

BUSNIS

N° 2/2011

26 Septembre 2011



Dans ce numéro :

Les consultations curatives : nouveaux et anciens cas	2
Les indicateurs cibles	3
Le CNTS et la décentralisation	4
Impacts de la lutte contre le paludisme	4

Editorial

Le premier numéro du BUSNIS a connu un accueil enthousiaste. Merci à tous pour vos marques d'encouragement et merci à tous ceux qui nous ont transmis des contributions. Pour rester dans le format prévu initialement, malheureusement, seules deux contributions des programmes ont pu être retenues pour ce numéro.

Le thème de ce numéro est la consultation curative. Vous y lirez que l'analyse des données a conduit à plusieurs questions, hypothèses que nous laissons sans réponse car EPISTAT seul ne peut y répondre. La qualité des données est parfois également remise en cause, car EPISTAT seul ne peut garantir cette qualité. Nous espérons que ce bulletin sera l'occasion d'ouvrir des débats sur la qualité et l'analyse des données et qu'ensemble nous pourrions construire un système d'informations sanitaires performant, utile et utilisé.

Un des grands chantiers du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) en 2011 : Le PNDS II

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011 – 2015 qui vient d'être validé par le Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD) tient compte des souscriptions du Burundi aux Déclarations et Actes Internationaux en matière de santé notamment : la Déclaration d'Alma-Ata sur les Soins de Santé Primaires, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la Stratégie Sanitaire du Nouveau Partenariat Africain pour l'Aide au Développement (NEPAD) et le Sommet d'Abuja sur le Paludisme. Il va en outre contribuer à l'atteinte de la vision 2025 du Gouvernement du Burundi en faveur du développement durable en cohérence avec le Cadre Stratégique de croissance et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP II). Son élaboration a adopté une approche participative avec une implication de tous les acteurs du secteur, les professionnels de la santé, les secteurs connexes de la santé, la société civile et les Partenaires Techniques et financiers du MSPLS.

Durant les 5 prochaines années, le MSPLS s'engage à accroître son leadership et assurer le pilotage du secteur basé sur la décentralisation, la gestion axée sur les résultats, la collaboration multisectorielle et un partenariat basé sur les principes de la Déclaration de Paris pour l'amélioration de la qualité de vie des burundais. Tenant compte des déficits encore importants en matière de ressources humaines, matérielles et des possibilités de mobilisation des Fonds de l'Etat, de l'aide extérieure et de la capacité contributive du secteur privé et des ménages, les priorités retenues pour la mise en œuvre du PNDS 2011 – 2015 sont :

- L'amélioration de la Santé de la mère et de l'enfant ;
- La lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
- Le renforcement de la lutte contre le VIH/ Sida dans une approche multisectorielle ;
- Le renforcement des actions de lutte contre la malnutrition ;

- L'accroissement de la demande des soins de santé ;
- Le renforcement du système de santé à travers des orientations stratégiques calquées sur les 6 piliers (prestations, ressources humaines, médicaments et produits de santé, financement, information sanitaire, suivi /évaluation, leadership et gouvernance) ;
- Le renforcement et la pérennisation du financement basé sur les performances associé à la gratuité des soins ;
- La contribution à la maîtrise de la croissance démographique.

A l'horizon 2015, le présent PNDS est en phase avec la vision de la Politique Nationale de Santé et poursuit le même but qui est de « Contribuer à l'amélioration de 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 ». Pour l'atteinte de ce but, le secteur de la Santé et de la lutte contre le Sida va contribuer à la poursuite des trois objectifs généraux suivants :

1. Contribuer à la réduction de la morbi mortalité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles d'ici 2015 ;
2. Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale d'ici 2015 ;
3. Contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans d'ici 2015 ;

L'objectif sectoriel visé d'ici 2015 est d'assurer l'accessibilité de la population aux soins et services de santé de qualité en vue d'une meilleure utilisation à travers 9 axes stratégiques et repartis en 3 groupes. Le premier groupe assure l'offre, crée et renforce la demande des soins, le deuxième groupe vise l'amélioration des capacités d'offre de soins, le troisième groupe assure le pilotage du secteur .

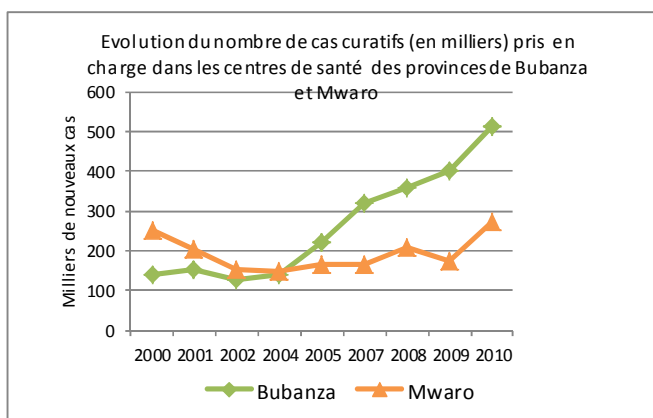
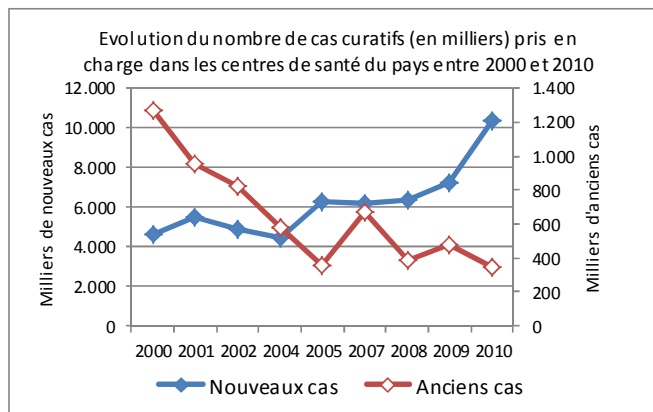
La consultation curative

Complétude des rapports des CDS pour le 1er semestre 2011

Province	Taux complétude
BUBANZA	97,2
BUJA MAIRIE	97,5
BUJA RURAL	93,4
BURURI	99,6
CANKUZO	90,7
CIBITOKÉ	94,6
GITEGA	96,7
KARUSI	100,0
KAYANZA	94,6
KIRUNDO	98,1
MAKAMBA	98,1
MURAMVYA	100,0
MUYINGA	97,3
MWARO	100,0
NGOZI	99,7
RUTANA	99,1
RUYIGI	100,0
Taux national	97,3

La **complétude** obtenue pour élaborer ce bulletin est globalement très légèrement inférieure à celle obtenue lors de l'élaboration du bulletin précédent (97,3% versus 98%). L'analyse par province montre la même constance. Seule la province de **Cankuzo** présente une baisse de 7,5%. Les autres provinces présentent des variations inférieures à 4%. La comparaison des données entre les 2 périodes peut donc se faire sans trop se soucier de la complétude.

L'analyse de l'évolution du nombre de nouveaux cas curatifs déclarés par les centres de santé du pays montre une **augmentation de la fréquentation de 131 % entre 2000 et 2010**. L'analyse de la courbe montre deux années où l'augmentation de la notification a été spectaculaire : 2005 et 2010. L'augmentation de la notification reflète-t-elle bien une augmentation réelle de la prise en charge ou marque-t-elle une amélioration de la collecte des données ? En 2010, EPISTAT penche pour la première hypothèse : le pays a connu une augmentation significative du nombre de cas pris en charge. Le Financement Basé sur la Performance (PBF) n'est certainement pas étranger à ce résultat. Le second graphique présenté ci-contre, en prenant l'exemple de 2 provinces parmi d'autres, attire l'attention sur le fait que l'évolution n'a pas été identique dans toutes les provinces. La province de **Bubanza** a connu une progression linéaire et spectaculaire depuis 2002 pour multiplier par 4 le nombre de cas pris en charge, alors que, bien que progressant depuis



2004 (à l'exception de 2009), la province de **Mwaro** a dû attendre 2010 pour atteindre un résultat équivalent à celui déjà obtenu en 2000. Cet exemple

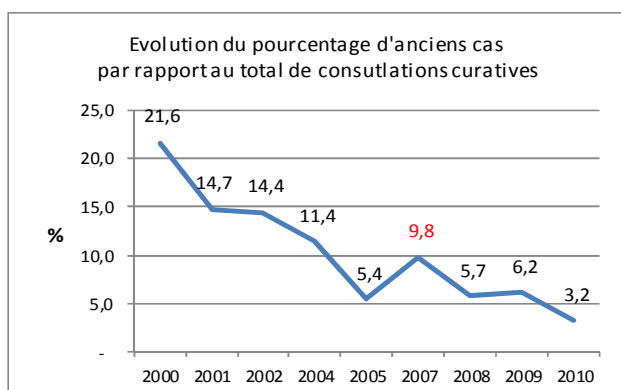
montre l'intérêt d'analyses plus fouillées tout en restant très prudent concernant la qualité des données.

Où sont passés les anciens cas ?

Si le premier graphique présenté ci-dessus met en évidence l'augmentation du nombre de nouveaux cas curatifs, il illustre également de façon très claire une diminution très importante du nombre d'anciens cas noti-

fiés. Le graphique ci-dessous qui exprime cette évolution en terme de pourcentages du nombre d'anciens cas par rapport au total des consultations, montre qu'en **2000, plus de 20 % des cas sont des anciens cas**. Cette proportion connaît une première diminution pour se situer entre 11 et 15 % de 2001 à 2004. Un second pallier, autour de 6 %, est atteint entre 2005 et 2009. **2010 marque une dernière baisse significative pour tomber à 3,2 %**. Si l'on fait abstraction des données de 2007 (où l'augmentation des anciens cas n'est attribuable qu'à une seule province, des données erronées sont suspectées), ne doit-on pas s'interroger sur les

deux baisses de notification des anciens cas pour les années 2005 et 2010 qui sont justement des années ayant connu une grosse progression des nouveaux cas ? Comment expliquer cet éventuel glissement des anciens cas vers les nouveaux ? Y a-t-il eu des changements de définition ? En 2010, le FBP ne modifie-t-il pas les déclarations ? Plusieurs questions et hypothèses qui méritent d'être analysées de manière plus fine (toutes les provinces ne présentent pas le même profil), avec, comme d'habitude toutes les précautions nécessaires.



Suivi de quelques indicateurs clés

Le tableau ci-contre présente les résultats obtenus pour quelques indicateurs clés, dont 4 suivis dans le cadre du CPSD, durant le premier semestre 2011. Un code couleur a été ajouté pour montrer les progressions et les baisses les plus significatives par rapport aux résultats obtenus lors du premier semestre 2010 (voir la légende ci-dessous).

La comparaison des 2 semestres montre une tendance générale à la hausse des indicateurs.

Une grande majorité des indicateurs progressent (72%). Huit indicateurs connaissent cependant une diminution de plus de dix pourcents. Les plus importantes étant la **CCUR** à **Karusi** (-20%), la **CPN1** à **Makamba** (-20%) et le **Penta3** à **Kayanza** (-18%). Trois provinces voient tous leurs indicateurs progresser (**Cibitoke**, **Kirundo** et **Muyinga**). A l'opposé, **Bujumbura rural** et **Ngozi** voient trois de leurs indicateurs diminuer (**CCUR**, **CPN1** et **Penta3**).

C'est au niveau du **CAP** que la progression des couvertures est la plus spectaculaire. Toutes les provinces progressent. Onze ont une augmentation supérieure à 30%. La province de **Ngozi** obtient une couverture largement supérieure aux autres provinces (25,5%) alors qu'à l'autre extrémité, la province de **Mwaro** n'a pas encore atteint les 5%.

La **couverture des accouchements** montre également une belle progression. Seule la province de Bubanza régresse légèrement (- 6,7 %).

Dans le graphique ci-dessous, les indicateurs clés sont comparés aux résultats des années précédentes. Il montre, à l'exception du taux d'utilisation de la consultation curative, un léger tassement des performances calculées sur toute l'année 2011.

Ces chiffres indiquent également que si le premier semestre 2011 a été meilleur que le 1er semestre 2010, il

Provinces sanitaires	Taux de couverture pour le 1 ^{er} semestre 2011				
	CCUR	CPN1	ACC	Penta3	CAP
BUBANZA	57,1	66,3	44,9	54,4	10,3
BUJUMBURA MAIRIE	28,1	24,6	30,4	32,5	15,9
BUJUMBURA RURAL	32,4	37,4	27,1	35,2	6,2
BURURI	33,0	36,2	24,7	40,9	6,3
CANKUZO	88,1	48,3	33,3	47,6	7,9
CIBITOKE	59,3	52,8	39,9	52,4	7,9
GITEGA	53,7	36,1	30,4	39,5	9,2
KARUSI	62,5	40,0	23,0	36,1	8,9
KAYANZA	47,3	36,1	21,6	37,5	10,9
KIRUNDO	53,3	54,3	34,4	47,6	12,4
MAKAMBA	46,4	47,7	32,4	57,0	11,1
MURAMVYA	33,1	35,3	22,5	37,0	6,8
MUYINGA	59,5	54,2	31,2	47,3	12,1
MWARO	37,2	29,7	17,9	34,4	4,5
NGOZI	48,8	40,1	29,6	40,8	25,5
RUTANA	52,7	44,7	28,9	48,2	6,6
RUYIGI	64,8	54,6	33,1	46,6	15,2
Taux national	49,5	43,1	29,7	42,9	11,1

Augmentation

Entre 10 et 30 %

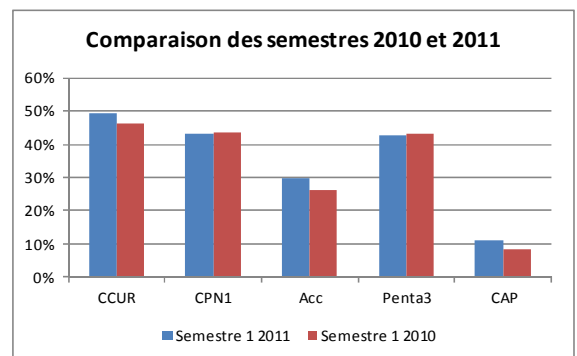
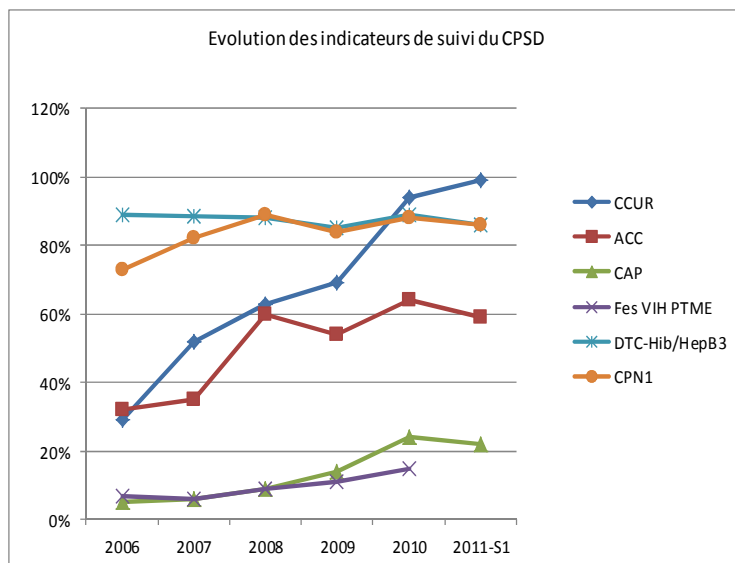
Supérieur à 30 %

Diminution

Entre 10 et 30 %

Supérieur à 30 %

est moins bon que le second semestre 2010. Ils confirment enfin la tendance déjà observée les années précédentes montrant que les activités, en particulier les activités préventives sont plus développées la seconde partie de l'année.



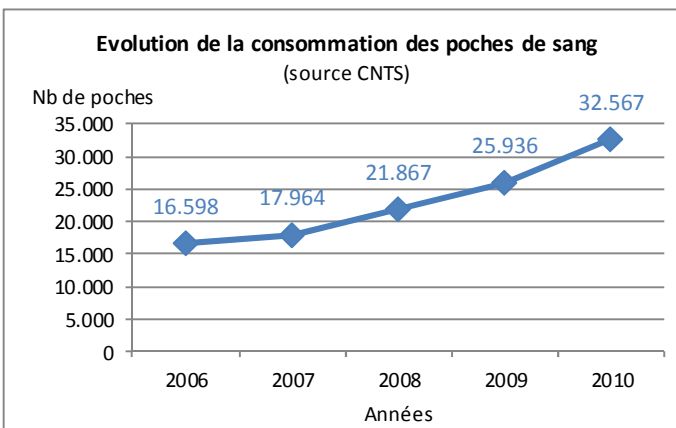
Attention. Toutes les informations présentées sur ces pages doivent bien entendu être analysées avec beaucoup de précautions. Elles ne visent pas à établir un classement des performances mais bien à interpeller les différents responsables afin qu'ils réfléchissent aux indications apportées par les données, identifient les éventuels problèmes et mettent en œuvre les solutions adéquates.

Le CNTS s'accorde aux réformes de décentralisation

Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) a pour mission la collecte, l'analyse biologique et la distribution du sang à transfuser dans les différentes structures de soins de tout le pays. Le CNTS a aussi le rôle d'appuyer les structures de soins dans l'utilisation rationnelle des produits sanguins labiles ainsi que le contrôle de qualité. Ce dernier aspect, primordial du domaine de la transfusion sanguine, est, sans doute, le plus délicat.

Comme le montre le graphique ci-contre, la consommation des produits sanguins a augmenté ces dernières années. Cet accroissement de la demande s'explique en grande partie par la réouverture d'hôpitaux de districts proposant un paquet complet d'activité au sein desquels des blocs opératoires ont été installés et des médecins, pratiquant des urgences obstétricales et chirurgicales, affectés. L'accroissement de la fréquentation de ces structures sanitaires par les enfants de moins de 5 ans présentant l'anémie palustre et/ou sur malnutrition est un autre facteur d'explication.

Pour optimiser la production et répondre aux besoins accrus, le CNTS vient de décentraliser ses activités en créant les **Centres Régionaux de Transfusion Sanguine (CRTS)** que sont CRTS Ngozi, CRTS Cibitoke, CRTS Bururi et CRTS Gitega. Le management efficace et efficient de ces centres, devrait permettre de résoudre les ruptures de stocks itératives en produits sanguins dans le pays.



La sensibilisation des donneurs dans les populations à faible risque, les stratégies de mobilisation des ressources, la motivation du personnel et l'harmonisation des pratiques par rapport aux réformes en cours au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) et dans la Communauté Est Africaine sont également des mesures d'accompagnement mises en œuvre pour le développement intégral du domaine de la transfusion sanguine.

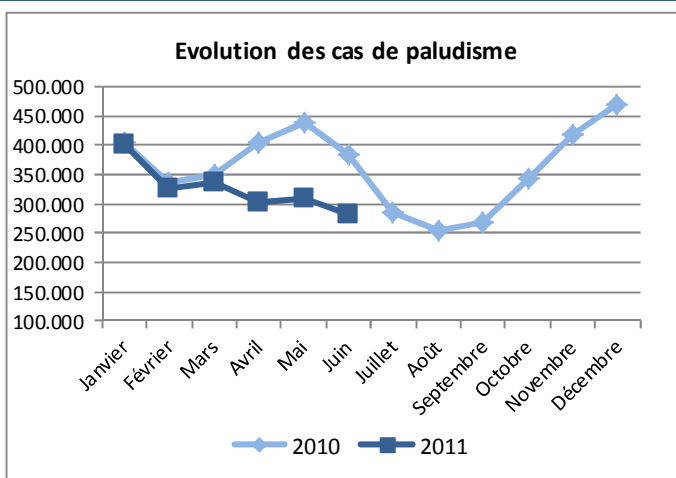
Paludisme 2011 : Impact des interventions

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA s'est aligné sur la vision mondiale de couverture universelle des interventions de lutte contre le paludisme. Trois campagnes de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MIILDA) ont été menées depuis 2009. Avec l'appui des partenaires, le Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme (PNILP) est en train d'initier une nouvelle étape de la lutte contre le paludisme : la prise en charge à domicile des cas de paludisme. Son acceptabilité est testée dans les districts pilotes de Gahombo et Gashoho (Province Kayanza) et bientôt à Cibitoke.

En 2010, les campagnes de masse de distribution des moustiquaires n'avaient encore touché que 10 provinces du pays. Les résultats provisoires de l'EDS II Burundi 2010, montraient que la possession des moustiquaires au niveau national était de 53 % tandis que l'utilisation était des 45 % et 50 % respectivement chez les enfants de moins de cinq et les femmes enceintes.

Une évaluation rapide de la dernière campagne réalisée dans les 8 provinces restantes a donné des résultats satisfaisants. 87 % des ménages enquêtés avaient reçu des MIILDA. Le faible taux de distribution des MIILDA détecté en Mairie de Bujumbura (60 %) a été corrigé par l'organisation d'une campagne ciblée après le dénombrement des ménages non servis et redénombrement de la population bénéficiaire en commune de Buterere.

L'analyse du nombre de cas de paludisme enregistrés au niveau des structures de soins des dernières années a montré que les périodes « avril-juin » et « octobre – janvier » correspondaient à des pics de



cas de paludisme (voir bulletin 1/2011). Le graphique ci-contre montre en 2011, que faisant suite à la campagne de distribution des MIILDA qui a eu lieu durant le mois de février, le pic d'avril – mai ne se reproduit pas.

Ces données nous encouragent à redoubler d'effort sur la longue route vers l'élimination du paludisme. Nous sommes tous interpellés à travailler dans le sens du maintien de ces acquis.

La confirmation de tous les cas de fièvre par un diagnostic parasitologique avant administration des antipaludiques nous donnera l'image réelle de la transmission du paludisme au Burundi.

Bulletin publié avec l'appui de



CTB BURUNDI



Investissons dans notre avenir
Le Fonds mondial
De lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

Editeur	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA
Rédaction	EPISTAT CNTS, PNILP