



REPUBLIQUE DU BURUNDI

**POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE
2005-2015**

BUJUMBURA, DECEMBRE 2004

siodh

Table des Matières

Table des Matières	2
Liste des acronymes et abréviations	3
PREAMBULE	4
INTRODUCTION	5
I. ANALYSE DE LA SITUATION.....	6
1. CONTEXTE GENERAL.....	6
2. PROFIL SANITAIRE.....	9
3. REPONSE DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE.....	14
4. BESOINS ET PRIORITES SANITAIRES	19
II. VISION	21
III. VALEURS ET PRINCIPES DE LA POLITIQUE NATIONALE.....	22
IV. BUT ET OBJECTIFS GENERAUX	23
But.....	23
Objectifs généraux	23
V. ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	25
VI. CADRE DE MISE EN ŒUVRE	31
VII. SUIVI ET EVALUATION DE LA PNS	35
Annexes.....	36
Annexe 1 Contexte et processus d'élaboration de la PSN du Burundi 2005-2015 ..	36
Annexe 2: Glossaire.....	38

Liste des acronymes et abréviations

ARV	Anti-rétroviraux
BPS	Bureau provincial de la Santé
CAM	Carte d'Aassurance Maladie
CS	Centre de Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA
COSA	Comité de Santé
DOTS	Supervision directe de la prise du traitement antituberculeux
PEV	Programme Elargi de Vaccination
EPISTAT	Département d'Epidémiologie et de Statistiques du Ministère de la Santé
GAVI	Alliance Globale pour la Vaccination et l'Immunisation.
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine
IEC/EPS	Information, Education, Communication/ Education pour la Santé
IDH	Indice de Développement Humain
INSP	Institut National de Santé Publique
IRA	Infections Respiratoires Aigues
MSP	Ministère de Santé Publique
NEPAD	Nouveau Partenariat Africain pour le Développement
OAG	Observatoire de l'Action Gouvernementale
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNSR	Programme National de la Santé de Reproduction
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PNS	Politique Nationale de la Santé
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH/AIDS
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
TUB/VIH	Co-infection Tuberculose et Virus de l'immunodéficience Acquise
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population

PREAMBULE

Conscient du fait que la santé est un droit inscrit dans la loi fondamentale et qu'elle constitue la base du développement global du pays, le Gouvernement du Burundi s'engage à assumer toutes ses responsabilités pour offrir à tout citoyen burundais des services de santé de base de qualité.

Considérant que le Burundi a souscrit aux déclarations et actes internationaux en matière de santé notamment la Déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires, le Sommet d'Abuja sur le Paludisme, le Sommet sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la Stratégie du Nouveau Partenariat Africain pour l'Aide au Développement (NEPAD), le Gouvernement tient à concrétiser ses engagements à travers la présente Politique Nationale de Santé. Cette dernière est une expression solennelle de l'engagement du gouvernement burundais et un outil qui guide l'action de tous à travers les secteurs directement et indirectement liés à la santé. Elle constitue, en outre, un outil fondamental de plaidoyer et de mobilisation de ressources pour le développement du secteur de la santé.

La Politique Nationale de Santé contribue à l'élaboration du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté et elle est mise en œuvre à travers d'un Plan National de Développement Sanitaire assorti des programmes et projets dont l'exécution permettra de résoudre les problèmes prioritaires à court, moyen et long terme.

La PSN est ambitieuse, elle vise à remettre le Burundi sur la voie du Développement et d'assurer à tous les citoyens la Santé au sens large. Pour réaliser sa vision, il est impérieux que tous participent, aussi bien les autorités nationales, que les populations du Burundi et les Partenaires au Développement.

Le Ministre de la santé publique

Dr Jean KAMANA

INTRODUCTION

Le Burundi avait jusqu'en 1992 une situation sanitaire relativement satisfaisante, reconnue par les autorités nationales et les partenaires du développement. Cette situation a été sérieusement affectée par la crise socio-politique déclenchée à partir de 1993.

Pendant cette crise qui perdure, le Ministère de la Santé Publique a cependant mis en œuvre une série de plans d'action de 2 ans dominés par des actions humanitaires d'urgence soutenues par les agences des Nations Unies et les ONGs.

Bien que cette situation d'urgence humanitaire va encore persister à court terme, un bon nombre de facteurs motivants poussent les autorités sanitaires nationales à vouloir développer une politique nationale de santé intégrant tous les sous-secteurs impliqués dans l'amélioration de la santé de la population. Il s'agit entre autres de la position de la grande majorité des partenaires de notre pays visant à classer le Burundi « pays post-conflit » ; de l'existence de plans d'action pluriannuels de lutte contre les grandes endémies comme le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose; de la préparation en cours du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté avec une vision à long terme, et la souscription du Burundi aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Il s'agit en outre de la sécurité relative qui règne dans plusieurs provinces du pays et du souci de ces dernières de quitter progressivement l'humanitaire pour entamer des actions de développement sanitaire.

La PSN va tenir compte de ce tournant de passage de l'humanitaire au développement sanitaire pour tout le Pays en utilisant au mieux la présence de l'humanitaire pour passer au développement en décidant de renforcer dès maintenant les structures existantes.

Conscients qu'un mauvais état de santé entraîne le Pays dans un cercle vicieux diminuant les capacités économiques et augmentant la pauvreté, le gouvernement et les Partenaires au développement vont s'engager en investissant massivement dans la santé, pour casser ce cercle vicieux et permettre au développement de redémarrer.

Le processus d'élaboration de la PNS a impliqué tous les acteurs depuis le début. C'est ainsi que trois grandes rencontres ont été organisées : les Assises des Etats Généraux de la Santé ; l'Atelier National Multi-sectoriel d'Elaboration de la PNS et l'Atelier National de Validation de la PNS. Ce sont les résultats de ces rencontres qui figurent dans le présent document.

La mise en œuvre de cette politique qui sera sous-tendue par les principes de l'intégration, de l'efficacité, de la coordination intersectorielle, de la décentralisation et de la qualité des soins, sera réalisée à travers un plan national de développement sanitaire et de plans opérationnels. Elle sera guidée par les valeurs de solidarité, d'équité, d'éthique, d'identité culturelle et de l'approche genre.

I. ANALYSE DE LA SITUATION

1. CONTEXTE GENERAL

1.1.SITUATION PHYSIQUE

Le Burundi est un pays enclavé situé en Afrique centrale. Il est limité au Nord par le Rwanda, au Sud et à l'Est par la Tanzanie et à l'Ouest par la République Démocratique du Congo. Sa superficie est de 27.834 km² incluant la surface des eaux territoriales. Une grande partie est occupée par les hauts plateaux dominés par la crête Congo-Nil vers l'ouest et le reste par les lacs, la plaine de l'Imbo et la dépression de l'Est. Son climat est tropical avec deux grandes saisons, une saison pluvieuse s'étendant plus ou moins sur une période de 9 mois et une saison sèche de trois mois allant de juin à fin août à peu près.

1.2. SITUATION DEMOGRAPHIQUE

Sa population est estimée à un peu plus de 7 millions dont 93% habitent le milieu rural. La densité de la population est de 266 habitants par km², ce qui classe le Burundi parmi les pays d'Afrique les plus densément peuplés. Sa croissance démographique est estimée à 2,9%, l'espérance de vie à la naissance à 40,4 ans¹ et l'espérance de vie en bonne santé à 35,1 ans². Le rapport de masculinité est évalué à environ 94 hommes pour 100 femmes. La distribution par âge reproduit les caractéristiques communes aux pays en voie de développement, résultant d'une fécondité et d'une mortalité élevées. Les moins de 15 ans représentent 46,1% de la population, tandis que les 60 ans et plus ne représentent que 5,4 %.

1.3. SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE

L'économie burundaise est largement basée sur ses ressources agricoles (56% du PIB sont issus du secteur primaire).

La force de production est essentiellement constituée par les femmes (55,2%) qui représentent l'essentiel de la population active de ce secteur. Ces indicateurs montrent le rôle potentiellement important des femmes dans le développement national. Ainsi, la participation de la femme au processus de développement est considérée comme un élément déterminant dans toutes les stratégies de réduction de la pauvreté et de développement.

L'analyse socio-économique atteste une forte détérioration des conditions de vie des populations depuis une décennie de crise. Cette dernière a engendré la dislocation du tissu social, l'abandon des terres par une partie de la population (réfugiés ou déplacés), la promiscuité combinée à une recrudescence des endémo-épidémies dont le VIH/SIDA, le

¹ PNUD 2003

² Rapport sur la santé dans le monde, 2003

paludisme, la Tuberculose et la malnutrition . Sur le plan économique et financier la situation se caractérise par :

- le PIB a baissé cumulativement de 20% sur la période 1993-2002 ; le revenu (PIB) par tête d'habitant s'est progressivement érodé pour s'établir à moins de 110 \$ US en 2002 contre près de 210 \$ US en 1990;
- le taux d'investissement a fortement baissé en passant de près de 18% du PIB en 1992 à moins de 9% en 2002 ;
- les exportations ont fluctué à la baisse : de 79,3 millions de \$ US en 1992 à 31,0 millions en 2002.
- L'Indice de Développement Humain(IDH) était de 0,337 en 2003, classant le Burundi au 171^{ème} rang parmi les 175 pays³..

Le taux d'alphabétisation des adultes reste inférieur à 40% dont 32% femmes. Le taux brut de scolarisation est à 73% en 2001-2002. Le taux brut de scolarisation du primaire a chuté de plus de 20% entre 1992 (67,3%) et 1995 (26%), mais une tendance à l'amélioration s'annonce en 2003 avec un taux de 56%.

Macro-Economie et Santé. Santé et Développement.

Les données ci-dessus montrent à quel point l'état de santé de la population est primordial comme condition de développement. La situation que vit le Burundi actuellement est donc caractérisée par un mauvais état de santé, qui diminue la productivité des populations qui se paupérisent de plus en plus et diminuent leur contribution au PIB et aux recettes fiscales de l'Etat. L'Etat aussi se paupérise et ne peut plus prendre en charge les besoins sociaux élémentaires. Dans ces conditions, l'état de santé va se détériorer encore plus. Le cercle vicieux « mauvais état de santé - effet néfaste sur l'économie – paupérisation - aggravation de l'état de santé -... » est installé. Aucun développement n'est possible, au contraire...

1.4. GOUVERNANCE

Le système de gouvernance a été longtemps caractérisé par la centralisation du pouvoir politique, économique et social. Cette centralisation s'est traduite par un système de planification impliquant insuffisamment les bénéficiaires dans la définition des politiques, avec le risque d'une mise en place des politiques mal adaptées et entraînant des difficultés d'internalisation et d'appropriation par les bénéficiaires.

Toutefois, des efforts allant dans le sens de la décentralisation sont en cours dans plusieurs secteurs de la vie socio-économiques dont celui de la santé
(autonomie de gestion des structures et programmes de santé et implication des communautés dans la gestion des services de santé)

Les problèmes de gouvernance se reflètent également à travers l'augmentation de la corruption, l'allocation non optimale et la gestion inefficace des ressources rares, ainsi qu'un

³ PNUD 2003

profil inapproprié de la dépense publique, suite à l'incompressibilité de certaines dépenses incontournables et à la pénurie de ressources.

A titre d'exemple, on constate que les populations actives par leur travail physique et qui contribuent le plus au PIB et aux recettes fiscales, ne reçoivent que peu en retour de la part de l'Etat : le budget santé représente 2,5 % du budget national (0,7 USD/Hab/an)

Ainsi, le manque de satisfaction des besoins essentiels des populations bénéficiaires conduit à des sentiments de frustration qui renforcent systématiquement les conflits existants ou qui en font émerger d'autres. Pour sortir de la crise, les négociations politiques entre les différents protagonistes ont abouti à un accord de Paix et de Réconciliation et à un cessez-le-feu.

1.5. GENRE

Bien que la population féminine constitue près de 53% de la population burundaise, cette catégorie est insuffisamment représentée dans les instances institutionnelles et décisionnelles.

Il existe des efforts déployés par le gouvernement en vue d'améliorer le cadre juridico-institutionnel de la femme (révision du code des personnes et de la famille, élaboration des stratégies de vulgarisation pour que les femmes prennent conscience de leurs droits et obligations). Selon les différents accords politiques, la représentation des femmes va passer à 30% dans les instances ci-haut mentionnées.

1.6. EQUITE

Le problème d'inaccessibilité aux services sociaux de base se pose aussi bien en termes d'insuffisance, de mauvaise répartition des ressources, qu'en termes d'absence d'équité contributive (faible pouvoir d'achat).

En effet, même là où les infrastructures sociales existent, le coût d'accès aux services sociaux de base (soins médicaux, scolarisation des enfants, eau potable, transport) reste exorbitant.

1.7. NUTRITION ET SECURITE ALIMENTAIRE

La malnutrition a toujours existé de façon sporadique pendant les périodes de soudure et lors des catastrophes naturelles (inondations, sécheresses). La dégradation des sols, et la pression démographique sur les terres cultivables constituent deux des causes principales du problème de sécurité alimentaire. Au cours de cette crise, elle est devenue endémique, touchant fortement les groupes vulnérables (enfants, femmes enceintes et allaitantes, sinistrés).

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

Le déficit vivrier enregistré à la fin de l'année 2002 est estimé à 167 000 tonnes d'équivalent céréale, soit 14% de la production nationale.

1.8. SANTE ET ENVIRONNEMENT

Le taux de desserte en eau potable au niveau national reste faible (42% en milieu rural et 72% en milieu urbain)⁴ . Un certain nombre de structures dont les écoles et internats, certains centres de santé, les centres pénitenciers sont sans eau courante .

Concernant la latrinisation en milieu rural, 89% des ménages utilisent des latrines, qui sont en grande majorité de type traditionnel, et dont 22 % remplissent les conditions d'hygiène. En milieu urbain, 72% des ménages ont recours à des systèmes hygiéniques d'évacuation des excréta dont notamment des latrines familiales améliorées ou à des fosses septiques.

La pollution de l'air aggravée par le surpeuplement, la mauvaise aération des maisons, l'utilisation de la biomasse et du pétrole lampant pour l'éclairage des maisons, l'absence d'informations sur l'utilisation des substances chimiques, la mauvaise gestion des déchets solides et liquides , l'importation de vieux véhicules, et de vieilles motocyclettes , l'utilisation de l'essence avec plomb, les feux de brousse , la déforestation, les exploitations agricoles qui ne sont pas accompagnés par des mesures sanitaires et la pollution des eaux constituent un lourd fardeau pour l'environnement.

2. PROFIL SANITAIRE

2.1. Mortalité

Le taux de mortalité maternelle qui est de 855 pour cent mille naissances vivantes , celui de la mortalité néonatale qui est de 31,9 pour mille et le taux de mortalité infantile de 129 pour mille sont parmi les plus élevés de l'Afrique subsaharienne⁵.

La crise qui secoue le pays depuis 1993 et la recrudescence des endémo-épidémies sont venues accentuer la mortalité dans la population générale et chez les femmes et les enfants en particulier.

Les 5 premières causes de mortalité sont le paludisme, les maladies diarrhéiques, les Infections Respiratoires Aiguës (IRA), la malnutrition et le SIDA.

2.2. Morbidité , incapacités et problèmes de santé principaux

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

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

⁴ UNFPA (2003)

⁵ PNSR(2002)

2.2.1. Maladies à potentiel épidémique

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

Les épidémies de la méningite cérébro-spinale surviennent de façon très rapprochée depuis le début des années 90.

Il faut noter également que la souche W135⁶ est apparue pour la première fois en 2001.

2.2.2. Principales maladies endémo-épidémiques

Le Paludisme

Le paludisme sévit au Burundi sous forme endémo-épidémique.

Il demeure le premier problème de santé publique de par sa mortalité et sa morbidité. En effet, depuis 1991, il s'est étendu dans les plateaux centraux, causant des épidémies meurtrières dans la population non-immune, avec une évolution sans cesse croissante. En 2002, il représentait 45,67 % des consultations dans les structures de santé⁷.

Cette maladie constitue un très lourd fardeau pour le pays. Elle occasionne non seulement des pertes directes liées au coût important de la prise en charge des malades, mais aussi des coûts indirects liés à l'absentéisme des adultes actifs. On estime que dans les pays de forte endémicité comme le Burundi, la perte annuelle de croissance économique est de 1,3%, ce qui signifie que sur 15 ans le PIB devient inférieur d'environ 20% de ce qu'il aurait dû être sans le paludisme.⁸

Infections Respiratoires Aiguës

Les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) sont des causes majeures de morbidité et de mortalité, spécialement chez les enfants de moins de 5 ans.

Maladies diarrhéiques

Les conditions de logement insalubres, l'évacuation des excréta non hygiéniques, la consommation d'eau non potable et des mauvaises pratiques hygiéniques sont à l'origine des maladies diarrhéiques.

⁶ Souche responsable d'une forme de méningite

⁷ EPISTAT(2003)

⁸ PNUD (2003,CCA)

Le VIH/SIDA

Le SIDA est devenu une des premières causes de décès chez l'adulte et une cause importante de mortalité infantile au Burundi ; ce qui constitue un problème sérieux de développement.

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

En fin 2003, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA était estimé à 260.000 dont 230.000 adultes âgés de 15 à 49 ans.

Les malades du SIDA représentent plus de 70% des patients hospitalisés dans les services de médecine interne des hôpitaux de Bujumbura, pendant que plus de 40% des tuberculeux testés présentent une sérologie positive pour le VIH. La charge du VIH/SIDA sur le plan socio-économique est très importante.

Tuberculose

La tuberculose sévit au Burundi sous forme endémo-épidémique. Son poids est considérable avec plus de 6000 cas déclarés chaque année pour environ 7 millions d'habitants, soit une incidence annuelle de 8,57 pour 10 000 habitants⁹. Environ 50% des malades présentent la co-infection TUB/VIH.

Maladies évitables par la vaccination

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

A partir de l'année 2004, le programme a introduit deux nouveaux vaccins contre le virus de l'hépatite B et de l'*Haemophilus influenzae* de type B¹⁰.

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

En plus, les autorités sanitaires organisent des campagnes de vaccination contre la méningite cérébro-spinale en cas d'épidémie.

⁹ (PNLT 2004)

¹⁰ Une des souches responsables de la méningite cérébro - spinale

Dans le cadre de la lutte contre la rage, la vaccination des chiens est obligatoire. En cas de morsure suspecte, les autorités exigent la vaccination des contacts.

Malnutrition

La situation nutritionnelle de la population est caractérisée par une forte prévalence de la malnutrition aiguë globale qui est entre 6 et 17,8% et celle de la malnutrition aiguë sévère entre 1,1 et 4,1% chez les enfants selon les régions. Le taux de malnutrition chronique est passé de 48,1% (1987) à 56,8% (2000)¹¹.

Les carences en micronutriments sont fréquentes ; la prévalence du goitre endémique atteint 42 % dans certaines provinces, l'anémie est régulièrement observée (autour de 56%)¹² chez le jeune enfant et les femmes enceintes.

La proportion des naissances vivantes avec un poids inférieur à 2500g est de 15.1% tandis que celle d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale représente 45.1%.

L'avitaminose A est très répandue et une distribution à grande échelle a été introduite via le programme de vaccination.

2.2.3. Autres problèmes préoccupants de santé publique

2.2.3.1. Santé de la Reproduction

Le statut défavorable de la femme burundaise, le taux de fécondité très élevé (6,5) et un pourcentage très bas (20%) d'accouchements assistés par des professionnels font payer à la femme burundaise un lourd tribut. La mortalité maternelle est de 850 /100.000.

Par ailleurs, la prévalence contraceptive stagne à une moyenne de 4%.

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

Les causes indirectes sont dominées par l'inaccessibilité financière aux soins obstétricaux, la mauvaise qualité des services quand ils sont disponibles et l'inexistence d'un système de référence et de contre-référence.

2.2.3.2. Maladies non transmissibles

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

¹¹ UNICEF

¹² UNICEF

On dispose malheureusement de très peu de renseignements fiables sur la situation dans le pays. Des données éparses en provenance des hôpitaux permettent d'avoir une idée sur l'ampleur ainsi que les facteurs de risque. La collecte des données n'est pas encore systématique.

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

2.2.3.3 Santé mentale

La crise sociopolitique que traverse le pays depuis octobre 1993 s'est accompagnée de deuils multiples, de pertes de biens et de déplacements de populations entraînant comme conséquence la détérioration de la santé mentale de la population. Bien que peu de données soient disponibles, il est nécessaire de considérer ce problème et de mettre en œuvre des mesures.

L'élaboration d'une politique nationale de santé mentale est à faire.

2.2.3.4. Santé en milieu scolaire, du travail et carcéral

Il existe un début d'organisation pour ce qui concerne le milieu scolaire :

un service de santé scolaire au Département de la Promotion de la Santé, de l'Hygiène et de l'Assainissement vient d'être créé.

Un projet de promotion de santé en milieux de travail ainsi qu'un projet de réorganisation des soins aux prisonniers sont à l'étude au Ministère de la santé publique. Ces deux projets nécessitent le concours des partenaires dans la conception et la mise en œuvre.

2.2.3.5. Promotion de la santé

Le niveau d'éducation pour la santé est encore faible. Il existe un service national de promotion de la santé placé sous la direction du Département de Promotion de la santé, de l'Hygiène et de l'Assainissement. Ce dernier est en principe chargé de développer des programmes de mobilisation sociale et de participation communautaire dans l'exécution des actions visant à préserver la santé.

3. REPONSE DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE.

Pour faire face aux problèmes de santé susmentionnés, le Gouvernement , à travers les politiques sectorielles , a élaboré et mis en oeuvre des programmes d'activité de lutte contre la maladie afin de réduire les taux élevés de morbi-mortalité .

Au début du mois de juin 2004, le Gouvernement a organisé un Forum National sur les Etats Généraux de la Santé début d'un processus dont la finalité est d'élaborer une politique et un plan national de développement sanitaire à moyen-long terme. Cette démarche s'inscrit dans le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, dans une perspective de développement national à long terme et de contribution aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD, 2015).

3.1. Politiques de santé et plans nationaux de développement sanitaire

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

Notons qu'il existe des politiques et plans stratégiques de lutte contre les grandes endémo-épidémies :

- **VIH/SIDA** : un Projet multi-sectoriel de lutte contre le SIDA et d'appui aux orphelins du SIDA avec trois axes prioritaires : la prise en charge globale des patients comprenant l'accès aux ARV, la prévention (y compris la transmission mère-enfant) et le renforcement des capacités institutionnelles.
- **Paludisme** : Il existe un Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme(2003-2007) axé sur la prévention par l'utilisation des moustiquaires imprégnés d'insecticides et la prise en charge des cas par le nouveau protocole de traitement à base d'artémisine (artésunate+amodiaquine) adopté suite à la résistance à la chloroquine et la sulfadoxine-pyriméthamine et mis en route en novembre 2003.
- **Tuberculose** : Le pays lutte contre la Tuberculose à travers un Plan Stratégique (2002-2007) avec un accent particulier sur la prise supervisée des médicaments (DOTS).
- D'autres plans de lutte contre la maladie sont en cours de mise en œuvre notamment pour la santé de la reproduction, le PEV avec l'introduction de la distribution de vitamine A dans la vaccination de routine et la lutte contre l'Onchocercose.

3.2. Organisation et gestion du système national de santé

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

- Le niveau central est chargé de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la mobilisation et de la coordination des ressources.
- Le niveau intermédiaire est composé de 17 Bureaux provinciaux de santé subdivisés en 31 secteurs de santé. Les BPS sont chargés de la coordination de toutes les activités sanitaires de la province et de l'appui aux centres de santé.
- Le niveau périphérique est composé de 483 centres de santé répartis sur les 117 communes du pays. Les centres de santé sont regroupés par secteur de santé et ont la mission de gérer les services de santé de base.

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

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

La participation communautaire est une des réformes en cours initiée non seulement dans son financement, mais aussi dans la gestion des centres de santé à travers les comités de santé (COSA) .

Le rôle des ONGs dans le système sanitaire est important surtout pendant cette période de crise, mais le partenariat n'est pas encore structuré et contractualisé.

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

La médecine traditionnelle existe mais elle n'est ni structurée ni intégrée dans le système de santé.

3.3. Ressources physiques

Infrastructures

La carte sanitaire montre un déficit de 35 unités hospitalières avec une couverture d'un hôpital pour 146.000 habitants contre un hôpital pour 100.000 habitants (norme OMS), Un

CDS/14.216 habitants contre un centre de santé pour 10.000habitants (norme OMS) est le constat actuel fait par les services habilités ¹³.

La plupart de ces infrastructures nécessitent une réhabilitation. En outre, il existe une disparité géographique en faveur des centres urbains .

Un programme de réhabilitation des infrastructures est en cours pour corriger ces déséquilibres.

Equipements

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

Le gouvernement avec l'appui des partenaires au développement fait un effort de réhabilitation et d'équipement dans les structures de santé.

Médicaments et fournitures médicales

Le secteur pharmaceutique accuse beaucoup de dysfonctionnements. Il existe une insuffisance et une inégale répartition des officines en faveur des centres urbains. Sur les 94 officines pharmaceutiques que compte le pays , 62 sont implantées dans la capitale et 15 dans les centres urbains de Gitega et Ngozi .

Le circuit de distribution des médicaments n'est pas suffisamment maîtrisé. Il y a plusieurs intervenants dans le secteur , mais la disponibilité et l'accès aux médicaments restent problématiques dans les structures de santé.

L'automédication et la vente illicite des médicaments sont devenues préoccupantes.

La gestion et la prescription irrationnelles des Médicaments Essentiels au niveau des structures de santé sont aussi des problèmes importants.

La création de la Centrale d'Achat des Médicaments et du Département de la pharmacie , du médicament et des laboratoire démontre les efforts déployés par le Gouvernement pour développer le secteur. Le document de politique nationale pharmaceutique et les textes législatifs et réglementaires sont en attente d'adoption par le gouvernement.

3.4. Ressources humaines

Les ressources humaines du secteur de la santé sont insuffisantes en qualité et en quantité et sont inégalement réparties. A titre d'exemple on note un médecin pour 34.744 habitants, un infirmier pour 3.500 habitants et un pharmacien pour 110.000 habitants. Ces indicateurs sont

¹³ OAG, Septembre 2003

encore éloignés des normes de l’OMS qui sont respectivement de 1 médecin pour 10.000 habitants, 1 infirmier pour 3.000 habitants et 1 pharmacien pour 15.000 habitants. En outre, 80% des médecins et plus de 50% des infirmiers oeuvrent à Bujumbura¹⁴.

Cette situation a été aggravée par la crise caractérisée par l’insécurité, les mauvaises conditions de travail et la détérioration des conditions socio-économiques entraînant comme conséquences la démotivation, l’instabilité et la fuite de cerveaux.

Pour faire face à l’insuffisance du personnel de santé, le Gouvernement fait recours à la coopération technique bilatérale.

Les réformes visant l’amélioration des conditions de travail sont en cours notamment la décentralisation et la mise en autonomie de gestion des structures de santé. Dans le même sens, un plaidoyer auprès des bailleurs de fonds est en train d’être mené en vue d’améliorer les conditions matérielles du personnel de santé.

3.5. Ressources financières

Les ressources financières du secteur de la santé proviennent essentiellement des recettes fiscales de l’Etat et de l’aide extérieure. Le budget public de fonctionnement alloué à la santé par l’Etat est très faible : à peine 2,4% des dépenses totales de l’Etat en 2004 contre 5% en 1992¹⁵. En chiffre absolu, cela représente moins de 1 USD par an et par habitant.

Le financement consacré à l’investissement est également très faible : 6,7% en 2004, soit une moyenne de 3,1% pour les 10 dernières années.

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

Les ménages et l’assurance-maladie contribuent au financement de santé respectivement par le paiement direct des services et soins et par les cotisations des employeurs et des travailleurs, mais les contributions réelles des ménages ne sont pas encore chiffrées.

Dans le cadre de la solidarité internationale, le Gouvernement a pu mobiliser des fonds importants, notamment pour la lutte contre le VIH/SIDA, le Paludisme, la Tuberculose (Fonds mondial) et la vaccination (Fonds GAVI), etc.

3.6. Accès aux services de santé et leur utilisation

Accessibilité financière aux soins

L’achat des prestations est essentiellement le paiement direct des soins qui exclut largement les pauvres et certains ménages sont obligés de s’endetter ou de vendre leurs biens pour se faire soigner.

¹⁴ OAG, 2003

¹⁵ Ministère des Finances, lois des finances, 1992 - 2004

En outre, la mise en autonomie de gestion des structures de santé qui vise à la fois l'amélioration de la qualité des soins et la viabilité de gestion des établissements hospitaliers a eu comme conséquence une répercussion négative sur l'accès de la population aux services de santé.

Le problème d'accessibilité financière aux soins et services de santé est également lié au manque de mécanismes de solidarité pour le partage du risque financier (assurance ou micro assurance-maladie, mutualité communautaire, ... etc.).

Accessibilité géographique

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

Accessibilité culturelle

Certaines barrières culturelles bloquent le recours aux services de santé et, partant, empêchent la prise en charge précoce, entraînant ainsi la surmortalité surtout chez les groupes vulnérables. Ces derniers, n'ayant pas accès facile ni à l'information ni à l'instruction, mettent souvent la maladie sur le compte de faits surnaturels ou de la sorcellerie.

Un Département ayant la Promotion de la Santé dans ses attributions a été créé et comprend un service IEC. Ce dernier est chargé de développer des programmes de mobilisation sociale et de participation communautaire dans l'exécution des actions visant à préserver la santé.

Paquet Minimum d'Activités (PMA)

La crise socio-politique que traverse le pays a limité l'accès aux services de santé de qualité suite à la détérioration du PMA surtout dans les structures de santé de proximité.

Les autorités nationales sont en train de renforcer le fonctionnement et l'organisation des centres de santé et hôpitaux de première référence dans le cadre du volet santé du processus de rapatriement des réfugiés en vue d'améliorer le PMA qui est disponible dans 55% des centres de santé.

3.7. Suivi et évaluation du système national de santé

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

En outre, le temps consacré à la collecte et la consolidation des données constituent une charge supplémentaire pour les prestataires des soins.

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

3.8. Réponse des autres secteurs

Le Ministère de la lutte contre le SIDA a bien structuré son action, allant jusqu'à la colline pour la prise en charge des problèmes liés au VIH/SIDA. Beaucoup d'actions sont transversales et impliquent pratiquement tous les secteurs. Le Ministère de la santé est un partenaire clé du Programme.

De nombreux autres Ministères, sont impliqués par leur action sur les déterminants de la santé, dans l'amélioration de l'état de santé. Les principaux sont : le Ministère de l'Agriculture, le Ministère en charge de l'Education, le Ministère en charge du Développement Communal, le Ministère en charge de l'Action Sociale et de la Condition Féminine, le Ministère en charge de l'Environnement, le Ministère en charge du Travail, le Ministère en charge de la Défense qui possèdent un service de santé qui prend en charge les militaires et leurs familles, Le Ministère en charge de la Sécurité Publique et celui en charge de l'Intérieur, ...et bien d'autres, dont le Ministère en charge du Plan et celui en charge des Finances.

Jusqu'à présent, il n'y avait pas sur le terrain de réelle coordination des actions de tous ces Ministères pour un effet renforcé sur l'état de santé des populations.

4. BESOINS ET PRIORITES SANITAIRES

4.1. Etat de santé

L'état de santé de la population burundaise est caractérisée par une forte morbi-mortalité maternelle et infanto-juvénile liée aux grandes endémo-épidémies notamment le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose, la malnutrition, les complications liées à la grossesse ainsi que les traumatismes et blessures variés.

Comme dit plus haut, les conséquences de ce mauvais état de santé entraînent un cercle vicieux « mauvais état de santé - effet néfaste sur l'économie – paupérisation - aggravation de l'état de santé - ... » qui a tendance à aggraver la situation.

La sortie de ce cercle vicieux requiert par conséquent une réponse urgente qui nécessite une solidarité nationale et internationale à court, moyen et probablement à long terme .

4.2. Accès et utilisation des services de santé

Les défis majeurs à relever sont :

- Faible accès aux services de santé lié aux problèmes de disponibilité des soins de qualité (accueil, médicaments, équipements et personnel qualifié)

- Faible demande de services à cause des coûts élevés des prestations médicales d'un côté et absence de mécanismes de solidarité pour le secteur informel (90% de la population ne sont pas couverts par l'assurance- maladie) d'un autre.

4.3. Organisation et gestion du système national de santé

Les lacunes majeures à combler sont les suivantes :

- Coordination insuffisante malgré l'existence des acteurs du domaine public et privé, des ONGs et autres partenaires socio-sanitaires ;
- Faible implication des communautés dans la gestion des services de santé et dans la participation à la résolution de leurs propres problèmes de santé
- Faible appui à l'initiative privée à but non lucratif;
- Absence de dispositions contractuelles entre partenaires;
- Absence d'un cadre juridique et faible encouragement de la médecine traditionnelle ;
- Insuffisance de la réglementation et de la régulation du secteur privé lucratif
- Absence de coordination de la maintenance des équipements et des infrastructures sanitaires
- Faiblesse des mécanismes de mise en Autonomie de gestion des services et structures de santé ;
- Faible intégration des programmes nationaux de santé dans l'exécution des interventions de santé à tous les niveaux du système.

4.4. Ressources

Les principaux défis à relever en matière de ressources sont de trois ordres :

a) Ressources physiques (infrastructures, équipements, médicaments)

- Vétusté et inégale répartition des infrastructures sanitaires (urbain/rural) ;
- Insuffisance des équipements médicaux et non médicaux ;
- Absence d'un système de maintenance;
- Absence de système de communication et de moyens pour la référence et contre- référence ;
- Insuffisance de médicaments essentiels et consommables ;
- Absence d'un laboratoire de contrôle de qualité des médicaments.

b) Ressources humaines

- Pénurie du personnel de santé en quantité et en qualité à tous les niveaux du système et notamment pénurie absolue de médecins et absence de capacités chirurgicales au niveau des hôpitaux de première référence et de gestion au niveau des bureaux provinciaux)
- Répartition inéquitable du peu de ressources humaines disponibles ;
- Démotivation et instabilité du personnel de santé.

- Absence de politique de développement des ressources humaines (production, gestion de carrière...)

c) Ressources financières

- Insuffisance du budget national alloué au secteur de la santé ;
- Faible mobilisation des ressources additionnelles;
- Utilisation non rationnelle du peu de ressources disponibles ;
- Faible couverture des soins de santé par l'assurance- maladie (toutes formes confondues).
- Non maîtrise des différentes sources de financement et leur utilisation par manque d'outils de gestion efficiente et opérationnelle : comptes nationaux de santé.
- Peu de prise en compte de la notion de macroéconomie et santé dans l'investissement public

4.5. Politique de santé

Dans ce domaine, il y a un besoin manifeste de corriger en priorité :

- L'absence d'une vision appuyée par une politique nationale de développement sanitaire à moyen et long terme ;
- L'absence d'un cadre légal des réformes en cours et envisagées, due à l'engagement politique insuffisant de l'Etat ;
- Les insuffisances dans la réglementation et la régulation du secteur ;
- L'absence de politique de contractualisations entre le Ministère de la Santé et les Partenaires ;
- L'absence d'une politique pharmaceutique nationale et des dispositifs biomédicaux et une politique nationale des prix des médicaments;
- L'absence d'une politique de partage de coûts;
- L'absence d'une politique nationale en matière d'hygiène et d'assainissement ;
- L'inexistence d'un code de la santé adapté au contexte du moment.
- Faiblesse de leadership de la part du Ministère de la santé

II. VISION

A l'horizon de l'an 2015, le Burundi aura une paix et une stabilité socio-politique durable avec une croissance économique permettant à tout citoyen un accès aux soins de santé de base à travers des mécanismes de participation individuelle et communautaire et sous un leadership renforcé du Ministère de la Santé.

Les différents intervenants, les partenaires et la population en pleine phase avec le gouvernement auront réduit les maladies liées à la pauvreté, à l'exclusion et à l'ignorance dans un contexte de bonne gouvernance, et de développement durable d'un système de santé pro-actif et performant pour une vie économiquement, socialement et humainement acceptable.

Cette vision réalisée permettra aux habitants de ce pays de vivre plus dignement et plus longtemps dans un environnement meilleur. Ils seront plus conscients de leurs responsabilités dans la promotion de leur santé et de celle des communautés auxquelles ils appartiennent. Les différents groupes à risque ne mourront plus massivement de maladies évitables.

III. VALEURS ET PRINCIPES DE LA POLITIQUE NATIONALE

La réalisation de cette vision appelle des politiques de développement sanitaire qui s'articulent autour des systèmes de valeur suivants :

- **la solidarité**, fondée sur les principes du partenariat, de la transparence, de la tolérance, de l'intégrité et du partage des responsabilités avec les individus et les communautés ;
- **l'équité**, basée sur le principe de la disponibilité et de l'accès universel aux soins de santé essentiels de qualité ;
- **l'éthique**, fondée sur le respect de la dignité humaine et du principe selon lequel toutes les populations doivent bénéficier des progrès accomplis à l'échelle mondiale ;
- **l'identité culturelle**, basée sur la reconnaissance des valeurs et traditions locales favorables à la santé et sur le respect de la spécificité des conditions de chaque région, et enfin ;
- **l'approche genre**, en veillant à l'équité entre l'homme et la femme dans la prise de décision et l'utilisation des services de santé.

Cette vision est sous-tendue également par certains principes suivants :

L'**acceptabilité** des soins en tant que qualité des soins telle que perçue par les bénéficiaires , en termes de satisfaction. En tant que jugement par le technicien, **l'efficacité** des soins comme qualité qui leur permet d'atteindre l'objectif voulu et **l'efficience** ,qui mesure l'atteinte de cet objectif mais à moindre coût. **L'intégration** des soins, réalisée lorsque les soins préventifs et promotionnels sont complémentaires aux soins curatifs et réalisés par une petite équipe polyvalente.

La **décentralisation en tant que processus** à travers lequel la responsabilité de la mise en œuvre de la politique est transférée aux niveaux périphériques . Elle vise une implication de plus en plus forte des communautés locales.

La **pérennisation des services** de santé est considérée comme la condition des services qui, ayant atteint un niveau de fonctionnement supérieur à celui de départ, peuvent continuer à fonctionner dans les conditions normales sans appui significatif extérieur au système.

La **Coordination intersectorielle** comme étant la fonction qui permet à des institutions ayant des missions différentes mais liées à des déterminants de la santé, de concourir à la réalisation d'un objectif supérieur ayant un impact sur la santé de la population.

IV. BUT ET OBJECTIFS GENERAUX

Le Burundi est en voie de sortie de la crise, mais la situation est toujours fragile et la population très vulnérable. L'aide humanitaire reste indispensable à court terme, pour accompagner la période post conflit et pour permettre de redémarrer un développement soutenu, possible lors de la reprise effective de la coopération.

D'autre part, vu la vulnérabilité de la population et la fragilité du système de santé, la situation exige aussi la promptitude à réagir en cas d'urgence sanitaire (épidémies, catastrophes, ...)

BUT

La politique nationale de santé du Burundi a pour but d'améliorer l'état de santé de la population, non seulement parce que c'est un droit humain, mais aussi pour permettre la relance de l'économie et la diminution de la pauvreté en maintenant le capital humain en bonne santé.

OBJECTIFS GENERAUX

La contribution à l'amélioration de l'état de santé de la population passe par la réalisation des objectifs généraux ci-après :

1. Réduire de moitié les taux de morbi-mortalité liés aux maladies transmissibles et non transmissibles.
2. Réduire de moitié le taux de mortalité maternelle
3. Réduire de moitié le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans
4. Réduire d'un tiers les taux de malnutrition des enfants de moins de cinq ans et du jeune enfant.
5. Réduire d'un tiers les taux d'insuffisance pondérale à la naissance
6. Assurer l'accessibilité de la population aux soins de santé de qualité en vue d'une meilleure utilisation.

7. Assurer un cadre légal et réglementaire pour un système de santé orienté vers les services de santé accessibles à tous.
8. Assurer l'organisation, le fonctionnement et la coordination du système national de santé favorable à l'implication active des communautés
9. Améliorer les mécanismes de réhabilitation, de production, de mobilisation et de gestion des ressources physiques (infrastructures, équipements, médicaments)
10. Améliorer les mécanismes de production, de mobilisation et de gestion des ressources humaines
11. Améliorer les mécanismes de mobilisation et de gestion du système de financement de la santé
12. Développer un partenariat intersectoriel qui contribue à l'amélioration de la santé

Le Ministère du Plan, des Finances et de la Santé devront jouer un rôle capital dans la définition de plans d'investissement multi-sectoriels dans la santé. Chaque secteur définira les objectifs généraux suivants :

- Étendre la stratégie multi-sectorielle de réponse publique et civile à la lutte contre le VIH/SIDA (Ministère de la Lutte contre le SIDA, Ministère de la Santé et tous les autres secteurs)
- améliorer l'accès à l'eau potable de façon durable à un prix abordable (seront impliqués les Ministère du Développement Communal et Ministère de l'Energie et Mines).
- réduire d'un tiers le nombre de ménages ne disposant pas d'un habitat décent et d'installation sanitaire (sera impliqué les Ministères du Développement Communal)
- mettre en œuvre des politiques et des mesures nationales en faveur de la petite enfance et du développement physique social, affectif, spirituelle et intellectuelle des enfants(seront impliqués les Ministères de l'Action Sociale et de la Promotion Féminine ainsi que le Ministère de l'Education Nationale)
- intégrer les principes du développement durable dans les politiques environnementales en mettant l'accent sur la lutte contre la pollution des eaux, de l'air et des sols (seront impliqués les Ministères de l'Environnement et le Ministère de l'agriculture).
- promouvoir l'amélioration des conditions d'hygiène, de santé et de sécurité au travail(seront impliqués les Ministères du Travail, le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de la Santé)
- étendre la couverture de l'assurance maladie au le secteur privé structuré et non structuré.(sera impliqué le Ministère du Travail)
- octroyer à tous les enfants, garçons et filles, des moyens d'achever un cycle complet d'études primaires.(sera impliqué le Ministère de l'Education)
- promouvoir des stratégies de santé scolaire et des programmes d'éducation à la santé pour les enseignants et les élèves visant l'adoption des comportements favorables à la santé(seront impliqués les Ministères de l'Education et le Ministère de la Santé).

- augmenter de 50% le niveau d'alphabétisation des adultes en particulier les femmes à travers la relance des centres socio-éducatifs (seront impliqués les Ministères de l'Enseignement des Métiers, de l'Artisanat et de l'Alphabétisation des Adultes et le Ministère de l'Action Sociale et de la Promotion Féminine).
- Augmenter le savoir et le savoir faire des populations en matière de santé, notamment pour l'adoption de bonnes pratiques et une auto-médication éclairée (seront impliqués les Ministères en charge de la Santé, de l'Education et du Développement)
- Augmenter les capacités de réponse en cas d'urgences sanitaires et de catastrophes naturelles en incluant les corps en uniforme (seront impliqués les Ministères de la Santé, le Ministère de L'Intérieur, le Ministère de la Sécurité Publique et le Ministère de la Défense)

V. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Pour atteindre ce but et ces objectifs, différentes stratégies sont envisagées en termes de résultats attendus à court (2 ans), moyen (5 ans) et long terme (10 ans). Il s'agit de :

1. L'intensification des interventions de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles par :

A court terme

- le renforcement des programmes de prévention et de prise en charge des maladies en général et plus particulièrement, du paludisme, VIH-SIDA et de la tuberculose, en mettant à leur disposition le plateau technique adéquat. Un accent particulier sera mis sur les groupes les plus vulnérables.
- la mise en place d'un dispositif de préparation et de réponse aux urgences sanitaires et catastrophes naturelles.

A moyen et long terme

- l'amélioration progressive des paquets minima et complémentaires d'activités.

2. La réduction de la mortalité maternelle par :

A court terme

- la disponibilité des services obstétricaux de base à un tarif abordable
- la mise en place d'un fonds de prise en charge subventionnée à 100 % des urgences obstétricales au niveau des hôpitaux
- l'amélioration du système de référence et contre référence par le développement de moyens modernes de communication et de transport

A long terme

- élaborer un statut équitable pour la femme
- la promotion de l'éducation de la jeune fille
- l'amélioration de l'utilisation des services de planification familiale

3. Réduction de la mortalité infantile par :

A court terme

- le maintien du niveau actuel de couverture vaccinale pour les maladies évitables par la vaccination
- la promotion de l'allaitement maternel exclusif
- l'extension de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

A moyen et long terme

- le développement intégré du jeune enfant par la promotion des garderies communautaires (développement physique, social, affectif, spirituel et intellectuel)

4. Réduction du taux de malnutrition des enfants de moins de cinq et du jeune enfant par :

A court terme

- la mise en place d'un système de surveillance de la croissance et de dépistage communautaire de la malnutrition
- la mise en place des programmes de nutrition à assise communautaire
- la mise en place d'un repas à l'école

5. la réduction du taux d'insuffisance pondérale à la naissance par :

A court terme

- l'éducation et la supplémentation nutritionnelle des femmes enceintes
- la prévention du paludisme chez les femmes enceintes notamment par la promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide

6. Accroissement de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé par :

A court terme

- la promotion de mécanismes de solidarité et de partage des coûts de production des services de santé en respectant les valeurs et les principes fondamentaux ;
- la production des services curatifs et préventifs de qualité à moindre coût en respectant les valeurs et les principes fondamentaux ;
- La mise en place d'un système de tarification tenant compte de la capacité contributive de la population
- La mise en place des mécanismes de prise en charge des groupes vulnérables.
- Amélioration du système de référence et contre référence
- La mise en place d'un système de subvention permettant la viabilité des structures de santé
- Mise en place d'un fonds pour la prise en charge subventionnée des premiers soins des accidentés ramassés sur la voie publique ou en cas de catastrophe

A moyen et long terme

- l'extension de la couverture du risque-maladie à toutes les couches de la population ;

7. Mise en place d'un cadre légal, réglementaire et de régulation permettant d'initier et/ou de renforcer la mise en œuvre des réformes suivantes :

A Court terme

- l'actualisation du code national de la santé
- l'élaboration de la politique et du plan national de développement sanitaire
- l'élaboration de la politique nationale de développement des ressources humaines
- l'élaboration de la politique nationale de l'hygiène et assainissement de l'environnement
- l'actualisation de la politique nationale de la décentralisation, de régulation et de réglementation du secteur de la santé
- l'élaboration de la politique nationale de contractualisation des partenaires du secteur de la santé
- l'adoption de la politique nationale pharmaceutique
- l'élaboration de la politique nationale du financement de la santé et révision du système de tarification.

8. Renforcement des mécanismes de coordination et de gestion du système sanitaire par :

A court terme

- l'intégration et la réglementation de l'initiative privée et de la médecine traditionnelle en général, en favorisant l'initiative privée à but non lucratif y compris les centres de santé communautaires,
- le renforcement du partenariat et de la coordination des interventions,
- l'intégration effective des programmes de santé dans la coordination et l'exécution des interventions sanitaires à tous les niveaux du système.
- L'amélioration du cadre de la mise en œuvre de l'autonomie de gestion des services de santé
- la promotion de la planification participative afin de mieux impliquer les communautés,
- le renforcement de la collaboration et de la coordination des ONGs et les ASBLs dans la dispensation des soins de santé dans un cadre de contractualisation,
- la consolidation d'un système d'information sanitaire simplifié, harmonisé, intégré et informatisé
- la promotion d'une politique de recherche en santé.

9. Renforcement des mécanismes de réhabilitation, production, de mobilisation et de gestion des ressources physiques pour une couverture effective et équitable en médicaments, en infrastructures et équipements de qualité par :

A court terme

- l'actualisation de la carte sanitaire, outil de planification pour la réhabilitation et la construction des infrastructures sanitaires ;
- la mise en place d'une politique de médicaments essentiels de qualité, qui en garantit la disponibilité, la gestion rationnelle et l'accessibilité
- le renforcement du système de communication entre les différents niveaux des services de santé

A court et moyen terme

- la mise en place d'un système de maintenance des équipements et d'entretien des bâtiments à tous les niveaux.

10. Renforcement des capacités de production, de mobilisation et de gestion des ressources humaines pour une couverture effective et équitable du personnel de santé et la stabilisation du personnel de santé, par :

A court terme

- le maintien du personnel en place par les mécanismes d'incitation financière et non financière
- la substitution du personnel manquant et des enseignants par la coopération et les ONGs
- le redéploiement du personnel de santé dans les zones rurales par des incitations financières et non financières
- la révision du cursus de formation médicale et paramédicale en tenant compte des aspects de gestion et de santé publique
- la formation-recyclage du médecin généraliste et de l'infirmier en vue de lui donner la compétence dans la prise en charge des urgences chirurgicales et obstétricales
- formation- recyclage du médecin généraliste déjà en poste en gestion et santé publique
- le plaidoyer pour l'assistance technique et financière ;

A moyen et long terme

- l'ouverture des filières de formation médicale et paramédicale non existantes et répondant aux besoins prioritaires du Burundi
- l'ouverture des filières de formation des pharmaciens
- la poursuite et le renforcement de la formation initiale et continue des professionnels de santé ;
- la promotion de la culture de gestion basée sur la performance « l'initiative pour la performance » ;
- pour certains aspects, la contractualisation basée sur l'obligation de la qualité et des résultats.

11. Renforcement du système de financement de la santé par :

A court et moyen terme

- Le plaidoyer pour que de financement humanitaire actuellement disponible puisse contribuer au renforcement du fonctionnement des services de santé au niveau intermédiaire et communautaire
- Le plaidoyer pour mobiliser des fonds pour le financement des postes importants de fonctionnement notamment la supervision
- La poursuite de la mobilisation du financement pour la lutte contre les grandes endémo-épidémies (Paludisme, VIH/SIDA, Tuberculose)
- le développement de mécanismes alternatifs et complémentaires de financement de la santé afin d'assurer la pérennité des services de santé par :

- l'augmentation progressive du budget santé de l'Etat jusqu'à 15% selon les normes de l'OMS ;
 - les mécanismes de solidarité communautaires en tenant compte de leurs capacités contributives (CA M, forfait, mutuelles, fonds de solidarité pour les indigents, caisse de solidarité sociale ... et sécurité sociale)
 - l'apport de la coopération internationale
- la mise en place d'un fonds national pour la prise en charge des indigents avec une gestion décentralisée au niveau du prestataire
 - la gestion rationnelle et efficiente des fonds disponibles
 - la mise en place de comptes nationaux de la santé

12. Développement de la coordination intersectorielle pour contribuer à l'amélioration de la santé par :

A moyen et long terme

- la poursuite et le renforcement de la stratégie multi-sectorielle de réponse publique et civile à la lutte contre le VIH/SIDA et le Paludisme (Tous les secteurs)
- la création d'une faculté de pharmacie (ministères ayant en charge l'éducation)
- l'amélioration de l'accès à l'eau potable de façon durable à un prix abordable (ministères ayant en charge l'eau)
- l'augmentation significative du nombre de ménages disposant d'un habitat décent et d'installations sanitaires (ministères ayant en charge l'amélioration de l'habitat)
- la mise en œuvre des politiques et mesures en faveur de la petite enfance et du développement physique, social, affectif, spirituel, intellectuel, des enfants (ministères ayant en charge l'action sociale, la promotion féminine, et l'éducation nationale)
- l'intégration des principes du développement durable dans les politiques environnementales en mettant l'accent sur la lutte contre la pollution des eaux, de l'air et des sols (ministères ayant en charge l'environnement et l'agriculture)
- la promotion et l'amélioration des conditions d'hygiène, de santé et de sécurité en milieu de travail, dans les établissements et lieux publics et pénitentiaires (ministères ayant en charge le travail et la sécurité sociale, la justice, le commerce, l'intérieur, l'environnement)
- l'extension de la couverture de l'assurance maladie sur le secteur privé structuré et non structuré (ministères ayant en charge la sécurité sociale)
- l'octroi à tous les enfants garçons et filles, des moyens d'achever un cycle complet d'études primaires (ministères ayant en charge l'éducation)
- la promotion des stratégies de santé scolaire et des programmes d'éducation à la santé pour les enseignants et les élèves visant l'adoption des comportements favorables à la santé (ministères ayant en charge l'éducation et la santé).
- la promotion des stratégies pour augmenter le savoir et le savoir faire des populations en matière de santé, notamment pour l'adoption de bonnes pratiques et une auto-médication éclairée (seront impliqués les Ministères en charge de la Santé, de l'Education et du Développement)

- l'augmentation significative du niveau d'alphabétisation des adultes en particulier les femmes à travers la relance des centres socio-éducatifs (ministères ayant en charge l'alphabétisation des adultes)
- le renforcement des capacités de préparation et de réponse pour les urgences sanitaires et les catastrophes naturelles en incluant les corps en uniforme.(ministères ayant en charge la gestion des urgences et catastrophes)
- la promotion des bonnes habitudes et pratiques alimentaires et vulgarisation des techniques de transformation, enrichissement et conservation des produits agro-alimentaires (ministères ayant en charge la production et le commerce des produits et denrées alimentaires, l'éducation, la santé et l'action sociale)
- la mise en place et renforcement des dispositifs de contrôle de qualité des produits pharmaceutiques, des aliments et de l'environnement (ministères ayant en charge la santé, l'agriculture et l'élevage, l'environnement, le commerce et la recherche)

VI. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

La Politique Nationale de Santé sera mise en œuvre à travers un Plan National de Développement Sanitaire. Le plan devra tenir compte d'un court terme au cours duquel les ressources mises à disposition par l'humanitaire serviront à répondre aux besoins prioritaires (notamment vis-à-vis de groupes particulièrement vulnérables) tout en renforçant les capacités nationales. Ceci permettra, au moment de la reprise de la coopération, de poursuivre de façon plus soutenue le développement des services.

Le PNDS sera suivi de plans opérationnels à tous les niveaux (et particulièrement au niveau provincial et communal où il existe des plans globaux de développement de la commune et de la province) qui tiendront compte des réalités locales pour la fixation de leurs priorités tout en intégrant les grandes orientations stratégiques définies par la PNS ainsi que le rôle et la place des différents départements et programmes nationaux du Ministère de la Santé et des autres Secteurs Partenaires.

En ce qui concerne le secteur de la Santé, la planification devra utiliser la carte sanitaire. Cette dernière n'est pas seulement utilisée comme instrument qui permet de faire l'inventaire de l'existant en termes d'infrastructure, d'équipement, de plateau technique offert, en fonction des normes existantes. Il s'agit également, en fonction de ces normes, d'établir une carte à long terme, que l'on pourrait appeler un plan de couverture, et qui définit, en fonction des normes, la situation que l'on voudrait atteindre, en termes de structures fonctionnelles (CS et d'Hôpitaux essentiellement). Fonctionnel signifiant naturellement que l'on ne se bornera pas à construire ou à réhabiliter des infrastructures, mais à rassembler, lors d'une construction ou d'une réhabilitation toutes les ressources nécessaires pour que cette structure puisse fonctionner et produire ce qui lui est demandé.

La carte sanitaire comprendra naturellement toutes les structures de production de soins, quelle que soit leur finalité.

C'est ce plan de couverture qui, lors de l'établissement des plans d'action, va permettre de définir quelles sont les structures que l'on voudra amener au niveau de fonctionnement voulu, pendant le laps de temps de la durée du plan et en fonction des ressources à disposition.

Il va de soi qu'une telle approche demande de partir de l'existant et de corriger en priorité les déficits et lever les contraintes et obstacles qui empêchent la production de soins de qualité.

La responsabilité de la mise en œuvre des actions des Secteurs Partenaires revient naturellement à ces Secteurs.

Pour la mise en œuvre effective de la nouvelle PNS, des responsabilités bien définies doivent être dévolues au Gouvernement, aux Communautés, aux Collectivités Locales et aux Partenaires.

La collaboration/coopération de ces différents acteurs dans le passé a pu montrer des résultats très encourageants, comme la maîtrise d'épidémies, la mise en place du nouveau schéma thérapeutique pour le paludisme...

Comme dit plus haut, les Ministère du Plan, des Finances et de la Santé devront jouer un rôle capital dans la définition de plans d'investissement multi-sectoriels dans la santé.

6.1 Le gouvernement

6.1.1 Le Ministère de la Santé Publique

Jouera un rôle d'animateur dans la mise en œuvre de la Politique Nationale de la Santé en assurant le rôle de la coordination des autres secteurs et des autres partenaires avec lesquels il sera responsable du Suivi et de l'Evaluation de la PNS.

Il aura naturellement la responsabilité de la définition des normes et de la mise en œuvre des actions du Secteur de la Santé à travers les cinq fonctions suivantes :

la fonction administrative

- Conception d'un système de santé cohérent, intégrant les aspects de réglementation, de régulation et de coordination à l'intérieur du secteur

la fonction de production des ressources

- Production et stabilisation des ressources humaines
- Production des ressources physiques (infrastructures)
- Production des ressources matérielles (équipement) pour la mise en œuvre de la Politique Nationale Santé

la fonction d'organisation, de coordination et d'intégration de prestation des services

- Organisation des services de soins par niveau de référence et par programmes de santé, en prévoyant les lieux et conditions de l'intégration
- Production et offre des soins à la population par des structures décentralisées gérées en partenariat avec les communautés et des partenaires intervenants dans le secteur santé (publiques, privées à but non lucratif, associations, ONG...)
- Réglementation et régulation de l'offre privée à but lucratif
- Définition précise des droits et devoirs de chaque type de prestataire

la fonction de financement

- Plaidoyer pour une augmentation progressive du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé jusqu'à atteindre 15% (normes OMS)
- Développement des mécanismes alternatifs et complémentaires de financement de la santé
- Mobilisation des ressources additionnelles
- Répartition équitable des ressources disponibles
- Gestion rationnelle des ressources

la fonction de recherche

Recherche comme moyen d'amélioration du savoir et du savoir faire particulièrement dans:

La recherche clinique

La recherche sur le système de santé, qui comprend notamment la recherche opérationnelle et la recherche-action

Recherche sur la médecine traditionnelle

6.1.2 Les autres ministères (Ministère de la lutte contre le SIDA, Ministères de l'Agriculture, de l'Education, de l' Environnement...etc.)

Les différents Ministères s'impliqueront dans la production des ressources humaines, dans la recherche, dans la mobilisation des ressources afin de remplir les missions particulières qui leurs sont dévolues.

6.2. Rôle des communautés

Les communautés s'impliqueront activement dans le processus de planification, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de la qualité des actions de santé aux niveaux communautaire et provincial, dans la participation à la mobilisation et à la gestion des ressources, dans la participation à la prise en charge de leurs problèmes de santé et dans l'identification des indigents

6.3 Rôle des collectivités locales

Les collectivités locales s'impliqueront dans le pilotage du processus de planification locale, dans la mobilisation des ressources communautaires et des partenaires, dans la participation à la Gestion des structures de santé, dans la participation à l'Evaluation de la gestion et de la qualité des services offerts à la population, dans le pilotage de l'identification des indigents et dans l'appui aux initiatives communautaires pour le partage du risque maladie

6.4. Rôle des partenaires locaux.

Le Privé à but non lucratif.

Le privé à but non lucratif est un partenaire incontournable de par la couverture importante et fonctionnelle qu'il a pour le moment. Ses prestations peuvent s'inscrire sans problème dans un objectif de Santé Publique. Une collaboration/coopération devra être recherchée qui sera par ailleurs traduite dans un contrat définissant les droits et devoirs de chaque partie.

S'impliqueront activement dans la participation au processus de planification, dans la mobilisation des ressources,

Les ONGs et Associations.

Les ONG et Associations peuvent être prestataires de service. Elles pourraient dans l'avenir avoir la responsabilité de la gestion de services (Centras de Santé Communautaires). Leur action dans la communauté rôle devra être complémentaire à celle du service de santé.

Leur place et leur rôle devra également être défini dans un contrat, stipulant notamment que pendant cette période transitoire d'humanitaire, elles doivent impérativement développer leurs activités à travers les services de santé dès que cela est possible.

S'impliqueront activement dans la participation au processus de planification, dans la mobilisation des ressources,

Le Privé à but lucratif.

Il répond à une demande solvable. Il ne répond pas aux besoins de la majorité. Sera réglementé et régulé. Le privé à but lucratif a cependant des ressources qui pourraient être utilisées à court terme par le public (contrats pour la formation de généralistes à la chirurgie...).

6.5. Rôle des Partenaires Extérieurs.

Les partenaires extérieurs, s'impliqueront activement dans la participation au processus de planification, dans la mobilisation des ressources et dans la mobilisation de l'appui technique pour la mise en œuvre, ainsi que dans le suivi de cette dernière.

VII. SUIVI ET EVALUATION DE LA PNS

Pour assurer le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale de santé, à travers le PNDS, le dispositif suivant sera mis en place :

- Un Comité National de Pilotage présidé par le Ministre de la Santé Publique sera nommé par le gouvernement et mis en place. Il sera constitué par les Ministres des différents secteurs ainsi que de représentants des Partenaires impliqués dans la mise en œuvre de la dans la PNS. Il produira un rapport annuel à l'intention du gouvernement et/ou des organes de haut niveau prévus par la Constitution, ou éventuellement un Conseil Supérieur de la Santé.
Le Comité de Pilotage devra être un véritable organe d'animation de la mise en œuvre de la PNS. Il veillera à maintenir le cap des réformes et à revoir les actions en fonction des priorités qui apparaîtront lors de l'exécution du plan.
- Ce comité de pilotage aura un secrétariat, constitué par les différents secteurs intervenants dont le secrétaire sera nommé par le Ministre de la Santé. Il sera constitué de représentants des autres secteurs. Il aura la charge de récolter toutes les informations nécessaires permettant un suivi de la mise en œuvre de la politique. En tant qu'animateur, il aura aussi la tâche de faire toutes les recommandations nécessaires pour que la mise en œuvre puisse tenir le cap voulu.
- Les informations à récolter par le Secrétariat viendront pour l'essentiels de la revue annuelle des plans de développement des communes et des provinces, niveaux chargés de la mise en œuvre du PNDS. Cette revue impliquera tous les partenaires. Le rapport de chaque secteur sera individualisé, compte tenu du fait que chaque secteur garde la responsabilité de la planification de ses activités.
Les informations proviendront également des niveaux impliqués dans les autres actions prévues dans le PNDS (Réformes du cadre juridique...etc.) .
Les évaluations externes seront également des sources d'informations pertinentes ainsi que des informations qui pourront provenir d'autres organes ou commissions impliqués dans le domaine de la Santé et du Développement.

Annexes

Annexe 1 Contexte et processus d'élaboration de la PSN du Burundi 2005-2015

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Depuis les années 60 jusqu'en 1993, à travers les congrès du Parti unique, le Burundi adoptait tous les dix ans sa politique de développement social traduite en plans quinquennal sectoriels de développement social, y compris le secteur de la santé. Le dernier congrès de ce genre s'est déroulé en 1987.

Malgré la crise sociopolitique qui perdure depuis 1993, les ministres qui se sont succédés au ministère de la santé, ont initié et mis en œuvre des plans d'action de 2 ans. Cette période de crise sociopolitique a été dominée par des actions humanitaires sanitaires d'urgence.

Les agences des Nations Unies qui ont maintenu leur présence constante au Burundi malgré la crise ont continué à soutenir le secteur de la santé à travers des plans d'actions à court terme qui s'inspiraient des missions assignées à leurs organismes et du contexte d'urgence humanitaire du pays/Actions humanitaires et réhabilitation des infrastructures /.

C'est à partir de 1997, profitant d'un retour relatif à la paix sociale, que certaines provinces du Nord ont entamé des actions de santé communautaire / Adaptation de l'Initiative de Bamako (IB), affichant ainsi la volonté de quitter l'humanitaire pour s'attaquer au développement sanitaire en continuant les réformes sanitaires entamées avant la crise.

Un bon nombre de facteurs motivant ont poussé les autorités sanitaires nationales à vouloir développer une politique nationale de santé intégrant tous les sous-secteurs du domaine d'amélioration de la santé de la population Burundaise. Il s'agit de : la sécurité relative qui règne dans plusieurs provinces du pays ; le souci de ces dernières à entamer des actions de développement sanitaire ; la considération de la grande majorité des partenaires de notre pays de classer le Burundi « pays post-conflit » ; l'existence des plans d'action pluriannuels de lutte contre les grandes endémies ; la préparation en cours du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté avec une vision à long terme et la tenue en septembre 2002 du sommet mondial qui a fixé les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

2. PROCESSUS D'ELABORATION DU PNS 2005-20015

Etant donné qu'il y'avait une diversité d'opinions sur les stratégies à adopter pour placer le système de santé de notre pays sur la voie de l'amélioration et compte tenu du caractère multidimensionnel du domaine, il s'est avéré nécessaire d'organiser des fora regroupant tous les acteurs pour s'accorder sur les actions prioritaires. C'est ainsi que trois grandes rencontres ont été organisées : les assises des états généraux de la

santé ; l'atelier national multisectoriel d'élaboration de la PNS et l'atelier national de validation de la PNS.

2.1 Etats généraux de la santé

Le débat a été, comme l'avaient souhaité les autorités du Ministère de la Santé Publique, ouvert et élargi aussi bien aux représentants des secteurs public que privé et de la société civile. C'était un Forum de discussions sur la problématique de la détérioration du système de santé burundais. Les exposés et les débats ont permis d'aller au-delà des simples, mais nécessaires états des lieux. Ils ont permis de dégager le consensus sur la nécessité d'une concertation permanente entre les multiples acteurs du secteur de la santé qui aboutira à la conception de nouvelles politiques et stratégies consensuelles, devant permettre la réalisation de la santé pour tous et par tous de façon durable. Cela a nécessité la mise en place de : une commission nationale de préparation des Etats généraux ; une commission nationale technique d'évaluation des différentes communications et contributions possibles les a regroupée en quatre grands thèmes, à savoir :

la prise en charge clinique et thérapeutique des patients et le droit à la santé ; la prévention de la maladie et des handicaps ; l'administration et la gestion du système de santé ; le financement du secteur de la santé.

2.2 L'atelier national multisectoriel d'élaboration de la PNS 2005-2015

Le manuscrit de la PNS a été élaboré sous la supervision du Ministère de la santé publique qui a coordonné le processus de dialogue entre les intervenants. Les aspects rédactionnels du document ont fait l'objet d'un atelier technique multisectoriel.

2.3 L'atelier national de validation de la PNS 2005-2015

Il s'agissait de recueillir un consensus sur le manuscrit rédigé sous la supervision du Ministère de la santé publique. Ont participé à cet atelier, les intervenants nationaux, les partenaires nationaux, les universitaires, les autres ministères, les administrations locales et la société civile.

2.4 Finalité du PNS 2005-2015

Il s'agit de dégager des stratégies et actions prioritaires évoquées aux Etats généraux de la santé et pouvant aider le secteur sanitaire du Burundi à assumer ses engagements dans la réalisation des objectifs de développement du Millénaire et surtout à contribuer au cadre stratégique de lutte contre la pauvreté du pays.

La mise en oeuvre de cette politique qui sera sous-tendue par les principes de l'intégration, de l'efficacité, de la coordination intersectorielle, de la décentralisation et de la qualité des soins, sera réalisée au moyen d'un plan national de développement sanitaire et de plans opérationnels. Elle sera guidée par les valeurs de solidarité, d'équité, d'éthique, d'identité culturelle et de l'approche genre.

Annexe 2: Glossaire

Accessibilité : Indicateur qui mesure l'accès à un centre/structure de santé/services de santé, en termes de distance, de temps, de coût, ou évalué en termes de facteurs socioculturels.

Autonomie de gestion : Une des réformes de décentralisation dans la gestion des ressources publiques de l'Etat. Il s'agit d'une gestion personnalisée soit d'une structure de soins /services ou d'un programme de santé.

Comités de santé : Comités élus par les communautés pour participer à la gestion des structures de santé et à la promotion de la santé communautaire.

Déclaration d'Alma-Ata : Déclaration faite lors de la conférence historique d'Alma-Ata, 1978 sur les soins de santé primaires pour l'attente de l'Objectif social de la « Santé pour Tous ».

Décentralisation : Délégation des responsabilités et autorités du niveau central aux responsables régionaux ou locaux.

Développement sanitaire : Processus visant à améliorer le bien être physique, mental et social des individus, familles et communautés dans le cadre plus général du développement socio-économique

Genre : Egalité des sexes en terme de droit et d'équité

Gouvernance : Manière de diriger et de gérer le pays, tenant compte des aspects politiques, démocratiques, socio-économiques, genre et équité)

Fonds mondial : Fonds mobilisés pour la solidarité internationale dans la lutte contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose.

Fonds GAVI : Fonds mobilisé par l'Alliance Mondiale pour la Vaccination et l'Immunisation

Iniquité contributive : Système de financement injuste qui ne tient pas compte des capacités financières de différentes catégories socio-économiques.

Intégration : Mise ensemble des ressources disponibles (personnel, infrastructures, budget, outils matériel,..) pour constituer un tout cohérent et complémentaire sous forme d'activités, prestations et programmes de santé.

Maladies à potentiel épidémique : Maladies transmissibles qui surviennent périodiquement ou ponctuellement sous forme d'épidémie (paludisme, méningite, choléra, etc..)

Objectifs du Millénaire pour le Développement : Huit objectifs mondiaux déclarés lors du Sommet international du Millénaire de septembre 2000. Ces objectifs concernent la pauvreté et la sécurité alimentaire ; la mortalité des moins de 5 ans ; l'amélioration de la santé maternelle ; le combat contre le SIDA-Paludisme-Tuberculose ; l'éducation primaire pour tous; l'égalité des sexes ; l'environnement durable et le partenariat international.

Politique nationale de santé: Accord entre le Gouvernement et la population qui confère au premier

L'autorité et le devoir de remplir son engagement à assurer une meilleure santé, et suscite chez le second l'espoir de voir son état de santé s'améliorer dans une période de temps donnée.

Plan National de Développement Sanitaire : Document qui contient plus de détails qu'une politique nationale de santé, qui définit les priorités et les activités précises ainsi que le budget nécessaire.

Partage du coût : Mode de financement pour réduire le risque financier en cas de maladie

Partenariat intersectoriel : Collaboration de plusieurs secteurs pour réaliser un objectif commun

Participation communautaire : Individus et familles organisés pour assumer la responsabilité et la promotion de leur santé et pour renforcer leur capacité à contribuer à leur développement socio-économique.

Paquet Minimum d'Activité : Interventions sanitaires (services et soins de santé de base) essentiels et intégrées à entreprendre pour améliorer l'état de santé d'une communauté

Système de santé : Ensemble d'organisations ; institutions et ressources qui sont consacrées à la production d'actions de santé dont le but principal est de promouvoir ; de restaurer ou de maintenir la santé.

Vision : Description d'une situation à un horizon lointain