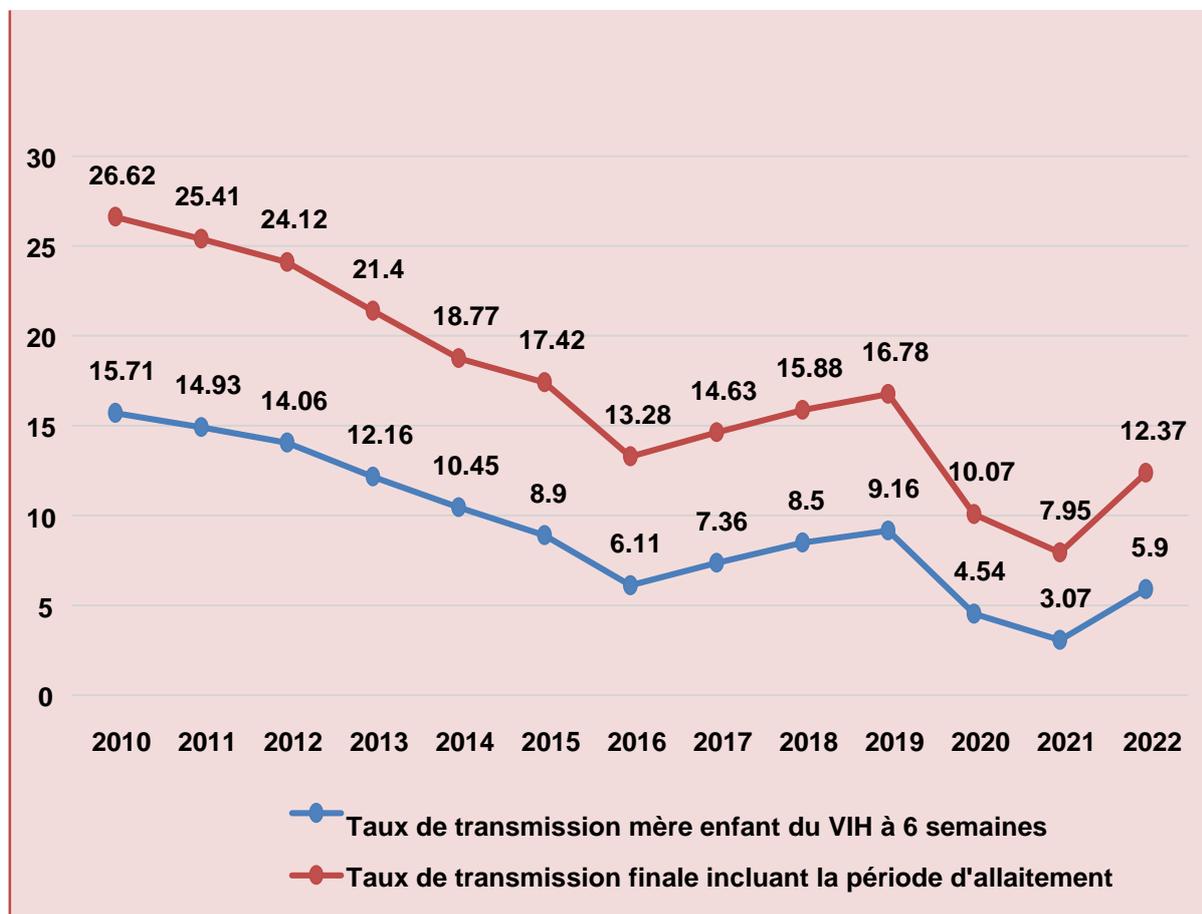


Source : Rapport PNLs, 2022

Cette situation pourrait être liée principalement à la faible fréquentation des CPN1 précoces, une faible implication des hommes et de la communauté dans les activités de l'ÉTME, un sous rapportage des données et à une intégration des interventions PTME dans les FOSA non encore effective

II.2.11. Taux de transmission du VIH de la mère -enfant (projection Spectrum 2022)

Graphique 14. Evolution du taux de transmission du VIH de la mère -enfant



Source : Projection Spectrum 2022

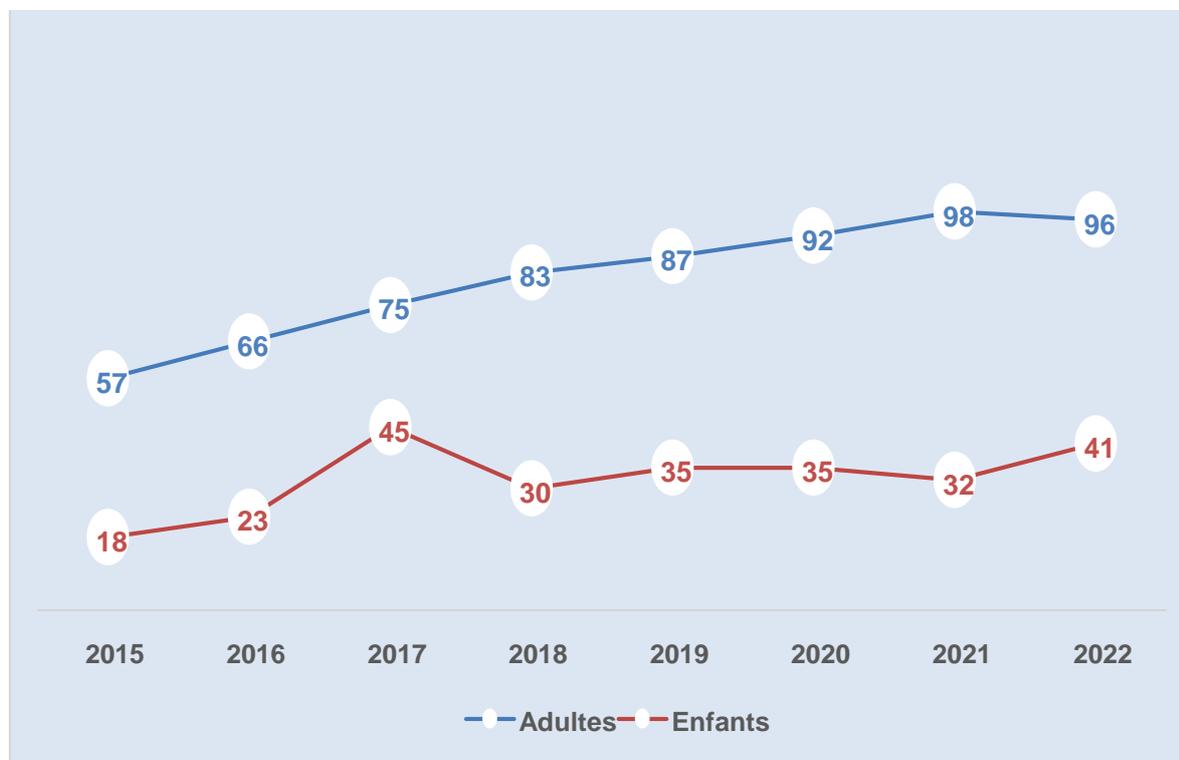
Le taux de transmission finale incluant la période d'allaitement du VIH de la mère à l'enfant va passer de 26,6% en 2010 à 12,37% selon le Spectrum 2022.

La transmission du VIH de la mère à l'enfant reste préoccupante (12.37% données Spectrum 2022). La plupart des gaps sont liés au fait que certaines femmes enceintes VIH+ ne reçoivent pas ou abandonnent les ARV pendant la grossesse ou pendant l'allaitement.

Cette situation pourrait être liée principalement à la faible fréquentation des CPN1 précoces (57.2 % rapport annuel PNSR2022), la faible couverture en ARV chez les femmes enceintes et allaitantes (81%), la faible couverture de prophylaxie chez les enfants exposés 45 %, A cela s'ajoute une faible implication des hommes et de la communauté dans les activités de l'éTME

II.2.12. Evolution de la couverture en ARV

Graphique 15 : Evolution de la couverture en ARV chez les enfants et les adultes



Source: PNILS/IST/HV, 2022

Des progrès sont atteints dans la couverture du traitement ARV chez l'adulte. Il y a eu renforcement de la mise en œuvre de la stratégie de renforcer la stratégie test and treat, l'optimisation des schémas de traitement à base de Dolutégravir y compris les enfants et les femmes enceintes de même que la diversification des modèles de soins différenciés en impliquant les communautés et les PVVIH.

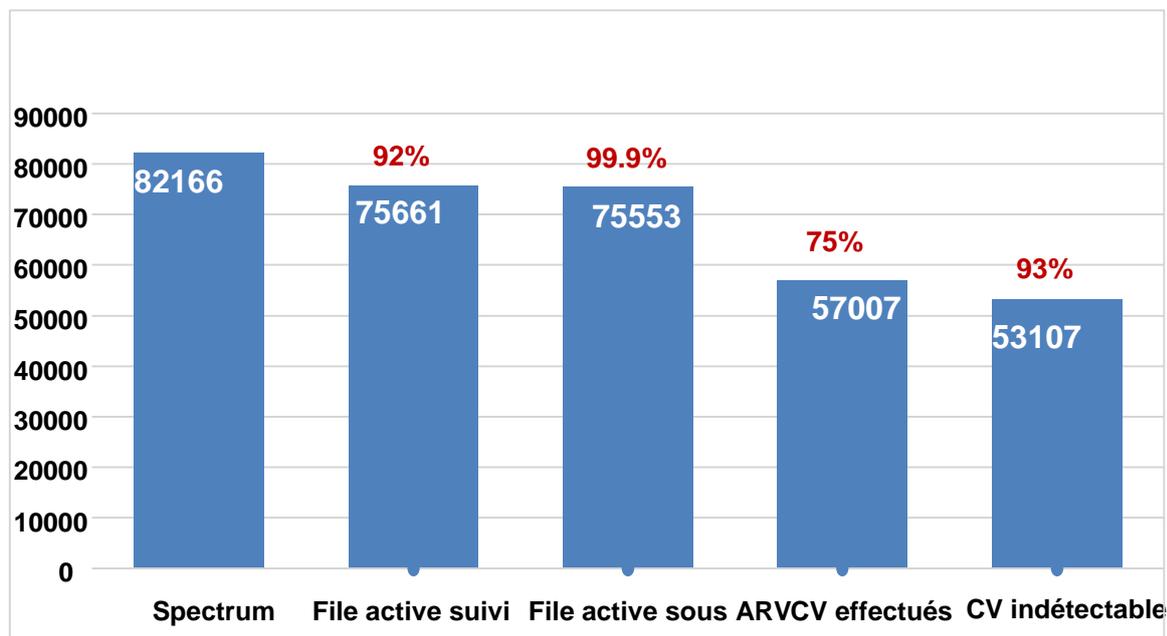
Des gaps persistent dans la couverture en ARV chez les enfants (41%) (Rapport 2022 PNLS) à l'accès à la charge virale chez les PVVIH sous ARV (75%) (Rapport 2022 PNLS).

II.2.13. Situation des 95-95-95

Au cours de l'année 2022, le premier 95; qui est la porte d'entrée des 2 autres 95 n'a pas été atteint principalement chez les moins de cinq ans (41%). Il y a donc encore beaucoup d'enfants PVVIH qui ne connaissent pas leur statut sérologique. Concernant le troisième 95, il y a eu une nette évolution dans la réalisation de la Charge virale car, la couverture CV a passé de 58.03% en 2020 à 95% en 2022 avec un

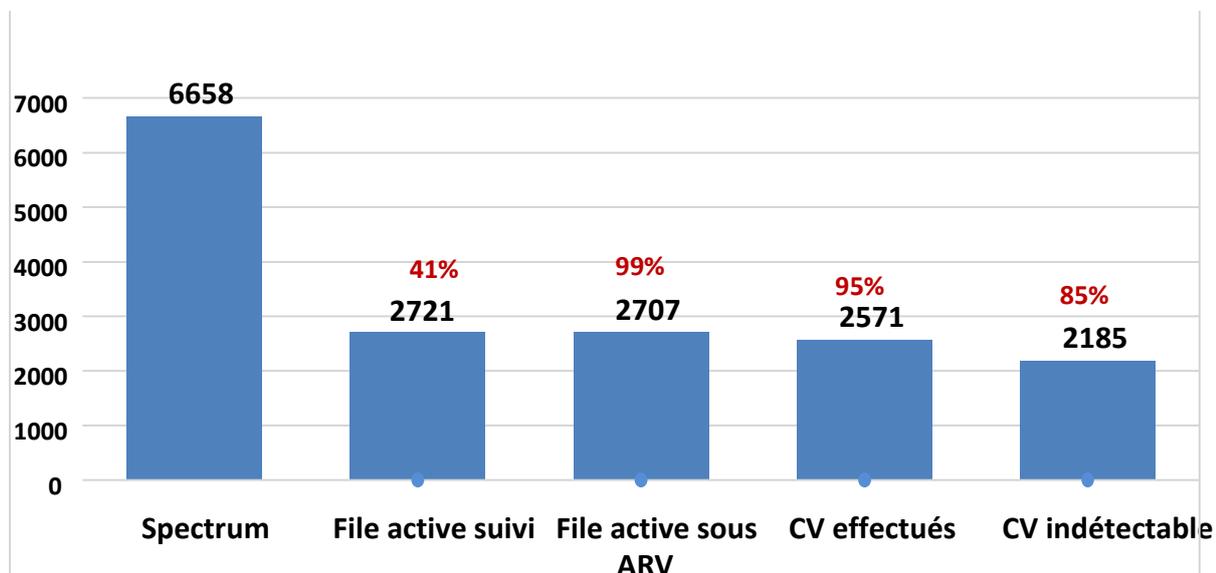
taux de suppression de 89.55% en 2020 à 85% en 2022. Il va falloir doubler d'efforts car la suppression de la Charge chez les enfants est allée en décroissant.

Graphique 16: Cascade des 3 «95 » fin 2022 chez les adultes (>= 15 ans)



Source: PNILS/IST/HV, 2022

Graphique 17: Suppression de la Charge chez les enfants



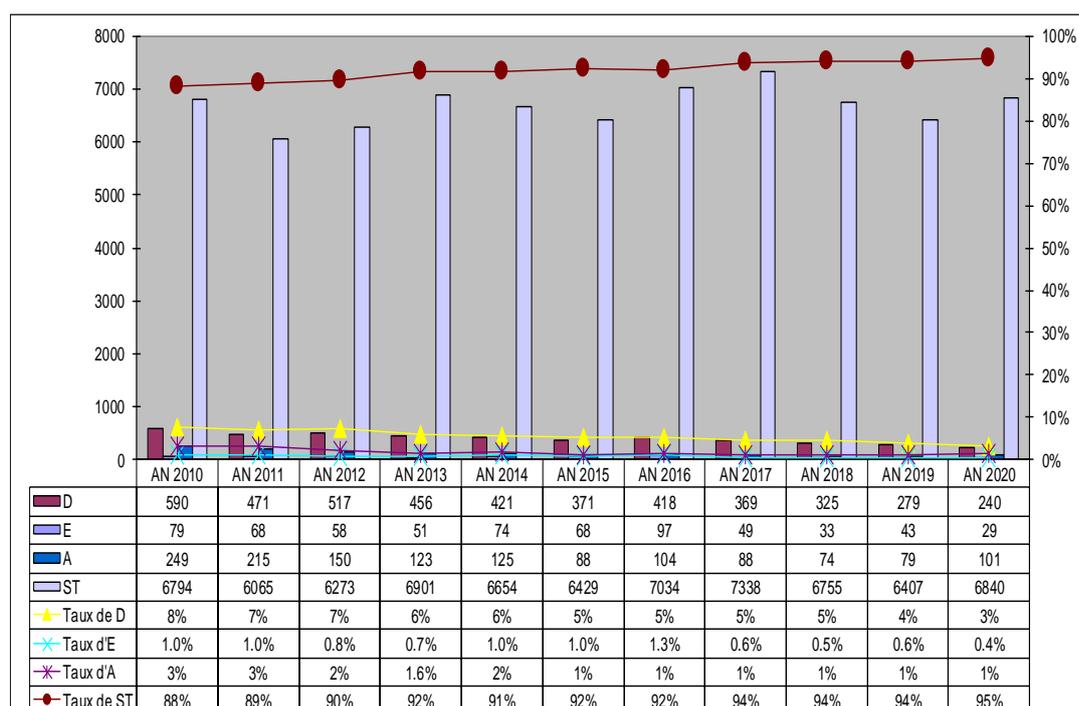
Source: PNILS/IST/HV, 2022

II.2.8. Tendence de l'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants

La tuberculose sévit sous un mode endémo-épidémique et toutes les couches de la population sont concernées. Selon l'OMS, le nombre de patients tuberculeux toutes formes confondues est estimé à 12.300 (8.000-18.000) en 2019 avec une incidence de 107 (69-153) cas pour 100.000 habitants. Sur les 12.300 patients de TB, 4.700 (38%) étaient des femmes. Les enfants de moins de 15 ans représentaient 10,6% des cas, soit 1300 enfants avec la TB. La même année, le taux de mortalité était estimé à 21 (12-31) pour 100 000 habitants chez les VIH négatifs et 3,4 (2,2-5) chez les personnes VIH+ pour 100 000, soit un total de 2800 personnes décédées de la tuberculose en 2019 (WHO Global TB Report, 2022)

Le Rapport annuel du Bureau de l'OMS 2021 indique que l'incidence de la tuberculose était de 100 pour 100 000 habitants : ceci représente une baisse comparativement aux 107 pour 100 000 habitants de l'année précédente. En termes de prise en charge, sur la cohorte de 2020 comptant 7105 patients enregistrés, le pays affiche le meilleur taux de succès thérapeutique (95% vs 90%) de la région.

Graphique 18: Taux de succès thérapeutique



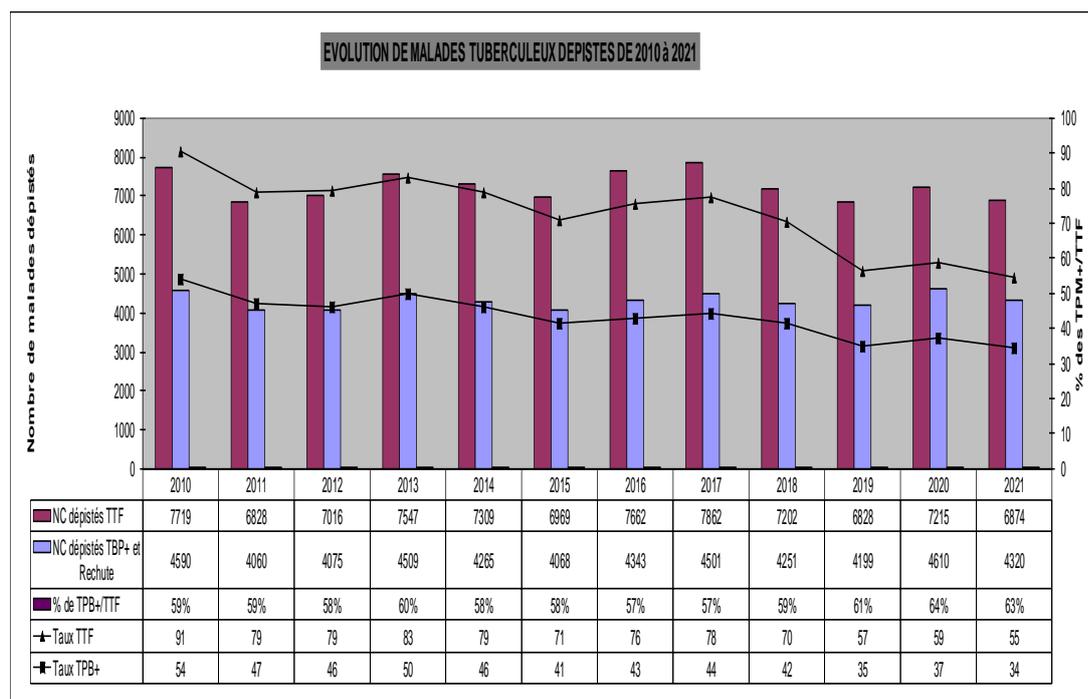
Source: Rapport PNILT2020

Le taux de succès thérapeutique tourne autour de 93% depuis 2017 avec de très bonnes performances

Parmi les PVVIH au Burundi, l'incidence de la tuberculose a été estimée à 970 (fourchette : 620 - 1 400), avec un taux de 8,2 pour 100 000 habitants. Au total, 6 874 cas de tuberculose ont été notifiés en 2020, dont 100% avaient un statut VIH connu. Parmi les 6 874 cas notifiés, 65% concernaient des hommes,

31% des femmes et 4% des enfants de 0 à 14 ans. Une revue externe du Programme national de lutte contre la tuberculose conduite en 2019 a révélé que le dépistage de la tuberculose reste passif dans le pays ; avec environ 47% des cas de TB manquants, bien que cela varie probablement selon la province, en fonction du niveau de participation communautaire (y compris la recherche des contacts) et de la pertinence des plateformes de dépistage.

Graphique 19 : Dépistage de la Tuberculose de 2010 à 2021



Source: Rapport PNILT2020

Le taux de détection est variable d'une année à l'autre. Elle est de 63% pour l'année 2021.

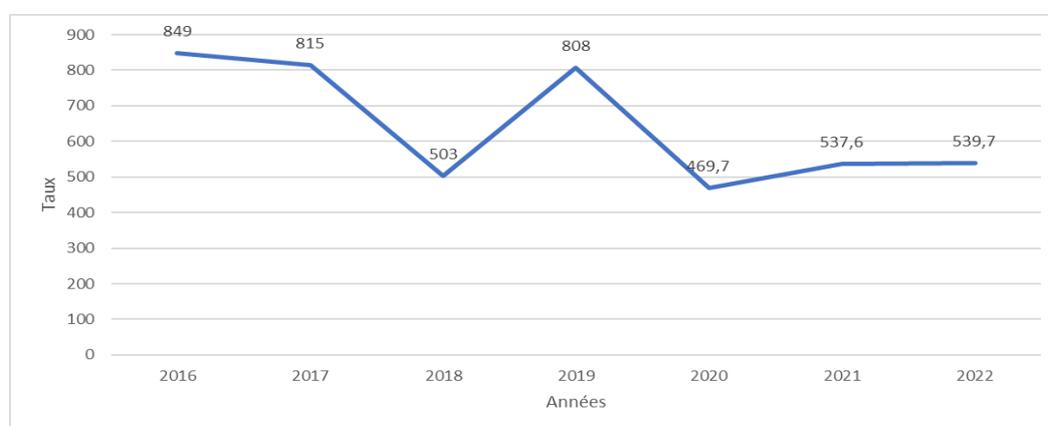
Concernant la tuberculose multi résistante, on note une évolution « en dents de scie », les cas notifiés variant d'une année à l'autre : 80 en 2016 ; 50 en 2018; 64 en 2019 et 46 en 2021. Bien que des progrès significatifs aient été réalisés dans la lutte antituberculeuse, il reste nécessaire d'intensifier les efforts en vue d'atteindre les objectifs fixés par la Stratégie mondiale pour mettre fin à la tuberculose (<https://www.who.int/tb/strategy/end-tb/en/>). Le Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2021-2025 au Burundi vise à réduire de 50% l'incidence de la tuberculose et le nombre de décès à 1.9% d'ici 2025. Pour réduire l'incidence et la mortalité de la maladie, il est essentiel d'améliorer la couverture du traitement TB (actuellement à 55%). Pour ce faire, le Burundi préconise la mise en œuvre de la recherche active de la TB chez les groupes à haut risque (PVVIH, enfants, sujets contact des cas index TB, réfugiés, déplacés, prisonniers, mineurs, diabétiques), ainsi que l'amélioration de la qualité dans

l'offre des services.

Les chiffres varient selon la source. A cet effet, l'incidence de la tuberculose est estimée à 103 pour 100 000 habitants selon l'Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine – Burundi, Sep 2022. Le document "Burundi Country Operational Plan (COP) 2022" donne une incidence de la TB estimée à 12 000 cas (fourchette : 8 000-18 000) en 2020, y compris les populations co-infectées par le VIH, avec un taux de 111 pour 100 000 habitants (Burundi Country Operational Plan – PEPFAR COP, 2022).

II.2.9. Tendence de l'incidence du paludisme (pour 1 000 habitants à risque)

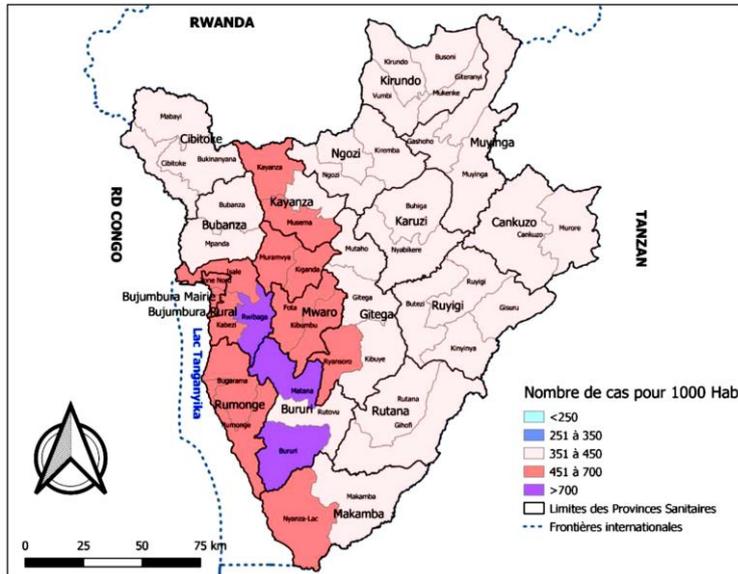
Graphique 20 : Evolution des taux d'incidence du paludisme pour 1000 habitants de 2016 à 2022 au Burundi



Source : Annuaire statistiques

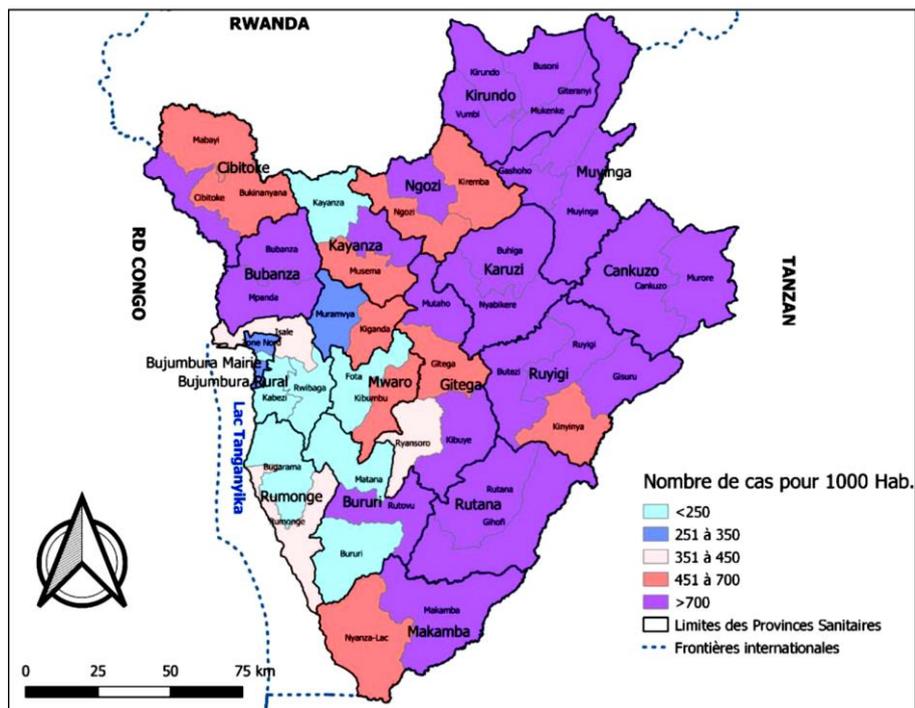
Durant les 7 dernières années, le taux moyen d'incidence est de 646 pour 1000 habitants, ce qui laisse entendre que presque la moitié de la population a connu du paludisme chaque année. Cette persistance du paludisme pourrait être expliquée par l'insuffisance de la multisectorialité dans la lutte contre le paludisme, le budget insuffisant pour la PID, la qualité et la faible utilisation des MIILDA. Cependant, les années 2018 et 2020 ont vu une diminution très remarquable des taux d'incidence du paludisme. Cette diminution serait attribuable aux campagnes de distribution de masse des MIILDA (Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action) effectuées en septembre 2017 et en décembre 2019 et aux autres actions menées comme les cliniques mobiles et la PID (pulvérisation intra domiciliaire).

Figure 5: Répartition de l'incidence du paludisme en 2021 au niveau des districts sanitaires



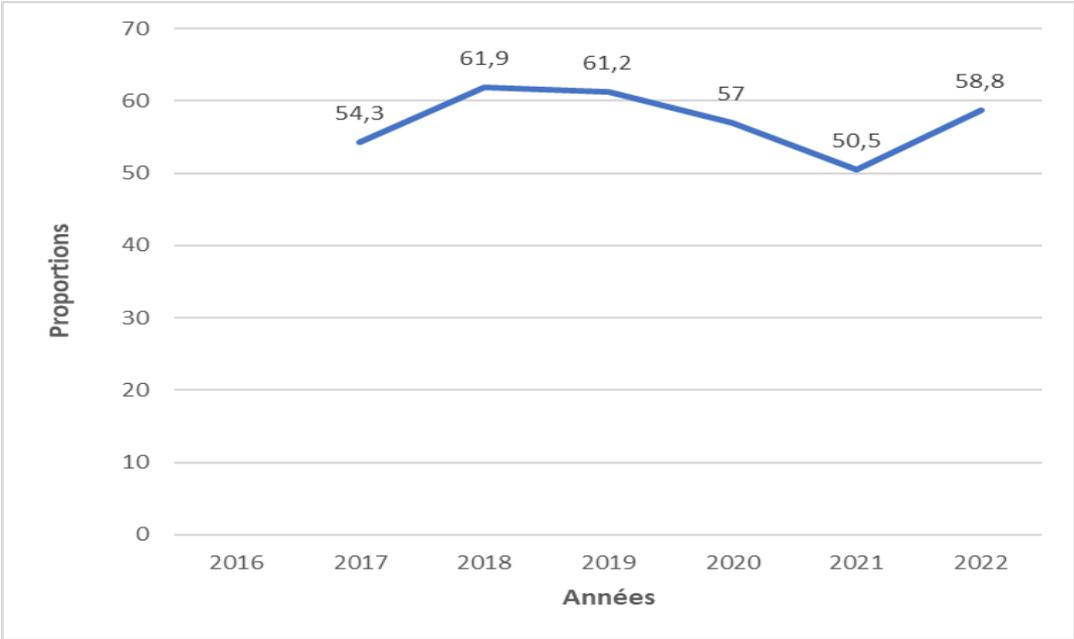
Source: Annuaire statistique 2021

Figure 6 : Répartition de l'incidence du paludisme en 2022 au Burundi



Source : Annuaire statistique 2021

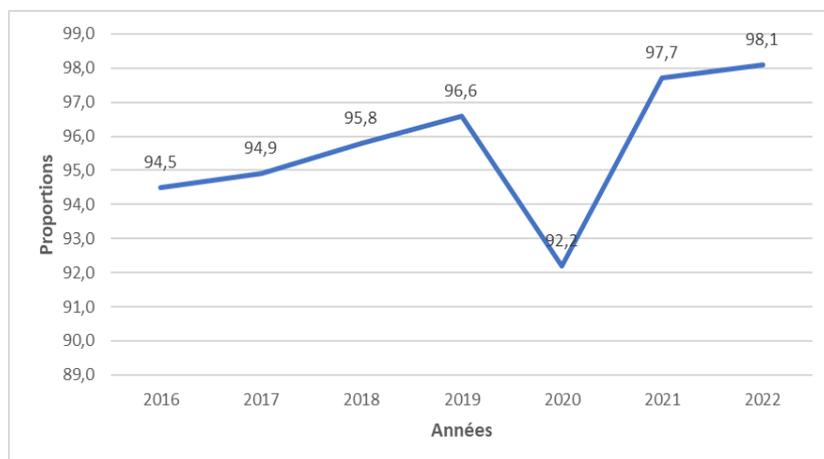
Graphique 21 : Proportion des femmes enceintes, fréquentant les centres de consultations prénatales, ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent pour le paludisme de 2016 à 2022



Source : Annuaire statistiques

Plus de 50% des femmes enceintes venues en CPN1 ont reçu trois doses ou plus de traitement préventif intermittent. La proportion varie de 50,5 en 2021 à 61,9 en 2018. Cependant, cette proportion reste encore très faible car toutes les femmes enceintes devraient bénéficier de ce traitement. De plus, les évidences disponibles montrent que la prise de 3 doses de la SP (Sulfadoxine-Pyriméthamine) a plus de bénéfices comparativement à la prise de 2 doses.

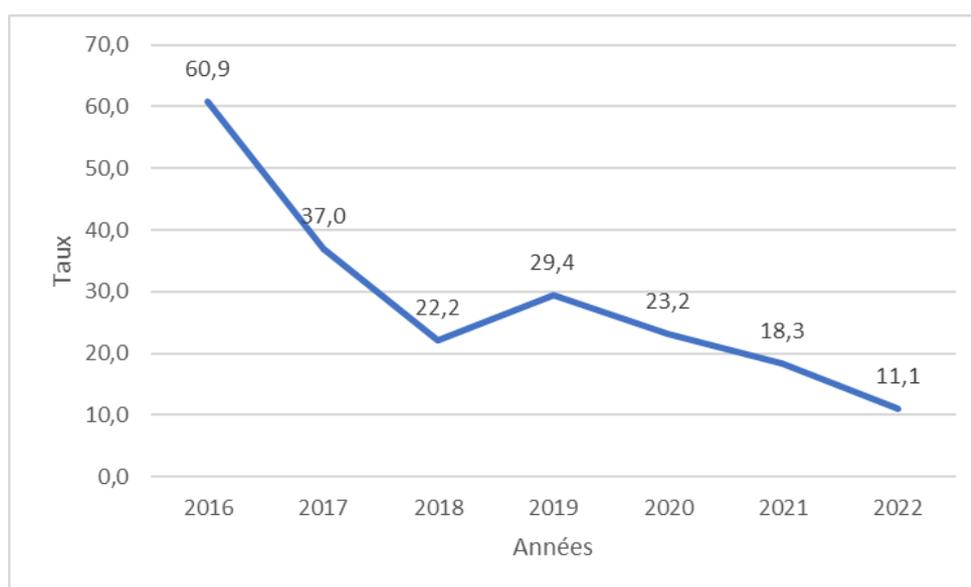
Graphique 22 : Evolution des proportions de cas de paludisme simple confirmés ayant reçu un traitement antipaludique conformément à la politique nationale dans les FOSA de 2016 à 2022 au Burundi



Source : Annuaire statistiques

Plus de 90% des cas de paludisme simple confirmé ont été traités selon les directives nationales de prise en charge du paludisme. La proportion varie de 92,2 en 2020 à 98,1 en 2022. La faible proportion observée en 2020 pourrait être attribuable au changement de médicament utilisé dans le traitement de première ligne : AL (Artémether - Luméfantrine) à la place d'ASAQ (combinaison fixe Artésunate-Amodiaquine).

Graphique 23 : Taux de mortalité par paludisme (pour 100 000 habitants) de 2016 – 2022 au Burundi



Source : Annuaire statistiques

Le taux de mortalité liée au paludisme le plus élevé est de 60,9 pour 100.000 habitants (en 2016) et le plus bas est de 11,1 (en 2022). La tendance à la baisse qui s'observe pourrait être expliquée par la sensibilisation au recours précoce aux soins, la prise en charge des cas au niveau communautaire et la prise en charge efficace des cas de paludisme simple et compliqué (Unités additionnelles d'hémodialyse au CHUK, à l'Hôpital Militaire de Kamenge, à HPNB et à HPRC). Le pic observé en 2019 pourrait être lié à la flambée des cas observée au cours de cette même année.

II.2.10.Mortalité par suicide

Selon l'Atlas 2022 des statistiques sanitaires africaines, le taux de suicide pour 100 000 habitants (ODD 3.4.2) est estimé à 13.4 (les deux sexes confondus) au Burundi. Les résultats d'une étude sur les déterminants du suicide au sein des communautés du Burundi menée par le Centre "Ubuntu en 2022 dans 4 provinces dont Bujumbura Mairie, Rumonge, Gitega et Ngozi avec l'appui de la Coopération suisse indiquent 195 cas de tentative de suicide et 252 cas de décès par suicide sur 150 cas attendus.

Selon la même étude, la pauvreté, les violences familiales, les traumatismes psychiques et séquelles mentales du passé souvent en lien avec les multiples crises qu'a traversées le pays constituent les principaux facteurs de risque de suicide au Burundi. En outre, pendant longtemps, l'offre de soins en lien avec la santé mentale est restée relativement faible.

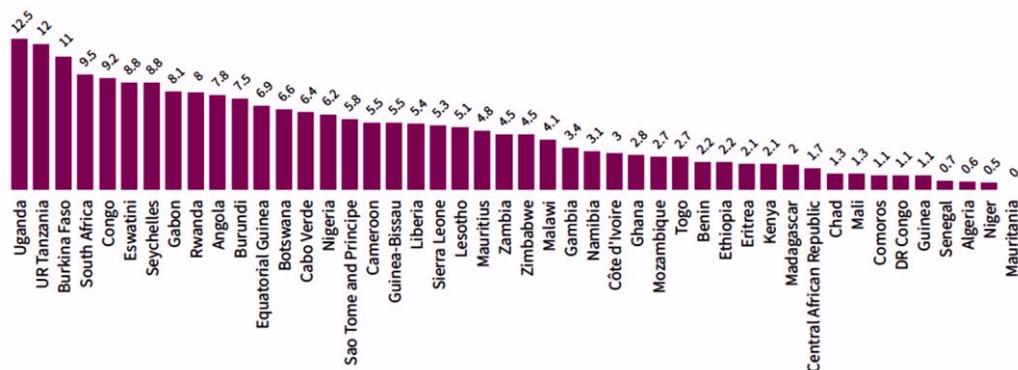
Selon l'Atlas 2022 des statistiques sanitaires africaines, le taux de suicide dans la Région africaine de l'OMS est le plus élevé au monde. Il a été estimé à 11,2 pour 100 000 habitants en 2019.

Globalement, le taux de suicide est plus élevé chez les hommes (12,6 pour 100 000) que chez les femmes (5,4 pour 100 000). Cette tendance est similaire dans tous les pays de la Région africaine de l'OMS, où le taux de suicide est systématiquement plus élevé chez les hommes (18 pour 100 000) que pour les femmes (5,2 pour 100 000).

II.2.11. Tendance de la consommation d'alcool par habitant (15 ans et plus) au cours d'une année civile en litres d'alcool pur

La cible 3.5 des ODD vise à renforcer la prévention et le traitement de la toxicomanie, y compris l'abus de drogues et l'usage nocif de l'alcool. Selon l'OMS (Données de l'Observatoire mondial de la santé), la tendance de la consommation moyenne d'alcool pur au Burundi par habitant dans la tranche d'âge de 15 ans et plus entre 2000 et 2018 s'établit comme suit : d'abord légèrement baissière entre 2000 et 2015 [9,8 l en 2000; 8,4 l en 2005; 7,7 l en 2010; 7 l en 2015]; elle présente ensuite une tendance à la hausse passant à 7,2 l en 2018]; puis à 7,5 l d'alcool pur en 2019 (voir Graphique ci-dessous).

Graphique 24 : Consommation d'alcool chez les personnes âgées de 15 ans ou plus (litres d'alcool pur par année civile par habitant) dans la Région africaine de l'OMS, 2019



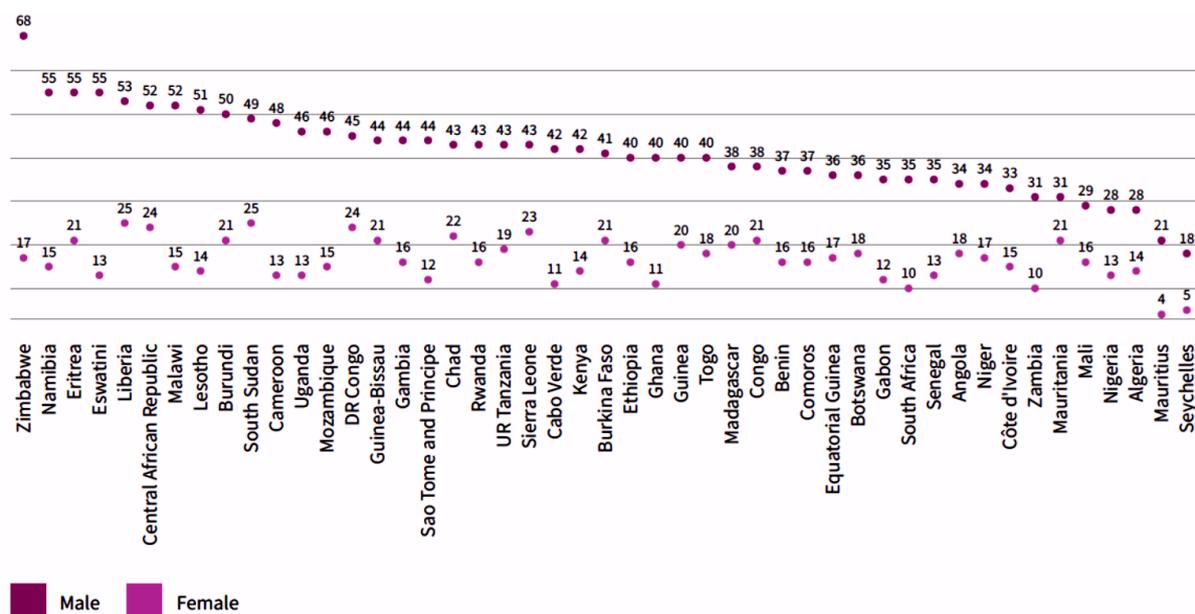
Source : Observatoire mondiale de la santé

La Région africaine de l'OMS est confrontée à une croissance du fardeau de la consommation nocive d'alcool et ses effets désastreux. Les décès liés à la cirrhose ont doublé en Afrique subsaharienne entre 1980 et 2010.

II.2.12. Estimation du taux de mortalité routière (pour 100 000 habitants) par sexe

L'objectif 3.6 des ODD vise à réduire de moitié le nombre de tués et de blessés sur les routes dans le monde d'ici 2030. Au Burundi, le taux de mortalité routière pour 100 000 habitants est estimé à 49.7 (les deux sexes confondus) selon l'Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine / OMS, Sep 2022. Ce taux est respectivement de 21 pour les femmes et 50 pour les hommes (soit plus du double d'hommes qui décèdent des suites d'accidents de la circulation que les femmes, tel qu'indiqué par le Graphique ci-dessous.

Graphique 25 : Taux de mortalité routière (pour 100 000 habitants) dans la Région africaine de l'OMS, 2019, OMS



Source : Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine

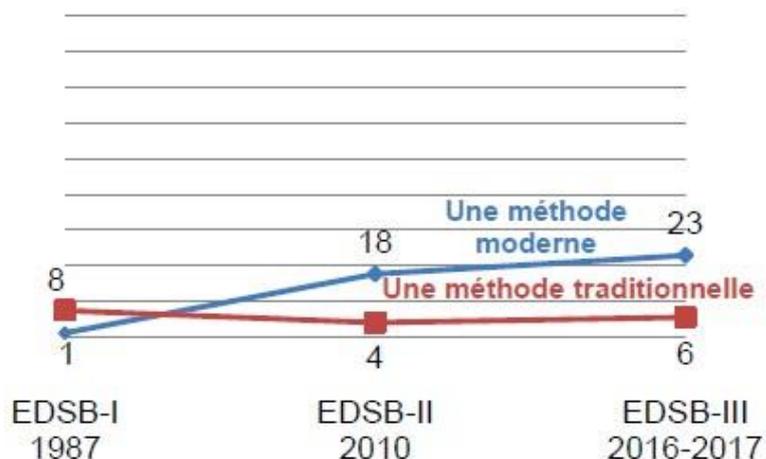
L'objectif 3.6 des ODD n'a pas encore été atteint. Le Burundi a mis en place des mesures visant la limitation de vitesse sur ses axes routiers, le port du casque obligatoire pour les motocyclistes (et leurs passagers) d'une part et, d'autre part, l'interdiction de circuler, dans le périmètre urbain, des tricycles, des motos et des bicyclettes pour tenter de réduire cette mortalité. Bien que les effets de ces mesures ne soient pas encore évalués, le Gouvernement prévoit de réviser les cibles et d'adopter de nouvelles stratégies visant la sécurité du véhicule, le contrôle de l'alcoolémie, la ceinture de sécurité pour les occupants des quatre-roues et le port d'un permis de conduire y compris pour les motocyclistes d'une part et, d'autre part, le renforcement de l'état du réseau routier, entre autres.

II.2.13. Proportion de femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) dont le besoin de planification familiale est satisfait par des méthodes modernes

Le Burundi reste confronté aux conséquences des grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop nombreuses et trop tardives. Selon les résultats de l'EDS III (2016-2017), sur l'ensemble des femmes âgées de 15-49 ans, 18% seulement utilisent au moins une méthode contraceptive. Pour les femmes en union, ce taux a néanmoins augmenté passant de 22% en 2010 à 29% en 2017. Les femmes âgées de 15 à 49 ans, en union ayant des besoins en PF non satisfaits représentent 30%, dont 16% pour l'espacement des naissances et 14% pour la limitation des naissances). Le Burundi est suffisamment engagé en faveur de promotion de la PF. Il a signé en septembre 2022, un document des engagements FP 2030 aligné aux ODD, qu'il faudra la mise en œuvre effective afin de parvenir à accroître la prévalence

contraceptive de 18 à 30% de toutes les méthodes chez toutes les femmes en âges de procréer, la cible fixée dans ce document.

Graphique 26: Tendence de l'utilisation contraceptive



Source : EDSB-III 2016-2017

Les principales faiblesses observées pour rendre disponibles les services de PF sont : (i) la faible intégration des services de PF dans les activités de routine des FOSA : CPN, CPON, les counseling VIH, ... (ii) le faible partenariat avec la société civile (église catholique, églises des réveils, ...) opposée à l'utilisation des contraceptifs modernes, (iii) la faible appropriation de la communauté aboutissant à un taux élevé d'abandons (Plan stratégique national SRMNIA 2019 – 2023).

La plupart des pays où moins de la moitié de la demande de planification familiale est satisfaite par des méthodes modernes sont à faibles revenus et les pays à revenus intermédiaires de la tranche inférieure. Des progrès rapides sont possibles, comme ceci a été démontré dans des pays comme l'Éthiopie et le Malawi. Les facteurs communs à ces réussites incluent notamment l'engagement politique y compris en dehors du secteur de la santé, des partenariats et collaboration efficaces, des prestations de services au niveau communautaire, l'engagement actif des communautés et la mise en place de stratégies et de systèmes efficaces pour la prestation de services de planification familiale. Le Burundi pourra s'en inspirer.

II.2.14. Taux de natalité chez les adolescentes (âgées de 10 à 14 ans) pour 1 000 femmes de cette tranche d'âge

La proportion d'adolescentes ayant déjà donné naissance avant l'âge de 15 ans est faible, estimée à 0,4% en 2016 (EDS III 2016-2017). Dans une étude menée chez les adolescentes de 2009 à 2012, les Directions provinciales de l'enseignement ont rapporté 4687 cas de grossesses (Etude sur les grossesses en milieu scolaire au Burundi, juillet 2013 - UNFPA) avec une augmentation annuelle de 50%. L'âge au moment de la grossesse pour la majorité des filles se situait entre 16 et 18 ans.

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. Cette proportion diminue sensiblement avec le niveau d'instruction (19% pour celles n'ayant aucun niveau d'instruction à 4% parmi celles ayant le niveau secondaire ou plus). Elle est d'environ 8 fois plus élevée dans la province de Ngozi que dans la province de Mwaro (15% contre 2%).

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 (Plan stratégique national SRMNIA 2019 – 2023).

L'accès aux services de santé sexuelle et de reproduction, qui pour la plupart, ne leur sont pas adaptés requiert une amélioration. L'Afrique est la région avec le taux de natalité chez les adolescentes le plus élevé au monde pour les filles âgées de 10 à 14 ans. Son taux de 102 naissances pour 1000 adolescents dans ce groupe d'âge est deux fois plus élevé que la moyenne mondiale.

II.2.15. Taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air ambiant et des ménages (pour 100 000 habitants)

Selon l'Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine / OMS –Sep 2022, le niveau moyen annuel de particules fines (pondérés par la population) au Burundi était estimé à 37 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (ODD 11.6.2) en 2016.

La pollution a des effets néfastes sur la santé et l'environnement qui se traduisent par une dégradation des défenses de l'organisme aux infections microbiennes. La pollution a également une incidence sur la

mortalité à court terme pour affections respiratoires ou cardio-vasculaires (dioxyde de soufre et particules fines), mais également une incidence sur la mortalité à long terme par effets mutagènes et cancérigènes (particules fines, benzène).

La pollution de l'air reste un déterminant majeur de santé, quel que soit le niveau des polluants.

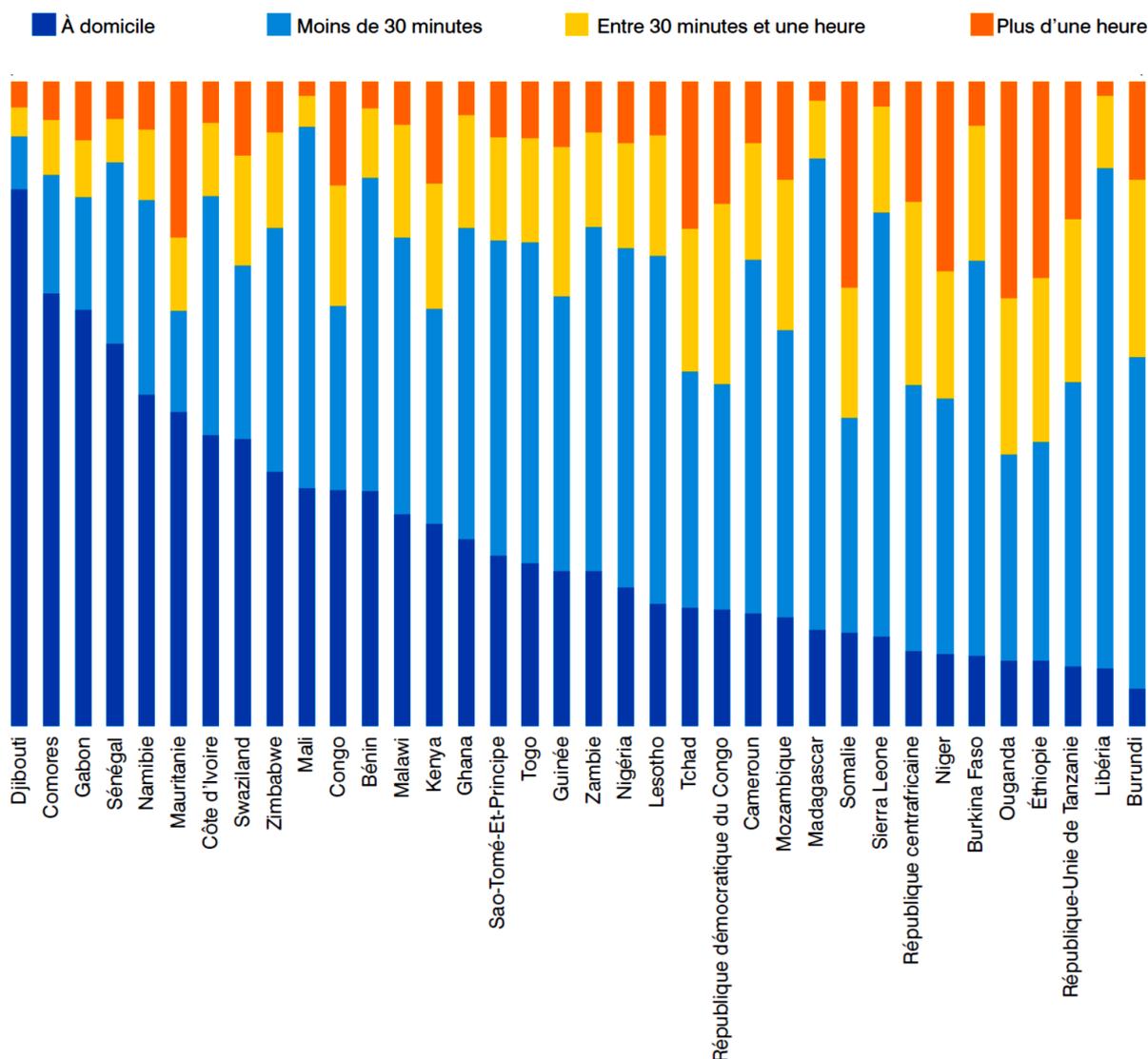
Dans le cadre de la lutte contre la pollution de l'environnement et du Lac Tanganyika, il y a eu la délimitation et la mise en place de 17 sites de décharge contrôlée, l'élaboration des Schémas directeurs d'assainissement dans les provinces de Bujumbura Mairie, Kirundo, Karusi, Ngozi et Mwaro, l'actualisation 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).

II.2.16. Taux de mortalité attribué à l'exposition à des services WASH non sécurisés (pour 100 000 habitants) :

L'Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine / OMS –Sep 2022 indique que le taux de mortalité attribué à l'exposition à des services WASH non sécurisés au Burundi est respectivement estimé à 68.8 (sexe féminin) et 65.4 (sexe masculin) pour 100 000 habitants. De nombreux ménages affrontent chaque jour l'insécurité de l'eau. Face à la mortalité due aux maladies de l'eau insalubre et considérant l'importance décisive de l'eau pour la santé, l'accès sûr à l'eau potable pour tous est considérée comme une priorité nationale au Burundi. Pour s'assurer que les éléments constitutifs de services d'alimentation en eau potable "gérés en toute sécurité" répondent aux normes, le Burundi travaille actuellement sur le renforcement des trois piliers ci-après : (i) l'accessibilité, (ii) la disponibilité, et (iii) la qualité.

Accessibilité. Selon les résultats de l'Enquête nationale sur la situation nutritionnelle et la mortalité publiés par le Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA en 2022, environ 42% de la population n'ont pas accès à une source d'eau potable à moins de 30 minutes aller-retour. Ce chiffre est corroboré par le Rapport de l'UNICEF « UNICEF, Une eau potable gérée en toute sécurité » tel qu'indiqué par le Graphique ci-dessous.

Graphique 27 : La collecte d'eau, un fardeau majeur dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne.



Source : Rapport, UNICEF

Au Burundi, la proportion des ménages ayant accès à l'eau à domicile (y compris le raccordement domestique, ou un puits foré) est très faible (et se concentre essentiellement dans les grandes agglomérations urbaines) comparée à celle de la population qui consacre plus de 30 minutes, et parfois même plus d'une heure par trajet de collecte.

Bien que des progrès significatifs aient été réalisés dans l'accès aux services de base d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène, des lacunes considérables subsistent dans la qualité des services fournis, notamment en milieu rural, où la majeure partie de la population et, plus particulièrement, celle appartenant aux groupes les plus pauvres, est privée de ces services.

Disponibilité. Le droit fondamental à l'eau précise que cette dernière doit être « disponible de manière continue et en quantité suffisante pour pourvoir aux besoins de consommation et d'hygiène personnelle, ainsi qu'aux autres usages personnels et domestiques, tels que la préparation et la cuisson des aliments, la lessive et la vaisselle. Lorsque les points d'eau sont éloignés, les ménages stockent généralement de l'eau afin d'en avoir à disposition lorsqu'ils en ont besoin, et peuvent également réduire leur consommation.

Qualité. L'eau potable doit être en permanence exempte de tout pathogène et ne pas présenter des niveaux élevés de substances toxiques. L'évaluation de la qualité de l'eau potable constitue une mesure importante de sécurité. Le principal critère prioritaire en matière de qualité de l'eau à l'échelle mondiale et dans la plupart des pays est l'absence de contamination de l'eau par des matières fécales.

II.2.17. Taux de mortalité attribué à un empoisonnement non intentionnel (pour 100 000 habitants) :

Au Burundi, le taux de mortalité attribué à un empoisonnement non intentionnel (accidentel) est respectivement estimé à 3.7 (sexe féminin) et 5.2 (sexe masculin) pour 100 000 habitants - (Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine / OMS – Sep 2022). En dépit de la légère baisse enregistrée depuis 2007 des niveaux d'empoisonnement accidentel, la Région africaine de l'OMS détient toujours le taux de mortalité le plus élevé d'empoisonnement non intentionnel.

A date, le pays ne dispose pas de Centre de toxicologie. Les prélèvements sont régulièrement effectués sur les personnes victimes d'empoisonnement non intentionnel et transmis aux Centres collaborateurs de l'OMS pour analyse, avec l'appui du Bureau de l'OMS. La mise en place et l'équipement d'un tel Centre, ainsi que la dotation dudit Centre en personnel qualifié en matière de toxicologie constituent actuellement une urgence pour le pays.

II.2.18. Tendance de l'estimation de la prévalence du tabagisme actuel (taux standardisé pour l'âge) (%)

Au Burundi, la prévalence du tabagisme chez les personnes âgées de 15 ans et plus - [ODD 3.a.1] est estimée à 6% (Valeur 2017) - (Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine / OMS, Sep 2022). Selon les données de l'EDSB III 2016-2017, seule source d'information disponible jusqu'à présent sur la situation du tabagisme au Burundi, la quasi-totalité des femmes et des hommes est "non fumeur" (respectivement 99% et 89%). De 2010 à 2016-2017, la proportion des non-fumeurs aurait augmenté aussi bien chez les femmes que chez les hommes de 15 -49 ans, passant respectivement de 90% à 99% chez les femmes et de 82% à 89% chez les hommes. Les proportions de femmes et d'hommes qui consomment du tabac non fumé sont très faibles (respectivement 3% et 0,1%).

Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, on note que les proportions des fumeurs diminuent des générations anciennes aux plus récentes, passant chez les femmes de 5% parmi celles de 45-49 ans à 0,4% parmi celles de 15-19 ans, et chez les hommes de 30% à 0,4%. La proportion d'hommes qui fument diminue respectivement d'une part avec le niveau d'instruction passant de 24% parmi les hommes sans instruction à 3% parmi ceux d'un niveau d'études secondaire ou supérieur et d'autre part, avec le niveau de bien-être économique, passant de 24% dans le quintile le plus bas à 6% dans le plus élevé. Dans des proportions beaucoup plus faibles, les mêmes tendances se retrouvent chez les femmes. La province de Karusi enregistre la proportion la plus élevée de femmes qui fument (6%). Chez les hommes, la province de Muyinga arrive en tête avec 19%. Selon l'OMS, la consommation de tabac pourrait exploser en Afrique d'ici 2025 si rien n'est fait pour l'endiguer.

A cet effet, l'OMS, en collaboration avec les Etats membres a mis en place une Convention Cadre pour la Lutte Anti-Tabac (CCLAT), adoptée en 2005 et ratifiée en novembre 2005 par le Gouvernement du Burundi. Des lois régissant la lutte contre le tabac ont été élaborées pour protéger la santé de la population. A cet effet, une Loi anti-tabac, promulguée en mai 2018, figure dans le Code de Santé publique au Burundi et vise à empêcher les jeunes de commencer à fumer, aider les fumeurs actuels à arrêter et protéger les non-fumeurs contre l'exposition aux produits nocifs contenus dans la fumée. Des mesures visant à surtaxer les cigarettes et autres produits dérivés du tabac sont déjà en application au Burundi.

II.2.19. Population cible couverte par les vaccins inclus dans le programme national

De manière globale, les couvertures vaccinales (CV) ont régressé pour la quasi-totalité des antigènes au cours de la période 2015 – 2017. Cette régression de CV a persisté en 2018 pour tous les antigènes. Il y a lieu de noter en plus que le Td2+ a évolué en « dents de scie » durant cette période (Plan pluri-annuel complet / Plan stratégique du PEV 2019 – 2023).

De 2016 à 2018, les changements et grandes activités réalisés par le PEV sont les suivants : le remplacement du VPO trivalent par le VPO bivalent et l'introduction du DTC4 et de RR2, la mise en œuvre du projet de démonstration sur deux ans du vaccin contre le HPV pour deux cohortes de filles de la 3ème année primaire et celles âgées de 10 ans non scolarisées dans deux districts sanitaires-pilotes (Ngozi et Rumonge), l'organisation de la 6ème à la 8ème SAV et de deux SSME par an, la campagne nationale de vaccination de masse au vaccin combiné anti rougeoleux - anti rubéoleux (RR) chez les enfants âgés de 1 à 14 ans, le remplacement du PCV 13 mono dose par le PCV 13 à 4 doses, la réintroduction du VPI

dans la vaccination de routine ainsi que la campagne nationale de vaccination de masse contre la méningite à méningocoque de sérotype A chez la population âgée de 1 à 29 ans.

Selon l'EDSB III 2016-2017, plus de 4 enfants de 12-23 mois sur 5 (85%) avaient reçu tous les vaccins de base et la majorité les avait reçus à l'âge approprié, c'est-à-dire avant l'âge de 12 mois (83%). La stratégie fixe s'applique dans toutes les FOSA qui vaccinent. Quoiqu'on note une légère diminution des CV au cours de ces trois dernières années, elles restent cependant supérieures ou égales à 80% pour la plupart des antigènes.

Bien que les couvertures vaccinales nationales en DTC-Hib-HepB3 et en RR1 soient satisfaisantes, certains districts sanitaires n'ont pas pu atteindre 80% pour ces deux antigènes. De plus, la CV nationale en DTC4, en RR2 et Td2+ chez les femmes enceintes reste relativement faible.

En mars 2023, une épidémie de poliomyélite a été déclarée au Burundi. Depuis lors, deux cas de poliovirus sauvages, 20 cas de poliovirus environnementaux et un cas poliomyélite non circulant ont été signalés jusqu'à fin septembre 2023. Ces cas ont été documentés dans les districts sanitaires d'Isale, Mairie centre et Nord, Gitega et Kayanza. Par la suite, 2 cas de paralysie flasque aiguë avaient été retrouvés jusqu'au mois de septembre 2023.

Certaines faiblesses / difficultés ont été relevées au rang desquelles: la faible qualité des données de vaccination de routine et de surveillance ; la faible intégration des services (beaucoup d'opportunités manquées); le faible partenariat public-privé dans l'offre des services de vaccination dans les structures privées.

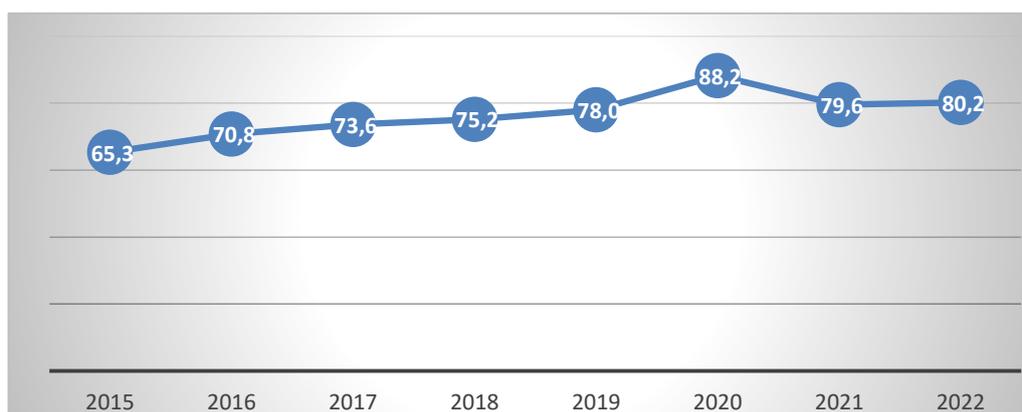
En effet, selon l'enquête d'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA, 2017), le secteur public, associatif sans but lucratif, confessionnel offre le service de vaccination (respectivement 93%, 83% et 82%) plus que le secteur privé (1%). La vaccination reste encore fortement tributaire de financements extérieurs.

Le rapport de l'analyse de l'équité dans la dispensation des services de vaccination au Burundi a également ressorti en détail des facteurs expliquant la disparité de CV entre les DS et ces derniers seront abordés dans le sous chapitre (III.1.3) traitant de l'équité en matière de vaccination. Des activités de vaccination supplémentaires sont aussi organisées pour renforcer les performances du PEV. Il s'agit notamment de la Semaine Santé Mère-Enfant (SSME) deux fois par an depuis 2002, des SAV depuis 2011 et les journées nationales de vaccination (JNV) Polio et les campagnes nationales de suivi contre la rougeole. Des campagnes de riposte contre les épidémies de rougeole dans certains districts sont aussi organisées. La SSME constitue une opportunité d'offrir un paquet d'interventions destinées à

améliorer la santé des mères et des enfants, en particulier aux groupes les plus vulnérables d'avoir un accès aux services préventifs. Pendant les SSME les interventions souvent couplées à la vaccination, sont: (i) la supplémentation en vitamine A aux enfants de 6 à 59 mois; (ii) le déparasitage à l'Albendazole des enfants de 1 à 14 ans et des femmes enceintes aux 2ème et 3ème trimestres de la grossesse; (iii) le déparasitage au Praziquantel chez les enfants de 5 à 14 ans dans les zones endémiques (Plan pluri-annuel complet / Plan stratégique du PEV 2019 – 2023).

Au rang des facteurs à la base de ces performances, il y a lieu de noter: l'existence d'un réseau dense de CDS (80% de la population vivant dans un rayon de 5 km autour du CDS); une chaîne de froid fonctionnelle à tous les niveaux; une bonne utilisation des services de santé; l'existence d'un important réseau routier praticable pendant toutes les saisons et qui facilite l'accessibilité des structures de soins par la population ainsi que la supervision et l'approvisionnement; la gratuité des soins de santé chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans y compris la vaccination; la contractualisation des CDS sur base de leurs performances au travers de la stratégie « financement basé sur les performances (FBP); l'organisation semestrielle de la semaine « santé mère-enfant (SSME)» depuis 2002 ; l'organisation des SAV depuis 2011 ; l'intégration des activités du PEV avec les autres programmes (vit A, MIILDA, déparasitage, etc....) ; l'existence d'un réseau communautaire dense et fonctionnel (administration à la base et ASC) ; l'implication de la Société civile dans les services de vaccination; l'appui efficace des partenaires : UNICEF, OMS, GAVI et autres partenaires y compris les OBC.

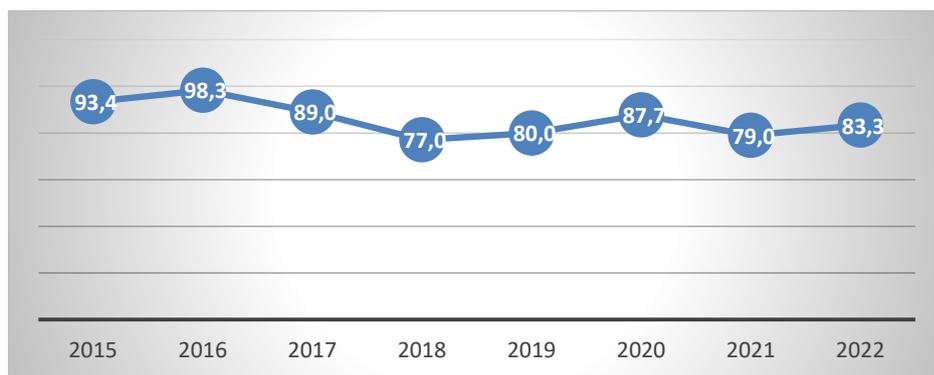
Graphique 28: Taux de couverture vaccinale en RR2



Source: Annuaires statistiques

Pour le taux de couverture vaccinale antirougeoleux-antirubéoleux deuxième dose est variable d'une année à l'autre. Le Taux de couverture souhaité au niveau national étant de 95%. Cette variabilité de la couverture vaccinale pourrait s'expliquer par la non maîtrise du dénominateur et surtout l'utilisation des cibles communales à partir de l'année 2021

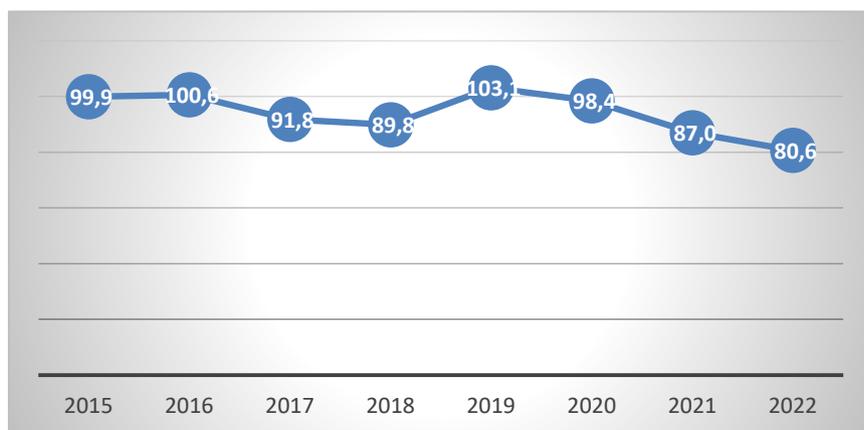
Graphique 29: Taux de couverture vaccinale Enfants complètement vaccinés



Source: Annuaires statistiques

Pour le taux de couverture vaccinale enfants complètement vaccinés, nous constatons que les données sont variables d'une année l'autre. Le Taux de couverture souhaité au niveau national étant de 95%. Cette variabilité de la couverture vaccinale pourrait s'expliquer par la non maîtrise du dénominateur et surtout l'utilisation des cibles communales à partir de l'année 2021

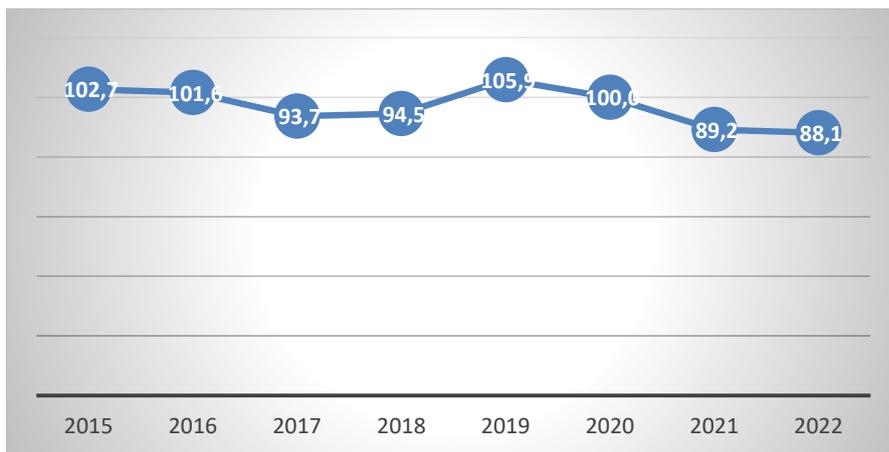
Graphique 30: Taux de couverture vaccinale en PENTA 3



Source: Annuaires statistiques

Pour le taux de couverture vaccinale en pentavalent troisième dose est variable d'une année à l'autre. Le Taux de couverture souhaité au niveau national étant de 95%. Cette variabilité de la couverture vaccinale pourrait s'expliquer par la non maîtrise du dénominateur et surtout l'utilisation des cibles communales à partir de l'année 2021

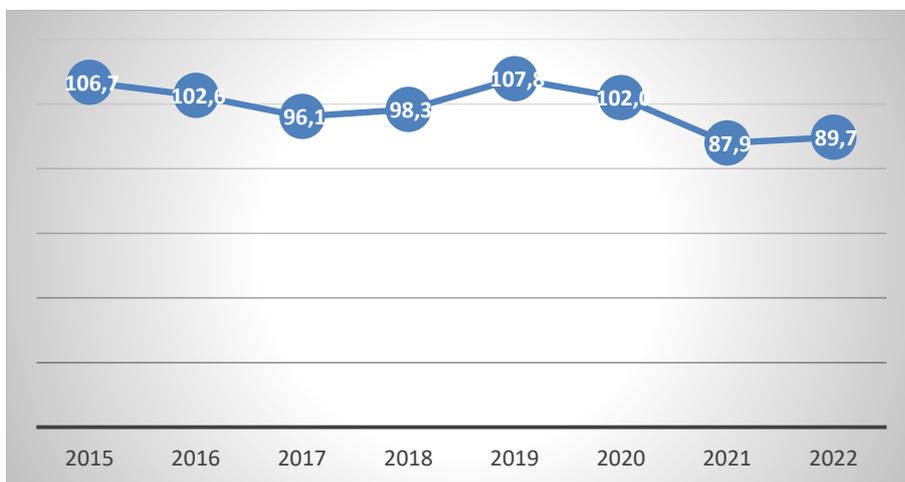
Graphique 31: Taux de couverture vaccinale en PENTA 2



Source: **Annuaire statistiques**

Pour le taux de couverture vaccinale en pentavalent deuxième dose est variable d'une année à l'autre. Le Taux de couverture souhaité au niveau national étant de 95%. Cette variabilité de la couverture vaccinale pourrait s'expliquer par la non maîtrise du dénominateur et surtout l'utilisation des cibles communales à partir de l'année 2021

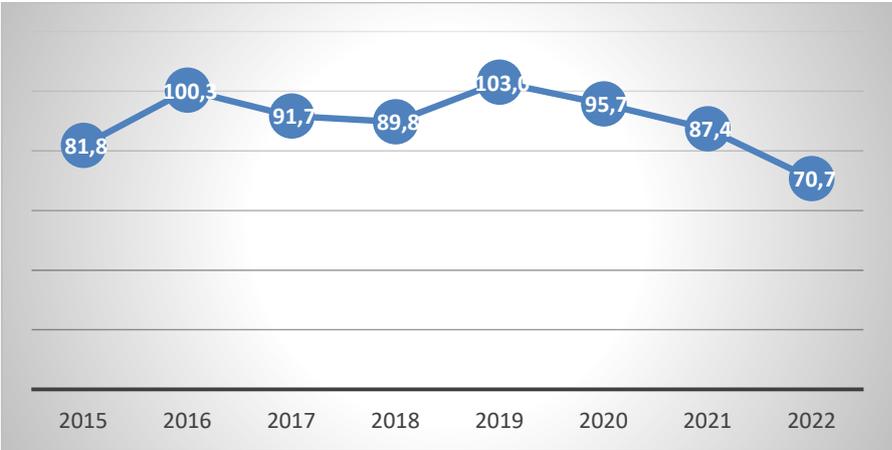
Graphique 32: Taux de couverture vaccinale en PENTA 1



Source: **Annuaire statistiques**

Pour le taux de couverture vaccinale en pentavalent première dose est variable d'une année à l'autre. Le Taux de couverture souhaité au niveau national étant de 95%. Cette variabilité de la couverture vaccinale pourrait s'expliquer par la non maîtrise du dénominateur et surtout l'utilisation des cibles communales à partir de l'année 2021

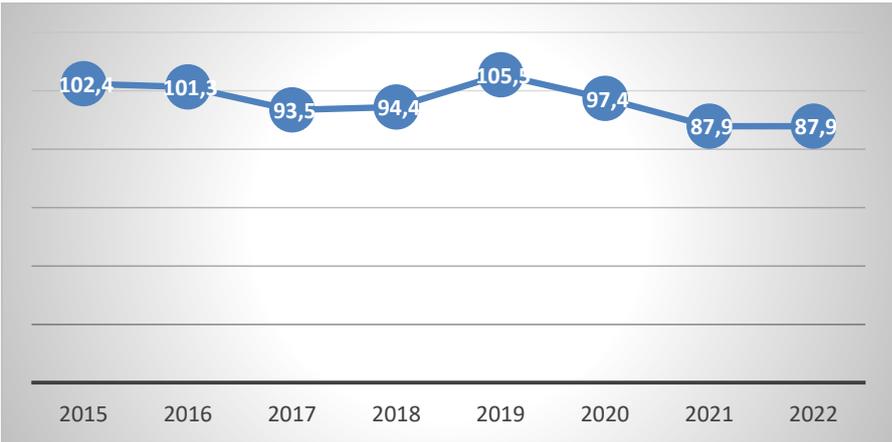
Graphique 33 : Taux de couverture vaccinale en POLIO 3



Source: Annuaires statistiques

Pour le taux de couverture vaccinale en polio troisième dose est variable d'une année à l'autre. Le Taux de couverture souhaité au niveau national étant de 95%. Cette variabilité de la couverture vaccinale pourrait s'expliquer par la non maîtrise du dénominateur et surtout l'utilisation des cibles communales à partir de l'année 2021

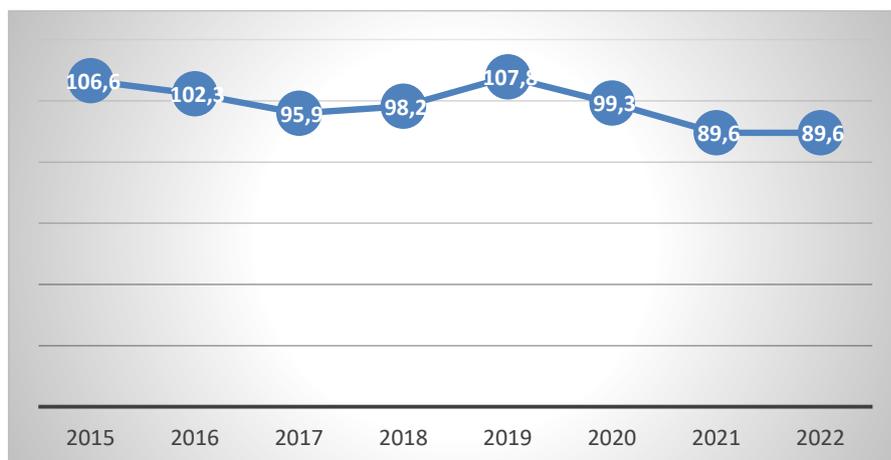
Graphique 34: Taux de couverture vaccinale en POLIO 2



Source: Annuaires statistiques

Pour le taux de couverture vaccinale en polio deuxième dose est variable d'une année à l'autre. Le Taux de couverture souhaité au niveau national étant de 95%. Cette variabilité de la couverture vaccinale pourrait s'expliquer par la non maîtrise du dénominateur et surtout l'utilisation des cibles communales à partir de l'année 2021

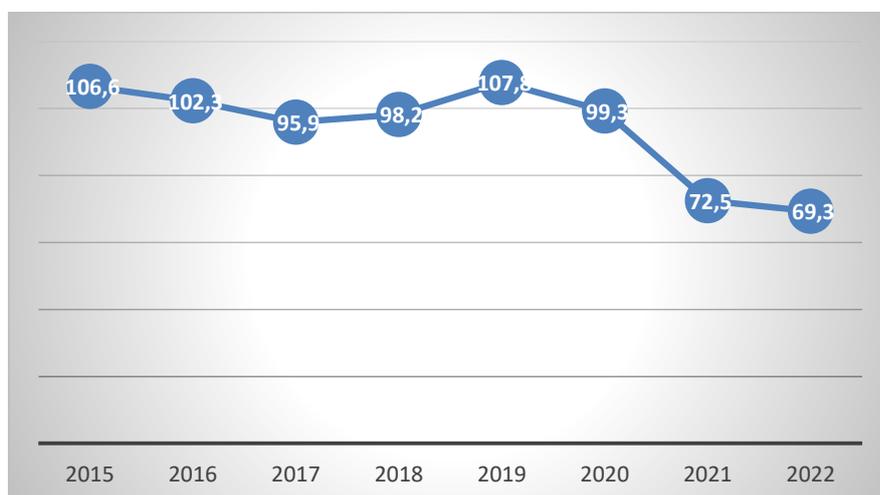
Graphique 35: Taux de couverture vaccinale en POLIO 1



Source: Annuaire statistiques

Pour le taux de couverture vaccinale en polio première dose est variable d'une année à l'autre. Le Taux de couverture souhaité au niveau national étant de 95%. Cette variabilité de la couverture vaccinale pourrait s'expliquer par la non maîtrise du dénominateur et surtout l'utilisation des cibles communales à partir de l'année 2021.

Graphique 36: Taux de couverture vaccinale en BCG

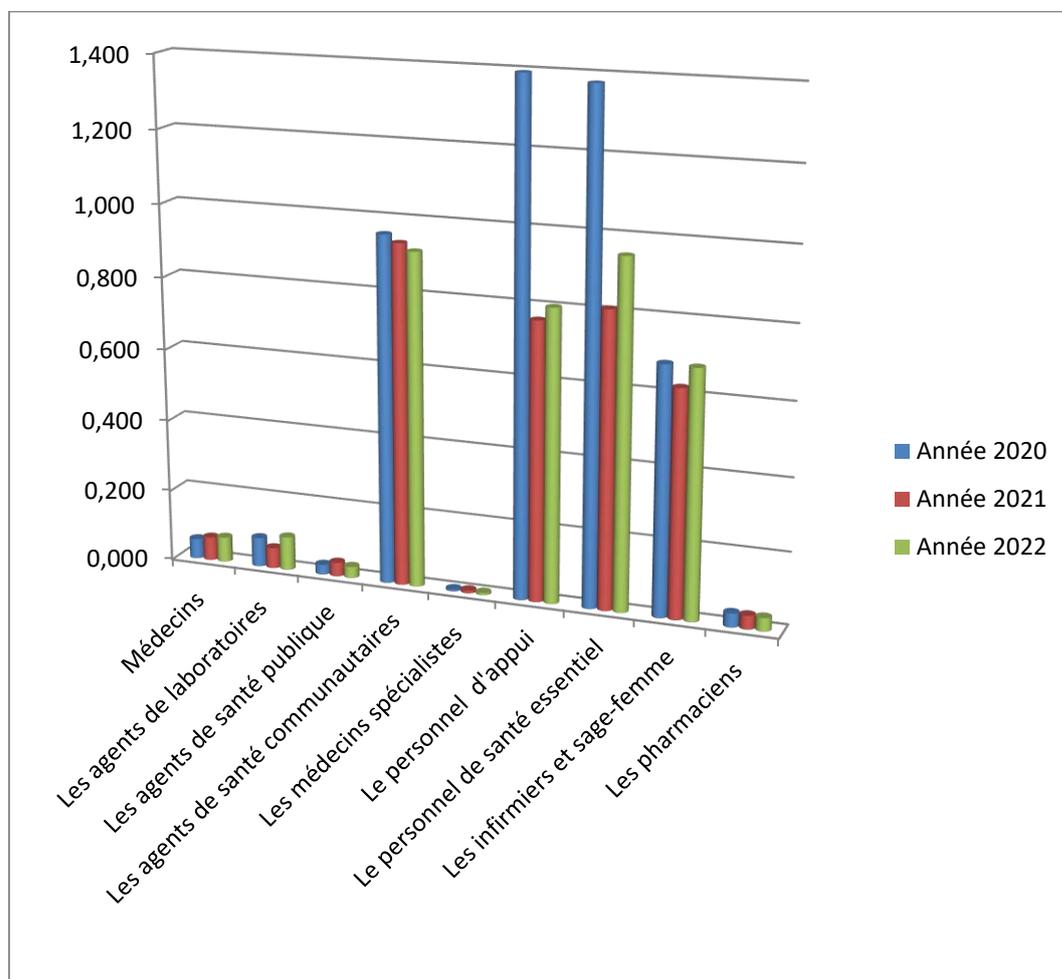


Source: Annuaire statistiques

Pour le taux de couverture vaccinale en BCG est variable d'une année à l'autre. Le Taux de couverture souhaité au niveau national étant de 95%. Cette variabilité de la couverture vaccinale pourrait s'expliquer par la non maîtrise du dénominateur et surtout l'utilisation des cibles communales à partir de l'année 2021

II.2.19. Évolution de la densité du personnel de Santé (2020-2022)

Graphique 37 : Densité du personnel de Santé



Source : <Calculée à base des annuaires statistiques

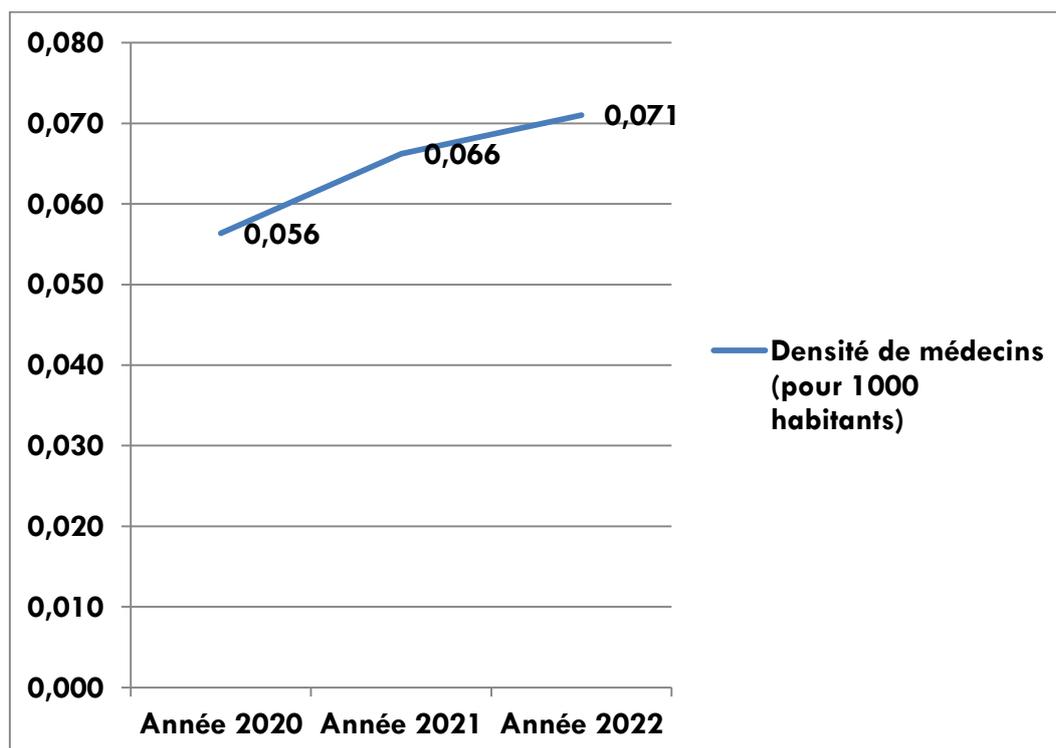
En 2019, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida a élaboré un Plan Stratégique de la Direction des ressources humaines, édition 2019-2023. Lun des objectifs de ce Plan Stratégique était de produire des ressources humaines en santé compétentes et suffisantes en vue d'offrir des services de qualité à tous les niveaux du système de santé du pays. En 2022, le Ministère n'a pas atteint les objectifs escomptés. De plus, la norme de l'OMS est d'atteindre au moins 2.3 du personnel (médecins, infirmiers et sage-femmes) pour 1000 habitant. Considérant la figure ci-dessus, toutes les catégories du personnel sont en dessous d'une densité de 1.5 pour 1000 habitants. La capacité de recrutement et de rétention du personnel constitue une limitation considérable alors que la population ne cesse d'accroître.

II.2.20. Densité de médecins (pour 1 000 habitants)

La densité de médecins (généralistes + spécialistes) pour 1000 habitant est de 0.056 en 2020, 0.066 en

2021 et 0.071 en 2022 selon l'annuaire statistique 2022. L'objectif qu'on s'était fixé était d'avoir respectivement 0.096, 0.097 et 0.099 aux années 2020, 2021 et 2022 à base de la projection de l'offre et des besoins en personnel de santé 2019-2023 au plan stratégique de la Direction de Ressources Humaines. La norme de l'OMS est d'atteindre au moins 2.3 médecins pour 1000 habitant. On est loin d'atteindre l'objectif National et la norme de l'OMS par ce que la capacité de recrutement et de rétention est limitée alors que la population ne cesse d'accroître.

Graphique 38: Densité de médecins (pour 1 000 habitants)



Source: Calcul à base des annuaires statistiques

II.2.21. Densité du personnel infirmier et des sages-femmes (pour 1 000 habitants)

La densité du personnel infirmier et sage-femme pour 1000 habitant est de 0.683, 0.625 et 0.681 correspond aux nombres des infirmiers et sage-femmes de 8411, 7857 et 8747 à base des documents d'annuaire statistiques. La projection de l'offre et des besoins en personnel de santé 2019-2023 au plan stratégique de la Direction de Ressources Humaines à la page 37 montre qu'on ait prévu d'avoir un nombre du personnel infirmier et sage-femme de 9419, 9514 et 9607 respectivement aux années 2020, 2021 et 2022.

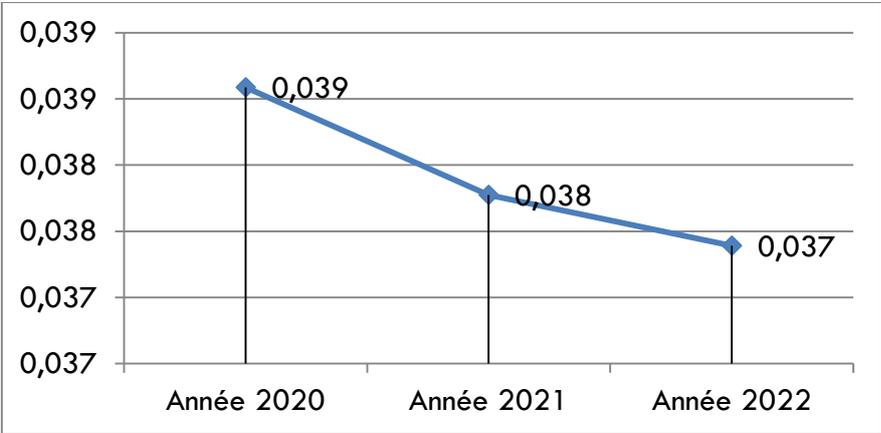
II.2.22. Densité de pharmaciens (pour 1000 habitants)

On ne dispose pas les données fiables pour les pharmaciens.

Selon l'annuaire statistique 2020 ; les gestionnaires des pharmacies (A1 = 82 , A2 = 239, A3= 154) soit un total de 475.

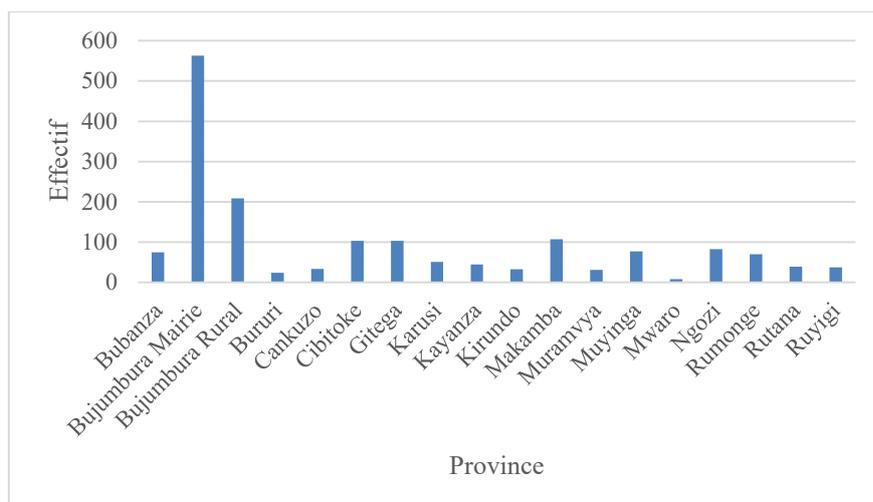
La densité de gestionnaire de pharmacie pour 1000 habitants est de 0,039, 0,038 et 0,037 correspond aux nombres de gestionnaire de pharmacie de 475, 475 et 480 à base des documents d'annuaire statistiques. La tendance de la courbe du graphique suivante montre qu'il y a la diminution, cela serait dû à l'augmentation de la population de 12309600 en 2020, 1257457 en 2021 , 12837540 en 2022, les départs en retraite ou mise en disponibilité et de la capacité limitée de recrutement.

Graphique 39 : Densité des gestionnaire de pharmacies



Source: Calcul à base des annuaires statistiques

Graphique 40 : Distribution des officines pharmaceutiques par province



Source: MSPLS/ABREMA

II.3. ODD 4 - Une éducation de qualité

III.3.1. Enfants de moins de cinq ans dont le développement est sur la bonne voie

Selon l'OMS, la proportion d'enfants dont le développement est sur la bonne voie est mesurée par le pourcentage des enfants âgés de 36 à 59 mois dont le développement est en bonne voie dans au moins trois des quatre domaines de la littératie-numératie, le développement physique, le développement socio-émotionnel et l'apprentissage.

Le Burundi comprend 39,6% d'enfants de moins de cinq ans dont le développement est jugé sur la bonne voie en matière de santé, d'apprentissage et de bien-être psychosocial. Cette performance est faible et nécessite des efforts supplémentaires de la part des autorités nationales et de leurs partenaires pour mesurer et suivre régulièrement le développement de la petite enfance, comprendre ce dont les jeunes enfants ont besoin et identifier ceux qui risquent d'être en retard et/ou qui n'atteindront pas leur plein potentiel de développement, si des stratégies idoines ne sont pas prises rapidement.

II.4. ODD 5 - Égalité des genres.

4.1. La violence conjugale – Violences sexuelles et physiques basées sur le genre

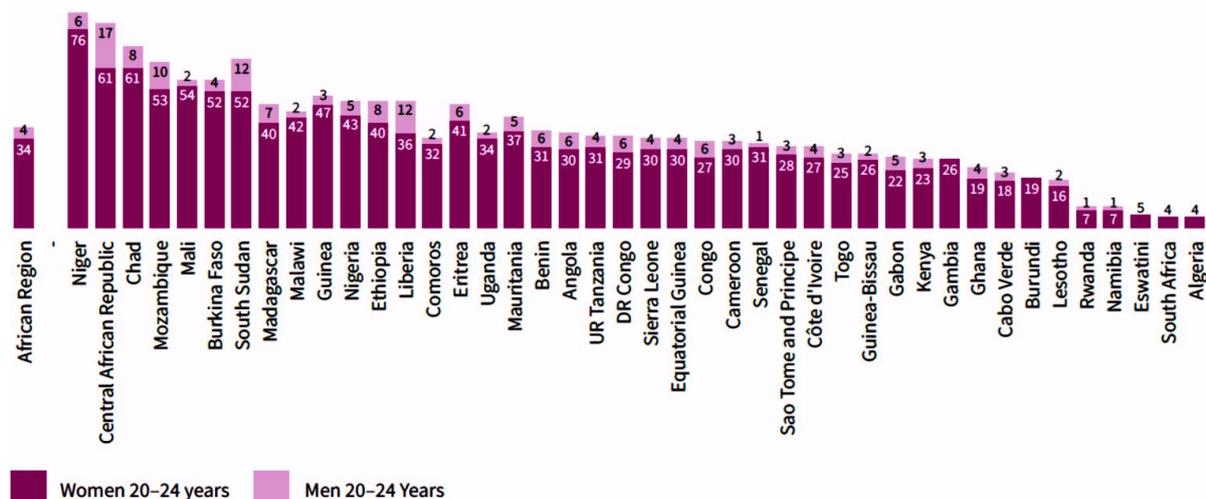
Selon l'EDSB III 2016-2017, 36% des femmes et 32% des hommes âgés de 15 à 49 ans ont subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans. Pour près de six femmes sur dix (57%), l'auteur de ces actes était le partenaire actuel. Chez les hommes, dans 16% des cas, l'auteur des violences physiques était 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. 10% 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.

II.4.2. Mariage précoce

L'âge légal du mariage au Burundi est de 18 ans pour une fille et de 21 ans pour un garçon, mais cette législation n'est pas toujours respectée. Il en résulte souvent des mariages précoces avec des conséquences sanitaires et socio-économiques importantes. Il s'agit notamment de la mortalité maternelle élevée, la violence conjugale, la dépendance économique de la femme vis-à-vis de son mari mais aussi la pression de la belle famille. L'une des causes les plus fréquentes des mariages précoces sont les grossesses non désirées car les filles qui tombent enceintes se retrouvent presque toujours dans l'obligation d'épouser le garçon responsable de cette situation.

Depuis quelques années, les chiffres sur les grossesses non désirées deviennent de plus en plus alarmants. Entre 2009 et 2016, elles étaient estimées à 14 104. Les conséquences sont énormes et se sont traduites en 115 193 cas d'abandons scolaires enregistrés sur l'ensemble du territoire burundais de septembre 2015 à avril 2016 en dépit de nombreuses campagnes de sensibilisation, et notamment en milieu scolaire. Le manque d'information des parents semble être l'obstacle majeur à l'éradication des mariages précoces et des grossesses non désirées au sein des communautés.

Graphique 41 : Proportion de jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans mariées ou en union avant 18 ans dans la Région africaine de l'OMS, 2020, UNICEF



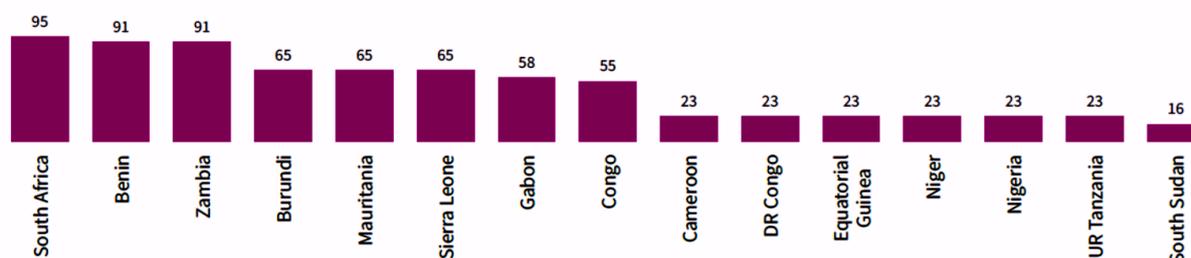
Source : Région africaine de l'OMS, 2020, UNICEF

II.4.3. Pays dotés de lois et de réglementations garantissant l'accès aux femmes âgées de 15 à 49 ans aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive

Le droit à la santé sexuelle et reproductive fait partie intégrante du droit à la santé consacré à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Cela se reflète également dans d'autres instruments de droits. Les parlements ont la responsabilité, à travers leurs rôles dans la législation, le contrôle et la budgétisation, de faire progresser l'égalité des sexes et la justice sexuelle et reproductive.

En 2019, 72% des pays d'Afrique subsaharienne disposaient de lois et de réglementations garantissant un accès complet et égal aux femmes et les hommes âgés de 15 ans ou plus aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive. Les pays avec de telles réglementations et lois sont estimés à 70% pour les soins de santé maternelle, 77% pour les services de soins contraceptifs, 49% pour l'éducation sexuelle et 81% pour le VIH et le VPH. **Le Burundi est côté à 65%** sur cette échelle par l'UNStat comme indiqué par le Tableau de bord ci-après.

Graphique 42: Tableau de bord sur les pays dotés de lois et réglementations garantissant l'accès aux femmes âgées de 15 à 49 ans aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive parmi les pays disposant de données (n=12)



Source : UNStat

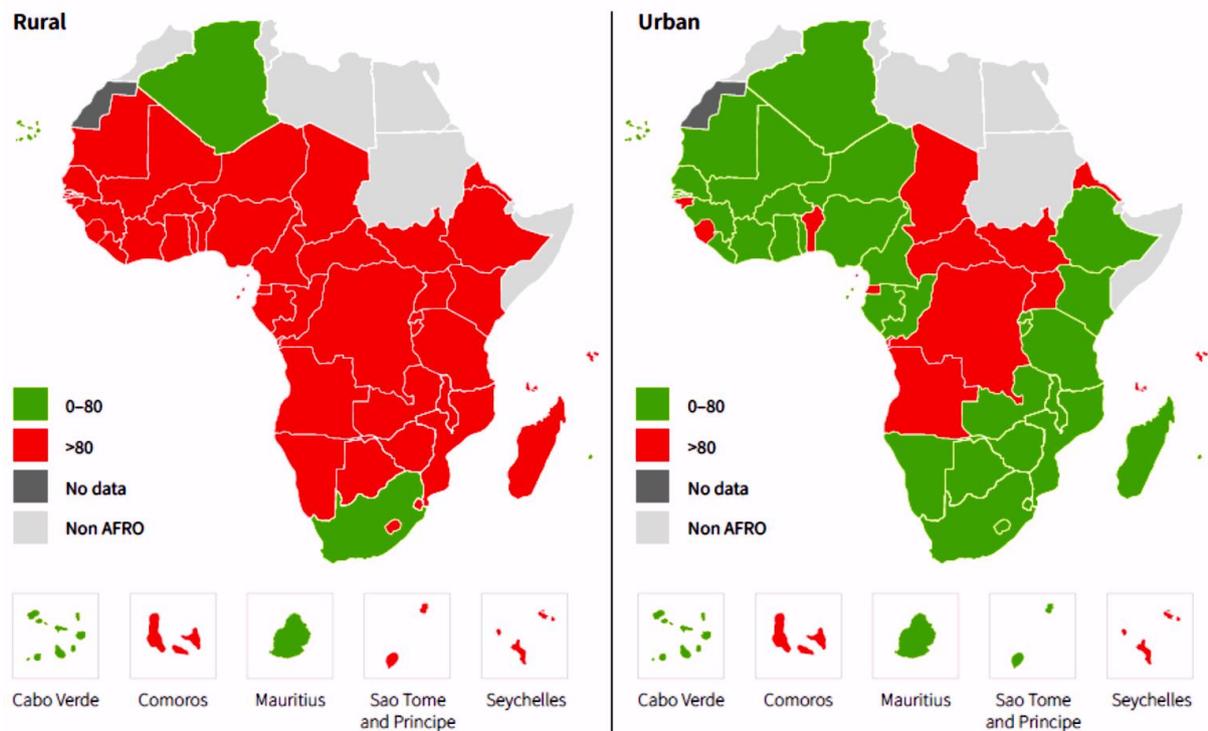
II.5. ODD6 - Eau propre et assainissement

II.5.1. Population utilisant des services d'eau potable gérés en toute sécurité

[Voir aussi Section relative au « Taux de mortalité attribué à l'exposition à des services WASH non sécurisés (pour 100 000 habitants) » développée plus haut].

En 2020, le Burundi faisait partie de la catégorie des pays de la Région africaine de l'OMS dont la population urbaine ($\geq 80\%$) avait accès à des services de base de fourniture d'eau potable. D'importants efforts sont nécessaires pour faire accéder la population vivant dans les zones rurales à des services de base de fourniture d'eau potable pour réduire / endiguer les épidémies de maladies telles que le choléra, la typhoïde et les maladies diarrhéiques d'une part et, d'autre part, réduire la mortalité et la morbidité des moins de cinq ans.

Figure 7 : Population utilisant des services d'eau potable gérés en toute sécurité dans la Région africaine de l'OMS en 2020



Source : OMS/AFRO en 2020

II.6. ODD 13 - Action climatique

II.6.1. Effets directs sur les personnes attribués aux catastrophes climatiques

La Vision Burundi 2025 engage fermement le pays à « faire, de la protection et gestion rationnelle de l'environnement, une priorité afin que les burundais vivent dans un cadre protégé et bien géré ».

Par ailleurs, le Burundi s'est doté d'une Politique nationale sur le changement climatique depuis 2013. Cette politique s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la CCNUCC et du Protocole de Kyoto auxquels le Burundi est partie prenante. Le but est de gérer efficacement le changement climatique de manière à ce que ses effets néfastes sur les différents secteurs et dans divers domaines soient réduits au minimum. Cette politique vise à renforcer la maîtrise du changement climatique dans le pays, et dans ce sens elle sert de référence aux actions à entreprendre. Elle donne également les grandes orientations axées sur des stratégies de mise en œuvre pour faire face au changement climatique. L'objectif global poursuivi par cette politique est la promotion d'un développement résilient au changement climatique.

En outre, l'orientation stratégique 3 du Plan National de Développement du Burundi (PND Burundi, 2018-2027) vise à protéger l'environnement, s'adapter aux changements climatiques et améliorer l'aménagement du territoire. Cette orientation s'inscrit dans le cadre des réformes structurelles sectorielles et institutionnelles que le Gouvernement a prévu d'opérer sur la décennie 2018-2027 en matière de protection de l'environnement, d'adaptation aux changements climatiques et d'amélioration de l'aménagement du territoire pour le développement durable du pays.

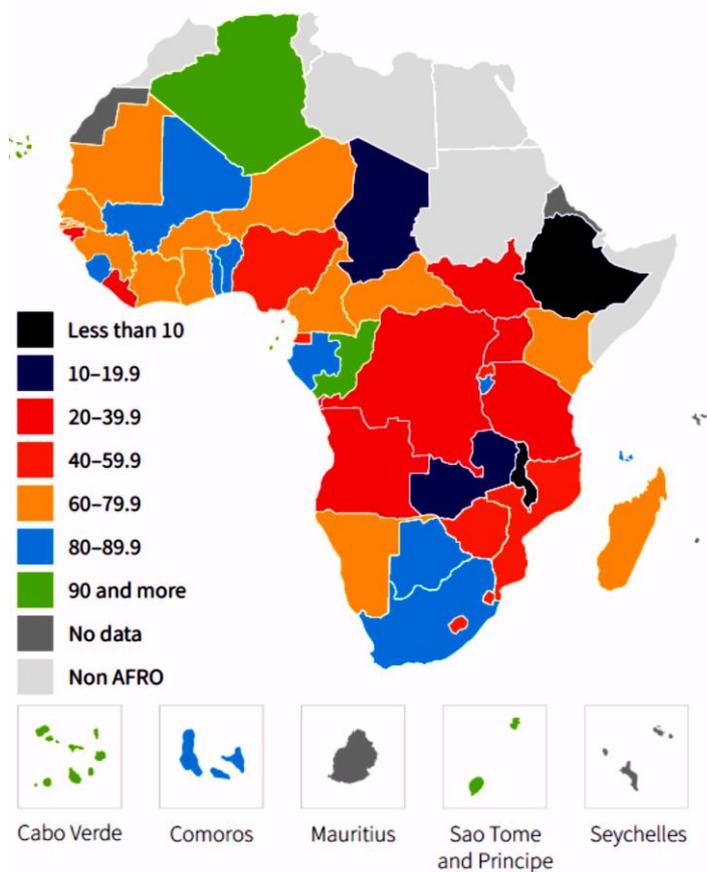
En dépit de ces divers instruments politiques et juridiques, la fréquence et l'ampleur des catastrophes naturelles liées au changement climatique ont considérablement augmenté depuis 2010. En 2018, OCHA a recensé 445 désastres naturels qui ont affecté plus de 270 000 personnes au Burundi. Parmi elles, au moins 100 000 ont été forcées de se déplacer pour chercher un abri ailleurs et de nouveaux moyens de subsistance. Les pluies torrentielles (y compris des pluies s'accompagnant de fortes grêles), des inondations, y compris la montée du niveau des eaux du Lac Tanganyika souvent au-dessus de sa côte d'alerte, des glissements de terrain et des vents violents endommageant d'une manière répétitive les maisons, les écoles, les hôpitaux, les routes et d'autres infrastructures, dévastant des récoltes et emportant habitations et bétail... ont été les événements les plus fréquents. La Plaine de l'Imbo et les zones en bordure de cours d'eau ont régulièrement payé le plus lourd tribut.

Le Gouvernement a mis en place et équipé, avec l'aide de ses partenaires, la Plate forme Nationale de prévention des risques et de la gestion des catastrophes et un Centre des opérations d'urgences de santé publique (COUSP) pour faire face à ces catastrophes récurrentes. Pour répondre à chaque catastrophe, et en fonction de la spécificité de celle-ci, le Gouvernement et ses partenaires activent le Plan de contingence selon un mécanisme relativement bien « huilé ».

II.6.2. Enregistrement des naissances

Le Burundi appartient à la catégorie des pays de la Région africaine de l'OMS où 80–89.9% des naissances sont enregistrées auprès d'une autorité civile comme l'indique la Figure ci-après.

Figure 8 : Enfants de moins de cinq ans dont la naissance a été enregistrée auprès d'une autorité civile dans la Région Africaine de l'OMS, 2010-2019



Source : OMS/AFRO

L'enregistrement des naissances va au-delà de la reconnaissance légale de l'existence des personnes. Le défaut d'enregistrement d'une naissance peut résulter de nombreux obstacles, y compris la longue distance jusqu'au centre d'inscription le plus proche, le manque de connaissances sur le processus d'inscription ou l'absence de frais pour enregistrer la naissance ou obtenir un certificat de naissance pour un enfant, ce qui peut être prohibitif pour les familles les plus pauvres.

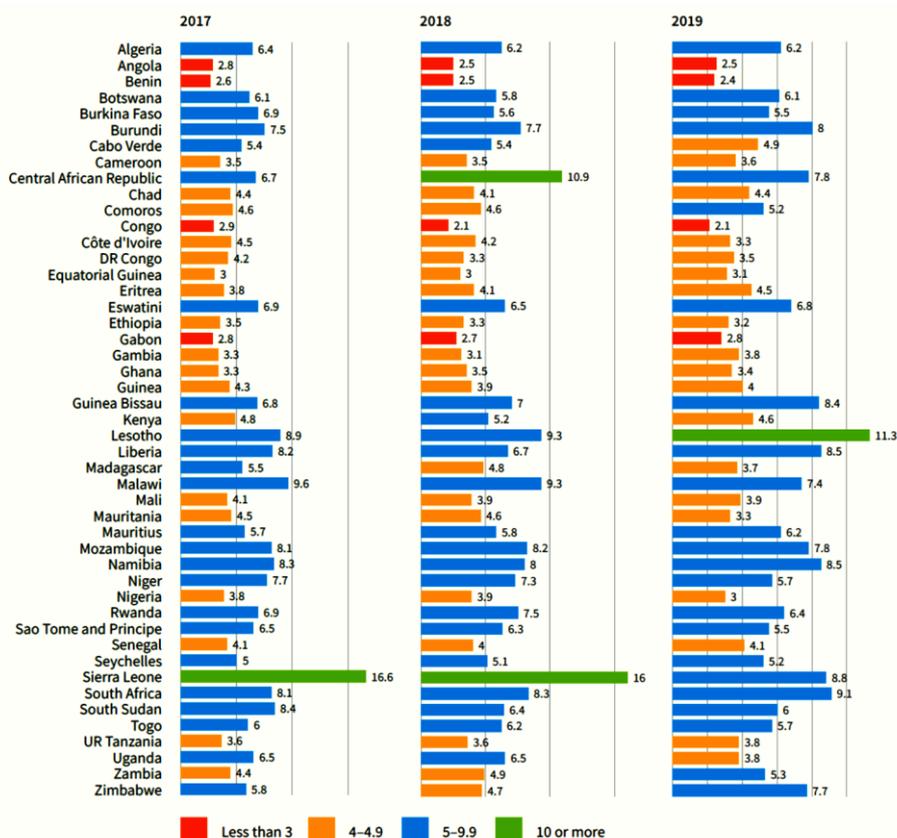
CHAPITRE III: INTRANTS ET PROCESSUS DE SANTÉ

III.1. Financement de la santé

III.1.1. Dépenses courantes totales de santé en% du produit intérieur brut (PIB)

Les dépenses courantes totales de santé en pourcentage du PIB engagées par le Burundi ont connu une croissance régulière passant successivement de 7.5% en 2017 à 7.7% en 2018, puis à 8% en 2019 (Dépenses courantes totales de santé en pourcentage du PIB dans la Région africaine de l'OMS, 2017-2019, OMS) comme indiqué par le Graphique ci-dessous.

Graphique 43 : Dépenses courantes totales de santé en pourcentage du PIB dans la Région africaine de l'OMS, 2017-2019, OMS

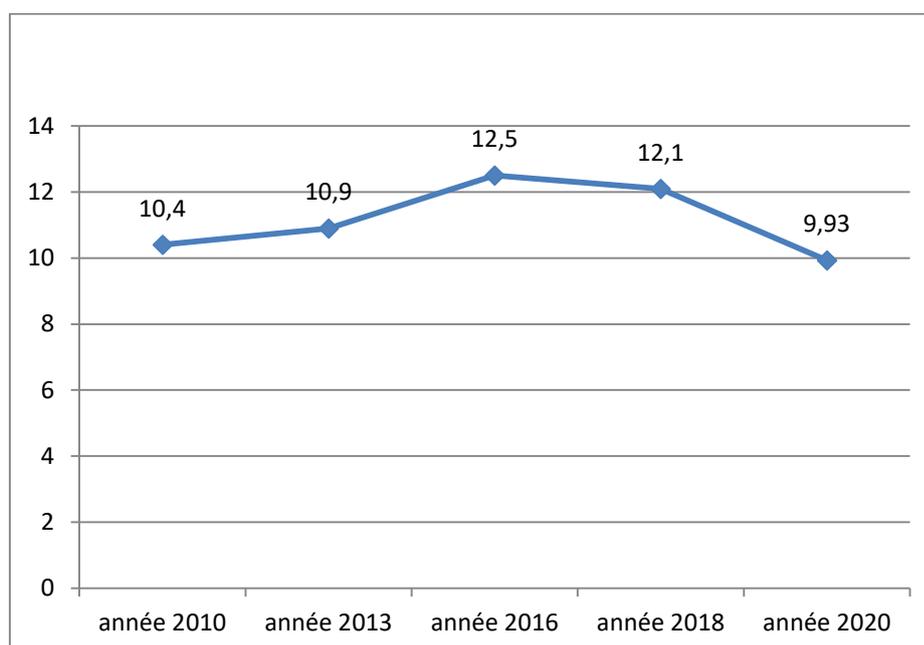


Source : OMS/AFRO

III.1.2. Budget national alloué à la santé (%)

La Part du Gouvernement alloué à la santé en pourcentage du budget total a augmenté de 2010 (10,41%) à 2016 (12,5%). Depuis 2016, cet indicateur est en baisse et se situe à 12,1% en 2018 puis à 9,9% en 2020. L'information qui se dégage est que cet indicateur reste toujours en deçà des 15% établis comme objectif dans la déclaration d'Abuja malgré son niveau satisfaisant.

Graphique 44: Budget national alloué à la santé (%)



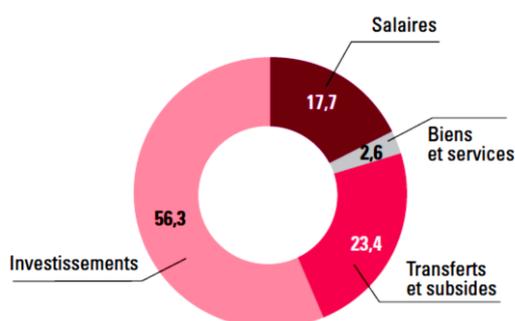
SOURCE : Rapport des comptes de santé

III.1.3. Composition des allocations budgétaires de la santé (en%)

Les allocations budgétaires sont composées des salaires, des biens et services, des transferts et subsides, et des investissements. La plus grande part du budget du Ministère en charge de la santé est consacrée aux investissements avec 56,3%, suivis des transferts et subsides représentant 23,4% des dépenses totales du Ministère, et des salaires et traitements constituant également des dépenses obligatoires avec 17,7%. Les biens et services pour leur part ne représentent que 2,6% du budget de ce Ministère. L'importance accordée aux investissements constitue un atout pour relever le défi des infrastructures et des équipements, et au bout du compte contribuer à améliorer la qualité des soins et des services de santé.

En considérant le budget global de l'exercice 2022-2023 par nature économique, les salaires du secteur de la santé représentent 8% de la masse salariale globale du budget de l'État, les biens et services de ce Ministère représentent 3,9% du budget global des biens et services. Les transferts et subsides représentent 11,2% du budget global de cette catégorie de dépenses et les allocations consacrées aux investissements représentent environ 10,9% du budget total des investissements de l'État.

Graphique 45: Répartition des allocations budgétaires de santé selon la nature économique en 2022-2023 (en %)



Sources : Lois de finances 2022-2023

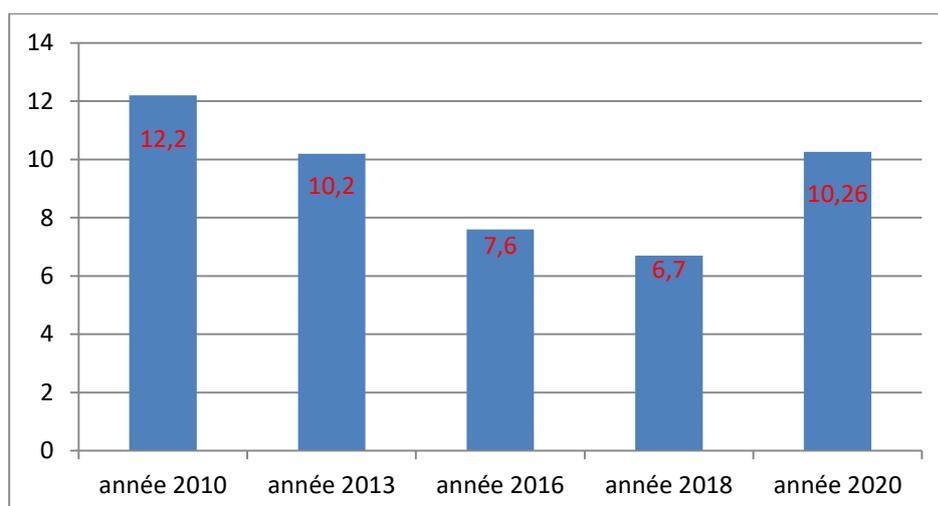
III.1.4. Dépenses totales de santé comme pourcentage du produit intérieur brut (PIB) (%)

L'évolution de la DTS en pourcentage du PIB laisse entrevoir une baisse de l'indicateur sur la période passant de 12,2% en 2010 à 6,7% en 2018 et cet indicateur est plus faible au Burundi que dans les autres pays avec un PIB comparable.

Cependant, la dépense de santé en pourcentage du PIB élevé ne se traduit pas automatiquement et dans l'immédiat par une amélioration de l'état de santé de la population.

En effet, une grande dépense totale en santé (DTS) % PIB dans un pays à revenu faible, pourrait signifier qu'il n'y a pas assez de dépenses de santé pour répondre aux besoins de base de la population pendant que la dépense de santé par habitant (faible) révèle le contraire. Il est donc indiqué d'associer ces deux indicateurs pour faire des analyses réalistes.

Graphique 46 : Dépenses totales de santé comme pourcentage du produit intérieur brut (PIB) (%)

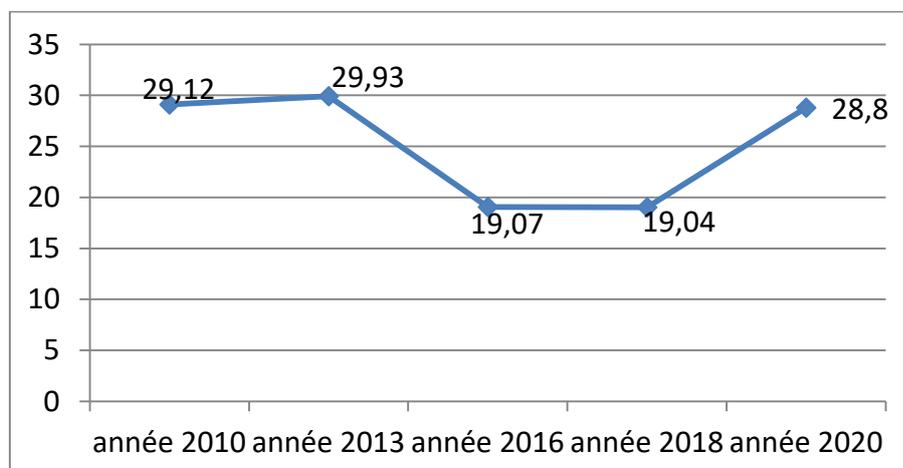


SOURCE : Rapport des comptes de santé

III.1.5. Dépenses totales de santé par habitant en dollars (DTS)

Tenant compte de la croissance de la population ainsi que du taux d'inflation, l'on attendait un niveau élevé de l'indicateur. Cependant, la baisse absolue des dépenses de l'administration (27,82% en 2018), a impacté la DTS par habitants qui est restée presque stable en 2018 avec une valeur de 19,04% USD. Toutefois en 2020, les dépenses total de santé par habitant était de 28,80USD. Elles restent en deçà des 86 USD de DTS par habitant par an recommandé pour assurer une prestation de service de santé de base dans le cadre de la réalisation de la CSU et encore plus bas que le minimum exigé (112 USD/habitant) pour l'atteinte de l'ODD 3.

Graphique 47 : Dépenses totales de santé par habitant en dollars

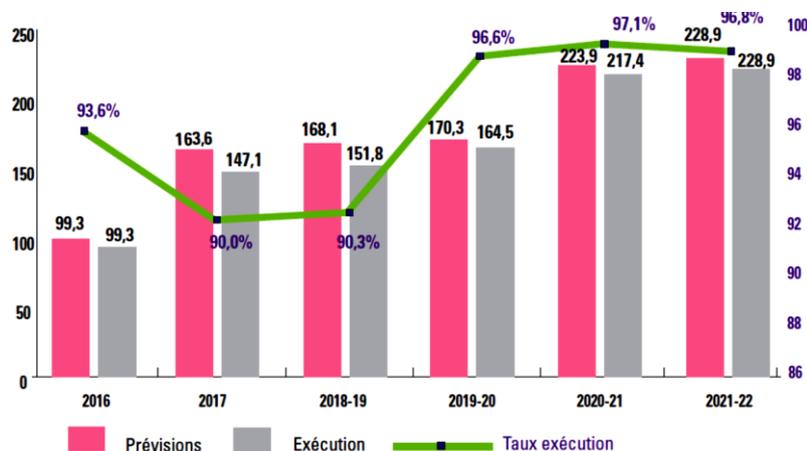


SOURCE : Rapport des comptes de santé ; 2020

III.1.6. Crédibilité et exécution budgétaire

Cette section analyse les écarts entre le budget voté et le budget exécuté pour un exercice budgétaire. Cette comparaison donne un aperçu de la qualité de l'exercice de programmation budgétaire et une idée de l'exécution budgétaire. Au regard des résultats, on constate que le taux d'exécution budgétaire dans la santé a été toujours supérieur ou égal à 90%, ce qui traduit une capacité relative du secteur de la santé à utiliser les crédits budgétaires mis à leur disposition.

Graphique 48 : Prévisions et exécution budgétaire du secteur de la santé (2016-2021/2022) en milliards de BIF

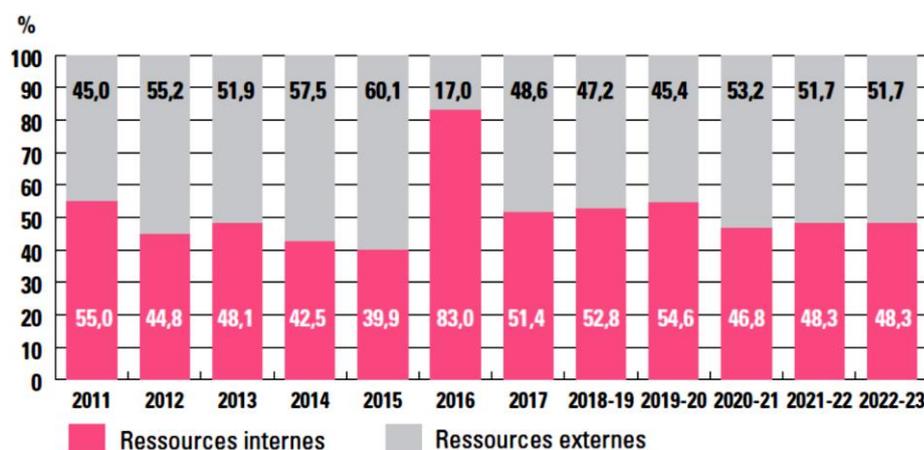


Sources : MFBPE, Lois de finances 2016-2021/2022

III.1.7. Sources intérieures publiques des dépenses courantes de santé en pourcentage des dépenses courantes de santé.

Le budget de la santé provient à la fois des ressources internes et externes (dons, projets). Pour l'exercice budgétaire 2022-2023, la part des ressources externes dans le budget total du secteur de la santé représente 51,7%, contre 48,3% de ressources internes. L'appui extérieur à la santé est constitué des contributions aux projets pour un montant de 118,3 milliards de BIF en 2021-2022 totalement orienté vers les investissements. Pour l'exercice 2016, l'on note une très faible part des ressources externes, ce fait est lié aux sanctions économiques qui avaient été prises à l'encontre du pays, suite à la grave crise socio-politique survenue en 2015. Selon l'Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine / OMS - Sep 2022, la dépense intérieure de santé (DOM) en% de la dépense courante de santé (CHE) engagé par le Burundi en 2019 a été de 69.0%.

Graphique 49 : Sources de financement de la santé, en %



Sources : Lois de finances 2011 à 2022-2023

III.1.8. Dépenses externes de santé (EXT) en % des dépenses courantes de santé (CHE)

Les dépenses externes de santé (EXT) en % des dépenses courantes de santé (CHE) étaient de 12.1% (Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine – Burundi, Sep 2022). Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la CSU en 2019, les pays se sont engagés à renforcer les SSP, avec la recommandation, à chaque État membre, de réattribuer 1% supplémentaire de son PIB aux SSP provenant de sources publiques ou externes. A l'exception de l'exercice 2016, les ressources ont régulièrement représenté près de la moitié des dépenses de santé du Burundi.

L'aide au développement dans le secteur de la santé constitue aujourd'hui une toile très complexe où toutes les formes de coopération se croisent. La coopération internationale dans le domaine de la santé est désormais régulièrement abordée dans une multitude de forums tels que les sommets du G8 et le Conseil de sécurité de l'ONU. Depuis l'éclosion de la pandémie de COVID-19, les vaccins ont constitué une nouvelle donne de la coopération sanitaire.

III.2. Gouvernance de la santé

III.2.1. Pays avec plan/politique stratégique de santé

Le Burundi dispose actuellement d'une Politique nationale de santé 2016-2025 et d'une Stratégie sectorielle Santé 2021-2027.

Cela constitue une opportunité pour le pays pour ajuster / ré-orienter sa politique, ses stratégies de santé dans diverses thématiques pour s'assurer que les stratégies et les plans jouent un rôle - clé dans la définition de la vision, des orientations politiques dans le but de (i) renforcer son système de santé; (ii) guider et piloter l'ensemble du secteur de la santé; (iii) tenir compte des déterminants sociaux et des interactions entre le secteur de la santé et les autres secteurs.

Par ailleurs, le Burundi appliquait respectivement un cycle décennal pour l'élaboration de sa Politique nationale de santé dont la dernière couvre la période 2016 – 2025 (PNS 2016-2025).

III.2.2. Espace décisionnel au niveau national (provincial et district)

Le Burundi dispose d'un Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD) au niveau central avec des branches dans chacune des provinces du pays. Ce cadre constitue un espace de dialogue et de concertation entre la partie nationale et l'ensemble des partenaires intervenant dans le secteur de la santé. Il constitue également l'espace décisionnel privilégié au niveau provincial. Il organise et coordonne une revue trimestrielle conjointe des activités menées au niveau provincial. Le CPSD provincial est placé sous la présidence du Gouverneur de province, et le Médecin Directeur de la province sanitaire en assure le secrétariat technique.

Selon la source des financements majeurs, il existe en outre un cadre de coordination sous la responsabilité du Cabinet du Ministre en charge de la santé au Burundi, à l'instar de :

- l'Instance nationale de coordination (ICN) des ressources allouées par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme qui, aujourd'hui, intervient également dans le renforcement du système national de santé d'une part et, d'autre part, du système communautaire .

Trois grandes catégories d'acteurs seront étroitement impliqués pour définir le système de santé et sa gouvernance: (i) la structure de l'État, c'est-à-dire les organisations et agences gouvernementales aux niveaux central et décentralisé (provincial); (ii) les prestataires de services de santé qui regroupent différents services cliniques publics et privés à but lucratif et non lucratif, paramédicaux et les fournisseurs de services non cliniques, les syndicats des travailleurs de la santé, les associations professionnelles et

les réseaux des soignants et prestataires de soins, etc. ; (iii) les citoyens, y compris les représentants du peuple, les associations de patients, les organisations de la société civile, les organisations / associations de citoyens représentant les groupes les plus vulnérables, etc. qui deviennent des utilisateurs de services lorsqu'ils interagissent avec les prestataires de services de santé.

Le leadership et la gouvernance impliquent de s'assurer que des cadres politiques stratégiques existent et sont combinés à une surveillance efficace, la formation de coalitions, la réglementation, l'attention portée à la conception du système et la responsabilisation pour atteindre les objectifs envisagés.

III.3. Information sur la santé

III.3.1. Couverture de l'état civil des naissances (%)

Le Burundi dispose d'un système robuste d'état civil permettant l'enregistrement des naissances. Il est classé dans la catégorie des pays de la Région africaine de l'OMS où 80–89.9% des naissances sont systématiquement enregistrées auprès d'une autorité civile. Ce système garantit la complétude de l'enregistrement des naissances. Au terme de chaque exercice, les données annuelles issues de l'état civil sont compilées.

III.3.2. Couverture de l'enregistrement des décès et des causes de décès (%)

Un nouveau système d'enregistrement des faits d'état civil a été mis en place en avril 1980 par le Décret législatif n° 1/1 du 15 janvier 1980, portant sur le Code des personnes et de la famille remplaçant le système hérité de la période coloniale. Le but des systèmes d'enregistrement de l'état civil est de : (i) fournir à la population les actes et certificats qui confèrent aux individus les droits civils et juridiques reconnus par le Code des personnes et de la famille; (ii) fournir des données statistiques fiables pour avoir une meilleure connaissance des mouvements de la population.

Il existe un cadre législatif comprend la Constitution, le Code des personnes et de la famille, le Code pénal, tous les instruments juridiques régionaux et internationaux ratifiés par le Burundi, les ordonnances ministérielles du Ministre ayant l'intérieur dans ses attributions, ainsi que l'ordonnance ministérielle conjointe du Ministre de l'Intérieur et du Ministre de la Santé publique. Ces événements civils sont couverts par la législation : (i) Naissance; (ii) Mariage; (iii) Décès et (iv) autres actes.

Au rang des ministères intervenant dans l'enregistrement des faits d'état civil et l'identification, on retrouve : (i) Ministère de l'Intérieur, du Développement communautaire et de la Sécurité publique; (ii) Ministère de la Justice, de la Protection civique et Garde des sceaux; (iii) Ministère de la Santé publique

et de la Lutte contre le sida. L'unité administrative la plus basse où l'on trouve des bureaux locaux d'enregistrement des faits d'état civil est la zone administrative. Cela garantit une meilleure gestion des fonds publics au niveau local grâce à une connaissance approfondie du nombre d'habitants, de leur âge, etc.

Le PNUD, l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA sont les partenaires de développement qui soutiennent le système de l'état civil au Burundi.

Causes de décès

Si le décès ne survient pas en établissement, les outils ou méthodes d'autopsie verbale ne sont pas utilisés pour recueillir des renseignements sur la cause du décès. La cause du décès est codée selon la Classification internationale des maladies (CIM-10). Les dispositions de la Loi sur l'enregistrement des naissances, des mariages et des décès exige que tous les décès soient attestés par un médecin, peu importe le lieu où ils sont survenus.

(**Source:** Aperçu des systèmes d'enregistrement et de statistiques d'état civil au Burundi, Centre d'excellence sur les systèmes ESEC & Centre de recherche pour le développement international – 2021)

III.3.3. Pourcentage d'établissements utilisant des dossiers de patients ou des numéros d'identification unique de patients.

Le Burundi pilote diverses solutions de collecte de données sur les patients dans le cadre du Projet «Twiteho Amagara» financé par l'Union européenne. Cette action a couvert un large périmètre géographique et a été conduite de manière concertée par cinq consortia sous le lead d'ENABEL et la coordination technique de l'OMS. Cette action s'est inscrite dans un Programme National de Développement de l'Informatique Sanitaire (PNDIS 2ème génération).

Le Projet « Twiteho Amagara » a participé à l'extension des actions de digitalisation initiées dans le cadre du Programme National de Développement de l'Informatique Sanitaire (PNDIS 2ème génération). A titre illustratif, il y a lieu de mentionner l'informatisation de l'Hôpital de district, de la stratégie "plaintes et traitement" (SPT) dans les CDS et du Centre national de transfusion sanguine (CNTS). La stratégie SPT inspirée de la sémiologie médicale, qui était jusque-là exploitée sous format hard copy, a été également informatisée pour certaines FOSA. Cette stratégie a été paramétrée sur des tablettes et ordinateurs des FOSA ciblées ; puis le personnel de ces FOSA a été formé à l'utilisation de cette stratégie numérisée et à son application à la prise en charge efficiente des malades pendant les consultations. Il s'agissait d'une

expérience – pilote dont les résultats ont été validés par le Ministère de la santé et jugés comme « largement concluants ».

La digitalisation de la gouvernance des FOSA avec le logiciel OPENCLINIC, est un outil efficace d'aide à la décision. Les FOSA visitées affirment que cette digitalisation leur a permis de mieux structurer le circuit du malade en imposant un circuit obligatoire à tous les patients avec l'utilisation d'un numéro d'identification (unique pour chaque personne). Cette pratique a abouti à une meilleure traçabilité du patient et à la réduction de son temps d'attente dans les services de soins ; à la réduction drastique des circuits parallèles de médicaments et d'argent... et un meilleur ciblage des cas devant être référés.

La digitalisation a eu un impact certain sur la qualité des soins et services de santé, et permis de renforcer et d'améliorer la gestion financière des FOSA. À titre illustratif, en province de Bujumbura Rural, l'Hôpital de district de Rwibaga affirme avoir doublé ses recettes en une année seulement, passant de 3,5 - 4 millions FBU à 7 - 8 millions FBU entre mai 2021 et avril 2022. Le CDS Ruyaga a connu, quant à lui, une augmentation de plus de 50% de ses recettes directes grâce à la digitalisation.

L'impact de la digitalisation des FOSA sur la qualité des soins et l'amélioration de la gouvernance est tellement évident que le Ministère de la Santé a manifesté sa volonté de l'institutionnaliser sur l'ensemble du territoire national. En effet, au cours de l'atelier de capitalisation sur la digitalisation organisée au mois de mars 2021, le Ministère a recommandé la généralisation de cette approche à toutes les FOSA du pays. La Banque mondiale ainsi que le Fonds mondial seraient intéressés à prendre part à ce processus. Le système FBP pourrait être mis à contribution notamment dans l'achat des équipements informatiques tels que des ordinateurs et des tablettes.

Le système de transfusion sanguine a également bénéficié du projet de digitalisation qui a démarré par le niveau central. Aujourd'hui, certaines fonctions du CNTS sont déjà digitalisées telles que la fonction de gestion des donneurs et de dons de sang, la fonction de gestion des laboratoires, la fonction des stocks des produits sanguins, et de la fonction de distribution. Il subsiste un besoin en ordinateurs (avec connexion Internet) pour la collecte mobile de sang (qui représente 80-90% des poches de sang collecté). Lorsque ce projet sera pleinement opérationnel, il contribuera à une amélioration substantielle de la gouvernance transfusionnelle, y compris la gestion des stocks des poches de sang, mais également de la sécurité transfusionnelle. Le CNTS sera en mesure de connaître, en temps réel, les stocks de produits sanguins (par groupe sanguin) disponibles au niveau central, mais aussi dans les centres régionaux de transfusion sanguine et dans les banques de sang périphériques. Le CNTS sera également capable de

connaître la date de péremption des différentes poches disponibles dans les stocks tant au niveau central qu'au niveau régional et périphérique.

La digitalisation est mise en œuvre par d'autres consortia, mais tous les consortia ne sont pas au même niveau d'avancement. L'approche développée par le consortium ENABEL qui prend en compte la stratégie SPT et celle mise en œuvre par le consortium CORDAID pourraient inspirer les autres consortia. Le consortium ENABEL assure, au sein du Projet « Twiteho Amagara », le rôle de lead thématique pour la digitalisation. Au terme de cette première phase du Projet « Twiteho Amagara », une phase d'extension et de passage à échelle des résultats les plus concluants est prévue. Elle permettra de renforcer, entre autres, l'utilisation de la plateforme DHIS2 par l'ensemble des opérateurs.

III.3.4. Pays disposant d'un plan/politique stratégique en matière d'e-santé :

Le pays a développé, avec l'appui technique de l'ENABEL, un Programme National de Développement de l'Informatique Sanitaire (PNDIS 2^{ème} génération) inspiré de la Stratégie mondiale sur la santé numérique 2020-2025 publiée en 2020 par l'OMS.

L'informatique médicale permettra d'améliorer les diagnostics et d'accroître la qualité des décisions relatives aux traitements; (ii) une meilleure gestion des ressources humaines grâce au recensement complet et continu de la force de travail dans le domaine de la santé; (iii) une meilleure gestion des ressources pharmaceutiques avec un suivi des approvisionnements plus efficace se traduisant par moins de ruptures de stock et moins de péremptions de médicaments; (iv) une bonne gestion des ressources matérielles et immobilières avec un inventaire complet et des procédures de maintenance programmées. L'inventaire aidera à rationaliser les futurs investissements du gouvernement et des partenaires au développement (PAD) en les redirigeant vers les endroits où ils seront les plus utiles; (v) L'informatisation des transactions financières dans les structures de soins augmentera de façon considérable les recettes des institutions; (vi) le partage transparent des informations relatives au budget et aux dépenses de la santé avec toutes les parties prenantes, créera une meilleure base de confiance et de collaboration.

III.4. Personnel de santé

III.4.1. Nombre d'établissements de formation en santé

Les Institutions dispensant un enseignement médical et / ou paramédical sont, notamment, l'Université du Burundi (la plus ancienne), l'Institut National de Santé Publique (INSP), et plusieurs universités privées dont l'Université Sagesse d'Afrique, l'Université Lumière de Bujumbura, l'Université

Espoir d'Afrique, l'Université de Ngozi, l'Université de Mwaro, et. En plus ils existent des écoles paramédicales dont le nombre s'élève à 24.

Une filière de formation de Médecins spécialistes (3ème cycle) a été montée en partenariat avec des Universités françaises. Cette filière permet notamment la formation de spécialistes en Médecine interne, Chirurgie, Gynéco-Obstétrique et Pédiatrie. La spécificité de cette filière est qu'une partie de la formation est organisée au Burundi, et une autre en France.

Depuis ses débuts en 1999, l'**Institut national de santé publique (INSP)** a largement étoffé son offre de formation, passant de quatre licences aux 12 filières. L'INSP a évolué vers des filières de Bachelor et de master conformément aux exigences du système BMD (Bachelor, Master, Doctorat). Les premières filières de Bachelor ont débuté durant l'année académique 2013-14 et le master en 2018.

III.4.2. Nombre et densité de médecins généralistes

Selon l'annuaire statistique 2022, le Burundi comptait 1058 médecins généralistes, soit une densité de 0,8 pour 10 000 habitants. L'on a noté une importante fuite de cerveaux liée, entre autres, au contexte socio-politique, sécuritaire et économique.

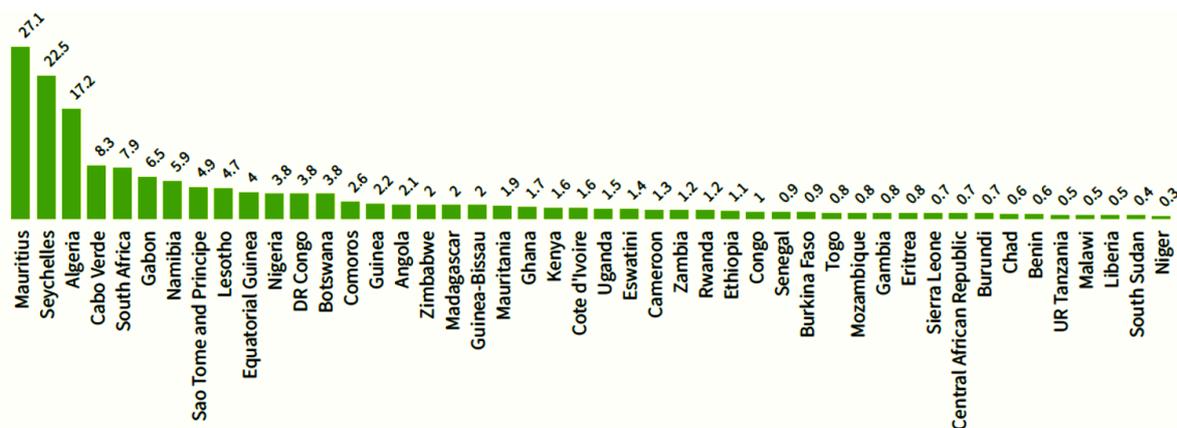
III.4.3. Nombre et densité de médecins spécialistes

Les données de l'Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine / OMS –Sep 2022 indiquent une densité de médecins spécialistes pour 10 000 habitants de 0.2 en 2018 pour le Burundi. Selon l'annuaire statistique 2022 du MSPLS, le nombre de médecins spécialistes est de 146, soit une densité de 0,1 pour 10 000 habitants. La plupart de ces médecins spécialistes prestent dans les grandes agglomérations urbaines. Le besoin est énorme, d'importants efforts sont déployés par le Gouvernement du Burundi pour former davantage de médecins ayant l'expertise nécessaire pour fournir des soins spécialisés aux patients et réduire la charge financière des évacuations sanitaires à l'étranger.

En effet, une filière de formation de médecins spécialistes a été mise en place en étroite partenariat avec la coopération française depuis environ deux décennies. Elle cible particulièrement les spécialités de Médecine interne, Chirurgie, Gynécologie-Obstétrique et Pédiatrie dont une grande partie de la formation est organisée en France. Cependant, il a été noté que certains lauréats ne regagnaient pas le pays au terme de leur formation. Le Gouvernement étudie les voies et moyens pour mettre en place des conditions de travail idoines qui permettraient de retenir et fidéliser les spécialistes formés.

Graphique 50: Densité des Médecins spécialistes pour 10 000 habitants dans la Région africaine

de l'OMS 2020



Source : OMS/AFRO 2020

III.5. Infrastructures de santé

III.5.1. Densité de lits d'hôpitaux (pour 10 000 habitants)

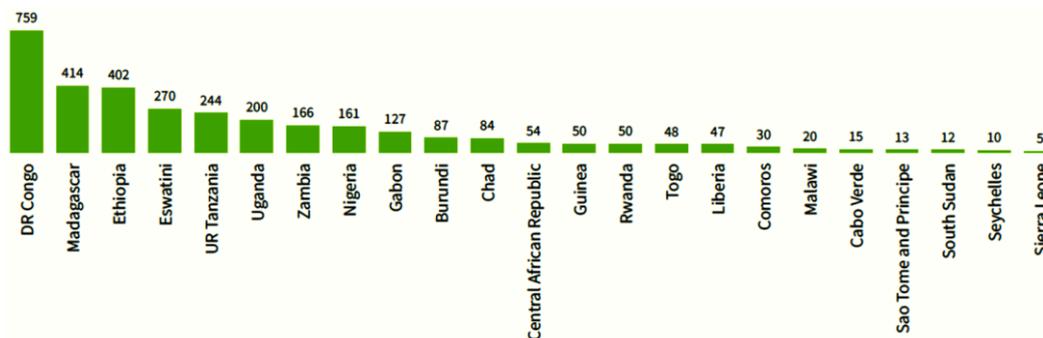
Selon l'Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine / OMS –Sep 2022, la densité et la distribution de lits d'hôpitaux pour 10.000 hab) est estimée à 24.8 pour le Burundi.

III.5.2. Nombre de lits de soins intensifs

En 2020-2021, le Burundi disposait d'un nombre estimé de 87 lits de soins intensifs (Atlas africain de Statistiques sanitaires, 2022). Un nombre élevé de lits d'hôpitaux ne garantit pas un bon niveau de soins. L'expérience pendant la pandémie de COVID-19 a montré que les niveaux de lits en soins curatifs offrent une vision qui ne permet pas de prédire le niveau de préparation requis par différents pays pour les urgences sanitaires. L'impératif est de garantir la disponibilité des lits d'hôpitaux, en général, et dans les unités de soins intensifs, en particulier, pour faire face à un afflux de cas en cas d'une épidémie. En cas de crise comme celle de la COVID-19, il est nécessaire de disposer d'un tableau de bord de la capacité d'absorption de chaque structure hospitalière pour faciliter la gestion de la crise.

Au plus fort de la crise de la COVID-19, le COUSP a permis d'ouvrir de nouveaux lits dans des FOSA dédiées permettant ainsi de prendre en charge les patients souffrant de la COVID-19. Toutefois, cette pandémie a rappelé aux autorités médico-sanitaires le besoin urgent de renforcer le nombre de lits de soins intensifs dans les différentes FOSA du pays, mais aussi des capacités du personnel soignant dans le domaine des soins intensifs.

Graphique 51: Nombre de lits de soins intensifs dans la Région africaine de l'OMS, 2020-2021, OMS/AFRO



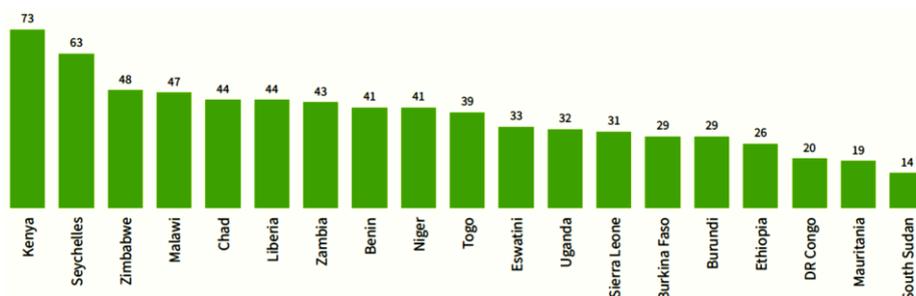
Source : OMS/AFRO

III.5.3. Etat de préparation des médicaments essentiels

Le niveau actuel de préparation du Burundi est estimé à 29% tel qu'indiqué par le Graphique 30 ci-dessous. Ce niveau de performance est faible et requiert un renforcement urgent du dispositif. Dans le cadre du renforcement du dispositif de préparation des médicaments essentiels, l'approvisionnement et la sécurité des médicaments seront assurés par l'Autorité Burundaise de Régulation des Médicaments à Usage Humain et des Aliments «ABREMA» qui jouera également un rôle central dans le renforcement de la surveillance réglementaire et la facilitation de l'accès à des médicaments essentiels sûrs et abordables.

L'ABREMA a pour objectif général de protéger la santé publique par la promotion de la qualité et la sécurité sanitaire des produits tels que les aliments préfabriqués et emballés, les médicaments à usage humain, les produits cosmétiques et diététiques contenant un principe actif, les médicaments à base de plantes, les médicaments traditionnels, les dispositifs médicaux ou les matériaux ou substances utilisées dans la fabrication des produits dont la consommation ou l'utilisation peut nuire à la santé humaine.

Graphique 52: Etat de préparation des médicaments essentiels dans la Région africaine de l'OMS, dernière année disponible, OMS/AFRO



Source : OMS/AFRO

III.5.4. Densité des formations sanitaires

Le Tableau 1 indique la densité des structures de soins par province. La province de Bujumbura-Mairie arrive en tête que ce soit en termes de centres de santé, en cliniques | polycliniques | centres médicaux et hôpitaux ; suivie des provinces de Gitega et Bujumbura. Les provinces de Mwaro, Muramvya, Karusi et Cankuzo sont les moins desservies. Dans les grandes agglomérations urbaines et, progressivement, au niveau des chefs-lieux des provinces, l'offre privée représente une part de plus en plus importante (centres de santé, cliniques | polycliniques | centres médicaux). On note également l'émergence des hôpitaux communaux dans les différentes provinces. A terme, il est prévu que chacune des 119 communes que compte le pays dispose d'un hôpital communal. De par leur proximité, les hôpitaux communaux contribueront à rapprocher les structures de soins de la population.

Table 1: Evolution des infrastructures de santé au Burundi

Indicateur	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de Centres de Santé Public	614	644	658	669	646
Nombre de Centres de Santé Confessionnel	141	140	144	147	142
Nombre de Centres de Santé Associatif	40	40	40	41	41
Nombre de Centres de Santé Privé	325	395	340	348	342
Total des Centres de Santé	1120	1219	1182	1205	1171
Nombre des Hôpitaux publics – Communautaire	0	5	5	5	2
Nombre des Hôpitaux publics – Communaux	ND	ND	ND	ND	37
Nombre des Hôpitaux publics – de District	41	42	42	42	42
Nombre des Hôpitaux publics – Régionaux	4	4	4	4	4
Nombre des Hôpitaux publics – De référence national	6	6	6	6	6
Total des Hôpitaux publics	51	57	57	57	91
Nombre de Hôpital/Clinic/CM confessionnel	15	24	22	24	31
Nombre de Hôpital/Clinic/CM privé	42	58	69	92	110
Nombre de Hôpital/Clinic/CM associatif	1	1	1	2	0
Nombre Total Hôpital/Clinic/CM prive, associatif et confessionnel	58	83	92	118	141
Centre pour Handicapés	0	7	7	8	8
Total FOSA	1229	1366	1338	1388	1411

Source : Annuaire statistique 2022

- **Nombre de technologies d'imagerie diagnostique opérationnelles pour 1 000 habitants (scanners, radio, rayons X, machines ultrasons, ...)**
 - Tomodensitomètres (Scanners) : selon les statistiques les plus récentes (Février 2023), le pays compte 5 appareils de scanners, et notamment à l'Hôpital Régional de Gitega, l'Hôpital du Cinquantenaire « Natwe Turashoboye » de Karusi, l'Hôpital Général de Mpanda, Kira Hospital (privé), et l'Hôpital Tanganyika Care Polyclinic.
 - Appareils d'imagerie à résonance magnétique (IRM) : actuellement, on en trouve à l'Hôpital du Cinquantenaire « Natwe Turashoboye » de Karusi, l'Hôpital Militaire de Kamenge, Kira Hospital (privé),
 - De manière globale, chaque hôpital de district dispose d'un appareil de radiographie et

d'échographie.

Néanmoins, il se pose un problème récurrent de maintenance de ces appareils qui connaissent de fréquentes pannes.

III.5.5. Nombre et densité des infrastructures de transport

Dans le cadre du renforcement du système national de santé, le Projet "Twiteho Amagara" financé par l'Union européenne a doté toutes les provinces d'un lot d'ambulances pour contribuer à l'amélioration du système de référence et de contre-référence. Tout au long de sa mise en oeuvre, le Projet a régulièrement alloué une dotation de 200 litres de carburant par mois à chaque district sanitaire pour le fonctionnement de ces ambulances. Par ailleurs, un autre lot d'ambulances a été remis au Gouvernement par la Banque mondiale. Ces ambulances ont été d'un appui substantiel au système de référence et de contre-référence en général et aux urgences obstétricales et néonatales en particulier. Des « Comités en charge de la gestion des ambulances » ont été mis en place : ils impliquent des représentants de la communauté dans la planification et la prise de décisions. Cependant, l'absence de « plan d'amortissement » de ces ambulances constitue un défi majeur pour la maintenance et / ou le renouvellement de celles-ci.

Par ailleurs, les médicaments destinés aux districts sanitaires (DS) sont livrés par la Centrale d'achat des médicaments essentiels (CAMEBU) jusqu'aux bureaux des DS. Les CDS s'approvisionnent en médicaments à la pharmacie du DS.

III.6. Produits médicaux et technologies

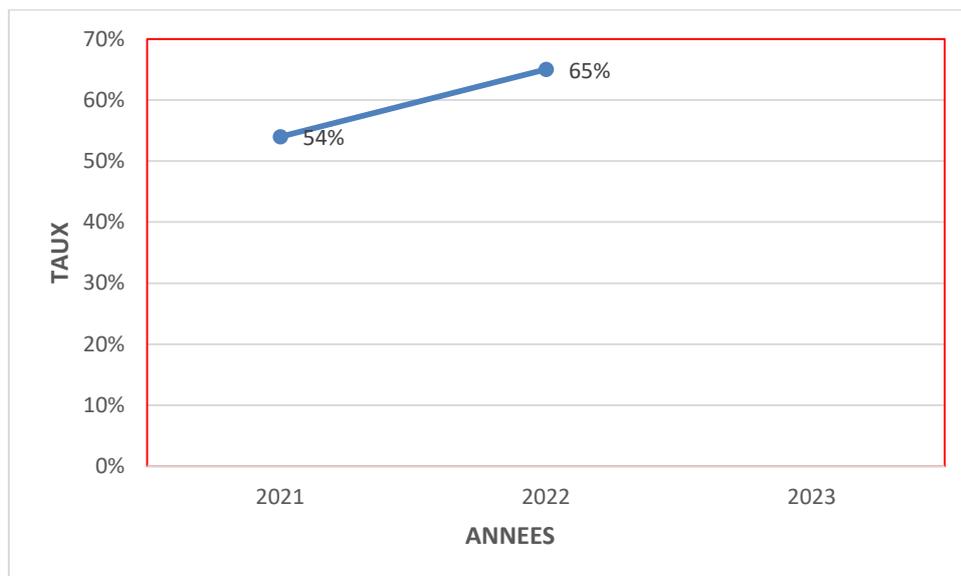
III.6.1. Disponibilité des médicaments essentiels

De l'analyse de l'Annuaire statistique 2021 basée sur la disponibilité d'un certain nombre de médicaments / intrants traceurs³, il ressort que la disponibilité est globalement satisfaisante et généralement comprise entre 80 et 100%. Selon l'enquête SARA de 2017, le taux de disponibilité des médicaments et produits essentiels dans les FOSA était de 70% en 2017. Le taux de disponibilité des médicaments essentiels à la CAMEBU s'accroît au cours des années 2021 et 2022.

L'idéal est qu'il soit encore amélioré.

³ Médicaments / Intrants traceurs: Albendazole comprimés 400mg, Amoxicilline gélules 500 mg, Arthéméther – Luméfantrine (formules pour ≤ 1 an, 1 - 5 ans, 6 – 13 ans, 14 ans et plus); Cotrimoxazole comprimés 480mg, Ibuprofène comprimés 400mg, Paracétamol comprimés 500mg, Métronidazole comprimés 250mg, Mébendazole comprimés 100mg, Hyocine butyl bromide comprimés 100mg, Sulphate de Magnesium, Gluconate de Calcium, Ocytocine, COC oraux combinés, COP oraux à progesterone seul, DIU, DMPA, Implants, Misoprostol 200 µg

Graphique 53 : Taux de disponibilité des médicaments et produits essentiels



Source : Rapports annuels de la CAMEBU (exercices 2021-2022 et 2022-2023)

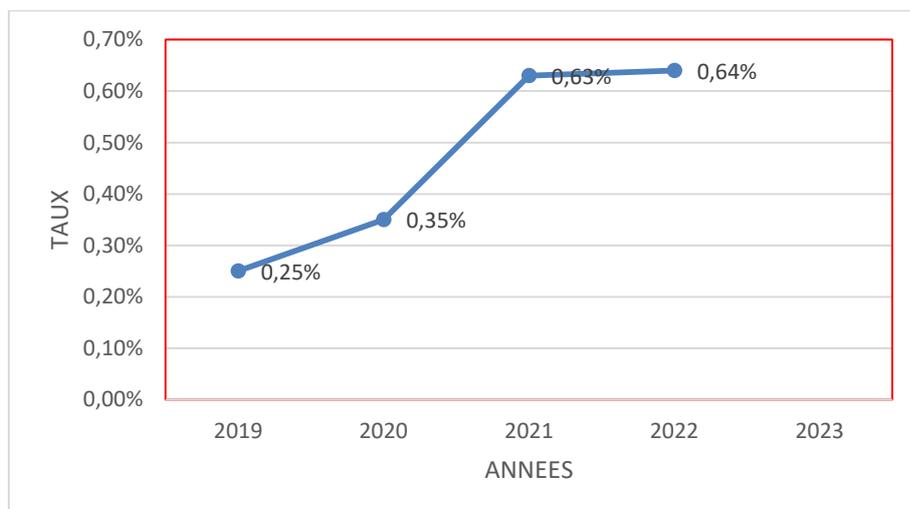
Indice de disponibilité moyenne des 24 médicaments essentiels standards de l'OMS dans les structures de santé

Selon l'enquête SARA 2017, l'indice de disponibilité moyenne des 24 médicaments standards de l'OMS était de 29%, nous attendons les résultats de l'enquête SARA/HHFA de 2023 pour suivre l'évolution de ce taux.

Taux de péremption de certains médicaments traceurs

Le taux de péremption de certains médicaments traceurs a tendance à augmenter et approche la limite tolérable de 1%, d'où la nécessité d'améliorer la gestion à tous les niveaux de chaîne d'approvisionnement (CAMEBU, DS et FOSA)

Graphique 54: Taux de pérémption de certains médicaments taceurs



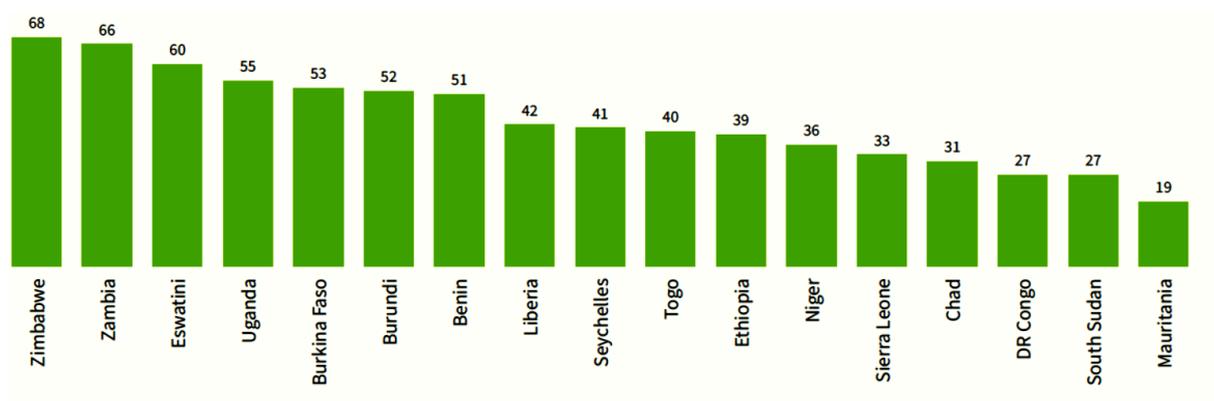
Source : Annuaire statistique de 2019, 2020, 2021 et 2022 tirées dans DHIS2

III.6.2. Disponibilité des services de diagnostics traceurs

Les diagnostics traceurs sont des tests de dépistage et de diagnostic de maladies infectieuses, telles que le VIH, la tuberculose et le paludisme. Ils sont utilisés pour détecter la présence d'un agent infectieux dans l'organisme ou pour mesurer la réponse immunitaire du patient à une infection

Le relevé réalisé sur la période 2013-2018 indiquait que 52% des établissements de soins du Burundi disposaient de diagnostics traceurs. Ce taux est faible pour permettre au système national de santé de faire le saut qualitatif attendu. L'accès aux services de diagnostic est essentiel et requiert une amélioration de l'accès aux technologies de la santé et un soutien robuste en faveur du transfert de technologie et du renforcement des capacités. (OMS/AFRO, 2013-2018)

Graphique 55. Disponibilité des services de diagnostics traceurs (% établissements) dans la Région africaine de l'OMS



Source : OMS/AFRO, 2013-2018

III.7. Prestations de services et soins de santé

La prestation de services est la partie du système de santé dans laquelle les patients reçoivent le traitement et les fournitures les plus appropriés à leur état de santé. La présente section traite de 3 éléments. Il s'agit notamment (i) du système de référence et de contre-référence des patients ; (ii) de l'utilisation du service ambulatoire; (iii) de la sécurité du patient et de l'éthique.

III.7.1. Système de référence et de contre-référence des patients

Un système de référence est un ensemble de dispositions permettant d'adresser un patient d'un échelon inférieur à un échelon supérieur ayant plus de compétence pour lui assurer une meilleure prise en charge. Un système de référence / évacuation est composé de plusieurs éléments qui fonctionnent en synergie et de manière complémentaire. Le dysfonctionnement d'un ou de plusieurs de ces éléments a une influence négative sur le résultat souhaité.

Une contre - référence est une démarche inverse destinée à assurer la suite de la prise en charge et le suivi post-hospitalier. Il s'agit d'une réorientation et/ou du retour du patient au niveau inférieur de la pyramide sanitaire, accompagné de l'information sur l'examen du patient, l'intervention faite et les avis pour un suivi approprié.

Une rétro-information est une réponse de la structure de référence à la FOSA qui lui a adressé le patient.

Le système de référence et contre-référence s'inscrit dans le principe du continuum des soins. L'organisation du système de référence et contre référence est une des pièces maîtresses de la lutte, notamment, contre la mortalité maternelle dans le cadre de la stratégie de soins obstétricaux d'urgence.

L'interaction et la coordination entre les différentes formations sanitaires constituent des éléments-clé du système.

Le processus de référencement est complexe et nécessite la participation de diverses entités. Au Burundi, la plupart des décès maternels enregistrés dans les établissements hospitaliers sont consécutifs aux évacuations tardives du niveau périphérique par manque de dispositifs performants de référence et contre-référence. Cette situation est susceptible d'annihiler tous les efforts visant à assurer l'accès universel aux soins obstétricaux et l'amélioration de la survie de la mère et du nouveau-né, grâce à un continuum de soins attendus par la population, et compromet la redevabilité envers les usagers.

Le Burundi dispose d'un **Manuel de procédures de référence et de contre-référence**, mais souvent il n'est ni harmonisé ni mis à jour conformément à l'évolution de la carte sanitaire.

Et la spécialisation des formations sanitaires ne les empêche pas d'offrir des services de santé de base, de sorte qu'un patient qui ne bénéficie pas du service offert par les établissements de santé de niveau inférieur a le choix de s'adresser à d'autres établissements de santé. Plus particulièrement, et de façon générale dans les grandes agglomérations et plus particulièrement en Mairie de Bujumbura, les malades se rendent directement au niveau des hôpitaux nationaux et ne respectent pas le circuit classique des soins recommandant aux patients de consulter d'abord les CDS avant d'aller vers les établissements hospitaliers. Avec la mutualisation du risque santé par l'assurance – maladie, le Burundi réfléchit à la possibilité de mettre en place un système relativement contraignant susceptible d'amener les patients à respecter un parcours de soins pré-défini pour profiter des avantages offerts par le programme. Beaucoup reste à faire, mais cela nécessite une bonne définition des services de santé susceptibles d'être délivrés en priorité à chaque niveau de soins.

Au Burundi, le Manuel de référence et contre-référence est structuré autour des **trois types de référence** suivants:

- **Référence des cas d'urgence** notamment pour
 - (i) les urgences gynéco-obstétricales dont (a) des saignements sur grossesse, (b) une hémorragie de la délivrance, (c) une souffrance fœtale aigue, (d) une menace d'accouchement prématuré, (e) une pré-éclampsie, (f) une éclampsie, etc...
 - (ii) les urgences chirurgicales au rang desquelles (a) des fractures, (b) un abdomen aigu, (c) des cas de brûlures de 2ème / 3ème degrés (impliquant plus particulièrement de jeunes enfants ou des personnes âgées), etc...
 - (iii) les urgences médicales parmi lesquelles (a) les états de choc, (b) les comas, (c) les cas de paludisme grave / autre infection aigue telle que les maladies diarrhéiques avec

déshydratation, les IRA avec détresse respiratoire, (d) les hémorragies digestives hautes ou basses, (e) les états de mal épileptique, (f) des cas de malnutrition sévère, etc...

- **Référence froide:** il s'agit souvent de références non urgentes impliquant des patients qui peuvent se rendre à l'hôpital par leurs propres moyens et qui ne nécessitent pas d'ambulance [le cas de patient souffrant de VIH-SIDA nécessitant un traitement ARV de 2ème ligne (ou une modification de schéma thérapeutique), hernies non étranglées, dermatoses, problèmes dentaires, problèmes ORL, etc.); besoin d'investigations para-cliniques (examens de laboratoire, imagerie médicale,...)].
- **Référence pour cause de mauvais fonctionnement du système:** impliquant une référence dans le cas de rupture de stocks de médicaments, ou l'absence de personnels qualifiés à leur poste, etc.)

Le MSPLS organise son système de référence et contre-référence (SRCR) autour des 7 piliers ci-après: (i) le circuit du patient et les paquets minimaux par niveau, (ii) les outils, (iii) l'organisation du transport du patient, (iv) les moyens de communication, (v) la stratégie managériale du système, (vi) les mécanismes de financement du SRCR, (vii) le cadre de mise en œuvre.

La référence des patients est structurée comme « une chaîne de responsabilités et d'actions » à assurer depuis la communauté jusqu'à l'hôpital de district et, lorsque la situation l'exige, l'hôpital de deuxième référence ou l'hôpital de référence nationale. Pour ce faire, tous les acteurs impliqués doivent connaître et maîtriser leurs rôles et leurs responsabilités dans cette chaîne.

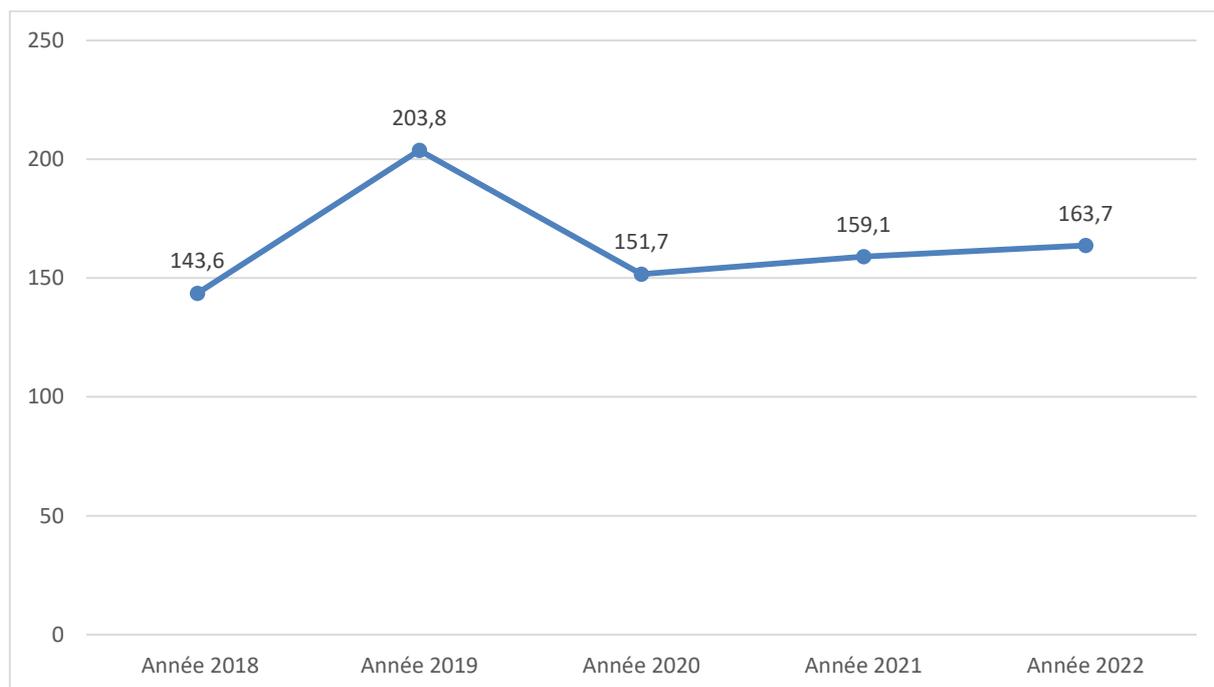
Utilisation du service curatif ambulatoire

Les services ambulatoires comprennent les actes médicaux ou paramédicaux, les tests et les services qui peuvent être fournis dans un hôpital, un cabinet médical ou un centre de santé ; et qui ne nécessitent pas de nuitée à l'hôpital, de soins particuliers ou de surveillance supplémentaire. Ces actes sont, pour la plupart, de courte durée. De manière globale, dans les pays africains, les soins ambulatoires sont encore très hospitaliers et restent, de ce fait, inaccessibles à beaucoup de personnes. Dans l'objectif de la CSU, les services ambulatoires doivent être renforcés et leur utilisation encouragée dans le cadre global de la décentralisation des soins de santé pour rapprocher les services de leurs usagers, mais aussi pour assurer leur accessibilité financière. Des centres de santé mieux équipés, structurellement financés et régulièrement évalués avec du personnel formé peuvent contribuer à une utilisation optimale et efficace des services ambulatoires.

Selon les données de l'annuaire des statistiques 2022 du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, l'utilisation des services curatifs ambulatoires dans les CDS durant les cinq dernières

années est de 164,38 pour 100 habitants en moyenne. A part de 2019, on observe une diminution d'utilisation des services curatifs ambulatoires. D'une façon globale et particulièrement au Burundi, des évidences montrent que la pandémie COVID-19 a impacté négativement l'utilisation des services de santé

Graphique 56 : Taux d'utilisation des services curatifs ambulatoires (CDS) (%)



Source: Annuaire statistique 2022.

Au Burundi, les services ambulatoires se développent progressivement. Loin de constituer une liste exhaustive, les exemples ci-après sont présentés à titre illustratif,

- Dans le cadre de la lutte contre le SIDA, les quatre antennes de l'ANSS disposent de lits d'hospitalisation de jour qui suivent les patients sous un mode ambulatoire et permettent de poser des actes spécifiques tels que des injections intraveineuses ou intramusculaires et des ponctions (lombaire, ascite et pleurale). Pour des cas qui nécessitent un suivi en milieu hospitalier, ils sont référés dans les hôpitaux conventionnés avec l'association. Les médiateurs de santé se chargent d'accompagner les malades et de s'assurer qu'ils sont correctement pris en charge et ne souffrent d'aucun acte de stigmatisation ni de discrimination.
- Dans le cadre du Programme de Planning familial, la pose de DIU, d'implants, de Sayana Press, la pratique de la vasectomie, etc sont assurés par des services ambulatoires

Sécurité du patient

Selon les estimations mondiales faites par l'OMS, les erreurs de médication sont à l'origine de plus de 3 millions de décès chaque année. Entre 5,7 millions et 8,4 millions de décès dans les pays à revenus faibles et intermédiaires chaque année, soit environ 15 % du total, sont attribuables à des soins de mauvaise qualité. Environ 1 cas sur 4 de préjudices évitables liés à la médication est grave ou mortel; 60% des décès dans les conditions de soins sont dus à la mauvaise qualité des soins, tandis que les décès restants sont dus à la non-utilisation du système de santé. On estime que 1,8 milliard de personnes, soit 24 % de la population mondiale, vivent dans des contextes de fragilité où il est difficile de fournir des services de santé essentiels de qualité. Une importante proportion des décès maternels, infantiles et de nouveau-nés surviennent dans ces milieux.

La sécurité des patients et la qualité des soins sont toutes deux essentielles pour des services de santé efficaces et atteindre la CSU. Les investissements dans la sécurité des patients peuvent générer des économies substantielles. La prévention coûte de loin moins que le traitement nécessaire après une blessure ou une maladie. L'implication des patients est essentielle pour améliorer la sécurité des soins. Ceci est susceptible de contribuer à réduire le fardeau des dommages de 15 %, et permettre d'économiser des milliards de dollars chaque année.

Au Burundi, grâce aux efforts importants fournis par le Gouvernement et ses partenaires pour renforcer la sécurité des patients ; des résultats tangibles ont été atteints. Toutes fois des efforts restent à consentir dans les domaines suivants :

- le cadre de la Sécurité transfusionnelle
- Effets pervers de la politique combinée de gratuité des soins et de la stratégie de FBP
- Prévention et contrôle des infections
- Transfert de patients vers l'hôpital
- Gestion des prématurés
- Chirurgie de district
- Patients tuberculeux manquants
- Pharmacie de la rue, un problème de santé publique
- Administration de médicaments au niveau communautaire par les ASC
- Besoin de développer un Programme holistique de renforcement des capacités en matière de «sécurité des patients»
- Éthique
- Gratuité des soins pour des groupes cibles (enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes et allaitantes) couplée à la Stratégie de Financement Basé sur la Performance

(FBP)

- Digitalisation de la gouvernance des FOSA

CHAPITRE IV : PRODUITS DE SANTÉ

Un système de santé efficace est un système qui offre à la population des services de santé essentiels de qualité et des services connexes selon les besoins. L'évaluation de la performance d'un système de santé utilise les quatre dimensions de l'accès, de la qualité et de la demande de services essentiels et la résilience du système de santé aux chocs qui interrompent la prestation de services. La résilience fait référence à la capacité d'un système de soins de santé à anticiper, absorber, s'adapter ou se transformer lorsque exposé à un choc tel qu'une pandémie, une catastrophe naturelle ou un conflit armé, tout en conservant la capacité de fournir ses services et ayant le même contrôle sur sa structure et ses fonctions.

IV.1. Indice d'accès aux services de santé (%)

Selon l'Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine –Sep 2022, l'indice d'accès aux services de santé au Burundi est estimé à 43%. Cet Indice se décompose en (i) Indice d'accès physique ; (ii) Indice d'accessibilité financière et (iii) Indice d'accessibilité socio-culturelle.

IV.1.1. Indice d'accès physique

Selon l'Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine / OMS –Sep 2022, le score de **cet indice est compris entre 20 – 39% pour le Burundi.**

Selon l'EDSB III, quatre ménages sur cinq (83 %) ont déclaré qu'ils se rendent à pied à la FOSA la plus proche. Cette proportion est plus faible en milieu urbain qu'en milieu rural (72 % contre 85 %). Les autres moyens de transport sont beaucoup moins utilisés. En ce qui concerne le temps de trajet pour se rendre à la FOSA la plus proche, près d'un ménage sur deux (49 %) utilise moins de 30 minutes. Pour 46 % des ménages, ce temps varie entre 31 et 120 minutes et dans 5 % des cas, il est supérieur à 120 minutes. Globalement, le temps de trajet en milieu rural est plus long qu'en milieu urbain. Neuf ménages sur dix du milieu urbain (90 %) mettent moins de 30 minutes contre 44 % en milieu rural où 20 % des ménages utilisent entre 61 et 120 minutes pour se rendre à la FOSA la plus proche. En milieu urbain, cette proportion n'est que de 1 %.

Les routes en mauvais état et les reliefs montagneux vers les établissements de santé caractérisent la réalité burundaise des soins de santé en dehors des grandes agglomérations urbaines, et sont susceptibles de compromettre l'accès physique aux soins de santé de base en milieu rural.

IV.1.2. Indice d'accès financier

L'Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine / OMS –Sep 2022 établit le score de **cet indice entre 40-59% pour le Burundi**. Cet indice met en évidence les facteurs de disparité tels que les difficultés de payer les soins, la nature de l'assurance maladie et d'autres services sociaux. Les médicaments et outils de diagnostic ne sont pas facilement accessibles à tout le monde. L'accès à la santé est un droit de l'homme, et pas seulement un privilège pour ceux qui bénéficient d'un emploi formel. Il doit donc être rattaché à l'individu, qu'il soit salarié ou non. L'introduction d'une assurance maladie universelle ou la fourniture de soins de santé primaires gratuits sont des mesures essentielles pour élargir l'accès aux soins médicaux pour tous. Dans son Plan National de développement 2018-2027, le pays projette la mise en place d'une Couverture Sanitaire Universelle (CSU) en 2027. Il s'agit là d'un objectif extrêmement ambitieux, qui nécessite, pour être atteint :

- la mise en place d'un système de santé et de soins performant, fort et résilient
- une stratégie de financement comprenant des mécanismes de protection sociale et d'assurance maladie basés sur : des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé à tous et, en particulier, des groupes les plus vulnérables à travers le développement d'un partenariat solide et interagissant au niveau national, régional et international. Une nouvelle stratégie de financement du secteur et les mécanismes de protection sociale y afférents sont en cours d'élaboration et de discussion. Cette refonte du système de financement est perçue comme une priorité par le Gouvernement et une nécessité pour envisager de progresser vers la mise en place d'une CSU.

Cette refonte porte sur :

- les sources de financement et les mécanismes contributifs (à la fois insuffisants et répartis de façon inéquitable);
- les moyens de mise en commun des ressources qui comptent aujourd'hui de nombreux dispositifs peu cohérents et insuffisamment coordonnés :
 - o le dispositif de gratuité de la prise en charge des enfants de moins de cinq ans et des femmes en maternité associé au Financement basé sur la Performance (FBP-G),
 - o la gratuité de la prise en charge des programmes et maladies prioritaires,
 - o la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP),
 - o la Carte d'Assistance Médicale (CAM),
 - o le dispositif de prise en charge des indigents,
 - o les mutuelles communautaires de santé (MCS),

- les assurances du secteur privé formel;
- les modalités d'achat des prestations de services qui sont elles aussi diverses et fragmentées
 - paiement des prestataires MFP,
 - paiement des prestataires Gratuité / FBP et CAM
 - paiement des prestataires MCS,
 - paiement des prestataires des assurances privées.

IV.1.3. Indice d'accès socioculturel

Le score d'accès socioculturel aux soins pour **le Burundi** est estimé dans **une fourchette de 40-59%** (Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine / OMS –Sep 2022). Ce score sous cet indice laisse penser que la participation des communautés dans la prise de décision est relativement faible. Néanmoins, les ASC participent dans la sensibilisation de la communauté, le diagnostic et la prise en charge de certaines maladies (VIH, paludisme, malnutrition....).

De manière globale, aucune habitude socio-culturelle, croyance ou coutume susceptible de limiter l'accès aux soins de santé n'a été officiellement documentée au Burundi.

IV.2. Demande de services de santé

L'Indice de la demande se décompose en (i) Indice de demande de services de santé ; (ii) Indice d'actions saines et (iii) Indice de recherche de santé. La question de l'offre et de la demande dans le secteur de la santé ne suit pas les mêmes règles qu'en économie, puisque la santé n'est pas un bien consommable ni échangeable. En effet, le droit à la demande de santé est éloigné de la consommation des soins de santé. Une demande pour un service de santé n'est pas toujours suivie de sa consommation ou de son utilisation. Une forte demande de santé indique que le système de santé fournit les services dont les gens ont besoin pour leur santé et leur bien-être.

IV.2.1. Indice de la demande de services de santé (%):

L'Indice de la demande de services de santé est estimé à 50% pour le Burundi. (Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine / OMS, Sep 2022). La demande de services de santé reflète la capacité des ménages et des communautés à utiliser les soins préventifs et curatifs, ainsi que les services essentiels dont ils ont besoin. La demande de services essentiels est suivie à travers deux signes vitaux : (i) la surveillance des actions saines des individus, (ii) la surveillance des comportements de recherche de soins.

IV.2.2. Indice d'actions saines

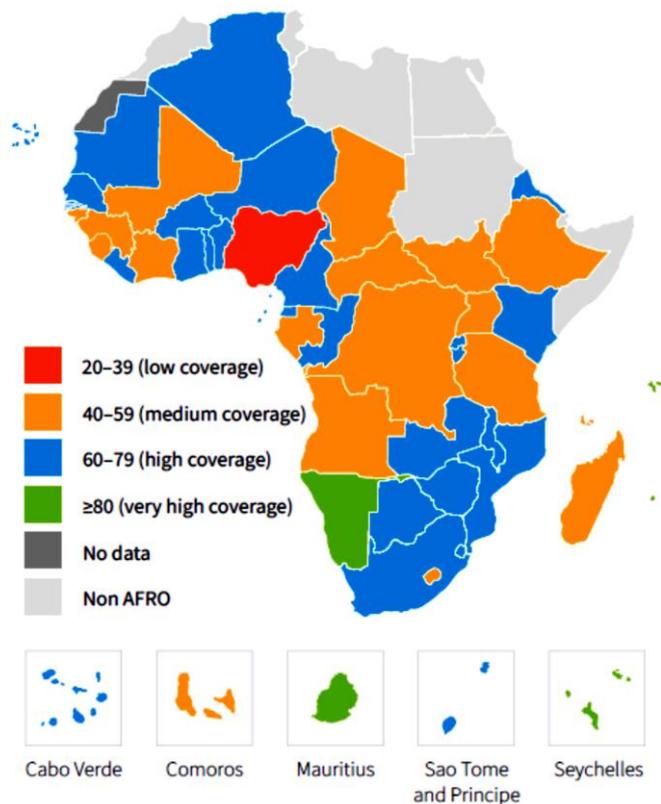
Trois pays ont obtenu des scores très faibles pour cet indicateur dans la Région africaine de l'OMS : il s'agit du Burundi, du Soudan et de la Mauritanie. Ils présentaient tous des scores inférieurs à 20%. Un score aussi faible sous-entend un faible engagement de la population en faveur de la prévention primaire des maladies en l'absence de symptômes par des actions telles que l'exercice physique ou l'adoption de régimes alimentaires sains d'une part et, d'autre part, un faible engagement en faveur de la prévention secondaire des maladies qui vise à diagnostiquer les maladies, à détecter précocement les handicaps et à traiter les maladies pour prévenir les séquelles.

IV.3. Qualité

IV.3.1. Indice de qualité des soins (%)

L'Indice de qualité des soins est estimé à 66% pour le Burundi (Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine / OMS, Sep 2022).

Figure 9 : Indice de qualité des soins dans la Région africaine de l'OMS, 2020, OMS/AFRO



Source : OMS/AFRO

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des services et soins de santé au niveau des FOSA, le Burundi a mis en place une Direction Générale en charge de l'offre de soins et accréditation avec un département en charge spécifiquement de la gestion de la qualité des soins. En plus, il existe :

- une autorité chargée de la régulation et de la disponibilité des médicaments de qualité, un document des normes sanitaires pour la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de la santé,
- un référentiel qualité des soins et services de santé,
- le renforcement des capacités et compétences sur les urgences chirurgicales, obstétricales et anesthésiques,
- et l'approche de mentorat clinique in situ ainsi que le processus d'audits cliniques dans les hôpitaux de districts.

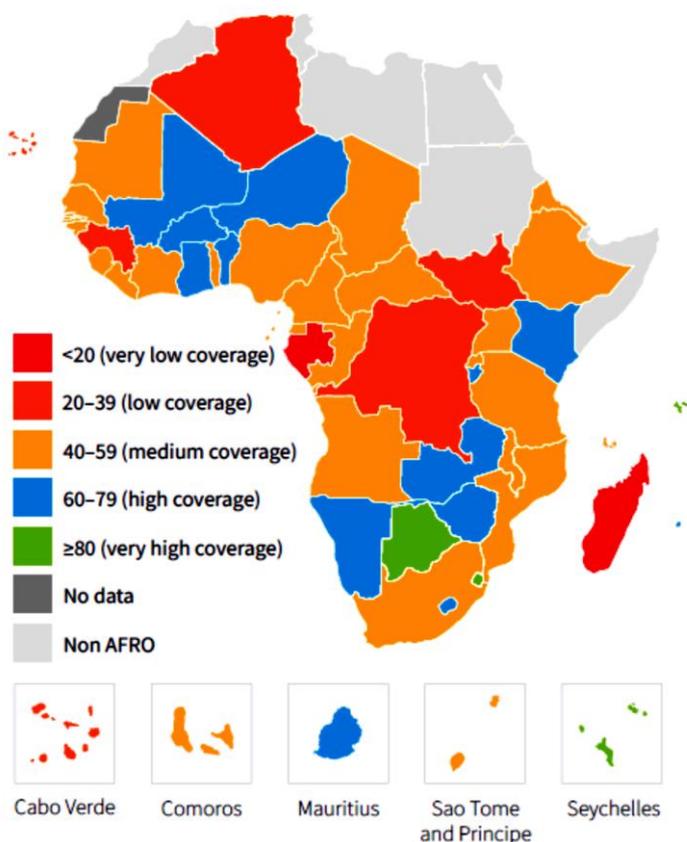
Afin d'avoir le plus grand impact sur la qualité des soins, le pays devrait davantage investir dans des interventions telles que les initiatives de **soins centrés sur la personne** pour améliorer l'expérience globale de l'utilisateur pendant le processus des soins.

Ainsi, il est nécessaire que le Burundi évalue la qualité des soins que ses structures dispensent.

IV.3.2. Indice de l'expérience de l'utilisateur

L'Atlas 2022 des Statistiques sanitaires africaines classe le Burundi dans la catégorie des pays ayant une couverture élevée en matière d'expériences dans l'utilisation des services de santé, la sécurité des soins de santé produits, et l'efficacité des services fournis en 2020, comme indiqué par la Figure ci-dessous.

Figure 10 : Indice d'expérience utilisateur dans la Région africaine de l'OMS



Source : OMS/AFRO, 2020

Expériences dans l'utilisation des services de santé, la sécurité des soins de santé produits et l'efficacité des services fournis, lorsqu'ils répondent aux besoins légitimes des patients, ils permettent l'évaluation de la qualité des soins du point de vue de l'utilisateur, et donc ses performances. Les professionnels de la

santé ne doivent plus être les seuls décideurs en matière de soins et traitement. Outre l'engagement des patients, il devrait y avoir un mouvement vers la participation des individus à leur charge ou celle de leurs proches. Tous les efforts visant à améliorer la prestation de services devraient se concentrer sur l'amélioration des résultats cliniques et l'expérience « patient » des soins. Toutes les activités liées aux soins devraient être basées sur l'efficacité et la nécessité de prendre soin des patients et leur communauté. La modification des systèmes et des processus de services de prestation vise, de plus en plus, à **placer la personne au centre des soins**.

IV.3.2. Indice de sécurité du patient

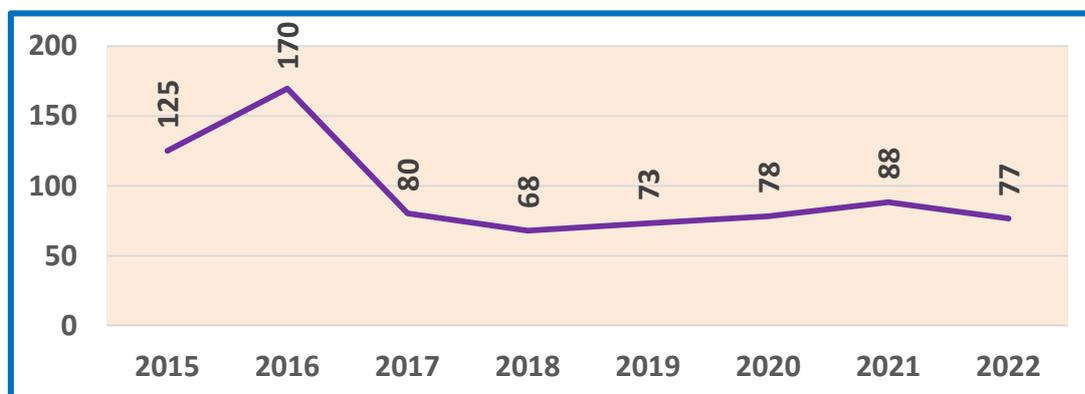
La sécurité du malade est devenue une préoccupation majeure de santé publique. Il s'agit de prévenir et de réduire les risques, les erreurs et les préjudices causés aux patients dans le cadre de soins de santé. La sécurité du patient repose en premier lieu sur l'amélioration continue, grâce à des enseignements tirés des erreurs et des manifestations indésirables. Des politiques claires, des capacités de leadership, des données pour orienter les améliorations de sécurité, des professionnels de santé compétents et la participation réelle des patients à leurs soins sont nécessaires pour parvenir à mettre en œuvre des stratégies en matière de sécurité du patient. Une réalité dont sont conscientes les autorités sanitaires du Burundi.

Le Burundi ne dispose pas de politique claire et spécifique à la sécurité des patients. Toutefois, il existe quelques dispositions visant à améliorer la sécurité du patient, notamment la Prévention et le Contrôle des Infections (PCI) au niveau des FOSA, la gestion des déchets biomédicaux et l'organisation des journées mondiales de la sécurité des patients...

Toutes les dispositions doivent être prises pour renforcer et améliorer les comportements organisationnels visant continuellement à réduire les dommages aux patients liés aux soins. Ces dispositions viseront, entre autres, le développement d'une culture de la sécurité du patient d'une part et, d'autre part, la maîtrise des risques dans les soins.

IV.3.3. Ratio de mortalité maternelle en établissement (pour 100 000 naissances vivantes)

Graphique 57 : Ratio de mortalité maternelle intra-hospitalière



Source : Annuaire Statistiques

Le ratio de mortalité maternelle intra-hospitalière tend vers la diminution depuis 2015 passant de 125 à 77 sur 100 000 accouchements. Les progrès réalisés dans la réduction de décès maternels dans les FOSA résulteraient des stratégies innovantes qui ont été entreprises notamment le renforcement des compétences en gynéco-obstétrique à travers les mentorats cliniques dans les FOSA, le monitoring périodique des maternités en réseau SONU et l'introduction de l'approche de surveillance des décès maternels et périnataux à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

IV.3.4. Nombre de résultats de tests VIH pour les patients atteints de tuberculose

Selon l'Annuaire statistique 2022 du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida, 7107 (95.8%) patients tuberculeux ont bénéficié du screening VIH. Parmi eux, 181 (2,5%) avait un screening positif.

Selon, la revue externe du PNILT février 2023, le taux de dépistage du VIH chez les tuberculeux est 99.6%, ce qui constitue une amélioration de la performance en matière du suivi et de la prise en charge des patients tuberculeux.

IV.3.5. Taux de réussite du traitement (%) pour les nouveaux cas de tuberculose

Selon les conclusions du Rapport de la Revue externe du Programme National de Lutte contre la Tuberculose réalisée en février 2023 avec l'appui de l'OMS, d'importants progrès sont notés dans le processus d'éradication de la tuberculose. Les performances s'établissent comme suit:

- Succès thérapeutique: 95% vs 90% cible OMS
- Dépistage du VIH chez les tuberculeux : 99.6%
- Traitement anti rétroviral chez les patients co-infectés TB/VIH : 100%
- Réduction des décès liés à la tuberculose : 16% (normes OMS: 20%)
- Réduction de l'incidence de la tuberculose : 45% (normes OMS: 35%)

Ces bons résultats ont été favorisés par l'engagement du Gouvernement du Burundi qui s'est résolument impliqué dans la lutte contre la tuberculose, la décentralisation et l'intégration des services « Tuberculose » dans les soins de santé primaires. A cela s'ajoutent l'adoption rapide et l'application effective des recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de la tuberculose au rang desquelles l'application du Traitement Directement Observé (TDO) par les prestataires de soins, la décentralisation du traitement anti tuberculeux dans toutes les structures de soins, l'engagement des prestataires de santé, le renforcement de l'éducation thérapeutique des patients par les prestataires de soins et l'appui financier et technique continue des partenaires comme le Fonds Mondial, l'OMS, Action Damien et PEPFAR (Rapport de la Revue externe du Programme National de Lutte contre la Tuberculose, Bureau OMS – Burundi, Février 2023).

IV.3.6. Taux de notification de la tuberculose (pour 100000 habitats)

En dépit de ces résultats du traitement contre la tuberculose, quelques défis persistent. Il s'agit, notamment de la faible détection des cas de tuberculose où près de 48% de cas attendus n'étaient pas encore diagnostiqués en 2021, la faible détection de la tuberculose chez les enfants, domaine dans lequel le pays enregistre un taux de 4% pour une cible (OMS) de 10 à 15% pour les pays à faibles revenus. Par ailleurs, la détection de la tuberculose à bacilles pharmaco-résistants est faible : seuls 19% des cas attendus sont diagnostiqués et mis en traitement. Ces chiffres appellent des efforts soutenus particulièrement en matière de détection en utilisant les nouvelles technologies de diagnostic de la tuberculose, avec l'implication plus accrue des acteurs communautaires d'une part et, d'autre part, en renforçant la collaboration entre le secteur public et le secteur privé, en adoptant une approche de réponse multisectorielle pour une meilleure prise en compte des déterminants sociaux de la tuberculose au niveau national.

IV.4. Résilience

Au Burundi, l'indice de résilience du système de santé était estimé à 60% en 2020 (Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine / OMS –Sep 2022). De ce fait, il est capable, à 60%, d'anticiper, absorber, s'adapter ou se transformer, lorsqu'il est exposé à un choc externe tel qu'une pandémie / une épidémie, une catastrophe naturelle ou un conflit armé, tout en maintenant, à la fois, ses capacités à fournir des services et un contrôle inchangé sur sa structure et ses fonctions.

La crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 a démontré que davantage d'efforts sont nécessaires pour se préparer et répondre aux urgences de santé publique, faisant payer un lourd tribut au système de santé ainsi qu'à l'économie nationale, menaçant d'effacer des décennies de gains durement gagnés. La meilleure stratégie d'y parvenir consiste, entre autres, à renforcer la résilience de son système de santé.

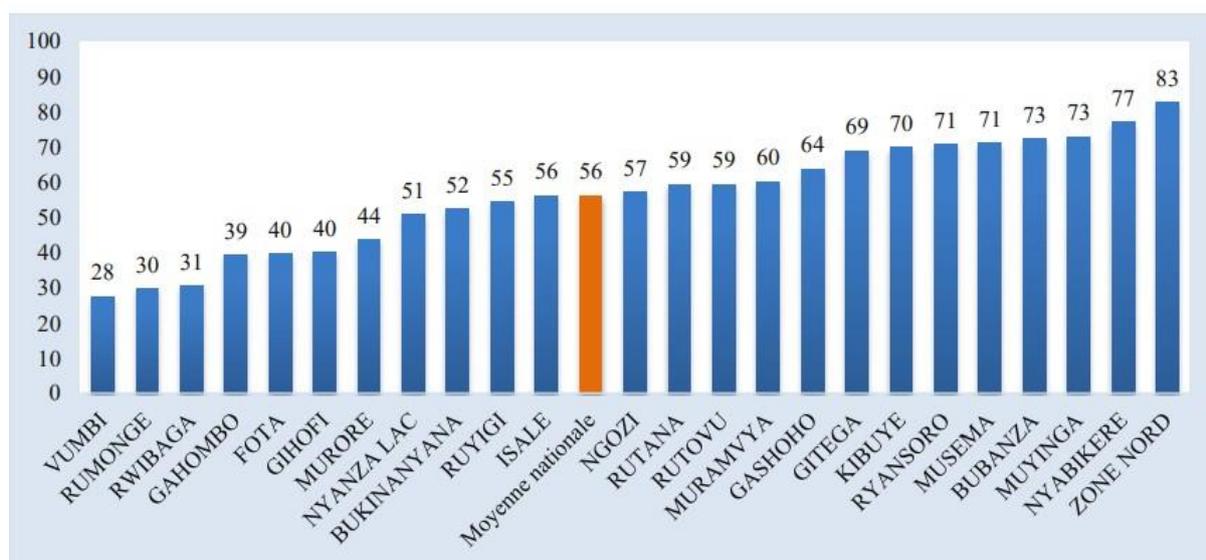
En effet, au cours des trois dernières décennies, le Burundi a fait face à de multiples endémo-épidémies ; certaines étant directement liées à la spécificité de son climat, d'autres à la fragilité de son système de santé. Les maladies à potentiel épidémique sous surveillance au Ministère de la Santé publique sont, entre autres, la rougeole, le choléra, la méningite à méningocoque, le paludisme, la paralysie flasque aiguë, les fièvres hémorragiques virales (Ebola, Lassa et Marbourg), le tétanos néonatal et COVID-19.

Selon l'étude réalisée par le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida avec l'appui technique et financier de l'OMS en 2022 a montré que pendant la pandémie de COVID-19, la continuité des services dans les Centres de Santé a été en général effective. Toutefois, certains défis ont été enregistrés notamment:

- la disponibilité du matériel de prévention des infections, de diagnostic et de prise en charge de la COVID reste limitée dans les CDS
- les capacités du personnel à l'utilisation et à la maintenance de ces équipements restent faibles.
- au niveau communautaire, le recours aux soins de santé a été fortement affecté et l'accès aux soins de santé a diminué pour des raisons économiques et sociales.
- Quant à la résilience des hôpitaux face aux chocs potentiels (maladies aiguës et chroniques, environnementaux, économiques, politiques), les stratégies d'adaptation au sein de ces structures étaient majoritairement à l'état naissant, limité ou en développement.
- l'utilisation de plusieurs approches de prestation de services (51,9%),
- la disponibilité des compétences en épidémiologie et dans d'autres domaines utiles pour identifier et isoler les menaces sanitaires (53,9%)
- la disponibilité des protocoles pour guider la gestion des ressources et des compétences mobilisées lors d'une réponse à un événement dans le système de routine (51,9%).

Selon une autre étude sur la fonctionnalité des districts sanitaires en 2022 au Burundi, les différents aspects de la résilience du système de santé aux chocs qui ont été évalués sont la résilience ciblée et la résilience intrinsèque du système de santé. La résilience ciblée fait référence à l'existence des moyens suffisants pour (i) l'encadrement et la gouvernance en cas de chocs, (ii) la surveillance du niveau de préparation, (iii) détection des risques sanitaires dans les domaines variés par les laboratoires et (iv) la coordination et la communication en réponse à des menaces potentielles. Par rapport à la résilience intrinsèque, différents aspects ont fait objet d'évaluation notamment (i) les connaissances du système de santé, (ii), la diversité dans la prestation de services, (iii) la polyvalence et la capacité d'auto-régulation, (iv) la capacité de mobilisation et de déploiement et (v) la capacité de transformation. Le graphique suivant montre les scores moyens par DS selon la résilience aux chocs :

Graphique 58 : Score moyen par district sanitaire de la capacité de résilience aux chocs, Burundi 2022, n=24



Source : OMS/MSPLS

Globalement, le score moyen de résilience du système de santé aux chocs est de 56%. Le plus faible score est de 28% obtenu par le district sanitaire de Vumbi et le score le plus élevé est de 83% obtenu par le DS Zone Nord (Mairie de Bujumbura). On remarque que 9 DS sur 24 ont des scores inférieurs à 54% et nécessitent de nouvelles interventions en matière de résilience. Seuls les DS Nyabikere (77%) et Zone Nord (Mairie de Bujumbura) (80%) ont des scores supérieurs à 74%, ce qui signifie qu'ils doivent maintenir leurs efforts et surtout partager les leçons apprises avec les autres.

Analyser l'indice de résilience du système de santé revient à interroger l'adéquation et la robustesse de multiples paramètres au rang desquels (i) la politique nationale de santé face aux épidémies; (ii) la

situation des infrastructures sanitaires; (iii) le système de prestations de services et soins de santé; (v) la situation des ressources humaines de santé et le système de gestion de celles-ci; (v) le système de formation des ressources humaines de santé; (vi) le système d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux; (vii) les principaux défis auxquels ces divers paramètres ont été confrontés et les capacités de réponse et mesures de santé publique développées en guise de riposte aux différentes épidémies et autres urgences de santé publique.

La politique nationale de santé face aux épidémies

Dans un contexte de transition épidémiologique caractérisé par une perpétuelle mutation environnementale, la Politique Nationale de Santé (PNS 2016 – 2025) intègre nombre de menaces sanitaires au rang desquelles le poids de plus en plus croissant de risque pandémique majoré, l'émergence et la réémergence de certaines maladies infectieuses, la résistance microbienne, les risques sanitaires associés à la pollution, à la dégradation de l'environnement et les changements climatiques.

La PNS 2016-2025 vise à contrôler et/ou éliminer les maladies transmissibles, les maladies à potentiel épidémique sous surveillance.

Concernant la lutte contre les maladies à potentiel épidémique sous surveillance, la PNS 2016-2025 vise leur élimination à travers le renforcement des processus, des mécanismes de surveillance intégrée des maladies à tous les niveaux du système de santé et dans les communautés (surveillance des maladies à base communautaire) pour détecter à temps, la survenue d'une épidémie et appliquer avec promptitude, des mesures précoces de contrôle et de riposte.

Concernant la lutte contre les maladies émergentes et ré-émergentes, conformément au Règlement Sanitaire International (RSI 2005) auquel le Burundi a souscrit, et reconnaissant que les maladies émergentes représentent des menaces graves pour la santé humaine et la stabilité socio-économique et politique du pays, le Gouvernement s'est engagé en faveur du renforcement des capacités nationales de détection, de vérification, de notification, de partage d'information, de préparation et de réaction/riposte prompte à tout événement important de santé publique faisant penser au renforcement des procédures et mécanismes de coopération inter-pays et régionale et à la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan de riposte.

Pour la préparation et réponse aux urgences épidémiques, le plan de contingence multisectoriel est périodiquement actualisé et adapté à la prévisibilité des risques majeurs d'ordre naturel ou d'origine anthropique en fonction de saisons, de la situation, géographique et du contexte politique et épidémique. Bien que de nombreuses dispositions demandent à être formalisées / matérialisées, la PNS 2016-2025 est, de manière globale, en adéquation avec les dispositifs internationaux de prévention et de contrôle des épidémies et autres urgences de santé publique.

Les contours de la PNS 2016-2025 demandent à être revisités pour affiner le cadre d'expression de ce secteur, son rôle et ses responsabilités, mais aussi pour définir les conditions d'intervention de ce secteur pendant les périodes d'épidémies (dans un cadre de gratuité de soins et services de santé) ainsi que d'éventuelles mesures d'accompagnement.

La situation des infrastructures sanitaires

Le Pays comptait en 2022 un total de 1171 CDS et 232 infrastructures hospitalières (hôpitaux et cliniques publics, privés et confessionnels).

En matière d'infrastructure des défis persistent : (i) l'urgence de mettre ces structures en conformité avec les normes sanitaires par niveau de soins, d'équipement et logistique ; (ii) les conditions pour une implication effective du secteur privé dans la prévention et le contrôle des situations d'urgences sanitaires notamment les épidémies et les catastrophes.

Le système de prestations de services et soins de santé.

Les effectifs du personnel de santé restent insuffisants en terme de quantité et qualité pour la continuité des services de santé en cas de chocs ou situation d'urgence. En effet, le pays est loin d'atteindre les normes sanitaires en ressource humaines (voir chapitre intrants et processus).

Les principaux défis se situent d'une part, au niveau de la qualité de l'offre des services qui demeure insuffisante à tous les niveaux de la pyramide sanitaire nationale ; d'autre part, dans la faible implication du secteur privé lucratif dans la prévention et le contrôle des épidémies et diverses urgences de santé publique. L'autre défi concerne le renforcement des soins spécialisés pour répondre notamment à la problématique grandissante des évacuations de patients vers l'étranger.

La situation et gestion des ressources humaines pour la santé

Les effectifs du personnel de santé ont été décrits en haut (prestation de services, intrants et processus). Même en dehors des urgences, toutes les catégories du personnel sont en dessous des normes sanitaires.

Pour faire face aux chocs, les mécanismes de recrutement, de rétention, et de répartition équitable du personnel doivent être renforcés.

Le renforcement de capacités du personnel à tous les niveaux sur la préparation et riposte aux situations d'urgences sanitaires reste indispensable

Le système d’approvisionnement en médicaments et consommables médicaux

Selon l’étude sur la continuité des services de santé de première ligne dans le contexte COVID-19 réalisé en 2022 par le MSPLS en collaboration avec l’OMS, il a été constaté que la disponibilité des médicaments et consommables couramment utilisés en cas d’urgence est de 65,4%.

Principaux défis restent à relever, notamment les ruptures de stock en général et pour les urgences sanitaires en particulier.

Mesures de santé publique à la riposte aux épidémies

La qualité d’une réponse adéquate dans le cadre de la gestion des épidémies dépend des opportunités du système de santé face aux épidémies, et d’une coordination adaptée des différents acteurs fondée sur un travail de préparation effectué en amont.

Outre l’existence d’une plateforme nationale de gestion de risques, et de catastrophes naturelles (ORSEC) pilotée par le Ministère ayant la Sécurité publique dans ses attributions et dont le Ministère de la Santé est partie prenante, et un plan d’action budgétisé de réduction des risques, de préparation et de réponse aux urgences, le pays applique le Règlement sanitaire international (RSI 2005) à travers son Plan de contingence nationale pour la lutte contre les pandémies et les urgences sanitaires. Par ailleurs, depuis avril 2021, le Burundi a mis en place son Centre des Opérations d’Urgence de Santé Publique (COUSP) avec l’appui de l’OMS et de l’Union européenne dans le cadre de la coordination de la réponse aux urgences sanitaires. Le COUSP permet au pays de répondre à de nombreux défis liés à la communication, à la surveillance et à la prévention de diverses urgences de santé publique.

Il est essentiel que le Burundi renforce son système de santé à tous les niveaux pour le rendre plus solide et résilient pour mieux se préparer et réagir aux chocs éventuels.

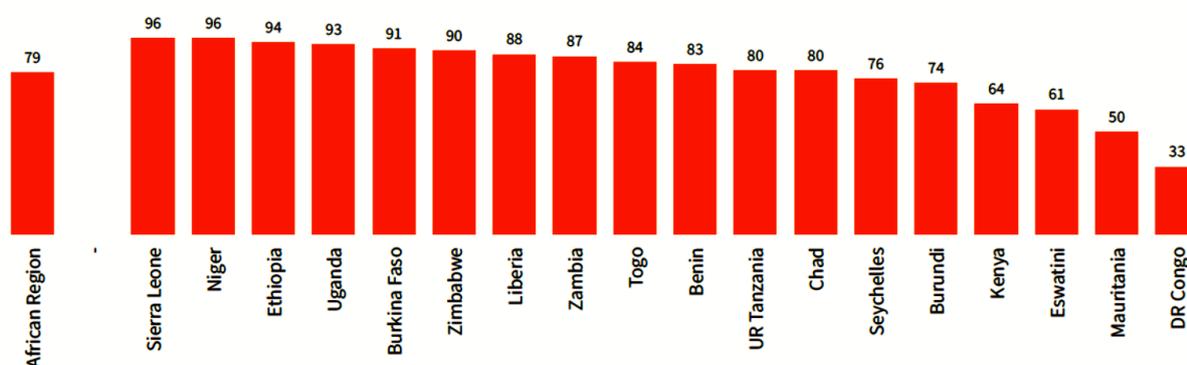
CHAPITRE V: RÉSULTATS EN MATIÈRE DE SANTE

V.1. Disponibilité des services essentiels

V.1.1. Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de planification familiale

Au Burundi, environ trois formations sanitaires sur quatre (74%) offrent des services de planification familiale tel qu'indiqué par le Graphique 59, ci-dessous.

Graphique 59 : Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de planification familiale dans la Région africaine de l'OMS, 2012-2019, OMS/AFRO



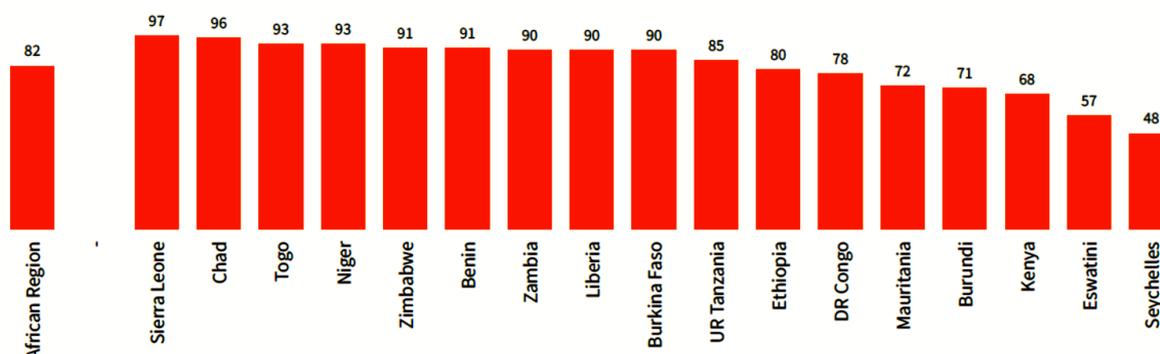
Source : OMS/AFRO

La planification familiale répond directement aux objectifs de réduction de la mortalité, contribue à l'amélioration de la santé maternelle et promeut l'autonomisation des femmes et l'égalité des sexes en permettant aux femmes, une plus grande participation à l'école, au travail et à la vie politique. La faible utilisation des contraceptifs modernes explique en partie le taux élevé de grossesses non planifiées ou trop rapprochées, avec de possibles conséquences graves.

V.1.2. Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de soins prénataux

Pour sauver la vie des femmes et de leurs bébés, l'OMS recommande un minimum de 4 CPN au cours desquelles des interventions essentielles fondées sur des données probantes comprenant l'identification et la gestion des complications telles que la pré-éclampsie, la vaccination au moins contre le tétanos, le traitement préventif du paludisme pendant la grossesse, ainsi que l'identification et la prise en charge des infections telles que le VIH, la syphilis et d'autres IST. **Au Burundi, plus de sept établissements de santé sur 10 (71%)** offraient des services de soins prénatals aux femmes enceintes pendant la période 2012-2019 tel que mentionné par le Graphique 60 ci-après.

Graphique 60 : Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de soins prénatals dans la Région africaine de l'OMS, 2012-2019, OMS/AFRO



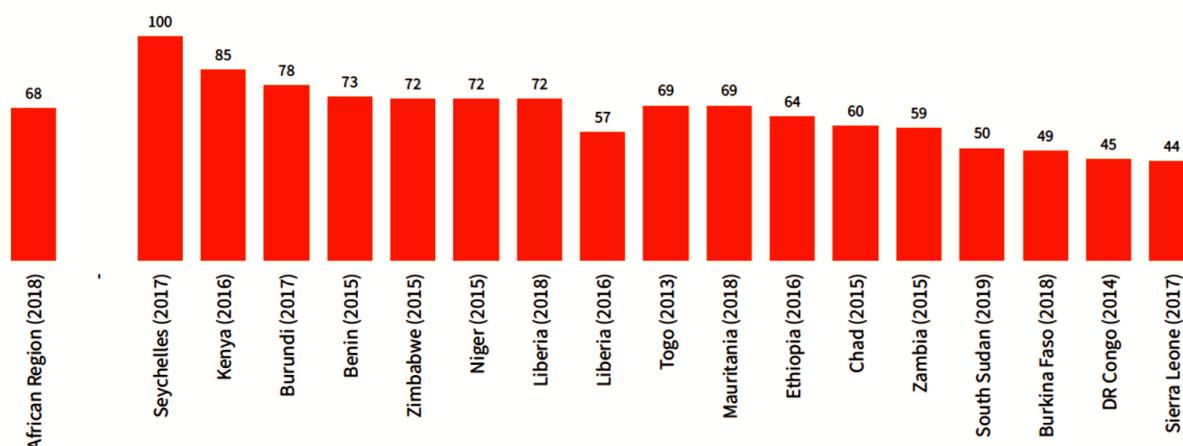
Source : OMS/AFRO

Selon les données fournies par le DHIS2, le taux d'inscription en CPN1 précoce a évolué passant de 30% en 2015 à 45 % en 2022. Bien qu'il ait augmenté, il reste très loin du niveau souhaité car les femmes qui consultent pour la CPN1 quel que 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 2022 (DHIS2).

V.1.3. Pourcentage d'établissements fournissant des SONUC

En 2017, près de 8 établissements de santé sur 10 (78%) avaient la capacité de fournir des services complets de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONUC) au Burundi (voir Graphique 61 ci-dessous).

Graphique 61: Pourcentage d'établissements de santé ayant la capacité de fournir des services SONUC dans la Région africaine de l'OMS

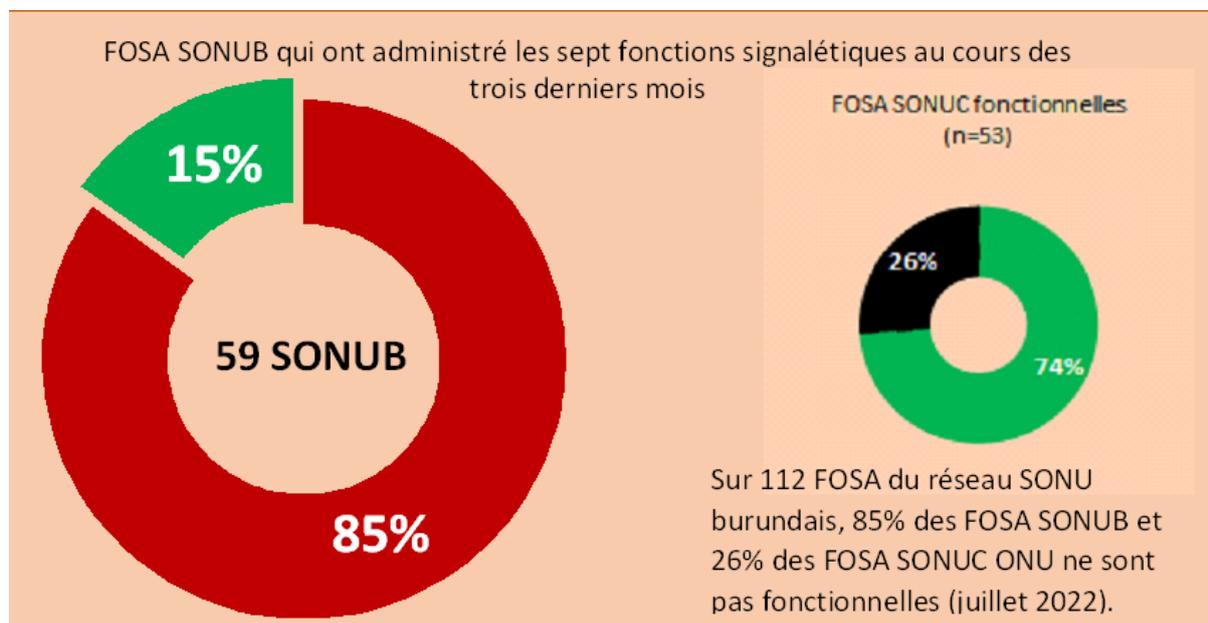


Source : OMS/AFRO, 2012–2019

Par ailleurs, de l'analyse des résultats de l'enquête sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) diligentée en 2022 par le MSPLS, avec l'appui de l'OMS, dans 112 maternités du réseau SONU (couvrant à la fois les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) et les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC), il ressort que 74% des FOSA SONUC sont fonctionnelles et ont permis de prendre en charge des femmes enceintes et nouveau-nés présentant des complications potentiellement mortelles, y compris des hémorragies graves, infection, travail prolongé ou dystocique, éclampsie et asphyxie du nouveau-né.

Le Burundi reste demandeur de renforcement de capacités pour permettre à son personnel de participer au Programme « Averting Maternal Death and Disability (AMDD) » et, à terme, être en mesure de planifier, mener des évaluations des besoins en soins obstétriques et néonataux d'urgence et utiliser les résultats pour guider les décisions et les réformes nécessaires.

Figure 11: FOSA SONU fonctionnelles

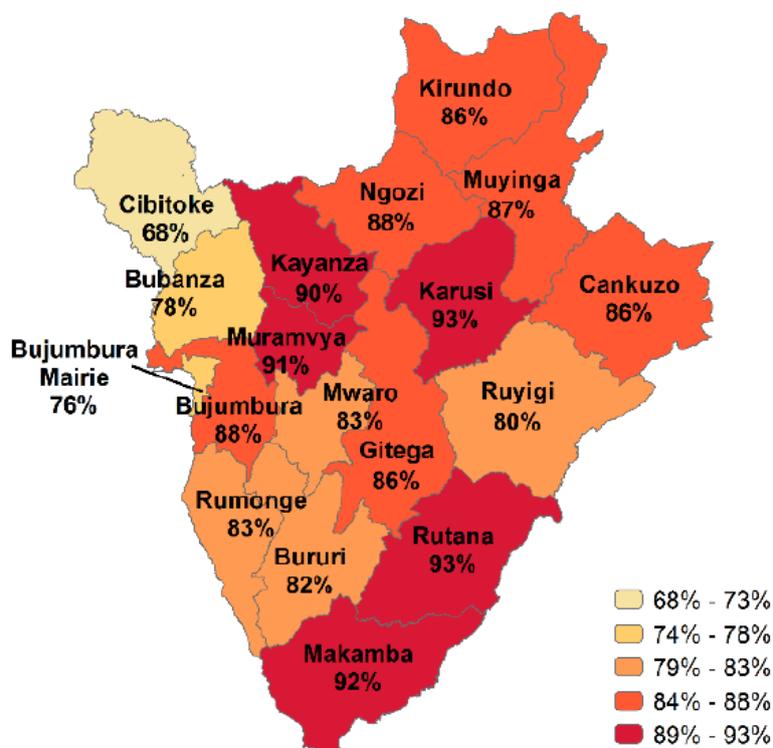


Source : Résultats de l'enquête sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) diligentée en 2022 par le MSPLS

V.1.4. Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de vaccination de routine

Au Burundi, 85% des enfants de 12-23 mois avaient reçu, au moment de l'EDS III 2016-2027, tous les vaccins de base et la majorité (83%) les avaient reçus à l'âge approprié, c'est-à-dire avant l'âge de 12 mois. Le pourcentage d'enfants qui n'ont reçu aucun des vaccins du Programme Elargi de Vaccination (PEV) est extrêmement faible (moins de 1%). Le pourcentage de ceux qui n'ont été que partiellement vaccinés est de 15%. La quasi-totalité des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG (98%). Les taux de vaccination pour le Pentavalent sont aussi très élevés, quelle que soit la dose. En ce qui concerne la polio, les résultats montrent aussi des niveaux élevés de vaccination bien que la couverture pour la troisième dose soit un peu plus faible que pour les précédentes (92% contre 99% pour la première dose). Plus de neuf enfants de 12-23 mois sur dix (94%) ont reçu le vaccin antirougeoleux 1 (VAR1).

Figure 12: Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins de base à n'importe quel moment avant l'EDSB III 2016-2027



Source : EDSB III 2016-2027

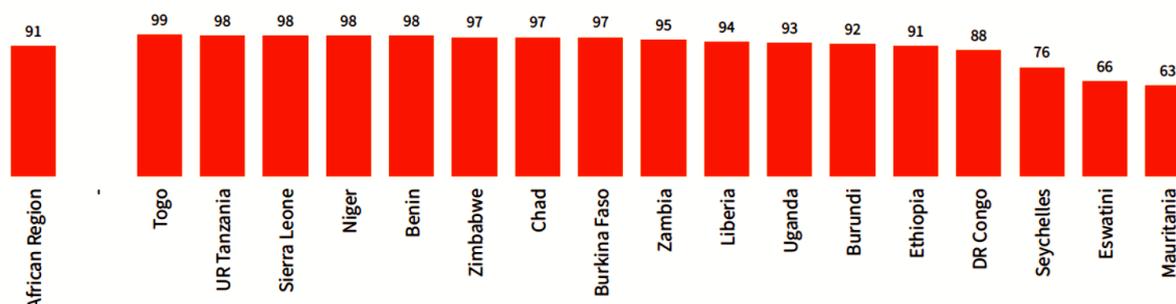
La comparaison des résultats avec ceux de l'EDSB-II, 2010 montre une légère augmentation de la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins de base à n'importe quel moment avant l'enquête (83% contre 85%). On note une légère amélioration de la couverture de la polio, le pourcentage d'enfants ayant reçu la troisième dose étant passée de 87% en 2010 à 92% en 2016-2017.

Le carnet de vaccination est un document important pour s'assurer que l'enfant a bien reçu tous les vaccins recommandés. Au Burundi, 97% des enfants de 12-23 mois et 94% des enfants de 24-35 mois ont déjà eu un carnet de vaccination. Cependant, au moment de l'enquête, seulement 83% des enfants de 12-23 mois et 61% de ceux de 24-35 mois avaient un carnet de santé qui a été observé. En plus de fournir une protection contre les maladies évitables, la vaccination facilite les liens avec le système de santé qui fournit d'autres services de base aux populations pour atteindre la CSU par le biais des SSP.

V.1.5. Pourcentage d'établissements de santé offrant des soins préventifs et curatifs aux enfants de moins de 5 ans

Au Burundi, le pourcentage d'établissements de santé qui offrent des soins préventifs et curatifs aux enfants de moins de cinq ans est très élevé et s'établit à 92% (sur la période 2012-2019). Cette performance a permis au pays de mettre en œuvre la Stratégie de gestion intégrée des maladies infantiles qui recommande qu'une évaluation complète de l'état de santé soit entreprise et les problèmes latents soient détectés, si possible, et des interventions préventives soient fournies.

Graphique 62 : Pourcentage d'établissements de santé offrant des soins préventifs et curatifs aux enfants de moins de cinq ans dans la Région africaine de l'OMS, 2012-2019, OMS/AFRO



Source : OMS/AFRO

Dans le secteur publique et agréé, tous les établissements offrent des services préventifs et curatifs des enfants de moins de cinq ans.

V.1.6. Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de santé aux adolescents

En 2017, **seuls 34% d'établissements de santé** étaient capables d'offrir des services de santé aux adolescents au Burundi (Observatoire africain des Statistiques sanitaires, OMS 2012-2019). Les adolescents sont confrontés à une série de problèmes de santé et de société, notamment la lutte contre les IST telles que le VIH, la violence sexuelle, les grossesses précoces et non désirées et les mariages précoces. Ces divers problèmes requièrent des interventions vigoureuses et rapides. Pour y faire face de manière adéquate, d'importants efforts seront nécessaires pour améliorer rapidement le score actuel.

V.2. Couverture des interventions essentielles

5.2.1. Couverture des services de santé essentiels par District sanitaire

Dans l'optique de la Couverture Sanitaire Universelle, les services de santé essentiels doivent, non seulement être disponibles mais également être répartis d'une façon équitable sur le territoire du pays. L'étude sur la fonctionnalité des districts sanitaires réalisée en 2022 par le MSPLS avec l'appui de l'OMS a analysé la couverture des services de santé essentiels aussi bien dans les hôpitaux que dans les CDS. Il s'agit(i) des services de santé de la mère, (ii) du nouveau-né et de l'enfant, (iii) les services pour les maladies infectieuses, (vi) les services pour les maladies non transmissibles ainsi que (v) la capacité des services et l'accès aux FOSA.

La figure ci-dessous illustre la situation des districts sanitaires du Burundi qui ont fait objet de l'étude par rapport à la couverture des services de santé essentiels.

Graphique 63 : Score moyen obtenu de la couverture des services de santé essentiels par District sanitaire

13

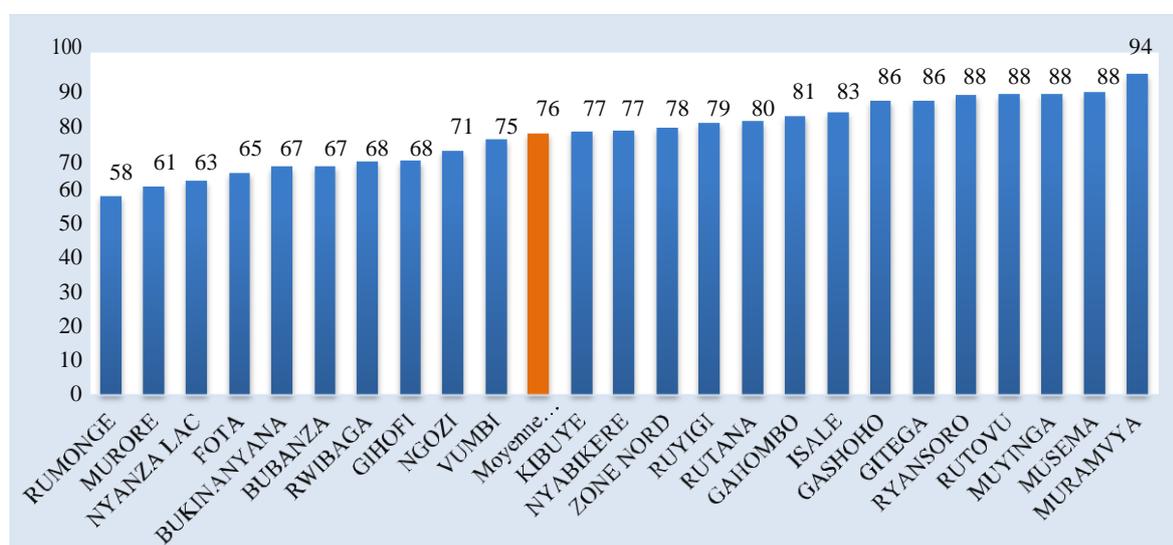


Figure 3 : Score moyen obtenu de la couverture des services de santé essentiels par DS, Burundi 2022, n=24.

Source : étude sur la fonctionnalité des districts sanitaires, 2022 (MSPLS/OMS)

La couverture nationale de services de santé essentiels était satisfaisante (76%). La majorité des DS (15 sur 24 DS) affichent un score supérieur à 74% ce qui signifie que les interventions mises en place dans ces DS sont à maintenir et les leçons apprises partagées. Aucun DS n'a obtenu un score inférieur à 55%.

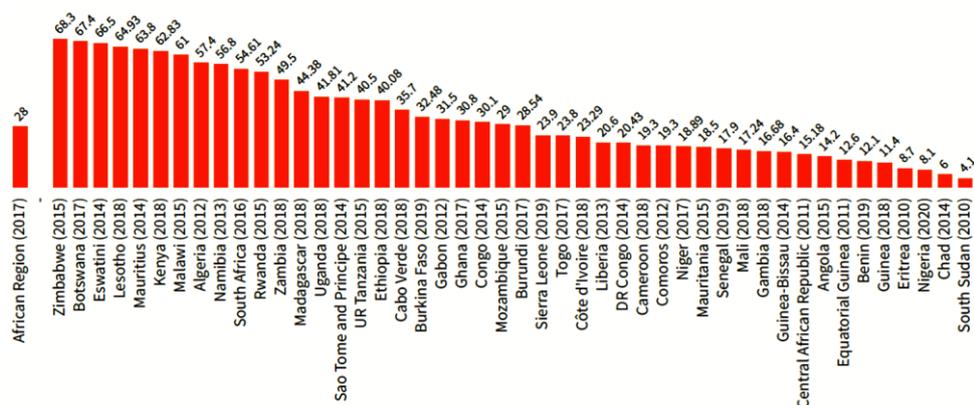
Néanmoins, cela cache des disparités entre DS car le District de Rumonge a un score de couverture de services de santé essentiels de 58% lorsque celui de Muramvya est de 94%.

V.2.2. Couverture services contraceptifs.

Taux de prévalence de la contraception dans la Région africaine. En 2017, le taux moyen de prévalence de la contraception dans la Région africaine était de 28%. A la même période, le taux de prévalence de la contraception du Burundi était de 28.54% sensiblement similaire au taux moyen de la Région. Ce taux était très faible et appelle des mesures urgentes de renforcement.

Les analyses des données de l'Enquête démographique et de santé (EDSB III 2016 2027) réalisée au Burundi en 2016, effectuées en recourant aux modèles de régression logistique binaire, révèlent que les déterminants du phénomène sont la région de résidence, la composition familiale du ménage, le nombre d'enfants survivants, le déséquilibre dans les sexes des enfants et la prise des décisions dans le domaine de la santé. Par ailleurs, répondant à la question de connaître les causes principales qui seraient à l'origine des cas d'abandon de la pratique contraceptive chez les utilisatrices, les prestataires en services de PF ont évoqué les cinq principales causes suivantes : (i) les rumeurs sur les effets secondaires ; (ii) les croyances religieuses ; (iii) la survenue d'effets secondaires ; (iv) l'absence d'adhésion du conjoint et (v) l'indisponibilité occasionnelle des intrants liée à des ruptures de stocks de ceux-ci (Etude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de planification familiale au Burundi, Programme national de santé de la reproduction)

Graphique 64: Prévalence de la contraception dans la Région africaine, dernière année disponible



Source : OMS/AFRO

V.2.3. Pourcentage de femmes ayant reçu des soins postnatals (soins après l'accouchement) dans les deux jours suivant la naissance de l'enfant

Au Burundi, le pourcentage de femmes ayant reçu des soins postnatals (soins post-partum) dans les 2 jours suivant l'accouchement était compris entre 50 – 75% pendant la période 2015-2020 (Région africaine de l'OMS/UNICEF, 2015-2020). Les principales complications postnatales qui représentent 75% de tous les décès maternels sont les hémorragies graves ; les infections ; l'hypertension artérielle, c'est-à-dire la pré-éclampsie ou l'éclampsie ; et les complications de l'accouchement. Pour les éviter, une consultation postnatale rapide et professionnelle ainsi qu'un suivi dans un environnement sécuritaire est essentiel.

V.2.4. Pourcentage de nouveau-nés qui ont eu un contact avec les soins postnatals dans les deux jours suivant la naissance.

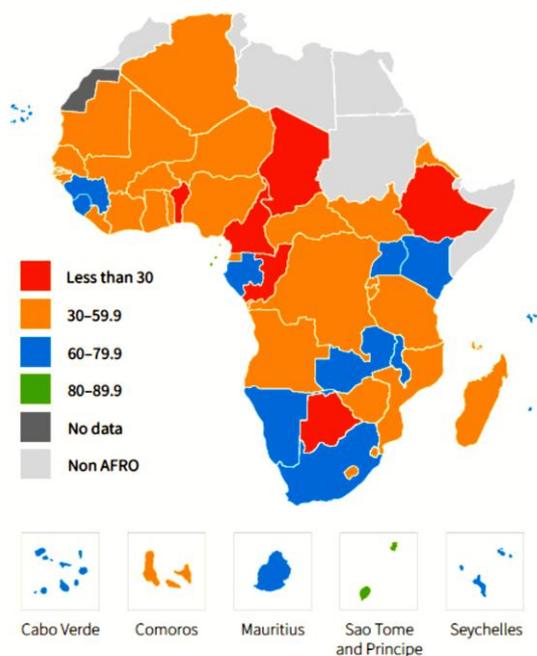
La moyenne pour le Burundi est $\leq 50\%$ de nouveau-nés ayant eu un contact pour des soins postnatals dans les 2 jours suivant la naissance, soit près d'un enfant sur deux (Région africaine de l'OMS/UNICEF, 2015-2020). Cette performance est clairement insuffisante : toutes les dispositions doivent être prises pour la renforcer sans délai pour s'assurer que toutes les naissances sont assistées par des professionnels de santé qualifiés (car des soins et un traitement rapide peuvent sauver la vie de la mère et de l'enfant), et s'assurer qu'après un accouchement simple, la mère et son bébé en bonne santé doivent être pris en charge à la maternité pendant au moins 24 heures.

V.2.5. Recherche de soins pour les enfants de moins de cinq ans suspectés de pneumonie

La pneumonie continue d'être l'une des principales causes de décès chez les enfants de moins de cinq ans dans le monde, même si la mise en œuvre d'interventions sûres, efficaces et abordables a contribué à réduire la mortalité de cette maladie. En général, la recherche de soins pour les enfants présentant des symptômes de pneumonie est encore assez faible dans la Région. Le Burundi se trouve dans une fourchette de 30 – 59% de couverture pour la recherche de soins pour enfants présentant des symptômes de pneumonie comme indiqué par la Figure 13 ci-dessous.

La vaccination ne peut protéger contre tous les cas de pneumonie. De ce fait, l'accès à des diagnostics et traitements de qualité de la pneumonie est critique pour un impact sur la santé.

Figure 13 : Recherche de soins pour les enfants présentant des symptômes de pneumonie dans la région africaine de m'OMS la Région africaine.



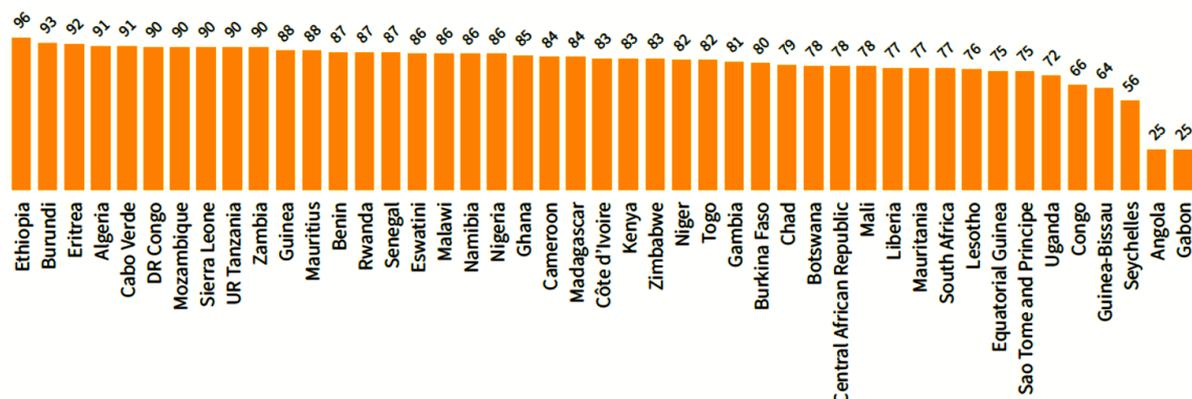
Source : OMS/AFRO

V.2.6. Couverture du traitement antituberculeux

Alors que moins de la moitié des pays de la Région africaine de l'OMS peinent à atteindre le taux de réussite du traitement antituberculeux de 85% recommandé par l'OMS, **le Burundi affiche quant à lui un taux de réussite du traitement antituberculeux de 93%** juste après l'Éthiopie qui a réalisé un taux de **96%** pour la même période.

Malgré l'accès gratuit aux médicaments contre la tuberculose, de nombreux pays sont encore à la traîne, le traitement ne couvrant qu'environ 57% de la population touchée par la maladie. Sur les 10 millions de cas de tuberculose diagnostiqués chaque année dans le monde, un quart se trouvent en Afrique.

Graphique 65: Taux de réussite du traitement de la tuberculose (%) dans la Région africaine de l'OMS, 2017, OMS



Source : OMS/AFRO

V.2.7. Personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut (%)

Le Burundi se classe parmi les rares pays en Afrique du Centre et de l'Ouest à avoir atteint les objectifs de 90-90-90 liés à la lutte contre le VIH/SIDA/IS. Il est en bonne voie pour atteindre les objectifs 95-95-95 (92-98-93) ; se classant ainsi deuxième après le Royaume d'Eswatini (PEPFAR, Avril 2023). Cela signifie qu'à présent au Burundi : 92 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 98 % des personnes qui savent qu'elles sont séropositives au VIH ont accès à un traitement, et 93 % des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable. Le pays a reçu la reconnaissance du PEPFAR pour les efforts consentis dans la lutte contre le VIH/SIDA dont les résultats étaient supposés poindre à l'horizon 2030.

Les principaux facteurs transversaux qui ont contribué à l'atteinte des 95-95-95 au Burundi sont entre autres :

1. **L'engagement politique** : la Première Dame s'est fortement mobilisée dans la riposte au VIH ainsi que dans la mobilisation des ressources, ce qui a permis une continuité dans la mise en œuvre des interventions. Cet engagement politique se traduit également par l'incalculable appui des partenaires techniques qui a été matérialisé par une la bonne collaboration et une synergie d'action vers l'atteinte des objectifs. Il convient également de souligner l'engagement du Ministère de la Santé par l'adoption et la mise en œuvre rapides des directives de l'OMS notamment le « tester, traiter et traquer tout le monde » à travers un plan de mise en œuvre.

2. **La décentralisation de la prise en charge et la délégation des tâches** : la politique de délégation des tâches est effective et a été accompagnée par un renforcement du système de santé notamment le renforcement du plateau technique et des capacités des prestataires à tous les niveaux. La politique de décentralisation de la prise en charge a été appliquée d'abord pour les adultes à partir de 2012, puis a été étendue aux enfants en 2018. Le nombre de sites de prise en charge est passé de 512 en 2016 à 885 en 2020. Ces 885 sites permettent un bon maillage de l'ensemble du territoire et un rapprochement de la prise en charge aux bénéficiaires. En effet, en optant pour la décentralisation et la délégation des tâches, le Burundi a permis à un large éventail de structures de soins (publiques, communautaires) et de prestataires de soins de santé de répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH. Cette stratégie permet des gains d'efficacité du système de santé dans la fourniture des soins complets axés sur le patient et l'atteinte des communautés défavorisées.
3. **L'engagement de la société civile**: la société civile engagée dans la lutte contre le VIH a joué le rôle moteur dans le développement et la mise en œuvre des approches différenciées de prévention, de dépistage, de traitement et de prise en charge. La création du Cadre Consultatif et Décisionnels des Organisations de Personnes vivant avec le VIH (CCDP+) a permis une meilleure implication des personnes vivant avec le VIH et une bonne coordination des interventions des organisations de personnes vivant avec le VIH, notamment dans le plaidoyer. Cet engagement, notamment des personnes vivant avec le VIH, est un facteur de responsabilisation de ces derniers dans la lutte contre la stigmatisation du VIH/sida et démontre la résilience dont font preuve les personnes vivant avec le VIH. Au-delà des personnes vivant avec le VIH, les pratiques novatrices ont facilité l'utilisation des services chez les populations clés qui étaient confrontées à des obstacles socioculturels, structurels et législatifs.
4. **La disponibilité des intrants**: La disponibilité des intrants de dépistage et des ARVs a permis de dérouler sans difficulté l'ensemble des activités. Cette disponibilité a joué un rôle important dans la continuité des services et dans la motivation des acteurs

V.2.8. Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse

L'OMS recommande trois doses ou plus du traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIp) contre le paludisme pour les femmes vivant en Afrique dans des zones à transmission "modérée" à "élevée" du paludisme.

Le Burundi a adopté le TPIg en 2013 et l'a mis en œuvre en 2015 ; puis progressivement mis à échelle pour atteindre la couverture géographique nationale en 2017. Les directives nationales de prévention du paludisme chez les femmes enceintes ont été révisées en 2015 et recommandent l'administration d'au moins 3 doses de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) / Fansidar espacées d'un mois à partir de la 15ème

semaine d'aménorrhée jusqu'à l'accouchement durant les visites prénatales de routine aux second et troisième trimestre de la grossesse (TPIg3+) pour protéger la mère et l'enfant du paludisme. Ainsi, selon l'EDSB III 2016-2017, 30 % des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance dans les 2 années ayant précédé l'enquête ont reçu au moins une dose de Fansidar, 21 % en ont reçu au moins 2 doses et seulement, 13 % ont reçu les doses recommandées par l'OMS et par les directives nationales.

Les indicateurs du TPIg ont été ajoutés à la liste des indicateurs nationaux. En 2017, le pourcentage de femmes enceintes reçues en CPN ayant bénéficié de trois doses de TPIg ou plus était faible et estimé à 12,9 % (EDSB III, 2016-2017). Depuis 2015, le Burundi a adopté cette stratégie. Plusieurs interventions ont été retenues dans le PSN 2021-2027 afin de renforcer cette stratégie.

Les défis identifiés par le Programme national de lutte contre le Paludisme se déclinent comme suit (Source: PNLIP) : (i) la remise à niveau des prestataires au niveau de chaque structure qui offre ce service ; (ii) la disponibilité permanente des intrants à travers l'implication du secteur privé dans l'amélioration de l'acheminement jusqu'au dernier kilomètre ; (iii) le renforcement de la sensibilisation des prestataires et des bénéficiaires pour l'adhésion à l'intervention ; (iv) la recherche des pertes de vue par les ASC ; (v) la sensibilisation des femmes enceintes pour une CPN1 précoce au premier trimestre de la grossesse.

Au rang de son Plan stratégique national de lutte contre le Paludisme (PSN 2021-2027), le Burundi a inscrit le Traitement Préventif Intermittent (TPI) comme un de ses objectifs et, de ce fait, vise à protéger au moins 80 % des femmes enceintes venue en CPN par le TPI conformément aux directives nationales.

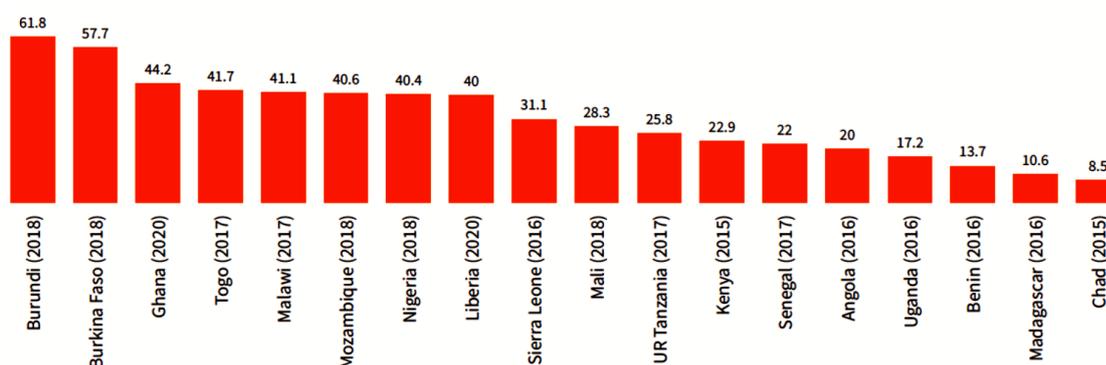
- **Développement des directives, normes et protocoles de la chimio prévention** : une mise à jour des documents d'orientation et des modules sera entreprise conformément aux nouvelles directives OMS 2018 y compris la mise à jour des directives nationales. Des réunions techniques seront organisées et un atelier national de consensus sera tenu pour la validation. Les nouveaux documents seront multipliés et disséminés à toutes les FOSA. Une évaluation de la mise en œuvre opérationnelle du TPIg sera faite suivi d'un plan de redressement.
- **Mise en œuvre de la chimio prévention** : la mise en œuvre se fera en collaboration avec le PNSR qui est chargé d'assurer la fourniture du paquet intégré à la femme enceinte au cours de la CPN, y compris le TPIg et participer dans les supervisions formatives sur le TPIg tandis que le PNLIP garantit l'approvisionnement en SP et le renforcement de capacités sur le TPIg. La collaboration avec les services de communication visera à impliquer davantage les FOSA et les ASC pour sensibiliser les clients à faire les CPN précoces, à accroître le nombre de séances de CPN et le taux d'adhésion au TPIg.

- **Renforcement des capacités** des prestataires de soins se poursuivra au travers de formations / recyclages sur la mise en œuvre des protocoles de chimio prévention. En outre, des missions de supervisions intégrées à différents niveaux, y compris dans les structures privées seront intensifiées et permettront de remédier à l'application lacunaire des directives. Des missions d'échanges d'expérience sur les bonnes pratiques en matière chimio prévention du paludisme seront par la suite organisées entre districts d'une part, et avec d'autres pays d'autre part.

A travers la mise de ce PSN, le PNLIP vise l'atteinte des indicateurs ci-après à l'horizon 2027.

Indicateurs	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Pourcentage de femmes bénéficiant de services de soins prénatals ayant reçu au moins 6 doses de traitement préventif intermittent	59%	60%	65%	70%	75%	80%	85%

Graphique 66: Pourcentage de femmes enceintes recevant un traitement préventif intermittent contre le paludisme (N=18), dernière année disponible



Source : AFRO/OMS

V.2.9. Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides

En 2018, 61.8% de la population avaient accès à une MII au Burundi (Région africaine de l'OMS/DHS/MIS/NHMIS, 2018). A la même période, la moyenne pour la Région africaine de l'OMS de la population ayant accès à une MII pour la protection contre le paludisme en 2020 était de 53,2%.

La comparaison des résultats de l'EDSB III 2016-2017, avec ceux des enquêtes précédentes fait apparaître, entre 2010 et 2012, une tendance à l'amélioration, que ce soit en termes d'accès aux MII que d'utilisation, puis une diminution entre 2012 et 2016-2017.

De ce qu'il ressort de l'analyse des résultats de l'EDSB III 2016-2017, **les déterminants qui modulent l'accès et l'utilisation de la MII** au Burundi s'établissent comme suit :

- En termes d'accès et d'utilisation des MII, le milieu urbain est plus favorisé que le milieu rural : en effet, le pourcentage de la population ayant accès à une MII est nettement plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (50 % contre 30 %) et le pourcentage de population ayant dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'interview est de 53 % en urbain contre 32 % en rural.
- Le pourcentage de la population ayant accès à une MII varie d'un maximum de 52 % dans la province de Bujumbura Mairie à un minimum de 19 % dans celle de Cankuzo.
- L'accès aux MII et leur utilisation augmentent avec le niveau de bien-être économique du ménage, passant, pour l'accès à une MII, de 19 % dans le quintile le plus bas à 48 % dans le plus élevé et, pour l'utilisation de la MII, de 21 % à 50 %.
- Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes constituent des cibles privilégiées de tout programme de contrôle du paludisme parce qu'ils courent des risques élevés de morbidité et de mortalité dans les pays où le paludisme est endémique. Au Burundi, deux enfants de moins de 5 ans sur cinq ont dormi sous une MII la nuit avant l'interview (40 %). Parmi les femmes enceintes, ce pourcentage est légèrement plus élevé (44 %).
- Globalement, plus l'enfant avance en âge, moins il dort sous une MII (44% pour les moins de 12 mois contre 34% chez ceux de 48-59 mois).
- Le taux d'utilisation des MII par les enfants de moins de 5 ans est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (59 % contre 38 %).
- L'utilisation de la MII chez les enfants augmente avec le niveau de bien-être économique de leur ménage, passant de 25 % dans les ménages du quintile le plus bas à 56% dans ceux du quintile le plus élevé.
- Le taux d'utilisation des MII chez les enfants varie entre provinces, d'un maximum de 60 % à Bujumbura Mairie à un minimum de 24 % dans la province de Cankuzo.

- L'utilisation des MII par les femmes enceintes est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (61 % contre 42 %).
- Le taux d'utilisation des MII par les femmes enceintes augmente avec le niveau d'instruction, passant de 40 % parmi les femmes enceintes sans niveau d'instruction à 58 % parmi celles ayant un niveau secondaire ou supérieur.
- Le taux d'utilisation des MII par les femmes enceintes augmente du quintile le plus bas au plus élevé, passant de 28 % à 61 %.

Graphique 67: Population ayant accès à une MII pour la protection contre le paludisme (%) dans la Région africaine de l'OMS, 2020, OMS



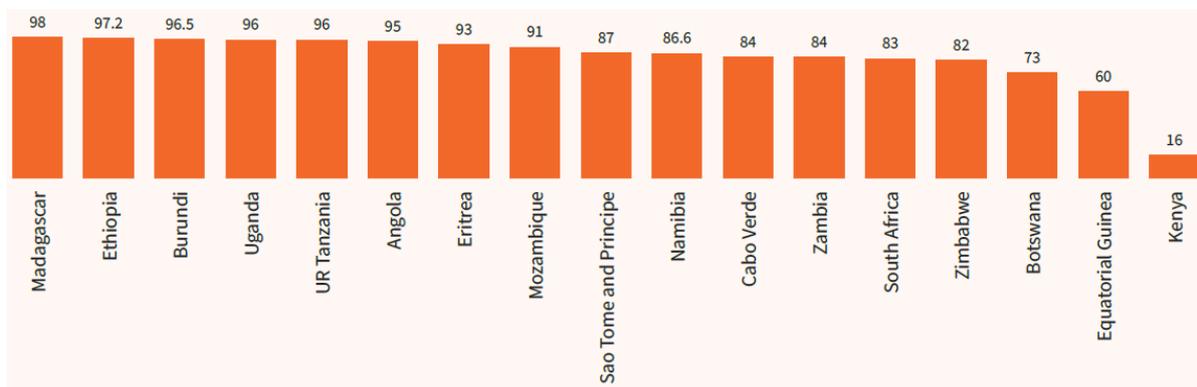
Source : OMS/AFRO

V.2.10. Couverture de la pulvérisation résiduelle intérieure

Sur un échantillon de 17 pays de la Région africaine de l'OMS, le Burundi a affiché un taux de 96.5% de couverture de la pulvérisation intradomiciliaire (PID) à effet rémanent.

Cette haute performance s'explique, entre autres, par la combinaison de deux approches complémentaires : d'une part, les campagnes PID ont été renforcées par une forte digitalisation du processus, notamment pour la collecte des données du dénombrement des ménages, leur identification par un code unique, leur géolocalisation, le suivi et évaluation de la mise en œuvre de la campagne, le rapportage et la visualisation des données en temps réel grâce au partenariat local privé ; d'autre part, la forte implication des chefs de colline qui ont travaillé côte à côte avec les techniciens de promotion de la santé pour identifier les ménages bénéficiaires et sélectionner le personnel pour effectuer la pulvérisation.

Graphique 68: Couverture de la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent (N=17) dans la Région africaine de l'OMS, 2006-2007, Programme national de lutte contre le paludisme



Source : OMS/AFRO

V.2.12. Couverture de la chimiothérapie préventive pour certaines Maladies Tropicales Négligées (MTN)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
STH	99.3	102.3	100.6	105	98.5	92.7
Onchocecose			81.15	80.6		81.16
Schistosomiase		98.2	98.2	94.7	105	
Trachome			95			

- Le taux couverture en chimioprophylaxie préventive de STH a atteint la cible de 95% avec une légère diminution en 2022, l'année pendant laquelle le Burundi a arrêté le MDA (Masse Drug Administration) pour passer au traitement de routine
- Le taux de couverture de l'onchocercose a atteint plus ou moins la cible de 81% pour toutes les années renseignées, le traitement contre l'onchocercose n'a pas eu lieu en 2021 à cause du retard dans l'envoi de médicament (Ivermectine)
- Le taux de couverture de l'onchocercose a atteint plus ou moins la cible de 95% pour toutes les années renseignées, Le traitement contre la schistosomiase s'est arrêté en 2021, le Burundi entend passer de District sanitaire comme UI (unité d'implémentation) au niveau communautaire dans le respect des nouvelles directives de l'OMS.
- Le traitement contre le trachome s'est arrêté en 2019, le Burundi est au stade de soumission du dossier d'élimination du trachome comme problème de santé publique

V.2.13. Dépistage du cancer du col de l'utérus

Jusqu'en 2019, seuls 10% de femmes âgées de 30 à 49 ans avaient déjà bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus au Burundi. Plusieurs facteurs entravent le dépistage du cancer du col de l'utérus, y compris le niveau de l'éducation, le milieu socio-familial.

A date, le Burundi ne dispose pas de Programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus. Certains partenaires du Gouvernement apportent leur appui à ce Programme : à cet effet, l'Association nationale de soutien aux séropositifs et malades du SIDA (ANSS) développe un module de cours en partenariat avec SIDACTION. Ce module couvre, entre autres, la vaccination contre le Virus du Papillome Humain (VPH) dans le cadre de la prévention et de la lutte contre le cancer du col de l'utérus. GAVI aurait manifesté son intérêt à participer à cette démarche. De toute évidence, la problématique du cancer du col de l'utérus requiert beaucoup d'attention à la fois au Burundi, mais aussi au niveau de la Région africaine de l'OMS.

V.2.14. Couverture des services pour les troubles mentaux graves

Selon le Service de Santé Mentale du Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques et non Transmissibles (PNLMNT, 2022), l'insuffisance des structures spécialisées dans les soins de santé mentale et des spécialistes psychiatres sont les grands défis que connaît le Burundi en matière de santé mentale. Le pays ne compte que 5 médecins psychiatres (dont 3 prestent au Centre Neuro-psychiatrique de Kamenge (CNPK), 1 à l'Hôpital Militaire de Kamenge et 1 à Kira Hospital) et 4 centres spécialisés en santé mentale à savoir le CNPK opérationnel depuis 1981 et ses deux sous-centres qui ont été mis en place à Gitega en 2011 et à Ngozi en 2014 ; ainsi qu'un centre privé situé dans la province de Cibitoke.

Sur financement de l'Union européenne, le Projet dénommé "Twiteho Amagara" a développé **une importante composante de santé mentale** en tant qu'élément de soins de santé primaires et comportant :

- **une dimension technique** qui a activement contribué à la révision du Plan stratégique national "Santé mentale" ainsi que de ses outils, modules, directives et normes; et a permis de revisiter la liste des médicaments essentiels en vue de l'intégration des médicaments psychotropes dans cette liste, ainsi que l'identification des niveaux de prescription de ces psychotropes. Cet accompagnement a permis de développer un pool de 24 formateurs nationaux en santé mentale

- et d'acquérir des équipements de base visant à renforcer et intégrer le Service de santé mentale dans le système national de santé. Actuellement, l'ensemble des partenaires intervenant dans le domaine de la santé mentale fait appel à ce pool mis en place grâce au Projet "Twiteho Amagara";
- **une dimension communautaire:** à titre illustratif, dans la province de Muyinga et grâce à l'appui du consortium MEMISA, l'ONG ODEDIM a contribué à l'établissement d'une cartographie permettant de localiser les malades mentaux (et indigents) au sein des communautés, de les regrouper et de canaliser leurs familles propres ou leur tutelle vers des activités génératrices de revenus encadrées par des volontaires des Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit (AVEC) afin d'accroître leurs revenus et de faciliter entre autres leur accès aux soins et services de santé. Bien que la prise en charge des cas ne soit pas encore optimale faute de produits psychotropes, la communauté et les ASC en général et les prestataires en particulier, ont adopté une attitude d'empathie et une pratique de recours aux FOSA et de transfert vers les centres spécialisés, plutôt qu'une attitude stigmatisante, jadis commune envers les malades mentaux.
 - **une dimension académique:** grâce à l'appui du Projet "Twiteho Amagara", une filière « Santé mentale» a été ouverte à l'INSP: elle devrait permettre de dispenser entre autres, des modules de psychiatrie, psycho-pharmacologie, ... avec l'appui de la diaspora burundaise.
 - **une dimension institutionnelle:** les psychotropes ont été intégrés dans la liste nationale des produits essentiels. Il reste à calibrer la nature et les quantités de psychotropes à importer. Grâce à l'appui de ce Projet "Twiteho Amagara", d'importantes avancées ont été enregistrées dans le domaine de la santé mentale et, de manière indirecte, dans le domaine de la prévention du suicide: une réflexion sur la meilleure manière de préserver et de pérenniser ces acquis.

V.3. Facteurs de risque et comportements

V.3.1. Prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons âgés de six mois ou moins

L'OMS et l'UNICEF recommandent que les enfants soient allaités dans l'heure qui suit la naissance d'une part et, d'autre part, qu'ils soient allaités exclusivement au sein pendant les 6 premiers mois de vie. L'allaitement est crucial pour la nutrition et la santé d'un enfant, mais aussi pour son bien-être tout au long de sa vie. En plus de fournir d'autres avantages pour la santé mentale de l'enfant, il stimule la création de liens entre une mère et son bébé. Seuls le Burundi et le Rwanda avaient atteint l'objectif de 80% d'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois de la vie en 2018 (Prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons âgés de 6 mois ou moins dans la Région africaine de l'OMS, 2010-2018, OMS/UNICEF).

V.3.2. Initiation précoce à l'allaitement

Dans les milieux à faibles ressources et à forte mortalité où l'infection est à l'origine d'une grande proportion de décès de nouveau-nés, l'initiation précoce de l'allaitement maternel exclusif peut réduire considérablement la mortalité infantile.

L'initiation de l'allaitement dans la première heure peut aider à prévenir les décès néonataux causés par la septicémie, la pneumonie et la diarrhée et peut également prévenir les décès liés à l'hypothermie, en particulier chez les prématurés et les nourrissons de faible poids à la naissance.

L'initiation précoce de l'allaitement maternel exclusif sert de point de départ à un continuum de soins pour la mère et le nouveau-né qui peut avoir des effets durables sur la santé et le développement.

V.3.3. Incidence de l'insuffisance pondérale chez les nouveau-nés

Selon l'EDSB III 2016-2017, 29 % d'enfants de moins de 5 ans présentent une insuffisance pondérale ou sont trop maigres par rapport à leur âge.

- Les résultats selon la province montrent que c'est dans Ngozi que le pourcentage de faibles poids à la naissance est la plus élevée (17 %) contre 6% à Bururi et Rutana.
- Le pourcentage de naissance de faible poids est plus élevé quand la mère a moins de 20 ans à la naissance (14 %) que quand elle est plus âgée (10% pour les 35-49 ans).
- Le pourcentage de naissance de faible poids est plus élevé parmi les naissances de rang 1 (15 %) que parmi les rangs supérieurs (environ 9 %).
- Le statut tabagique de la mère influence la prévalence du faible poids à la naissance : le pourcentage de naissances de faible poids est environ deux fois plus élevé parmi les mères qui fument des cigarettes/tabac que parmi celles qui ne fument pas (18 % contre 10 %).
- Le pourcentage de naissances pesant moins de 2,5 kg diminue avec l'amélioration du niveau d'instruction de la mère, variant de 11 % chez les femmes sans niveau d'instruction à 8 % chez celles ayant le niveau secondaire ou supérieur. De même, ce pourcentage diminue du quintile le plus bas au plus élevé, passant de 14 % à 8 %.

V.3.4. Prévalence de l'anémie chez les enfants

Les causes principales de l'anémie chez les enfants sont le paludisme et une carence en fer, folates, vitamine B12, ou d'autres nutriments. D'autres problèmes comme des infections causées par des vers intestinaux tels que l'ankylostome et d'autres helminthes ; des carences nutritionnelles, des infections chroniques et des maladies génétiques ; les hémoglobinopathies et la drépanocytose peuvent aussi être responsables de l'anémie. Bien que l'anémie ne soit pas spécifique au paludisme, les tendances de la prévalence de l'anémie peuvent refléter la morbidité causée par le paludisme et elles varient en fonction des changements de la couverture des interventions dans le domaine du paludisme (Korenromp 2004). Les interventions dans le domaine du paludisme ont été associées à une réduction de 60% du risque d'anémie en utilisant un seuil de 8g/dl (RBM 2003).

Au cours de l'EDSB-III, 2016-2017, il a été testé le niveau d'hémoglobine des enfants de 6-59 mois.

Globalement, 61 % des enfants âgés de 6 à 59 mois étaient anémiés. Dans un quart des cas (25 %), les enfants étaient atteints d'anémie légère, dans un tiers des cas (33%), il s'agit d'anémie modérée et 4% souffrent d'une anémie sévère

La comparaison avec les résultats de l'EDSB-II, 2010 met en évidence une augmentation de la prévalence de l'anémie parmi les enfants de 6-59 mois, celle-ci étant passée de 45 % en 2010 à 61 % en 2016-2017 (EDSB III 2016-2017).

La prévalence de l'anémie chez les enfants, diminue globalement avec l'âge de l'enfant, passant de 84 % à 6-8 mois à 54 % à 48-59 mois. Le pic de prévalence est atteint dans le groupe d'âge de 9-11 mois (78 %).

- La prévalence de l'anémie chez les enfants est plus élevée en milieu rural (62 %) qu'en milieu urbain (48 %)
- Les résultats par province montrent que c'est dans celle de Kirundo que la prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois est la plus élevée (79 %) et dans celle de Bururi qu'elle est la plus faible (49%)
- La prévalence de l'anémie diminue avec le niveau d'instruction de la mère, passant de 65 % quand la mère n'a aucun niveau d'instruction à 46 % quand elle a le niveau secondaire ou supérieur.
- Le niveau de bien-être économique influence la prévalence de l'anémie chez les enfants, celle-ci variant de 71 % dans les ménages du quintile le plus bas à 47 % dans ceux du plus élevé.

V.3.5. Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer

La prévalence d'anémie chez les femmes est trois fois plus élevée dans la province de Kirundo (60 %) que dans la province de Bururi (20 %).

Selon les résultats de l'EDSB III 2016-2017, 39 % des femmes de 15 à 49 ans souffrent d'anémie : 29 % sous la forme légère, 10 % sous la forme modérée et 1 % sous la forme sévère. Par rapport à la situation de 2010, la prévalence de l'anémie chez les femmes de 15 à 49 ans a augmenté passant de 19 % à 39 %. On constate que, quelle que soit la gravité de l'anémie, la prévalence de l'anémie a augmenté. La proportion de l'anémie légère était passée de 15 % à 29 % et celle de l'anémie modérée de 3 % à 10 %. Ces taux de prévalence révèlent une situation préoccupante au niveau national. A côté des cas extrêmes constatés dans les provinces de Kirundo (60,31%), Cankuzo (54,39%), Ruyigi (54,14%) et Cibitoke (52,39%), la plupart des provinces ont des taux d'anémie avoisinant la moyenne nationale de 39%. Cette prévalence était de 20% dans la province de Bururi. Avec un tel niveau de prévalence, il sera difficile, pour le Burundi, d'atteindre la deuxième des cibles mondiales de nutrition qui vise à réduire de 50% l'anémie chez les femmes en âge de procréer à l'horizon 2025.

V.3.7. Consommation totale d'alcool par habitant (15 ans et plus)

La tendance de la consommation moyenne d'alcool pur au Burundi par habitant dans la tranche d'âge de 15 ans et plus entre 2000 et 2018 s'établit comme suit : d'abord légèrement baissière entre 2000 et 2015 [9,8 l en 2000; 8,4 l en 2005; 7,7 l en 2010; 7 l en 2015]; elle présente ensuite une tendance à la hausse passant à 7,2 l en 2018]; puis à 7,5 l d'alcool pur en 2019.

V.3.8. Surcharge pondérale et obésité chez les adultes

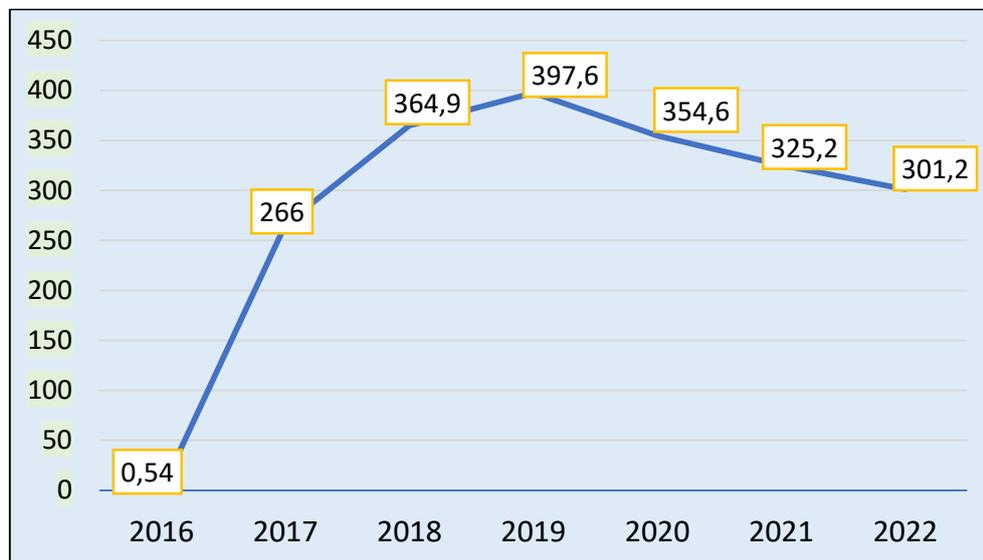
La surcharge pondérale et l'obésité représentent respectivement (3,1%) et (0,4%) des facteurs de risque de l'hypertension artérielle et du diabète de type 1 chez l'adulte au Burundi.

V.3.9. Pression artérielle élevée chez les adultes

L'hypertension artérielle fait augmenter considérablement le risque de cardiopathie et d'affection cérébrale et rénale, et constitue l'une des principales causes de mortalité et de morbidité dans le monde. Selon l'enquête STEPS réalisée dans la Province de Kirundo en 2013, la prévalence de l'hypertension est de 25,2 %. La prévalence des facteurs de risque se présente comme suit selon la même source : (i) Obésité (0,4%) et surcharge pondérale (3,1%); (ii) Tabagisme (20%) ; (iii) Consommation d'alcool (88%); (iv) Faible consommation de fruits et légumes (91,5%); et (v) Faible activité physique (16,7%). Selon l'enquête SARA, l'accessibilité aux services est respectivement de 49% pour le diabète, et de 45% pour

les maladies cardiovasculaires (Programme national intégré de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles - Plan d'action multisectoriel de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles 2019-2023).

Graphique 69 : Taux d'incidence des maladies cardiovasculaires pour 100 000 habitants

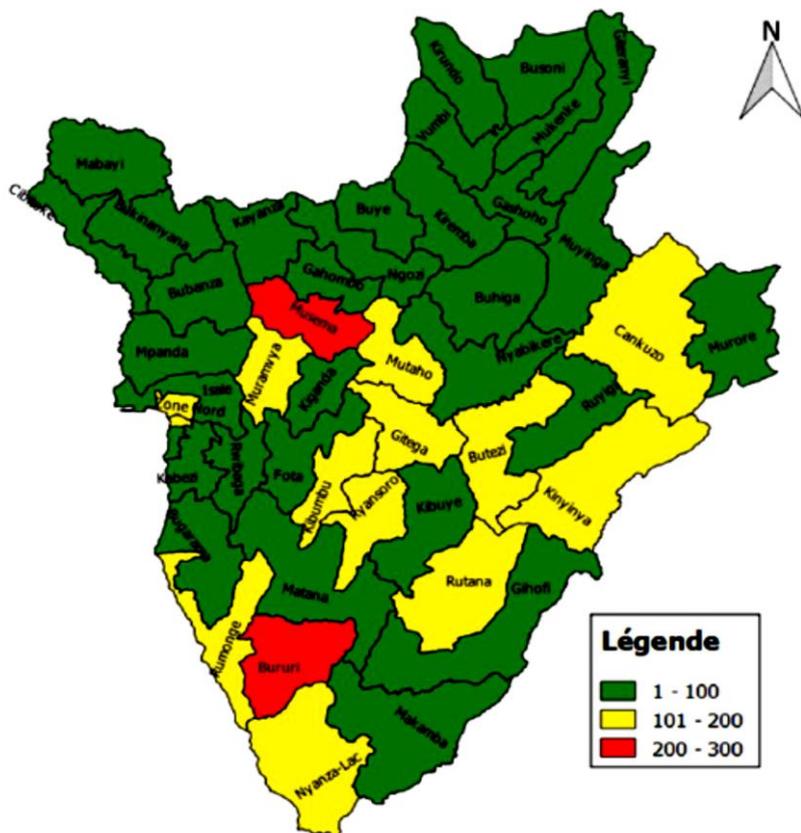


Source : DHIS2

Le taux d'incidence des maladies cardiovasculaires est passé de 0,54 à 397,6 pour 100 000 habitants de 2016 à 2019. Ce taux a baissé de cette dernière année jusqu'à 301,2 pour 100 000 habitants en 2022.

La Figure ci-dessous indique une répartition d'incidence de l'hypertension artérielle dans les différents districts sanitaires du Burundi pour le deuxième trimestre 2021. On note que l'incidence est considérée comme "très élevée" dans 2 districts sanitaires sur 47 (entre 201 à 300 cas) et "élevée" dans 11 districts sanitaires (101-201) pour 100 000 habitants.

Figure 14 : Incidence de l'hypertension artérielle pour 100 000 habitants (Avril – Juin 2021)



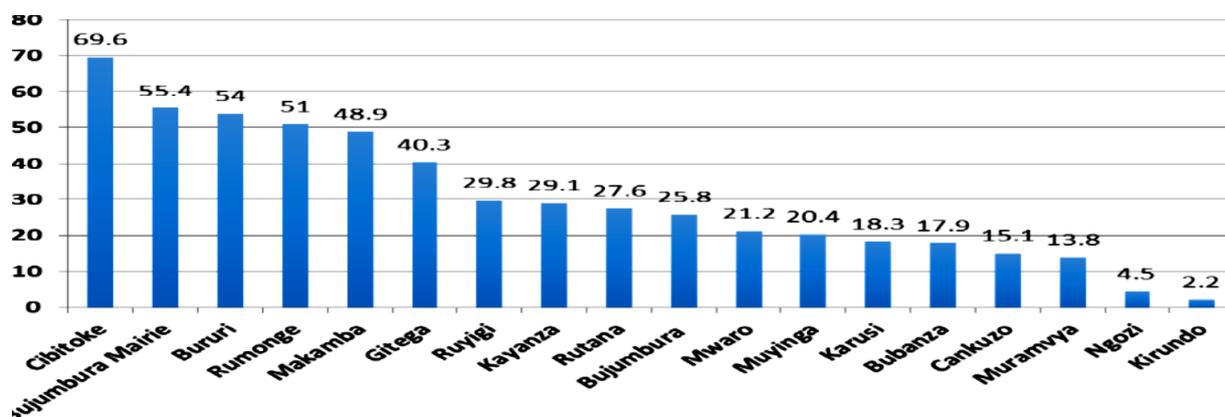
Source : Bulletin d'information DSNIS – 2^{ème} trimestre 2021

V.3.10. Augmentation de la glycémie/diabète chez les adultes

Selon l'enquête STEPS réalisée dans la Province de Kirundo en 2013, la prévalence du diabète est de 1%. La prévalence des facteurs de risque est décrite dans la Section ci-dessus en lien avec l'hypertension artérielle.

Le taux d'incidence du diabète de type I est plus élevé dans 6 provinces du pays dont Cibitoke, Bujumbura Mairie, Bururi, Rumonge, Makamba et Gitega variant entre 69.6 et 40.3 pour 100 000 habitants. D'autres provinces ont enregistré peu de cas de diabète de type I variant de 29.8 à 2.2 pour 100 000 habitants (Bulletin d'information DSNIS – 2^{ème} trimestre 2021).

Graphique 70 : Incidence du diabète de type I pour 100.000 habitants.



Source : Bulletin d'information DSNIS – 2^{ème} trimestre 2021

V.3.11. Population utilisant des services d'eau potable gérés en toute sécurité

En 2020, le Burundi faisait partie de la catégorie des pays de la Région africaine de l'OMS dont $\geq 80\%$ de la population urbaine avaient accès à des services de base de fourniture d'eau potable.

Avec l'appui de ses partenaires, le pays a progressivement mis en place des normes nationales généralement compatibles avec les lignes directrices de l'OMS sur la qualité de l'eau potable et prenant en compte les critères d'accessibilité, de disponibilité, et de qualité.

Ainsi, plusieurs initiatives sont notées : une remise officielle de 40 points d'eau construits pour prévenir et répondre à l'épidémie du choléra. Ces bornes fontaines ont été construites par la Régie des eaux « REGIDESO » avec l'appui financier de l'UNICEF dans les quartiers périphériques de la Mairie de Bujumbura et la province de Bujumbura rural (à Mutimbuzi), après que l'épidémie du choléra ait été déclarée par le Ministère de la Santé Publique. Dans la province de Rumonge, un réseau d'adduction en eau potable à Rumonge a été mis en place par l'UNICEF en partenariat avec l'ONG COPED, grâce au soutien financier du Gouvernement Japonais pour prévenir et éviter les maladies infectieuses d'origine hydrique. Dans les provinces de Ngozi, Bujumbura Mairie et Muyinga, 18 écoles ont bénéficié de latrines et de points de lavage des mains construits grâce au projet financé par UNICEF USA.

Ces divers projets témoignent du fait qu'une dynamique sectorielle est en place et que le Burundi se trouve sur une bonne trajectoire. Néanmoins, pour que l'Objectif de développement durable n°6 pour l'accès universel à l'eau et à l'assainissement soit atteint d'ici 2030; la dynamique sectorielle mérite d'être renforcée d'une part et, d'autre part une Feuille de route claire relative à une gouvernance nationale de

l'eau mérite d'être élaborée. A cet effet, des investissements additionnels sont nécessaires pour induire un changement d'échelle et de rythme. Il est urgent d'accélérer !

V.3.12 Population utilisant des services d'assainissement gérés en toute sécurité

(Voir également Section « Taux de mortalité attribué à l'exposition à des services WASH non sécurisés pour 100 000 habitants » plus haut)

V.3.13. Population utilisant principalement des combustibles et des technologies propres

L'un des principaux obstacles au développement socioéconomique du Burundi est le manque d'accès aux services énergétiques ; la grande majorité des Burundais n'a pas accès à l'électricité et reste tributaires des technologies traditionnelles de cuisson à base de bois de chauffage et de charbon de bois. Le taux d'accès à l'électricité au Burundi se maintient tout juste à 9 %, et n'a enregistré qu'une modeste amélioration annuelle de 0,6 % depuis 2010. Dans les zones rurales, il est encore plus faible, à moins de 2 % et avec une consommation moyenne d'électricité de 23 kilowattheures par habitant et par an. Il s'agit d'un des chiffres les plus bas de l'Afrique subsaharienne, où la moyenne régionale s'élève à 480 kWh/an. Même dans les grands centres urbains comme Bujumbura, Ngozi et Gitega, les coupures d'électricité planifiées et non planifiées restent monnaie courante. La grande majorité des ménages ruraux — et souvent urbains — utilisent principalement du bois de chauffage. Ils disposent d'un accès limité à des sources d'énergie alternatives ou à des foyers améliorés, alors que ces derniers pourraient être plus efficaces énergétiquement et réduiraient les impacts environnementaux et sanitaires de la cuisson au bois. Le manque d'accès à une énergie fiable n'affecte pas seulement les moyens de subsistance, il constitue aussi une entrave majeure pour les entreprises et la fourniture de services publics. Près de 22 % des entreprises burundaises considèrent que le manque d'accès et de fiabilité de l'électricité constitue un obstacle majeur à l'investissement, contre 15 % en moyenne pour l'Afrique subsaharienne, et 85 % de ces entreprises sont confrontées à de fréquentes coupures d'électricité. Les cliniques rencontrent souvent des pannes de courant — quand elles disposent d'un accès à l'électricité — même dans les grands centres urbains comme Bujumbura. D'importantes institutions publiques comme les écoles et les agences gouvernementales régionales/centrales n'ont bien souvent pas accès à un réseau électrique fiable.

Par ailleurs, les barrières qui entravent une large adoption des technologies qui pourraient permettre une réduction des émissions des GES dans le sous secteur résidentiel sont indiquées ci-dessous et par option technologique. Elles sont dans la plupart de cas d'ordre technique et financier. Les mesures pour surmonter ces obstacles existent et sont surtout d'ordre technique et politique:

- Option technologique n°1. : Amélioration du système de carbonisation.
- Option technologique n°2. : Diffusion de foyers améliorés à bois et à charbon.
- Option technologique n° 3. : Augmentation de la production et de l'utilisation de l'hydroélectricité
- Option technologique n° 4. : Electrification des ménages ruraux par des kits photovoltaïques.
- Option technologique n° .5. Utilisation de digesteurs à biogaz

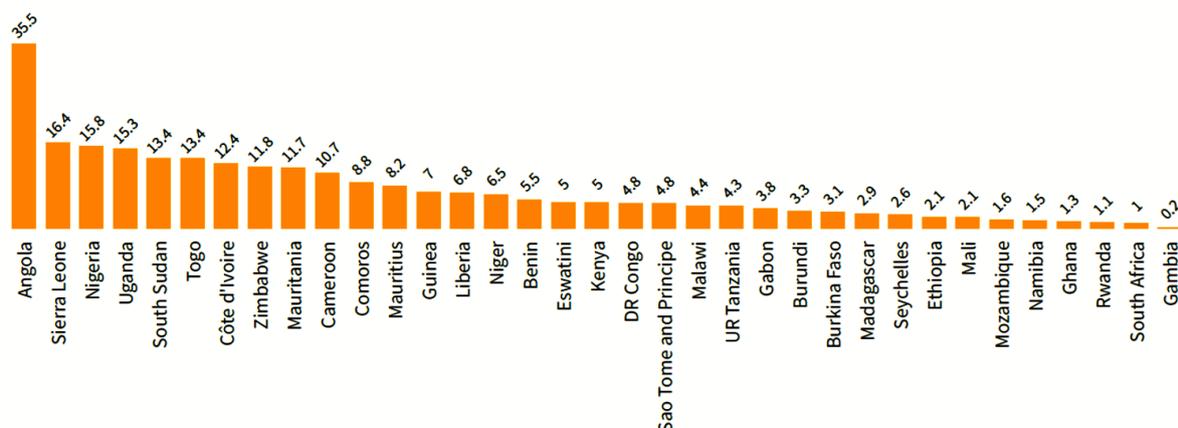
Un plan d'action de transfert des technologies de réduction des émissions des gaz à effet de serre dans le sous-secteur résidentiel répondant également aux objectifs de développement et qui consistent à : (i) satisfaire les besoins en énergie domestique tout en sauvegardant l'environnement ; (ii) faciliter l'accès d'une grande partie à l'énergie moderne ; (iii) sensibiliser le grand public à l'utilisation rationnelle de l'énergie domestique ; (iv) promouvoir des équipements électriques dans le secteur résidentiel - avait été développé (Ministère de l'Aménagement du Territoire, de l'Environnement et du Tourisme - Identification des besoins en technologies pour la réduction des émissions des gaz à effet de serre au Burundi).

V.4. Protection contre les risques financiers

V.4.1. Proportion de la population dépensant plus de 10% de la consommation ou du revenu du ménage en dépenses de santé à sa charge (%)

Les dépenses de santé représentent toujours une charge importante pour les ménages, notamment ceux vivant dans la Région africaine de l'OMS. Selon le "Global monitoring report on financial protection in health 2015", quelques 926,6 millions de personnes ont subi les dépenses de santé directes dépassant 10% du budget du ménage (montant total de la consommation ou revenu) en 2015. Au Burundi, la proportion de la population dont les dépenses de santé des ménages ont représenté plus de 10% du total des dépenses des ménages en 2017 était de 3.3% (Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine – Burundi, Sep 2022) : il s'agit de « dépenses catastrophiques de santé » tel qu'indiqué dans le Graphique ci-après.

Graphique 71 : Proportion de la population dont les dépenses de santé des ménages représentent plus de 10% du total des dépenses des ménages (%) dans les régions de l'OMS, 2017



Source : OMS/AFRO

Pour améliorer la situation et réduire l'impact des paiements directs sur le portefeuille des ménages, le Gouvernement ainsi que ses partenaires ont initié divers mécanismes assurantiels, même si des efforts restent nécessaires pour renforcer leur cohérence. Il s'agit, notamment des dispositifs de gratuité de la prise en charge des enfants de moins de cinq ans et des femmes en maternité associé au Financement basé sur la Performance (FBP-G) ; de la gratuité de la prise en charge des programmes et maladies prioritaires ; du dispositif de prise en charge des indigents ; de la Carte d'Assistance Médicale (CAM) ; et de la promotion des mutuelles communautaires de santé (MCS) qui requièrent encore beaucoup d'efforts pour une structuration plus robuste.

V.4.2. Ménages consacrant plus de 25% de leurs dépenses à la santé

Au Burundi, la proportion des ménages ayant consacré plus de 25% de leurs dépenses à la santé était estimée à 0.4%. Les dépenses directes en pourcentage des dépenses totales de santé sont un indicateur important des progrès des programmes de CSU, qui visent spécifiquement à réduire les dépenses personnelles de santé afin de minimiser les risques d'appauvrissement liés aux dépenses de santé.

CHAPITRE VI : IMPACT SUR LA SANTÉ

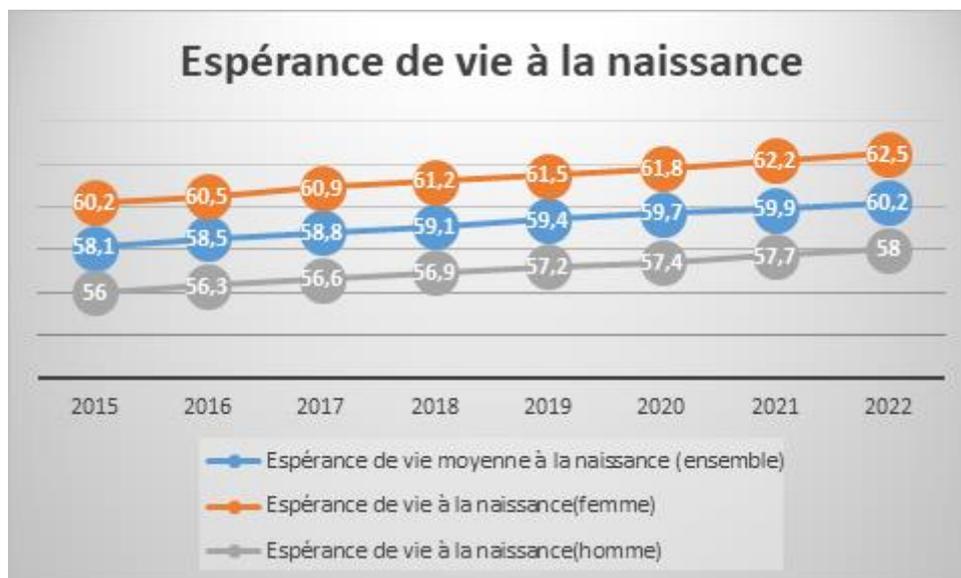
VI.1. Espérance de vie et fécondité

VI.1.1. Espérance de vie à la naissance (années)

Au niveau global, l'espérance de vie au Burundi a augmenté de 2,1ans pour la période de 2015 à 2022.

Cette augmentation pourrait s'expliquer par le progrès de la médecine et l'amélioration de la qualité de vie. Il faut préciser que l'espérance de vie à la naissance chez les femmes est supérieure à celle des hommes, quelle que soit l'année considérée.

Figure 15 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance

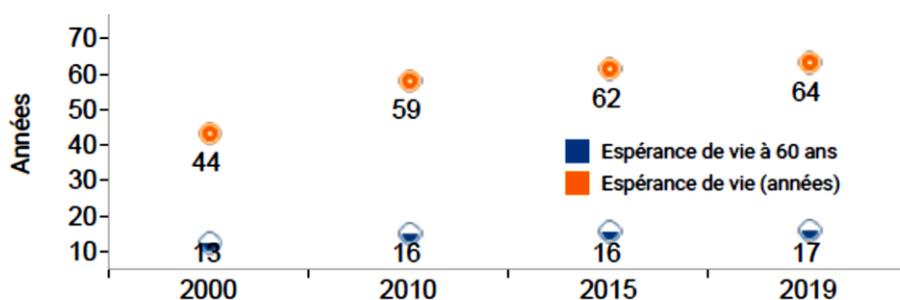


Source : INSBU/Projections

VI.1.2. Espérance de vie à 60 ans

L'espérance de vie à 60 ans est le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de 60 ans sous les conditions de mortalité spécifiques à l'âge au cours de l'année. Pour le Burundi, l'espérance de vie à 60 ans est concentrée entre 16 – 17.9 ans selon les projections de l'Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine – Burundi, Sep 2022.

Graphique 72: Evolution de l'espérance de vie entre 2000 et 2019 au Burundi



Source : l'Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine – Burundi, Sep 2022.

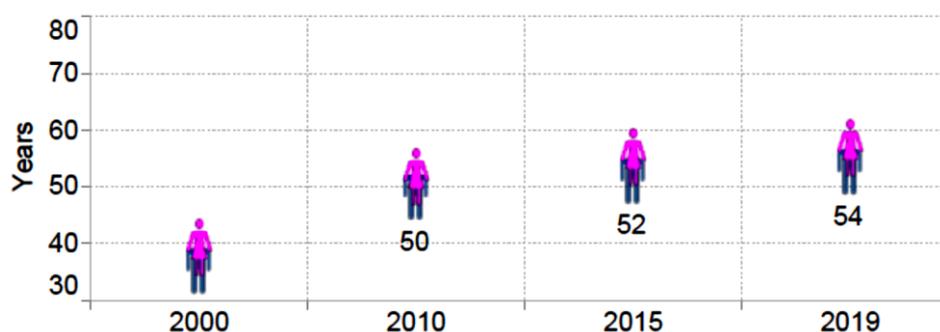
Entre 2000 et 2019, l'espérance de vie à 60 ans en bonne santé (HALE60) a augmenté d'environ 1,9 an pour les hommes et 1,6 ans pour les femmes

VI.1.3. Espérance de vie en bonne santé à la naissance

L'espérance de vie en bonne santé à la naissance est définie comme le nombre d'années pendant lesquelles on peut espérer vivre en bonne santé. Dans le cadre des ODD, l'analyse de l'espérance de santé est plus utile que celle de l'espérance de vie à la naissance car elle distingue simplement «vivre» et «vivre en bonne ou mauvaise santé». Le Graphique 50 ci-après indique la situation du Burundi telle que projetée sur la base des données de l'Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine – Burundi, Sep 2022.

Depuis 2000, l'évolution de l'espérance de vie en bonne santé à la naissance a connu une tendance régulièrement haussière, passant successivement de 50 ans en 2010, à 52 ans en 2015, puis à 54 ans en 2019 ; reflet des progrès enregistrés dans divers autres programmes de santé concourant à la mise en place progressive de la couverture sanitaire universelle.

Graphique 73: Evolution de l'espérance de vie en bonne santé à la naissance entre 2000 et 2019 au Burundi

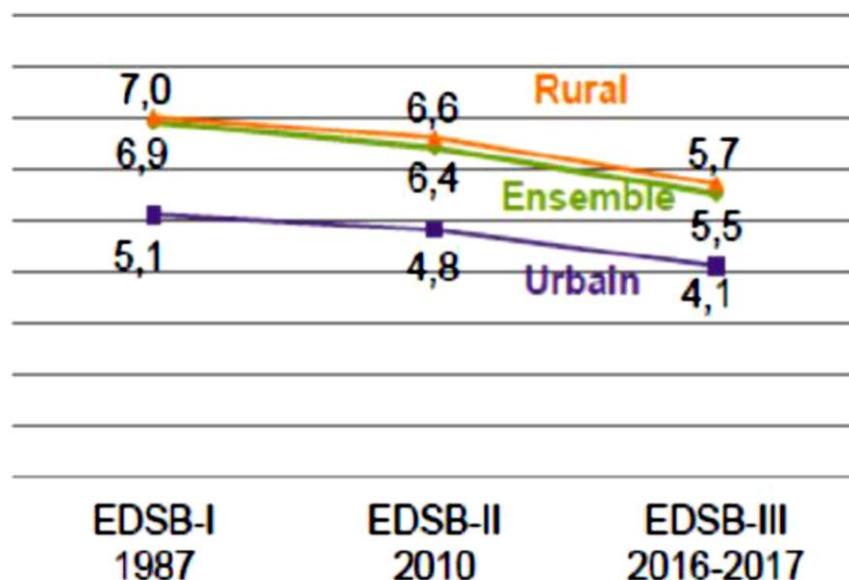


Source : l'Atlas 2022 des statistiques sanitaires de la région africaine – Burundi, Sep 2022.

VI.1.4. Indice synthétique de fécondité

Au Burundi, l'indice synthétique de fécondité est en baisse, passant de 5,7 en 2015 à 3,68 en 2022. Cette baisse serait due à l'augmentation de la prévalence contraceptive, à la scolarisation des filles qui entraîne l'entrée tardive dans la vie procréative et au changement des mentalités. La cible du PND Burundi 2018-2027 pour l'année 2021 est de 4,9. selon les enquêtes démographiques et de santé réalisées au Burundi, ce nombre moyen d'enfants par femme (ISF) a diminué dans le temps, passant progressivement 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. Cette baisse a concerné les deux milieux de résidence, l'ISF étant passé de 7,0 à 6,6 et à 5,7 en milieu rural et de 5,1 à 4,8 et à 4,1 en milieu urbain.

Graphique 74: Evolution du Taux de fécondité par groupes d'âges entre l'EDSB I 1987 et l'EDSB III 2017 au Burundi



Source ; EDSB

VI.1.5. La fécondité des adolescentes

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. Cette proportion augmente très sensiblement avec le niveau d'instruction (19% pour celles n'ayant aucun niveau d'instruction à 4% parmi celles ayant le niveau secondaire ou plus). Elle est d'environ 8 fois plus élevée dans la province de Ngozi que dans la province de Mwaro (15% contre 2%). 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.

VI.2. Morbidité

VI.2.1. Nombre de nouveaux cas de maladies évitables par la vaccination

En 2022, un cumul de 53 355 cas de COVID-19 a été confirmé. Parmi ces cas, 52 809 ont été traités et déclarés guéris (99%). Quinze (15) cas de décès ont été rapportés, soit un taux de létalité de 0,028%. En 2023, un cumul de 2043 cas de COVID-19 a été enregistré. Depuis l'introduction du vaccin contre COVID-

19, la couverture vaccinale reste très basse (0,3% de l'ensemble de la population).

De nouvelles flambées de poliomyélite, de cholera et de rougeole ont été signalées dans de nombreux pays de la Région africaine en 2021.

Selon les données du Ministère de la Santé et de la lutte contre le sida (base de données de surveillance du PEV), 656 cas de rougeole ont été confirmés en 2023 dont un décès. Ces cas ont été répartis dans 16 provinces du pays, avec une concentration dans les provinces de Rutana, Ruyigi, Bubanza et Bujumbura. Deux doses de vaccin contre la rougeole, administrées à temps, offrent une protection durable contre cette maladie potentiellement mortelle. Les pays doivent atteindre et maintenir 95% de couverture vaccinale pour éliminer la rougeole.

En mars 2023, une épidémie de poliomyélite a été déclarée au Burundi. Depuis lors, deux cas de poliovirus sauvages, 20 cas de poliovirus environnementaux et en cas poliomyélite non circulant ont été signalés jusqu'à fin septembre 2023. Une campagne nationale de vaccination a été organisée depuis juin 2023.

En 2023, autour de 1091 cas de choléra ont été signalés dont 9 décès. Les provinces les plus touchées sont Bujumbura Mairie, Bubanza, Cibitoke, Bujumbura et Rumonge.

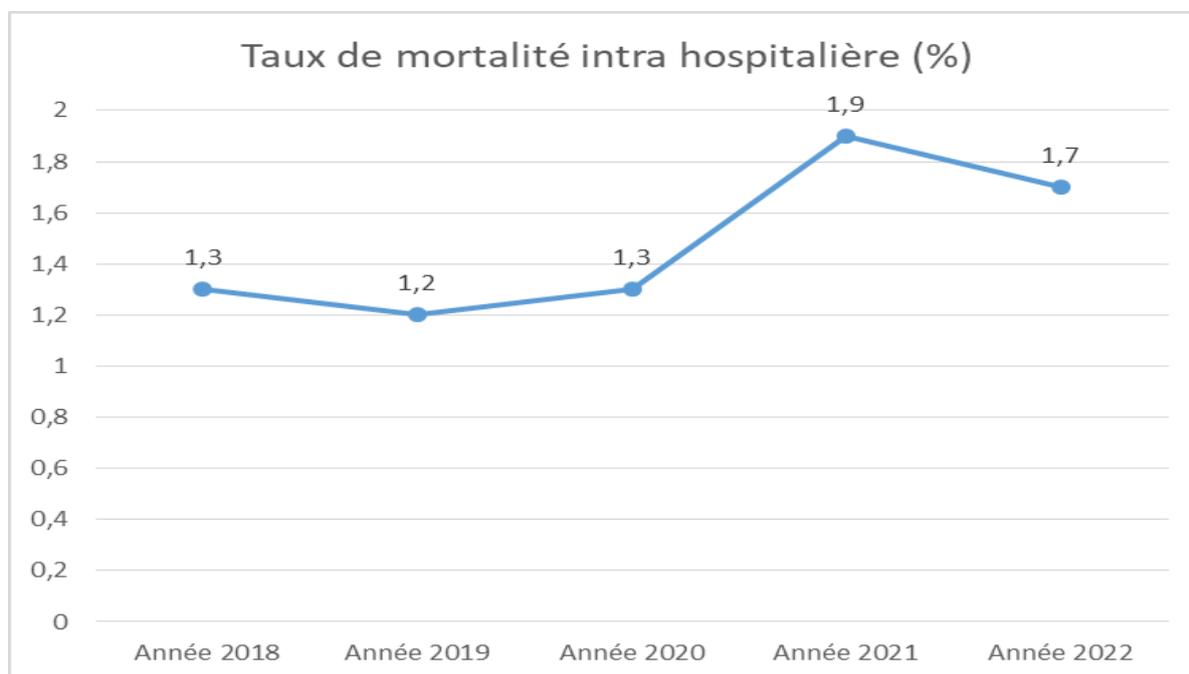
La recrudescence des maladies / épidémies évitables par la vaccination constitue un signal d'alarme susceptible de placer les services de santé sous pression avec, parfois, plus d'une situation épidémique à gérer à la fois.

Les indicateurs ci-après sont déjà renseignés plus haut (Santé et ODD) :

- Incidence VIH (Se reporter au Chapitre « Santé et ODDs » - plus haut)
- Incidence TB (Se reporter au Chapitre « Santé et ODDs » - plus haut)
- Incidence Paludisme (Se reporter au Chapitre « Santé et ODDs » - plus haut)
- Incidence Hépatite B (Se reporter au Chapitre « Santé et ODDs » - plus haut)

VI.3. Mortalité intrahospitalière

Graphique 75 : Taux de mortalité intra hospitalière (%)



Source: Annuaires statistiques

La mortalité intra hospitalière pour 100 habitants (tous les âges confondus) est passée de 1,3/100 habitants en 2018 à 1,7/100 habitants en 2022. L'année 2019 est celle où on a enregistré un taux élevé de mortalité intra hospitalier de 1, 9 pour 100 habitants.

VI.4.Mortalité par cause

VI.4.1. Taux de mortalité lié à la tuberculose (pour 100 000 habitants)

Selon l'OMS et le Plan stratégique national TB (WHO Global TB Report, 2022 & PSN TB), le taux de mortalité était estimé à 21 (12-31) pour 100 000 habitants chez les VIH négatifs et 3,4 (2,2-5) chez les personnes VIH+ pour 100 000, soit un total de 2800 personnes décédées de la tuberculose en 2019.

VI.4.2. Taux de mortalité lié au SIDA (pour 100 000 habitants)

Le nombre de décès liés au Sida est en constante réduction depuis l'année 1990. En 2020, 1700 décès ont été enregistrés. En considérant la valeur de 5900 décès survenus en 2010, il ressort donc une réduction de 61% et de 71% respectivement (Plan Stratégique National Intégré de lutte contre le VIH/SIDA, les Infections Sexuellement Transmissibles et les Hépatites Virales, 2023-2027). Ces résultats

sont relativement satisfaisants si l'on considère la moyenne de l'ensemble de la Région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre où ces deux paramètres ont été respectivement réduits de 25% et de 37% au cours de la même période.

VI.4.3. Taux de mortalité due au paludisme (pour 100 000 habitants)

En 2020, le paludisme représentait 59.4% des causes des décès hospitaliers (PSN 2021 – 2027)

VI.4.4. Mortalité liée au COVID-19

Au rang des 2 027 235 tests de dépistage réalisés en 2022 par le Burundi, un cumul de 53 355 cas de COVID-19 ont été confirmés. Parmi ces cas, 52 809 ont été traités et déclarés guéris (99%). Quinze (15) cas de décès ont été officiellement rapportés (Site officiel d'information du Ministère de la santé publique – Situation du 15 juillet 2022). Par ailleurs, la surveillance génomique a été soutenue et 583 échantillons collectés dans les différentes provinces ont été transférés pour le séquençage au niveau des laboratoires d'UVRI en Uganda et de l'Institut Pasteur de Dakar avec l'appui de l'OMS. Cette opération a permis de mettre en évidence la circulation des variants Delta et Omicron.

Selon le tableau de bord du coronavirus de l'OMS qui rassemble les statistiques clés en lien avec la pandémie, « depuis plus de 12 mois, la pandémie est sur une tendance à la baisse, l'immunité augmente grâce aux vaccins efficaces développés pour lutter contre la maladie et les infections. Les taux de mortalité ont diminué et la pression sur les systèmes de santé autrefois débordés s'est atténuée ». Sur la base de ces constats, le 5 mai 2023 le Directeur Général de l'OMS a officiellement annoncé la levée de l'état d'urgence sanitaire mondial, déclarant que "la COVID-19 ne représente plus une urgence sanitaire de portée internationale", invitant les pays à rester vigilants et à consolider leurs systèmes de surveillance. Avant cette déclaration du DG de l'OMS, la COVID-19 avait été gérée comme une urgence de santé publique ; la surveillance et la réponse ont été gérées par un système rapide mis en place par le Centre des opérations d'urgence de santé publique (COUSP) qui publiait les données journalières nationales pour une prise de décision et d'actions rapides. Dans le cadre de la transition vers le renforcement du système global de la santé, la COVID-19 est en cours d'intégration dans la liste des maladies sous surveillance et à potentiel épidémique.

Pour faire face à ce changement de profil épidémiologique à la fois à l'échelle internationale que nationale, le Ministère de la santé publique a revisité ses principaux axes prioritaires, le renforcement du système de surveillance revêtant désormais une importance centrale.

A cet effet, au regard de la forte mobilité de la population (transfrontalière et interne), le pays a procédé au renforcement des capacités du personnel de santé en matière de système de surveillance intégrée au

travers des formations sur la surveillance épidémiologique et des supervisions formatives conjointes dans 23 districts sanitaires frontaliers avec les pays voisins. Ainsi, avec l'appui de l'OMS, 175 membres des équipes cadres des districts, 948 prestataires de soins, 201 techniciens de promotion de la santé (TPS), 3 382 ASC ont été formés sur la Surveillance Intégrée des Maladies et la Riposte (SIMR) 3ème édition. En outre, le personnel de santé de 16 points d'entrée, de 14 hôpitaux de référence et de 35 centres de santé a bénéficié de supervisions formatives soutenues par l'OMS. Les ASC formés ont été équipés en outils de collecte et de transmission des données de surveillance communautaire (définitions de cas communautaires plastifiées, fiches de notification, registres mensuels de surveillance communautaire) tous traduits en langue nationale.

V.4.5. Autres causes de décès

- Mortalité par suicide (Se reporter au Chapitre « Santé et ODDs » - plus haut)
- Taux de mortalité dû aux accidents de la circulation pour 100.000 habitants (Se reporter au Chapitre « Santé et ODDs » - plus haut)
- Taux attribué à l'exposition à des services WASH dangereux pour 100.000 habitants (Se reporter au Chapitre « Santé et ODDs » - plus haut)
- Taux de mortalité dû à un empoisonnement non intentionnel pour 100.000 habitants (Se reporter au Chapitre « Santé et ODDs » - plus haut)
- Taux de suicide pour 100.000 habitants (Se reporter au Chapitre « Santé et ODDs » - plus haut)

VI.4. Mortalité par âge :

Se référer au chapitre II : Santé et ODD pour la mortalité néonatale, infantile et infantao-juvénile

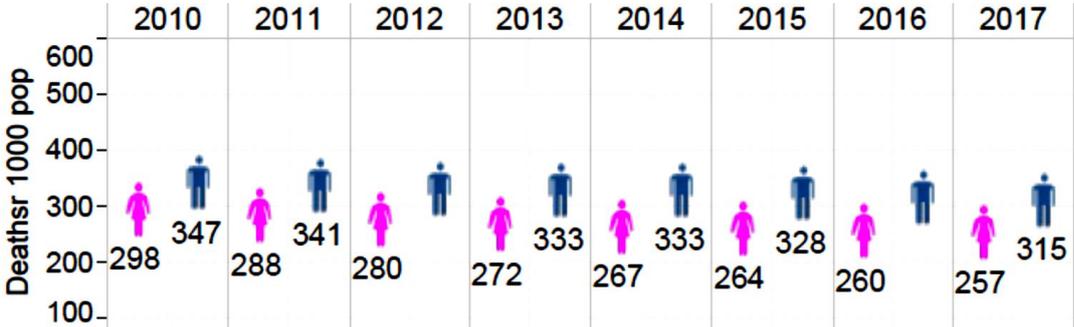
VI.4.1. Taux de mortalité des adolescents (pour 100 000 adolescents) par sexe

Données non disponibles.

VI.4.2. Taux de mortalité des adultes (pour 1 000 habitants)

Le taux brut de mortalité est de 10,27 pour 1000 habitants

Graphique 76: Evolution du Taux de mortalité des adultes au Burundi



Source : Annuaire statistique

Références bibliographiques

- 1) Atlas Network – Centre For Development and Enterprises Great Lakes, Think Tank : Analyse de la résilience du système de santé Burundais face aux épidémies, Janvier 2021
- 2) Burundi – Aperçu des indicateurs de FP2030 : Rapport de mesure 2022
- 3) Burundi, IPC – Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire: Analyse de la malnutrition aiguë de l'IPC, Mars 2022 – Février 2023, publié en Septembre 2022
- 4) Centre d'excellence sur les systèmes ESEC (CEA) – Aperçu des systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil de la République du Burundi
- 5) Friedrich Eberth Stiftung, Rudolf Traub-Merz et Manfred Öhm : Accès aux services de santé - Une demande clé de la main-d'œuvre informelle en Afrique — Résultats d'enquêtes nationales représentatives en Afrique subsaharienne, Février 2021
- 6) Ministère Français de la Santé et de la Prévention - Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, CIM-10 FR à usage PMSI - Bulletin officiel N° 2023/9 bis, Fascicule spécial - Date de publication : 25 avril 2023
- 7) Office Burundais des Recettes (OBR): Stratégie de lutte contre la corruption 2018-2023
- 8) OMS - Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Déclaration des Etats membres de la Région africaine de l'OMS en partenariat avec African development Bank Group - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS -United Nations Population Fund - World Health Organization - Organisation mondiale de la Santé Bureau régional de l'Afrique, 30 avril 2008
- 9) OMS, Bureau Régional pour l'Afrique | 67ème Session du Comité régional de l'Afrique : Cadre pour le développement des systèmes de santé en vue d'assurer la Couverture sanitaire universelle dans la Région africaine, dans le contexte des objectifs de développement durable - Rapport du Secrétariat, Août 2017
- 10) OMS, Bureau Régional pour l'Afrique | Lignes directrices concernant les Comités de coordination inter-Agences, Juin 2022
- 11) OMS, Bureau de la représentation de l'OMS au Burundi: Rapport annuel 2021
- 12) OMS, Bureau de la représentation de l'OMS au Burundi: Rapport annuel 2022
- 13) OMS | UNICEF : Des services d'approvisionnement en eau potable gérés en toute sécurité — Rapport thématique sur l'eau potable, 2017
- 14) PEPFAR, Burundi Country Operational Plan (COP) 2022 : Strategic Direction Summary, May 2022
- 15) République du Burundi, Cabinet du Président – Décret N° 100/263 du 18 Novembre 2021 portant révision du Décret N° 100/090 du 30 Mai 1991 portant création, organisation et fonctionnement de l'Institut national de santé publique (INSP)

- 16) République du Burundi, Cabinet du Président – Décret N° 100/039 du 26 Février 2021 portant création, organisation et fonctionnement de l’Autorité burundaise de régulation des médicaments à usage humain et des aliments (ABREMA)
- 17) République du Burundi, Cabinet du Président – Décret N° 100/109 du 30 Novembre 2020 portant institution du Recensement général de la population, de l’habitat, de l’agriculture et de l’élevage au Burundi de 2022
- 18) République du Burundi, Cabinet du Président – Décret N° 100/093 du 9 Novembre 2020 portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA
- 19) République du Burundi, Cabinet du Président – Loi N° 1/012 du 30 Mai du 30 Mai 2018 portant Code de l’offre des soins et services de santé au Burundi
- 20) République du Burundi | Délégation de l’Union européenne | Agrinatura - Mesure de la résilience : approche développée au Burundi sur les programmes de l’UE, Octobre 2021
- 21) République du Burundi, Ministère de l’Environnement, de l’Agriculture et de l’Élevage - Note de synthèse : Burundi – Système de Suivi de la Sécurité alimentaire, FSMS Mars 2023
- 22) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA | Direction générale des Services de santé et de lutte contre le SIDA | Programme national intégré de lutte contre les maladies tropicales négligées et la cécité (PNIMTNC): Plan directeur de lutte contre les maladies tropicales négligées au Burundi 2022-2027, Décembre 2022
- 23) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA | Secrétariat exécutif permanent du CNLS : Plan Stratégique National Intégré de lutte contre le VIH/SIDA, les Infections sexuellement transmissibles et les hépatites virales 2023-2027, Décembre 2022
- 24) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA | Direction Générale de la Planification, Direction du Système National d’Information Sanitaire : Annuaire des statistiques sanitaires 2021, Août 2022
- 25) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA | Délégation de l’Union européenne | ENABEL: Etude sur les déterminants de la qualité des soins offerts aux enfants de moins de cinq ans, aux femmes enceintes et aux femmes qui accouchent dans les FOSA (CDS et HD) au Burundi, Mai 2022
- 26) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA : Stratégie sectorielle de la santé 2021-2027 alignée au Plan national de développement de la santé, Février 2022
- 27) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, Institut national de santé publique (INSP): Evaluation du Rapport « Coût – Efficacité du Système de vérification | Evaluation des résultats des formations sanitaires mises en place dans le cadre du Système de

Financement basé sur les performances / Gratuité au Burundi, Novembre 2021

- 28) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA | Direction Générale de la Planification, Direction du Système National d'Information Sanitaire : Bulletin trimestriel du Système National d'Information Sanitaire N° 2/2021, Avril à Juin 2021
- 29) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA | Direction générale des Services de santé et de lutte contre le SIDA | Programme national de lutte contre le Paludisme : Plan stratégique national de lutte contre le Paludisme (2021-2027), Octobre 2021
- 30) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA - Bulletin trimestriel du Système National d'Information Sanitaire – BUSNIS N° 2/2021, Avril à Juin 2021
- 31) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA | Centre national de transfusion sanguine : Evaluation finale du Plan stratégique pour la sécurité transfusionnelle 2016-2020, Février 2021
- 32) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA | Direction générale des Services de santé et de lutte contre le SIDA | Programme élargi de vaccination - Plan pluriannuel complet 2019 – 2023, Décembre 2019
- 33) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA | Direction générale des Services de santé et de lutte contre le SIDA | Programme national intégré de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles : Plan d'action multisectoriel de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles 2019-2023, Juin 2019
- 34) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA | Direction générale des Services de santé et de lutte contre le SIDA | Programme national intégré d'alimentation et de nutrition (PRONIANUT): Plan Stratégique de Nutrition 2019-2023, Février 2019
- 35) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA | Direction générale des Services de santé et de lutte contre le SIDA | Programme National de Santé de la Reproduction: Plan stratégique national de la sante de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents 2019 – 2023, Janvier 2019
- 36) République du Burundi, Ministère à la Présidence chargé de la Bonne Gouvernance et du Plan; Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida & Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi (ISTEEBU) | The DHS Program, ICF Rockville, Maryland, USA - Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III) 2016-2017, Décembre 2017
- 37) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA | OMS | Banque mondiale : Enquête d'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA), 2017
- 38) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA : Manuel national

des procédures de référence et contre-référence, Mars 2016

- 39) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA : Rapport des comptes de la santé du Burundi, Année 2016
- 40) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA | Direction Générale de la Planification, Direction du Système National d'Information Sanitaire - Plan National de Développement de l'Informatique de Santé du Burundi (PNDIS) : Une architecture Entreprise e-Santé pour le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA du Burundi, Juillet 2015
- 41) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA | Direction générale des Services de santé et de lutte contre le SIDA | Programme National de Santé de la Reproduction: Etude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de planification familiale au Burundi, Mai 2014
- 42) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, Institut national de santé publique (INSP): Évaluation de la qualité des prestations dans les formations sanitaires du Burundi – 2ème édition, Janvier 2014
- 43) République du Burundi, Ministère des finances et de la planification du développement économique | Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi (ISTEEBU) - Rapport des projections démographiques 2008-2030; Bujumbura, Décembre 2013
- 44) République du Burundi | UNICEF : Cadre d'investissement pour les adolescents au Burundi- Estimation des impacts d'investissement dans les secteurs sociaux, Décembre 2019
- 45) République du Burundi | OMS : Etat des lieux et résultats saillants, Comptes de la santé 2016-2018
- 46) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA | Direction générale des Services de santé et de lutte contre le SIDA | Programme national intégré Lèpre et Tuberculose : Screen TB – Amélioration de la qualité de l'offre de services TB et screening systématique chez les populations à haut risque au Burundi
- 47) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA : Normes sanitaires pour la mise en œuvre de la Stratégie sectorielle de la santé 2021-2027
- 48) UNICEF Burundi - Analyse budgétaire Santé 2022-2023
- 49) UNICEF Burundi - Situation des enfants au Burundi, Janvier 2023
- 50) UNICEF Burundi, Politique Sociale et Plaidoyer : Analyse des Allocations Budgétaires des secteurs sociaux 2022-2023 sur base de la Loi des finances 2022-2023, Juillet 2022
- 51) USAID | FHI360, Projet de Santé Intégré au Burundi: Intégration des Services de Santé Essentiels au Burundi par l'utilisation du Modèle Collaboratif d'Amélioration, Octobre 2018
- 52) World Bank | International Finance Corporation (IFC) - Burundi: Évaluation du marché des technologies

solaires hors réseau et des foyers améliorés pour les ménages, Mai 2020

- 53) World Health Organization, African Region | Integrated African Health Observatory - Atlas of African Health Statistics 2022:Health situation analysis of the African Region, 2022
- 54) World Health Organization, African Region | Integrated African Health Observatory - Atlas of African Health Statistics 2022:Health situation analysis of the African Region - Country Profiles, 2022
- 55) World Health Organization, African Region | Integrated African Health Observatory - Atlas of African Health Statistics 2022:Health situation analysis of the African Region - Summary Report, 2022

Comité technique de rédaction

Supervision technique	Mr BATALIACK Serge, Point focal de l'Observatoire Africain de la Santé/ OMS AFRO
Points focaux de l'Observatoire National de la Santé Publique	Dr CIZA Alphonse, OMS/BURUNDI Dr NIZIGIYIMANA Dionis, MSLS/INSP Mr NTAHOMVUKIYE Gérard, MSPLS/INSP
Consultant indépendant :	Dr JUMA KARIBURYO
Commission technique :	Dr NIYOMWUNGERE Denis, INSP Dr NKURUNZIZA Jean Claude, UB Dr GAHUNGU Christian, PEV Dr NIBAMPA Denis, HPRC Dr NDAYISENGA Jacqueline, PNILS/IST/HV Dr NININHAZWE Odette, DGP Dr NIYONGABO Juvénal, PNIMTNC Mr BIZIMANA Godefroid, DISE Mr KAGABO Mathias, DRH Mr NDAHATEMBA Léonard, ABREMA Mr NJEKWIZERA Firmin, INSP Mr HABONIMANA Daniel ; PNSR Mr NDABUNGUKIRE Jean Christophe, HCPLR Mme MUSHIMIYIMANA Rose, CHUK Mr KUBWIMANA Ernest, DSNIS Mme NAHIMANA Odile, PRONIANUT Mr SURWUMWE Sigismond, PNILP Mme NKURUNZIZA Diane, PNIMCNT Mr YAMUREMYE Jean Bosco, INSBU Mr HATUNGIMANA Léonidas, INSP Mme BARANSANANIYE Charlotte, PNILT