

**STRATÉGIE DE COOPÉRATION
DE L'OMS AVEC LES PAYS**

**RÉPUBLIQUE
DU
BURUNDI**

2005-2009

SOMMAIRE

Abréviations	
Préface	
1. Introduction	
2. Cadre de politique institutionnelle de l'OMS : Orientations mondiales et régionales	
2.1.Mission de l'OMS.....	
2.2.Nouvelles méthodes de travail.....	
2.3.Orientations stratégiques.....	
2.4.Fonctions essentielles.....	
2.5.Priorités mondiales et régionales.....	
2.6. Améliorer l'efficacité de l'OMS dans les pays.....	
3. Analyse de la situation : Défis sanitaires et de développement	
3.1.Profil du pays.....	
3.2.Profil sanitaire.....	
3.3.Défis sanitaires et de développement.....	
4. Aide au développement : Flux, instruments et coordination	
4.1.Tendances générales de l'aide dans le secteur de la santé.....	
4.2.Principaux partenaires et domaines d'intervention dans le secteur de la santé....	
4.3.Principaux résultats de l'OMS pour la période 2003-2005.....	
4.4.Mécanismes et instruments de coordination.....	
5. Coopération actuelle de l'OMS avec le Burundi	
5.1.Bureau de pays.....	
5.2.Appui du Siège de l'OMS et du Bureau régional de l'Afrique (période 2003-2005)...	
5.3.Forces, faiblesses, défis et opportunités de la coopération de l'OMS avec le Burundi..	
6. Agenda stratégique de l'OMS pour le Burundi	
6.1.Changement des orientations générales.....	
6.2.Composantes de l'agenda stratégique.....	
6.2.1. Réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme et au VIH-SIDA.....	
6.2.2. Préparation et réponse aux urgences.....	
6.2.3. Renforcement des interventions en faveur de la maternité à moindre risque...	
6.2.4. Renforcement du système de santé.....	

7. Implications de l'agenda stratégique pour l'OMS.....

8. Suivi et évaluation.....

9. Conclusion.....

ANNEXES

Annexe 1 : Bibliographie.....

Annexe 2 : Note sur le processus de Renforcement du système de santé.....

Annexe 3 : Cadre logique d'analyse des problématiques et défis.....

Annexe 4 : Principaux partenaires.....

Annexe 5 : Plan indicatif et cadre des ressources.....

ABRÉVIATIONS

CAM	:	Carte d'assistance médicale / Carte d'assurance-maladie
CAMEBU	:	Centrale d'achat des médicaments essentiels du Burundi
CAP	:	Processus d'appel consolidé
CCIA	:	Comité de coordination inter-agences
CCM	:	Mécanismes de coordination des pays
CDS	:	Centre de santé
CDV	:	Centre de dépistage volontaire et conseil
CHUK	:	Centre hospitalo-universitaire de Kamenge
CNLS	:	Conseil national de Lutte contre le SIDA
DFID	:	Département britannique pour le Développement international
DOTS	:	Traitement de brève durée sous surveillance directe
DRSP-I	:	Document de stratégie de réduction de la pauvreté - Intérimaire
FED	:	Fonds européen de Développement
GAVI	:	Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
GFTAM	:	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose
GTE	:	Groupe thématique ONUSIDA élargi
GTO	:	Groupe thématique ONUSIDA
IDH	:	Indice de développement humain
IMC	:	<i>International Medical Corps</i>
Io	:	Infections opportunistes
IRA	:	Infections respiratoires aiguës
MFP	:	Mutuelle de la Fonction publique
MII	:	Moustiquaire imprégnées d'insecticide
MSF	:	Médecins sans Frontières
NPO	:	Fonctionnaire national chargé de programmes
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le développement
OFDA	:	<i>Office of U.S. Foreign Disaster Assistance</i>
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation non gouvernementale
OPEP	:	Organisation des Pays exportateurs de Pétrole
PCAC	:	Programme-cadre d'Appui aux Communautés
PEV	:	Programme élargi de vaccination

Abréviations

PFA	:	Paralyse flasque aiguë
PIB	:	Produit intérieur brut
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le développement
PPTTE	:	Pays pauvres très endettés
PTME	:	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
PVVIH	:	Personne vivant avec le VIH/SIDA
SCP	:	Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays
SIMR	:	Surveillance intégrée des maladies et riposte
UNDAF	:	Plan Cadre des Nations Unies pour l'assistance au développement
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNIFEM	:	Fonds de développement des Nations Unies pour la femme
USAID	:	Agence des États-Unis pour le développement international
VAT	:	Vaccin antitétanique

PRÉFACE

En l'an 2000, le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a approuvé une stratégie institutionnelle pour orienter l'activité du Secrétariat de l'OMS. Cette stratégie institutionnelle souligne le rôle essentiel des pays pour l'action de l'Organisation. Ainsi, il est apparu nécessaire de traduire la stratégie mondiale en stratégies spécifiques plus adaptées aux besoins de chaque pays membre. Cette approche constitue le fondement des stratégies de coopération de l'OMS avec les pays (SCP).

La stratégie de coopération de l'OMS avec un pays donné énonce les priorités stratégiques de l'Organisation pour son activité dans ce pays, priorités qui doivent guider une réponse intégrée et complémentaire des trois niveaux de l'Organisation, à savoir le bureau de pays, le Bureau régional et le Siège. Expression claire de l'action de l'OMS en faveur des pays, la SCP est appelée à orienter, pour le moyen terme, la coopération entre l'OMS et l'État Membre. Elle servira de référence pour les plans de travail de l'OMS et l'allocation des ressources de l'Organisation, que celles-ci proviennent des pays, de la Région ou du Siège, ou bien d'autres sources telles que les centres collaborateurs.

La stratégie de coopération de l'OMS a été élaborée grâce à un processus élargi de consultations auquel ont pris part tous les niveaux de l'Organisation, le Ministère de la Santé, les autres institutions gouvernementales, le secteur privé, les organisations de la société civile, les institutions de formation et de recherche, les partenaires de développement et autres intervenants essentiels du secteur de la santé. Le processus a nécessité une série de réflexions profondes et l'analyse des problèmes prioritaires de santé et de développement ainsi que du rôle de l'OMS, en tenant compte, notamment, de ses avantages comparatifs.

Reconnaissant l'ampleur du processus qui a conduit à l'élaboration de ce document, nous voudrions féliciter le Gouvernement et tous les intervenants du secteur de la santé pour les efforts qu'ils ont déployés, ainsi que pour leur participation active à ce travail. Pour notre part, il ne fait aucun doute que le processus de la SCP aidera les pays à concentrer leurs efforts sur des problèmes de santé prioritaires et à coordonner l'action des différents partenaires et intervenants.

Le défi que nous devons maintenant relever consiste à traduire cette stratégie en actions concrètes, en vue d'améliorer la performance de l'OMS dans les pays et d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires pour les populations qui en ont le plus besoin.

Dr Luis Gomes Sambo
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
Organisation mondiale de la Santé

1. INTRODUCTION

La stratégie de coopération de l'OMS avec les pays membres est une approche novatrice. Conçue dans un souci d'amélioration de la qualité de cette coopération, elle se propose également d'accompagner l'Organisation dans les efforts constants qu'elle déploie pour s'adapter à un environnement mondial en pleine mutation. La SCP vise à définir, entre autres, le rôle fédérateur de l'OMS, lui permettant ainsi de mieux répondre aux besoins des États Membres, dont l'objectif essentiel est d'améliorer l'état de santé des populations à travers la nouvelle vision de la lutte contre la pauvreté. L'institutionnalisation de la formulation de la SCP est le résultat d'un train de recommandations de groupes de réflexion à différents niveaux de l'Organisation.

Cette stratégie constitue un cadre de référence global en matière de coopération qui permet à l'OMS et au Gouvernement burundais de disposer d'un instrument stratégique pour mobiliser les ressources et contributions nécessaires par l'entremise de l'Organisation, en partenariat et en complémentarité avec les divers autres acteurs intervenant dans le secteur de la santé, et d'améliorer la performance du bureau de l'OMS dans le pays en facilitant sa (re)structuration. La présente SCP couvre une période de 4 ans, cycle conjointement arrêté par le Gouvernement burundais et l'OMS, ainsi que par les institutions des Nations Unies partenaires du développement sanitaire en vertu du Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF).

Processus dynamique et participatif par excellence, l'élaboration de la stratégie de coopération de l'OMS avec le Burundi a activement associé le Ministère de la Santé publique et les principaux acteurs du développement sanitaire. Sa formulation a notamment tenu compte : i) de la vision, des stratégies et des priorités du Gouvernement telles que définies dans le projet de Politique nationale de santé 2005-2015 ; ii) de la mission et des priorités institutionnelles de l'OMS ; iii) des objectifs de développement pour le millénaire (ODM) ; iv) du Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF) ; v) de la Stratégie commune pour les Actions humanitaires (CHAP) ; vi) des avantages comparatifs et des capacités réelles de l'OMS à soutenir les orientations stratégiques ; vii) de l'analyse des interventions des autres partenaires, de leurs avantages comparatifs et du caractère complémentaire de ces interventions par rapport à celles de l'OMS ; viii) de la déclaration d'Abuja sur le VIH, le paludisme et la tuberculose ; ix) du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) ; et x) de la Feuille de route adoptée à Addis-Abeba, lors du sommet des Chefs d'État de l'Union africaine, pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

La stratégie de coopération de l'OMS avec le Burundi s'inspire également des réformes en cours dans le pays et vise à améliorer l'efficacité et l'efficience des actions de l'Organisation en vue de mieux répondre aux besoins du pays. Il s'agit de soutenir davantage les politiques et les stratégies, d'élargir et d'approfondir les partenariats et de travailler en synergie avec les autres organismes de développement.

Dans ce contexte, un certain nombre d'axes d'intervention ont été retenus pour la période couverte par la SCP. Ce sont : i) la réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme et au VIH/SIDA, ii) la préparation et la réponse aux urgences dans un contexte de transition, iii) La réduction de la mortalité maternelle et néonatale et iv) le renforcement du système de santé. Ces axes stratégiques contribuent au renforcement d'une série de composantes transversales, notamment : i) le développement de partenariats stratégiques, ii) le développement/renforcement des capacités d'intervention du secteur de la santé, une attention spéciale étant accordée au problème des ressources humaines, iii) la participation communautaire, les femmes y jouant un rôle de premier plan, iv) des comportements positifs et un environnement favorable à la santé, v) l'appui de la recherche opérationnelle et, vi) l'appui convergent et synergique de l'OMS à la mise en œuvre de la SCP au Burundi.

L'élaboration de la SCP coïncide avec le processus de sortie d'une crise sociopolitique très complexe faisant suite à une guerre civile qui a duré pendant plus de 12 ans et dont le bilan se chiffre à plus de 300 000 morts. Deux dimensions coexisteront dans les premières années de mise en œuvre de la SCP : la dimension humanitaire et la dimension relative au développement. Le contenu de la SCP tient constamment compte de cette réalité.

2. CADRE DE POLITIQUE INSTITUTIONNELLE DE L'OMS : ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES

Au cours des dernières années, un train de réformes a entraîné un changement significatif des méthodes de travail de l'OMS. De manière générale, ces réformes ont eu pour principal objectif de contribuer à l'amélioration du rôle des États Membres dans la réponse aux principaux défis en matière de santé et de développement. De nouvelles orientations ont été définies dans la stratégie institutionnelle de l'OMS¹, qui sert de cadre global pour le travail de l'Organisation.

2.1. Mission de l'OMS

Selon l'Article 1 de la Constitution de l'OMS², la mission de l'Organisation consiste à soutenir les États Membres afin qu'ils puissent «amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible». Sa stratégie institutionnelle et le cadre de la politique de coopération avec les États Membres de la Région africaine indiquent les éléments clés à travers lesquels l'OMS essaie d'apporter la meilleure contribution possible à l'amélioration de la santé des populations, particulièrement celles de la Région africaine. Le renforcement par l'Organisation de ses capacités techniques, intellectuelles, gestionnaires, ainsi que de son leadership en matière de santé, a été identifié comme une condition indispensable pour atteindre les objectifs préconisés.

2.2 Nouvelles méthodes de travail³

Dans sa stratégie institutionnelle, l'OMS met l'accent sur les actions suivantes en réponse aux grands changements mondiaux :

- ❑ Envisager la santé sous un angle plus large, c'est-à-dire dans le contexte du développement, de l'action humanitaire, de l'égalité entre hommes et femmes, des droits de la personne, en s'intéressant tout particulièrement aux liens entre santé et lutte contre la pauvreté ;
- ❑ Jouer un rôle plus important dans l'instauration d'un consensus national et international sur les politiques, stratégies et principes de santé, en veillant à l'acquisition de données de recherche, de connaissances et de compétences techniques et à leur application ;

¹. OMS : Conseil exécutif 105/3: Une stratégie institutionnelle pour le Secrétariat de l'OMS

². Programme général de travail, 2002-2005, OMS

³. *Idem*

- ❑ Susciter des actions plus efficaces pour promouvoir et améliorer la santé et réduire les inégalités en santé, en négociant des partenariats appropriés et en se prévalant du rôle de catalyseur ;
- ❑ Créer une culture institutionnelle propice à la réflexion stratégique, à la promptitude dans l'action, à l'établissement de réseaux productifs, à l'innovation et à la rigueur, et qui étende l'influence de l'Organisation dans le monde.

2.3 Orientations stratégiques⁴

Sur la base des centres d'intérêt susmentionnés, l'OMS s'est donné quatre orientations stratégiques pour soutenir les pays dans l'amélioration de la santé des populations. Ces orientations stratégiques, qui sont interdépendantes, fournissent un cadre général pour le travail technique du Secrétariat :

- i. Réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités, surtout des populations pauvres et marginalisées ;
- ii. Promouvoir des modes de vie sains et réduire les facteurs de risque pour la santé des populations ;
- iii. Mettre en place des systèmes de santé qui améliorent les résultats sanitaires de manière équitable, répondent aux attentes légitimes de la population et qui soient financièrement équitables ;
- iv. Concevoir une politique de base et créer un cadre institutionnel dans le secteur de la santé, et veiller à ce que les questions de santé soient dûment prises en compte dans les politiques sociales, économiques et en matière d'environnement et de développement.

2.4 Fonctions essentielles⁵

La typologie des fonctions essentielles de l'OMS décrite ci-dessous est fondée sur les avantages comparatifs de l'Organisation à ses différents niveaux :

Fonction n° 1 : énoncer des politiques et des prises de position cohérentes, conformes à l'éthique et reposant sur des bases factuelles ;

Fonction n° 2 : gérer l'information, évaluer les tendances et comparer les performances des systèmes de santé ; stimuler des actions de recherche et développement et en établir le programme ;

⁴. Programme général de travail (PGT), 2002-2005, OMS

⁵. Programme général de travail, 2002-2005, OMS

Fonction n° 3 : favoriser le changement par un appui technique et stratégique selon des modalités qui facilitent l'action et aident à mettre en place des capacités nationales durables dans le secteur de la santé ;

Fonction n° 4 : négocier et entretenir des partenariats nationaux et mondiaux ;

Fonction n° 5 : fixer, valider, contrôler et faire respecter des normes et des critères ;

Fonction n° 6 : encourager l'élaboration et la mise à l'essai de technologies, d'outils et de principes directeurs nouveaux pour la lutte contre la maladie, la réduction des risques, la gestion des soins et les prestations de santé.

2.5 Priorités mondiales et régionales⁶

Pour répondre à la nécessité d'améliorer l'efficacité de ses interventions, et compte tenu de ses ressources limitées, l'OMS a sélectionné un nombre limité de priorités à moyen terme. Les critères de sélection de ces priorités sont précis et rigoureux :

- i. Possibilité de réduire sensiblement la charge de morbidité grâce aux interventions existantes, présentant un bon rapport coût/efficacité ;
- ii. Problèmes de santé qui ont d'importantes répercussions sur le développement socioéconomique et qui touchent les pauvres de manière disproportionnée ;
- iii. Besoin urgent de nouvelles technologies ;
- iv. Possibilité de réduire les inégalités de santé dans les pays et entre les pays ;
- v. Demande d'appui émanant de nombreux Etats membres ;
- vi. Avantage comparatif de l'OMS, surtout en ce qui concerne l'offre de biens publics : politiques, stratégies et normes consensuelles ; création de nouveaux partenariats.

Les priorités mondiales sélectionnées sur la base de ces critères comprennent : le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose ; la santé maternelle ; la santé mentale ; la lutte contre le tabagisme ; les maladies non transmissibles ; la sécurité alimentaire ; la sécurité transfusionnelle ; les systèmes de santé, la santé et l'environnement.

La Région africaine a, pour sa part, retenu 12 domaines prioritaires : 1) développement des systèmes de santé, 2) lutte contre les maladies transmissibles (y compris le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et la sécurité transfusionnelle), 3) santé maternelle, 4) santé de l'enfant et de l'adolescent, 5) santé mentale, 6) lutte contre les maladies

⁶. Programme général de travail, 2002-2005, OMS

non transmissibles (y compris le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète et les maladies respiratoires chroniques obstructives), 7) promotion de la santé, 8) santé et environnement, 9) nutrition, 10) préparation et réponse aux situations d'urgence et aux épidémies, 11) pauvreté et santé et 12) médicaments essentiels (y compris la médecine traditionnelle).

2.6 Améliorer l'efficacité de l'OMS dans les pays

La mise en œuvre de la stratégie institutionnelle de l'OMS varie d'un pays à l'autre. Les différences s'expliquent par la spécificité des défis en matière de santé et de développement, l'implication d'autres partenaires, les interventions en cours de l'OMS dans le pays et avec celui-ci, ainsi que le cadre de coopération au niveau régional. Au niveau du pays, l'OMS aura davantage un rôle consultatif et catalyseur, et ne s'impliquera dans les activités de routine que dans des cas bien précis et pour un temps limité.

3. ANALYSE DE LA SITUATION : DÉFIS SANITAIRES ET DE DÉVELOPPEMENT

3.1 Profil du pays

Aspects généraux

Situation géographique, administrative et démographique

Limité au nord par le Rwanda, au sud-est par la Tanzanie et à l'ouest par la République démocratique du Congo, le Burundi est un pays de l'Afrique centrale qui couvre une superficie de 27 834 km² et a une population estimée à environ 7 millions d'habitants. Avec une densité moyenne de 266 habitants au km², un taux de croissance démographique de 2,9 % et un indice synthétique de fécondité de 6,0 enfants par femme, le Burundi est l'un des pays africains les plus densément peuplés. L'espérance de vie à la naissance y est de 40,4 ans⁷, et l'espérance de vie en bonne santé de 35,1 ans⁸, avec un rapport de masculinité évalué à environ 94 hommes pour 100 femmes.

Le Burundi est une République structurée en 17 provinces, 117 communes et 14 zones urbaines, avec une administration décentralisée du sommet à la base. À forte prédominance rurale (93 % vivent en milieu rural), la population burundaise est jeune : 46,1 % ont moins de 15 ans, tandis que les sujets âgés de 60 ans et plus n'en représentent que 5,4 %.

Pays en situation de crise

L'instabilité politique et l'insécurité qui ont caractérisé le Burundi depuis la crise de 1993 ont fortement entamé le tissu socioéconomique du pays.

Suite à la signature, le 28 août 2000, de «l'Accord d'Arusha pour la Paix et la Réconciliation au Burundi», des institutions de transition ont été mises en place pour une durée de 36 mois répartie en 2 phases de 18 mois chacune. Pendant cette période, on devait assister à un partage de pouvoir à travers une alternance de 18 mois entre les deux principaux groupes ethniques «Hutu» et «Tutsi». Ce processus s'est accompagné du désarmement, de la démilitarisation et de la démobilisation des groupes armés.

⁷. PNUD 2003

⁸. *Rapport sur la santé dans le monde, 2003.*

Au terme de la période susmentionnée, ces institutions sont appelées à passer le témoin à de nouvelles institutions démocratiquement élues. Les instruments devant conduire à des élections générales sont progressivement mis en place.

Institutions de l'État et gouvernance

Les institutions actuelles de l'État s'articulent autour de :

- un pouvoir exécutif représenté par la Présidence de la République et le Gouvernement ;
- un pouvoir législatif constitué de deux chambres ; l'Assemblée nationale de transition et le Sénat de transition ;
- un pouvoir judiciaire représenté par les cours et tribunaux, y compris le Conseil supérieur de la Magistrature, la Cour suprême et la Cour constitutionnelle.

Le système de gouvernance a longtemps été caractérisé par une centralisation du pouvoir politique, économique et social qui n'impliquait pas suffisamment les bénéficiaires dans la définition des politiques. Depuis un certain temps, des efforts allant dans le sens de la décentralisation sont notés dans plusieurs secteurs de la vie socioéconomique. Dans le secteur de la santé, ces efforts ont notamment permis de consacrer, non seulement l'autonomie de gestion des structures et/ou programmes de santé, mais aussi la participation effective des communautés de base à la mise en œuvre des programmes prioritaires de santé et à la gestion de leur santé, contribuant ainsi à l'amélioration des performances du secteur.

Aspects socioéconomiques

L'économie burundaise est largement tributaire de son agriculture. En effet, 56 % du PIB proviennent du secteur primaire. L'impact désastreux de la guerre s'est traduit par un ralentissement significatif des performances de l'économie nationale et par un appauvrissement généralisé de la population. Cet impact est omniprésent et se lit à travers la régression sensible des investissements et une récession durable à la base d'une importante érosion du pouvoir d'achat de la population et, partant, de son accessibilité financière aux soins et services de santé. 17,4% des malades n'ont pas accès aux soins, tandis que 81,5 % des patients sont obligés de s'endetter ou de vendre des biens pour faire face aux dépenses de santé.⁹ La pauvreté s'est en effet considérablement aggravée avec la crise et les indigents sont légion.

Le Burundi fait partie du groupe des pays pauvres très endettés (PPTÉ). En 2003, l'indice de développement humain (IDH) était de 0,337, classant le Burundi au 171^{ème} rang

⁹. *Rapport d'enquête MSF Belgique, mars 2004.*

parmi les 175 pays étudiés.¹⁰ De 1993 à 2002, le PIB a cumulativement baissé de 20 %. Il s'est progressivement érodé pour s'établir à moins de US \$110 en 2002, contre près de US \$210 en 1990. Selon le PNUD (Rapport PNUD 2003), 67 % de la population burundaise (sur)vivent avec moins de US \$1 par jour ; ce chiffre était estimé à 33 % avant le déclenchement de la guerre. De même, le taux d'investissement a fortement diminué, passant de près de 18 % du PIB en 1992 à moins de 9 % en 2002. Dans le même temps, les exportations sont passées de US \$79,3 millions en 1992 à US \$31,0 millions en 2002. En 2003, le niveau d'endettement du Burundi avait atteint 208 % de son PIB. L'encours de la dette extérieure représentait 180 % du PIB en 2002, ce qui explique les grandes difficultés éprouvées par le pays pour satisfaire les besoins sociaux élémentaires de sa population.

Le taux brut de scolarisation au niveau du primaire a chuté de plus de 20% entre 1992 (67,3 %) et 1995 (26 %), mais on observe une tendance à l'amélioration depuis 2003, où on a enregistré un taux de 56 %. Au niveau du secondaire, le taux de scolarisation est passé de 6 % en 1992 à 11 % en 2001-2002, alors qu'au niveau du supérieur ce taux est resté stationnaire et très bas au cours de la période de 1992 à 2002 ; il est estimé à environ 1 %.

3.2 Profil sanitaire

Situation épidémiologique

Taux de mortalité élevés

Le profil épidémiologique peut se résumer ainsi (Source : Burundi Health assessment and strategy 2005) : le taux de mortalité brut, compris entre 1,2 et 1,9/10 000 habitants/jour, et le taux de mortalité observé chez les enfants de moins de 5 ans, qui est de 2,2 à 4,9/10 000 habitants/jour, restent supérieurs aux taux de mortalité attendus en situation d'urgence. Le taux de mortalité néonatale (114/1000 naissances vivantes) et celui de la mortalité maternelle (800-1300/100 000 naissances vivantes) dépassent les moyennes de la Région africaine.

Responsable de 47 % des décès en milieu hospitalier des enfants de moins de 5 ans et de 40 % des consultations dans les centres de santé, le paludisme est sans conteste le principal problème de santé publique au Burundi. Les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques figurent également parmi les causes les plus fréquentes de mortalité et sont principalement dues aux conditions environnementales, telles que la précarité de l'habitat, la promiscuité, de mauvaises conditions d'hygiène, un accès limité à l'eau potable, etc. D'autres causes de mortalité comprennent les complications

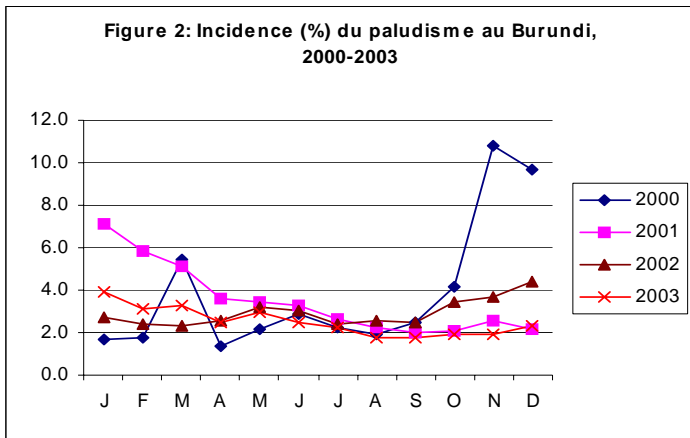
¹⁰. PNUD 2003.

de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que des traumatismes divers. La prévention et la lutte contre les maladies à potentiel épidémique restent une importante priorité de santé publique au Burundi.

Morbidité, principaux problèmes de santé et incapacités

L'analyse de la situation épidémiologique indique que les cinq principales causes de morbidité observées dans les centres de santé sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, les traumatismes et brûlures, et la malnutrition. En matière de mortalité, les femmes et les enfants de moins de 5 ans paient un lourd tribut. Les maladies à évolution chronique telles que le SIDA, la tuberculose, le diabète, l'hypertension artérielle, l'asthme, les cardiopathies, les maladies mentales et 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 à travers le pays. Les maladies transmissibles restent la cause majeure de morbidité dans tous les groupes d'âge. Leur prise en charge consomme la plus large portion des modestes ressources allouées à la santé.

Le paludisme représente 40 % des motifs de consultation enregistrés dans les centres de santé. Il est la première cause de mortalité et de morbidité au Burundi et occasionne d'importantes pertes directes liées aux coûts élevés de la prise en charge des malades, ainsi que des coûts indirects liés à l'absentéisme des adultes actifs.



Le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides est de 22,34 % pour les enfants de moins de 5 ans et de 23,23 % pour les femmes enceintes. Malgré une cession gratuite dont bénéficient les femmes enceintes lors des consultations prénatales et une subvention substantielle, le taux d'utilisation de ces moustiquaires par les ménages est resté très faible. Quoique insuffisamment documentés, le recours à la

pulvérisation intra-domiciliaire et la destruction des gîtes de moustiques au cours de certaines épidémies méritent également d'être soulignés.

L'apparition d'une résistance élevée de *Plasmodium falciparum* aux médicaments de 1^{ère} ligne (chloroquine) et de 2^{ème} ligne (Sulfadoxine-Pyriméthamine) est venue aggraver une situation déjà problématique, obligeant les autorités sanitaires burundaises à opter pour un changement radical de la politique de traitement du paludisme. Des taux d'échecs thérapeutiques variant de 51,2 % à 73,7 % selon les sites, pour la chloroquine, et de 8,9 % à 49,1 % pour la sulfadoxine-pyriméthamine ont conduit à leur retrait du schéma national de traitement antipaludique. Le ministère de la Santé publique, suite à des études d'efficacité des produits à base d'artémisinine, a procédé au changement de la politique nationale de traitement du paludisme avec le choix de la combinaison Artésunate + Amodiaquine (AS+AQ) comme traitement de première ligne et de la quinine comme traitement de deuxième ligne (novembre 2003).

La situation épidémiologique du **VIH/SIDA** place le Burundi parmi les pays les plus touchés dans le monde, avec une séroprévalence nationale de 3,6 % parmi les plus de 15 ans. Les taux les plus élevés, mais qui semblent se stabiliser depuis quelques années s'observent dans les zones urbaines et semi-urbaines, 9,5 % et 10,5 %, respectivement. En zone rurale où vivent 90 % de la population, le taux relativement faible de 2,5 % ne doit pas faire oublier sa progression fulgurante, puisqu'il a triplé en dix ans. L'appauvrissement généralisé de la population, exacerbé par un contexte de conflit sociopolitique et de violences sexuelles qui perdure depuis plus de 12 ans, a donné à ce fléau une dimension tragique. Cette analyse montre que le Burundi compte environ 250 000 PVVIH, dont 25 000 ont besoin d'un traitement aux ARV (estimations basées sur les résultats de l'enquête nationale de séroprévalence de 2002). Les malades du SIDA représentent plus de 70 % des patients hospitalisés dans les services de médecine interne des hôpitaux de Bujumbura, et plus de 43 % des tuberculeux présentent une co-infection VIH/SIDA/tuberculose.

Pour faire face à la situation, le Gouvernement du Burundi a mis en place pour la période 2002-2006, un plan d'action national de lutte contre le VIH/SIDA dont les axes stratégiques sont : i) prévention de la transmission du VIH/SIDA, ii) amélioration du bien-être des personnes vivant avec le VIH/SIDA et iii) allègement du fardeau de l'impact du SIDA sur les familles démunies.

Grâce à l'engagement au plus haut niveau de l'Etat, qui a opté pour une politique d'accès universel aux soins, à l'appui des partenaires et aux initiatives de la société civile, des résultats encourageants ont été obtenus dans la prévention et la prise en charge des PVVIH. En effet, de février 2004 à février 2005, le nombre de Centres de dépistage du VIH/SIDA (CDV) est passé de 80 à 106 (soit une augmentation de 26%) ; des progrès significatifs ont été enregistrés dans le programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) ; le nombre de sites de PTME est passé de

1 à 11, et les sites de prise en charge avec les ARV ont été décentralisés de la capitale vers les structures régionales et provinciales. Ils sont ainsi passés de 6 à 24 en décembre 2004, dont plus de 50 % se trouvent à l'intérieur du pays. Pour ce qui est de la prise en charge des infections opportunistes, 9 370 PVVIH ont reçu en 2004 des soins à domicile dans 7 provinces cibles du pays et 6 639 parmi elles ont bénéficié d'une assistance alimentaire du PAM. Une des originalités du Burundi est le rôle pionnier des associations de la société civile dans les initiatives pour la prise en charge des PVVIH. Des associations telles que l'ANSS et la SWAA constituent encore aujourd'hui un capital précieux pour le pays dans l'organisation de la prise en charge dans les structures non hospitalières.

La standardisation et l'harmonisation des politiques de prévention et/ou de lutte contre les **maladies à potentiel épidémique**, des instruments/outils et des procédures au sein des différents pays du Bloc épidémiologique des Grands-Lacs ont permis de préparer une riposte effective et collective aux différentes épidémies. La «Stratégie de Surveillance intégrée des Maladies et Riposte» 'SIMR' a permis la mise en œuvre d'un Paquet minimum d'interventions pour une meilleure fonctionnalité des structures de santé.

Parmi les maladies à potentiel épidémique sous surveillance épidémiologique au sein du Bloc de l'Est figurent, entre autres, la rougeole, le choléra, la méningite à méningocoque, la poliomyélite, ainsi que les shigelloses, le typhus exanthématique, la fièvre jaune et la peste. Les conclusions de l'évaluation du système de surveillance des maladies prioritaires, conduite en 2003, indiquent une amélioration sensible de la qualité de la réponse aux situations d'urgence par rapport à l'exercice 2002. Par ailleurs, les laboratoires de référence ont efficacement contribué au diagnostic biologique des cas suspects et des suspicions d'épidémie. Néanmoins, il convient de stigmatiser l'insuffisance notoire d'activités de laboratoire au niveau intermédiaire et périphérique.

Au Burundi, **la rougeole** reste un problème majeur de santé publique, même si la dernière épidémie date de 2001. En effet, la forte insécurité qui prévaut actuellement (du fait des conditions de promiscuité, des fréquents déplacements des populations et des faibles taux de couverture vaccinale) peut favoriser la survenue d'une autre épidémie.

L'installation du laboratoire de référence abritant le site de surveillance de la rougeole pour la confirmation des cas a permis de mettre en place un système de surveillance épidémiologique de cette pathologie depuis 2002 (160 cas testés jusqu'en septembre 2004), d'améliorer la classification des échantillons et de différencier la rougeole des autres maladies. Les résultats sont satisfaisants et les prélèvements arrivent dans de bonnes conditions et dans les délais requis.

En ce qui concerne **la poliomyélite**, aucun cas de poliovirus sauvage n'a été détecté dans le pays depuis 1999. C'est ainsi que le Burundi fait partie des 8 pays africains qui seront bientôt certifiés exempts de poliomyélite. Toutefois, les activités de surveillance devront être maintenues et renforcées pour consolider la situation.

Depuis quelques années, certaines localités du Burundi connaissent des épidémies de **méningite à méningocoque**. Le déplacement des populations, la forte promiscuité et le taux d'incidence élevé des infections respiratoires ont rendu le risque épidémique particulièrement important pendant les deux périodes de saison sèche. D'où la nécessité d'instituer une surveillance continue pour cette maladie à potentiel épidémique.

La surveillance des cas d'**haemophilus influenza de type b** est réalisée depuis 2002 au CHUK. Cette recherche active des cas reste insuffisante pour l'ensemble du pays. Les autres hôpitaux ne disposent pas de laboratoires performants capables de réaliser les examens nécessaires.

À partir de 2004, le PEV a élargi la liste des maladies cibles en introduisant les vaccins contre le virus de l'**hépatite B** et de l'**haemophilus influenza de type b**.

Les infections respiratoires aiguës sont des causes importantes de morbidité et de mortalité, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans. Dans ce groupe d'âge, 26 000 cas en moyenne sont enregistrés chaque année pour 100 000 habitants, contre 8 608 cas dans la population générale.¹¹

La tuberculose sévit au Burundi sous forme endémo-épidémique. Son poids est considérable, avec plus de 6 000 cas déclarés chaque année, soit une incidence annuelle de 8,57 pour 10 000 habitants.¹²

De 1985 à 2003, l'évolution des cas de tuberculose est ascendante, aussi bien pour les formes pulmonaires que pour toutes les autres formes. 43,8 % des tuberculeux étant également séropositifs au VIH, les centres du PNLT pourraient à l'avenir **être une porte d'entrée pour la prise en charge** des PVVIH. La stratégie DOTS est appliquée à 80% dans les structures de soins (objectif : 85%) et le taux de détection de la tuberculose pulmonaire à BK+ est de 45% (objectif : 75%). En 2003, le taux de guérison était estimé à 73%.

La forte prévalence des **maladies diarrhéiques** est liée à un déficit d'assainissement et d'hygiène, au manque accru d'eau potable et à la déficience du système d'évacuation des excréta. Bien qu'aucun rapport n'ait récemment évoqué une épidémie de shigellose, 23 219 cas et 37 204 cas ont été enregistrés en 2002 et 2003, respectivement. La situation est particulièrement préoccupante sur les sites où vivent les sinistrés (camps de réfugiés et de déplacés) et qui, pour la plupart, ne sont pas viabilisés et constituent de ce fait des biotopes à risque élevé d'épidémies. La prévalence de la diarrhée est nettement plus élevée chez les enfants de 6 à 23 mois, qui en meurent le plus en raison des problèmes de prise en charge au niveau communautaire.

¹¹. Burundi : Profil épidémiologique ; OMS, 2004.

¹². (PNLT 2004).

Le choléra est devenu endémo-épidémique dans la plaine de l'Imbo, sur la rive du lac Tanganyika, à cause de problèmes structurels et d'accès à l'eau potable exacerbés par la situation de crise.

La malnutrition et les maladies carencielles. La situation nutritionnelle de la population est caractérisée par la forte prévalence de la malnutrition aiguë générale, dont le taux varie de 6 % à 17,8 %, et celle de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants, comprise entre 1,1 % et 4,1 % selon les régions. Le taux de malnutrition chronique est passé de 48,1 % en 1987 à 56,8 % en 2000.¹³ Les carences en micro nutriments sont très fréquentes ; la prévalence du goitre endémique atteint 42 % dans certaines provinces, l'anémie est régulièrement observée, avec une prévalence d'environ 56 %¹⁴ chez le jeune enfant et la femme enceinte. L'avitaminose A reste très répandue nonobstant la distribution à grande échelle introduite à travers le Programme élargi de Vaccination. La proportion des naissances vivantes avec un poids inférieur à 2500 g est de 15,1 %, tandis que celle des enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale est de 45,1 %. Parmi les multiples facteurs étiologiques figurent l'insuffisance de l'allaitement maternel, de mauvaises pratiques de sevrage, l'insécurité alimentaire et une fécondité peu maîtrisée.

Mortalité maternelle et néonatale. Le ratio de mortalité maternelle est estimé au Burundi à 855 (940 pour la Région africaine de l'OMS) pour 100 000 naissances vivantes, alors que celui de mortalité périnatale oscille autour de 58,7 (45 pour la Région africaine de l'OMS) pour 1000 naissances vivantes. Dans certaines provinces comme celle de Karusi, ce taux dépasse 100 pour mille. Ces taux figurent parmi les plus élevés de l'Afrique subsaharienne. Les hémorragies, les infections, l'éclampsie, ainsi que les dystocies mécaniques et dynamiques, sont les causes immédiates les plus fréquemment rencontrées. Les grossesses rapprochées et/ou précoces, la malnutrition et d'autres facteurs contribuent à aggraver la situation.

Les statistiques hospitalières indiquent que les pathologies liées à la grossesse et à l'accouchement occupent la 3^{ème} place parmi les causes de décès enregistrés dans les hôpitaux au sein de la population des 15 ans et plus. Cette forte mortalité maternelle est également attribuée à une faible utilisation des services. En effet, on estime à 25 % la proportion des femmes qui font 3 consultations prénatales pendant leur grossesse. En outre, la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié ne dépasse guère 20 % et plaide implicitement en faveur du renforcement des capacités d'intervention des accoucheuses traditionnelles. De ce fait, la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales constitue un défi majeur à relever dans la mesure où la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence et l'accès à ceux-ci restent faibles au Burundi.

^{13.} UNICEF

^{14.} *Idem.*

La précocité des rapports sexuels est la facette la plus visible des problèmes de **santé de la reproduction chez les adolescents** du Burundi. Selon une étude réalisée en 2002 auprès des adolescents, 16 % des enquêtés déclarent avoir eu leur 1^{er} rapport sexuel à l'âge de 10 ans, 17 % entre 10 et 14 ans et 38 % entre 15 et 20 ans.¹⁵ De 1980 à 1990, la grossesse était la cause majeure de renvoi de 34,5 % des filles des établissements d'enseignement secondaire.

En outre, l'accès des jeunes aux services de santé de la reproduction est très faible. Lors du forum national des adolescents tenu en décembre 1998, ceux-ci ont identifié le manque d'information en matière de sexualité et de santé de la reproduction comme un problème crucial.

Les violences à l'égard des femmes. Dans une étude menée au sein de la Mairie de Bujumbura avec l'appui de l'UNIFEM¹⁶, 42 % des femmes enquêtées ont affirmé être victimes de violences dans leur ménage. Les coups et blessures viennent en première position. Le conflit armé et la présence massive d'hommes en armes sur les collines sont à la base d'une augmentation considérable du nombre de viols : environ 300 viols sont notifiés tous les mois. Une prise en charge clinique et psychosociale est assurée dans les provinces où le problème se pose avec acuité, mais les barrières culturelles et la faible disponibilité des services limitent l'accès aux soins.

Les problèmes de santé mentale. La guerre civile a entraîné une détérioration significative de la santé mentale de la population suite aux traumatismes variés, certains liés aux pertes humaines et matérielles, et d'autres aux violences diverses. La qualité de la prise en charge des malades mentaux et de leurs problèmes est médiocre du fait de l'insuffisance de ressources humaines qualifiées (un seul psychiatre dans tout le pays) et d'infrastructures spécialisées. En effet, le Centre neuro-psychiatrique de Kamenge, l'unique structure nationale spécialisée, ne peut pas assurer la prise en charge de tous les malades mentaux.

Bien qu'on ne dispose pas d'informations fiables, des données hospitalières éparses évoquent l'importance croissante **des maladies non transmissibles et des traumatismes**. Certains facteurs de risque comportementaux (tabagisme, alcoolisme, inactivité physique, hypertension artérielle, accidents de la circulation, etc.), environnementaux (cancers, etc.) et génétiques (diabète, drépanocytose, etc.) connus, incriminés dans la survenue de ces maladies, sont présents dans la population burundaise. Des mesures préventives peuvent permettre d'en contrôler les plus importants.

¹⁵ PNSR, CEFORMI : *Etude sur la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents en mairie de Bujumbura, Bujumbura, 2002*

¹⁶ Iteka, UNIFEM : *Les violences faites aux femmes et filles dans les ménages en mairie de Bujumbura, Bujumbura, 1999.*

Urgences humanitaires

L'instabilité politique et l'insécurité qui ont caractérisé le Burundi depuis 1993 ont entraîné de multiples mouvements de population, aggravant ainsi une situation humanitaire qui accroît la vulnérabilité de la population.

Actuellement, 141 191 déplacés ont été recensés sur 182 sites. Cependant, avec l'insécurité dans certaines provinces, on observe plus de 40 000 déplacés temporaires chaque mois. La situation des réfugiés est restée également préoccupante. Plus de 800 000 Burundais vivent encore dans les pays voisins et le rapatriement de plus de 329 292 d'entre eux vivant dans les camps en Tanzanie a été amorcé depuis plusieurs mois. Par ailleurs, environ 30 000 autres réfugiés congolais ont trouvé asile sur le territoire burundais et reçoivent actuellement l'assistance du HCR.

Ces mouvements de population incessants, qui constituent une menace constante pour le Burundi, continuent de rendre la situation humanitaire très instable. Ainsi, on voit souvent des Rwandais qui se réfugient surtout dans les provinces du nord du Burundi pour des raisons diverses (crainte de l'évolution du processus de juridiction populaire, «Gacaca», par exemple), ou encore des Congolais qui fuient l'insécurité dans la région du Kivu pour demander l'asile politique au Burundi, avec souvent comme point d'entrée les provinces de Bujumbura Rural (Gatumba) ou de Cibitoke (Rugombo).

Étant donné que le système de santé a été fortement affaibli par cette situation de crise, et suite à la dynamique favorable de l'évolution politique actuelle au Burundi, marquée par des Accords de partage de pouvoir signés en novembre 2003 à Pretoria, un processus de réinstallation des déplacés internes et de rapatriement des réfugiés est actuellement en cours, soutenu par un projet conjoint des institutions des Nations Unies (OMS, UNICEF, HCR) qui se concrétise depuis juillet 2004 par la mise en place d'un paquet minimum d'activités de soins dans les provinces les plus affectées. Ce projet, «Santé/Rapatriement», permet d'apporter des réponses rapides et urgentes aux besoins immédiats de la population.

La situation post-conflit au Burundi est également caractérisée par un développement inquiétant du banditisme, avec une recrudescence des agressions de toutes sortes et de vols à mains armées à Bujumbura et dans presque toutes les provinces du pays. Dans ce contexte, un processus très complexe de démobilisation et de cantonnement des ex-combattants des groupes armés est en cours et le désarmement de la population civile constitue l'un des défis les plus importants pour une paix durable au Burundi.

S'agissant des situations d'urgence, il convient de noter la survenue régulière d'épidémies causées par des maladies à potentiel épidémique telles que le paludisme, la méningite, le choléra, etc. Pour y faire face, un système d'alerte précoce des principales maladies épidémiques est déjà en place dans neuf provinces et en cours d'installation dans les autres provinces.

Dans ce contexte, et pour rendre plus efficaces les interventions des différents partenaires du secteur de la santé, un processus de facilitation de la collaboration, de partage de l'information sanitaire et de coordination est en cours.

Organisation et fonctionnement du système de santé

Organisation du système de santé

De type pyramidal, le système national de santé s'articule autour de 3 niveaux :

Le niveau central est responsable de la définition de la politique sanitaire et de l'élaboration des stratégies d'intervention ; de la planification, de l'administration et de la coordination du secteur de la santé ; de la définition des normes de qualité, de leur suivi et de leur évaluation. Il est représenté par le Cabinet du Ministre, la Direction générale et ses départements, ainsi que les organes de direction des divers programmes de santé.

Le niveau intermédiaire est composé de 17 Bureaux provinciaux de Santé (BPS) subdivisés en 31 secteurs de santé. Les BPS sont chargés de la coordination des activités sanitaires au niveau provincial, de l'appui aux centres de santé et de la formation du personnel de santé de leur ressort. Ce niveau est insuffisamment outillé et souffre d'une pénurie de capacités gestionnaires et logistiques, et de personnel médical.

Le niveau périphérique est composé de l'ensemble des centres de santé répartis dans toutes les communes du pays. Les recettes issues des prestations des soins et des ventes des cartes d'assurance maladie sont versées dans les caisses communales et ne sont pas recyclées dans le système national de soins, en application du Décret-loi du 17/06/88, mieux connu sous le nom de «Loi communale». La fonction administrative est assurée par les responsables des centres de santé qui planifient, organisent et gèrent toutes les activités de ces structures.

La même configuration pyramidale se retrouve dans l'**organisation du réseau des soins** qui comporte 4 paliers : i) le niveau de base constitué par les centres de santé, porte d'entrée dans le système national formel des soins ; ii) les hôpitaux de première référence ; iii) les hôpitaux de deuxième référence ; iv) les hôpitaux spécialisés.

L'analyse de la Carte sanitaire actualisée du Burundi indique que le pays compte 501 centres de santé dont 497 sont fonctionnels, soit 99,2 % ; 63 % relèvent du secteur public et 2 centres de santé sur 3 sont de type B1. 47 hôpitaux sont opérationnels sur l'ensemble du territoire, dont 38 hôpitaux de première référence, 5 hôpitaux de deuxième référence et 4 hôpitaux spécialisés. En termes théoriques, l'**accessibilité physique** semble satisfaisante, car 80 % de la population sont géographiquement installés à une distance inférieure à 5km d'un centre de santé. Toutefois, l'analyse situationnelle des infrastructures de santé dénote d'importantes disparités dans leur répartition selon les milieux (rural/urbain), entre les provinces rurales et à l'intérieur de celles-ci. La guerre, qui a entraîné des destructions importantes dans certaines régions, a considérablement aggravé ces disparités.

Accès et utilisation des services

La disponibilité des services et soins de santé de qualité (y compris le PMA) reste problématique dans la majorité des structures sanitaires de proximité. L'on note une faible demande de services et soins de santé, probablement due au coût élevé des prestations médicales, d'une part, et à l'absence de mécanismes de solidarité pour le secteur informel du fait qu'environ 90 % de la population ne sont pas couverts par un quelconque régime d'assurance maladie, d'autre part. Face à cette situation, des initiatives privées encouragées par le Gouvernement tentent de développer des mécanismes de solidarité communautaire dans le domaine du financement complémentaire des soins de santé en général dans 3 provinces. Les résultats de ces expériences ne sont pas encore disponibles.

La participation communautaire est une des principales réformes en cours, lancée en vue d'améliorer non seulement le financement des structures sanitaires de proximité, mais également leur gestion. La mise en place de structures communautaires de gestion démocratiquement élues (Comités de santé et Comités de gestion) intégrant des représentants de la population de l'aire d'attraction a, de manière générale, amélioré la gestion des structures sanitaires et des problèmes de santé publique, et contribué à accroître la confiance de la population dans le système de soins. Là où ils existent, ces comités opèrent comme de véritables interfaces entre les communautés de base et les centres de santé. La quasi-totalité des hôpitaux autonomes ont à leur tête un Conseil d'administration. Cependant, la mise en place tardive de ceux-ci est souvent à la base de certains dysfonctionnements.

Le secteur privé est essentiellement constitué de centres de santé (33 % de l'ensemble). Le secteur privé lucratif médical et pharmaceutique occupe une place de plus en plus importante dans le système de santé en dépit de l'absence de données chiffrées sur ses activités. Toutefois, ce secteur souffre d'un manque de contrôle de qualité et de supervision. Par ailleurs, bien que largement pratiquée sur l'ensemble du territoire national, **la médecine traditionnelle** est faiblement prise en compte dans le système national de santé ; elle n'est ni structurée, ni intégrée dans le système.

Tout au long de la période de crise, **les ONG** ont joué un rôle déterminant au sein du système national de santé. Bien que le partenariat ne soit pas encore suffisamment structuré entre ces ONG et le ministère de la santé publique, il a été possible, grâce à l'appui de l'OMS, de les rassembler autour d'un cadre fédérateur pour organiser et coordonner la réponse/riposte aux problèmes de santé et mobiliser les alliances en vue d'accompagner le pays dans la réalisation des activités planifiées. Cette collaboration dynamique entre des intervenants orientés vers l'action a permis de promouvoir les synergies et les complémentarités à différents niveaux (politique, technique, mobilisation des ressources, etc.) pour une plus grande efficacité des interventions sur le terrain.

D'une manière générale, les infrastructures hospitalières et les structures de santé de proximité ne disposent pas d'un **plateau technique** suffisant pour assurer un minimum d'activités et de services de base de qualité. Au regard des normes et standards du ministère de la santé publique, la plupart des hôpitaux de première et de deuxième référence sont sous-équipés et peu fonctionnels dans le cadre de leur rôle de référence. Les bâtiments abritant les différentes structures sanitaires sont, dans leur grande majorité, dans un état vétuste et dégradé et ne permettent plus de respecter la dignité des patients. Le ministère de la Santé publique vient de lancer un vaste programme de réhabilitation des infrastructures afin de corriger cette situation.

Ressources pour la santé

L'approvisionnement en médicaments est assuré par la Centrale d'Achat des Médicaments (CAMEBU), les pharmacies privées et les ONG opérant dans le secteur de la santé. Le secteur pharmaceutique accuse de nombreux dysfonctionnements. Les officines sont inégalement réparties sur le territoire national, les centres urbains étant favorisés par rapport aux zones rurales : sur les 94 officines que compte le pays, 66 % sont implantées dans la capitale et 16 % dans les centres urbains de Gitega et Ngozi. Le secteur pharmaceutique ne compte que 68 pharmaciens (soit 1 pharmacien pour 110 000 habitants), dont plus de 90 % opèrent dans le secteur privé.

Les BPS se heurtent à d'importantes difficultés dans leur approvisionnement. Ils servent comme des entrepôts de médicaments sans assurer les fonctions de contrôle, de distribution, d'aide à la gestion et de promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments essentiels. La capacité de la CAMEBU à répondre de manière satisfaisante aux besoins est relativement faible, ce qui entraîne de fréquentes ruptures de stocks qui contribuent à diminuer la confiance de la population dans le système de santé.

L'existence d'un circuit parallèle d'approvisionnement et de vente illicite de médicaments, la prescription irrationnelle des médicaments essentiels dans les structures sanitaires périphériques et le phénomène relativement important de l'automédication comptent parmi les problèmes majeurs auxquels il est urgent d'apporter des solutions. La tarification n'est pas uniforme. En effet, certains intervenants appliquent un prix forfaitaire de US \$0,3, alors que dans le même temps, d'autres appliquent le principe du recouvrement des coûts à 100 % (environ US \$2,5 par épisode-maladie). Cette situation appelle une indispensable coordination du secteur par les services du ministère de la Santé publique.

Le coût global des importations de médicaments est estimé à environ 4 milliards de francs burundais (FBU)¹⁷, 20 % de ces médicaments étant vendus sous forme de spécialités.¹⁸ La valeur totale de la production pharmaceutique nationale vendue dans

¹⁷. Direction de la Pharmacie (MSP, 2004)

¹⁸. *Projet de Politique pharmaceutique nationale, MSP; 2004; op. cité.*

le pays est relativement importante et représente 1,2 milliards de FBU (US \$1 101 928). Cette production est assurée par 2 usines pharmaceutiques installées à Bujumbura, l'une publique à autonomie de gestion, l'Office national pharmaceutique (ONAPHA) et l'autre à capitaux privés, la Société industrielle pharmaceutique (SIPHAR).

S'agissant des **ressources humaines**, en 2003, le pays comptait 343 médecins, 2101 infirmiers et 68 pharmaciens. Ces effectifs sont inégalement répartis sur le territoire (80 % des médecins et plus de 50 % des infirmiers opèrent à Bujumbura¹⁹, la capitale). Il en résulte un manque criard de compétences chirurgicales dans les hôpitaux de première référence. Il convient également de relever l'insuffisance des effectifs d'autres catégories de professionnels de la santé comme les médecins de santé publique, les économistes de la santé, les techniciens de laboratoire, etc. certaines spécialités, celles des ophtalmologistes, des ORL, des dentistes, etc., se font plutôt rares.

La crise sociopolitique a entraîné la suspension de la coopération. L'insécurité qui a longtemps prévalu dans les zones rurales, la faiblesse des salaires, l'absence de motivation et de politique de développement des ressources humaines (formation du personnel soignant, gestion des carrières, etc.) ont provoqué le départ de plusieurs professionnels nationaux à la recherche de meilleures conditions de travail et expliquent, du moins en partie, les difficultés que les services publics ont à recruter et à fidéliser un personnel qualifié. Voilà pourquoi les capacités institutionnelles à organiser, gérer, coordonner et planifier le système de santé restent faibles. Du fait de cet exode régulier et important des compétences, il est impératif de former et de recycler le personnel.

Sur le plan de **la formation des ressources humaines**, le taux de production annuel de la Faculté de médecine de l'Université du Burundi est d'environ 20 médecins. Les premiers lauréats des nouvelles facultés de médecine (universités privées de Ngozi, Mwaro, Grands-Lacs, etc.) sont attendus dans 3 ou 4 ans. Une formation de 3^{ème} cycle couvrant un certain nombre de spécialités cliniques, assurée conjointement par la Faculté de Médecine de l'Université du Burundi en collaboration avec certaines universités, a permis la production d'un nombre appréciable de spécialistes, bien que leurs effectifs restent encore en-deça des besoins.

Le Burundi compte 6 écoles paramédicales (4 publiques et 2 privées) et, depuis 1999, l'Institut national de Santé publique participe activement à la formation des infirmiers supérieurs, dont des infirmières de santé publique. Cet institut organise également des formations continues modulaires à la carte. Une seule école située à Bujumbura forme des techniciens de laboratoire. Les pharmaciens sont formés exclusivement à l'étranger, ce qui explique leur nombre particulièrement bas.

Quant aux **ressources financières du secteur de la santé**, elles proviennent essentiellement des recettes fiscales de l'État et de l'aide extérieure. Le budget public de

¹⁹. OAG, 2003

fonctionnement alloué à la santé par l'État est très faible : il est allé décroissant, passant d'environ 5 % (1992²⁰) à 2,4 % (2004) du budget global de l'État pour la période de 1992 à 2004. En chiffres absolus, ce niveau de dépense correspond à moins d'US \$1 par an et par habitant. Comparés à la norme de 15 % préconisée par l'OMS, les 2,4 % montrent clairement que les ressources financières allouées à ce secteur restent encore largement insuffisantes.

Au cours de la période 1997/1998, la Banque mondiale estimait le total des dépenses pour la santé à 12 parités de pouvoir d'achat (PPA)²¹ par habitant et par an. 5 PPA provenaient de l'État et de l'aide au développement (1,55 et 3,45, respectivement) et 7 des ménages. Du point de vue du volume global des ressources, les données disponibles indiquent que US \$46 854 223 et US \$47 204 654 ont été affectés au secteur santé en 2003 et 2004, respectivement. L'analyse de la clé de répartition montre que l'aide extérieure constitue l'essentiel de ce financement et représente 92,2 % de l'ensemble des ressources en 2003, et 89,6 % en 2004.

La contribution des populations au financement du secteur de la santé se fait à travers le système de recouvrement des coûts. Cependant, la multiplicité des dispositifs de tarifications et de recouvrement des coûts, l'absence d'une définition standard du rôle des comités de santé et/ou de gestion et l'exclusion financière d'au moins 20 % de la population des soins et services de santé de qualité sont autant de questions qui devraient pousser à la recherche de mécanismes de financement novateurs (mutuelles de santé, forfaits de soins, assurances maladies, etc.) en vue d'une réelle équité et d'un meilleur accès des plus démunis aux soins.

Bien qu'encore modestes, les financements privés dans le secteur de la santé sont en constante progression : ils bénéficient essentiellement aux structures sanitaires (cliniques, centres de santé, laboratoires médicaux, etc.), aux officines et aux établissements de formation. Aujourd'hui, cette contribution reste difficile à chiffrer.

La structure du **budget de fonctionnement** indique que les dépenses salariales consomment 70 % du Budget (Source : Évaluation des politiques et plans d'actions du secteur de la santé et des services connexes). Le **budget d'investissement** sert à réhabiliter et équiper les formations sanitaires, et à fournir la contrepartie nationale pour les projets financés par l'assistance extérieure. Ce budget est très faible, l'essentiel étant financé par l'aide fournie dans le cadre de la coopération internationale bilatérale et/ou multilatérale. En 2004, le budget consacré à l'investissement représentait 6,7 % du budget d'investissement total, avec une moyenne de 3,1 % pour les dix dernières années.

²⁰. Ministère des Finances, *lois des finances, 1992 - 2004*

²¹. La PPA se définit comme le nombre d'unités monétaires locales pour acheter en une année donnée le même panier de biens et de services sur le marché national que celui que l'on pouvait acquérir pour 1 dollar aux États-Unis en 1985.

Au cours des dix dernières années, l'assistance structurelle extérieure a considérablement diminué pour s'orienter essentiellement vers l'aide humanitaire du fait du contexte sociopolitique qui a prévalu dans le pays. Les programmes de prévention ont été surtout financés par l'aide extérieure (95,3 % contre 4,7 % par les ressources internes²²). Les principaux partenaires du secteur de la santé sont la Banque mondiale, les institutions des Nations Unies (PNUD, UNICEF, OMS, FNUAP), l'Union européenne et diverses Coopérations bilatérales, notamment les Etats-Unis, la France, la Belgique, l'Allemagne et l'Italie. La contribution de la Chine, de l'Egypte et de Cuba prend la forme de la mise à disposition de coopérants techniques.

En définitive, le financement du secteur de la santé reste faible, la contribution de l'Etat étant très insuffisante. Les autres mécanismes publics de financement (sécurité sociale, assurances, mutuelles) ne concernent qu'une faible proportion de la population. La nécessité d'investir davantage pour améliorer l'état de santé de la population et, par conséquent, renforcer la dynamique de la reconstruction et du développement commence à faire son chemin au Burundi dans le contexte de la préparation du programme de réduction de la pauvreté.

Une autre dimension à prendre en compte est celle ayant trait aux capacités gestionnaires et à la nécessité d'utiliser judicieusement les ressources disponibles.

Politique nationale de santé

Depuis la fin des années 90, le Gouvernement a lancé une série de réformes dans le secteur de la santé, articulées autour de la décentralisation, de la mise en autonomie de gestion des structures sanitaires, de la mise en place de caisses d'assurance maladie bénéficiant à l'ensemble de la population, d'un meilleur accès aux médicaments, de la promotion des initiatives privées et de la participation communautaire à travers les comités de santé et les comités de gestion. Cependant, la crise sociopolitique a constitué un frein important dans la mise en œuvre effective de ces réformes.

Au début du mois de juin 2004, le Forum national sur les États généraux de la santé organisé par le Gouvernement a permis l'élaboration d'une politique et d'un plan national de développement sanitaire à moyen et long terme. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté, dans une perspective de développement national à long terme et de contribution à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement à l'horizon 2015. Une politique nationale de santé (PNS) articulée autour des orientations stratégiques ci-après a été validée :

- ❑ Intensification des interventions de lutte contre les maladies ;
- ❑ Réduction de la mortalité maternelle ;
- ❑ Réduction de la mortalité infantile ;

²². *Etats généraux de la santé (2004)*

- ❑ Réduction du taux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans et du jeune enfant ;
- ❑ Accroissement de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé ;
- ❑ Mise en place d'un cadre légal, réglementaire et de régulation permettant d'initier et/ou de renforcer la mise en œuvre des réformes sanitaires ;
- ❑ Renforcement des mécanismes de coordination et de gestion du système de santé ;
- ❑ Renforcement des mécanismes de réhabilitation, de production, de mobilisation et de gestion des ressources ;
- ❑ Renforcement des capacités de production, de mobilisation et de gestion des ressources humaines pour une couverture effective et équitable et une stabilisation du personnel de santé ;
- ❑ Renforcement du système de financement de la santé ;
- ❑ Développement de la coordination intersectorielle.

La Politique nationale de santé vise la restructuration stratégique et organisationnelle du secteur, la maîtrise des interventions dans le secteur, la poursuite de la politique de décentralisation des responsabilités et des ressources et le renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux. Elle constitue désormais le texte de référence national pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de l'ensemble des interventions du secteur de la santé dans le pays.

De manière générale, le **système national d'information sanitaire** est peu performant. La collecte, l'analyse, l'utilisation et la diffusion des données de surveillance au niveau du district sont inadéquates du fait de faibles capacités en matière de surveillance épidémiologique en général, et de collecte et de gestion des données en particulier. Ces différents niveaux ne disposent pas des capacités nécessaires pour analyser et traiter les données recueillies sur place et doivent se référer au niveau central pour la prise de décision, ce qui entraîne un désintérêt et une perte de temps souvent considérable. En général, la rétroinformation est également inadéquate à tous les niveaux.

L'existence d'un système d'information sanitaire multiforme dépendant en grande partie des projets et programmes verticaux de santé gêne considérablement le développement et la standardisation de ce système. Les supports de collecte de données à remplir sont nombreux (chaque programme national vertical disposant de ses propres supports) et les capacités (humaines, matérielles ou financières) du niveau périphérique très faibles au regard de la diversité et du volume de travail attendu. Les outils de collecte et d'analyse restent manuels et certains indicateurs nécessaires à la prise de décision ne sont pas intégrés. Tout ceci hypothèque la qualité et la fiabilité des données recueillies par le niveau périphérique. Bien que la complétude des rapports soit satisfaisante, la promptitude laisse encore à désirer, probablement du fait de la faiblesse du niveau périphérique en moyens de communication.

Nonobstant quelques initiatives, **la recherche opérationnelle** dans le domaine de la santé demeure timide et ses activités parcellaires. Les capacités techniques et les outils restent à développer.

Déterminants de la santé

Au Burundi, les principaux déterminants de la santé sont liés aux facteurs suivants : comportements défavorables à la santé, pauvreté, manque d'accès à l'eau potable, manque d'accès à une bonne alimentation, manque d'accès à un habitat décent (promiscuité) et problèmes d'hygiène et d'assainissement. Parmi les comportements défavorables à la santé, on peut citer les violences sexuelles, l'abus d'alcool et le tabagisme qui sont à l'origine d'une prévalence élevée du VIH/SIDA et de la tuberculose, les violences physiques, psychiques et mentales. La mentalité pronataliste des Burundais entraîne un indice de fécondité élevé. Les mauvaises pratiques d'hygiène corporelle et du milieu sont les principales causes (84 % en 2002) de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans, qui souffrent d'affections telles que le paludisme (36,5 %), les infections respiratoires (21 %), les maladies diarrhéiques et les parasites intestinaux (21 %).

Le manque d'accès à l'eau potable et de mauvaises conditions d'hygiène entraînent la transmission féco-orale de maladies telles que le choléra et la dysenterie bacillaire, souvent sous forme d'épidémies, surtout dans les camps de déplacés et les sites de cantonnement.

En milieu rural, 89 % des ménages utilisent des latrines, en grande majorité de type traditionnel. Seulement 22% de ces latrines répondent à des normes techniques acceptables, dont 20 % de type traditionnel. Le reste de la population rurale ne dispose d'aucun système d'évacuation des excréta.

En milieu urbain, 72 % des ménages ont recours à des systèmes hygiéniques d'évacuation des excréta, notamment des latrines familiales améliorées ou des fosses septiques. L'incidence du manque d'hygiène et d'assainissement sur la mortalité et la morbidité s'explique par : le recours encore important aux eaux superficielles ; les mauvaises pratiques d'hygiène corporelle ; le faible recours à des systèmes d'évacuation des excréta, des ordures ménagères, des eaux usées et pluviales ; le manque d'actions de sensibilisation, d'animation, d'éducation, d'information et de communication dans ce domaine.

La cause fondamentale de cette exposition aux maladies réside dans le fait que les communautés établissent rarement la liaison entre leur état de santé, d'une part, et leur hygiène personnelle et la salubrité de l'environnement, d'autre part.

La pollution de l'air aggravée par le surpeuplement, la mauvaise aération des habitations, l'utilisation de la biomasse et du pétrole lampant pour l'éclairage des habitations, 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, les feux de brousse, la déforestation, les exploitations agricoles où on note l'absence de mesures sanitaires et la pollution des eaux constituent un lourd fardeau pour l'environnement.

En fonction de la dynamique du processus post-transition, la situation pourra évoluer, soit positivement vers le développement progressif et durable avec l'atténuation de la plupart des facteurs précités, soit négativement avec la perpétuation de ceux-ci.

Au terme de l'analyse de la situation, les problèmes suivants méritent une attention spéciale de la part des acteurs du secteur de la santé :

- État de santé caractérisé par une forte morbi-mortalité dans la population en général, et chez les femmes et les enfants en particulier ;
- Faible accès aux services de santé lié aux problèmes de disponibilité des soins de qualité et à une faible demande des services du fait des coûts élevés des prestations médicales et de l'absence de mécanismes de solidarité pour le secteur informel ;
- Faible performance du système national de santé due à la faiblesse des ressources humaines, techniques et financières. Les mauvaises performances d'autres secteurs, parmi lesquelles le faible niveau de scolarisation et les problèmes de sécurité alimentaire pèsent négativement sur le secteur de la santé ;
- Prise de conscience encore faible du lien entre mauvaise santé et pauvreté, faible niveau de partenariat et de coordination pour la mobilisation et l'utilisation des ressources, série de difficultés dans la mise en œuvre des réformes malgré la volonté politique.

Tous ces problèmes ont pour conséquence des décès prématurés et une mauvaise qualité de vie imputables à des facteurs comportementaux et environnementaux, ainsi qu'aux maladies transmissibles et/ou non transmissibles. Le processus de sortie de crise dans lequel se trouve actuellement engagé le Burundi explique la fragilité de son système de santé et la grande vulnérabilité de sa population. A court terme, l'aide humanitaire restera indispensable tant pour accompagner la période post-conflit que pour permettre le redémarrage d'un développement soutenu avant la reprise effective de la coopération.

3.3 Défis sanitaires et de développement

Les défis majeurs auxquels le secteur devra faire face au cours des prochaines années peuvent se résumer ainsi :

1. Réduire la vulnérabilité accrue de la population due à l'importante charge de morbidité et de mortalité liée aux maladies transmissibles et aux problèmes de santé de la reproduction ;
2. Faciliter l'accès de la population burundaise dans son ensemble et des groupes les plus vulnérables, en particulier, à des soins et des services de santé de qualité ;

3. Rendre le système de santé plus performant afin qu'il réponde aux attentes des populations ;
4. Renforcer les capacités du secteur de la santé à répondre aux besoins humanitaires engendrés par la crise tout en assurant son développement harmonieux ;
5. Mettre à la disposition du secteur de la santé des ressources humaines de qualité et en nombre suffisant ;
6. Assurer une meilleure coordination des multiples partenaires oeuvrant dans le secteur.

Un cadre logique qui illustre ces défis est présenté à l'annexe 3.

4. AIDE AU DÉVELOPPEMENT : FLUX, INSTRUMENTS ET COORDINATION

4.1 Tendances générales de l'aide dans le secteur de la santé

Évolution et tendances de l'aide publique au développement au Burundi

L'aide extérieure joue un rôle prépondérant dans le financement des soins et des prestations de santé. Depuis 1998, peu après la levée de l'embargo, l'aide extérieure au secteur de la santé est allée croissante, passant de 4,3 % de l'aide extérieure totale accordée au Burundi, soit US \$130 807 000²³ en 1992, à 26,66 %. Cette aide provient essentiellement des organismes et institutions bilatéraux et multilatéraux et est accordée sous forme de prêts et/ou de dons. Du fait de la crise, l'aide d'urgence et l'assistance humanitaire ont, de manière significative, pris le dessus sur l'aide au développement. Le rôle joué par les ONG depuis 1994 dans le secteur de la santé a été prépondérant et mérite d'être souligné.

Principaux mécanismes de mobilisation de l'aide extérieure

- ❑ **L'aide budgétaire** constitue le principal mécanisme utilisé pour combler les déficits budgétaires et est essentiellement accordée par le Fonds monétaire international (FMI), la Banque mondiale et l'Union européenne.
- ❑ **L'appui aux programmes nationaux** est assuré par les institutions des Nations Unies et la Banque mondiale, à travers le financement de divers projets de santé.
- ❑ **L'aide bilatérale** se situe dans le cadre de la coopération bilatérale et permet essentiellement d'assurer le financement des projets exécutés par diverses ONG.
- ❑ **L'aide multilatérale** est l'apanage des institutions multilatérales.

Au-delà des mécanismes ci-dessus, le Burundi bénéficie également des ressources de l'assistance internationale mobilisée à travers divers autres instruments et outils récemment mis en place : l'Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI) et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose, pourraient être cités à titre illustratif.

Fonds de la GAVI

Le Burundi a accédé aux fonds de la GAVI en 2001 afin de financer le renforcement

²³ Source: *Politique pharmaceutique nationale, MSP, octobre 2003.*

des services de vaccination, l'introduction de nouveaux vaccins et la sécurité des injections. La gestion de ces fonds dont la première tranche a été débloquée en 2002 est conjointement assurée par le ministère de la santé publique, le ministère des finances et le Comité de coordination interagences (CCIA). La période de soutien couverte par ces fonds étant de 5 ans, un plan de viabilité financière du PEV a été élaboré et soumis à la GAVI en 2003 en vue de mobiliser les ressources nécessaires susceptibles d'assurer le relais de la prise en charge du programme de vaccination à l'arrêt du financement de la GAVI.

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose

Le Burundi a bénéficié des ressources du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, le paludisme, et la tuberculose. Ce Fonds constitue une précieuse contribution dans la mise en œuvre des plans de lutte contre ces principaux fléaux.

4.2 Principaux partenaires et domaines d'intervention dans le secteur de la santé

En 2004, le Burundi comptait 16 principaux partenaires intervenant dans le cadre du développement sanitaire. Il convient de faire la distinction entre les institutions des Nations Unies et diverses ONG internationales opérant comme 'organismes d'exécution des bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux. De manière générale, ces partenaires interviennent dans les domaines du renforcement du système de santé, de la construction des infrastructures, de la fourniture de médicaments essentiels et d'équipements de base, ainsi que dans la mise en œuvre des programmes prioritaires. Un certain nombre d'ONG internationales interviennent comme partenaires chargés de la mise en œuvre et du suivi des activités périphériques dans le cadre de protocoles d'accord avec le ministère de la Santé publique. Le tableau en Annexe 6 résume leur répartition par domaine d'intervention.

4.3 Principaux résultats pour la période 2003-2005

Les principales réalisations au cours du présent exercice biennal sont de deux ordres : le renforcement des capacités du bureau de l'OMS dans le pays et l'appui à la mise en œuvre des politiques et stratégies prioritaires du Gouvernement. C'est à partir de 2003 que l'esprit a davantage été développé autour des priorités communes.

Bureau de l'OMS dans le pays

Les principaux résultats à ce niveau sont, notamment : l'amélioration de l'espace de travail et le renforcement du parc automobile, l'organisation de deux retraites du personnel qui ont permis de renforcer l'esprit d'équipe basé sur le concept de la recherche

des résultats, le renforcement du service de la documentation et l'utilisation de l'Internet et de la messagerie pour la diffusion des innovations scientifiques et des documents pertinents. Enfin, le bureau de pays a pu mobiliser au cours de ces deux dernières années (2004-2005) un financement d'environ US \$5 millions à titre de fonds extrabudgétaires.

Appui à la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales

- Appui au système national de santé

L'OMS a apporté son appui au processus de planification stratégique à l'horizon 2015. Il s'agit de l'organisation des États généraux de la santé au mois de juin 2004, de l'élaboration et de la validation technique de la Politique nationale de santé en novembre 2004, et de l'élaboration du Plan national de Développement sanitaire (PNDS).

- Lutte contre le paludisme

L'OMS a joué un rôle de facilitation et d'appui à la recherche de nouvelles molécules efficaces pour le traitement du paludisme au Burundi, et au choix du nouveau protocole de traitement de première ligne fait de la combinaison artésunate-amodiaquine. Ce nouveau protocole a été généralisé dans 75 % des formations sanitaires. Le bureau de pays a aussi appuyé techniquement la mise en place d'un système de pharmacovigilance et de suivi du nouveau protocole.

- Lutte contre le VIH/SIDA

L'appui de l'OMS à la lutte contre le VIH/SIDA a été concrétisé par : i) l'opérationnalisation du projet «soins à domicile» qui a permis de traiter plus de 10 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA et de fournir une supplémentation alimentaire à 6 700 d'entre elles, ceci grâce un mécanisme impliquant le MSP, les ONG et les institutions des Nations Unies, notamment le PMA ; ii) l'appui technique au développement de la stratégie nationale relative aux ARV et de l'Initiative «3 millions d'ici 2005» : de 1200 personnes ayant accès aux ARV en 2003, le programme a permis en 2004 à 5 050 personnes d'accéder aux ARV. Par ailleurs, le processus de décentralisation a été lancé, partant de 6 sites de traitement en 2003 à 24 sites en 2004.

- Urgences

Le bureau de pays a apporté son appui à la lutte contre les épidémies par l'élaboration de la stratégie nationale de surveillance intégrée des maladies : mise en place des outils, formation du personnel national à la gestion de ce système et mise en place d'un système d'alerte précoce pour la riposte aux épidémies. La facilitation de la coordination de tous les partenaires du domaine de la santé a permis de rendre plus efficace l'intervention sanitaire dans le cadre de la riposte aux épidémies.

- Soins obstétricaux d'urgence

Dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, l'OMS a apporté son concours par la mise en place d'un système d'évacuation et de référence dans les provinces de Karuzi, de Muyinga et de Makamba. Dans cette dernière, le système sera fonctionnel à la fin du mois de juin 2005. La mise en place de ce système fait suite à un processus d'analyse de la situation impliquant surtout les communautés.

- PEV

Le bureau de pays a apporté son appui, d'une part à l'introduction de deux nouveaux vaccins (contre l'hépatite B et l'*haemophilus influenza*), portant ainsi à huit le nombre de maladies évitables par la vaccination, et d'autre part à la formulation du plan de viabilité financière pour pérenniser le programme et au processus de certification de la poliomyélite pour lequel le Burundi a été accepté comme pays sans polio.

Les autres résultats obtenus avec l'appui de l'OMS sont, notamment : le renforcement des capacités logistiques du MSP (8 véhicules offerts aux provinces sanitaires et 3 véhicules remis aux services centraux) ; la formulation et la validation technique de la politique nationale pharmaceutique ; la mise à jour et la validation de la liste des médicaments essentiels ; l'élaboration et la validation de la politique nationale sur les laboratoires ; l'adoption de la stratégie de la PCIME et la formation de 8 boursiers de l'OMS.

4.4 Mécanismes et instruments de coordination

Les mécanismes les mieux établis sont ceux liant le Gouvernement aux différents partenaires. Toutefois, il existe aussi entre le Gouvernement et un certain nombre de partenaires extérieurs des mécanismes de coordination dans certains domaines spécifiques de coopération tels que la lutte contre le VIH/SIDA, les programmes de démobilisation et de réinsertion, l'Alliance pour la vaccination, les CCM autour des programmes financés par le GFTAM. Le but de ces mécanismes et instruments de coordination est d'améliorer la complémentarité des interventions des partenaires : i) le processus CHAP et CAP pour l'humanitaire et ses multiples instruments, ii) l'UNDAF élaboré au début de l'année 2004 pour la coordination des institutions des Nations Unies, etc.

La reconnaissance de l'OMS par l'ensemble des partenaires comme 'chef de file' pour les questions de santé et apparentées lui a permis de jouer un rôle de facilitation entre les multiples partenaires extérieurs et le ministère de la Santé publique pour organiser et coordonner la riposte aux problèmes de santé identifiés comme prioritaires et mobiliser les alliances en vue d'accompagner le pays dans la réalisation des activités planifiées. Ci-après, quelques exemples non exhaustifs du fonctionnement de ce partenariat :

- Groupe thématique ONUSIDA, dont l'OMS assure actuellement la présidence ;
- Thème santé pour l'UNDAF et le CHAP/CAP ;

- Animation du forum Échange Santé pour les institutions des Nations Unies et les ONG. Ce Forum joue le rôle de plateforme commune et permet de répondre aux besoins suscités par les différents mécanismes institutionnels ;
- Collaboration 'ministère de la Santé publique/OMS/UNICEF/bailleurs/ONG' pour la mise en œuvre du nouveau protocole de traitement du paludisme ;
- Collaboration 'ministère de la Santé publique/OMS/UNICEF/ONG' pour la réponse urgente aux épidémies de méningite, de choléra, de paludisme, etc. ;
- Collaboration 'ministère de la Santé publique/OMS/UNICEF/ONG/bailleurs (dont le ROTARY International)' pour l'introduction de nouveaux vaccins dans le cadre de la GAVI ;
- Collaboration 'ministère de la Santé publique/OMS/Coopération technique belge/ONUSIDA/ PAM/ONG' pour le suivi de la mise en œuvre des soins à domicile pour les PVVIH ;
- Collaboration 'OMS/UNICEF/HCR' pour la préparation et la mise en place de 3 sous-bureaux des Nations Unies dans le cadre du renforcement de la fonctionnalité des structures sanitaires des 10 provinces ciblées et concernées par le rapatriement massif des réfugiés ;
- Collaboration 'OMS/Union africaine/Bureau du Représentant spécial du Secrétaire général des Nations Unies au Burundi' dans le cadre du processus de cantonnement de la Rébellion.

Dans la perspective d'une prise de décision nationale ayant des implications pour les partenaires, la coordination a toujours été assurée sous l'autorité du Ministre de la Santé publique et/ou celle du Ministre à la présidence chargé de la lutte contre le SIDA, pour les dossiers spécifiques au VIH/SIDA.

Les principaux instruments utilisés ont été, respectivement :

- ❑ Les États généraux de la santé regroupant tous les partenaires nationaux et extérieurs opérant dans le secteur de la santé. La première réunion a été organisée en juin 2004 ;
- ❑ Le Groupe thématique ONUSIDA élargi dont 4 réunions impliquant les deux Ministres et tous les chefs d'agences ont été organisées au plus haut niveau en moins d'un an avec des décisions majeures et un suivi effectif ;
- ❑ Le CCIA pour la vaccination, dont une série de réunions ont été présidées par le Ministre de la Santé publique ;
- ❑ Le CCM pour les financements du Fonds mondial pour la tuberculose, le paludisme, et le VIH/SIDA, ainsi que pour le renforcement du système de santé.

Des mécanismes ad hoc ont été mis en place pour accompagner l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies nouvelles ou spécifiques. Cette approche a permis d'améliorer le suivi des performances et de la gestion financière, ainsi que la complémentarité des interventions.

Sur le plan technique, la coordination et la participation des partenaires autour du ministère de la Santé publique se font à travers des Comités techniques spécifiques, dont le rôle consiste en un travail normatif et technique, ainsi que d'accompagnement d'un processus de changement et/ou d'expérimentation. Ces comités se réunissent habituellement au bureau de la Représentation de l'OMS. Il s'agit notamment des Comité paludisme, Comité PCIME, Comité SMIR, Comité Vaccination et Comité national pour la Certification.

Néanmoins, la multiplicité des acteurs, des partenaires et des centres d'intérêts, d'une part, et des capacités institutionnelles nationales limitées, ainsi que l'absence d'une politique clairement formulée, d'autre part, rendent difficile une coordination systématique et institutionnalisée.

La coexistence de deux dimensions, l'humanitaire et celle relative au développement, impliquant la coexistence de deux modes d'intervention, ajoute à la complexité de la situation, du fait des exigences spécifiques à chacune de ces dimensions. Le défi majeur sera de réussir une coordination qui laisse suffisamment de place à la flexibilité et/ou à l'initiative nécessaire des actions pour la survie (humanitaire) et fait prévaloir le leadership national, avec l'appui de l'OMS, pour que tout ce qui est fait le soit dans le respect des normes et des standards nationaux/OMS et selon les priorités établies sur le plan national.

5. COOPERATION ACTUELLE DE L'OMS AVEC LE BURUNDI

5.1 Bureau de pays

Le Burundi a adhéré à l'OMS à travers l'Accord de base signé le 8 août 1963 entre le Gouvernement du Burundi et l'OMS. Aux termes de cet Accord, l'OMS s'engageait à :

- i) fournir les services de conseillers chargés de donner des avis et prêter assistance au Gouvernement ;
- ii) organiser et diriger des cycles d'études et des programmes de formation professionnelle ;
- iii) attribuer des bourses d'études et de perfectionnement ;
- iv) préparer et exécuter des projets types, des essais et des expériences ;
- v) fournir au Gouvernement toute autre forme d'assistance technique à caractère consultatif.

Analyse des domaines de coopération

Les interventions du bureau de l'OMS sont planifiées selon un cycle biennal, cycle qui ne permet pas toujours de respecter la nécessaire continuité en termes d'orientations stratégiques à moyen et/ou à long terme. Ainsi, de l'exercice biennal de 2002-2003 à celui de 2004-2005, le bureau est passé de 21 à 16 domaines d'activités, affirmant, ipso facto, sa volonté de mieux focaliser ses interventions.

La revue à mi-parcours de l'exercice biennal 2002-2003 effectuée en juillet 2003 a permis un recentrage stratégique des interventions de l'OMS et l'identification de 6 domaines d'intervention prioritaires : paludisme, VIH/SIDA, vaccination, mise en place d'un système de référence et contre-référence pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, réponse aux urgences médico-humanitaires et consolidation de l'appui institutionnel. La comparaison des exercices biennaux 2002-2003 et 2004-2005 laisse apparaître 5 à 6 domaines d'activités qui se partagent l'essentiel du budget ordinaire : préparation et réponse aux situations d'urgence, promotion de la santé, santé de la reproduction, recherche et développement, développement durable et organisation des services de santé. On retrouve 3 de ces domaines dans l'exercice biennal 2004-2005. Ce sont : la promotion de la santé (4,59 % du budget) ; l'amélioration de la santé de la reproduction pour une grossesse à moindre risque (5,27 %) et l'organisation des services de santé, avec 14,93 % du budget.

Ressources humaines

L'effectif du bureau pays de l'OMS est passé de 8 personnes en 1994 à 38 à la fin de l'année 2004. Un effectif de 40 personnes est envisagé à l'horizon 2005. Ce renforcement des ressources humaines du bureau est rendu possible par la mise à disposition de fonds extrabudgétaires (VIH/SIDA, DFID, OFDA). Cependant, ce relatif confort en personnel cache une situation fragile dans la mesure où le bureau reste essentiellement tributaire de la disponibilité de ces ressources extérieures.

Tableau n° 6 : Évolution des ressources humaines au sein du bureau pays de l'OMS à l'horizon 2005

Catégorie	1994	2002	2003	2004	2005
Internationaux	3	2	4	7	8
NPO	1	4	4	4	4
SSA	0	0	0	4	4
GS	4	15	16	23	24
TOTAL	8	21	24	38	40

Le tableau ci-dessus montre l'évolution des ressources humaines prévue à l'horizon 2005. Les internationaux ne représentent qu'environ 18 % de l'effectif actuel, les professionnels, 39 %, et le personnel des services généraux, 61 %. 40 % du personnel du bureau de l'OMS au Burundi sont de sexe féminin.

L'analyse de la charge de travail indique qu'en dehors des fonctionnaires responsables de domaines d'activités spécifiques tels le paludisme, le VIH/SIDA, le PEV, les situations d'urgence et l'action humanitaire, deux des trois NPO actuellement en service s'occupent respectivement de 5 et de 3 domaines d'activités, ce qui se répercute inévitablement sur la qualité de l'organisation de leur travail et sur leur productivité. Pour pallier cette situation, le bureau envisage la mise en œuvre d'un nouvel organigramme et souhaite de ce fait un appui technique du Bureau régional et éventuellement du Siège pour sa restructuration. Exception faite du Représentant et de l'Administrateur, aucun fonctionnaire du bureau de pays n'a bénéficié d'une séance d'information à sa prise de fonction, ce qui constitue un frein à l'appropriation des procédures de gestion internes et à la connaissance des droits et devoirs des fonctionnaires.

Pour renforcer son rôle de 'guide' dans le domaine de la santé et répondre aux attentes de plus en plus importantes des partenaires, le bureau de la Représentation de l'OMS au Burundi doit se doter de ressources humaines en quantité et en qualité suffisantes. À cet effet, de nouveaux postes ont été créés et d'autres le seront encore pour satisfaire les besoins existants.

Ressources matérielles

Le réaménagement et la réaffectation des locaux actuels, avec, notamment, la construction d'un Centre de documentation et le renforcement de la clôture pour répondre aux normes de sécurité, le remplacement progressif et le renforcement du parc informatique, répondant ainsi aux exigences du volume actuel des activités, ont considérablement amélioré les conditions de travail du personnel. Aujourd'hui, sur le plan des communications, le Burundi possède un réseau de téléphonie relativement fiable. Cette facilité a permis la connexion du bureau au courrier électronique et l'installation d'un réseau interne grâce aux services d'un fournisseur privé. Néanmoins, pour garantir une meilleure confidentialité et une plus grande indépendance au bureau sur le plan des communications, la connexion au GPN s'avère une priorité.

Ressources financières

Les fonds du budget ordinaire alloués au bureau sont restés relativement stables. En effet, ils sont passés de US \$2 894 000 pour l'exercice biennal 2002-2003 à US \$2 731 000 pour l'exercice biennal 2004-2005. Par contre, on note une nette progression dans la mobilisation des ressources extrabudgétaires dont les montants ont doublé, passant de 2 062 814 dollars EU au cours du biennium 2002-2003 à environ 5 millions de dollars EU au cours du présent biennium, ce qui témoigne du dynamisme du bureau, d'une part, et de la confiance des partenaires, d'autre part.

5.2. Appui du Siège de l'OMS et du Bureau régional de l'Afrique (période 2003-2004)

Les missions d'appui ont contribué à des avancées importantes pour le pays. Elles ont parfois contribué :

- à l'élaboration de politiques et de stratégies nationales ;
- au développement d'outils et de méthodes de formation, de suivi et de supervision ;
- à des évaluations pour l'identification de problèmes et d'opportunités en vue de débloquer une situation ;
- à la mobilisation de ressources pour le secteur de la santé.

Dans tous les cas, les interactions locales avec les différents partenaires nationaux impliqués dans la mise en œuvre des activités et avec les partenaires extérieurs sur le terrain ont eu un effet positif. Notons par ailleurs que si les missions ne sont pas bien planifiées ou préparées, elles sont davantage subies que voulues et leur impact s'en ressent.

En plus des missions techniques du Siège et du Bureau régional dans le pays, 110 missions ont été effectuées en dehors du pays pour des réunions mondiales, régionales ou sous-régionales. Parmi les domaines les plus concernés, on peut citer le PEV (34 missions), le VIH/SIDA (15 missions) et le paludisme (14 missions).

Si les échanges de données d'expérience ou l'acquisition de certains outils durant certaines de ces réunions ont été utiles, force est de constater que le plus souvent, l'impact de ces réunions sur la dynamique et la mise en œuvre des programmes dans le pays reste peu perceptible. En réalité, elles s'avèrent parfois contre-productives.

5.3 Forces, faiblesses, défis et opportunités de la coopération de l'OMS avec le Burundi

Il est important de noter que le Burundi adhère fortement aux orientations stratégiques et politiques définies par l'OMS dont le leadership dans le domaine de la santé est reconnu par les autorités sanitaires nationales, ainsi que par les partenaires de développement. La coopération de l'OMS avec le Burundi présente certaines forces, faiblesses, défis et opportunités.

Les principales forces du bureau sont l'existence de rapports privilégiés avec les autorités nationales, la reconnaissance par les partenaires nationaux et internationaux du rôle de 'guide' joué par l'OMS dans le secteur santé et l'existence d'une équipe pays engagée et motivée qui compte en son sein des experts dans des domaines d'activités spécifiques.

Parmi les faiblesses, on peut citer les faibles capacités des chargés de programmes et des assistantes de programmes en matière de gestion administrative et financière, en particulier dans le suivi budgétaire ; l'absence de compétences et de connaissances au sein du bureau dans les domaines de la communication, de la publication et du marketing de l'action de l'OMS ; le faible niveau des connaissances du personnel sur les procédures internes de l'Organisation, leurs droits et devoirs, faute d'un dossier d'information pour les nouveaux recrutés.

Concernant les opportunités, on peut citer l'existence d'une Politique nationale de santé devant assurer la convergence des interventions dans le secteur, l'existence de la solidarité internationale pour financer les interventions de santé dans le cadre du processus de sortie de crise, l'existence de l'UNDAF et du CHAP, cadres communs d'intervention des institutions des Nations Unies, l'Initiative «3 millions d'ici 2005» grâce au financement canadien qui peut s'inscrire dans le moyen terme, l'appui financier de la Coopération belge pour la mise en œuvre de la SCP au cours des 3 prochaines années, la promesse de financer un poste international pour la planification stratégique et le système de santé, et l'existence du Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Enfin, les défis sont surtout liés au processus politique, à la capacité du bureau de répondre aux attentes des partenaires, à la nécessité de considérer la santé comme une dimension essentielle du développement.

En somme, malgré les multiples réalisations décrites ci-dessus et les opportunités qui s’offrent au bureau de l’OMS au Burundi, un certain nombre de défis importants subsiste. Par ailleurs, le concours des différents partenaires demeure nécessaire au bureau pour relever les défis en perspective pour les prochaines années :

- ❑ Accompagnement du ministère de la Santé publique pour le passage de la phase d’urgence à celle du développement durable ;
- ❑ Capacité du bureau à répondre aux attentes des partenaires et particulièrement à celles des bailleurs de fonds ;
- ❑ Mise en œuvre de la SCP de façon concertée et convergente.

6. AGENDA STRATÉGIQUE DE L'OMS AVEC LE BURUNDI

6.1 Changement des orientations générales

Le processus progressif de sortie de crise dans lequel se trouve actuellement engagé le Burundi explique la fragilité de son système de santé et la grande vulnérabilité de sa population. Les multiples facettes de la crise que traverse le pays étant intimement liées (crise humanitaire, crise économique et crise politique), cette période sera caractérisée par la coexistence d'un processus de développement et de reconstruction avec une dimension humanitaire. Outre la stabilisation de la donne sécuritaire, il s'agira de faire face au problème des groupes les plus vulnérables, notamment les personnes sinistrées (déplacées, réfugiées, rapatriées, etc.), les indigents, les femmes chefs de ménage et les enfants non accompagnés, afin que ceux-ci bénéficient dans leur réinsertion et leur réinstallation des conditions socio-sanitaires les plus appropriées. Le processus de démobilisation et de réintégration socioéconomique des ex-combattants comporte un élément d'incertitude. L'évolution favorable du contexte politique actuel permet d'envisager le passage progressif d'une situation de crise à une situation de paix et de stabilité durables sous-tendues par la mise en place d'institutions démocratiques. Au cours de cette période, l'aide humanitaire restera indispensable tant pour accompagner la période post-conflit que pour permettre le redémarrage d'un développement soutenu avec une reprise effective de la coopération.

À l'horizon 2015, le Burundi aura acquis une paix et une stabilité sociopolitique pérennes. Sa croissance économique permettra à l'ensemble de ses citoyens d'accéder aux soins de santé de base à travers des mécanismes de participation individuelle et communautaire et sous le leadership affirmé du ministère de la Santé publique. Dans un contexte de bonne gouvernance, le Gouvernement, en collaboration avec les différents intervenants, les partenaires et la population, aura maîtrisé les maladies liées à la pauvreté, à l'exclusion et à l'ignorance et développé un système de santé durable, proactif et performant, favorable à une vie économiquement, socialement et humainement acceptable.

La réalisation de cette vision permettra à la population burundaise de vivre plus longtemps, de manière plus digne et dans un environnement meilleur. Conscients de leur rôle et de leurs responsabilités dans la promotion de leur santé et de celle des communautés de base auxquelles ils appartiennent, les différents groupes à risque seront plus aptes à se prémunir contre les différentes maladies évitables.

C'est dans cette perspective que le Burundi souhaite inscrire sa coopération avec l'OMS pour la période 2005-2009. Les principaux axes stratégiques de cette coopération sont :

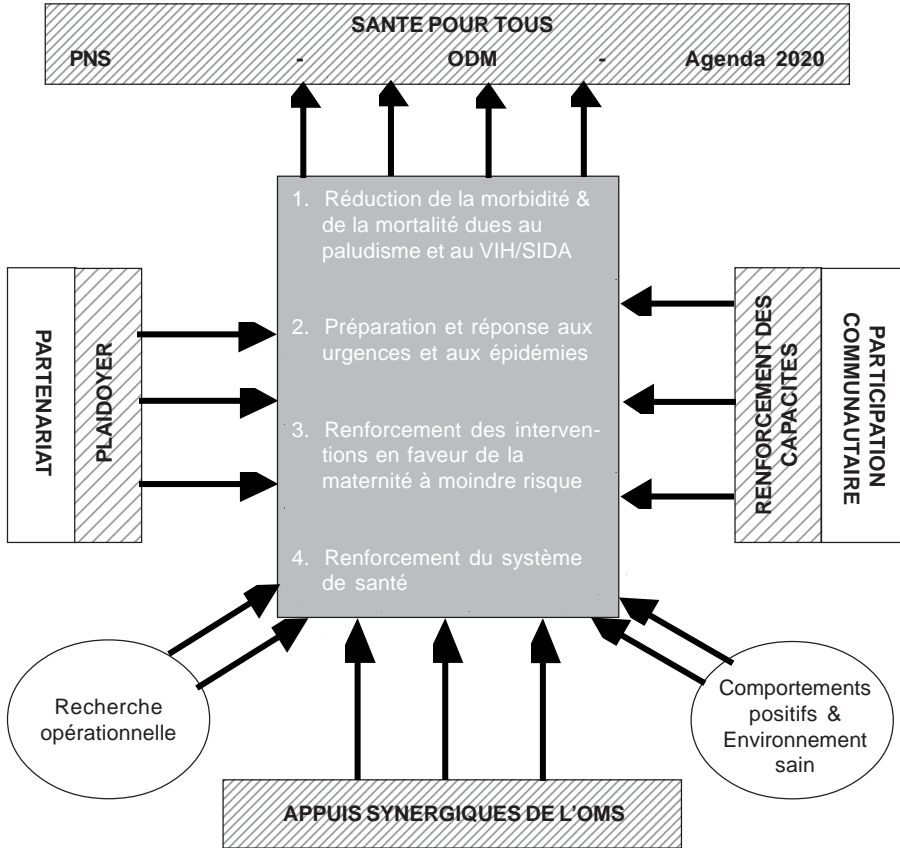
- i) la réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme et au VIH/SIDA ;
- ii) la préparation et la réponse aux urgences ;
- iii) le renforcement des interventions en faveur de la maternité à moindre risque, et
- iv) le renforcement du système de santé.

Les éléments ci-après sous-tendent la contribution de l’OMS à la mise en œuvre de la Politique nationale de santé du Burundi, à la réalisation des Objectifs de développement pour le millénaire, et la mise en œuvre de l’Agenda stratégique de l’OMS pour le Burundi :

- partenariat et plaidoyer pour la création d’alliances et mobilisation de ressources supplémentaires ;
- renforcement des capacités institutionnelles et des ressources humaines à tous les niveaux ;
- participation communautaire ;
- promotion de comportements positifs et d’environnements favorables à la santé ;
- appui à la recherche opérationnelle pour accompagner la mise en œuvre des axes stratégiques ;
- soutien convergent et synergique des différents niveaux de l’Organisation.

Au-delà de ces priorités stratégiques, l’OMS continuera d’apporter au Gouvernement burundais et autant que faire se peut, les appuis politiques, financiers, techniques et normatifs nécessaires à une meilleure vaccination et une meilleure prise en charge des problèmes de santé mentale, de la tuberculose, de l’onchocercose, etc. Tous ces axes d’intervention concourent, à des degrés divers, aux efforts nationaux visant à atteindre les Objectifs de développement pour le millénaire. L’apport des autres partenaires reste indispensable et constituera une contribution précieuse, complémentaire à celle de l’OMS.

Cadre logique des axes stratégiques



6.2 Composantes de l'agenda stratégique

Réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme et au VIH/SIDA

Pour infléchir de façon drastique les tendances et l'impact du paludisme et du VIH/SIDA, l'OMS :

1. appuiera, à travers ses différents niveaux (bureau de pays, Bureau régional, Siège), les efforts visant à assurer la viabilité financière du nouveau protocole (AS+AQ) et la mobilisation des ressources requises à cet effet ;

2. poursuivra l'appui technique à la mise en œuvre du nouveau protocole de traitement de première ligne du paludisme (AS+AQ), en particulier dans les domaines du suivi, de l'évaluation, du développement de la stratégie et de son application au niveau communautaire et par le secteur privé ;
3. poursuivra l'appui technique en faveur de la pharmacovigilance et du suivi de la résistance et de l'efficacité du traitement ;
4. apportera son appui à la mise en place d'un système d'évaluation de la résistance des moustiques aux insecticides ;
5. fournira un appui technique aux efforts visant à intensifier l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) par les populations cibles ;
6. appuiera le développement des compétences et des capacités du personnel soignant, en particulier au niveau décentralisé, pour le diagnostic et la prise en charge corrects des pathologies ;
7. appuiera, en collaboration avec l'UNICEF, la mise en œuvre de la politique nationale de prévention de la transmission la mère à l'enfant (PTME) ;
8. renforcera la surveillance de la continuité des soins, des abandons, de la disponibilité des médicaments et produits de laboratoires, et de l'accréditation des sites de prise en charge (CDV, PTME, ARV) ;
9. développera les compétences de la communauté en ce qui concerne la prévention du VIH/SIDA et le continuum des soins ;
10. mobilisera l'appui des différents partenaires pour la prévention du VIH, l'accès au traitement et la pérennisation de celui-ci, ainsi que le renforcement des capacités ;
11. apportera son appui technique et normatif à la réalisation d'études/enquêtes sur l'incidence du VIH/SIDA, la résistance aux traitements (ARV, IO) et les effets secondaires des médicaments ;
12. participera à la coordination des activités des différents intervenants dans la lutte contre le VIH/SIDA au niveau national.

Préparation et réponse aux urgences

1. Suivre l'évolution et la progression des situations de crise dans le pays en veillant à ce que des évaluations pertinentes soient entreprises et suivies d'effets ;
2. Veiller à la disponibilité de moyens supplémentaires pour la réponse aux urgences ;
3. Renforcer les capacités techniques et normatives nécessaires à la réalisation d'une cartographie de la vulnérabilité et des risques, à l'élaboration de plans d'urgence et à une meilleure préparation et une réponse appropriée aux urgences ;

4. Renforcer la coordination des actions pour le passage de la phase d'urgence/humanitaire à celle du développement durable : le projet 'Santé/Rapatriement' constitue une excellente occasion qu'il conviendra de saisir et qui aidera tous les partenaires à mieux se préparer et à mieux agir ;
5. Développer un partenariat avec les divers acteurs intervenant dans le domaine des urgences et de l'humanitaire en vue de renforcer le plaidoyer en faveur du secteur de la santé ;
6. Renforcer la mise en place du système d'alerte pour une réponse rapide et le renforcement des capacités de réponse aux épidémies dans les provinces où ce système est déjà en place ;
7. Assurer le suivi de la surveillance intégrée des maladies et de la notification régulière.

Renforcement des interventions en faveur de la maternité à moindre risque

1. Fournir l'appui technique nécessaire à la formulation et à la mise en œuvre d'une stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, ainsi qu'à l'adaptation de la feuille de route au contexte burundais ;
2. Apporter un appui technique en vue de l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales, y compris le système de référence et de contre-référence ;
3. Appuyer le renforcement des compétences des médecins et du personnel de première ligne dans le domaine des urgences obstétricales, sur la base d'outils de formation adaptés au contexte local ;
4. Apporter l'appui nécessaire au renforcement des capacités intrinsèques des individus, des familles et des communautés pour l'amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né ;
5. Appuyer et encourager des travaux de recherche propres à contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
6. Soutenir le suivi et l'évaluation des interventions visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale ;
7. Sur la base des enseignements tirés de l'expérience de 3 provinces dans l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales, appuyer l'élaboration d'un guide pour l'extension de l'expérience à d'autres provinces ;
8. Développer un partenariat avec les divers acteurs oeuvrant dans le secteur de la santé de la reproduction en vue de renforcer le plaidoyer et de pérenniser les mécanismes de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Renforcement du système de santé

Planification stratégique

1. Appui technique à la planification stratégique et au renforcement des capacités pour la planification décentralisée ;
2. Renforcement de la collaboration intersectorielle dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale de santé à travers le plan national de développement sanitaire.

Amélioration de l'organisation et de la gestion du système de santé

1. Mise à jour et adaptation des normes techniques et standards ainsi que des outils/guides en usage pour la formulation et la mise en œuvre des politiques et stratégies ;
2. Appui technique pour le développement du paquet minimum de soins et l'intégration des services et soins de santé par le développement de méthodes de renforcement de la supervision intégrée dans une logique formative et de résolution des problèmes, aussi bien par le niveau central que par le niveau décentralisé ;
3. Mobilisation de l'appui pour le renforcement des capacités des équipes décentralisées en gestion et planification ;
4. Appui à la réforme pour l'harmonisation du système d'information sanitaire par le renforcement des capacités aux niveaux national et décentralisé aux fins d'action et de planification : suivi à différents niveaux, tableaux de bord relatifs aux programmes prioritaires et aux interventions contribuant à la mise en œuvre de la politique nationale et à l'harmonisation du système en place ;
5. Développement de la recherche opérationnelle et de la recherche aux fins d'action en vue de l'optimisation de la qualité des soins.

Développement des ressources humaines pour la santé

1. Appui technique au ministère de la Santé pour l'élaboration de stratégies et d'un plan de développement des ressources humaines pour la santé, tenant compte des dimensions quantitatives et qualitatives des besoins du pays pour la mise en œuvre de la politique sanitaire ;
2. Appui à la mise en œuvre de la stratégie intérimaire qui permet à court terme d'assurer la disponibilité des prestations essentielles dans toutes les provinces du pays (chirurgie de base, chirurgie obstétricale, etc.) ;
3. Appui technique à la recherche de solutions appropriées aux problèmes liés à la performance et à la qualité du personnel.

Développement de mécanismes de financement en faveur des pauvres

1. Appui au pays et orientations techniques pour le développement de mécanismes de solidarité communautaire (mutuelles, assurances, etc.) appelés à jouer un rôle de plus en plus important dans le financement de la santé ;
2. Appui technique pour mieux apprécier le niveau des dépenses de santé et pour le suivi et l'évaluation de l'accessibilité financière aux soins de santé.

7. IMPLICATIONS DE L'AGENDA STRATÉGIQUE POUR L'OMS

Les nouveaux axes stratégiques retenus pour la SCP sont le fruit d'un long processus participatif. En effet, ils ont été identifiés, examinés et conjointement validés avec les principaux responsables centraux du ministère de la santé publique et les principaux partenaires de développement opérant dans le secteur de la santé. De même, des évaluations régulières des activités de coopération ont été menées en étroite collaboration avec les homologues nationaux à travers les comités techniques et des revues conjointes.

L'OMS renforcera la concertation avec les partenaires du développement socio-sanitaire en vue d'optimiser les différents appuis à la définition et à la mise en œuvre des programmes de santé du ministère de la Santé publique. Elle contribuera à une plus grande mobilisation des ressources extrabudgétaires au niveau du pays à travers la signature de conventions de coopération et l'élaboration de plans d'action conjoints sur les programmes prioritaires de santé.

La contribution de l'OMS à l'amélioration de la santé du peuple burundais à travers les axes stratégiques définis plus haut aura des implications programmatiques et gestionnaires pour les trois niveaux de l'Organisation. Le tableau ci-après indique, par niveau, les différentes implications pour l'OMS.

Tableau n° 8 : Implications pour l'OMS par domaine et par niveau

DOMAINE/AXE	BUREAU PAYS	BUREAU RÉGIONAL	OMS SIÈGE
Planification et programmation conjointes avec les autres institutions	Participation technique	Appui technique	Aspects normatifs
Mise en œuvre des 4 axes stratégiques définis dans la SCP	Appui technique direct au pays et mobilisation locale des ressources	Appuis techniques ponctuels, mobilisation des fonds	Aspects normatifs, appui technique ponctuel et mobilisation des ressources
Prise en compte des axes stratégiques de la coopération au cours de la revue à mi-parcours et lors des planifications biennales subséquentes	Prise en compte des axes stratégiques	Augmentation du budget pour ces 4 axes stratégiques	
Mise en œuvre concertée des 4 axes stratégiques avec le bureau pays	Interactions techniques	Interactions Techniques	
Renforcement du partenariat au niveau mondial pour mobiliser davantage de ressources en vue de la mise en œuvre des 4 axes stratégiques définis dans la SCP			Partenariat politique/ plaidoyer pour la mobilisation des ressources
Focalisation des interventions sur les domaines d'activités prioritaires	Dans l'allocation budgétaire et l'appui technique	Dans l'allocation budgétaire et l'appui technique	Dans l'allocation budgétaire et l'appui technique

Implication de l'agenda stratégique pour l'OMS

DOMAINE/AXE	BUREAU PAYS	BUREAU RÉGIONAL	OMS SIÈGE
Renforcement des capacités techniques, administratives et gestionnaires du personnel	x	x	x
Formation continue du personnel	Appui technique dans l'adaptation des modules de formation	Production des modules	Aspects normatifs des modules de formation
Redéfinition des postes selon le nouvel organigramme	Proposition du nouvel organigramme	Appui technique au bureau de l'OMS dans le pays	
Renforcement de la présence de l'OMS à l'intérieur du pays	Conseils techniques, partenariat politique et technique		
Elaboration et mise à la disposition du bureau pays des dossiers d'information		Production et distribution	
Communication et diffusion des informations	x	x	x
Renforcement de la communication et de la diffusion de l'information	Renforcement des capacités du bureau sur les 4 axes	Partage des informations avec les autres niveaux sur les 4 axes	Partage des informations avec les autres niveaux sur les 4 axes
Elaboration et mise à disposition d'informations, de directives et de normes techniques	x	x	mise à disposition d'informations, de directives et de normes techniques
Système de communication	x	x	x
Renforcement du système de communication par l'installation du matériel et la connexion du bureau au GPN			Appui technique
Installation et formation du personnel à l'utilisation de l'AMS		Appui technique pour la formation	
Financements extrabudgétaires	x	x	x
Inversion de la tendance à court terme des financements extrabudgétaires vers une tendance à moyen et à long terme	Mobilisation locale des fonds extrabudgétaires		
Plaidoyer pour la mobilisation de ressources supplémentaires pour le bureau de pays		Mobilisation régionale des fonds	Mobilisation mondiale des fonds
Révision de la clé de répartition des ressources retenues sur les fonds extrabudgétaires mobilisés localement au profit du bureau de pays			Changement de pratique au profit du bureau de pays

La réussite de la mise en œuvre de la présente Stratégie de Coopération nécessitera qu'une attention particulière soit accordée au renforcement et à l'élargissement du partenariat autour du ministère de la Santé publique dans un souci de complémentarité et de synergie des efforts. Un plan d'action chiffré, relatif aux activités d'accompagnement pour certains ajustements au niveau du bureau pays, sera établi et soumis au Bureau régional pour une demande d'appui financier.

8. SUIVI ET EVALUATION

L'Agenda stratégique de la SCP sera concrétisé par le Budget Programme et les plans d'action biennaux grâce au processus gestionnaire normal de l'OMS. Le bureau pays de l'OMS définira de manière adéquate les résultats escomptés, les cibles, les principales étapes et les indicateurs de base et de performance nécessaires pour mesurer l'évolution du Budget Programme et des plans d'action biennaux. La mise en œuvre des plans d'action biennaux sera soumise au processus d'évaluation semestrielle de l'OMS qui comprend l'examen semi-annuel, l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation biennale.

Par ailleurs, un réseau d'appui à la SCP faisant intervenir les trois niveaux de l'Organisation, le ministère de la Santé et certains grands partenaires examinera et évaluera la Stratégie de coopération avec le pays pour en mesurer l'impact et déterminer les ajustements éventuellement nécessaires, ou le fera au moins 6 mois avant la fin de l'année indiquée sur le document. Les éléments constitutifs de l'agenda stratégique, les principaux objectifs, le calendrier d'exécution et le cadre indicatif des ressources figurent à l'annexe 5.

9. CONCLUSION

Le Burundi a traversé une crise sociopolitique qui, pendant plus de 12 ans, a fortement affaibli son système de santé. Le processus politique a évolué avec la signature des accords d'Arusha en 2000, suivie d'un processus de transition politique qui a duré trois ans et qui se termine par l'organisation d'élections démocratiques en 2005.

Dans ce contexte, le processus d'appui au système de santé est en cours avec l'organisation des services de santé pour une réponse immédiate aux besoins les plus urgents de la population affectée par la situation de crise. C'est ainsi que le projet «Santé et Rapatriement» a été conjointement mis en œuvre par les institutions des Nations Unies pour le renforcement de la fonctionnalité des structures de santé, avec la mise à disposition d'un Paquet minimum d'activités. Ce projet fait très bien le lien entre l'Urgence et le Développement.

Dans ce processus d'appui au système de santé, la prise en compte de la santé comme une dimension essentielle du développement et la concrétisation de cet état de choses dans le Cadre stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) est une préoccupation majeure du bureau dans le cadre de son appui au pays. Le développement des instruments de mise en œuvre et de suivi de la politique nationale de santé dans un cadre de concertation et de négociation avec tous les partenaires constitue une priorité dans la mise en œuvre de la présente stratégie.

ANNEXE 1 : BIBLIOGRAPHIE

1. Projet de Politique nationale de Santé du Burundi (septembre 2004)
2. Profil du Système de Santé du Burundi (septembre 2004)
3. Interagency WHO and UNICEF Health and Nutrition Need Assessment (2004)
4. Rapport d'avancement sur les OMD (février 2004)
5. Rapport national sur le Développement humain au Burundi (PNUD, 2003)
6. Plan d'action biennal 2004-2005 OMS/Burundi
7. Plan stratégique «Faire Reculer le Paludisme» au Burundi 2003 -2007
8. Plan Stratégique pour la Promotion de la Moustiquaire Imprégnée au Burundi 03-07
9. Test d'efficacité thérapeutique de la Chloroquine et la Sulfadoxine-Pyriméthamine, Coosemans et Al 1983
10. Plan de viabilité financière du PEV, novembre 2003
11. Plan stratégique PEV : 2002-2006, août 2001
12. Plan d'action annuel PEV 2004, octobre 2003
13. Plan stratégique pluriannuel de lutte contre la Rougeole 2002-2006
14. Identification des besoins en eau et assainissement dans les sites des sinistrés
15. Ministère à la Réinsertion et à la Réinstallation des déplacés et des Rapatriés, Unicef janvier 2001
16. Cadre stratégique intérimaire de relance de la croissance économique et de lutte contre la pauvreté, (Ministère de la Planification du développement et de la Reconstruction, août 2003)
17. Plan stratégique et plan d'action 2003-2007 du Département de la Promotion de la Santé, de l'hygiène et de l'assainissement (Ministère de la Santé Publique/ OMS, janvier 2003, Ministère à la Réinsertion et à la Réinstallation des déplacés et des Rapatriés)
18. Plan national de préparation et réponse aux urgences (Ministère de la Santé Publique /OMS, juin 1997)
19. Rapport d'étape janvier-juin 2003 (Programme Cadre d'appui aux Communautés (PCAC), juin 2003)
20. Atelier national sur la coordination des secteurs de l'eau potable et de l'assainissement (Ministère de la Santé Publique / Ministère du Développement communal / OMS, octobre 2001)
21. Les défis du processus de transition (Bilan commun de pays (CCA) Nations Unies 2004)
22. Rapport sur la coopération au développement (PNUD, juin 2004)
23. Plan d'action national pour la lutte Contre Le VIH/Sida 2002-2006 : (2001)
24. Protocole de surveillance de seconde génération de l'infection à VIH/SIDA/ IST, janvier 2002.

25. Enquête nationale de séroprévalence de l'infection par le VIH au Burundi, déc. 2002.
26. Évaluation commune 2003 et Planification commune 2004 des activités de lutte contre le VIH-SIDA: Janvier 2004.
27. Plan opérationnel pour l'accélération de l'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH-Sida (juillet 2004).
28. Enquête nationale de surveillance comportementale face au VIH-SIDA/IST, octobre 04.
29. Politique de la Santé dans la Région africaine pour le 21^{ème} siècle : Agenda 2020

ANNEXE 2 : NOTE SUR LE PROCESSUS D'ÉLABORATION DE LA STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LA RÉPUBLIQUE DU BURUNDI

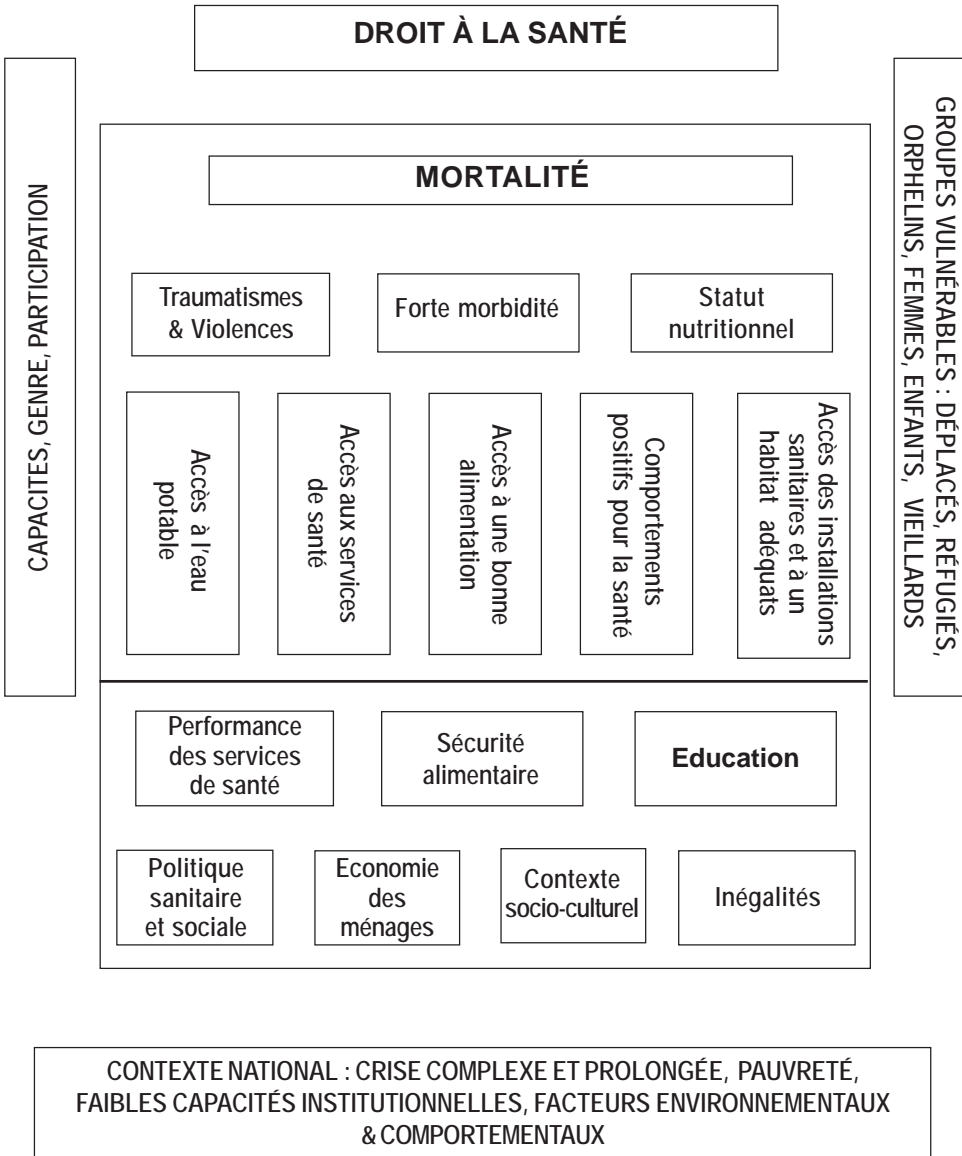
Conformément aux orientations du Guide pratique pour l'élaboration de la Stratégie de Coopération avec les Pays (SCP), le processus de formulation de la présente Stratégie a suivi les principales étapes suivantes :

- La préparation et l'analyse préliminaire de la situation par l'équipe de pays de l'OMS qui a d'abord procédé à la revue documentaire et collecté les informations pertinentes sur la santé et le développement du Burundi (le contexte général, le profil sanitaire, l'assistance au développement par différents partenaires et les opérations actuelles de l'OMS dans le pays).
- La première mission d'élaboration de la Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Burundi s'est déroulée du 14 au 22 juin 2004 avec l'appui du Bureau régional pour l'Afrique et du Siège de l'OMS. Son objectif était d'appuyer le bureau de l'OMS dans le pays dans la production d'une version améliorée d'analyse de situation. Au décours d'un travail intensif du bureau de l'OMS dans le pays, enrichi par des séances de travail avec les institutions du Système des Nations Unies, les coopérations bilatérales et multilatérales, les ONG internationales et locales, une première ébauche d'analyse de situation des sections 1 à 5 a été produite. Par la suite, les grands domaines d'intervention ont été dégagés, fruit d'une réflexion et de multiples concertations impliquant le bureau de l'OMS dans le pays, le Ministère de la Santé publique et les partenaires. Trois Ministres dont, notamment, celui de la Santé publique; celui en charge de la lutte contre le SIDA ainsi que la Ministre chargée de la planification du Développement et de la Reconstruction, tous les Chefs d'institutions du Système des Nations Unies, des Chefs de Missions diplomatiques et d'ONG internationales opérant dans le domaine de la santé ont été étroitement mis à contribution.
- Une période inter-missions a été observée du 23 juin au 2 octobre 2004 et a permis, au bureau de l'OMS dans le pays, de poursuivre le recueil des suggestions et commentaires, d'approfondir les discussions internes afin de finaliser les défis majeurs, ainsi que les idées forces de la perspective à long terme sous forme d'un cadre logique, d'obtenir des différents partenaires leurs contributions financières respectives pour l'année 2003 au moins, d'organiser l'appui de l'OMS pour l'élaboration de la Politique nationale de Santé, et de réviser la première ébauche du document de SCP.

- La deuxième mission de la SCP, constituée par une équipe d'appui du Bureau régional, a eu lieu du 3 au 15 octobre 2004. L'objectif de cette mission était de formuler les axes stratégiques, les principales composantes et leurs implications pour l'OMS. Des réunions de concertation avec les cadres du MSP et les partenaires ont permis de recueillir les commentaires et suggestions pour la révision et l'enrichissement du document.

La Revue du document par le *Management Development Committee* (MDC) avant sa validation par le Directeur régional et son endossement par le Directeur général de l'OMS a constitué une des étapes les plus importantes de ce complexe processus participatif.

ANNEXE 3 : CADRE LOGIQUE D'ANALYSE DES PROBLÉMATIQUES ET D'IDENTIFICATION DES DÉFIS MAJEURS



ANNEXE 4 : PRINCIPAUX PARTENAIRES ET LEURS DOMAINES D'INTERVENTIONS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

PARTENAIRES	DOMAINES D'INTERVENTIONS	COMMENTAIRES
UNFPA	*Santé de la Reproduction	
UNICEF	*Immunisation *Santé Maternelle et Infantile *Soins de Santé Primaire *VIH-SIDA *Nutrition *Hygiène, approvisionnement en eau et Assainissement dans les écoles et les camps des sinistrés, et les communautés,	
PNUD	*Renforcement du réseau sanitaire en province de Kirundo *Lutte contre le VIH / SIDA *Réhabilitation des Infrastructures	
CARE	*Approvisionnement en eau et Assainissement dans les camps des déplacés	Ngozi (Tangara)
Fondation Damien	*Lutte contre la lèpre	
BANQUE MONDIALE	*Projet multisectoriel, réhabilitation et équipement *Lutte contre le SIDA	Opère par le biais du CNLS et du Projet Santé et Population II
UNION EUROPEENNE	*Santé et Développement	
UNION EUROPÉENNE/ Projet Santé 7 ^{ème} FED	*Réhabilitation et équipement des CDS *Lutte contre les maladies endémo- épidémiques *Assainissement du milieu des soins *Médicaments *Renforcement du système de santé : Projet Twitezimbere	
ECHO	*Santé et Nutrition	Finance les ONG Humanitaires
COOPÉRATION Belge	*Lutte contre la tuberculose	
USAID	*Construction / Réhabilitation des infrastructures hydrauliques (IMC) *Approvisionnement en eau dans les camps des déplacés *VIH/SIDA (préservatifs au travers de PSI)	Bujumbura rural Makamba Rutana
CANADA	*Approvisionnement en eau et Assainissement dans les camps des déplacés	Ruyigi (MSF) Karusi (World Vision)
FONDS MONDIAL	*Lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose	
GAVI	*Vaccins et immunisation	

ANNEXE 5 : PLAN INDICATIF ET CADRE DES RESSOURCES (en US\$)

Annexe 5 : Plan indicatif et cadre de ressources en (en US\$)

S/N	Composantes de l'Agenda stratégique	Résultats Attendus	Période					Besoins en ressources		Besoins en ressources	
			2005	2006	2007	2008	2009	Budget régulier	Manque de ressources	Budget régulier	Manque de ressources
1.	Présence essentielle de l'OMS dans le pays	Capacités techniques, administratives et gestionnaires du personnel améliorées et performantes pour la mise en œuvre de la SCP	1.024.602	1.127.063	1.239.769	1.363.745	1.500.119	6.255.299	5.000.000	1.255.299	
2.	Réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme	Promotion de l'accès de la population exposée à un traitement efficace du paludisme grâce à une mobilisation des ressources y afférentes et suivi et évaluation de la mise en œuvre du nouveau protocole de traitement du paludisme (AS+AQ) sont assurés	300.000	515.000	621.600	581.600	838.260	2.525.360	100.000	2.425.360	
	Réduction de la morbidité et de la mortalité dues au VIH/SIDA	Soutien au développement des capacités nationales pour la prévention et l'accès au traitement du VIH/SIDA et des affections apparentées.	820.000	1085.000	135.6000	1638600	1928460	6.828.060	100.000	6.828.000	
3.	Préparation et la réponse aux urgences	Renforcement des capacités nationales pour la réponse efficace aux urgences et aux épidémies tout en assurant une bonne articulation du passage de l'urgence au développement.	1390000	1397000	934000	872000	810000	5.403.000	0	5.403.000	
4.	Renforcement des interventions en faveur de la maternité à moindre risque	Appui à la mise en œuvre, au suivi et évaluation de la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale ainsi que l'adaptation de la feuille de route	350.000	696000	775000	880000	950000	3.651.000	650.000	3.001.000	
5.	Renforcement du système de santé	Capacités nationales renforcées pour la planification stratégique, l'organisation et la gestion du système de santé, le développement des ressources humaines et le financement de la santé	890.000	1073000	1053000	1052000	1085000	5.153.000	850.000	4.303.000	
6.	Autres (PEV/PCIME/TUB, etc)	Résultats attendus spécifiques aux différents domaines d'activités concernés	600.000	600.000	600.000	600.000	600.000	3.000.000	400.000	2.600.000	
	Total général		5354623	6493063	6578369	6987945	7711839	33.125.839	7.100.000	26.025.839	