



BUSNIS

N° 6/2012



1^{er} Octobre 2012

Dans ce numéro :

- Outils harmonisés de planification 1
- Pathologies sous surveillance 2
- Suivi de quelques indicateurs clés 3
- Les Maladies chroniques 4

Editorial

- Le Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida (MSPLS) dispose maintenant des outils harmonisés de planification (Guides et canevas).
- L'analyse des données à potentiel épidémique indique une forte prédominance du paludisme. Cependant, le choléra et la méningite menacent et doivent être étroitement surveillés.
- Le suivi des indicateurs dans les districts sanitaires pointe une bonne dynamique dans certaines provinces; d'autres provinces par contre doivent fournir des efforts.
- Le Burundi vit sa transition épidémiologique; les maladies chroniques non transmissibles (hypertension, diabète) talonnent les maladies infectieuses et parasitaires. Il est temps que les Burundais commencent à s'interroger sur leur mode de vie (sédentarité, tabagisme) et leurs habitudes alimentaires (alcool).

Evénements du MSPLS/DSNIS

- Le Directeur du SNIS vient d'être promu Secrétaire Permanent. Il est remplacé par le Médecin Chef de District Sanitaire de NGOZI.
- Deux Chefs de Service de la DSNIS partent pour des études à l'étranger
- Le SNIS vient d'être renforcé par l'arrivée d'un Assistant Technique International en Santé Publique pour une durée de 3 ans

Les outils de Planification harmonisés et disponibles

L'adoption de la Loi n°1/016 du 20 avril 2005 portant organisation de l'administration communale fut une étape importante dans la politique de décentralisation au Burundi. Ce choix se lit clairement dans la Constitution de mars 2005 et la Loi communale d'avril 2005 révisée par la Loi n°1/02 du 25 janvier 2010.

Dans le secteur de la santé, cette décentralisation, renforcée par la mise en place des districts sanitaires en 2007, a promu l'appropriation par les populations de la gestion du système de santé en transférant aux collectivités de base les compétences y afférentes. Cette appropriation est nécessaire en ce sens qu'elle permet une meilleure prise en compte des besoins réels des populations dans le processus de planification sanitaire qui implique tous les acteurs concernés et à tous les niveaux de décision.

En octobre 2011, à la suite d'un processus participatif de plusieurs mois, partagé par l'ensemble des acteurs du secteur de la santé au niveau national, le Burundi a adopté son deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II) 2011-2015. Le PNDS, dès lors, constitue l'instrument par lequel le Burundi, conformément à son Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), vise à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) pour le secteur de la santé dans les cinq (5) prochaines années.

Pour garantir la mise en œuvre du PNDS II, un ensemble d'outils de planification à tous les niveaux, a été élaboré afin d'assurer l'harmonisation, la cohérence et la complémentarité des interventions.

Cependant, durant les formations qui s'en sont suivies, il a été constaté que ces outils nécessi-

taient une actualisation. Des outils complémentaires devaient par ailleurs être mis en place :

- les canevas de planification opérationnelle des structures de soins (Centre de Santé « CDS » et Hôpitaux de District « HD »),
- les canevas de planification stratégique du District Sanitaire (DS)
- Le descriptif du processus de planification opérationnelle et stratégique à tous les niveaux.

Il a fallu une retraite pour élaborer un guide méthodologique de planification et pour la révision/harmonisation des canevas-type afin de les rendre disponibles avant de lancer le processus de planification pour 2013 ; un atelier de validation du guide de planification et des canevas-type harmonisés a été tenu et le processus de planification pour l'année 2013 a été lancé. Il a été marqué par la diffusion des canevas révisés de planification pour les CDS, HD, DS, Province Sanitaire (PS) ainsi que le niveau central.

Un calendrier de planification a aussi été discuté et arrêté lors de cet atelier. Ainsi, tous les services impliqués devraient disposer de leur plan d'action annuel (PAA) 2013 validé au plus tard le 10 décembre 2012. La principale innovation était que les PAA 2013 des PS et DS soient validés en atelier régional durant les mois d'octobre et novembre 2012. Au cours de cet atelier, les différents Programmes et les partenaires au développement intervenant dans les différentes provinces sanitaires seraient conviés.

Indiscutablement le respect de ce programme constitue un grand défi pour tous les niveaux .

La prévalence des maladies à potentiel épidémique de Janvier à Août 2012

Le tableau 1 ci-contre est une synthèse de la collecte des données hebdomadaires cumulative portant sur la période de Janvier à Août 2012 des maladies à potentiel épidémique transmises chaque semaine par téléphone ou par e-mail à la Direction du SNIS. Les 3 principaux messages qui ressortent à l'examen de ces données sont que :

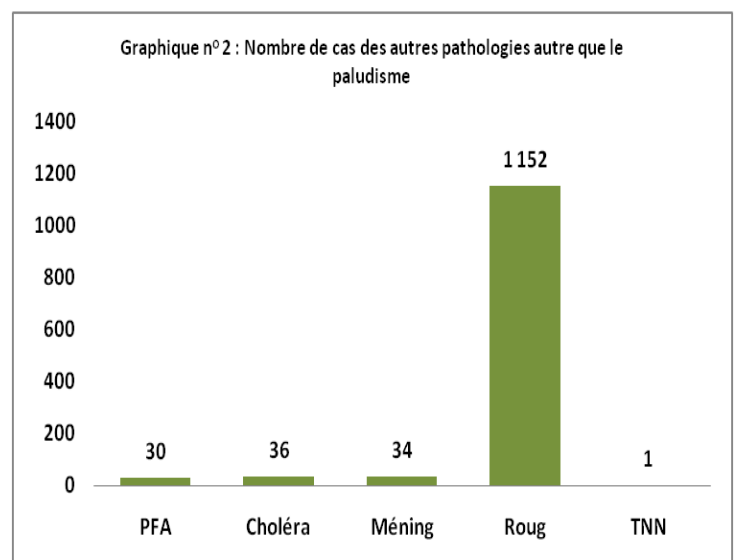
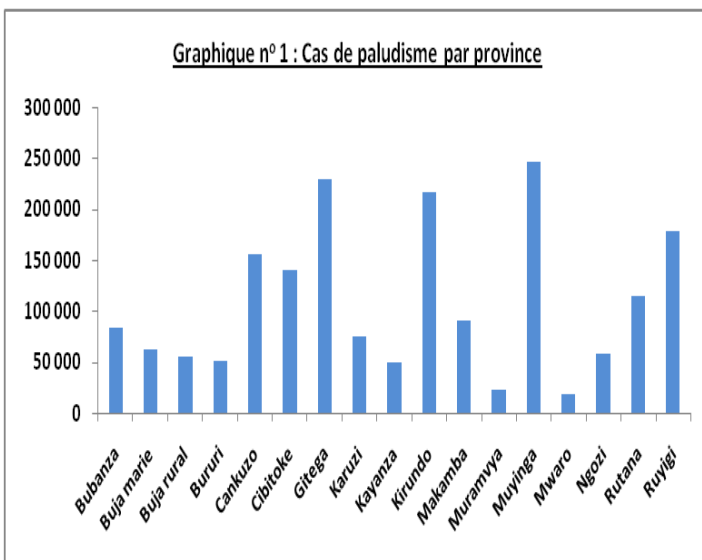
1. Le paludisme a été la plus fréquente des 6 maladies à potentiel épidémique (Dans certaines provinces sanitaires comme Bubanza, Bururi et Kayanza, le paludisme a été la seule pathologie rapportée).
2. Après le paludisme, la rougeole vient en 2^{ème} position des pathologies à potentiel épidémique plus fréquentes (529 cas pour Muyinga, 233 cas pour Kirundo, 162 cas pour Ruyigi, 105 cas pour Makamba, ...). Si l'on considère qu'une couverture vaccinale > 90% devrait conférer une immunité collective, les provinces avec couverture vaccinale > à 90% (Cibitoke: 102.4%, Ruyigi: 101.4%, Muyinga: 97.1%, Rutana: 96.1% et Kirundo: 95.4%) ne devraient plus présenter de cas de rougeole. Ce ne semble pas être le cas puisque MUYINGA présente le plus grand nombre de cas, suivi de KIRUNDO. Paradoxalement les provinces avec couvertures vaccinales faibles (Muramvya: 54.2%, Buja Mairie: 56.6%, Gitega: 68.4%, Mwaro: 70.0% et Buja Rural: 73.4%) rapportent moins de cas.

Tableau n°1 : **La Morbidité dans les Centres de Santé et Hôpitaux en 2012**

Province	PFA	Choléra	Méning	Roug	TNN	Palu	Total cas	% palu
Bubanza	0	0	0	0	0	83 059	83 059	100,00%
Buja marie	7	36	1	15	0	61 766	61 825	99,91%
Buja rural	3	0	0	11	0	55 011	55 025	99,99%
Bururi	0	0	0	0	0	50 391	50 391	100,00%
Cankuzo	0	0	1	0	0	155 486	155 487	99,99%
Cibitoke	2	0	0	19	0	140 464	140 485	99,99%
Gitega	1	0	5	13	0	229 729	229 748	99,99%
Karuzi	2	0	2	0	0	74 522	74 526	99,99%
Kayanza	0	0	0	0	0	49 019	49 019	100,00%
Kirundo	4	0	19	233	1	216 082	216 339	99,88%
Makamba	0	0	0	105	0	90 926	91 031	99,89%
Muramvya	0	0	0	7	0	22 732	22 739	99,97%
Muyinga	7	0	4	529	0	246 577	247 117	99,78%
Mwaro	1	0	0	2	0	19 028	19 031	99,98%
Ngozi	0	0	1	0	0	58 259	58 260	99,99%
Rutana	2	0	0	56	0	114 177	114 235	99,95%
Ruyigi	1	0	1	162	0	177 906	178 070	99,91%
Total	30	36	34	1 152	1	1 845 134	1 846 387	99,93%

En tout état de cause, les campagnes de vaccination anti--rougeoleuse continueront à être justifiées. La dernière campagne couplée à la Semaine Santé Mère-Enfant (SSME) ayant été réalisée au mois de Juin 2012

3. Bien que le Burundi ne soit pas dans l'espace de la ceinture de la Méningite, 34 cas ont été rapportés sur les 8 mois de la collecte. Nous supposons qu'il ne s'agit probablement pas de la méningite à méningocoque.



Suivi de quelques indicateurs clés

Le tableau 2 ci-contre présente les résultats des indicateurs clés par province sanitaire pour le 1^{er} semestre 2012. La légende sous le tableau permet de distinguer les progressions et les dégressions enregistrées comparativement au 1^{er} semestre 2011.

On note que:

1. Pour l'accouchement en milieu de soins (Acc), toutes les provinces ont connu une bonne progression;
2. Pour la consultation curative ambulatoire (CCUR), 13 des 17 provinces ont progressé. Les autres (Bubanza, Bujumbura Mairie, Bururi et Ngozi) ont connu une diminution.
3. Pour la couverture en 3^{ème} dose du vaccin pentavalent Penta, la province sanitaire de **Karusi** a plus progressé que les autres (11,7%) alors que la province sanitaire de **Bubanza** a plus régressé (7,7%)
4. Pour la couverture 1^{ère} consultation prénatale (CPN 1), les provinces sanitaires de **Cibitoke**, **Rutana**, **Ruyigi** ont modérément progressé. **Bubanza** a reculé de près de 40%. Les autres provinces ont régressé légèrement (moins de 10%)

Dans le graphique ci-dessous, les 4 indicateurs (**CCUR**, **CPN 1**, **ACC**, **Penta 3**) sont comparés aux résultats des années précédentes. Il en ressort sur la période:









1. Une tendance à la progression de la couverture de la consultation curative ambulatoire.
2. Une tendance à la stagnation de la couverture en accouchement dans les institutions de soins entre 2011 et le 1^{er} semestre 2012,
3. Une tendance à la baisse de la couverture de la 1^{ère} consultation prénatale et de la 3^{ème} dose du pentavalent

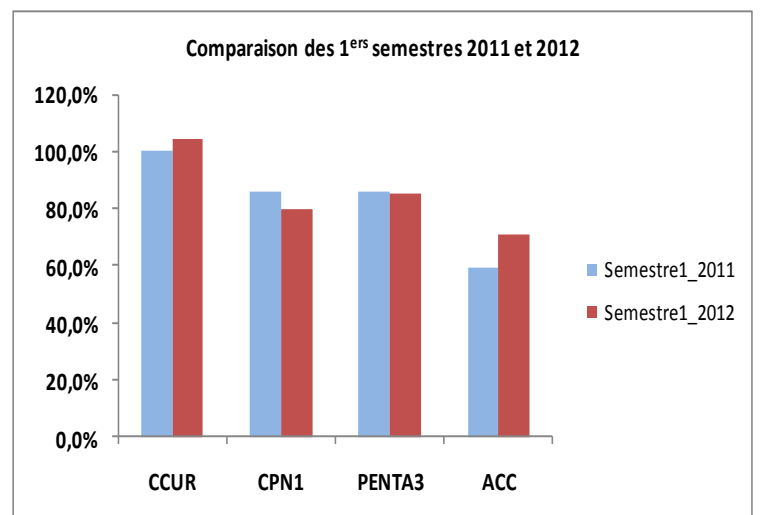
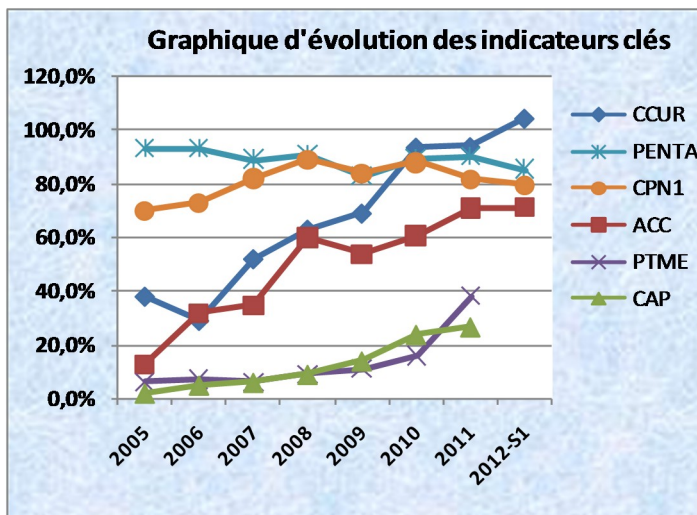
On peut penser que le FBP et la mesure présidentielle de gratuité des soins pour les moins de 5 ans et les femmes enceintes et celles qui accouchent ont un impact différencié sur certains indicateurs. Ceci mérite d'être plus étudié.

Tableau n°2 : Taux de couverture pour le 1^{er} semestre 2012

Provinces sanitaires	CCUR	CPN1	PENTA3	ACC
BUBANZA	104,9%	93,3%	101,1%	93,4%
BUJUMBURA MAIRIE	55,7%	48,0%	63,0%	61,6%
BUJUMBURA RURAL	68,5%	66,6%	72,5%	67,0%
BURURI	62,2%	71,1%	78,3%	68,7%
CANKUZO	205,7%	92,2%	100,3%	84,0%
CIBITOKÉ	128,7%	109,8%	107,8%	96,6%
GITEGA	113,1%	62,2%	70,4%	67,3%
KARUSI	125,5%	76,6%	83,9%	64,8%
KAYANZA	112,0%	61,7%	79,8%	52,7%
KIRUNDO	107,0%	98,7%	92,3%	73,0%
MAKAMBA	95,3%	93,1%	109,3%	88,5%
MURAMVYA	70,5%	60,1%	72,1%	55,6%
MUYINGA	130,7%	91,0%	90,1%	73,6%
MWARO	80,6%	54,4%	65,2%	45,5%
NGOZI	88,3%	76,7%	84,7%	69,5%
RUTANA	121,5%	94,1%	99,1%	68,5%
RUYIGI	157,3%	118,2%	99,5%	87,7%
Taux national	104,4%	79,6%	85,4%	71,2%

Légende comparative de l'évolution des indicateurs clés par rapport aux données du 1^{er} semestre 2011

Augmentation		Diminution	
Inférieur à 10%		Inférieur à 10%	
Entre 10 et 20%		Entre 10 et 20%	
Entre 20 et 30%		Entre 20 et 30%	
Supérieur à 30%		Supérieur à 30%	



Prévalence de certaines maladies chroniques : Diabète et Hypertension artérielle

Les Systèmes de santé des pays en voie de développement font face à une transition épidémiologique caractérisée par l'émergence des maladies chroniques. Associées aux maladies infectieuses et parasitaires, les maladies chroniques non transmissibles finissent par constituer un lourd fardeau à porter qui grève les ressources toujours limitées des pays.

Le MSPLS a créé un Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles en janvier 2009; le but est de contribuer à réduire la morbi-mortalité due à ces maladies en mettant en place des politiques et stratégies devant y faire face.

Dans le cadre de l'ouverture de la semaine porte ouverte au MSPLS, le **Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles** a organisé une campagne de dépistage du diabète et de l'HTA dans les différents Ministères de la Mairie de Bujumbura.

L'objectif de cette campagne était de sensibiliser la population sur l'ampleur de ces 2 pathologies et sur l'importance du dépistage précoce.

Selon le Directeur de ce Programme, le dépistage précoce permet de mieux connaître l'état de santé de l'individu par rapport à un risque donné et rentre dans les bonnes pratiques d'une vie saine; le traitement précoce de ces maladies évite ou réduit l'évolution vers de complications (l'atteinte du cerveau, du cœur, des reins, des vaisseaux, des yeux, ...)

Le directeur du programme a signalé que les résultats de la campagne permettront de disposer des données sur l'ampleur de ces maladies, surtout que

Les données parcellaires montrent néanmoins que le diabète existe dans la société burundaise:

- Une étude faite au CHUK en 2003 montre que le diabète est la 3^{ème} cause d'hospitalisation et que 30% des amputations des membres inférieures faites dans cette institution sont liées au diabète.
- Une autre étude faite dans certaines sociétés industrielles de la ville de Bujumbura en 2003 montre une prévalence de 7% au sein de leur personnel. La prévalence élevée du diabète dans la ville de Bujumbura est également illustrée par les chiffres obtenus en 2007 dans la commune de Buyenzi (14.5%).
- En 2010, un dépistage du diabète réalisé par les étudiants finalistes en médecine a révélé un taux de 12% dans la ville de Ngozi.

- En 2011, au cours de la campagne de dépistage dans les communes de RUGOMBO et MUGINA, province sanitaire de CIBITOKÉ, on a enregistré un taux d'incidence de 7.5%.

Ces chiffres pourraient même être en deçà de la réalité puisque dans de nombreux pays africains les enquêtes STEPS enregistrent des taux de prévalence autour de 20%.

- Une étude effectuée au CHUK en 2006 montre que l'H.T.A est en général associé au diabète dans 30% des cas. Cette étude a montré que les complications dégénératives sont très fréquentes (73.2%) chez les hypertendus diabétiques. Elles sont surtout dominées par les complications rénales.

Photo no 1 : Semaine porte ouverte au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA



Source : Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles