



Mars 2018



EDITORIAL

Dans le but d'améliorer la disponibilité, l'exhaustivité, l'accessibilité et la qualité des données du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers (PTF) a décidé de mettre en place, depuis 2015, une plateforme de gestion des données du SNIS basée sur le web. Le DHIS 2 (District Health Information Software – version 2) est un entrepôt de données ayant pour fonction l'intégration de toutes les données des différents sous-systèmes d'informations sanitaires qui constituent aujourd'hui le SNIS. Dans le cadre de cette intégration, tous les acteurs ont été impliqués dans l'élaboration des nouveaux outils harmonisés, simples, et adaptés au système d'information sanitaire de routine (SISR). Un effort particulier a été consenti pour l'intégration dans le SISR des données VIH qui étaient collectées de façon verticale.

Dans ce numéro:

1. Complétude des données
2. Paludisme
3. VIH/SIDA
4. Vaccination
5. Santé de la Reproduction
6. Transfusion sanguine
7. Les MTN

EQUIPE DEREDACTION

Présidence :

Dr Asmini HASSAN, Directrice du SNIS

Vice-Président :

Dr NTIBAZOMUMPA Jean Marie, DSNIS

Secrétaire Principal :

Hypax MBANYE, MEASURE Evaluation
Dr Onésime NAMBAJIMANA, DSNIS

Contact

Direction du Système National d'Information
Sanitaire
Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre
le SIDA

Relecture

Dr Asmini HASSAN, DSNIS
Mr Serge BISORE, MEASURE Evaluation
Mr Jean Pierre RWANTABAGU, MEASURE
Evaluation
Mr Olivier GAHUNGERE, PNSR
Dr Félicien NDAYIZEYE, PNLP
Mme Annonciate KANYANA, PEV
Dr Jeanne d'Arc NTRIRIBAGIRA, PNLP

Rédacteurs

Dr NTIBAZOMUMPA Jean Marie : Responsable du
groupe
Mr Hypax MBANYE, MEASURE Evaluation
Mr Louis BARIGENZA, DSNIS
Mme Eugénie BARIVUMA, DSNIS
Mr Ferdinand CIZA, PNLS
Mr Bonaventure NDIKURIYO, PNLS
Mme Daphrose HAVYARIMANA, PNLS
Mme Véronique NDAYISHIMIYE, DSNIS
Dr Jacqueline NDAYISENGA, PNLS
Mme Goreth SINKENGUBURUNDI, PNLP
Mme Alexine NINDORERA, DSNIS
Mr Clément Titien TUNEZERWE, DSNIS
Mme Francine NIWENCUTI, DSNIS
Mme Annonciate NDIKURIYO, DSNIS
Mr Céléstin NIZIGYIMANA, PNLS

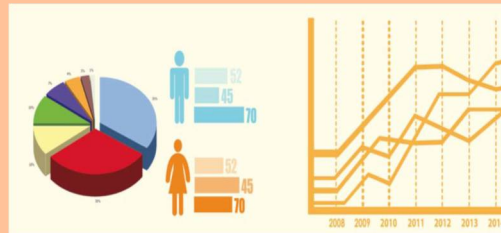
Design

MEASURE Evaluation



1. COMPLETUDE DES RAPPORT EN 2017

BDS	Activités curatives	Activités pré-ventives	Prise en charge des PVVIH	Morbidité et mortalité
DS Bubanza	95,2	95,2	98	100
DS Bugarama	99,6	99,2	99,6	99,6
DS Buhiga	100	100	100	100
DS Buja centre	74,5	53,1	49,7	71,5
DS Buja nord	67,9	56,5	26,2	60,8
DS Buja sud	61,8	55,6	44,4	53,4
DS Bururi	102,6	102,2	102,2	101,9
DS Busoni	99,1	100	100,9	100,9
DS Butezi	100	98,3	99,2	93,3
DS Buye	100	100	100	100
DS Cankuzo	99,5	99,5	99	99,5
DS Cibitoke	103,7	103,9	103,9	103,7
DS Fota	92,9	89,7	91,7	89,7
DS Gahombo	100	100	100	98,8
DS Gashoho	100	100	99,4	99,4
DS Gihofi	100	100	99,7	100
DS Gitega	92,9	92,9	98,8	92,9
DS Giteranyi	92,1	92,1	91,3	90,4
DS Isale	98,2	97,7	97,5	97,2
DS Kabezi	88,8	89,2	86,7	74,2
DS Kayanza	94,3	93,7	93,3	94,7
DS Kibumbu	100,5	101	101,5	101
DS Kibuye	93,2	93,2	92,7	92,2
DS Kiganda	104,4	105	105	103,3
DS Kinyinya	99,4	97	98,8	98,2
DS Kiremba	98,2	99,3	98,6	98,6
DS Kirundo	96,9	94,7	96,5	96,5
DS Mabayi	100	100	100	100
DS Makamba	99,1	98,8	99,4	97,6
DS Matana	96,3	96,3	96,3	96,6
DS Mpanda	104,3	105	105	105,7
DS Mukenke	98,5	97	100	99,2
DS Muramvya	89,8	90,7	90,3	89,8
DS Murore	94,4	93,9	93,9	94,4
DS Musema	98,3	97,2	99,4	100
DS Mutaho	100	99,3	98,6	99,3
DS Muyinga	85,1	81,6	79	77
DS Ngozi	104,1	104,1	103,8	104,1
DS Nyabikere	99,6	96,1	100	99,6
DS Nyanza-Lac	100,4	100	97,4	100,6
DS Rumonge	100	99,6	99,6	100
DS Rutana	103,8	102,9	103,3	102,1
DS Ruyigi	92,7	93,2	92,7	92,2
DS Rwibaga	100	98,5	100	100
DS Ryansoro	100	100	96,4	95,8
DS Vumbi	100	95,5	99,4	99,4



Le SNIS Burundais est en net progrès avec un taux de complétude très satisfaisant pour la plupart des formulaires de collecte. La complétude des données reste très faible en Mairie de Bujumbura en raison de la concentration des structures privées dont on ne maîtrise le fonctionnement et la stabilité.

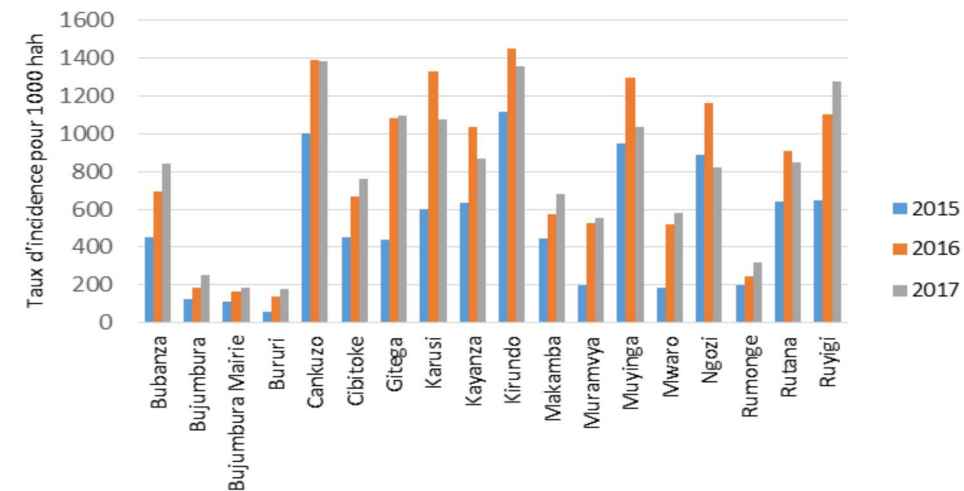


2. PALUDISME

Au cours de l'année 2017, la lutte contre le paludisme au Burundi a été marquée par d'importants événements : il s'agit ;

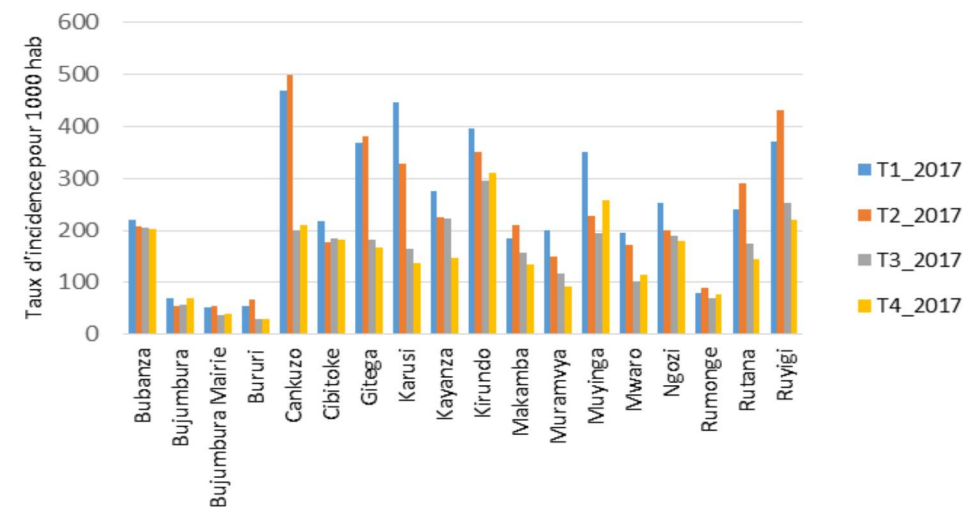
- de la déclaration de l'épidémie en Mars 2017 et de sa fin en Décembre 2017 avec des efforts consentis par le MSPLS et ses partenaires pour la maîtriser
- De la pulvérisation intradomestique dans 10 districts sanitaires sur les 28 ciblés avec une couverture en ménages protégés de 99%
- De la campagne de distribution de MIILDA (Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée d'Action) organisée en juin 2017 avec 6.025.686 MIILDA distribuées et un taux de distribution de 97,3% et 2.134.514 ménages couverts soit une couverture de 95,5%. À cela s'ajoutent 648.598 MIILDA distribuées en routine aux groupes cibles.

Evolution annuel du taux d'incidence palustre de 2015 à 2017



De 2015 à 2017, l'incidence est restée plus basse en Mairie de Bujumbura, Bujumbura Rural, Bururi et Rumonge tandis qu'elle est plus élevée à Cankuzo et Kirundo. Depuis 2016, l'incidence a augmenté dans toutes les provinces à l'exception des provinces sanitaires de Ngozi, Kayanza, Karusi et Muyinga qui ont connu une diminution en 2017 par rapport à 2016.

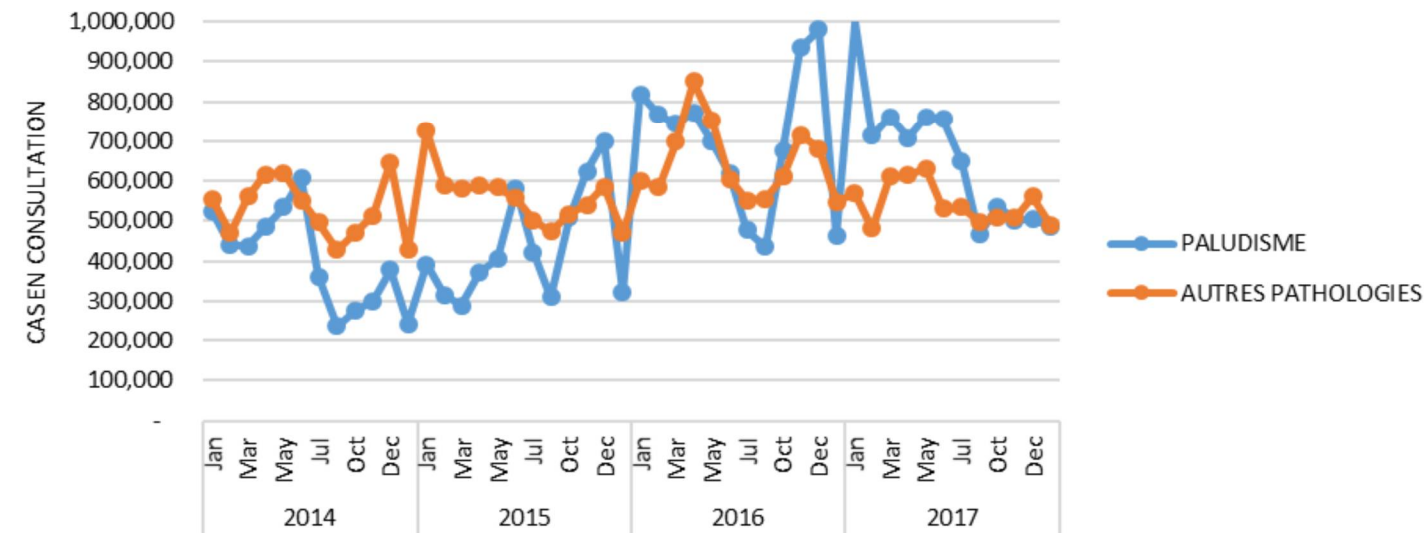
Evolution trimestrielle du taux d'incidence palustre en 2017



En 2017, l'incidence trimestrielle est restée presque stationnaire à Bubanza et Rumonge. Une diminution remarquable a été notée au 3ème et 4ème trimestres de 2017 dans presque toutes les provinces particulièrement dans Bururi, Cankuzo, Gitega, Karusi et Ruyigi. Cette diminution serait le reflet des efforts de pulvérisation et de la campagne MIILDA.

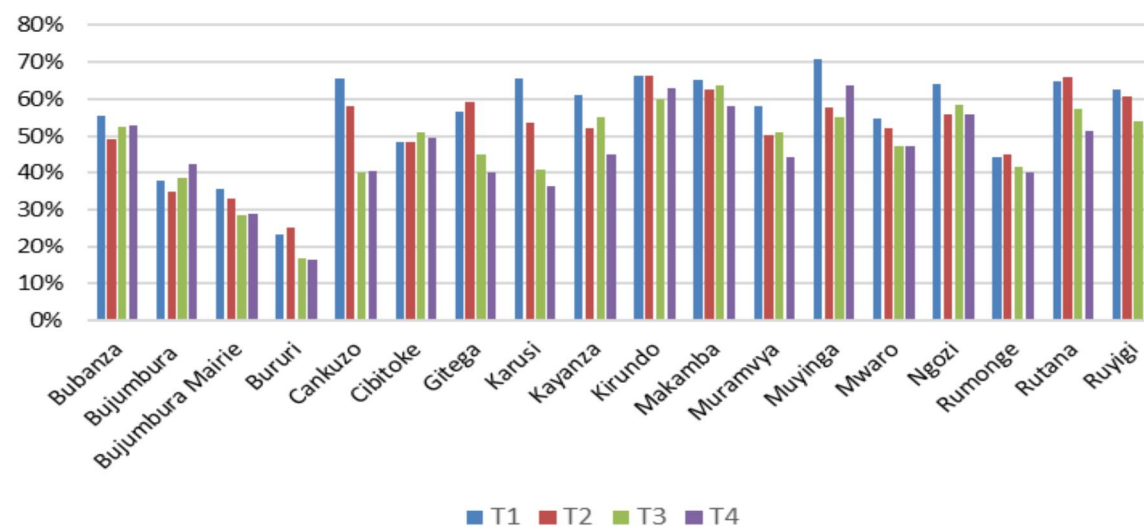


Paludisme et autres pathologie dans les CDS de 2014 à 2017



Le fardeau du paludisme est manifeste dans la part qu'il représente parmi les consultations au niveau des centres de santé (CDS). Il représente à lui seul presque la moitié des consultations.

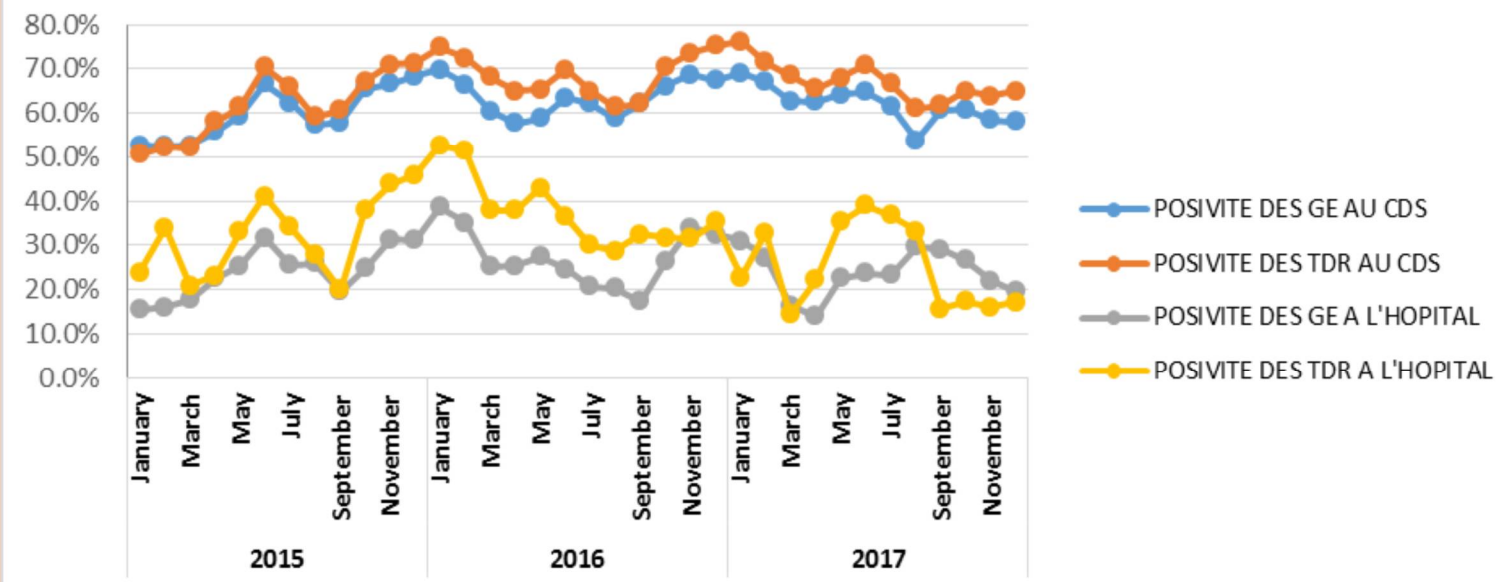
Morbidité proportionnelle liée au paludisme dans les centre de santé en 2017



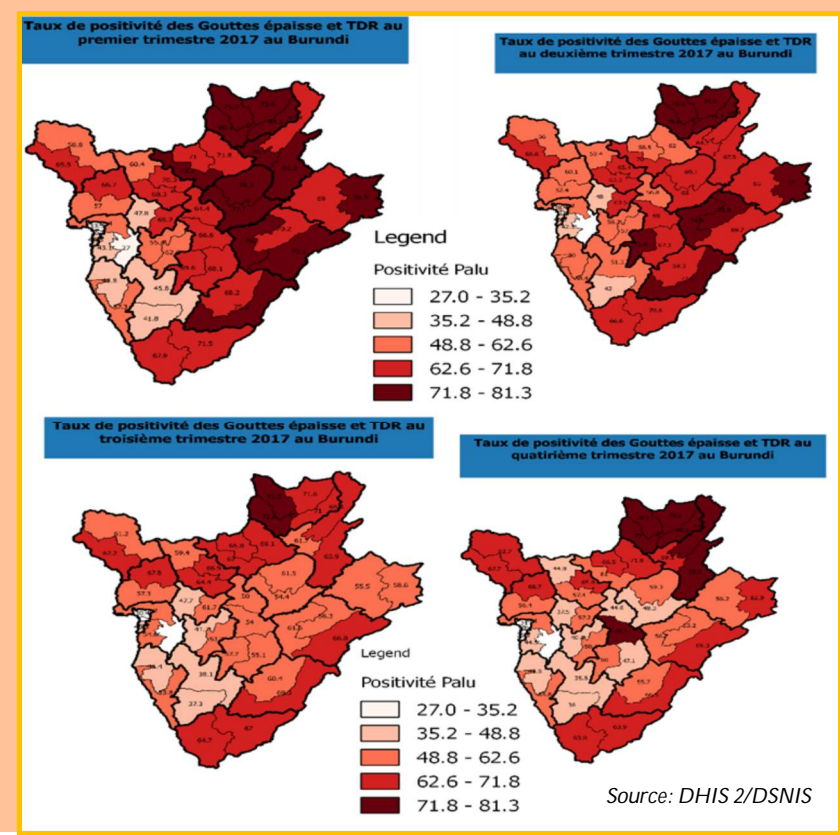
La morbidité proportionnelle due au paludisme dans les centres de santé est élevée dans les provinces sanitaires de Kirundo, Makamba, Ngozi, Rutana, Kayanza, Cankuzo et Muyinga au quatrième trimestre 2017.



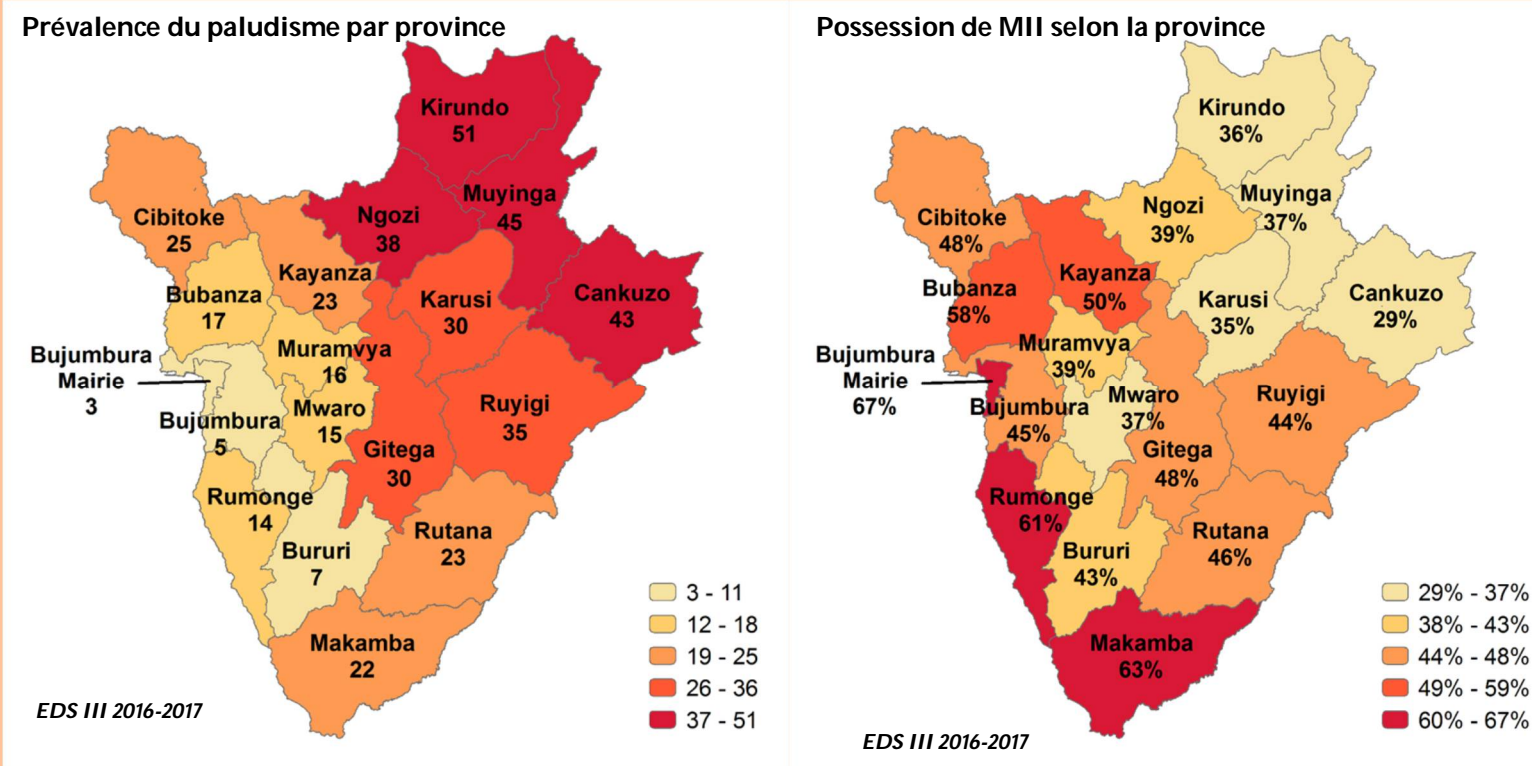
Evolution des taux de positivité des examen au CDS et à l'Hôpital de 2015 à 2017



Le taux de positivités des gouttes épaisses et tests rapides pour le paludisme est plus élevé au niveau des centres de santé qu'au niveau des hôpitaux.



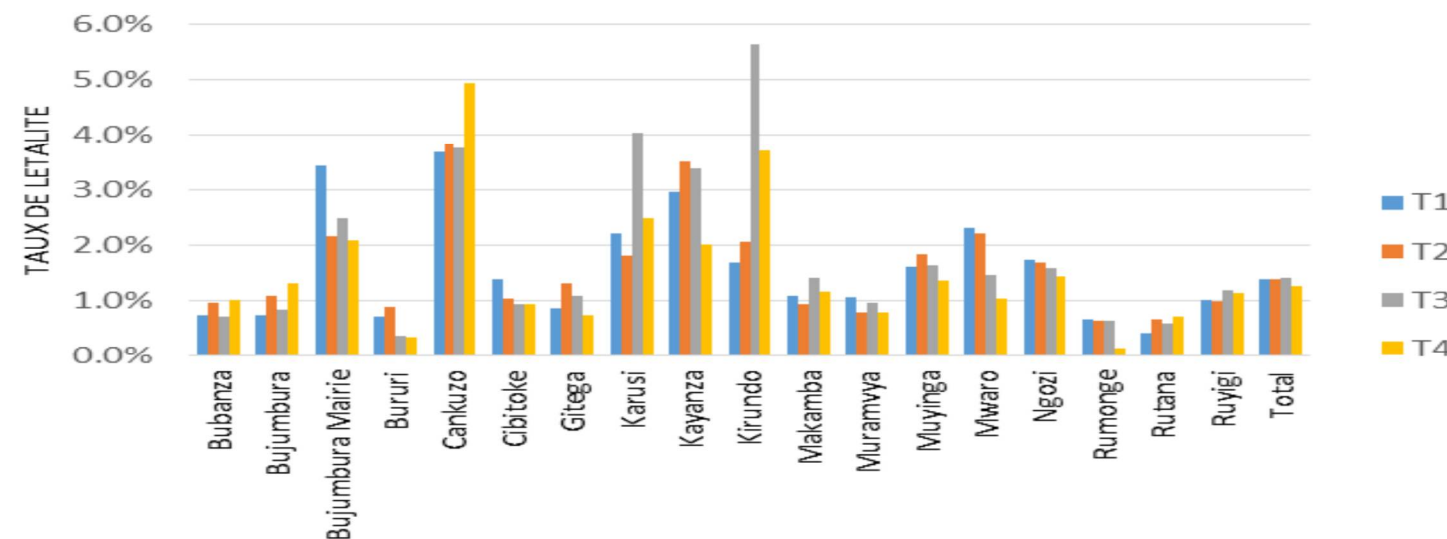
La positivité des examens sanguins pour le paludisme évolue par trimestre mais reste élevée dans les provinces du Nord et de l'Est du Burundi.



La situation de la transmission du paludisme reflète une réalité qui se manifeste dans la couverture des moyen de prévention. En effet, les provinces avec une forte prévalence du paludisme affichent le plus faible taux de couverture en MIILDA selon l'enquête EDS III.

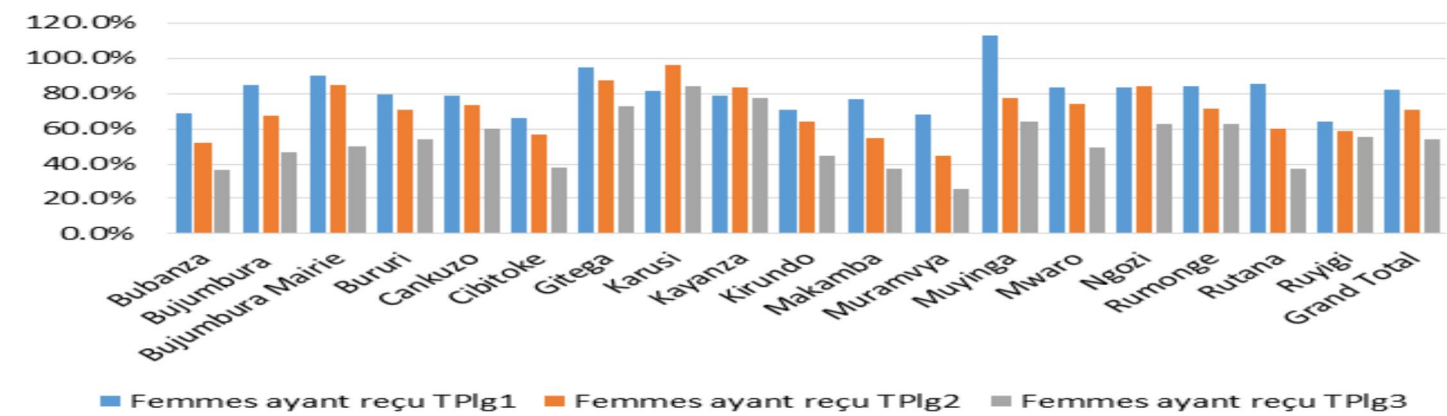


Létalité palustre par trimestre pour les patients en hospitalisation en 2017



Le taux de létalité varie de 0.5% à Rumonge à 3.9% à Cankuzo. Elle est inférieure à 1% à Rumonge, Bururi, Rutana, Muramvya et Bubanza et plus élevée à Cankuzo, Karusi, Kayanza, Kirundo et en Marie de Bujumbura. La province de Cankuzo a affiché un taux de létalité excessivement élevé au 3^{ème} trimestre de 2017 tandis que Kirundo et Karusi ont été plus affectées au 2^{ème} trimestre de 2017.

Proportion de femmes en CPN1 ayant reçu la 1ère, 2ème et 3ème dose de SP pour le TPIg en 2017 au Burundi



Par rapport aux femmes venues en 1ère visite de consultation prénatale, le pourcentage de femmes ayant reçu la première dose de SP pour le TPIg varie de 64% à Ruyigi à 113% à Muyinga. Pour celles ayant reçu la 2ème dose, il varie de 44% à Muramvya à 95% à Karusi tandis que pour la 3ème dose, la couverture varie de 25% à Muramvya à 84% à Karusi. Certaines couvertures pourraient faire penser à l'existence des données aberrantes surtout une confusion entre le nombre de comprimés par dose et le nombre de dose.



3. LE VIH/SIDA

Intégration des données sur le VIH/SIDA dans le SISR

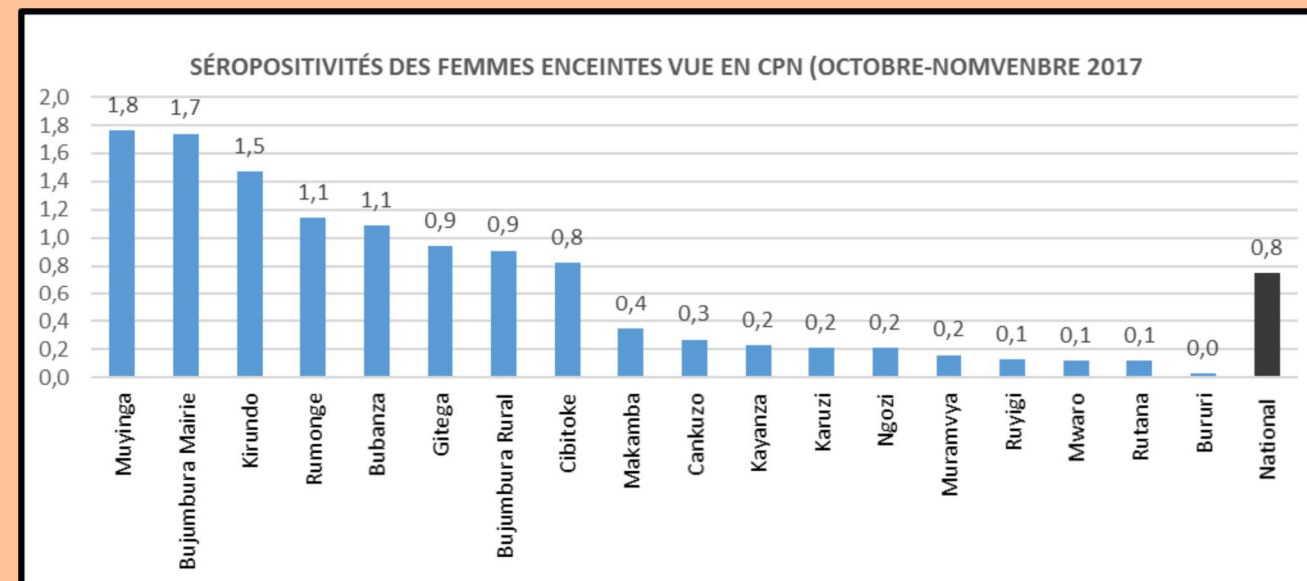
Au Burundi, la collecte et l'analyse des données VIH étaient organisées de façon verticale. Le PNLS/IST assurait la définition des registres standards, et le formulaire de rapport mensuel, ainsi que leur mise en place. Le circuit de collecte des données VIH n'impliquait pas le niveau provincial et le niveau district sanitaire.

En 2015, avec l'appui de leurs partenaires, la DSNIS et le PNLSIST ont commencé le processus d'intégrer les informations sur le VIH/Sida dans le SIS de routine avec l'introduction du module VIH dans la base de données GESIS utilisée par le système d'information sanitaire de routine.

En 2016, la DSNIS et avec les différents partenaires (PNLS/IST, SEP CNLS, ONUSIDA, CTB, USAID/PEPFAR) ont pu identifier et valider la liste des indicateurs à renseigner dans le SISR. Dans le cadre de la mise en œuvre du DHIS2, des outils standards du SIS de routine intégrant le VIH/IST ont été revus. Aujourd'hui tous les niveaux du système de santé du Burundi, en particulier le niveau intermédiaire et opérationnel, peuvent faire le suivi des indicateurs concernant le VIH/sida pour la prise des décisions.

Indicateurs programmatiques pour le suivi des nouveaux objectifs 90-90-90 de l'OMS/

Objectif 1 : A l'horizon 2020, 90 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH auront leur infection diagnostiquée





Dépistage précoce des enfants nés des mères séropositives (année 2017)

Province	PCR effectués en 2017	PCR positif	% de PCR positif
Bujumbura Mairie	1 020	14	1,4%
Bujumbura Rural	121	2	1,7%
Gitega	15	0	0,0%
Kayanza	187	1	0,5%
Kirundo	602	6	1,0%
Muyinga	24	1	4,2%
Ngozi	263	1	0,4%
TOTAL	2 232	25	1,1%

Proportion de PVVIH qui connaissent leur statut sérologique (année 2017)

	Total	<15 ans		≥15ans	
		M	F	M	F
% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH avec leur infection diagnostiquée	75,8%	38,6%	42,8%	68,1%	87,7%
PVVIH diagnostiquées	62 511	1 743	1 917	19 413	39 438
PVVIH estimées (SPECTRUM)	82 461	4 510	4 482	28 496	44 973



Taux de séropositivité du VIH au niveau CDV (octobre –décembre

Province	Total des personnes dépistées	Total des résultats VIH Positif	Total des résultats indéterminés	Taux de positivité (%)	Taux d'indéterminés (%)
Bubanza	16 519	83	95	0,5	0,6
Bujumbura Mairie	39 639	939	162	2,4	0,4
Bujumbura Rural	31 322	84	60	0,3	0,2
Bururi	22 609	96	29	0,4	0,1
Cankuzo	18 694	65	131	0,3	0,7
Cibitoke	19 539	134	64	0,7	0,3
Gitega	35 541	340	344	1,0	1,0
Karuzi	19 702	100	359	0,5	1,8
Kayanza	29 158	136	627	0,5	2,2
Kirundo	29 023	333	1709	1,1	5,9
Makamba	10 055	143	113	1,4	1,1
Muramvya	12 002	46	11	0,4	0,1
Muyinga	22 746	172	255	0,8	1,1
Mwaro	9 789	29	9	0,3	0,1
Ngozi	52 666	197	603	0,4	1,1
Rumonge	22 709	155	44	0,7	0,2
Rutana	12 841	83	61	0,6	0,5
Ruyigi	18 579	84	295	0,5	1,6
Total	423 133	3219	4971	0,8	1,2

Le rendement varie de 0,27% (Bujumnura rural) à 2,37% (Mairie de Bujumbura) avec une moyenne nationale de 0,76%. En plus de la Mairie de Bujumbura, des rendements supérieurs à 1% sont également observés dans les provinces sanitaires de Kirundo et Makamba. Les provinces sanitaires de Karusi, Kayanza, Ngozi et Ruyigi ont enregistré des taux élevés des tests indéterminés. Le taux d'indéterminés pour Kirundo dépasse 5 fois la moyenne nationale. La positivité en CPN est de 0,75%.



Objectif 2 : A l'horizon 2020, 90 % de l'ensemble des personnes dont l'infection à VIH a été diagnostiquée recevront un traitement antirétroviral ;

PVVIH suivies au 31 décembre 2017

Province	<15				15ans et plus				TOTAL		% sous ARV
	SUIVI		Sous ARV		SUIVI		Sous ARV		suivi	Sous ARV	
	M	F	M	F	M	F	M	F			
Bubanza	29	31	29	31	303	794	301	792	1 157	1 153	100%
Bujumbura	35	56	34	55	468	987	467	987	1 546	1 543	100%
Bujumbura Mairie	542	616	537	607	7 355	14 844	7 237	14 726	23 357	23 107	99%
Bururi	71	80	57	62	557	1 215	438	1 070	1 923	1 627	85%
Cankuzo	30	30	27	27	239	596	229	577	895	860	96%
Cibitoke	50	46	36	29	370	763	355	744	1 229	1 164	95%
Gitega	161	194	147	184	1 758	4 035	1 676	3 942	6 148	5 949	97%
Karusi	66	65	53	58	431	913	390	826	1 475	1 327	90%
Kayanza	138	123	129	118	1 018	1 975	1 015	1 960	3 254	3 222	99%
Kirundo	133	141	126	125	1 840	3 335	1 833	3 330	5 449	5 414	99%
Makamba	61	60	51	41	644	1 175	631	1 142	1 940	1 865	96%
Muramvya	48	47	34	41	301	685	293	658	1 081	1 026	95%
Muyinga	101	102	87	91	1 069	2 495	788	2 078	3 767	3 044	81%
Mwaro	35	25	23	17	277	611	240	582	948	862	91%
Ngozi	116	128	116	128	1 325	2 595	1 324	2 592	4 164	4 160	100%
Rumonge	40	62	33	57	371	1 010	354	982	1 483	1 426	96%
Rutana	37	32	32	29	411	627	395	616	1 107	1 072	97%
Ruyigi	50	79	35	59	676	783	511	689	1 588	1 294	81%
Total	1 743	1 917	1 586	1 759	19 413	39 438	18 477	38 293	62 511	60 115	96%

Au 31 décembre 2017, 96% des PVVIH suivies étaient sous ARV au niveau national. Les provinces de Muyinga, Ruyigi et Bururi ont un taux inférieur à 90%



Couverture en ARV selon les estimation des PVVIH Spectrum et des PVVIH réellement diagnostiqués en 2017

tranche d'âge	Sexe	Couverture ARV			Proportion de PVVIH diagnostiqués qui sont sous ARV (2eme 90)		
		PVVIH estimées (SPECTRUM)	PVVIH sous ARV	% sous ARV	PVVIH diagnostiqués	PVVIH sous ARV	% sous ARV
<15 ans	M	4 510	1 586	35,2%	1 743	1 586	91,0%
	F	4 482	1 759	39,2%	1 917	1 759	91,8%
≥15ans	M	28 496	18 477	64,8%	19 413	18 477	95,2%
	F	44 973	38 293	85,1%	39 438	38 293	97,1%
TOTAL		82 461	60 115	72,9%	62 511	60 115	96,2%

La couverture en ARV au niveau global est de 73%. Elle est faible chez les enfants de moins de 15ans (35 % chez les garçons et 39 % chez les filles). Chez les adultes, la couverture en ARV chez les hommes est 65%.

Objectif 3 : A l'horizon 2020, 90 % de l'ensemble des personnes sous traitement antirétroviral présenteront une suppression de la charge virale.

Nombre de PVVIH sous ARV	60 611
Nombre de charges virales effectuées	28 945
Accès à la charge virale pour le PVVIH sous ARV	48, %
Charges virales supprimées	24 005
% de PVVIH sous ARV avec la charge virale supprimée	82 ,9%



4. VACCINATION

La lutte contre les maladies évitables par la vaccination reste une priorité dans le système de santé. Grâce aux activités de vaccination de routine, la couverture vaccinale est toujours restée élevée, dépassant plus de 90% pour les principaux antigènes selon le rapport annuel du PEV 2016. Les résultats de l'EDS 2016-2017 (Enquête Démographique et de Santé) ont montré que les taux de couverture vaccinale étaient supérieurs à 90% pour les principaux antigènes (Polio3 : 92,0%, DPT-HepB-Hib 3 : 96,5% et VAR : 93,8%). Selon la même enquête, 85% des enfants ont reçu tous les vaccins de base.

Au cours du 4^e trimestre de 2017, les taux de couverture pour certains antigènes sont en-deçà des performances attendues.

Couverture des antigènes BCG, Penta3, VAR1 et ECV au quatrième trimestre 2017

Taux de couverture des antigènes BCG, Penta3, VAR1 et ECV au quatrième trimestre 2017

Province	Taux de couverture en BCG	Taux de couverture en Penta3	Taux de couverture VAR1	Taux de couverture en ECV
Bubanza	94,6	102,3	103,7	103,2
Bujumbura	59,4	87,6	71,8	71,5
Bujumbura Mairie	86,1	101,4	80,4	79,5
Bururi	62,4	68,8	64,9	64,6
Cankuzo	83,9	116,1	100,9	94,7
Cibitoke	81,4	100,8	100,9	96,8
Gitega	67,7	91,7	73,2	72
Karusi	66,8	94,8	86,1	84,5
Kayanza	50,5	69,9	74,2	74,2
Kirundo	59,6	76,7	83	82,5
Makamba	85,5	96,7	95,1	92,3
Muramvya	56,6	81,2	71,2	67,2
Muyinga	74,7	102,5	104,7	103,6
Mwaro	43,7	68,1	56,1	55
Ngozi	63,1	80,9	78,3	78,1
Rumonge	93,1	109	94,7	93,4
Rutana	82,3	101,1	95,4	94,2
Ruyigi	84,7	99,9	94,9	92,5

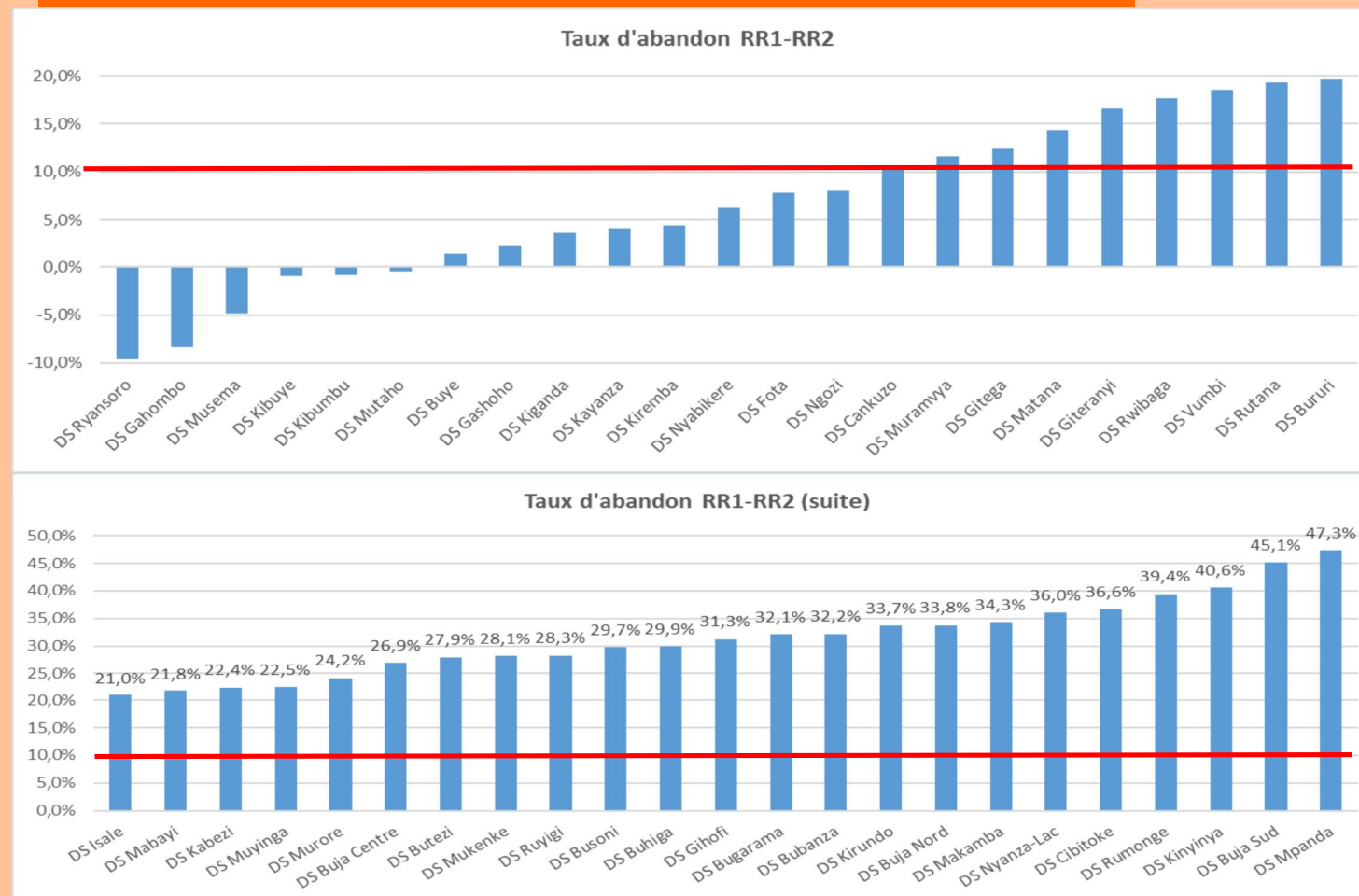
Au cours du quatrième trimestre 2017, le taux de couverture est resté faible. L'objectif du Programme élargi de vaccination était d'atteindre 90%. Les résultats obtenus montrent que :

- pour le BCG seules les provinces sanitaires de Bubanza et Rumonge ont atteint l'objectif ;
- pour le Penta3, sept provinces n'ont pas atteint l'objectif ;
- pour VAR1 et ECV, l'objectif a été atteint dans 8 provinces

Certaines provinces ont même dépassé 100% pour les antigènes Penta3, VAR1 et ECV



Taux d'abandon

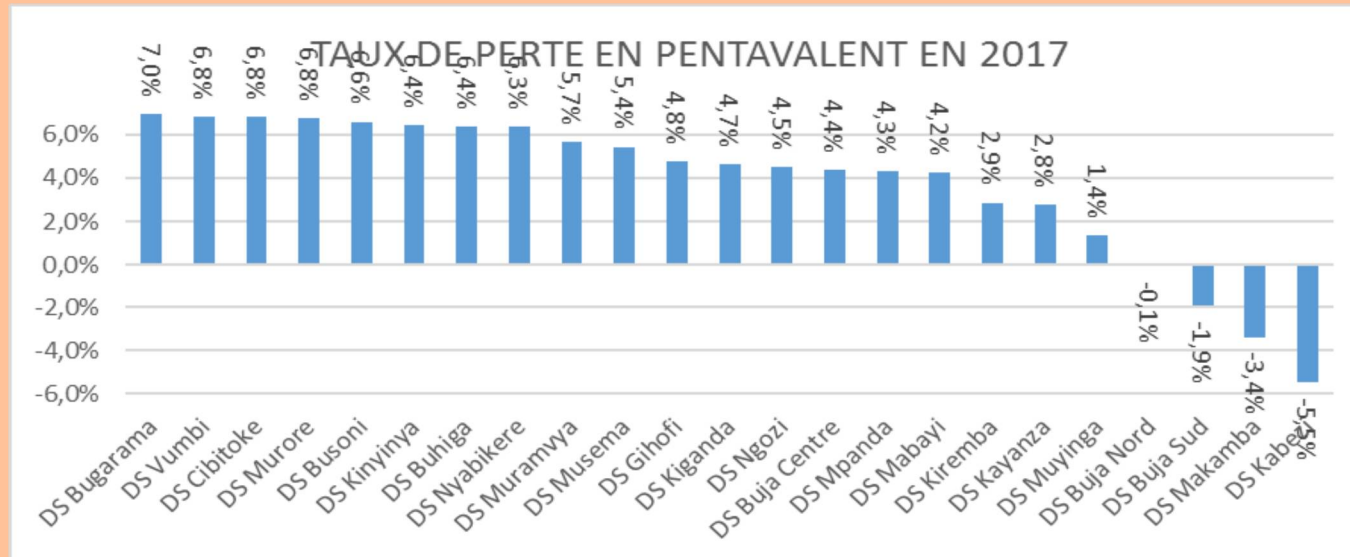
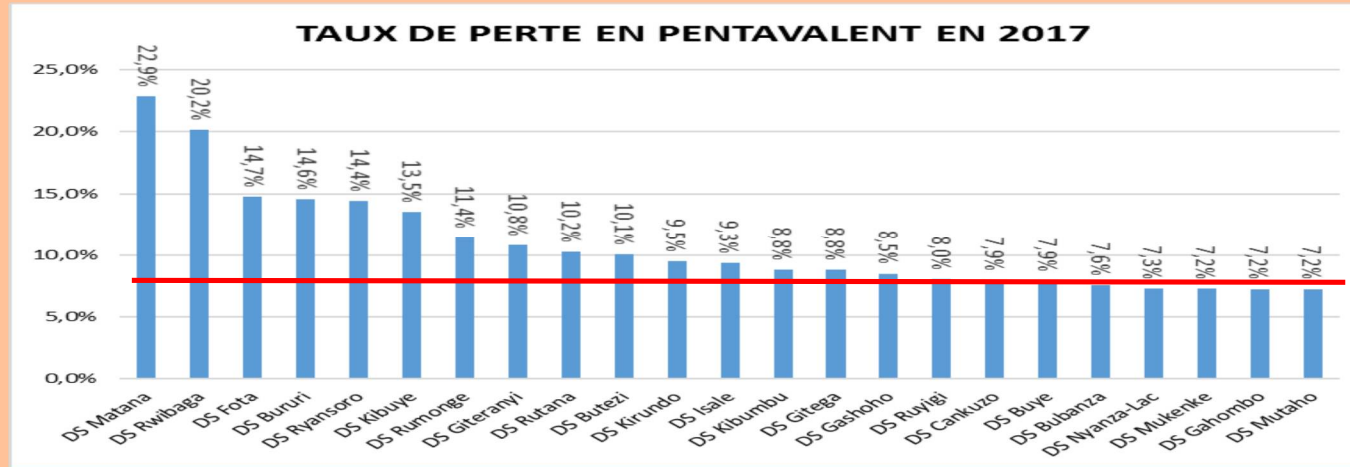


L'objectif du PEV est d'avoir un taux d'abandon positif mais inférieur à 10%. Pour le VAR1 er 2, ce taux a été atteint dans 9 districts sanitaires. Le taux d'abandons supérieur à 10% signifie une mauvaise utilisation des services de vaccination tandis que un taux d'abandon négatif reflète une mauvaise qualité des données.

PEV
Programme Élargi de Vaccination



Taux d'abandon



Le seuil acceptable pour le taux de perte en pentavalent est de 10%. Les taux de perte négatifs signifieraient que la vaccination a été offerte sans vaccins disponibles.
8 districts ont dépassé le seuil de taux de perte tandis que 4 districts ont un seuil négatif



RUPTURE DE STOCK EN BCG ET VAR

BDS	Nbre de structure	Ayant connu rupture en BCD		BDS	Nbre de structure	Ayant connu rupture en VAR	
		Nbre	%			Nbre	%
DS Murore	8	5	38,5	DS Murore	9	4	30,8
DS Bururi	16	6	27,3	DS Bururi	16	6	27,3
DS Cankuzo	12	4	25,0	DS Busoni	7	2	22,2
DS Ngozi	16	5	23,8	DS Butezi	8	2	20,0
DS Muramvya	10	2	16,7	DS Rumonge	21	5	19,2
DS Gitega	17	2	10,5	DS Cankuzo	13	3	18,8
DS Butezi	9	1	10,0	DS Muramvya	10	2	16,7
DS Gahombo	12	1	7,7	DS Gitega	16	3	15,8
DS Mabayi	25	2	7,4	DS Mabayi	23	4	14,8
DS Gashoho	13	1	7,1	DS Cibitoke	16	2	11,1
DS Kabezi	13	1	7,1	DS Ngozi	19	2	9,5
DS Ruyigi	13	1	7,1	DS Gashoho	13	1	7,1
DS Ryansoro	13	1	7,1	DS Kabezi	13	1	7,1
DS Giteranyi	14	1	6,7	DS Kinyinya	13	1	7,1
DS Buhiga	15	1	6,3	DS Musema	14	1	6,7
DS Buye	15	1	6,3	DS Bugarama	16	1	5,9
DS Bugarama	16	1	5,9	DS Gihofi	16	1	5,9
DS Cibitoke	17	1	5,6	DS Isale	16	1	5,9
DS Nyanza-Lac	19	1	5,0	DS Makamba	18	1	5,3
DS Kirembe	20	1	4,8	DS Nyabikere	18	1	5,3
DS Rumonge	25	1	3,8				

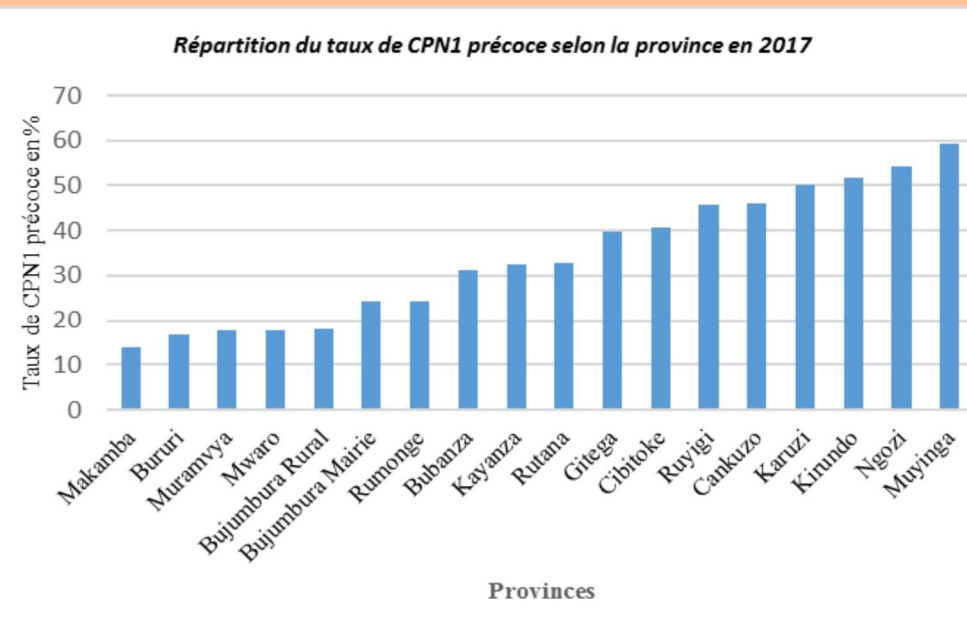
L'objectif du PEV est de n'avoir aucune rupture de stock en vaccin. Nous constatons toutefois qu'en 2017, les structures de certains districts ont connu une rupture de stock. Les districts de Murore et Bururi viennent en tête de liste de districts avec plus de structures ayant connu de rupture de stock pour les deux antigènes.



5. SANTE DE LA REPRODUCTION

La santé de la mère et de l'enfant fait partie des principales préoccupations du Gouvernement et du MSPLS en particulier. Selon les résultats de l'EDS III 2016-2017, le ratio de mortalité maternelle est estimé à 329 décès pour 100 000 naissances vivantes. Selon la même enquête, le taux de mortalité infantile est de 47 décès pour 1000 naissances vivantes et le taux de mortalité infanto-juvénile est de 78 décès pour 1000 naissances vivantes. 81% des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé. Le taux d'utilisation des services de CPN est de 99% (au moins une visite). Cependant, seules 49% des femmes enceintes ont fait au moins 4 visites avec un taux d'accouchement assisté par un personnel formé de 85%.

CPN1 précoce

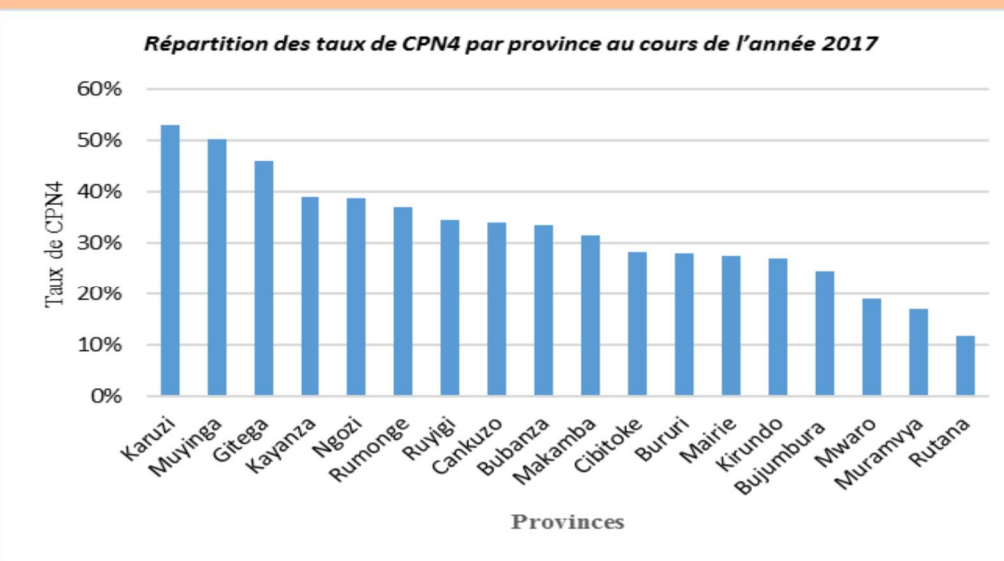


Pour le quatrième trimestre 2017, le taux de CPN1 précoce reste bas dans les formations sanitaires. Il atteint 50% dans seulement 2 provinces (Kirundo et Muyinga), il varie de 13% (Mwaro) à 59% (Muyinga) avec une moyenne nationale de 35.6%.

L'objectif fixé par le programme en charge de la santé de la reproduction pour l'année 2017 était de 60%.

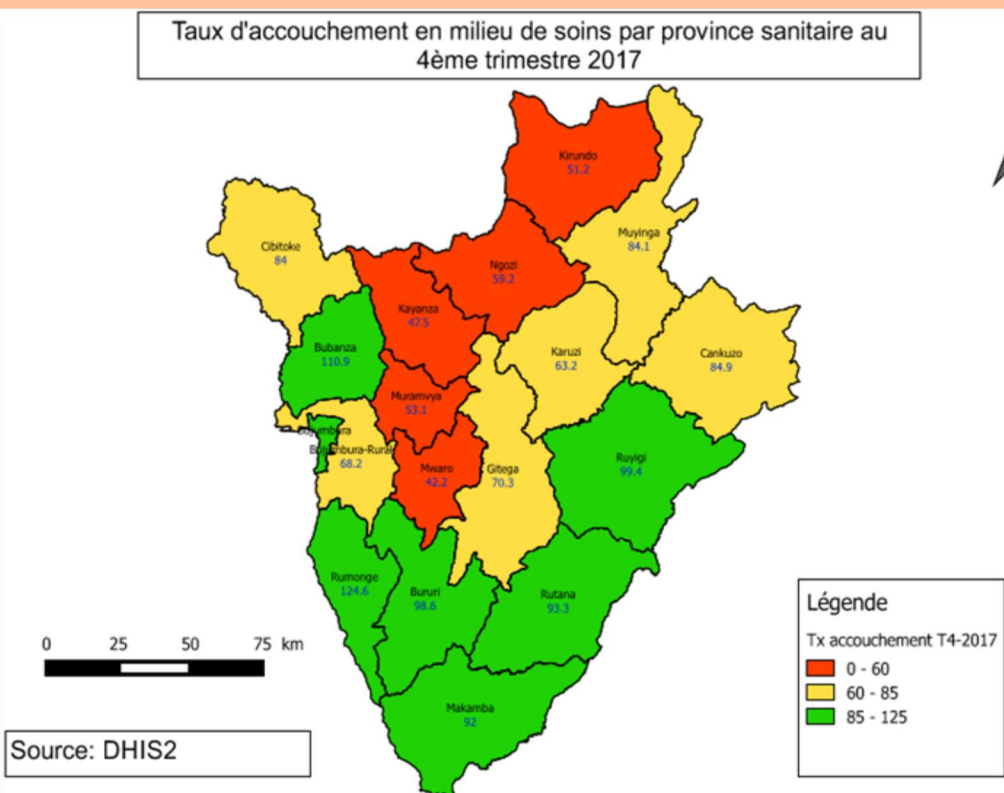


Taux de CPN4 par province sanitaire en 2017



L'OMS recommande la 4^{ème} consultation prénatale de toute femme enceinte avant l'accouchement. Le tableau II montre que cette recommandation est faiblement suivie ; seuls 50% des femmes enceintes parviennent à faire la CPN4 dans 2 provinces (Karuzi et Muyinga). Au cours du 4^{ème} trimestre de 2017, le taux de CPN4 varie entre 12.9% à Rutana et 56.7% à Karuzi avec une moyenne nationale de 36.7%.

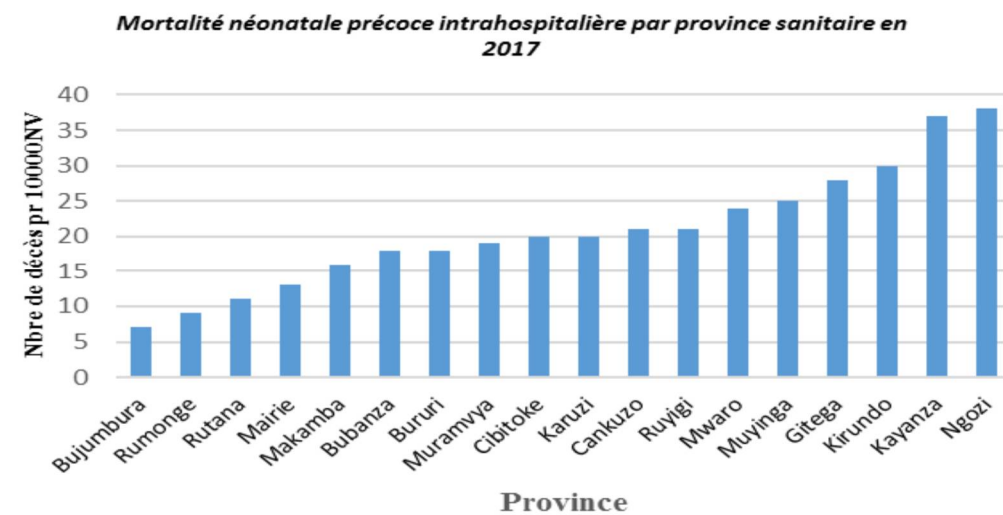
Accouchements



Pour sauvegarder la santé de la mère, l'objectif du PNSR est qu'au moins 85% des femmes qui accouchent soient assistées dans les établissements de soins. Au 4^{ème} trimestre 2017, c'est seulement dans 10 provinces que cet objectif a pu être atteint et les provinces de Bubanza et Rumonge ont des taux d'accouchement en milieu de soins les plus élevés (113,5 %) Trois provinces (Kayanza, Muramvya et Mwaro) ont obtenu des taux inférieurs à 60%.



Mortalité néonatale précoce intrahospitalière par province sanitaire en 2017



Le nombre de nouveaux nés vivants, puis décédés endéans 24h varie entre les provinces de 7 (Bujumbura) à 38 (Ngozi) pour 10 000 naissances vivantes. Ce graphique détaille ces disparités interprovinciales au cours du 4^{ème} trimestre 2017. Les provinces du Nord et du Centre-Est viennent en tête.

Décès maternel intrapartum immédiat par province sanitaire au 4^{ème} trimestre de 2017

Province	Nb décès maternels en intrapartum immédiat
Bubanza	6
Bujumbura Mairie	14
Bujumbura	0
Bururi	4
Cankuzo	3
Cibitoke	2
Gitega	8
Karuzi	2
Kayanza	3
Kirundo	1
Makamba	8
Muramvya	0
Muyinga	2
Mwaro	0
Ngozi	12
Rumonge	4
Rutana	4
Ruyigi	5

Au total, 78 décès maternels en intrapartum immédiat ont été enregistrés dans les différentes maternités du pays. Seules trois provinces sur dix-huit n'ont enregistré aucun décès maternel en intrapartum immédiat. Ailleurs, les décès maternels ont varié entre 1 (Kirundo) et 14 (Mairie de Bujumbura).



Taux de césariennes par province sanitaire en 2017

Province sanitaire	Taux de césariennes
Bubanza	10.7
Bujumbura Mairie	18.3
Bujumbura	6.5
Bururi	6.7
Cankuzo	4.5
Cibitoke	6.1
Gitega	7.1
Karuzi	2.2
Kayanza	4
Kirundo	3.2
Makamba	6.6
Muramvya	3.7
Muyinga	3.7
Mwaro	3.6
Ngozi	6.8
Rumonge	3.4
Rutana	5.2
Ruyigi	4.9
Burundi	6.0

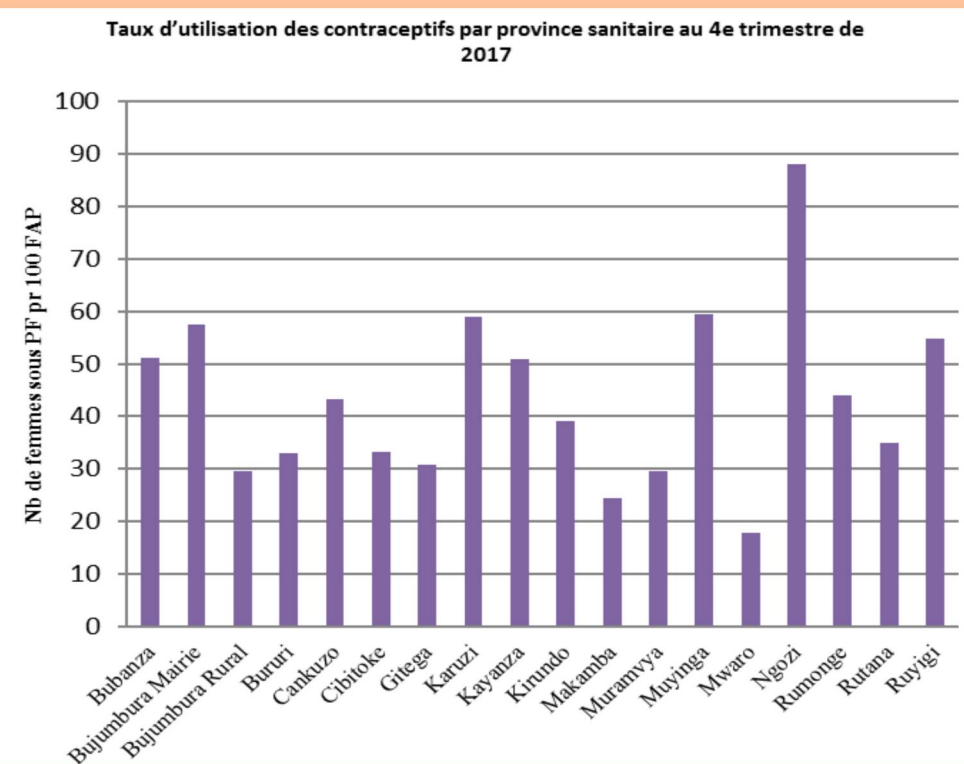
Les consultations post natales varient entre 81.3 (Cibitoke) et 13.5 (Makamba) pour 100 accouchements attendues, avec une moyenne nationale de 53.5%.

Dans les conditions normales, la proportion de césariennes attendue varie entre 10 et 15 pour 100 accouchements. Cette norme est loin d'être atteinte au niveau du Burundi. Dans les provinces, la norme est atteinte seulement pour Bubanza. Dans la Mairie de Bujumbura, la concentration des compétences pour les interventions de sauvetage maternel et néonatal pourrait expliquer le dépassement de la norme jusqu'à 20 pour cent.

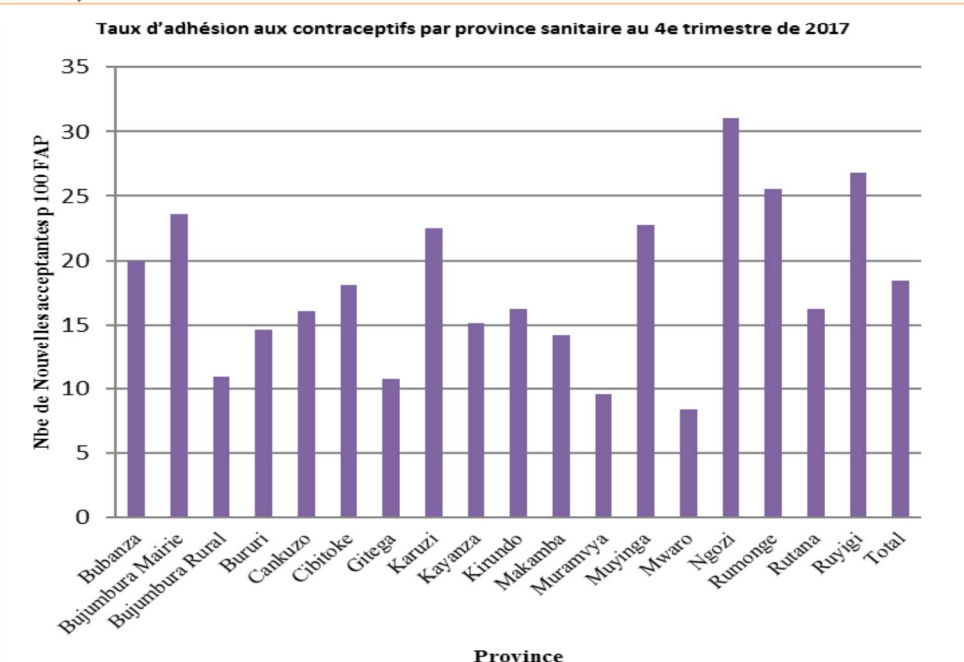
Province sanitaire	Taux de CPoN précoce (%)
Makamba	13,5
Muramvya	15.0
Bujumbura Mairie	28.6
Rumonge	33.3
Rutana	34.5
Bubanza	35.6
Bururi	36.8
Mwaro	37.3
Bujumbura	52.1
Gitega	54.5
Kirundo	55.4
Kayanza	56.5
Cankuzo	65.6
Ruyigi	66.1
Ngozi	67.7
Karuzi	69.8
Muyinga	74.1
Cibitoke	81.3
Total	53.5



Planification Familiale



Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives varie entre 18 (Mwaro) et 88 (Ngozi) pour 100 femmes en âge de procréer. Les provinces Bujumbura Mairie, Karusi, Bubanza, Kayanza, Muyinga, Ngozi et Ruyigi ont atteint 50% du taux d'utilisation des contraceptifs.



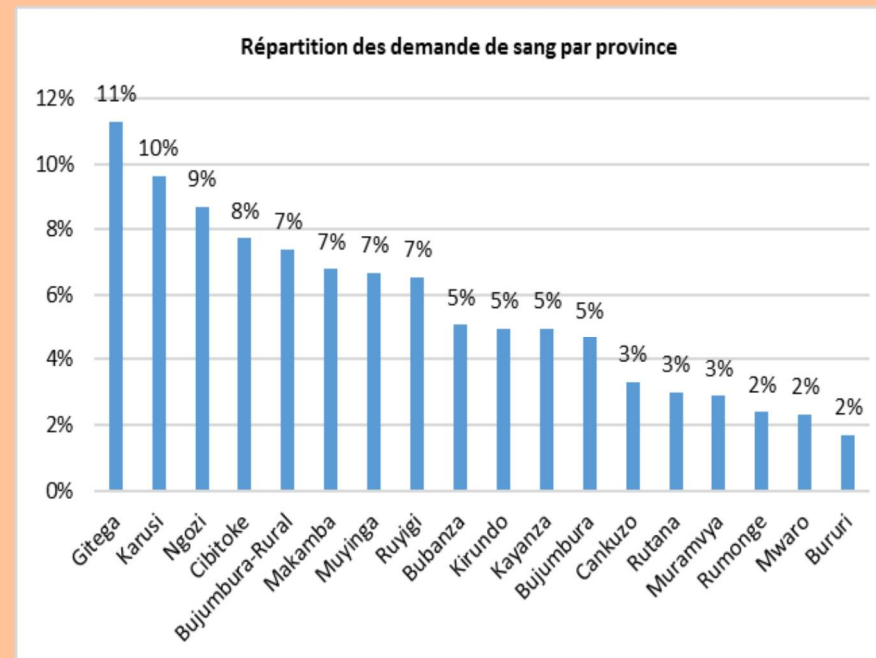
Le taux d'adhésion à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est élevé dans les provinces de Bubanza, Bujumbura Mairie, Karusi, Muyinga, Ngozi et Ruyigi par rapport aux autres provinces. Cependant, ce taux reste globalement faible par rapport à l'objectif national qui est de 50 %.



6. TRANSFUSION SANGUINE

Le CNTS a pour mission générale d'organiser la transfusion sanguine, d'instaurer le système d'assurance qualité, d'assurer le contrôle de qualité et de veiller à la sécurité des produits sanguins et leurs dérivés. Son mandat spécifique est notamment de : (1) faire appliquer les normes de qualité en matière de transfusion sanguine ; (2) organiser la collecte et la distribution du sang et ses dérivés sur le territoire national et (3) appuyer techniquement les services hospitaliers de transfusion en assurant la formation et le perfectionnement de leur personnel. Le CNTS est relayé par 4 Centres Régionaux de Transfusion Sanguine et les banques de sang.

Demande de sang par les établissements de soins

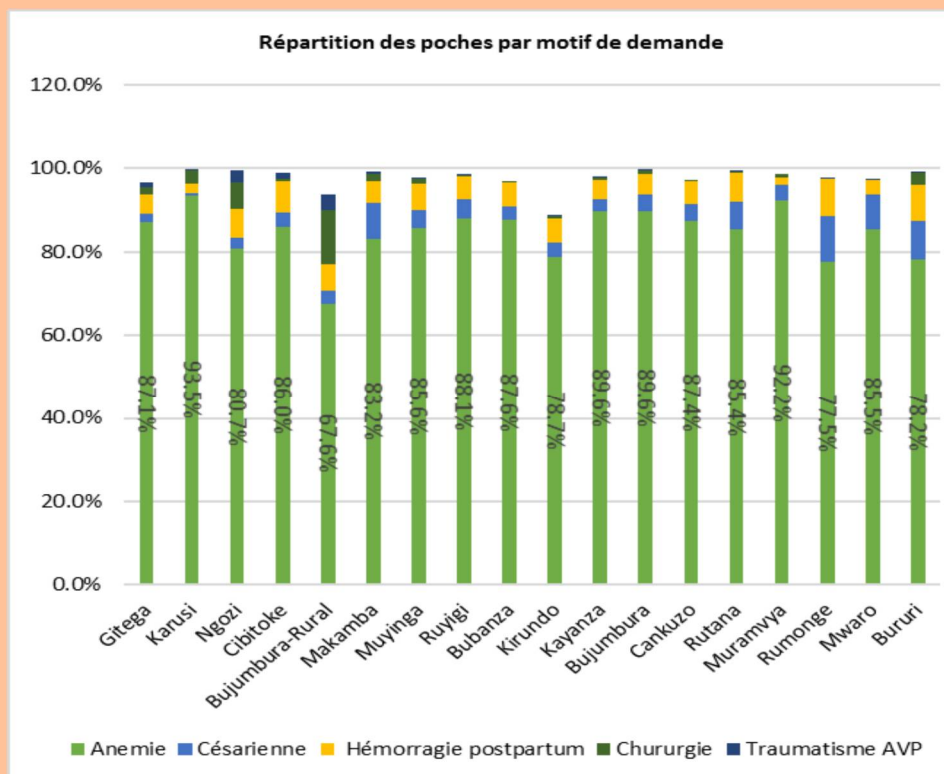


La province de Gitega a le plus de demandes de poches de sang, suivie des provinces de Karusi et Ngozi. Bururi, Mwaro, Rumonge, Muramvya, Rutana et Cankuzo viennent en dernier dans la demande de poches de sang.



CNTS

Centre National
de Transfusion
Sanguine



Plus de 80% des demandes de poches de sang sont liées à l'anémie au Burundi. Les demandes de césariennes sont plus importantes à Rumonge, Bururi, Makamba et Mwaro. Pour les hémorragies postpartum, la demande est importante à Bururi, Rumonge et Cibitoke. Les demandes pour interventions chirurgicales et traumatismes d'accidents de la voie publique (AVP) sont très accentuées à Mairie de Bujumbura et Ngozi

NIVEAU DE SATISFACTION DES DEMANDES DE SANG EN 2017

Province	Demandes de sangs non honorée	Demandes de sangs partiellement honorée	Demandes de sangs totalement honorée
Bubanza	0,1	0,2	99,7
Buja Mairie	0,1	2,1	97,8
Bujumbura	0,1	0,6	99,3
Bururi	0	0	100
Cankuzo	0,7	3,9	95,4
Cibitoke	0	9,3	90,7
Gitega	0	1,4	98,6
Karuzi	0	0,2	99,8
Kayanza	0	0,3	99,7
Kirundo	3,7	24,9	71,4
Makamba	0	0	100
Muramvya	0	0,1	99,9
Muyinga	0,2	0,6	99,2
Mwaro	0,1	0,2	99,7
Ngozi	0,5	0,1	99,4
Rumonge	0	0	100
Rutana	0,3	0,1	99,6
Ruyigi	0	0,2	99,8

Les demandes de sang sont largement honorées sauf à Kirundo où 25% sont partiellement honorées et 9,3% non honorées. Il en est de même à Cibitoke avec 9,3 % de demandes partiellement honorées. Les demandes ne sont pas honorées ou sont partiellement honorées en raison des ruptures de stock correspondant aux périodes creuses pendant lesquelles les élèves sont en congé alors que c'est la principaux donneurs de sang

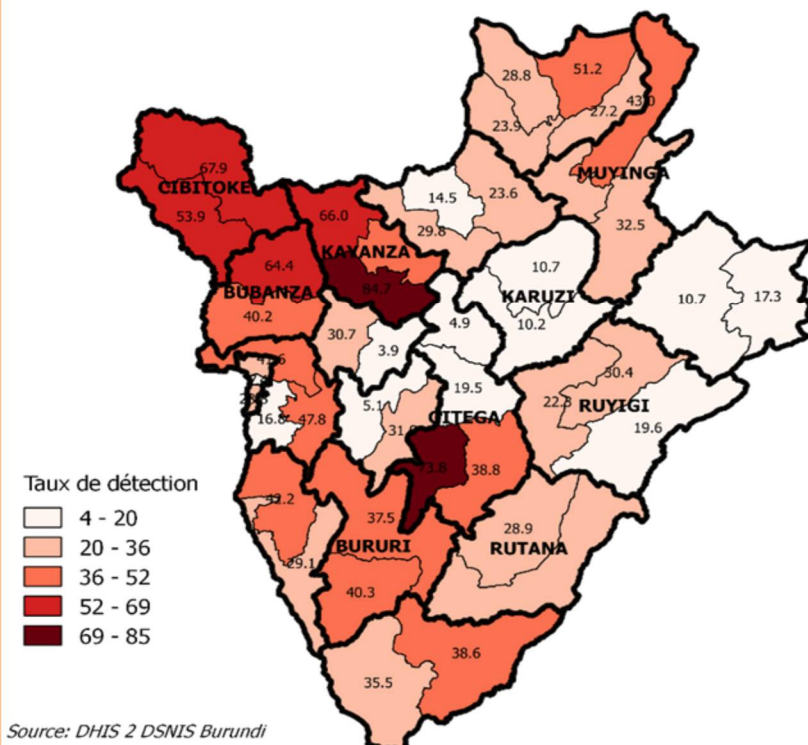


7. LES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES

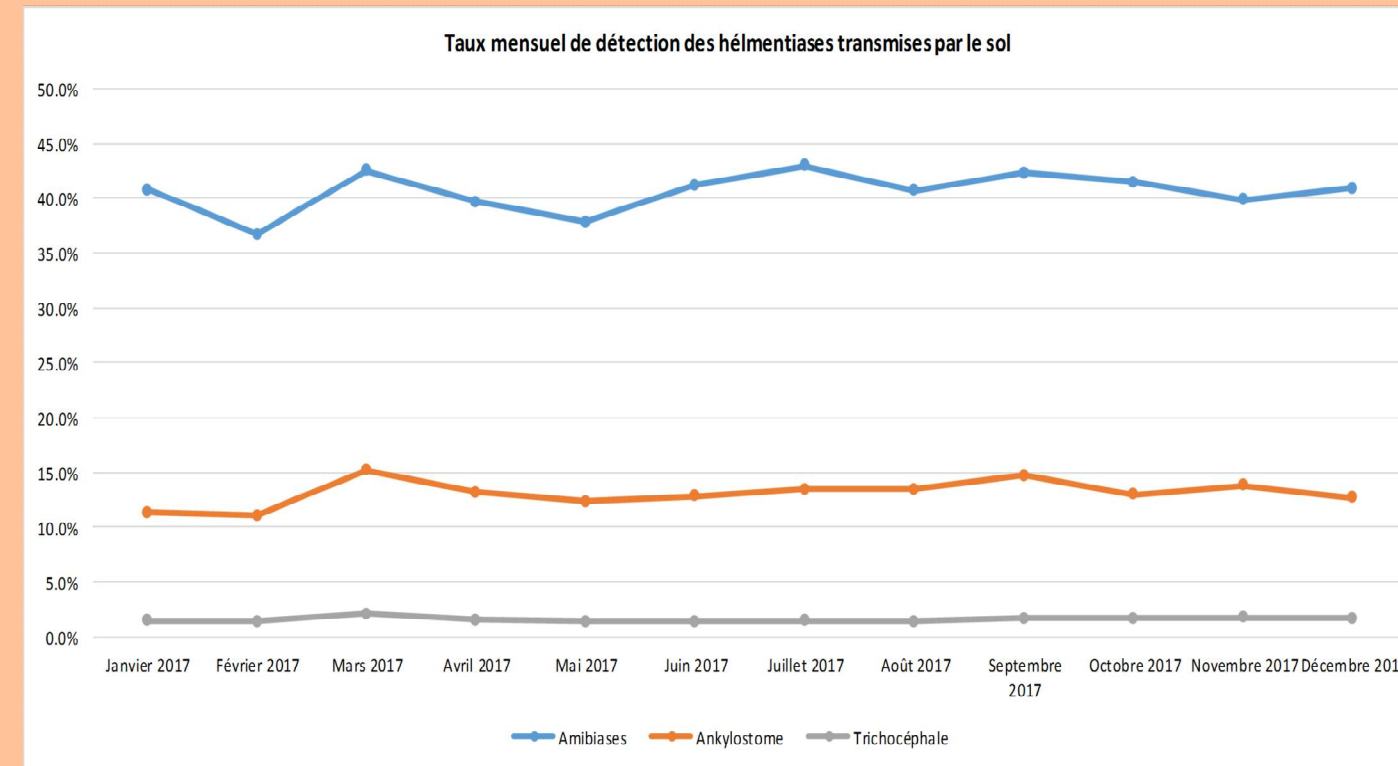
Les maladies tropicales négligées constituent le groupe des maladies comme l'onchocercose, les géo helminthiases, la schistosomiase, le trachome, la rage et la cysticercose. L'Onchocercose est connue comme méso- ou hyper-endémique dans 10 districts sanitaires sur les 45 que compte le pays. Un traitement de masse utilisant la stratégie de « Traitement par l'Ivermectine sous Directives Communautaires » (TIDC) a été mis en œuvre en 2005 à Cibitoke - Bubanza ainsi qu'à Bururi et Rutana en 2006. Le taux de couverture thérapeutique varie de 68% à 76% en 2009.

Les géo helminthiases constituent un problème de santé publique sur tout le territoire national. Les enquêtes menées en 2007, 2008 et 2009 ont montré des prévalences qui dépassent largement les 20% qui constituent le seuil maximal admis par l'OMS.

Taux de détection des helmenthiases transmises par le sol par District au Burundi en 2017



La détection des helminthiases transmises par le sol (Ascaris, Trichocéphale et Ankylostome) est plus accentuée dans la région nord-ouest du Burundi, sauf les districts de Musema et Ryansoro qui enregistrent des taux très élevés. Le taux de détection est plus faible à l'est (Ruyigi et Cankuzo) et à Karusi.



Tout au long de l'année 2017, les ascaris sont les plus détectés suivis des Ankylostomes puis des trichocéphales