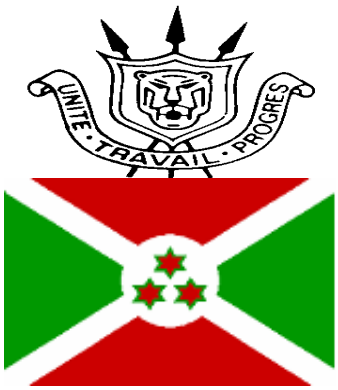
RÉPUBLIQUE DU BURUNDI



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

PROFIL DU SYSTÈME DE SANTÉ DU BURUNDI

Bujumbura, 31 août 2004

SOMMAIRE

Page

AVANT-PROPOS 3

1. SITUATION GÉNÉRALE ET TENDANCES 4

1.1 Contexte général et démographique 4
1.2 Contexte socio-économique 4
1.3 Santé environnementale 5
1.4 Styles de vie sains, alimentation et nutrition 6

2. SITUATION SANITAIRE DU PAYS 6

2.1 Mortalité 6
2.2 Morbidité, incapacité et problèmes de santé principaux 7
2.3 Autres graves problèmes de santé publique 11
2.4 Promotion de la santé/IEC 12

3. RÉPONSE DU SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ 12

3.1 Politique nationale de santé et plans 13
3.2 Organisation et structure de gestion du système national de santé 13
3.3 Ressources physiques 14
3.4 Ressources humaines pour la santé 15
3.5 Financement de la santé 15
3.6 Accès aux services de santé et utilisation 16
3.7 Suivi et évaluation du système national de santé 18

4. CONCLUSION 18
5. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 18
6. GLOSSAIRE 18

ANNEXES

1. Carte des infrastructures sanitaires nationales 19
2. Organigramme du ministère de la santé 20
3. Annexe statistique 21

AVANT - PROPOS

Au cours des dernières années, l'OMS a entrepris des efforts considérables afin d'établir un cadre conceptuel commun pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé, de développer des outils de mesure de leurs composantes et travailler avec les pays en vue de les soutenir dans leurs initiatives visant à améliorer la performance de leur système de santé.

Le profil des systèmes de santé des pays constitue une source d'informations sanitaires essentielles ayant pour but de rassembler dans un seul document des informations utiles permettant de placer la situation sanitaire et ses tendances dans leur contexte sociopolitique, économique et culturel.

Les États Membres sont invités à renforcer leurs systèmes nationaux d'information sanitaire, à faciliter la production de ces profils et à mettre régulièrement à jour les informations requises. Ceci leur permettra de développer à temps des stratégies pour surmonter les principaux problèmes de santé qui apparaissent dans la Région africaine.

1. SITUATION GÉNÉRALE ET TENDANCES

1.1 Contexte général et démographique

Le Burundi est un pays enclavé situé en Afrique centrale. Il est limité au nord par le Rwanda, au sud et à l'est par la Tanzanie et à l'ouest par la République démocratique du Congo. Sa superficie est de 27 834 km^2 incluant la surface des eaux territoriales. Une grande partie est occupée par les hauts plateaux dominés par la crête Congo-Nil vers l'ouest et le reste par les lacs, la plaine de l'Imbo et la dépression de l'est. Son climat est tropical avec deux grandes saisons, une saison pluvieuse s'étendant sur une période de neuf mois environ et une saison sèche de trois mois allant approximativement de juin à fin août.

Sa population est estimée à un peu plus de 7 millions dont 93 % habitent le milieu rural. La densité de la population est de 266 habitants par km^2, ce qui classe le Burundi parmi les pays d'Afrique les plus densément peuplés. Sa croissance démographique est estimée à 2,9 %, l'espérance de vie à la naissance à 40,4 ans[1] et l'espérance de vie en bonne santé à 35,1 ans[2]. Le rapport de masculinité est évalué à environ 94 hommes pour 100 femmes. La distribution par âge reproduit les caractéristiques communes aux pays en voie de développement, résultant d'une fécondité et d'une mortalité élevées. Les moins de 15 ans représentent 46,1 % de la population, tandis que les 60 ans et plus ne représentent que 5,4 %.

1.2 Contexte socio-économique

La situation socio-économique n'a pas cessé de se dégrader, suite principalement à trois facteurs combinés, à savoir :

- les dysfonctionnements multiples générés par le conflit interne dont les effets ont été amplifiés par deux années et demie d'embargo (1996-1999) d'une part et un environnement sous-régional miné par une guerre civile, d'autre part;

- les perturbations climatiques qui ont fragilisé davantage la sécurité alimentaire et exercé des effets négatifs sur la croissance économique, pour un pays dont la population puise encore, pour plus de 90 %, ses revenus et sa subsistance dans l'agriculture vivrière;

- la coopération internationale et les transferts officiels au titre de l'aide au développement ont continuellement baissé, passant de près de US $300 millions en 1992 à moins de US $100 millions en 2001.

---

[1] PNUD 2003
[2] Rapport sur la santé dans le monde, 2003

La crise socio-politique qui a éclaté en 1993 s'est traduite par un recul considérable de la production intérieure et un déséquilibre sans précédent des comptes de l'État, lequel s'est largement répercuté sur les autres comptes économiques. Même si des progrès sont observables en 2002 à la suite de la mise en œuvre de l'accord de paix et du programme économique et financier appuyé par la facilité de sortie de conflit conclue avec le FMI, ainsi que par le crédit de relance économique conclu avec la Banque mondiale, la situation économique et financière sur la période 1993-2001 se caractérise par de nombreuses difficultés dont les principales sont les suivantes :

- le PIB a baissé cumulativement de 20 % sur la période 1993-2002; le revenu (PIB) par tête d'habitant s'est progressivement érodé pour s'établir à moins de US $110 en 2002 contre près de US $210 en 1990;

- le taux d'investissement a fortement baissé en passant de près de 18 % du PIB en 1992 à moins de 9 % en 2002;

- les exportations ont fluctué à la baisse : de 79,3 millions en 1992 à US $31 millions en 2002.

Plus de la moitié de la population adulte est analphabète. Le taux d'alphabétisation des adultes reste inférieur à 40 %. Le taux brut de scolarisation est à 73 % en 2001-2002. Cette situation se dégrade au fur et à mesure qu'on avance de niveau de scolarisation. Le taux brut de scolarisation du primaire a chuté de plus de 20 % entre 1992 (67,3 %) et 1995 (26 %), mais une tendance à l'amélioration s'annonce en 2003 avec un taux de 56 %.

1.3 Santé environnementale

Même si dans une large mesure l'autosuffisance alimentaire a été maintenue sur la période d'avant la crise, la transformation souhaitée des structures productives ne s'est pas produite et les réformes structurelles initiées inachevées.

Le taux de desserte en eau potable au niveau national reste faible et inégalement réparti. Un certain nombre de structures comme les écoles et les internats, certains centres de santé et les centres pénitenciers sont sans eau courante; ce qui est source de contamination et de propagation d'épidémies.

En milieu rural, 89 % des ménages utilisent des latrines, qui sont en grande majorité de type traditionnel. Seulement 22 % de ces latrines répondent à des normes techniques acceptables dont 20 % de type traditionnel.

En milieu urbain, 72 % des ménages ont recours à des systèmes hygiéniques d'évacuation des excréta dont notamment des latrines familiales améliorées ou à des fosses septiques.

La pollution de l'air aggravée par le surpeuplement, la mauvaise aération des maisons, l'utilisation de la biomasse et du pétrole lampant pour l'éclairage des maisons, l'absence d'informations sur l'utilisation des substances chimiques, l'importation de vieux véhicules, de pneus d'occasion et de vieilles motocyclettes, l'utilisation de l'essence avec plomb constituent un lourd fardeau pour l'environnement et influent très négativement sur lui en entraînant toutes sortes de maladies qui minent la santé de la population et particulièrement celle des enfants de moins de 5 ans. La gestion des déchets solides et liquides est loin d'être satisfaisante et souvent des communautés s'installent sur des sites inappropriés qui ont parfois servi de décharge pour toutes sortes de déchets et s'exposent par conséquent à l'inhalation de gaz nocifs et à des explosions dues à l'accumulation des gaz.

1.4 Styles de vie sains, alimentation et nutrition

La malnutrition a toujours existé de façon sporadique pendant les périodes de soudure et lors des catastrophes naturelles (inondations, sécheresses, invasions de sauterelles).

Au cours de cette crise, elle est devenue endémique, touchant fortement les groupes vulnérables (enfants, femmes enceintes et allaitantes), mais aussi les adultes.

La prévalence de la malnutrition aiguë globale est entre 6 et 17,8 % et celle de la malnutrition aiguë sévère se situe entre 1,1 et 4,1 % chez les enfants selon les régions. Le taux de malnutrition chronique est passé de 48,1 % (1987) à 56,8 % (2000).

Les carences en micronutriments sont fréquentes; la prévalence du goitre endémique atteint 42 % dans certaines provinces, l'anémie est régulièrement observée (autour de 56 %) chez le jeune enfant et les femmes enceintes.

2. SITUATION SANITAIRE DU PAYS

2.1 Mortalité

Les femmes et les enfants de moins de 5 ans meurent plus que les autres groupes. En effet, le taux de mortalité maternelle qui est de 855 pour cent mille naissances vivantes, celui de la mortalité néonatale qui est de 31,9 pour mille et le taux de mortalité infantile de 129 pour mille sont parmi les plus élevés de l'Afrique subsaharienne.

La crise qui secoue le pays depuis 1993 et la pandémie du VIH/SIDA sont venues accentuer la mortalité dans la population générale et chez les femmes et les enfants en

particulier. Les 5 premières causes de mortalité sont le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës (IRA), la malnutrition et le SIDA.

2.2 Morbidité, incapacités et principaux problèmes de santé

Les 5 principales causes de morbidité dans les centres de santé sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, les traumatismes et brûlures et la malnutrition.

Les maladies chroniques telles que le SIDA, la tuberculose, le diabète l'hypertension, l'asthme, les cardiopathies, les maladies mentales, la goutte ainsi que les violences physiques (sexuelles, accidents de la voie publique, guerre) sont à l'origine des nombreuses incapacités physiques et mentales recensées dans notre pays.

2.2.1 Maladies à potentiel épidémique

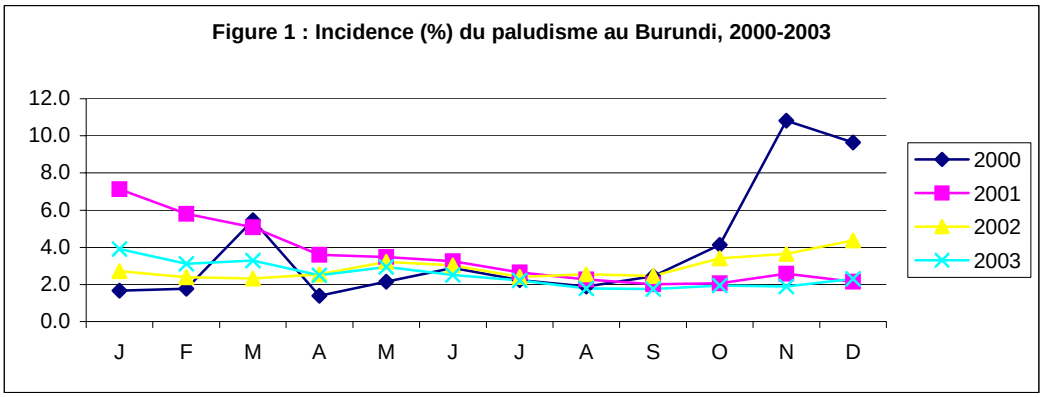
Les maladies à potentiel épidémique au Burundi sont le paludisme, la méningite, le choléra, la dysenterie bacillaire, le typhus exanthématique, la rougeole, les infections respiratoires aiguës (IRA), etc.

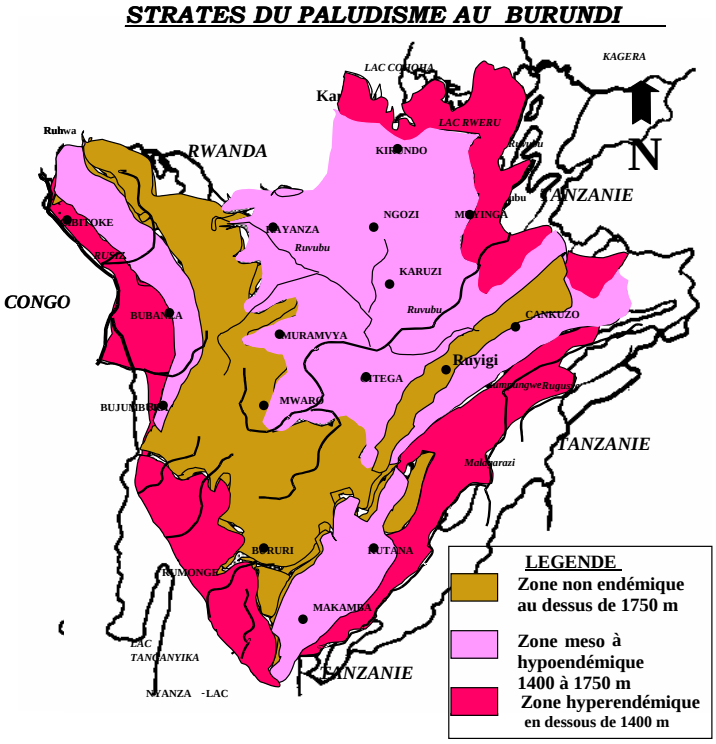
Les épidémies de méningite cérébro-spinale surviennent de façon très rapprochée depuis le début des années 90. Il faut noter également que la souche W135 est apparue pour la première fois en 2001.

2.2.2 Principales maladies endémo-épidémiques

Le paludisme

Le paludisme sévit au Burundi sous forme endémo-épidémique. Il demeure le premier problème de santé publique de par sa mortalité et sa morbidité. En effet, depuis 1991, il s'est étendu dans les plateaux centraux, causant des épidémies meurtrières dans la population non-immune, avec une évolution sans cesse croissante. En 2002, il représentait 45,67 % des consultations dans les structures de santé.





D'une part, l'extension du paludisme à travers le pays a été accentuée par les déplacements massifs des populations à la recherche de nouvelles terres suite à l'explosion démographique et à la crise que traverse le pays depuis une dizaine d'années. D'autre part, la pluviométrie abondante que connaît le pays, a renforcé la pullulation des moustiques. C'est le cas de certaines provinces du nord du pays : Kirundo, Muyinga et Karusi. Cette situation a été aggravée par l'apparition d'une résistance élevée de *Plasmodium falciparum* aux médicaments de première ligne (chloroquine) et de deuxième ligne (Sulfadoxine-Pyrimethamine), obligeant les autorités sanitaires burundaises à opter pour un changement de politique de traitement du paludisme. En effet, en 2000/2001 une étude a été effectuée pour évaluer la résistance à la chloroquine et à la Sulfadoxine-Pyriméthamine. Les taux d'échecs thérapeutiques à la chloroquine variaient de 51,2 % à 73,7 % selon les sites et de 8,9 % à 49,1 % pour la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP).

Le paludisme demeure le premier problème de santé publique de par sa mortalité et sa morbidité. En effet, depuis 1991, il s'est étendu dans les plateaux centraux, causant des épidémies meurtrières dans la population non-immune, avec une évolution sans cesse croissante. En 2002, il représentait 45,67 % des consultations dans les structures de santé.

Cette maladie constitue un très lourd fardeau pour le pays. Elle occasionne non seulement des pertes directes liées au coût important de la prise en charge des malades, mais aussi des coûts indirects liés à l'absentéisme des adultes actifs. On estime que dans les pays de forte endémicité comme le Burundi, la perte annuelle de croissance économique est de 1,3 %, ce qui signifie que sur 15 ans le PIB devient inférieur d'environ 20 % de ce qu'il aurait dû être sans le paludisme. (Source PNUD-CCA 2003).

Un nouveau protocole de traitement à base d'artémisinine (artésunate+ amodiaquine) a été adopté suite à la résistance à la chloroquine et la sulfadoxine-pyriméthamine et mis en oeuvre en novembre 2003.

La stratégie de prévention du paludisme par l'utilisation de la moustiquaire imprégnée (MII) s'avère la plus efficiente par rapport aux autres stratégies de prévention. Un plan stratégique national de mobilisation pour l'utilisation de la MII a été adopté en 2002.
Il existe en outre un plan national pour faire reculer le paludisme (2003-2007).

VIH/SIDA

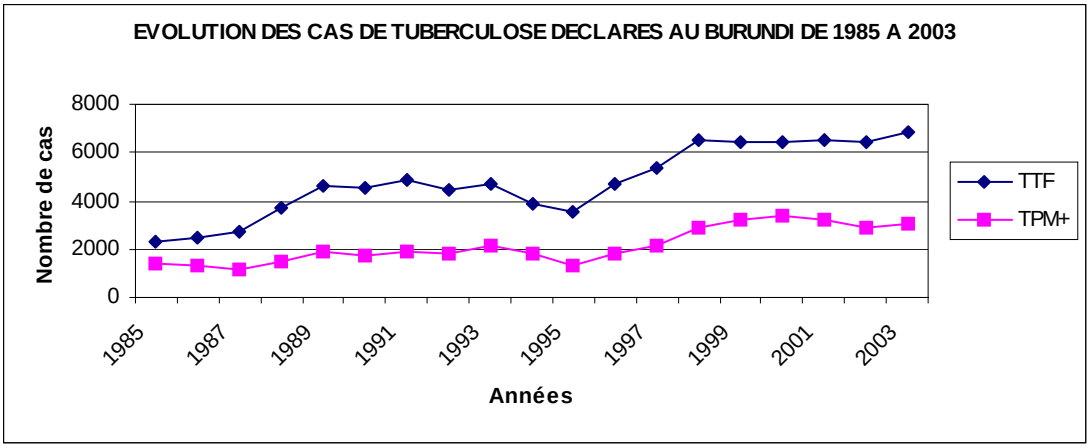
Le SIDA est devenu la première cause de décès chez l'adulte et une cause importante de mortalité infantile au Burundi.

D'après la 2ème enquête de séroprévalence nationale du VIH réalisée en 2002, la séroprévalence du VIH est respectivement de 9,4 % ; 10,5 % et 2,5 % en milieu urbain, semi-urbain et rural. Cette enquête confirme la vulnérabilité de la femme par rapport au VIH. La prévalence globale du VIH chez la femme est de 3,8 % alors qu'elle est de 2,6 % chez l'homme.

En fin 2003, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA était estimé à 260 000 dont 230 000 adultes âgés de 15 à 49 ans. Les malades du SIDA représentent plus de 70 % des patients hospitalisés dans les services de médecine interne des hôpitaux de Bujumbura, pendant que plus de 40 % des tuberculeux testés présentent une sérologie positive pour le VIH. La charge du VIH/SIDA sur le plan socio-économique est très importante. Les axes prioritaires sont : la prise en charge globale des patients comprenant les ARV, la prévention (y compris la transmission mère-enfant) et le renforcement des capacités institutionnelles.

Tuberculose

La tuberculose sévit au Burundi sous forme endémo-épidémique. Son poids est considérable avec plus de 6000 cas déclarés chaque année pour environ 7 millions d'habitants, soit une prévalence annuelle de 8,57 pour 10 000 habitants (PNLT 2004). Environ 50 % des malades présentent la co-infection TUB/VIH.



Infections respiratoires aiguës et maladies diarrhéiques

Les infections respiratoires aiguës (IRA) et les diarrhées sont des causes majeures de morbidité et de mortalité, spécialement chez les enfants de moins de 5 ans en relation principalement avec la surpopulation, les conditions de logement insalubre et la consommation d'eau non potable et des pratiques hygiéniques inadéquates.

Maladies évitables par la vaccination

Depuis sa création en avril 1980, le PEV s'est assigné la mission de protéger tous les enfants contre les maladies cibles suivantes : diphtérie, tuberculose, coqueluche, rougeole, poliomyélite et le tétanos.

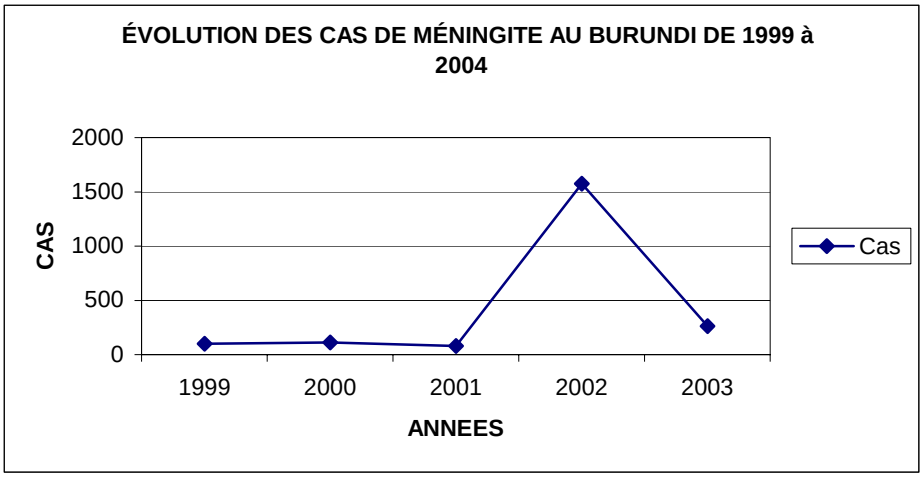
À partir de l'année 2004, le programme a introduit deux nouveaux vaccins contre le virus de l'hépatite B et de l'haemophilus influenzae de type B.

MALA-DIES CIBLES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PFA	73	14	14	1	7	27	21	5	23	17	55	89	86	76
Polio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rou-geole	138	104	222	359	880	188	163	514	146	298	217	2016	1016	224
TMN	43	38	20	41	7	29	01	5	1	1	58	25	32	45

En 2002, la couverture vaccinale était de 94 % en moyenne. La tendance actuelle montre que la couverture reste au dessus de 90 %.

À partir de 2003, la vaccination de routine a introduit la supplémentation avec la vitamine A.

En plus, les autorités sanitaires organisent des campagnes de vaccination contre la méningite cérébro-spinale en cas d'épidémie et exigent la vaccination des contacts suspects de rage (la vaccination des chiens est en principe obligatoire).



2.3 Autres graves problèmes de santé publique

2.3.1 Santé de la reproduction très précaire

Les principales causes directes de morbi-mortalité maternelle et néonatale sont : les hémorragies, les infections, les avortements à risque, les accouchements dystociques et l'hypertension artérielle.

Les causes indirectes sont dominées par l'inaccessibilité financière aux soins obstétricaux, la mauvaise qualité des services spécialement l'existence d'un système de référence et de contre-référence et le statut défavorable de la femme burundaise.

2.3.2 Maladies non transmissibles

La charge de la morbidité et de la mortalité liée à des maladies non transmissibles s'alourdit, aggravant la situation encore très préoccupante causée par les maladies transmissibles.

On dispose malheureusement de très peu de renseignements fiables sur la situation dans le pays. Des données éparses en provenance des hôpitaux permettent d'avoir une idée sur l'ampleur ainsi que les facteurs de risque. Le système d'information n'a pas de dispositifs pour récolter les données y relatives.

Certains facteurs de risque comportementaux (tabagisme, alcoolisme, inactivité physique, accidents de circulation), environnementaux et génétiques sont communs à un certain nombre de maladies non transmissibles. Les principales d'entre elles qui sont contrôlables par des mesures préventives sont l'obésité, l'hypertension artérielle, le diabète, les troubles mentaux et les troubles nutritionnels. Pour la santé publique, les complications de ces maladies sont mal prises en charge.

2.3.3 Santé psychosociale et mentale

Le Burundi vit en effet une situation de conflit socio-politique depuis octobre 1993. Cette situation s'est accompagnée de deuils multiples, de pertes de biens et de déplacements de populations. On estime à environ 200 000 le nombre de personnes qui sont décédées à la suite de la crise actuelle, alors que 400 000 sont déplacées à l'intérieur du pays et environ autant réfugiées dans les pays voisins. Parmi les conséquences du conflit, on peut citer entre autres la détérioration de la santé mentale de la population.

Il est nécessaire et même urgent d'élaborer une politique nationale de santé mentale. Le dernier plan d'action 2000-2004 met en exergue les priorités, les objectifs, les stratégies et les activités pour ce faire.

2.3.4 Santé en milieu scolaire, du travail et carcéral

Il existe un début d'organisation pour ce qui concerne le milieu scolaire : un service de santé scolaire au Département de la Promotion de la Santé vient d'être créé. Un projet de santé au travail est à l'étude de même qu'une révision et une réorganisation des soins aux prisonniers sont en cours au Département des Services et Programmes de santé.

2.4 Promotion de la santé/IEC

Il existe un service national d'éducation pour la santé (IEC/EPS) placé sous la direction du département de Promotion de la santé, de l'hygiène et de l'assainissement. Il est chargé de développer des programmes de mobilisation sociale et de participation communautaire dans l'exécution des actions visant à préserver la santé.

3. RÉPONSE DU SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ

Le Burundi figure parmi les pays qui ont souscrit aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et l'organisation de la réponse du système de santé contribue à la réalisation des OMD et à la lutte contre la pauvreté et à la croissance économique.

3.1 Politique nationale de santé et plans

Depuis la fin des années 90, le Gouvernement a initié une série de réformes dans le secteur de la santé notamment la décentralisation du système, l'extension de la mise en autonomie de gestion des hôpitaux, le développement progressif des comités de santé et les comités de gestion dans le cadre de la participation communautaire. La promotion des initiatives privées dans la création des centres de santé et des pharmacies communautaires est aussi en cours. Cependant, la mise en œuvre effective de cette réforme a été ralentie par la crise.

Au début du mois de juin 2004, le Gouvernement a organisé un forum national sur les états généraux de la santé dont la finalité est d'élaborer une politique et un plan national de développement sanitaire à moyen et long termes. Cette démarche s'inscrit dans le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté et dans une perspective de développement national à long terme (vision 2015) de post-conflit.

Notons qu'il existe des politiques et plans stratégiques de lutte contre les grandes endémo-épidémies (le SIDA, le paludisme et la tuberculose), de la santé de la reproduction, de l'onchocercose et des maladies évitables par la vaccination.

Un plan national d'intervention sanitaire en situation de désastres et d'urgence humanitaire existe; mais ce plan est en cours de restructuration.

3.2 Organisation et structures de gestion du système national de santé

Le système de santé du Burundi s'articule sur 3 niveaux :

- Le niveau central est chargé de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la mobilisation et de la coordination de l'aide apportée au secteur, de la régulation, de la définition des normes de qualité, de la supervision et de l'évaluation ainsi que des formations initiale et continue**.**

- Le niveau intermédiaire est composé de 17 bureaux provinciaux de santé subdivisés en 31 secteurs de santé. Les BPS sont chargés de la coordination de toutes les activités sanitaires de la province et de l'appui aux centres de santé.

- Le niveau périphérique est composé de 483 centres de santé répartis sur les 114 communes du pays. Les centres de santé sont regroupés par secteur de santé et ont la mission de gérer les services de santé de base.

La même configuration pyramidale se retrouve dans l'organisation du réseau des soins. En effet celui-ci comporte 4 paliers : le niveau de base, la première référence, la deuxième référence et 4 hôpitaux spécialisés dont un centre hospitalier et universitaire (CHU).

Le secteur privé est constitué essentiellement de centres de santé à but non lucratif qui représentent 37,4 % de l'ensemble. Le secteur privé lucratif médical et pharmaceutique joue également un rôle important dans le système de santé même si les chiffres ne sont pas disponibles.

La participation communautaire dans le système de santé a été initiée non seulement dans son financement, mais aussi dans la gestion des centres de santé à travers les comités de santé (COSA) et les comités de gestion (COGES) dans la plus part des provinces sanitaires. Ces comités représentent les communautés. Au niveau des hôpitaux en administration personnalisée de l'État, les représentants de la population et du gouvernement interviennent dans le cadre des conseils d'administration qui sont des organes de concertation et de prise de décision. Le rôle des ONGs dans le système sanitaire est important surtout pendant cette période de crise, mais le partenariat n'est pas encore contractualisé.

Le système de référence et contre-référence est inexistant. Le centre hospitalier et universitaire n'est pas suffisamment intégré dans le système de santé, notamment pour ce qui concerne la référence et la recherche opérationnelle.

La médicine traditionnelle existe mais elle n'est ni structurée ni intégrée dans le système de santé. Un cadre juridique et un encadrement des tradipraticiens, qui représentent un nombre non négligeable dans le système de santé communautaire, sont inexistants et doivent être promus au plus tôt.

3.3 Ressources physiques

Infrastructures

Les services habilités font le constat actuel suivant : on compte un hôpital pour 146 000 habitants (OAG, septembre 2003) contre un hôpital pour 100 000 habitants (norme OMS), 14 216 habitants contre un centre de santé pour 10 000/pour habitants (norme OMS). La carte sanitaire montre un déficit de 35 unités hospitalières et beaucoup de ces infrastructures nécessitent une réhabilitation. Il existe une disparité géographique en faveur des centres urbains par rapport à l'implantation des centres de santé et hôpitaux de référence.

Équipements

D'une manière générale, les infrastructures hospitalières et les structures de santé de proximité en particulier ne disposent pas d'un paquet minimum d'activités (PMA) et de services de base de qualité. L'absence du système de maintenance des équipements est manifeste.

Médicaments et fournitures médicales

Le pays compte 94 officines pharmaceutiques concentrées presque exclusivement dans la capitale (62) et dans les autres centres urbains comme Gitega et Ngozi (15). Malgré la mise en place d'une centrale d'achat des médicaments essentiels, il existe des problèmes de disponibilité et d'accès aux médicaments de qualité surtout au niveau des structures de soins. Le document de politique nationale pharmaceutique ainsi que les textes législatifs et réglementaires sont en attente d'adoption par le gouvernement.

Le budget de l'État alloué aux médicaments par habitant et par an est de US $0,07. Le circuit de distribution des médicaments n'est pas suffisamment maîtrisé, parce que les outils sont inexistants. L'auto-médication et la vente illicite des médicaments sont devenues monnaie courante.

La gestion et la prescription irrationnelles des médicaments essentiels au niveau des centres de santé sont aussi un des problèmes importants de gestion qui peuvent avoir un impact négatif sur l'accès aux médicaments essentiels.

3.4 Ressources humaines pour la santé

Un médecin pour 34 744 habitants (2003, OAG) et d'un infirmier pour 3500 habitants sont des ratios encore éloignés des normes de l'OMS, à savoir : 1 médecin par 10 000 habitants et 1 infirmier pour 3 000 habitants. 80 % des médecins et plus de 50 % des

infirmiers travaillent à Bujumbura. Le pays compte 1 pharmacien pour environ 10 000 habitants (la norme OMS est de 1 pour 15 000 habitants) et 1 dentiste pour plus de 600 000 habitants.

En somme, les moyens en ressources humaines pour la santé sont insuffisants et inégalement répartis. Le personnel est démotivé et instable avec une fuite de cerveaux importante au cours des dix dernières années. Les compétences chirurgicales sont quasi inexistantes dans presque la totalité des hôpitaux de première référence à l'intérieur du pays.

3.5 Financement de la santé

Le budget public de fonctionnement alloué à la santé par l'État est très faible : à peine 2,4 % des dépenses totales de l'État (2004 : MSP) contre 5 % en 1992. Le financement consacré à l'investissement est également très faible : 6,7 % en 2004, soit une moyenne de 3,1% pour les 10 dernières années.

Évolution du budget du MSP en milliers US $

1998			1999			2000			2001			2002		
Budget National	Budget santé	%	Budget nat.	Budget santé	%	Budget nat.	Budget santé	%	Budget nat	Budget santé	%	Budget nat	Budget Santé	%
172752	5538	3.2	164376	4686	2.8	154316	4282	2.7	176476	4536	2.5	172158	4343	2.5

Source : Lois des finances publiques

Le financement extérieur qui représentait 26,6 % par rapport au budget global du secteur de la santé était orienté vers le développement avant la crise. Le crédit alloué actuellement au secteur s'est effondré et intervient surtout dans le cadre de l'aide humanitaire.

Le Gouvernement a fourni des efforts considérables pour mobiliser des fonds extérieurs notamment pour la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme , la tuberculose (Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme) et la vaccination (Fonds GAVI). Toutes les quatre propositions ont été retenues et honorées.

Les ménages et l'assurance-maladie contribuent au financement de la santé respectivement par le paiement direct des services et soins ainsi que par les cotisations des employeurs et des travailleurs.

3.6 Accès aux services de santé et utilisation

Accessibilité financière aux soins

Le règlement des prestations se fait essentiellement par paiement direct des usagers. Or, cette modalité de paiement des soins exclut les pauvres et certains ménages sont obligés de vendre leurs biens (propriétés) pour se faire soigner, ce qui constitue un facteur d'appauvrissement. En effet, 58,4 % de la population vit avec moins d'un dollar américain par jour et 89,2 % avec moins de US $2 par jour. Cela fait que près d'un million de personnes n'ont pas accès aux soins.

Le système actuel de financement est inéquitable, étant donné que la participation financière des bénéficiaires ne tient pas compte de leur capacité à payer et cette situation d'iniquité contributive a été aggravée par la crise.

En outre, la gestion autonome des hôpitaux instaurée pour améliorer la qualité des soins et assurer la viabilité des établissements hospitaliers a eu des répercussions négatives sur le pouvoir d'achat de la population. En effet, les prix des soins ont sensiblement augmenté sans que soit mis en place un système de partage de coûts. En conséquence, on observe une baisse du taux de fréquentation des hôpitaux qui est estimé à 0,7 visite par personne et par an.

Le taux d'occupation des lits est en moyenne de 40 %. Les accouchements en milieu hospitalier représentent 20 %. Le coût d'une césarienne est devenu une barrière financière et est estimé en moyenne entre US $200 et US $500 dans les hôpitaux de Bujumbura. Le coût de l'accouchement varie entre US $30 et US $40.

Le problème d'accessibilité financière aux soins et services de santé est lié non seulement à la paupérisation de l'ensemble de la population et au problème de disponibilité des soins (médecins, médicaments), mais aussi et surtout au manque de mécanismes de solidarité pour le partage du risque financier (assurance ou micro-assurance-maladie, mutualité communautaire, etc.). Aujourd'hui, 90 % de la population burundaise se fait soigner par paiements directs; seuls les fonctionnaires de l'État et des entreprises publiques bénéficient des soins pris en charge par la Mutuelle de la Fonction publique tandis que les employés du secteur privé structuré bénéficient des soins financés par les employeurs.

Accessibilité géographique

L'accessibilité géographique est satisfaisante en terme absolu, puisque 80 % de la population accèdent à un centre de santé à moins de 5 km de distance, quoiqu'il existe des disparités géographiques surtout en faveur des centres urbains.

Accessibilité culturelle

Certaines barrières culturelles bloquent le recours aux services de santé. Elles empêchent également la prise en charge précoce, entraînant ainsi la surmortalité surtout chez les groupes vulnérables. Ces derniers, n'ayant pas facilement accès ni à l'information ni à l'instruction, mettent souvent la maladie sur le compte de faits surnaturels ou de la sorcellerie. Suite à toutes ces barrières, les taux de fréquentation dans les hôpitaux à l 'intérieur du pays restent inférieurs à 50 %.

Paquet minimum d'activités (PMA)

La crise socio-politique que traverse le pays a limité l'accès aux services de santé de qualité suite à la détérioration du PMA surtout dans les structures de santé de proximité. Les autorités nationales sont en train de renforcer le fonctionnement et l'organisation des centres de santé et hôpitaux de première référence dans le cadre du volet santé du processus de rapatriement des réfugiés en vue d'améliorer le PMA.

3.7 Suivi et évaluation du système national de santé

Le système national d'information sanitaire n'est pas assez performant. Les outils de collecte et d'analyse restent manuels et certains indicateurs nécessaires à la prise de décision ne sont pas intégrés.

La recherche opérationnelle dans le système national de santé est peu développée, mais quelques initiatives existent. Les capacités techniques et les outils restent à développer.

4 . CONCLUSION

A rédiger

5 . RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

A rédiger

6 . GLOSSAIRE

Les objectifs du Millénaire pour le développement: Les objectifs du Millénaire pour le développement constituent un programme ambitieux qui vise à réduire la pauvreté et à améliorer les conditions de vie auquel les dirigeants mondiaux ont souscrit lors du Sommet du Millénaire en septembre 2000. Il a été établi pour chaque objectif une ou plusieurs cibles, qui devront être atteintes d'ici 2015 pour la plupart, 1990 étant l'année de référence.

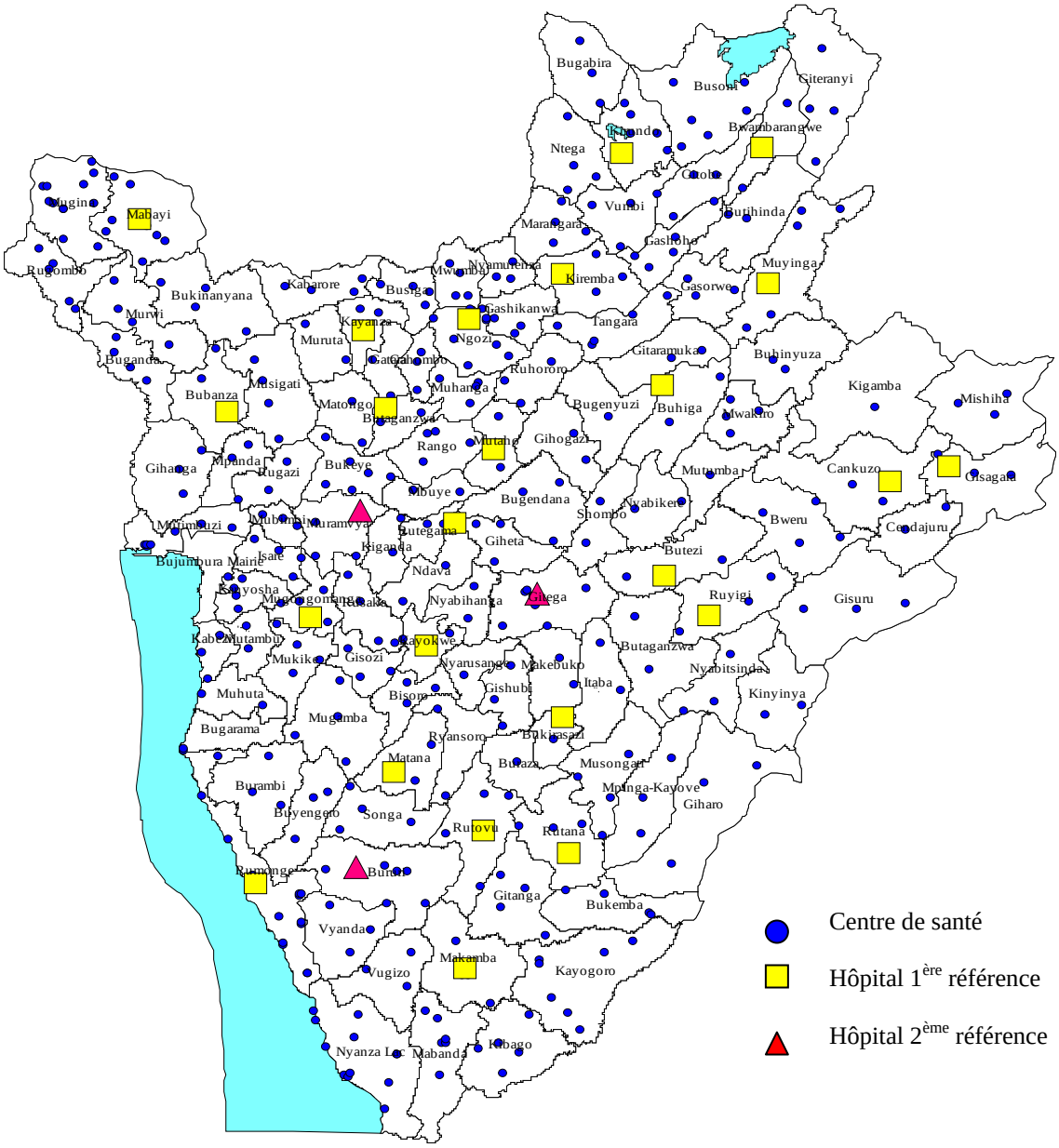
Les objectifs sont les suivants: Objectif 1 : Éliminer la pauvreté extrême et la faim ; Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous ; Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile ; Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle ; Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies ; Objectif 7 : Assurer un environnement durable ; Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

Les soins de santé primaires : Les soins de santé primaires (SSP) sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Les SSP comprennent au minimum huit éléments: i) une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, ii) la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, iii) un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, iv) la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, v) la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, (vi) la prévention et le contrôle des endémies locales, vii) le traitement des maladies et lésions courantes et viii) la fourniture de médicaments essentiels.

Stewardship / Administration générale: L'administration générale consiste à superviser la totalité du système national de santé, en évitant de faire preuve de myopie, d'étroitesse de vue, voire de cécité devant la défaillance du système.

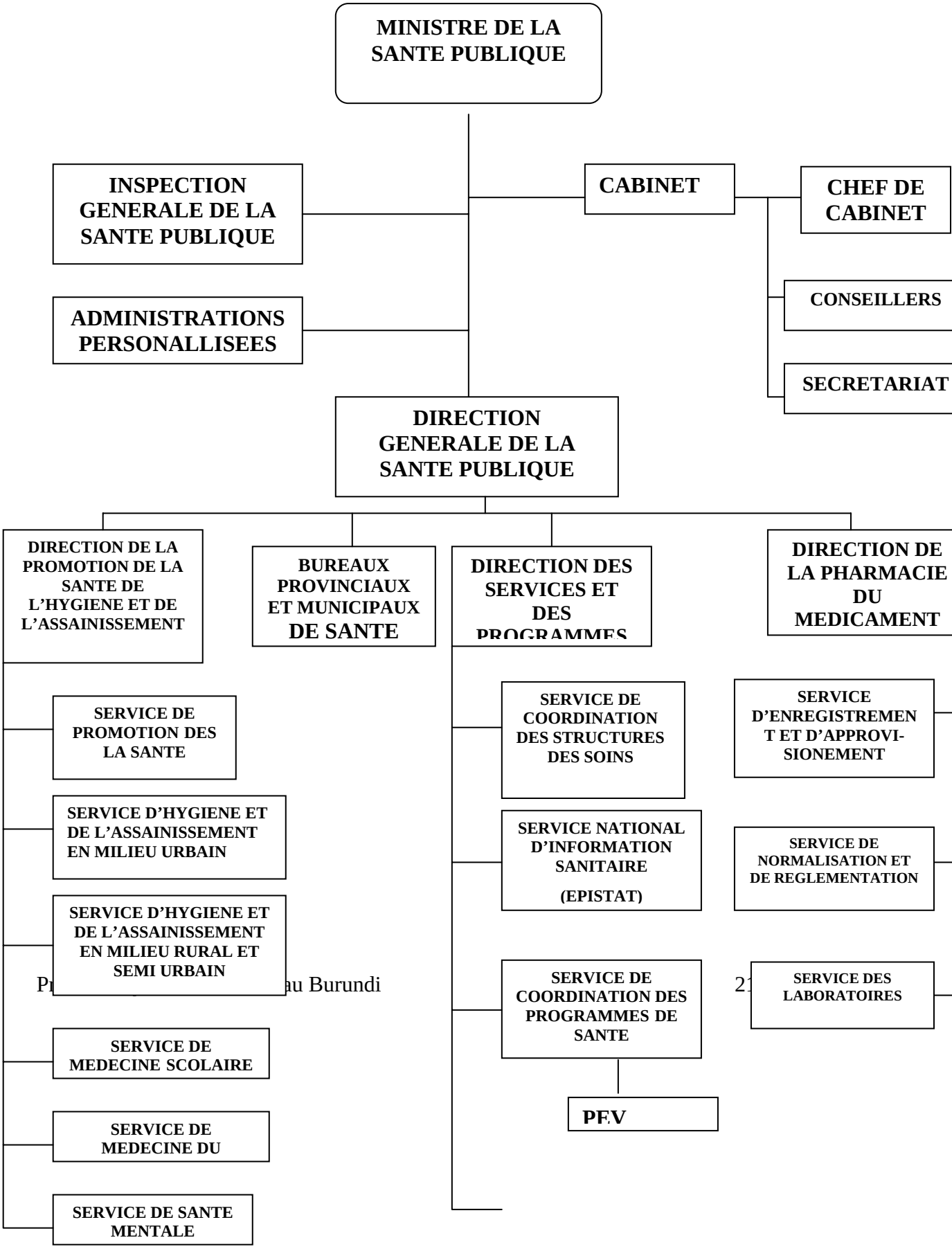
ANNEXE 1

Carte des infrastructures sanitaires



ANNEXE 2

ORGANIGRAMME DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



ANNEXE 3

ANNEXE STATISTIQUE

Tableau 1

NOM DU PAYS : BURUNDI

Capitale : **Bujumbura**
Langue Officielle : **Français**
Superficie : **27834 Km^2**
Densité de population – **266 habitants par Km^2 (2003)**
Page Web du Ministère de la Santé : **www.burundi-gov.net**

SERVICE DE PREPARATION AUX EPIDEMIES, URGENCES ET CATASTROPHES

Tableau 2

Indicateurs démographiques	Données	Année	Source[1]
Population – Total	7. 211.000	2003	FNUAP
- Hommes	46,76 %	2003	FNUAP
- Femmes	53,24 %	2003	FNUAP
- Nombre d'enfants âgés de 0-11 mois	3 ,94%	2004	EPISTAT
- Nombre d'enfants âgés de 0-5 ans	14,36%	2004	EPISTAT
Pourcentage des moins de 15 ans par rapport à la population totale	45,94%	2004	EPISTAT
Pourcentage des 65 ans et plus par rapport à la population totale	3,2%	2002	FNUAP : Equête socio-démographique de santé de la reproduction
Espérance de vie à la naissance – Total	40,4 ans	2002	Rapport sur la Santé dans Monde 2003
- Hommes	38,7 ans	2002	FNUAP :Enquête socio-démographique de santé de la reproduction
- Femmes	43,0 ans	2002	FNUAP : Enquête socio-démographique de santé de la reproduction
Taux de fécondité totale	6,4%	2002	FNUAP : Enquête socio-démographique de santé de la reproduction
Taux de croissance démographique annuelle (%)	2,9%	2002	FNUAP : Enquête socio-démographique de santé de la reproduction
Pourcentage de la population urbaine	9%	2002	FNUAP : Enquête socio-démographique de santé de la reproduction
Taux brut de natalité (pour 1000 habitants)	42,8	2000	FNUAP : Enquête prioritaire
Taux brut de mortalité (pour 1000 habitants)	15,9	2000	FNUAP : Enquête prioritaire
Taux de mortalité infantile (Nombre d'enfants âgés de 0 à 1 an pour 1000 naissances vivantes)	114	2002	FNUAP : Enquête socio-démographique de santé de la reproduction

Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	169	2002	FNUAP : Enquête socio-démographique de santé de la reproduction
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	855	2002	FNUAP : Enquête socio-démographique de santé de la reproduction

[1]Source : à indiquer

Tableau 3

Indicateurs socio-économiques	Données	Année	Source1
Produit intérieur brut (PIB) par habitant (en US $) ajusté pour la parité du pouvoir d'achat (PPP)	110$	2002	CSLP
Taux de croissance annuel du PIB (%)	4.5%	2002	CSLP
Taux d'alphabétisation des adultes – Hommes	66.8%	2002	CSLP
Taux d'alphabétisation des adultes – Femmes	43.7%	2002	CSLP
Pourcentage de la population vivant dans la pauvreté	68%	2002	CSLP
Indice de Développement Humain	0.33	2002	CSLP

[1]Source :

Tableau 4

Indicateurs de santé et environnement	Données	Année	Source1
Proportion de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau meilleure : - zones urbaines			
- Secteurs ruraux			
Proportion de la population urbaine ayant accès à un meilleur système d'assainissement	72%	2002	CSLP

[1]Source :

Tableau 5

Indicateurs d'état nutritionnel	Données	Année	Source1
Pourcentage des naissances vivantes avec un poids inférieur à 2500 grammes	15.1%	2003	PNSR
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale	45.1%	2000	FNUAP
Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique (Indicateur rapporté par FAO uniquement)			

[1]Source :

Tableau 6

Indicateurs de ressources pour la santé	Données	Année	Source1
Nombre de médecins pour 10 000 habitants	0.34	2003	EPISTAT
Nombre de sages-femmes pour 10 000 habitants	0.00	2003	EPISTAT
Nombre de pharmaciens pour 10 000 habitants	0.09	2003	EPISTAT
Nombre de dentistes par 10 000 habitants	0.01	2003	EPISTAT
Nombre d'infirmières par 10 000 habitants	2.85	2003	EPISTAT
Nombre de Lits d'Hôpital pour 10 000 habitants	ND		
Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB	3,6%	2001	OMS
Total des dépenses de santé du Gouvernement en pourcentage des dépenses totales de santé	59.0%	2001	OMS
Total des dépenses de santé du Gouvernement en pourcentage des dépenses totales du secteur public	8.1%	2001	OMS
Pourcentage des dépenses nationales de santé consacrées aux institutions tertiaires	ND	2001	OMS
Pourcentage des dépenses nationales de santé consacrées aux niveaux secondaire et primaire	ND	2001	OMS
Total des paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	41.0%	2001	OMS
Pourcentage des dépenses publiques récurrentes allant à l'achat des médicaments	ND	2001	OMS
Proportion de la population ayant accès aux médicaments essentiels accessibles sur une base durable	Moins de 49%	2003	PNUD
Total des dons internationaux en pourcentage des dépenses totales de santé du secteur public		2001	OMS
Total des dépenses de santé par habitant (en $ US)	4$	2001	OMS
Total des dépenses de santé du secteur public par habitant (US$)	2$	2001	OMS

[1]Source :

Tableau 7

Indicateurs de services de santé	Données	Année	Source
Pourcentage des naissances suivies par un personnel de santé qualifié	20,4%	2003	PNSR
Pourcentage des femmes en âge de procréer ayant recours aux services de planification familiale	5 ,4%	2003	PNSR
Pourcentage des femmes vaccinées contre le tétanos pendant la grossesse	39.8%	2003	PNSR
Pourcentage de la population éligible (c'est-à-dire les enfants atteignant leur premier anniversaire) ayant reçu tous leurs vaccins conformément aux politiques nationales de vaccination	3,94%	2003	PEV
Pourcentage des enfants atteignant leur premier anniversaire ayant reçu toutes les doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.	3,94%	2003	PEV
Pourcentage des enfants atteignant leur premier anniversaire ayant reçu toutes les doses du vaccin contre la poliomyélite.	3,94%	2003	PEV
Pourcentage des enfants atteignant leur premier anniversaire ayant reçu toutes les doses du vaccin contre la rougeole	3,94%	2003	PEV
Pourcentage des enfants atteignant leur premier anniversaire ayant reçu toutes les doses du vaccin contre la tuberculose.	4,30%	2003	PEV
Pourcentage des enfants atteignant leur premier anniversaire ayant reçu toutes les doses du vaccin contre la fièvre jaune.	-	-	-
Pourcentage de la population ayant reçu le vaccin contre l'hépatite B	3,94%	2003	PEV

[1]Source :

Tableau 8

Indicateurs de VIH/SIDA, paludisme et tuberculose	Données	Année	Source1
Prévalence de l'infection à VIH dans la population des jeunes gens âgés de 15 à 24 ans	13,6	2002	CNLS
Utilisation de préservatif en pourcentage de l'utilisation Des contraceptifs	ND		
Nombre d'enfants orphelins à cause du VIH/SIDA	240000	2004	OMS
Pourcentage de patients atteints du SIDA ayant accès aux ARV	6%		
Ratio H :F infectés par le VIH			
Taux de prévalence du Paludisme	37,686	2002	DHD
Taux de mortalité imputable au Paludisme	44.6%	2002	DHD
Proportion de la population vivant dans les zones à haut risque de paludisme et utilisant des mesures de prévention et de traitement efficace contre le paludisme	1.3%	2002	DHD

Taux de prévalence de la tuberculose pour 100.000	45.87	2002	DHD
Taux de mortalité liée à la tuberculose pour 100.000	40	2002	DHD
Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance directe	39%(détectés) 80% (soignés)	2001	PNUD

[1]Source :

Tableau 9

Indicateurs de morbidité et facteurs de risque	Données	Année	Source1
Population de l'année concernée			
Dix premières causes de morbidité en nombre absolu			
1 Paludisme	**2 243 185**	**2003**	**EPISTAT**
2 Infections respiratoires	**1 064 491**	**2003**	**EPISTAT**
3.Parasitismes intestinales	**515 096**	**2003**	**EPISTAT**
4.Maldies diarrhéiques	**456 413**	**2003**	**EPISTAT**
5. Maladies gastriques	**174 785**	**2003**	**EPISTAT**
6. Blessures- Traumatismes-Brûlures	**155 421**	**2003**	**EPISTAT**
7. Conjonctivite	**78 678**	**2003**	**EPISTAT**
8. Malnutrition	**77 469**	**2003**	**EPISTAT**
9. Complications liées à la grossesse	**55 332**	**2003**	**EPISTAT**
10. Anémie	**31 516**	**2003**	**EPISTAT**

[1]Source :

Tableau 10

Indicateurs de mortalité	Données	Année	Source1
Population de l'année concernée			
Dix premières causes de mortalité en nombre absolu			
1. Paludisme	425	2003	EPISTAT
2. Infections respiratoires	92	2003	EPISTAT
3. Malnutrition	75	2003	EPISTAT
4. SIDA	61	2003	EPISTAT
5. Anémie	57	2003	EPISTAT
6. Blessures /Traumatismes/Brûlures	36	2003	EPISTAT
7. Méningite à méningocoque	35	2003	EPISTAT
8. Diarrhée	32	2003	EPISTAT
9. Tubeculose pulmonaire	24	2003	EPISTAT
10. Complications liées à la grossesse	20	2003	EPISTAT

[1]Source :