|  |
| --- |
| **REPUBLIQUE DU BURUNDI**    **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**  **ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**  **--------------------------------------**  **PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT**  **DE LA MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION**  **2019-2023**  C:\Users\Olivier JADIN\Pictures\4. Images 03.10.2018\01. Travail\2. Burundi\Kiné - réadaptation\CNRKR Soins kiné\Hémiplégique 1 réduit.jpgC:\Users\USER\Pictures\2. Kiné Burundi\Mission tournée service kiné\Mkamba kiné.jpg    **C:\Users\Olivier JADIN\Pictures\4. Images 03.10.2018\01. Travail\2. Burundi\Kiné - réadaptation\CNRKR Soins kiné\Tapis roulant réduit.jpg**  **Janvier 2019** |

# PREFACE

****Le Gouvernement du Burundi s’est engagé dans la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2015) pour l’amélioration de la santé des populations.

Parmi les défis que le PNDS entend relever, les incapacités et les handicaps moteurs sont variés et provoqués par de multiples affections.

Traumatismes de la route et du travail, hypertension artérielle, diabète, mal de dos, infirmité motrice cérébrale, problèmes uro-gynécologiques, affections respiratoires et bien d’autres, sont de grands vecteurs de handicap.

Chaque burundais les a vécus dans sa chair ou a vu un membre de sa famille ou de son entourage en être victime.

Les professionnels de la médecine de réadaptation (médecins spécialistes MPR, kinésithérapeutes, orthoprothésistes, ergothérapeutes, orthophonistes, ...) apportent des solutions thérapeutiques pour limiter ou annuler l’impact de ces affections, afin que la personne soit de nouveau apte à vivre et à fonctionner le plus normalement possible dans son milieu familial, social et professionnel.

La médecine physique et de réadaptation, pourtant essentielle, est peu développée au Burundi. Cette lacune est en voie d’être corrigée. Les références indispensables pour permettre son développement ont été intégrées dans le PNDS 2011-2015.

C’est pour en définir avec précision les axes essentiels ainsi que les résultats d’activités et les indicateurs attendus, que le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA a mené le processus d’élaboration du plan stratégique de développement de la médecine physique et de réadaptation.

Le PSDMPR 2019-2023 est le second plan du genre. C’est le produit d’une démarche participative des acteurs concernés.

Je voudrais saisir cette opportunité pour remercier les partenaires techniques et financiers particulièrement l’APEFE et Handicap International pour leur soutien au développement de ce domaine  et pour leur appui dans le processus d’élaboration de ce document.

J’invite tous les acteurs du système de santé à en faire un outil de référence dans la planification et la mise en œuvre des actions qui vont concourir au développement de la médecine physique et de réadaptation dans notre pays.

**Le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida**



**Dr Thaddée NDIKUMANA**

# RESUME DIRECTEUR

Le Plan Stratégique de Développement de la Médecine Physique Réadaptation 2019-2023 est le second du genre, il succède au PSDMPR 2011-2015. Il a été préparé par un comité technique d’élaboration et a été validé en atelier national tenu du 6 au 8 juin 2018

Les incapacités et handicaps sont un problème de santé publique croissant au Burundi*. La prévalence du handicap permanent modéré et sévère* (moteur, sensoriel, mental) est de 4 à 4,5 % au Burundi. Les handicaps moteurs représentant à eux seuls 2,5 % de la population. Ces handicaps moteurs étaient auparavant provoqués le plus souvent par les maladies infectieuses (poliomyélite, lèpre, tuberculose, méningite, neuropaludisme, …) qui sont aujourd’hui éradiquées ou mieux contrôlées. Cependant d’autres facteurs, moins contrôlables, sont devenus les principaux vecteurs de handicap et d’incapacité. Citons en particulier: (i) les maladies chroniques (diabète, hypertension) liées à la sédentarisation et à l’évolution des habitudes alimentaires ; (ii) les traumatismes de la route, du travail et des conflits ; (iii) les complications liées aux accouchements difficiles qui augmentent le nombre de nouveau-nés réanimés mais avec des dégâts cérébraux ; (iv) le vieillissement progressif de la population qui augmente le nombre de personnes âgées handicapées. Il faut souligner que, *en plus des personnes handicapées, les personnes victimes d’incapacités encore réversibles sont très nombreuses*. Toute la population est en effet susceptible d’être un jour ou l’autre victime d’une maladie ou d’un traumatisme vecteur d’incapacité. La médecine Physique-Réadaptation (MPR) est alors essentielle pour éviter que des incapacités encore réversibles se transforment en handicaps définitifs. Les capacités de soins dans ce domaine de la médecine sont cependant réduites au Burundi et doivent être renforcées.

Le PSDMPR se décline sur *cinq axes d’intervention* : (i) Renforcement des capacités du MSPLS dans la coordination, la planification et le leadership du développement de la MPR (ii) Renforcement des ressources humaines de la MPR en qualité et en quantité, (iii) Amélioration des performances du système de réadaptation ainsi que l’accessibilité géographique et financière aux soins de MPR, (iv) Renforcement de la production et l’exploitation de l’information relative à la MPR au Burundi et (v) Lutte contre les facteurs de risques d’incapacités et de handicaps.

Ces axes d’intervention sont divisés en *treize objectifs spécifiques* qui sont : (i) assurer le leadership du MSPLS dans le développement de la MPR ; (ii) développer un cadre légal de l’exercice des métiers de la MPR ; (iii) mobiliser et former des RH en MPR ; (iv) créer une école de kinésithérapie à l’INSP de Bujumbura ; (v) ouvrir de nouveaux services MPR et améliorer les performances des services existants ; (vi) améliorer la connaissance de la MPR parmi le personnel de santé ; (vii) Développer un programme RBC ; (viii) améliorer la prise en charge de certaines pathologies handicapantes nécessitant des soins très spécifiques ; (ix) améliorer l’accès financier aux services de MPR ; (x) améliorer la production d’information en MPR au Burundi ; (xi) Améliorer l’exploitation de l’information en MPR au Burundi ; (xii) Améliorer la prévention des facteurs essentiels d’incapacité et de handicap ; (xiii) Promouvoir la prise ne charge ré-adaptative précoce des affections handicapantes.

*Le Cout global* du PSDMPR 2019-2023 est estimé à 5 817 000 000FBU. La prise en charge est assumée par le MSPLS et par ses partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux qui se répartissent les activités décrites dans le cadre logique du Plan stratégique.

*Le suivi et l’évaluation* du PSDMPR 2019-2023 sont assurés par un comité de suivi-évaluation nommé par le Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida. Celui-ci est composé de représentants des décideurs (MSPLS et MDPHASG), des Prestataires de services MPR (professionnels MPR et services de soins MPR), des usagers (représentants des associations de personnes handicapées) et des organisations d’appui (APEFE, COPED, …). Le CSE se réunit au moins 3 fois par an pour élaborer le PAA, faire le point sur l’avancement des activités et donner ses recommandations aux acteurs chargés de la mise en œuvre du Plan. *Une revue à mi-parcours du plan stratégique* est prévue en 2021. *L’évaluation finale* est prévue dans le dernier trimestre de 2023 avant que démarre le processus d’élaboration du plan suivant

TABLE DES MATIERES

[PREFACE 2](#_Toc535826439)

[RESUME DIRECTEUR 3](#_Toc535826440)

[LISTE DES ACRONYMES 6](#_Toc535826441)

[1. INTRODUCTION 8](#_Toc535826442)

[2. CONTEXTE NATIONAL 10](#_Toc535826443)

[2.1 Situation géographique 10](#_Toc535826444)

[2.2 Contexte démographique 10](#_Toc535826445)

[2.3 Situation économique 10](#_Toc535826446)

[2.4 Situation sociale 11](#_Toc535826447)

[2.5 Système éducatif 11](#_Toc535826448)

[2.6 Equité et genre 11](#_Toc535826449)

[2.7 Alimentation et nutrition 12](#_Toc535826450)

[2.8 Eau, hygiène et assainissement 13](#_Toc535826451)

[2.9 Situation des personnes handicapées au Burundi. 13](#_Toc535826452)

[3. CONTEXTE SECTORIEL 14](#_Toc535826453)

[3.1 Aperçu des tendances de morbidité – mortalité au Burundi 14](#_Toc535826454)

[3.2 Tendances observées sur les principales maladies transmissibles 15](#_Toc535826455)

[3.2.1 Paludisme 15](#_Toc535826456)

[3.2.2 Infection respiratoire aigües 15](#_Toc535826457)

[3.2.3 Maladies diarrhéiques 15](#_Toc535826458)

[3.2.4 VIH/Sida 15](#_Toc535826459)

[3.2.5 Tuberculose 15](#_Toc535826460)

[3.3 Tendances observées sur les maladies chroniques non transmissibles 16](#_Toc535826461)

[3.4 Renforcement du système de santé 16](#_Toc535826462)

[3.4.1 Les réformes du système de santé 16](#_Toc535826463)

[3.4.2 Les objectifs visés par la Politique Nationale de Santé  du Burundi. 21](#_Toc535826464)

[4. CONTEXTE-SOUS SECTORIEL DE LA MPR 22](#_Toc535826465)

[4.1 Prévalence des incapacités et handicaps au Burundi 22](#_Toc535826466)

[4.1.1 Définition de la déficience , de l’incapacité et du handicap 22](#_Toc535826467)

[4.1.2 Degré de gravité des incapacités et handicaps 22](#_Toc535826468)

[4.1.3 Quelques chiffres sur le handicap au Burundi 22](#_Toc535826469)

[4.1.4 Les chiffres tirés du RGPH de 2008 22](#_Toc535826470)

[4.1.5 L’étude quantitative de HI sur la situation des PH (2009) : 23](#_Toc535826471)

[4.2 Etat des lieux de la médecine physique-réadaptation au Burundi 24](#_Toc535826472)

[4.2.1 Tutelle des centres et services pratiquant la MPR au Burundi 24](#_Toc535826473)

[4.2.2 Planification et coordination du développement de la MPR au Burundi 25](#_Toc535826474)

[4.2.3 Partie «intégration socio-économique du développement de la réadaptation 26](#_Toc535826475)

[4.2.4 Acteurs de la Médecine Physique et Réadaptation au Burundi 27](#_Toc535826476)

[4.3 Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces du domaine de la MPR au Burundi 36](#_Toc535826477)

[5. METHODOLOGIE D’ELABORATION DU PSDMPR 38](#_Toc535826478)

[5.1 Revue documentaire et élaboration d’un draft de PSDMPR 2019 - 2023 38](#_Toc535826479)

[5.2 Revue et finalisation du draft de document de PSDMPR 2019 -2023 38](#_Toc535826480)

[5.3 Validation du PSDMPR 2019 - 2023 en atelier national 38](#_Toc535826481)

[6. PRIORITES DU PSDMPR. 39](#_Toc535826482)

[7. SYNTHESES DES OBJECTIFS, AXES ET ACTIVITES du PSDMPR 40](#_Toc535826483)

[7.1 Vision du programme de la MPR à l’horizon 2023 40](#_Toc535826484)

[7.2 Objectif général 40](#_Toc535826485)

[7.3 Axes stratégiques 40](#_Toc535826486)

[8. MISE EN OEUVRE DU PSDMPR 42](#_Toc535826487)

[8.1 Calendrier de mise en œuvre 42](#_Toc535826488)

[8.2 Cadre de financement 43](#_Toc535826489)

[9. CADRE DE SUIVI-EVALUATION 43](#_Toc535826490)

[9.1 Objectif du CSE 43](#_Toc535826491)

[9.2 Mécanisme du CSE 43](#_Toc535826492)

[9.3 Organe responsable du suivi-évaluation du PSDMPR 43](#_Toc535826493)

[9.4 Hypothèses et risques 43](#_Toc535826494)

[10. Liste des annexes 44](#_Toc535826495)

[Annexe 1: Cadre logique avec tableau des indicateurs par année. 45](#_Toc535826496)

[Annexe 2 : Estimation du coût du PSDMPR 2019-2023 (en FBU) 62](#_Toc535826497)

[Annexe 3 : Liste des institutions où sont pratiqués les soins MPR 76](#_Toc535826498)

[Annexe 4 : Contacts des acteurs de la Médecine Physique et Réadaptation au Burundi 77](#_Toc535826499)

[Annexe 5 : Membres de la commission technique d’élaboration du plan stratégique 79](#_Toc535826500)

[Annexe 6: Liste des participants à l’atelier national de validation du plan stratégique de développement de la médecine physique et réadaptation 80](#_Toc535826501)

[Annexe 7 : Bibliographie 82](#_Toc535826502)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LISTE DES ACRONYMES | | | | | | |
| **APEFE** | **:** | Association pour la Promotion de l’Education et de la Formation à l’Etranger | | |
| **AKB** | **:** | Association des Kinésithérapeutes du Burundi | | |
| **ASBL** | **:** | Association Sans But Lucratif | | |
| **ATI** | **:** | Assistant Technique International | | |
| **AVC** | **:** | Accident Vasculaire Cérébral | | |
| **BDS** | **:** | Bureau de District Sanitaire | | |
| **BPS** | **:** | Bureau de la Province Sanitaire | | |
| **CDS** | **:** | Centre de Santé | | |
| **CICR** | **:** | Comité International de la Croix Rouge | | |
| **CNRKR** | **:** | Centre National de Référence en Kinésithérapie et Réadaptation médicale | | |
| **CHUK** | **:** | Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge | | |
| **CNAR** | **:** | Centre National d’Appareillage et de Réadaptation | | |
| **CNRSP** | **:** | Centre National de Réadaptation Socio Professionnelle | | |
| **COPED** | **:** | Conseil Pour l’Education et le Développement | | |
| **CEPGL** | **:** | Communauté Economique des Pays des Grands Lacs | | |
| **CKRF** | **:** | Centre de Kinésithérapie et de Rééducation Fonctionnelle | | |
| **CPK** | **:** | Centre de Physiothérapie et de Kinésithérapie | | |
| **CSLP** | **:** | Cadre Stratégique de Croissance et de lutte contre la pauvreté | | |
| **CTB** | **:** | Coopération Technique Belge | | |
| **DGD** | **:** | Direction Générale de la Coopération au Développement (Belgique) | | |
| **DGR** | **:** | Direction Générale des Ressources | | |
| **DGSPLS** | **:** | Direction Générale de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida | | |
| **DP** | **:** | Directeur de Programme | | |
| **DS** | **:** | District Sanitaire | | |
| **EAC** | **:** | East African Community | | |
| **EDSB** | **:** | Enquête démographique et de Santé au Burundi | | |
| **ESK** | **:** | Ecole Supérieure de Kinésithérapie (de Cotonou – Bénin) | | |
| **FBP** | **:** | Financement Basé sur la Performance | | |
| **FED** | **:** | Fond Européen de Développement | | |
| **FFOM** | **:** | Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces | | |
| **HI** | **:** | Handicap International | | |
| **FOSA** | **:** | Formation Sanitaire | | |
| **HDS** | **:** | Hôpital de District Sanitaire | | |
| **HMK** | **:** | Hôpital Militaire de Kamenge | | |
| **IMOC** | **:** | Infirmité Motrice d’Origine Cérébrale | | |
| **INSP** | **:** | Institut National de la Santé Publique | | |
| **IUKR** | **:** | Institut Universitaire en Kinésithérapie et Réadaptation | | |
| **ISPO** | **:** | International Society for Prosthetics and Orthotics | | |
| **MDNAC** | **:** | Ministère de la Défense Nationale et des Anciens Combattants | | |
| **MESRS** | **:** | Ministère de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique | | |
| **MPR** | **:** | Médecine Physique – Réadaptation | | |
| **MSPLS** | **:** | Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida | | |
| **MSNDPHG** | **:** | Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la personne humaine et du Genre | | |
| **OMD** | **:** | Objectifs du Millénaire pour le Développement | | |
| **OMS** | **:** | Organisation Mondiale de la Santé | | |
| **PAISS** | **:** | Programme d’Appui aux Institutions du Secteur de Santé | | |
| **PVH** | **:** | Personne Vivant en situation de Handicap | | |
| **PIB** | **:** | Produit Intérieur Brut | | |
| **PMA** | **:** | Paquet Minimum d'Activités | | |
| **PNDS** | **:** | Plan National de Développement Sanitaire | | |
| **PNILMCNT** | **:** | Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles | | |
| **PNIMTNC** | **:** | Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées et la Cécité | | |
| **PNILP** | **:** | Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme | | |
| **PNLT** | **:** | Programme National Lèpre et Tuberculose | | |
| **PNS** | **:** | Politique Nationale de la Santé | | |
| **PNSR** | **:** | Programme National de Santé de la Reproduction | | |
| **PPA** | **:** | Programme Pluriannuel | | |
| **PRONIANUT** | **:** | Programme National Intégré d’Alimentation et de Nutrition | | |
| **PTF** | **:** | Partenaire Technique et Financier | | |
| **RAPHB** | **:** | Réseau des Associations de Personnes Handicapées du Burundi | | |
| **RBC** | **:** | Réadaptation à Base Communautaire | | |
| **RCPHB** | **:** | Réseau des Centres pour Personnes Handicapées du Burundi | | |
| **RGPH** | **:** | Recensement Général de la Population et de l’Habitat | | |
| **SNIS** | **:** | Système National d’Information Sanitaire | | |
| **UA** | **:** | Union Africaine | | |
| **UAC** | **:** | Université d’Abomey-Calavi | | |
| **UPHB** | **:** | Union des Personnes Handicapées du Burundi | | |
| **UCL** | **:** | Université Catholique de Louvain | | |
|  | | |  |  | | |
|  | | |  |  | | |

# INTRODUCTION

La médecine physique et de réadaptation (MPR) est une des composantes du système de santé, au même titre que les soins préventifs, curatifs et de promotion de la santé.  La MPR apporte une réponse thérapeutique à plusieurs problèmes de santé publique et à leurs conséquences qui sont les *incapacités* et *handicaps* moteurs parmi notre population.

Jusqu’il y a quelques années, la plupart des incapacités et handicaps moteurs étaient la conséquence des maladies infectieuses telles que la poliomyélite, la méningite, les encéphalites de diverses origines, la tuberculose osseuse,… Les progrès accomplis dans la prévention et les soins de ces maladies ont fait reculer la fréquence des séquelles qui leur étaient liées.

Cependant, des vecteurs d’incapacités et de handicap, plus difficiles à prévenir que les maladies infectieuses, demeurent en pleine croissance. Au Burundi, malgré le peu de données disponibles, le constat est qu’il s’agit entre autres:

* *des traumatismes de la route* en augmentation régulière ;
* *des maladies chroniques* provoquées par la sédentarisation des populations urbaines et les changements d’habitudes alimentaires :
* l’hypertension artérielle, à l’origine de lourdes séquelles dont l’hémiplégie;
* le diabète, qui aboutit fréquemment à des amputations s’il est mal suivi ;
* le mal de dos, poison de l’existence quotidienne;
* *des complications liées à des accouchements difficiles* qui produisent des effets inattendus, en particulier la croissance de lésions cérébrales (IMOC) chez des enfants réanimés à la naissance ;
* *des affections respiratoires aiguës et chroniques* (asthme, bronchite et bronchiolite, …) ;
* *d’autres affections très handicapantes* qui sont cachées parce que vécues dans la honte comme les problèmes uro-gynécologiques (les cas d’incontinences, de prolapsus, les fistules recto-vaginales,..)

Face à ces problèmes de santé publique, la médecine physique et de réadaptation connaît des progrès au Burundi :

* La création d’un service national chargé de la Médecine Physique et Réadaptation (SCMPR) au sein du MSPLS depuis 2017;
* Un document des « normes des services de MPR » élaboré, validé et adopté fin 2016 par le MSPLS.
* Un centre national de référence en kinésithérapie et réadaptation médicale (CNRKR) est fonctionnel depuis février 2016 ;
* l’intégration des services MPR dans plusieurs hôpitaux du pays (Kirundo, Muramvya, HPRC, Ngozi, Bubanza, Ruyigi, Mivo, Mpanda, Karuzi) même si les conditions de locaux, d’équipements et de RH ne sont pas toujours satisfaisantes)
* Une école de kinésithérapie est en construction à l’INSP  (ouverture prévue en janvier 2019);
* Des ressources humaines de la MPR sont en formation au Burundi et à l’extérieur du pays.

Cependant, bien de défis sont encore à relever :

* Pas encore assez de leadership du MSPLS dans le développement de la MPR au Burundi ;
* Insuffisance de personnel qualifié en MPR (médecins, kinésithérapeutes, orthoprothésistes, ergothérapeutes, orthophonistes);
* Insuffisance du nombre de centres et de services pratiquant la MPR à travers le pays ;
* Insuffisance de matériel et équipements dans les centres existants ;
* Peu d’accès économique de nos populations aux soins de MPR ;
* Sensibilisation insuffisante des professionnels de la santé et des décideurs nationaux et régionaux en matière de services MPR ;
* Le document de normes des services MPR récemment validé par le MPSPLS ne comporte pas encore de critères permettant d’évaluer la qualité des soins;
* Très peu de données sont disponibles sur la pratique des soins MPR au niveau national ;
* Pas encore de programme de *réadaptation à base communautaire* d’envergure au niveau national pour accompagner la partie purement médicale de la réadaptation et la compléter par une véritable stratégie d’intégration sociale et économique des personnes victimes de handicap ou d’incapacité.

Pour améliorer cette situation, le MSPLS a donc décidé de prendre en compte les aspects de MPR dans son PNDS II 2011-2015, reconduit jusqu’en 2018.

Cette prise en compte des soins MPR dans le PNDS a été déclinée dans le PSDMPR 2011-2015 et dans le présent PSDMPR 2019-2023. Cela par cinq axes stratégiques principaux qui correspondent aux défis relevés ci-dessus.

* *Axe gouvernance* :
  + par la création d’un service chargé de la MPR au sein du programme national intégré de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles (PNILMCNT). Ce nouveau service a e pour rôle le renforcement des capacités de gouvernance du MSPLS dans ce domaine de la MPR,
  + par l’élaboration des textes de stratégie, de plan d’action, de normes de qualité ainsi que des textes régissant la profession des kinésithérapeutes et des autres métiers de la réadaptation physique;
* *Axes ressources humaines :* par le renforcement des capacités deformation des ressources humaines compétentes dans ce domaine ;
* *Axe accessibilité aux soins*: par la mise en place et le renforcement des structures de soins à travers le pays, le développement d’un système de suivi de la qualité des soins et une réflexion sur l’accès financier aux soins.
* *Axe renforcement de la production et de l’exploitation de l’information relative à la MPR :* Par la mise en place d’un dossier médical informatisé dans les services de kinésithérapie réadaptation du pays
* *Axe prévention de l’incapacité et du handicap :* par la lutte contre les facteurs de risque d’incapacité et de handicaps

**C**ette stratégie coordonnée par le MSPLS s’appuie sur de multiples partenariats entre le Gouvernement, la société civile et les PTFs, cela à travers plusieurs conventions.

Elle vise à donner des orientations claires et cohérentes au MSPLS, ainsi qu’à ses partenaires, acteurs nationaux et internationaux pour faciliter le développement de la MPR au Burundi.

# CONTEXTE NATIONAL

## Situation géographique

Le Burundi est situé à cheval entre l’Afrique de l’Est et l’Afrique Centrale. Il est frontalier au nord avec le Rwanda, au Sud et à l’Est avec la Tanzanie et à l’Ouest avec la RD Congo. Peuplé d’une population estimée à 9.285.139 habitants[[1]](#footnote-1), le Burundi s’étend sur une superficie de 27.834 km². Son relief est dominé par de hauts plateaux au centre et la plaine de l’Imbo à l’Ouest, la dépression de Kumoso. Son climat est de type tropical avec quatre saisons, une petite saison de pluie (d’octobre à décembre), une petite saison sèche (janvier à février), la grande saison des pluies (de mars à mai) et la grande saison sèche (de juin à septembre).

## Contexte démographique

Depuis l’indépendance du pays en 1962 jusqu’à 2017, la population du Burundi a quadruplé. Le dernier recensement général de la population et de l’habitat (RGPH) de 2008 l’estimait à 8.053.574 habitants dont 51% de femmes. Il montre également que cette population est jeune avec 44% de personnes de moins de 15 ans, tandis que les personnes âgées de 60 ans et plus ne représentent que 5,4 %. La densité moyenne de cette population est estimée à environ 310 hab/km², l’une des plus fortes d’Afrique avec un taux de croissance annuelle de la population estimée à 2,4%, une taille moyenne de 4,7 personnes par ménage et un indice synthétique de fécondité de près de 6,3 enfants par femme.

Si ces tendances en termes d’accroissement de la population se maintiennent, on peut estimer la population du Burundi à respectivement 9,5 millions en 2015; 10,5 millions en 2019 et 12,1 millions en 2025 avec une densité moyenne prospective avoisinant 467 hab/km². Cette forte croissance démographique aura, pour conséquence, une pression de plus en plus forte sur les ressources naturelles et foncières (plus de 90% de la population vivent en zone rurale).

Dans sa « Vision 2025 », le Burundi a fixé le cap pour la réduction de l’indice synthétique de fécondité de 6,3 à 3 enfants par femme à l’horizon 2025 qui coïncide avec la fin de la période couverte par la Politique Nationale de Santé 2016-2025. Cette vision prospective du Gouvernement a été reprise dans la Politique Démographique Nationale 2008-2025 qui promeut la réduction de taux d’accroissement naturel de la population de 2,4% à 2% ; suffisant pour assurer le renouvellement des générations.

## Situation économique

Après une décennie (1993-2002) émaillée de crises socio-politiques majeures qui ont contracté l’économie, le pays a renoué avec la croissance après l’année 2005 suite à l’injection substantielle de l’aide extérieure. En 2013, la croissance était estimée à 4,5 %[[2]](#footnote-2), ce qui représentait une augmentation de 0,5 % par rapport à 2012. Cette hausse est expliquée par l’expansion des activités minières, manufacturières, de la construction et des services. L’inflation a baissé à 7,9 % en 2013 après avoir dépassé 20 % au premier trimestre de 2012. Selon un rapport de la Banque de la République du Burundi, les perspectives fixent le taux de croissance économique à 5,1 %[[3]](#footnote-3) et une inflation à 5,9%[[4]](#footnote-4) en 2014. Si l’économie burundaise continue à croître à un taux oscillant autour de 5 % par an sur la prochaine décennie (2015-2025), le revenu moyen par habitant pourrait passer de 280 dollars en 2013 à 344 dollars en 2025 (BM, 2014).

Le pays reste cependant vulnérable aux chocs externes, notamment du fait de la volatilité des prix des matières premières particulièrement le pétrole et surtout à sa forte dépendance de l’aide extérieure. Entre 2011 et 2013, le ratio des recettes budgétaires (fiscales et non fiscales) par rapport au PIB a baissé de 15,4 % à 13,4 % (BM, 2014). Malgré les contre-performances en matière de recouvrement de recettes fiscales et la difficulté à compresser certaines dépenses, le Gouvernement a réussi à baisser le déficit budgétaire de 3,7 % en 2012 à moins de 2 % en 2013, de même que le taux d’endettement, qui est passé de 35,1 % du PIB en 2012 à 31,7 % en 2013(BM, 2014).

## Situation sociale

Les progrès enregistrés dans les secteurs sociaux de base pourraient permettre au pays d’atteindre ou de se rapprocher sensiblement des OMD 5 (cibles 1 et 2), OMD 6 (cibles 1 et 2) et OMD 8 (cible 2)[[5]](#footnote-5) en 2015 en rapport avec la santé et ainsi permettre d’atteindre les ODD à l’horizon. Le Burundi a bénéficié de l’initiative PPTE pour l’allégement de sa dette depuis juillet 2005 et a atteint son point d’achèvement en janvier 2009. Entre 1980 et 2012, l'IDH du Burundi a augmenté de 1,6% par an, passant de 0,217 à 0,355, ce qui place le pays au 178ème rang sur 187 pays disposant de données comparables[[6]](#footnote-6).

## Système éducatif

Grâce à la politique de l'enseignement primaire gratuit pour tous, le taux net de scolarisation est passé de 80% en 2003-2004 à 156,3%[[7]](#footnote-7) en 2009-2010. Grace à la Politique Nationale de l’Éducation des Filles adoptée en juillet 2009, le ratio garçons/filles au niveau primaire est désormais égal à 1. Cependant, le taux de réussite à la fin du cycle primaire n'est encore que de 56%, ce qui rendrait peu probable l’atteinte de la deuxième cible[[8]](#footnote-8) des OMD par le Burundi.

Des défis persistent, notamment les gros effectifs dans les classes qui influent défavorablement sur la qualité de l'enseignement. Le taux d’achèvement du premier cycle du secondaire est de 17% pour les filles contre 24% pour les garçons tandis qu’au niveau du second cycle, ces taux sont ramenés respectivement à 9% et à 17%.

Le taux de déperdition scolaire est plus élevé pour les filles que les garçons entre autres à cause de grossesses précoces et non désirées contractées pendant la scolarité[[9]](#footnote-9). Le taux de scolarisation dans l'enseignement secondaire et tertiaire reste très bas (24,8 % et 3,2 % respectivement).

## Equité et genre

Des progrès ont été accomplis dans la réalisation de la parité entre les sexes dans l'éducation. Toutefois, même si l’écart se rétrécit, les disparités entre les sexes pour le taux d'achèvement du primaire demeurent (55 % pour les filles contre 57,4 % pour les garçons en 2010)[[10]](#footnote-10). Au niveau de l'enseignement secondaire, la scolarisation des filles, qui en moyenne quittent l'école plus tôt, n'est que de 70 %[[11]](#footnote-11) par rapport à celle des garçons. En matière de santé, les services offerts aux femmes et aux enfants se sont nettement améliorés depuis l’instauration de la politique de la gratuité ciblée de soins en 2006.

En termes d'opportunités économiques, les ménages dirigés par des femmes sont extrêmement vulnérables et plus sévèrement touchés par la pauvreté que ceux dirigés par les hommes (76% contre 64% pour les hommes)[[12]](#footnote-12) notamment en raison de l'accès limité à la terre, au capital et au crédit. La stagnation du secteur agricole en raison de la faible productivité a un impact défavorable sur les femmes qui représentent 56% de la population active de ce secteur. En ce qui concerne le pouvoir politique et la prise de décisions, la représentation des femmes dans le Gouvernement s'est considérablement améliorée depuis l'élection de 2010. En effet, 45% des membres du Gouvernement sont des femmes et ce taux est de 30% au moins pour les postes aussi bien électifs que législatifs.

Les disparités de genre, exacerbées par la crise, ont eu un effet disproportionné sur les femmes et les filles, soumises à la précarité économique, aux pesanteurs socioculturelles et aux violences liées au genre. Bien que la Constitution prône l’égalité des sexes, la discrimination fondée sur le genre persiste dans les pratiques sociales. Sur le plan institutionnel, le Ministère de la Solidarité nationale, des Droits de la Personne humaine et du Genre a été créé. Une Politique nationale relative au genre pour la période 2012-2025[[13]](#footnote-13) et un Plan d’action relatif à la question ont été élaborés. Malgré la faiblesse des ressources humaines et financières dédiées à la promotion du genre, des points focaux genre ont été mis en place dans les ministères et de nombreux agents ont été formés sur les relations entre genre et développement.

## Alimentation et nutrition

Le Burundi est classé par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) parmi les 66 Pays[[14]](#footnote-14) à Faibles Revenus et à Déficit Vivrier (PFRDV). Selon l'Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires, le Burundi présente un indice de la faim alarmant qui s'établit à 38,8 points en 2013[[15]](#footnote-15) et 35.6 en 2014[[16]](#footnote-16). Cet indice a augmenté de 23% entre 1990 et 2013 et classe le pays au 1er rang[[17]](#footnote-17) mondial des pays les plus touchés par ce fléau.

*La prévalence de la malnutrition chronique* (retard de croissance, enfant trop petit pour son âge) de 57,8%[[18]](#footnote-18) chez les enfants âgés de moins de 5 ans était l’un des taux les plus élevés depuis plus de deux décennies, classant le Burundi parmi les 6 pays les plus affectés au monde. Une récente étude[[19]](#footnote-19) montre que la prévalence actuelle de la malnutrition chronique est de 48,8% chez les enfants de 6 à 59 mois. Elle reste toujours supérieure au seuil critique de 40% malgré les efforts déployés par le Gouvernement et ses partenaires dans ce secteur pendant les 5 dernières années

*La prévalence de la malnutrition aigüe* (émaciation, enfant trop maigre pour sa taille) des enfants de moins de 5 ans était de 6% en 2010 et oscille au même niveau depuis 1987. Cette prévalence chez les enfants de 6 à 59 mois a été évaluée à 5,5% dans l’étude d’aout 2014 alors que celle de l’insuffisance pondérale est de 25,2% selon la même étude.

Les données au niveau national montrent que le faible investissement dans la lutte contre la malnutrition entraîne des pertes économiques de près de 102 millions USD[[20]](#footnote-20) chaque année. Depuis juillet 2012, le pays fait partie des 54 pays ayant rejoint [l’initiative "Scale-Up Nutrition" (SUN)](http://scalingupnutrition.org/fr/) qui appelle au développement de l’approche multisectorielle dans la lutte contre la malnutrition. On note une amorce de collaboration entre le MSPLS et le MINAGRIE: un comité technique[[21]](#footnote-21) piloté conjointement par ces deux ministères a été constitué pour organiser le premier forum national sur la sécurité alimentaire et la nutrition au Burundi en décembre 2011. Une feuille de route pour la mise en œuvre des recommandations du forum a été élaboré avec les points suivants : (1) la mise en place d’une structure de haut niveau pour la coordination des activités de sécurité alimentaire et de nutrition (2) l’adhésion du Burundi au mouvement de renforcement de la nutrition « Scaling Up Nutrition (SUN)» et à l’initiative « Renewed Efforts Against Child Hunger (REACH) ».

C’est ainsi que la Plateforme Multisectorielle de Sécurité Alimentaire et de Nutrition-PMSAN- a été formalisée par décret (N° 100/31 du 18 Février 2014 portant création, organisation et fonctionnement de la PMSAN). La PMSAN est présidée par le Deuxième Vice-Président, le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida en assure la Vice-Présidence, le Ministre de l’Agriculture et de l’Elevage en est la secrétaire et comprend en plus les secteurs finances, environnement, développement communal, commerce & industrie et la solidarité nationale. L’adhésion du Burundi au Mouvement SUN et à l’initiative REACH a : (1) renforcé l’engagement politique pour la nutrition ce qui s’est traduit par la nomination du Point Focal SUN (Chef de Cabinet Adjoint du Deuxième Vice-Président de la République), (2) facilité l’élaboration du Plan Stratégique Multisectoriel de Sécurité Alimentaire et de Nutrition 2014-2017 dans un processus participatif et inclusif, (3) entrainé une dynamique multisectorielle dans la lutte contre la malnutrition en mettant à l’échelle des actions sensibles et spécifiques à la nutrition à haut impact tel que prouvé dans les séries du Lancet[[22]](#footnote-22) de 2013

L’urbanisation et la mondialisation progressive des modes de vie caractérisée par l’offre et la disponibilité grandissantes d’aliments transformés et occidentalisés «obésogènes» (au détriment de l'alimentation traditionnelle) apporte désormais un double fardeau nutritionnel; celui de la malnutrition et celui de l'obésité qui touche environ 2,9% de la population burundaise dont 2,5 d’hommes et 3,4 de femmes selon le profil pays des MNT fourni par l’OMS en 2014.

## Eau, hygiène et assainissement

Le problème de l’eau n’existe pas en termes de quantité au Burundi. Cependant, même si les sources d’eau sont nombreuses, l’accès à l’eau de qualité, indispensable à une bonne santé n’est pas garanti pour une part relativement importante de la population. L’accès de celle-ci aux services d’eau potable reste faible à cause d’une inégale répartition des ressources en eau et de la croissance démographique qui accentue la pression sur cette ressource.

Ayant pris la mesure des enjeux en présence, le Gouvernement s’est résolument engagé dans un processus conduisant à l’adoption et la promulgation de la «Politique Nationale de l’Eau» en 2010 à la suite d’une réflexion impliquant l’ensemble des acteurs du domaine de l’eau. L’hygiène et l’assainissement du milieu demeurent encore précaires et exposent les populations à la contamination des maladies infectieuses de différentes natures.

## Situation des personnes handicapées au Burundi.

Au Burundi, les personnes handicapées sont victimes de préjugés et traditionnellement discriminées. Dans le Burundi traditionnel et jusqu’aujourd’hui, les personnes nées handicapées restent considérées comme une malédiction sur la famille, considérée comme honteuse et qu’il faut dissimuler des regards de la société.

Par rapport à ces attitudes traditionnelles difficiles à changer, il faut constater que l’environnement législatif en faveur des personnes handicapées évolue dans le bons sens :

* L’article 22 de la constitution du Burundi (2005) fait référence aux personnes handicapées en interdisant la discrimination pour cause de « handicap physique ou mental »*,* sans inclure de détails.
* Le Burundi a ratifié le 26 mars 2014 la convention internationale des droits des personnes handicapées (CIDPH) et son protocole facultatif.
* Dans cette perspective, une loi portant promotion et protection des droits des personnes handicapées au Burundi a été promulguée le 10 janvier 2018.

Signalons que qu’un long travail avait été réalisé durant plus de 10 années par l’Union des Personnes Handicapées du Burundi (UPHB) notamment dans l’élaboration du texte de loi de manière participative, en associant des intervenants provenant de différents secteurs.

Pour que cette loi se traduise en actions concrètes qui feront évoluer la situation des personne handicapées au Burundi, l’étape suivante est l’élaboration d’une « Politique Nationale de Protection et d’Intégration des Personnes Handicapées » (PNPIPH).

Dans cette perspective, la loi précise dans son article 38 qu’il est mis en place un « Comité national des droits des personnes handicapées » dont les missions sont déterminées dans un décret.

A ce stade, il est donc très souhaitable que ce Comité national chargé de l’élaboration et du suivi de la mise en œuvre d’une véritable politique nationale en faveur des personnes handicapées.

# CONTEXTE SECTORIEL

## Aperçu des tendances de morbidité – mortalité au Burundi

L’espérance de vie augmente de façon quasi-constante au Burundi depuis 1960 (41,24 ans) jusqu’à nos jours (56,25 ans).

De même, les taux de morbidité et de mortalité liés aux principales affections ont tendance à s’améliorer mais demeurent à des niveaux élevés.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu de l’évolution de quelques grands indicateurs de santé du Burundi.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs** | **Antérieur** | **Récent** | **Source** |
| Population totale du pays en millions (2010, 2016) | 8,77 | 10,52 | IISTEBU |
| Espérance de vie à la naissance (2010, 2013) | 54,83 ans | 56,25 ans | Actualitix |
| Taux brut de mortalité pour 1.000 hab. (2010, 2015) | 12,32 | 11,03 | Banque mondiale |
| Taux de mortalité néonatale (pour 1.000 naissances vivantes) (2012) | - | 36 |  |
| Taux de mortalité infantile (avant 1 an) pour 1.000 naissances vivantes (1990, 2012) | 100 | 67 | Unicef |
| Taux de mortalité des moins de 5 ans (1990, 2012) | 164 | 104 | Unicef |
| Taux de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes (2010, 2015) | 800 | 712 | CIA World Factbook 2015 |
| Prévalence VIH/SIDA chez les 15 – 49 ans |  | 1,4 % | EDS 2010 |
| Prévalence du paludisme chez les enfants (0-5ans) |  | 17.3% | PNILP |
| Taux de mortalité dû au paludisme (pour 1.000 épisodes de maladie) |  | 64 | OMS 2012 |
| Nombre de nouveaux cas de tuberculose par an pour 100.000 habitants - toutes formes confondues (2013) |  | 50 | PNLT |
| Taux de couverture vaccinale (complètement vaccinés) (2010) |  | 85 % | EDSB 2010 |
| Prévalence de la malnutrition chronique chez les moins de 5 ans (2010-2014) | 57,8% | 48,8% | EDSB 2010 |
| Prévalence de la malnutrition aigüe chez les moins de 5 ans (2014) | - | 5.5 % | EDSB 2010 |
| Taux d’accouchement par un personnel formé | 60 % | 85 % | EDSB 2010 et 2017 |
| Taux de couverture contraceptive (2010, 2017) | 18 % | 23 % | EDSB 2010 et 2017 |

## Tendances observées sur les principales maladies transmissibles

### Paludisme

Selon les données du Système National d’Information Sanitaire (SNIS), le paludisme constitue la principale cause de morbidité et de mortalité[[23]](#footnote-23) enregistrées au niveau des formations sanitaires (FOSA) dans la population en général. Il est responsable de 50 % des motifs de consultation dans les hôpitaux et centres de santé du pays et de 48 %[[24]](#footnote-24) des cas de décès chez les enfants de moins de cinq ans. Face à ce défi Le pays a souscrit à l’objectif mondial d’élimination du paludisme à l’horizon 2030 (Roll back malaria)

### Infection respiratoire aigües

Elles représentent la deuxième cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et regroupent un ensemble hétéroclite de pathologies virales, bactériennes et parasitaires. L’infection la plus fréquente est la pneumonie qui a causé 48,6% de morbidité chez l’ensemble des enfants de moins de 5 ans en 2012 selon PMS 2012. Pour faire face à cette situation, le pays a introduit, en 2011, le vaccin anti-pneumocoque dans le calendrier vaccinal pour les enfants de moins de 12 mois. La qualité de la prise en charge des IRA (y compris les pneumonies) par le système de santé reste insuffisante: parmi les 55% des cas d’enfants présentant des symptômes d’IRA dont les parents ont recherché des soins, seuls 32% ont reçu un traitement approprié à base d’antibiotiques[[25]](#footnote-25).

### Maladies diarrhéiques

Elles constituent la troisième (13%)[[26]](#footnote-26) cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. La prévalence est l’une des plus élevées de la sous-région et est liée aux faibles conditions d’hygiène et d’assainissement dans la plupart des ménages. Par ailleurs, les maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans sont également liées aux différentes formes de malnutrition chez l’enfant, notamment la malnutrition chronique dont sont affectés 58% des enfants de moins de cinq ans (EDS 2010). Des stratégies intégrées de prise en charge communautaire des principales maladies transmissibles de l’enfant (maladies diarrhéiques, pneumonies, paludisme) sont recommandées afin de rapprocher les traitements de première ligne des communautés (SRO + Zinc, AB, ACT).

### VIH/Sida

L’infection par le VIH/sida est la quatrième cause de mortalité[[27]](#footnote-27) chez l’adulte. Le VIH/sida représente 1% des causes de mortalité au sein de la population des moins de 5 ans. La fusion du Ministère de la Santé et celui de la Lutte contre le Sida (MPLS) en 2011 a permis l’intégration des programmes sida au sein du paquet de soins. Même si les différentes études sur le VIH au Burundi ont été menées dans des populations différentes et selon des méthodologies différentes[[28]](#footnote-28); globalement, on note des tendances du taux de séroprévalence à la baisse entre 2005 et 2013.

### Tuberculose

La tuberculose (TB) sévit sous un mode endémique; la coïnfection TB/VIH (26% chez les patients tuberculeux atteints de VIH en 2013), la TB multi résistante et la TB chez l’enfant en constituent de nouveaux défis[[29]](#footnote-29). La TB touche essentiellement la tranche d’âge de la population productive de 15 à 44 ans. Au cours de l’année 2013, 83 nouveaux cas pour 100.000 habitants pour la TB toutes formes confondues (TTF) dont 50 nouveaux cas pour 100.000 habitants pour la forme contagieuse de la maladie (TPM+) ont été enregistrés[[30]](#footnote-30).

Par ailleurs, le nombre de nouveaux cas dépistés TTF a augmenté au cours de la dernière décennie passant respectivement de 6009 (2005) à 7547 (2013); le taux de guérison a connu une amélioration significative passant de 52,1% (2005) à 92,3% (2012). Le taux d’abandon a suivi les mêmes tendances passant de 17% (2005) à 2% (2012). Le Burundi a souscrit à l’élimination de la TB à l’horizon 2030 (Stop TB Partnership).

## Tendances observées sur les maladies chroniques non transmissibles

Elles regroupent essentiellement les pathologies telles que le diabète, les maladies cardio-vasculaires (dont l’hypertension artérielle), les cancers, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives et les problèmes de santé mentale. Les principales d’entre elles sont évitables / contrôlables par des mesures préventives (l’obésité, l’hypertension artérielle, le diabète, les troubles mentaux et les troubles nutritionnels).

Ces maladies sont en augmentation au fur et à mesure que l’espérance de vie augmente et que la population s’urbanise. Au Burundi, celles-ci sont principalement observées dans les grandes villes notamment parmi les populations sédentaires. Selon le rapport de l’OMS de 2014 au Burundi[[31]](#footnote-31), la mortalité due aux MNT est estimée comme suit: (i) diabète (1%), (ii) maladies cardiovasculaires (10%), affections respiratoires chroniques (2%), cancers (5%), traumatismes y compris ceux de la voie publique (11%), autres MNT (11%). Selon ce même Rapport, les MNT sont à l’origine de 28% de tous les décès; et la probabilité de décéder entre 30 et 70 ans de l’une des 4 principales maladies non transmissibles est de 24%. Selon une étude conduite au CHU Roi Khaled de Kamenge, le diabète et l’HTA sont associés dans 30% des cas et sont à la base de complications dégénératives dans 73,17% des cas. Le pays dispose actuellement de peu d’études sur ces maladies et l’influence des changements climatiques sur leur prévalence.

*Le système national de santé est actuellement peu outillé pour assurer la prise en charge des complications de ces maladies du fait de l’insuffisance des services de réhabilitation et de réadaptation physique*. La première école de kinésithérapie a ouvert ses portes en 2012 (elle a depuis cessé ses activités). Les traumatismes (y inclus les brûlures) et troubles mentaux sont fréquents[[32]](#footnote-32) et sont fortement liés aux effets de la crise sociopolitique qu’a connue le pays entre 1993 et 2003. Leur prise en charge reste un important défi. La Région des Grands Lacs dont fait partie le Burundi connait une prévalence préoccupante des violences basées sur le genre dont les conséquences psycho-sociales sont insuffisamment prises en charge par les services socio-sanitaires.

## Renforcement du système de santé

### Les réformes du système de santé

Depuis plus d’une décennie *trois réformes majeures* ont été entreprises pour accompagner le renforcement du système de santé :

#### Réforme 1 : La réorganisation - décentralisation du système de santé.

###### 3.4.1.1.1 Les trois niveaux d’action du système de santé

*Au niveau central,* après avoir fusionné sa structure avec celle du Ministère en charge de la lutte contre le Sida, le « MSP » est depuis 2010 devenu le « MSPLS ». Cette fusion a résulté en un nouvel organigramme, avec la création d’un « programme national intégré de lutte contre le VIH/SIDA », mais également d’un « secrétariat permanent » (qui remplace le bureau du chef de cabinet) et d’une « direction générale de la planification et du suivi-évaluation ». Le niveau central est chargé principalement  de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la coordination, de la mobilisation et affectation des ressources ainsi que du suivi - évaluation. Ce niveau assure la fonction de *régulation* et de *normalisation*.

*Au niveau intermédiaire*, le pays est divisé en 17 « provinces sanitaires », gérées chacune par un «bureau provincial de santé – BPS». Ces bureaux correspondent au niveau central déconcentré.

Les BPS sont chargés de la coordination de toutes les activités sanitaires de la province et de l’appui aux districts sanitaires. Ces BPS ont cependant vu une partie de leurs missions partagées avec les « bureaux de districts sanitaires » (voir ci-dessous). Cela provoque des disfonctionnements et des frustrations. La perspective est donc de regrouper les provinces sanitaires en « régions sanitaire » plus vastes, cela pour des raisons d’efficience.

*Au niveau périphérique*, le pays est divisé en 45 «districts sanitaires - DS» qui couvrent 43 hôpitaux et 735 centres de santé répartis sur les 129 communes du pays.

Un District Sanitaire couvre 2 à 3 communes regroupant une moyenne de 100.000 à 150.000 habitants. Le district sanitaire est administré par un « Bureau de District Sanitaire – BDS» et correspond au troisième niveau administratif dans le secteur de la santé.

Remarque : *Le DS est l’unité opérationnelle de base du système de soins*, il diffère du niveau administratif territorial qui est la commune, cependant tout comme les communes, *il dispose d’une grande autonomie de gestion, source de souplesse et d’efficacité.*

Chaque district est en principe doté d’un « hôpital de district sanitaire - HDS» ou « hôpital de 1ère référence » autour duquel gravitent un certain nombre de « centres de santé - CDS » périphériques.

Ce niveau intègre la participation communautaire qui est appliquée à travers la gestion des centres de santé par les « comités de santé et de gestion des CDS » ainsi que les « relais communautaires » qui assurent l’interface entre le centre de santé et la communauté.

###### 3.4.1.1.2. Hiérarchisation de la délivrance de soins dans ce système de santé

Dans ce système *hiérarchisé* et *décentralisé*, un « paquet minimum d’activité – PMA » est défini pour chaque niveau ci-dessous. Ce paquet couvre les soins curatifs, préventifs, promotionnels *et de réadaptation*.

* Le *niveau de base* est représenté par les centres de santé – CDS (735), qui sont la porte d’entrée du système de soins.
* Le niveau de *première référence* est constitué par l’hôpital de première référence (ou hôpital de district sanitaire) – 43
* Le niveau de *deuxième référence* est constitué des Hôpitaux « régionaux » (3). Ceux-ci sont situés à Ngozi, Bururi et Gitega. Ce niveau manque cependant de cadre juridique de référence et son paquet de soins n’est pas défini
* Le niveau de *référence nationale* est constitué des hôpitaux et centres « spécialisés » (10) qui offrent des soins non disponibles dans les autres niveaux.
  + Centre hospitalo-universitaire de Kamenge (CHUK)
  + Hôpital Prince Régent Charles (HPRC)
  + Hôpital Militaire de Kamenge (HMK)
  + Clinique Prince Louis Rwagasore (CPLR)
  + Centre Neuro Psychiatrique de Kamenge (CNPK)
  + Centre National de prise ne charge de la tuberculose multi-résistante (Ex Sanatorium de Kibumbu)
  + Centre National d’Appareillage et de Rééducation (CNAR) à Gitega
  + Hôpital National de Karusi
  + Hôpital Général de Mpanda
  + Le Centre National de Référence en Kinésithérapie et Réadaptation médicale (CNRKR) de Bujumbura

###### 3.4.1.1.3 Bénéfice apportées par la réorganisation-décentralisation du système de santé

Cette réforme facilite (i) une meilleure organisation technique et une meilleure gestion du système de santé qui se trouve rationalisé, (i) un emploi plus efficace et efficient des ressources financières (iii) l’utilisation de RH plus qualifiées affectées au bon endroit et des dotations en matériel mieux adapté.

Il ne faut pas nier que cette gestion décentralisée du système de santé connait des difficultés inévitables et importantes de mise en œuvre. Cependant, il faut reconnaître qu’elle porte un certain nombre de fruits, en particulier dans les rapports qui existent entre les « hôpitaux et bureaux de district sanitaires » et les « centres de santé » périphériques, qui gravitent autour de chaque hôpital de district.

Ces derniers bénéficient, suite à cette organisation du système de santé, d’une meilleure supervision, du suivi de leurs indicateurs et de la formation du personnel.

L’évolution relativement favorable des grands indicateurs de santé (voir tableau plus haut) semble en être l’illustration concrète.

###### 3.4.1.1.5 Intégration des structures de réadaptation dans ce système de santé décentralisé

Le MSPLS a élaboré en 2016 un premier document de *« Normes des Services de Médecine Physique et de réadaptation au Burundi »*. Il a été signé le par la Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida le 20/02/2017.

Ce document décrit en particulier les normes en termes de (i) Ressources humaines, de (ii) bâtiment et (iii) d’équipements pour les services pratiquant la MPR aux divers niveaux de la pyramide sanitaire (district sanitaire, hôpitaux de seconde référence et hôpitaux nationaux).

De la sorte, les centres et services de réadaptation publics et privés qui existent au Burundi peuvent se référer à ces normes pour évaluer leur place dans le système sanitaire burundais ; Ils peuvent également se référer à ces normes pour se rapprocher et se mettre progressivement en adéquation avec le niveau qu’ils souhaitent être le leur dans la pyramide des centres et services MPR du Burundi.

#### *Réforme 2* : la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et pour les soins liés à la grossesse et à l’accouchement

Il s’agit d’une mesure décidée en mai 2006 par le Gouvernement, en vue d’accroitre l’accès aux soins de ces deux groupes de personnes très vulnérables dans toutes les formations sanitaires publiques et assimilées. Cette réforme a été entreprise dans de nombreux pays d’Afrique. Elle a pour effet un afflux massif de ces deux groupes vulnérables de la population vers les FOSA.

Cet accès nouveau aux soins est un vecteur d’amélioration des indicateurs de santé de la population. Cependant la gratuité doit impérativement être doublée de mesures d’accompagnement pour permettre aux FOSA d’absorber cette demande massive de soins toute en conservant une offre de soins de qualité. Cet accompagnement indispensable est constitué par le couplage gratuité-Financement basé sur la performance (ou FBP).

#### *Réforme 3* : la généralisation du système de Financement Basé sur la Performance (FBP)

###### 3.4.1.3.1. En quoi consiste le FBP ?

Le FBP a été généralisé en avril 2010 au Burundi pour être couplé au système de gratuité des soins. Il s’agit d’un mode de financement permettant aux établissements de soins publics et privés conventionnés du Burundi (encore appelés formations sanitaires ou FOSA) de percevoir des subventions régulières des pouvoirs publics, s’ils atteignent des objectifs de performance en terme de *quantité* et de *qualité* des soins.

Les performances ainsi que le montant et les conditions de paiement de ces subventions sont « contractualisés » entre chaque FOSA et les pouvoirs publics. Des évaluateurs issus du secteur public mais aussi des partenaires au développement et de la société civile vérifient l’atteinte des performances de chaque FOSA avant que la subvention soit versée. Les fonds nécessaires proviennent[[33]](#footnote-33) :

* du budget de l’Etat (1,5 % du budget de l’Etat en moyenne entre 2010 et 2014 - 21, 5 % du budget du MSPLS) ;
* et d’un panier de fonds alimenté par les PTFs (Banque mondiale, Coopération néerlandaise, Coopération Belge, Union Européenne, …).

Pour donner une idée des volumes de financement, le budget total du FBP était de 79.192.000 USD entre 2014 et 2016. L’Etat en a fourni 42 % et les PTFs 58 %.

*Le FBP permet tout d’abord aux FOSA de disposer des fonds qui facilitent la mise en œuvre de la gratuité des soins au moins de 5 ans et aux femmes enceintes*.

Il permet également à chaque FOSA de payer des primes de performance et de motivation à ses ressources humaines pour les stabiliser.

C’est en résumé une source très précieuse et irremplaçable de fonds, que les FOSA utilisent librement et qui facilitent leur *fonctionnement* et leurs *investissements* pour l’amélioration de l’offre de soins.

Enfin, il faut souligner que le FBP-gratuité doit constituer à terme un des élément fondateur *d’un système global de financement de l’accès aux soins de santé* qui est actuellement en cours de construction dans le cadre de la Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS).

###### 3.4.1.3.2. Impact du FBP sur les activités des centres et services de réadaptation

Plusieurs centres et services de réadaptation du pays ont déjà contractualisés leurs activités avec le MSPLS pour bénéficier du FBP. Il s‘agit des centres suivants :

* Institut St Kizito de Bujumbura
* CNAR de Gitega
* Centre de réadaptation physique de Muyinga
* Centre de réadaptation physique de Makamba

Pour ces centres et services qui s’adressent souvent à une population très pauvre, *le versement du FBP est essentiel à leur équilibre budgétaire*.

#### Impact de ces réformes sur les performances du système national de santé

Ces trois réforme majeures du système de santé, mise ne œuvre depuis plus d’une décennie ont des effets visibles sur plusieurs aspects du système national de santé[[34]](#footnote-34) parmi lesquels:

* *L’Amélioration des prestations des services et soins de santé*

L’accès géographique et financier a été amélioré (plus de 80% de la population ont accès à une structure de santé dans un rayon de moins de 5 km et cette population bénéficie de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans) avec, comme conséquence des résultats satisfaisants en matière d’utilisation des services curatifs essentiels[[35]](#footnote-35) et de vaccination.

Dans ce domaine, le défi majeur se situe au niveau de *la qualité de l’offre des services qui demeure insuffisante à tous les niveaux de la pyramide des soins* comme l’indique la réduction encore insuffisante des principaux indicateurs de morbi-mortalité. Les autres défis concernent le renforcement des soins spécialisés[[36]](#footnote-36) (citons en particulier les soins de réadaptation encore très peu développés); le développement des soins de santé communautaire et l’amélioration du système de suivi-évaluation.

* *Le développement des ressources humaines de la santé (RHS)*

A généralisation de la stratégie de FBP en 2010 a eu un impact positif majeur sur la répartition géographique et la rétention du personnel de santé dans le système public de soins.

Le nombre de médecins est passé de 200 (en 2007) à 554 (en 2013)[[37]](#footnote-37) portant le ratio à 1 médecin pour 16 368 habitants (OMS : 1 pour 10 000 habitants).

En 2013, le Burundi compte 6.573 infirmiers[[38]](#footnote-38) toutes catégories confondues, portant le ratio à 1 infirmier pour 1.380 habitants (OMS: 1 pour 3 000 habitants) bien que 61% (4.005) de cet effectif est constitué des auxiliaires insuffisamment qualifiés.

Le nombre de facultés de médecine (passé de 1 à plus de 3 entre 2005 et 2013) et d’écoles paramédicales (passé de de 4 à 25 entre 2005 et 2013) a fortement augmenté au Burundi*. Cependant, le respect des normes par les établissements de formation privés pose régulièrement problème et questionne sur la qualité des agents produits par ceux-ci*.

Cela requiert un meilleur encadrement, une meilleure coordination ainsi qu’un audit institutionnel et organisationnel réguliers pour évaluer et actualiser les référentiels de métiers, les compétences attendues du personnel, ainsi que les normes de ces établissements.

Remarque : Pour ce qui concerne la réadaptation, signalons qu’une école de kinésithérapie avait ouvert ses portes en 2010 à Bujumbura dans une université privée, avec des normes de qualité très faibles. Celle-ci a interrompu ses activités, après avoir produit une centaine de diplômés dont la majorité est aujourd’hui sans emploi.

Une autre école est en cours de construction à l’INSP de Bujumbura avec l’appui de l’APEFE (coopération belge), de l’UCL et de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou (Bénin). Elle ouvrira ses portes en janvier 2019 sur base d’un programme de cours respectant les normes de qualités internationales.

* *Le renforcement de l’information sanitaire*

Le Service National d’Information Sanitaire (SNIS) recueille l’information de tous les CDS depuis 2010. Le processus est en cours depuis 2013 pour les hôpitaux.

Le SNIS a d’autre part bénéficié de l’intégration avec certains indicateurs du FBP, ce qui a contribué à l’amélioration de la complétude et de la promptitude des rapports.

Dans le cadre de l’harmonisation des systèmes d’information de l’East African Community, le SNIS doit évoluer vers un système différent (DHIS2) et développer une architecture digitalisée e-Health utilisant les nouvelles technologies de l’information et de la communication.

Dans ce contexte, un projet d’informatisation des hôpitaux est en cours de réalisation avec l’appui de la coopération belge (Enabel – ex CTB). Il concerne certains hôpitaux du Burundi dans lesquels est introduit le « Dossier Médical Informatisé » (DMI). Il est ainsi prévu qu’un certain nombre d’indicateurs issus des DMI des patients soient automatiquement transmis par internet vers la base de données DIHS2 en constitution au SNIS, cela de façon à alimenter en permanence les informations qui lui permettent de constituer son annuaire statistique.

**Remarque** : Un module « réadaptation » est en cours de développement pour être ajouté au logiciel de DMI actuellement introduit dans plusieurs hôpitaux du Burundi. Ce logiciel est en phase de développement au CNRKR de Bujumbura avec l’appui de l’APEFE et d’Enabel (ex CTB).

* Une fois au point vers la mi-2018, il sera diffusé dans 3 HDS (Bubanza, Kirundo, Muramvya) ainsi qu’à l’hôpital régional de Ngozi qui possèdent ou vont incessamment créer des services de kinésithérapie.
* Dans un second temps (2019 et 2020) il est prévu que ce logiciel soit introduit dans cinq autres centres et services de réadaptation (service kiné de l’hôpital de Mivo, Institut St Kizito, Centre de réadaptation de Makamba et de Muyinga, CNAR de Gitega).
* Il est également prévu que des indicateurs « réadaptation » issus de ce DMI soient sélectionnés pour être transmis au SNIS, apportant ainsi au MSPLS ses toutes premières statistiques relatives à des questions de handicap ,d’incapacité et de réadaptation.
* Enfin il est prévu de créer un système de référence et de contre référence automatique par internet. Les Dossier médicaux des patients étant automatiquement transmis d’un centre a l’autre si le patient change de lieu de soins

### Les objectifs visés par la Politique Nationale de Santé  du Burundi.

La Politique Nationale de Santé (PNS) 2015-2025 vise trois objectifs généraux :

1. Contribuer à la réduction de l’ampleur (incidence, prévalence) et de la gravité (morbidité, mortalité, *handicap, invalidité*) des maladies et des problèmes de santé prioritaire
2. Améliorer les performances du système national de santé et du système communautaire
3. Renforcer la collaboration intersectorielle pour une meilleure santé de la population.

Il apparait donc que la prise en compte de la réadaptation des handicaps et invalidités (incapacités) fait clairement partie des objectifs généraux de la PNS.

En ce qui concerne *la stratégie opérationnelle de mise en œuvre de cette PNS*, ce sont les Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS) qui font office de référence pour le MSPLS ;

Le PNDS II 2011-2015 (étendu jusqu’à 2018) n’a cependant pas encore été renouvelé et est donc toujours d’actualité[[39]](#footnote-39). Il se décline autour de *9 axes stratégiques répartis dans le tableau ci-dessous :*

|  |  |
| --- | --- |
| **N°** | **Intitulé de l’axe stratégique** |
| **1** | *« Renforcement des prestations de soins et de service de santé (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) de qualité à tous les niveaux du système de santé »* |
| **2** | *« Renforcement de la gestion des ressources humaines disponibles »* |
| **3** | *« Amélioration de la production des ressources humaines ayant les qualifications requises »* |
| **4** | *« Disponibilité des médicaments et autres produits de santé de qualité et leur accessibilité »* |
| **5** | *« Amélioration de la couverture en infrastructures sanitaires et équipements »* |
| **6** | *« Augmentation du financement du secteur santé et amélioration de son utilisation »* |
| **7** | *« Renforcement et pérennisation du FBP associé à la gratuité des soins »* |
| **8** | *« renforcement de la gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé »* |
| **9** | *Renforcement du système d’information sanitaire, de planification, de suivi et de la recherche en santé* |

Ces neuf axes stratégique correspondent logiquement aux principales difficultés et faiblesses auxquelles fait face le système de santé du Burundi :

* Faible qualité des prestations ;
* Ressources humaines peu disponibles et mal réparties sur le territoire national ;
* Trop faible qualification des RH disponibles ;
* Difficultés importante dans l’approvisionnement et la disponibilité des médicaments et autres produits de santé (y compris les consommables en orthopédie) à des prix accessibles pour la population ;
* Faible accessibilité géographique aux soins ;
* Sous-financement chronique du secteur de la santé par habitant et par an et utilisation peu efficiente des ressources disponibles ;
* Faible accessibilité économique aux soins ;
* Difficultés de gouvernance du secteur santé à travers une administration centrale lourde, peu efficace et peu efficiente.

**Remarque**: Les objectifs et activités élaborés dans le présent « PSDMPR 2019-2023» correspondent à ces neufs axes du PNDS II en vigueur (en y ajoutant l’initiation à échelle réduite d’un programme de réadaptation à base communautaire).

Dès la validation et l’entrée en vigueur du prochain PNDS III un travail d’adaptation de ces objectifs et activités du PSDMPR 2019-2023 devra être effectué pour s’adapter à la structure des axes stratégiques, objectifs et activités du PNDS III.

# CONTEXTE-SOUS SECTORIEL DE LA MPR

## Prévalence des incapacités et handicaps au Burundi

### Définition de la déficience , de l’incapacité et du handicap

***La déficience*** est une perte, une malformation ou une anomalie d’un organe, d’une structure ou d’une fonction mentale, psychologique, physiologique ou anatomique. C’est donc une insuffisance organique ou physique dans le domaine de la santé.

***L’incapacité*** *est* une *limitation d’activité*. Elle est la *conséquence d’une déficience* chez une personne victime d’une maladie, d’un traumatisme physique ou mental, d’une complication de grossesse ou d’accouchement ou de malformation congénitale.

Cette incapacité l’empêche de mener normalement tout ou une partie des activités qu’une personne de son âge devrait pouvoir accomplir (se déplacer, manger, s’habiller, apprendre, parler, effectuer les soins personnels et les tâches domestiques,…). Si cette incapacité n’est pas réversible ou si elle n’est pas correctement prise en charge, elle devient permanente et occasionne un *handicap*.

***Le handicap***, la *conséquence de l’incapacité*. C’est un *désavantage social* impliquant une *restriction de participation* à la vie sociale normale (aller à l’école, apprendre un métier, trouver un emploi, fonder une famille, participer à la vie communautaire).

Le handicap *est le produit d’une incapacité permanente* qui empêche la personne de mener une vie sociale, familiale et professionnelle normale.

### Degré de gravité des incapacités et handicaps

Les incapacités et les handicaps qui sont leur conséquence sociale n’ont pas tous le même degré de gravité. Avant de citer des chiffres de prévalence, il faut donc s’entendre sur les niveaux de handicaps considérés :

* **Handicap léger** : la personne est quasi autonome, elle peut s’adapter relativement bien au monde et n’a besoin que d’une attention un peu plus prévenante.
* **Handicap moyen (ou modéré)**: la personne a un rythme fonctionnel nettement plus lent. Elle peut exécuter seule la plupart des actes courants de la vie quotidienne mais doit être accompagnée ou aidée dans l’accomplissement de certaines activités.
* **Handicap majeur (ou sévère)**: la personne a besoin de l’aide d’une tierce personne et les endroits où elle vit doivent être spécialement aménagés pour qu’elle puisse y accéder (circulation, sanitaires, chambre, bâtiments publics …).

### Quelques chiffres sur le handicap au Burundi

Il n’existe pas encore de statistiques nationales sur la prévalence et l’incidence des *handicaps* au Burundi. Nous disposons cependant à ce jour de *trois sources de chiffres* pour nous aider à évaluer cette prévalence et le type de handicaps rencontrés au Burundi.

### Les chiffres tirés du RGPH de 2008

Le RGPH de 2008 a cherché, pour la première fois à établir la proportion de personnes vivant avec un *handicap majeur* au sein de la population, cela via deux questions spécifiques sur le handicap, qui ont été posées à près de 80 % de la population.

Selon ces déclarations, la *prévalence du handicap majeur* au Burundi serait de **4,5%** avec des variations provinciales de 3 à 7,1%.

Notons que ***la proportion de handicap croît fortement avec l’âge*** (tableaux 1 et 2).

*Tableaux 1 et 2 : Synthèse des résultats du RGPH de 2008 : prévalence du handicap majeur au Burundi*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prévalence du handicap *majeur* dans la population** | En général | **4,5%** |
| **Prévalence du handicap *majeur* par tranche âge** | De 0 à 15 ans | 2,7% |
| De 16 à 59 ans | 5,1% |
| > 60 ans | 21,5% |

Selon les chiffres du RGPH de 2008, les types des handicaps majeurs déclarés par la population s’établissent comme suit :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **Par rapport à la population globale** | **Par rapport au pourcentage total**  **de personnes handicapées** |
| **Types de handicap *majeurs* recensés** | **Handicap sensoriel** | Aveugle | 0,7 % | 18,3 % |
| Sourd | 0,3 % | 8,6 % |
| Muet | 0,2 % | 5 % |
| Sourd-muet | 0,1% | 2 % |
| **Handicap physique** | Atteinte du membre inf. | 0,7 % | 14,5 % |
| Atteinte du membre sup. | 0,3 % | 8,6 % |
| **Handicap mental** | Déficience mentale | 0,4 % | 9,2 % |
| **Autres** | Autres | 1,5 % | 33,8 % |
| **Total** | | | **4,5 %** | **100 %** |

### L’étude quantitative de HI sur la situation des PH (2009) :

L’étude a évalué la prévalence du *handicap majeur* en considérant les trois types de handicap : moteur, sensoriel et mental. Elle a concerné six provinces (Bujumbura Mairie, Gitega, Ngozi, Cankuzo, Makamba et Cibitoke) qui totalisent 51 communes, ou 1.016 collines, soit 37% de la population burundaise. Les principaux résultats s’établissent comme suit :

*Tableaux 3 et 4: synthèse de l’étude faite par HI en 2009 – prévalence du handicap majeur au Burundi*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prévalence du handicap *majeur*** | En général | 1,2% |
| Hommes | 1,4% |
| Femmes | 1% |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | Par rapport à la population globale | Par rapport au pourcentage total  de personnes handicapées |
| **Types de handicap *majeur*** | Sensoriel | 0,29% | 24,2% |
| Physique | 0,76% | 60,4% |
| Mental | 0,18% | 15,4% |
| **Total** | | **1,23 %** | **100 %** |

NB : Parmi ces 1,23 % les personnes polyhandicapées constituent 10 % du pourcentage total de personnes handicapées (0,12 % de la population totale).

#### Les chiffres tirés de la littérature internationale ~~:~~

*Les chiffres en rapport avec les handicaps* les plus communément cités dans la littérature internationale estiment la prévalence du handicap ***moyen*** *et* ***majeur*** dans les pays en développement **à environ 4 % de la population.**

Cette prévalence est très inférieure à celle mesurée dans les pays développés (environ 10 %)[[40]](#footnote-40). Il y a deux raisons essentielles à cela :

* la population des pays en développement *est nettement plus jeune que celle des pays développés*. Par conséquent, *on y rencontre beaucoup moins de handicaps liés à l’âge* (les handicaps liés au vieillissement constituent la majorité des handicaps dans les pays développés). Le tableau 1, issu du RGPH 2008, confirme effectivement qu’au Burundi la prévalence du handicap *croît fortement avec l’âge*.
* D’autre part, la mortalité infantile plus importante des pays en développement « élimine » un nombre important d’enfants plus faibles ou atteint d’affections handicapantes. Ceux-ci auraient survécu dans un environnement sanitaire plus favorable, mais avec des handicaps.

Selon ces chiffres de prévalence, la population du Burundi de 2016 (10.520.000 habitant) vivant avec un handicap permanent *moyen* ou *majeur* pourrait donc être évaluée à environ 420.800 personnes, tous handicaps confondus (moteur, sensoriel et mental).

Le nombre de personnes vivant avec un handicap moteur peut être évalué à *un peu plus de la moitié* de ce groupe, (60 % soient environ 252.480 personnes).

Si on ne considère que ceux qui ont besoin d’un appareillage orthopédique, ce chiffre peut est être estimé à 52.000 personnes (0.5% de la population burundaise) par l’OMS[[41]](#footnote-41).

Il faut cependant *être conscient que ces chiffres vont évoluer*. En effet, l’amélioration des conditions de vie dans les pays en développement, l’amélioration des systèmes de santé et la hausse progressive de l’espérance de vie *va automatiquement générer un plus grand nombre de personnes vivant avec un handicap*. Progressivement la prévalence du handicap dans les pays en développement (actuellement 4 %) va donc se rapprocher de celle des pays développés (environ 10 %).

#### Données sur l’incapacité

A côté des chiffres sur le handicap, il faut mentionner que *ceux portant sur l’incapacité* ne sont pas disponibles.

Cependant, il est raisonnable d’estimer que les personnes frappées *d’incapacité plus ou moins réversible* (à cause d’un traumatisme, d’une maladie infectieuse ou chronique) et qui ont besoin d’une intervention de réadaptation médicale pour éviter au maximum que cette *incapacité* n’évolue vers un *handicap permanent*, se chiffrent en permanence à plusieurs centaines de milliers de personnes au Burundi.

# 

## Etat des lieux de la médecine physique-réadaptation au Burundi

### Tutelle des centres et services pratiquant la MPR au Burundi

* **Centres et services placés sous tutelle ou convention du MSPLS**

*Etablissement publics :*

* Le centre National de Référence en Kinésithérapie et Réadaptation médicale (CNRKR) au CHU Roi Khaled de Kamenge ;
* Le service de kinésithérapie de l’hôpital Prince Régent Charles à Bujumbura ;
* Le service de kinésithérapie de l’Hôpital régional de Ngozi ;
* Le service de kinésithérapie de l’Hôpital de district Sanitaire de Muramvya ;
* Le service de kinésithérapie de l’Hôpital de district Sanitaire de Kirundo ;
* Les services de kinésithérapie des hôpitaux de Mpanda et de Karusi ;

*Etablissement confessionnel ou associatifs sous convention :*

* Le service de kinésithérapie de l’hôpital de Mivo (confessionnel);
* Le service de kinésithérapie de l’HDS de Bubanza  (Confessionnel);
* Le service de kinésithérapie de l’hôpital Renato MONOLO de Kiremba-Ngozi (Confessionnel)
* **Centres et services placés soustutelle du MDPHASG**

*Etablissement publics :*

* Le centre national d’appareillage et de rééducation (CNAR) de Gitega ;

*Etablissement confessionnel ou associatifs sous convention :*

* L’Institut St Kizito de Bujumbura ;
* Le Centre Akamuri de Bujumbura ;
* Le Centre de rééducation et d’Appareillage St Bernard de Makamba ;
* Le Centre des handicapés Physique St Jean Bosco de Muyinga ;
* L’Institut médico pédagogique Mutwenzi de Gitega ;
* Le Centre pour handicapés de Kiganda (Muramvya);
* **Centres et services placés soustutelle Ministère de la Défense Nationale**
* Le service de kinésithérapie de l’hôpital militaire de Kamenge
* **Centres et services placés soustutelle du MEESRS**
* Le service de kinésithérapie du CHU de Kamenge à Bujumbura ;
* **Centres et services du réseau privé libéral**
* Le service de kinésithérapie de Kira Hospital à Bujumbura (Zeymet);
* Le service de kinésithérapie du CMCK à Bujumbura (Kinindo);
* Le service de kinésithérapie de la polyclinique centrale à Bujumbura (Rohero);
* Le service de kinésithérapie de la Clinique médicale de Ngagara (ex CPK) ;
* Le service de kinésithérapie du cabinet privé de Bujumbura (Bvd Uprona - Rohero)
* Le service de kinésithérapie de la Maison Médicale de Bujumbura (Bwiza)
* Le service de kinésithérapie de l’hôpital populaire de Kamenge (Mirango II, 15e av.)

### Planification et coordination du développement de la MPR au Burundi

Le MSPLS a cependant montré sa volonté de prendre un rôle de leader-coordonnateur dans le développement de la médecine physique et de réadaptation. Pour atteindre son, but, il a initié les grandes activités suivantes :

* En 2011, le MSPLS a intégré les activités de développement de la MPR au sein du « Programme National Intégré de Lutte contre les maladies Chroniques Non Transmissibles » (PNILMCNT), Les maladies chroniques sont de grands vecteurs d’incapacités et de handicaps. Un directeur de programme « réadaptation» a été pour la première fois désigné.
* Dans cette logique le MSPLS a encadré l’élaboration et la validation du premier *« Plan Stratégique de Développement de la MPR 2011-2015 »* qui a été revu et actualisé en 2014.
* En 2016, le premier document de *« Normes des services de médecine physique et de réadaptation au Burundi »* a été élaboré et validé. Il a été signé par la Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida le 20 février 2017 ;
* Le 21/09/2017, La Ministre de la Santé Publique a signé une ordonnance ministérielle portant réorganisation du PNILMCNT. L’article 10 de cette OM crée officiellement au PNILMCNT un *« service chargé de la Médecine Physique Réadaptation »*.
* Pour l’aider à mettre en œuvre sa politique en matière de développement des soins de MPR*, le Gouvernement du Burundi à travers plusieurs ministères a passé des conventions avec plusieurs partenaires* :
* Trois conventions de partenariat, couvrant les périodes 2011-2013; 2014-2016 ; et 2017-2021 ont été passés avec l’APEFE, une organisation belge expérimentée dans ce domaine, qui appuie des programmes très similaires au Bénin et au Burkina Faso. Ces conventions portent sur la mise en œuvre d’un programme global de développement de la MPR au Burundi. La durée totale de l’intervention de l’APEFE au Burundi est estimée à 20 années ;
* Le Gouvernement du Burundi (MSPLS et MEESRS) représenté par le Ministère des Relations extérieures et de la Coopération internationale a passé, en 2012 avec l’APEFE, une convention portant sur la création, dans l’enceinte du CHU de Kamenge, d’un *« centre national de référence en Kinésithérapie et réadaptation médicale »*. Ce centre, inauguré en avril 2014, est une pierre de fondation du programme de développement de la MPR. Il constitue l’étape indispensable vers la création d’une école universitaire de kinésithérapie à Bujumbura (la construction de l’école est en cours à l’INSP et l’ouverture est prévue en janvier 2019) ;
* Le COPED, une ONG nationale de l’église catholique a initié en 2007 le programme de développement de la MPR au Burundi, cela en partenariat avec l’UCL et la CTB. LE COPED a ensuite passé une convention à durée indéterminée en Août 2011  avec le MSPLS qui a repris la coordination du programme. Cette convention officialisait le rôle du COPED aux côtés du MSPLS dans ce domaine;
* Le COPED est également signataire de la convention tripartite APEFE-MSPLS-COPED qui couvre la période 2017-2021 ;
* Le MSPLS, le MEESRS et le COPED ont passé en janvier 2016 une autre convention de cinq ans portant sur le contrat de gestion autonome du CNRKR, attribué au COPED par les pouvoirs publics.
* HI a enfin passé une convention avec le MSPLS pour participer à la mise en œuvre du PSDMPR 2011-2015 revu et actualisé en 2014. Cette convention couvrait la période 2014-2016 et est en cours de renouvellement.

Cette dynamique « d’appropriation » du développement de la réadaptation à long terme par le Gouvernement et particulièrement le MSPLS se poursuit aujourd’hui avec l’élaboration et la validation du PSDMPR 2019-2023, cela en rassemblant autour de sa conception et de sa mise en œuvre tous les acteurs nationaux et internationaux de la réadaptation.

Il reste beaucoup à faire dans ce domaine au Burundi. Le présent plan stratégique n’est qu’une étape supplémentaire d’une vision à long terme du développement de la MPR. Celle-ci devra être ajustée et corrigée au fur et à mesure que des activités et des évaluations qui en seront faites sont mises en œuvre.

### Partie «intégration socio-économique du développement de la réadaptation

A côté du domaine de la *Médecine Physique et Réadaptation*, il faut constater que le domaine plus large de la *réadaptation socio-économique* en général n’est pas encore assez développé au Burundi.

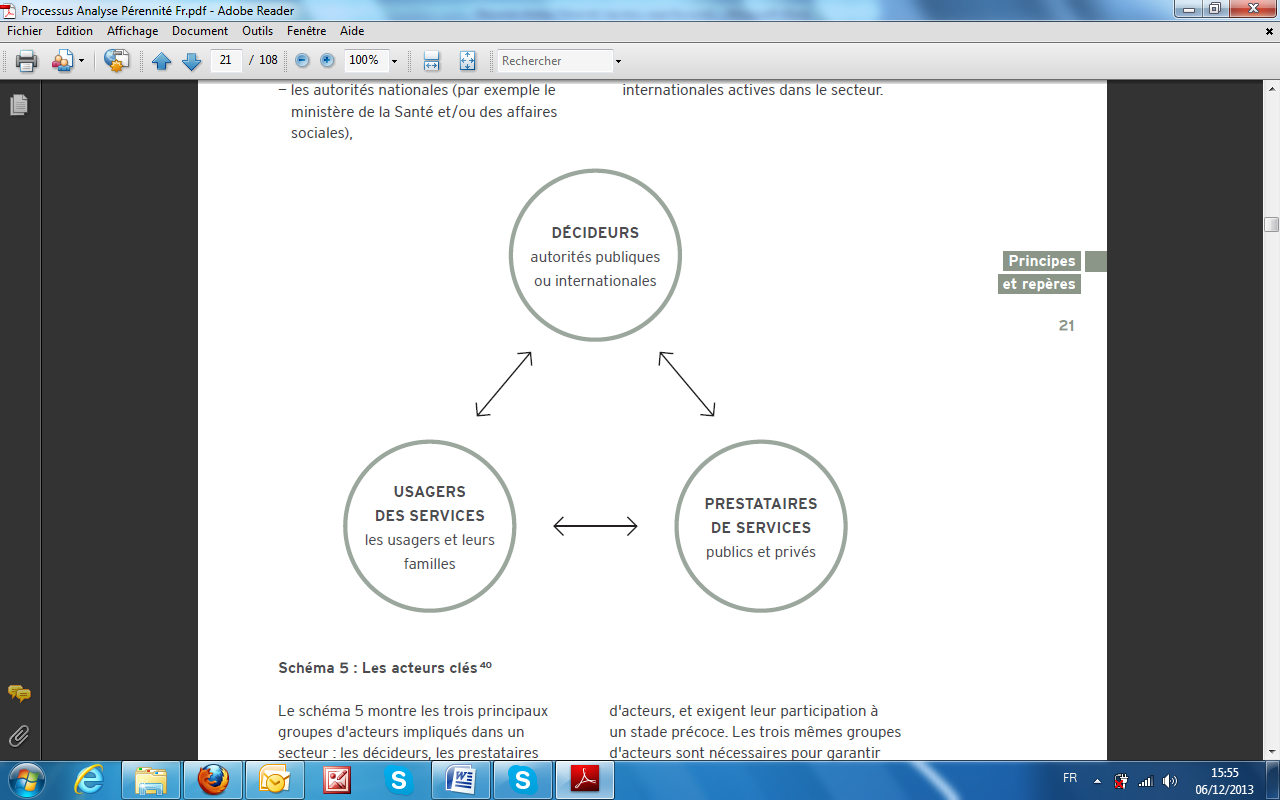
Ces deux aspects de la réadaptation sont pourtant étroitement complémentaires et indissociables.

Ce document de stratégie concerne essentiellement la Médecine Physique-Réadaptation. Il est cependant clair qu’il devra, dans l’avenir être doublé d’une politique nationale de réadaptation prenant en compte les aspects socio-économiques de la réadaptation[[42]](#footnote-42).

Dans cette perspective, la notion de *Réadaptation à Base Communautaire* (RBC) devra être approfondie. Il est vraisemblable que dans les années à venir, les autorités du pays seront amenées à penser à la mise en œuvre d’une politique nationale intégrée de protection et d’intégration des personnes vivant avec un handicap (PNPIPH). Au sein de cette politique nationale, la mise en œuvre d’un « Programme National de Réadaptation à Base Communautaire doté de moyens (matériels, humains et financiers) » devrait occuper une place très importante.

### Acteurs de la Médecine Physique et Réadaptation au Burundi

Il existe quatre groupes principaux d’acteurs du développement et de l’organisation de la MPR: *Décideurs*, *usagers*, *prestataires* de services et *organisations d’appui*.



Organisations d’appui nationales et internationales

#### 4.2.4.1. Les décideurs

Ceux- ci ne se retrouvent pas encore aux différents niveaux de l’administration du pays (central, intermédiaire et opérationnel).

**Quatre Ministères sont directement compétents en MPR :**

***Le Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS)***

* Il a pris depuis plusieurs années un rôle de leader-concepteur-coordonnateur du développement de la médecine physique et de réadaptation. La création récente du Service chargé de la MPR au sein du PNILMCNT en est l’illustration concrète.
* Il a la tutelle administrative de plusieurs centres et services de réadaptation publics à travers le pays.
* Le MSPLS appuie d’autre part financièrement plusieurs centres de réadaptation physique du pays (le CNAR de Gitega, centres pour personnes handicapées de Muyinga, de Makamba et l’Institut St Kizito de Bujumbura, ….), via le mécanisme du Financement Basé sur la Performance (FBP).

***Le* *Ministère des Droits de la Personne Humaine, des Affaires Sociales et du Genre (***MDPHASG**)**

* Joue lui aussi un rôle dans le domaine de la MPR car il est le Ministère de tutelle du Centre National d’Appareillage et de Rééducation (CNAR) de Gitega et du Centre national de réadaptation socio-professionnelle (CNRSP) de Jabe.
* D’autre part, il appuie financièrement quelques centres confessionnels de réadaptation physique qui ont signé une convention avec lui (Muyinga, Makamba, Institut St Kizito,…), cela par des subsides et la prise en charge des factures d’eau et d’électricité.
* Enfin le MSNDPHG est à priori le ministère le plus compétent pour le lancement dans le futur d’un « Programme National de Réadaptation à Base Communautaire

***Le Ministère de l’Education, de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MEESRS)***

* Il a la tutelle du service de kinésithérapie du CHU de Kamenge

***Le Ministère de la Défense Nationale et des Anciens Combattants (MDNAC)***

* Il gère l’Hôpital Militaire de Kamenge (HMK) qui possède un service de kinésithérapie et un atelier d’appareillage orthopédique.

#### 4.2.4.2. Les prestataires de services

Ils sont répartis en plusieurs catégories :

* *Services hospitaliers de soins en réadaptation* du réseau public,
* ou Confessionnels conventionnés,
* *Centres de réadaptation physique* du réseau public,
* ou Confessionnels conventionnés non intégrés à un hôpital,
* Centres de soins en réadaptation *du réseau privé libéra*l,
* Les *associations de prestataires.*

###### **4.2.4.2.1 Les services de soins en réadaptation (MPR) intégrés dans un hôpital du réseau public ou privé conventionné**

Ces services proposent à ce jour des unités de kinésithérapie, avec dans un seul cas le couplage avec un atelier d’appareillage orthopédiques.

Dans de très rares cas ces services sont encadrés par un médecin et dans un seul cas par un médecin spécialiste MPR. Aucun de ces services ne possède à ce jour une autre composante de la MPR (orthophonie ou ergothérapie).

* ***Hôpitaux de 3ème référence (nationaux) - sous tutelle du MSPLS du MDNAC ou du MEESRS):*** 
  + *Service de kinésithérapie de l’Hôpital Prince Régent Charles (MSPLS)*. Il Manque de ressources humaines suffisamment qualifiées (un seul kinésithérapeute A1) et manque d’équipements.
  + *Service de kinésithérapie du CHU Roi Khaled de Kamenge* (MEESRS) – Il bénéficie de la présence d’un médecin spécialiste MPR à temps partiel mais d’aucun kinésithérapeute A1 – ses équipements devraient être renouvelés.
  + *Centre National de Référence en Kinésithérapie et Réadaptation médicale* au CHU de Kamenge (MSPLS) – Seul véritable service de médecine physique réadaptation du pays – Il est dirigé par un médecin MPR avec une équipe de 9 kinésithérapeutes diplômé bac +3 (A1)
  + *Service de kinésithérapie et d‘appareillage orthopédique de l’Hôpital Militaire de Kamenge (MDNAC).* Bonne infrastructure mais les équipements du service de kiné devraient être améliorés *–* La grosse faiblesse est quele service de kinésithérapie manque fortement de RH qualifiée (un seul kiné A1 proche de la retraite et les autres sont formés sur le tas). Il n’y a pas de médecin chef de service ou superviseur.

Le service d’appareillage orthopédique est assez récent et très bien équipé (c’est un projet de la fondation royale de la reine mère de Thaïlande qui est spécialisée dans l’installation de ces services d’appareillage orthopédique dans les PED). Sa faiblesse est que les RH sont des infirmiers militaires qui n’ont reçu qu’une formation accélérée de quelques mois en Thaïlande ;

* + *Service de kinésithérapie de l’Hôpital de Karusi.* Très récemment créé – un kinésithérapeute y a été affecté mais le service est peu ou pas équipé.
  + *Service de kinésithérapie de l’Hôpital de Mpanda* Très récemment créé – un kinésithérapeute y a été affecté mais le service est peu ou pas équipé.
* ***Hôpitaux de 2ème référence (régionaux) sous tutelle du MSPLS:*** 
  + Service de kinésithérapie de l’Hôpital Régional de Ngozi. Il a été récemment ouvert avec l’appui de la fondation italienne « CARLO DON GNOCHI » qui appuie l’hôpital de Ngozi. Bonnes infrastructures et bons équipements - Il a une équipe de 3 kinésithérapeutes A1. Il n’a pas encore de médecin superviseur.
* ***Hôpitaux de 1ère référence (au sein des Districts Sanitaires) - sous tutelle du MSPLS ou hôpitaux conventionnés avec le MSPLS:*** 
  + *Service de kinésithérapie de l’Hôpital de Mivo*. Créé en 2012 avec un appui technique et financier de l’APEFE. Il a de bonnes infrastructures et équipements - Une religieuse diplômée A1 y travaille. Il y a un médecin référent formé à la ténotomie pour le traitement des pieds bots.
  + Service de kinésithérapie de l’hôpital Renato MONOLO de Kiremba-Ngozi. Le service a été créé en même temps que l’hôpital. Un seul kinésithérapeute formé sur le tas (A3) y est affecté. Les équipements qu’il avait bénéficié d’un don italien sont très usés, d’autres manquent cruellement.
  + *Service de kinésithérapie de l’hôpital Rema de Ruyigi*. Le service de kinésithérapie a été créé en 2015 sur financement de l’APEFE. Suite aux événements politico-sécuritaires qui ont secoué le pays depuis 2015, tous les services de l’hôpital avaient dû fermer leurs portes et le personnel dispersé. C’est depuis quelques temps qu’il a réouvert ses portes et dès lors il n’a pas de ressources humaines suffisantes malgré qu’il a de bonnes infrastructures et bien équipé.
  + Service de kinésithérapie de l’HDS de Bubanza – Créé en même temps que celui de Ruyigi avec appui de l’APEFE. Il a de bonnes infrastructures et équipements, un seul kinésithérapeute formé sur le tas (A3) et il n’a pas de médecin référent.
  + Service de kinésithérapie de l’HDS de Kirundo, en voie de création avec l’appui de l’APEFE
  + Service de kinésithérapie de l’HDS de Muramvya, en voie de création avec l’appui de l’APEFE

###### **4.2.4.2.2 Les centres de réadaptation physique non intégrés à un hôpital**

Ces centres sont historiquement les structures les plus anciennes de réadaptation au Burundi. La plupart d’entre eux font partie du réseau privé confessionnel conventionné. Un seul fait partie du réseau public (CNAR).

Ces centres ont une patientèle composée en grande partie d’enfants ou de jeunes handicapés issus de familles pauvres. Ils proposent généralement des services de kinésithérapie et des ateliers d’appareillage orthopédique.

Ces unités de soins sont couplées à un internat où peuvent séjourner les personnes qui reçoivent des soins ou qui suivent une scolarité.

Enfin ces centres proposent le plus souvent des formations professionnelles pour les personnes handicapées (coupe-couture, brodage, tricot, et autres activités artisanales).

Aucun de ces centres ne possède de médecin pour encadrer les activités MPR. Aucun de ces services ne possède une autre composante de la MPR (orthophonie ou ergothérapie).

* ***Le Centre National d’Appareillage et de Rééducation (CNAR) de Gitega***

C’est une grosse institution de référence nationale placée sous latutelle du *MSNDPHG*.

Le CNAR comprend un grand atelier d’appareillage orthopédique, un service de kinésithérapie, un atelier de fabrication de tricycles, un internat, une école de formation professionnelle pour les personnes handicapées, et même un bloc opératoire pour la chirurgie orthopédique avec une unité de radiologie (non utilisés faute de médecin).

Malgré son statut d’institution de référence nationale, le CNAR connaît d’importantes difficultés de ressources humaines qui entravent son développement et nuisent à la qualité des prestations (Pas de médecin responsable, peu de kinésithérapeutes diplômés, pas d’orthoprothésiste catégorie 1 et peu de catégorie 2). Le fait qu’il dépend~~e~~ du MSNDPHG et non du MSPLS entrave d’autre part ses activités médicales, en particulier par l’absence de médecin parmi l’équipe.

* ***Le Centre des Handicapés Physique St Bernard de Makamba***

Créé en 1977 par le Diocèse de Bururi, il est géré par une congrégation de religieuses. Il propose des soins de kiné et d’appareillage orthopédique. Il possède un internat où séjournent les enfants handicapés qui suivent les soins ou qui sont scolarisés dans les écoles du voisinage. Il propose également des formations professionnelles en coupe couture, broderie et tricotage.

Il est conventionné avec le MSNDPHG qui lui apporte quelques subventions. Il est contractualisé avec le MSPLS pour bénéficier du FBP qui lui apporte une grosse partie de ses recettes.

Le CHP de Makamba est confronté, comme les autres centres, aux ressources humaines de capacités insuffisantes (kinésithérapeute et orthoprothésistes).

* ***Le Centre pour personnes handicapées physiques Saint Jean Bosco de de Muyinga***

Créé officiellement en 1985 sous l’égide du Diocèse de Muyinga, il est administré par la congrégation des sœurs Bene Mukama.

Il propose les mêmes services de soin (kiné et appareillage orthopédique) et de formation professionnelle que le CRP de Makamba en y ajoutant la menuiserie et la création de carte-images. Il a également un internat pour les enfants handicapés en soins, en formation ou en scolarisation.

Il est conventionné avec le MSNDPHG et contractualisé avec le MSPLS/FBP. Il est confronté aux mêmes difficultés de ressources humaines de capacités insuffisantes que les autres centres

* ***L’Institut Saint Kizito de Bujumbura***

Il a été créé en 1965 par le Diocèse de Bujumbura en tant qu’établissement scolaire pour enfants handicapés physiques. Il est actuellement géré par la même congrégation Bene Mukama qu’à Muyinga.

Il propose un internat et une école primaire avec environ 150 enfants internes handicapés scolarisés ; 30 enfants internes et 40 enfants externes non handicapés.

Il propose comme les deux centres précédents des soins de kinésithérapie et d’appareillage orthopédique aux enfants et personnes handicapées physiques internes ou externes

Il est conventionné avec le MSNDPHG et contractualisé avec le MSPLS/FBP.

Il a bénéficié pendant de longues années et jusque fin 2017 de l’appui technique et financier du Comité International de la Croix Rouge (CICR). Cet appui a en particulier permis l’amélioration des infrastructures et des équipements, la formation de RH de qualité en kinésithérapie (4 kinés A1) et le renforcement des capacités des techniciens orthoprothésistes (2 orthoprothésistes A2)

* ***Le centre des handicapés physiques de Kiganda (Muramvya)***

Il a été créé en 1969 par un prêtre de la congrégation des Pères Blancs. Il est actuellement géré par le diocèse de Bujumbura.

Il a pour mission de rééduquer les personnes avec handicap physique et de leur apprendre un métier.

* ***Le centre Akamuri de Bujumbura***

Il a été créé en 1991 par le diocèse de Bujumbura. Il accueille des enfants handicapés mentaux et polyhandicapés.

Sa gestion est assurée par la congrégation des Sœurs missionnaires du cœur de l’Afrique. Sa localisation principale est avenue de l’imprimerie dans le quartier de Jabe à Bujumbura mais il possède des antennes dans 3 autres quartiers de Bujumbura à Kamenge, Kanyosha et Ruziba.

Il offre des soins de kinésithérapie et propose des formations professionnelles adaptées aux enfants handicapés mentaux de type « atelier protégé »

Au-delà de cette activité en institution, le centre Akamuri privilégie l’action de réadaptation des enfants handicapés mentaux au sein des familles pour leur donner une autonomie maximale (approche de type RBC). Par conséquent il limite au maximum les séjours dans l’internat qu’il organise.

Il est conventionné avec le MSNDPHG mais n’est pas contractualisé avec le MSPLS/FBP. Son budget est principalement alimenté par diverses donations ;

Comme les autres centres il est confronté à des difficultés de renforcement des capacités de ses RH kinésithérapeutes.

* ***L’Institut médico pédagogique de Mutwenzi à Gitega***

Il a été créé en 1991 par les Frères de la congrégation Notre Dame de la Miséricorde à quelques kilomètres de la ville de Gitega.

Tout comme le centre Akamuri, il s’occupe essentiellement d’enfants handicapés mentaux ou polyhandicapés.

Ce centre offre des soins de rééducation et donne des aides techniques à la marche. Il dispense également la thérapie d’éveil et la formation aux parents pour qu’ils puissent continuer à rééduquer leurs enfants à domicile.

Il possède un internat et y accueille environ 150 enfants pour des séjours longs.

Il est conventionné avec le MSNDPHG mais n’est pas contractualisé avec le MSPLS/FBP. Son budget est principalement alimenté par diverses donations ;

Comme les autres centres il est confronté à des difficultés de renforcement des capacités de ses RH kinésithérapeutes.

###### **4.2.4.2.3 Les cabinets de kinésithérapie du réseau privé libéral**

Il existe un certain nombre de cabinets privés de kinésithérapie :

* Centre de Physiothérapie et de Kinésithérapie - (CPK) - quartier Ngagara 2
* Centre de Kinésithérapie et de Rééducation Fonctionnelle (CKRF) de Kamenge (actuellement fermé)
* Service de kinésithérapie de la Polyclinique centrale de Bujumbura,
* Ortho-Kiné services (soins de kinésithérapie et d’appareillage orthopédiques)
* Service de kinésithérapie de KIRA Hospital à Kinindo
* Service de kinésithérapie de la Maison Médicale de Bujumbura
* Le service de kinésithérapie de l’hôpital populaire de Kamenge (Mirango II, 15e av.)
* Le service de kinésithérapie du cabinet privé de Bujumbura sis au Boulevard de l’Uprona - Rohero
* Service de kinésithérapie de CMCK
* Centre de traitement physique de Gitega

###### **4.2.4.2.4 Les associations de professionnels et de prestataires**

* ***L’Association des Kinésithérapeutes du Burundi (AKB),***

Agréée en 1998, ellea pour mission de promouvoir la kinésithérapie et de défendre ses membres. Elle se redynamise progressivement depuis 2017.

* ***L’Association des Techniciens Orthoprothésistes et Professionnels de l’Appareillage du Burundi (ATOPABU)***

Elle a pour objectifs de:

* Regrouper en son sein tous les techniciens orthoprothésistes et professionnels de l’appareillage sur base de libre adhésion.
* Défendre les intérêts socio - professionnelles de ses membres
* Développer un cadre de solidarité, de formation, de concertation et d’échanges d’expériences entre les membres.
* Participer à la recherche des nouvelles technologies adaptées aux conditions socio-économiques des personnes de tout handicap.
* Contribuer à la réadaptation de toutes les personnes vivant avec handicap physiques du Burundi et à leur réinsertion socio-économique.
* Renforcer et de développer les liens d’amitié et de coopération avec autres organisations d’orthoprothésistes de la sous-région et du monde.
* ***Le Réseau des Centres de Personnes Handicapées du Burundi (RCPHB)***

Il représente les institutions de personnes handicapées au Burundi (Centres de Réadaptation Physiques mais également les centres prenant en charge les volets de formation et de (ré) intégration socio professionnelle des personnes en situation de handicap.

Le RCPHB est aussi le partenaire de l’ONG « CURE » pour assurer la promotion de la prise en charge des enfants pieds bots de moins de 2 ans dans le pays.

* ***Le Cercle d’échange des centres de la Réadaptation Physique***

*Il regroupe quatre* centres de réadaptation physique confessionnels (Muyinga, Makamba, Institut Saint Kizito, le CNAR) et le CNRKR.

#### Les usagers

Il existe deux grandes organisations qui défendent les droits des personnes en situation de handicap:

* *La Fédération des Associations de Personnes Handicapées du Burundi (FAPHB) ;*

Elle a été créée en 2007 et regroupe maintenant 34 organisations de PVH, réparties sur 15 des 18 Provinces du Burundi**.**

* *L’Union des Personnes Handicapées du Burundi (UPHB)*

Elle est une organisation non gouvernementale créée le 25 avril 1989, légalement enregistrée et agréée par l’Ordonnance ministérielle n° 550/208/89 du 8 août 1989. Actuellement, elle est une organisation faitière de droit burundais qui est reconnue comme pionnière dans la défense, la promotion et la protection des droits des personnes handicapées au Burundi. Elle compte à son actif plusieurs initiatives tant au niveau institutionnel qu’au niveau opérationnel. Près d’une quarantaine d’organisations des personnes handicapées sont actuellement membres du Collectif UPHB et se situent sur tout le territoire national et dans toutes les provinces du pays.

**Vision :** «L’UPHB, un collectif d’OPH qui promeut une société où la personne handicapée est épanouie et participe pleinement au développement communautaire et national en jouissant de tous ses droits au Burundi*».*

**Mission**: « Avec ses partenaires, l’UPHB contribue à la défense et la promotion des droits des PH et leur inclusion dans la vie socioculturelle, économique et politique pour le développement intégral*».*

L’UPHB dispose d’un siège ou est érigé son Centre d’encadrement socioprofessionnel des jeunes handicapés qui est équipé en mobilier, avec des archives et une documentation suffisante sur la vie des personnes handicapées.

**Adresse :** Bujumbura Mairie, Commune urbaine de Muha, Zone Kanyosha, Quartier Musama, Avenue du Marché N° 78.

#### Les organisations d’appui

Plusieurs organisations nationales et internationales qui œuvrent dans le domaine de la médecine physique et de réadaptation (MPR) sont actives au Burundi.

***L’Association pour la Promotion de l’Education et de la Formation à l’Etranger (APEFE)***

C’est une association belge de développement financée en grande partie par le gouvernement fédéral belge. Son siège est à Bruxelles. Elle est active dans 11 pays d’Afrique, Moyen Orient, Caraïbes et cela dans les secteurs de la santé, de la formation professionnelle, de l’agriculture, de l’environnement et de la gouvernance.

L’APEFE a une importante expérience de mise en place des programmes « réadaptation » en Afrique (Bénin, Burundi, Burkina-Faso).

Au Burundi l’APEFE est présente depuis 2002. Depuis 2011, elle appuie le programme santé « Développement de la MPR » en partenariat avec le MSPLS et le COPED. Ce programme d’une durée totale d’une vingtaine d’années se compose de 4 axes essentiels :

* *Appui institutionnel au MSPLS* pour renforcer son rôle de coordonnateur leader du développement de la MPR au Burundi (en particulier en appuyant l’élaboration de plans stratégiques pluriannuels dans ce domaine) ;
* *Appui à la formation de ressources humaines de qualité* (noyau initial de 12 kinésithérapeutes et un médecin en MPR formés à l’extérieur du pays depuis 2008 et création d’une Ecole de kinésithérapie à Bujumbura) ;
* *Appui à la création et au renforcement des structures de soins* (en particulier par la création du CNRKR à Bujumbura et la création ou le renforcement de 9 autres services de kinésithérapie en périphérie) ;
* *Appui à la production et à l’exploitation d’information en réadaptation* (en particulier par l’introduction d’un logiciel de dossier médical informatisé en réadaptation).

***Handicap International (HI) – Actuellement « Humanité & Inclusion »***

C’est une ONG internationale créée en 1982. Elle est présente dans les situations de pauvreté et d’exclusion, de conflits et de désastres. Handicap International travaille aux côtés des personnes handicapées et vulnérables dans 60 pays à travers le monde.

Au Burundi, HI est présente depuis 1992. L’ONG a une importante équipe à Bujumbura et sur le terrain. Celle-ci travaille dans des domaines complémentaires. Elle utilise une approche holistique répondant aux besoins des plus vulnérables et en particulier des personnes en situation de handicap :

* Appui aux centres de réadaptation,
* Appui aux organisations de personnes handicapées,
* Programme de réadaptation à base communautaire
* Education inclusive
* Prévention et lutte contre des violences basées sur le genre et le handicap
* Santé maternelle et infantile
* Insertion socio-économique

*Implication dans le programme « Développement MPR »*

Depuis plus d’une quinzaine d’années, HI est engagé au Burundi dans un processus visant à renforcer l’accès des personnes en situation de handicap (PSH) aux soins de réadaptation grâce au soutien financier de la coopération belge (DGD). Il met en œuvre des activités dans le domaine de la réadaptation autour de trois axes essentiels :

* *Appui institutionnel* : Les acteurs de la MPR sont moteurs dans l’élaboration et la mise en œuvre des plans d’actions stratégiques nationaux pilotés par le MSPLS.
* *Appui aux centres de réadaptation physique* : Les CRP et les services de MPR sont autonomes. Ils offrent des soins répondant à la demande, à des protocoles de traitement définis et ont des professionnels formés et évalués régulièrement.
* *Réadaptation à base communautaire* : la mise en place d’un circuit de référencement et de suivi des patients en impliquant les communautés, en développant des campagnes d’information et des solutions en termes d’accessibilité financière et géographique des patients.

Ce programme est l’objet d’une convention de partenariat en cours d’élaboration avec le MSPLS.

***Le Comité International de la Croix Rouge (CICR)***

Le CICR est arrivé au Burundi en 1968 afin de visiter les personnes détenues dont la détention est en relation avec les conflits. Il a ouvert une délégation permanente en 1992 ;

Le CICR développe plusieurs types d’activités au Burundi :

* Protection et assistance aux détenus dans les prisons du pays ;
* Rétablissement de liens familiaux pour les personnes déplacées ou séparées par les conflits ;
* Collaboration avec les Forces de défenses nationales pour la formation dans le domaine du droit international humanitaire ;
* Soutien technique et organisationnel à la Croix-Rouge du Burundi ;
* Réadaptation des personnes handicapées.

*Implication dans le programme « développement MPR »*

Dans ce dernier domaine, le CICR cherche à améliorer et pérenniser les services en faveur des personnes handicapées à travers un soutien à l’Institut St Kizito de Bujumbura [appui à la fabrication de prothèses, orthèses et aide techniques, appui au développement des soins de kinésithérapie, à la formation du staff (boursiers kiné et ortho à l’étranger) ainsi qu’à la gestion de l’Institut].

L’appui du CICR à l’Institut St Kizito s’est cependant interrompu à la fin de l’année 2017.

***Le Conseil pour l’Education et le Développement (COPED)***

C’est une ASBL burundaise fondée en 1974. Elle a été reconnue en tant qu’ASBL par les pouvoirs publics en 1989 avec un statut d’ONG.

Le COPED travaillait au départ principalement dans 3 provinces du sud du pays (Bururi, Rutana et Makamba). Il a progressivement étendu son action et est aujourd’hui présent sur tout le territoire du Burundi.

L’ONG a pour objectif de promouvoir le développement de la personne humaine dans son intégralité à travers 3 objectifs spécifiques : la lutte contre la faim, la lutte contre l’ignorance et la lutte contre la maladie.

Depuis 2007 le COPED s’implique dans des activités en faveur de la réadaptation des personnes handicapées ou en état d’incapacité. Cela l’a poussé à rechercher les partenariats indispensables à une action en profondeur.

* En 2007 le COPED a signé une « déclaration d’intention de collaboration » avec l’Université catholique de Louvain (Belgique), l’Université du Burundi, l’Université d’Abomey-Calavi (Bénin) et l’Institut National de Santé Publique (INSP - Burundi). Cette déclaration portait sur *la formation de RH* en kinésithérapie en vue de créer un *Centre de Référence en kinésithérapie* et plus tard un *institut de formation en kinésithérapie.*
* Dans cette perspective, le COPED a ainsi appuyé la sélection et l’envoi en formation de 12 boursiers kinésithérapeutes à l’école supérieure de kinésithérapie de Cotonou (avec l’appui de l’UCL et de la CTB en coordination avec le MSPLS et le MESRS).
* En 2011 le COPED a passé une convention de partenariat à durée indéterminée avec le MSPLS. Il devenait ainsi un partenaire financier et opérationnel du MSPLS dans la mise en œuvre du programme « développement de la MPR » exécuté en partenariat avec l’APEFE.
* En janvier 2016 le COPED a signé une convention de gestion de 5 ans avec le MSPLS et le MEESRS. Cette convention donne au COPED la gestion autonome du CNRKR crée dans l’enceinte du CHU de Kamenge.

Le COPED appuie la gestion du centre d’appareillage et de réadaptation St Bernard de Makamba.

Il préside le cercle d’échange des centres pour personne handicapées du Burundi.

***La Fondation Liliane (pays bas)***

La fondation Liliane est une Organisation néerlandaise qui intervient au Burundi en faveur des enfants et jeunes handicapés de 0 à 25 ans. Depuis 2011, la Fondation Liliane (FL) met en œuvre toutes ses interventions par le biais de l’UPHB qui a été évaluée et choisie pour remplir le rôle d’Organisation Partenaire Stratégique (OPS) au niveau national et qui appuie les Organisations Partenaires (OP) intervenant localement en faveur des enfants et jeunes handicapés admis dans le programme d’appui à l’autonomisation des enfants par l’UPHB. Actuellement l’UPHB collabore avec 12 OP dont l’Organisation Diocésaine pour le Développement de Bujumbura (ODDBU) ; Caritas Bujumbura ; l’Organisation pour le Développement de l’Archidiocèse de Gitega(ODAG) ; l’Organisation COPED ; l’Organisation Diocésaine pour l’Entraide et le Développement Intégral de Muyinga (ODEDIM) ; l’Organisation JEHO KUKI de Ngozi ; les Congrégations des Sœurs Bene Bernadette, Bene Mariya, Bene Tereziya, Annociades de Ijenda ; le Centre AKAMURI et la Communauté des Eglises Emmanuel du Burundi. Avec chaque OP, il y a un contrat de partenariat qui trace la stratégie d’appui : sous trois angles (appui directe aux enfants selon un plan de rééducation individuelle ; renforcement des capacités des OP pour l’amélioration des prestations de services-construction-rénovation-formation-équipement ; entourage stimulant) et tout cela vise l’amélioration du Cadre de vie des enfants et jeunes handicapés. Certaines OP ont des Centres de réadaptation qui la plupart sont des organisations confessionnelles.

Jusqu’aujourd’hui, les OP interviennent en faveur d’environ 1000 enfants et jeunes handicapés essentiellement dans les domaines de la santé-réadaptation fonctionnelle, de l’éducation et de formation professionnelle et celui du développement de l’entourage stimulant pour l’accessibilité aux soins et aux services nécessaires pour l’épanouissement des enfants avec handicaps de toutes les catégories.

Toutes les activités planifiées visent la création d’un monde ouvert pour les enfants et jeunes handicapés sur base d’une approche holistique d’intervention basée sur trois piliers à savoir la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), la Convention Internationale relative aux Droits de l’enfant (CDE) ainsi que sur la Réadaptation à Base Communautaire (RBC).

La mise en œuvre de la RBC nécessite une étroite collaboration avec les personnes vivant avec handicap elles-mêmes, les parents/familles de ces dernières, les prestataires de services (domaines de l’offre des services sanitaires, éducatifs, sociaux, etc.), les administratifs ainsi que les autres intervenants dans le domaine du handicap. Les formations en faveur de ces acteurs stratégiques ont été réalisées depuis 2017 au niveau régional (Ouest avec les provinces de Bujumbura mairie, Bubanza et Bujumbura rural ; Centre avec les provinces de Gitega et Muramvya ; Nord avec les provinces de Kayanza, Ngozi, Muyinga et Kirundo ; Sud avec les provinces de Makamba et Bururi) et 4 réseaux régionaux de la RBC ont été déjà initiés par l’UPHB.

Les thématiques de formation en faveur des membres de ces réseaux sont entre autres : sensibilisation sur le handicap ; introduction sur la Réadaptation à Base Communautaire (Matrice de la RBC et principes ; analyse de la situation identification des parties prenantes ; rôles et responsabilités des différentes parties prenantes) ; le plaidoyer ; les droits des personnes handicapées ; le réseautage et la mobilisation des ressources ; l’insertion sociale des Personnes handicapées ; le suivi et évaluation dans le cadre de la RBC, etc.

***L’ONG Carlo Don Gnocchi (Italie)***

L’ONG Carlo Don Gnocchi appuie l’hôpital de 2ème référence de Ngozi et a mis sur pied un service de kinésithérapie qui s’autofinance. Ils y ont notamment développé un département de prise en charge d’enfants IMC et une salle d’hospitalisation de 9 lits pour les patients grabataires ou provenant des coins très éloignés de l’hôpital. Dans les mois à venir, l’ONG compte financer la construction d’une salle d’hébergement qui pourrait contenir 15 à 20 lits.

**Remarque :** Les représentants des décideurs, des prestataires de services, des usagers ainsi que les représentants des quatre organisations d’appui ont participé au processus d’élaboration et de validation du plan stratégique 2019-2023.

## Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces du domaine de la MPR au Burundi

|  |  |
| --- | --- |
| **Forces** | **Faiblesses** |
| * Une ordonnance ministérielle portant création du service chargé de de la MPR (SCMPR) au sein du PNILMCNT a été signée par le MSPLS le 21/09/2017. * Six agents ont été affectés à ce SCMPR par le MSPLS, le chef de service est un kinésithérapeute. Un local est affecté au service ; il a été équipé de mobilier, matériel informatique et connexion internet. * Le MPSPLS a élaboré et validé les Normes des services de la MPR au Burundi. * Le plan stratégique de développement de la MPR est régulièrement évalué et actualisé pour mieux s’adapter aux réalités du terrain. * Il existe un centre national de référence en kinésithérapie et réadaptation médicale dans les enceintes du CHUK, élément essentiel pour promouvoir les soins d’excellence, assurer la formation continue de tous les kinésithérapeutes du Burundi et devenir le lieu de stage principal du futur « Ecole Nationale de Kinésithérapie et Réadaptation ». * Des formations continues sont assurées pour les kinésithérapeutes et les techniciens orthoprothésistes dans les centres et services MPR avec l’appui des PTFs et d’autres intervenants. * Il existe une quinzaine de kinésithérapeutes et un jeune médecin spécialiste MPR formés récemment à l’extérieur et qui animent le CNRKR et plusieurs autres services de kinésithérapie du pays. Cinq de ces kinésithérapeutes sont en cours de formation au niveau master à l’UCL. * Une école de kinésithérapie niveau Baccalauréat va ouvrir ses portes en janvier 2019 à l’INSP de Bujumbura. * Il existe une association dynamique des kinésithérapeutes (AKB) agréée par le Gouvernement. * L’ensemble des acteurs (décideurs, usagers, prestataires de services et organisations d’appui) participe à la conception et à la mise en œuvre du plan stratégique de développement de la MPR. * Les organisations d’appui financées par le Gouvernement belge (APEFE, ENABEL et HI) ont passé des lettres d’entente pour établir des synergies dans la mise en œuvre d’activité de développement de la MPR. * Le Burundi est le premier pays d’Afrique Subsaharienne à développer un logiciel de « dossier médical informatisé » en réadaptation. * La mise en place des projets de Réadaptation à base communautaire (HI, UPHB avec la fondation Liliane) est porteuse de développement du domaine de la réadaptation au Burundi. | * Il y a encore peu d’infrastructures et d’équipements adéquats en MPR dans les FOSA du pays. * Il a très peu de RH qualifiées dans les 3 métiers principaux de la MPR en activité dans les FOSA du pays (médecins MPR, kinésithérapeutes, orthoprothésistes). * Il y a environ cinquante kinésithérapeutes diplômés sans emploi au Burundi. * Le premier document de normes de service MPR (2017) adopté par le MSPLS ne considère que les bâtiments, les équipements et les RH des centres MPR. Il ne comporte pas encore de normes spécifiques de la qualité des soins en MPR (accueil du patient, protocoles d’examen et de soins et de rapportage). * Certaines professions de la MPR sont inexistantes au Burundi (ergothérapeutes, orthophonistes). * L’association des orthoprothésistes n’est pas encore agréée par le Gouvernement du Burundi. * Il y a une grande disparité des compétences des kinésithérapeutes et des orthoprothésistes au Burundi. * Il n’y a pas jeunes orthoprothésistes formés récemment ou en formation pour les centres d’appareillage orthopédique du pays. * Il n’y a pas de coordination des services MPR entre eux. * Les mécanismes de prise en charge des soins de MPR par les mutuelles et les organismes d’assurance sont insuffisants. * L’accès financier aux services existant de MPR n’est pas satisfaisant. * Le personnel de santé est encore peu informé sur la MPR. * Le CNAR de Gitega et les centres de réadaptation confessionnels ne ne sont pas sous la tutelle du MSPLS, alors que l’essentiel de leurs activités relève du secteur de la santé. * Beaucoup de centres et de services de réadaptation ne sont pas contractualisés avec le FBP. * Certains professionnels (médecins MPR, kinésithérapeutes, orthoprothésistes) formés à un haut niveau à l’extérieur ne sont pas rentrés au Burundi. * Les rémunérations des professionnels de la MPR sont souvent faibles et elles ne sont pas harmonisées. |
| **Opportunités** | **Menaces** |
| * La Politique Nationale de Santé 2015-2025 réaffirme clairement que les soins de réadaptation font partie de la stratégie sectorielle santé du Burundi. * La ratification de la Convention internationale relative aux Droits des Personnes handicapées par le gouvernement du Burundi en mars 2014 est un contexte favorable aux projets et programmes en faveur du développement de la MPR. * La loi portant promotion et protection des droits des personnes handicapées a été promulguée le 10 janvier 2018. * Le programme APEFE-MSPLS-COPED s’inscrit dans une vision régionale de coopération sud-sud et sud-nord (Bénin-Burundi-Burkina-Faso- Belgique ; Projet B4) qui bénéficie de l’intérêt et de l’appui des PTFS (UcL , Coopération belge, Wallonie Bruxelles International).. * En janvier 2010, le Burundi, le Rwanda et la RDC ont procédé à la signature du protocole d’accord de la coopération interuniversitaire de la CEPGL. Un des aspects importants de cet accord est l’approbation de la convention portant création du réseau interuniversitaire des Grands Lacs, dont le siège sera à Bujumbura. Cette évolution importante devra être mise à profit dans la perspective de la création de l’école de Kinésithérapie * La politique actuelle du MSPLS est basée sur l’autonomie de gestion des structures de soins, *sur la contractualisation des prestations et la rémunération à la performance.* | * Le désengagement du CICR du domaine de la Médecine Physique et réadaptation fin 2017 prive l’Institut St Kizito et l’ensemble du domaine de la MPR au Burundi d’un PTF précieux. * Le protocole d’accord de la coopération interuniversitaire de la CEPGL (Rwanda, Burundi, RDC) n’est pas réellement en application à ce jour. Ce sont des opportunités d’échange en moins pour l’école de kinésithérapie de l’INSP |

# METHODOLOGIE D’ELABORATION DU PSDMPR

La méthodologie suivante a été suivie pour l’élaboration de ce plan stratégique :

## Revue documentaire et élaboration d’un draft de PSDMPR 2019 - 2023

Elle a été effectuée par une commission technique formée des membres du service chargé de la MPR au MSPLS, appuyée par les partenaires de l’APEFE et de Handicap International

## Revue et finalisation du draft de document de PSDMPR 2019 -2023

Elle a été effectuée par la commission technique de suivi du PSDMPR, composée de représentants tous les acteurs du développement de la MPR au Burundi

* Les décideurs (MSPLS – MSNDPHG),
* Les prestataires (Représentant des centres et service de réadaptation, représentant des kinésithérapeutes, des orthoprothésistes et des médecins MPR),
* Les usagers (UPHB, RAPHB),
* les représentants des ONG d’appui (APEFE, HI, COPED, CICR, Fond Liliane).

## Validation du PSDMPR 2019 - 2023 en atelier national

|  |
| --- |
| **Etapes** |
| **1. Revue documentaire comprenant :**   * Politique Nationale de Santé 2015-2025 pour actualiser la partie « contexte sectoriel santé » du Burundi et vérifier que le PSDMPR est en concordance avec les grandes orientations du Gouvernement burundais en matière de santé pour les années à venir ; * Enquête Nationale Santé et Démographie (ENSD) 2016-2017 ; * Annuaire statistique 2016 du MSPLS ; * Document de projet « Appui au développement de la MPR 2017-2021 » APEFE-MSPLS-COPED, qui s’intègre aux axes du PSDMPR 2019-2023; * Document de projet «Développer au sein des communautés, des services existants et des programmes nationaux et provinciaux, un système et des dispositifs de prise en charge de la MPR pour les PH **»** de HI pour 2017-2021 qui s’intègre aux axes du PSDMPR ; * Autres documents de projet des autres acteurs de la MPR au Burundi (fondation Liliane, UPHB) * Document de du PSDMPR 2011-2015. |
| **2. Rédaction en commission technique d’un draft de document contenant :**   * Les grands chapitres de l’analyse situationnelle du secteur santé au Burundi ; * Analyse situationnelle actualisée et du domaine de la MPR au Burundi ; * Les axes d’intervention essentiels du plan national de développement de la kinésithérapie |
| **3. Elaboration du draft dans les séances de travail :**   * Finalisation de l’analyse situationnelle ; * Elaboration détaillée des objectifs et interventions par axe stratégique ; * Plan de mise en œuvre du plan stratégique, du chronogramme de mise en œuvre des interventions et du budget ; * Elaboration du mécanisme de suivi-évaluation. |
| **4. Atelier de validation au niveau national** |
| **5. Introduction des corrections et finalisation du document** |

## 

# PRIORITES DU PSDMPR.

Cinq (5) axes prioritaires ont été retenus dans le plan stratégique de développement de la MPR 2019 -2023:

1. Renforcement des capacités du MSPLS dans la coordination, la planification et le leadership des activités de développement de la MPR ;
2. Renforcement de ressources humaines de la MPR en qualité et en quantité ;
3. Renforcement de la qualité des soins, de l’accessibilité géographique et de l’accessibilité financière aux soins de médecine physique et réadaptation ;
4. Renforcement de la production et de l’exploitation de l’information relative à la MPR au Burundi ;
5. Lutte contre les facteurs de risque d’incapacités et de handicaps.
6. **Renforcement des capacités du MSPLS dans la coordination, la planification et le leadership des activités de développement de la MPR**

Des avancées ont été observées au niveau du MSPLS par la création récente d’un service chargé de MPR au sein du PNILMCNT.

Cependant, ce nouveau service doit encore rôder ses activités et ses procédures d’action. Il n’a pas encore la pleine capacité d’effectuer le suivi des divers domaines d’activités de développement de la médecine de réadaptation au Burundi (i) au niveau central de la gouvernance de la MPR, (ii) au niveau du renforcement des RH de la MPR, (iii) au niveau périphérique de développement des centres et service de réadaptation, (iv) au niveau du renforcement de la production et de l’exploitation de l’information relative à la MPR,…

Ce renforcement des capacités du SCMPR doit permettre aux RH qui y sont affectées de monter progressivement en efficacité dans l’exécution de leur rôle qui est de plusieurs ordres.

Le SCMPR est un service du PNILMCNT placé au sein du MSPLS ; chargé de suivre au quotidien la mise en œuvre du PSDMPR.

Il devra d’autre part organiser et assurer le secrétariat des comités techniques de suivi-évaluation en particulier pousser *l’amélioration de la planification des activités « MPR » au sein de la direction générale de la planification du MSPLS*.

Le but est que d’avantage de lignes budgétaires « réadaptation » soient progressivement intégrées dans les budgets annuels du MSPLS pour des partenaires du MSPLS.

1. Renforcement des ressources humaines en qualité et en quantité

Le nombre de kinésithérapeutes diplômés au Burundi n’est pas connu. Il existe très peu d’orthoprothésistes(5), un seul médecin spécialiste MPR et aucun représentant des autres métiers de la réadaptation médicale (orthophonistes, ergothérapeutes).

Très souvent les personnes présentes et actives dans ces domaines (kinésithérapeutes et orthoprothésistes) sont peu compétentes. Elles ont été formées « sur le tas », sans diplômes ou avec des certificats « A3 ». Ces certificats ne sont pas reconnus par les pouvoirs publics, de sorte que leurs perspectives de carrière professionnelle sont pratiquement nulles, ce qui entraîne frustration et démotivation.

Enfin, ceux qui ont des diplômes A1 ou A2 sont très souvent issus d’écoles dont le programme est incomplet ou obsolète. Ils connaissent de plus une perte sensible de qualité de leurs acquis par manque de formations continues et manque de renforcement de leurs expériences professionnelles.

1. Renforcement de la qualité des soins, de l’accessibilité géographique et de l’accessibilité financière aux soins de médecine physique et réadaptation.

L’accessibilité géographique et financière des populations aux services existants reste faible.

Il y a très peu de services de réadaptation hospitaliers pour prendre en charge les très nombreux cas d’incapacité plus ou moins réversibles qui sont traités dans ces hôpitaux (séquelles de traumatisme de la route, séquelles d’AVC, problème de rhumatologie, incontinences, paralysie néonatale, …).

Les quelques centres pour personnes handicapées que compte le pays ont peu de personnes qualifiées pour assurer des soins de qualité.

De plus l’accessibilité économique aux services et centres existants est limitée pour la plus grande partie de la population.

Ce contexte de pauvreté est une menace à la mise en œuvre des activités prévues dans ce plan stratégique plutôt qu’un problème qui pourrait être solutionné par celles-ci. Cependant, il faut envisager des actions pour répondre à cette faiblesse de l’accessibilité financière.

# SYNTHESES DES OBJECTIFS, AXES ET ACTIVITES du PSDMPR

## Vision du programme de la MPR à l’horizon 2023

A l’horizon 2023, la qualité de vie des personnes victimes d’une incapacité physique ou vivant avec un handicap moteur au Burundi aura été améliorée.

## Objectif général

Développer la Médecine Physique et Réadaptation (MPR) du Burundi

## Axes stratégiques

Dans le but d’atteindre la vision du développement de la MPR au Burundi, cinq axes stratégiques sont proposés:

1. Renforcement des capacités du MSPLS dans la coordination, la planification et le leadership;
2. Renforcement des ressources humaines de la réadaptation médicale en qualité et en quantité ;
3. Améliorer les performances du système de réadaptation ainsi que l’accessibilité géographique et financière aux soins de Médecine Physique et Réadaptation ;
4. Renforcement de la production et de l’exploitation de l’information relative à la MPR au Burundi ;
5. Lutte contre les facteurs de risques d’incapacités et de handicaps.

Le développement de ces axes stratégiques comprend les objectifs spécifiques et les interventions prioritaires décrits ci-dessous :

|  |  |
| --- | --- |
| Axe 1 : Renforcement des capacités du MSPLS dans la coordination, la planification et le leadership (objectifs spécifiques 1 et 2) | |
| **Objectifs spécifiques** | **Interventions prioritaires** |
| **Objectif spécifique 1** : Assurer le leadership du MSPLS dans le développement national de la Médecine Physique et Réadaptation | 1.1 Elaborer un document de stratégie nationale 2018-2022 de développement de la MPR et l’intégrer dans le PNDS III |
| 1.2 Assurer la coordination et le suivi-évaluation du PSDMPR 2018-2022 |
| 1.3 Assurer l’intégration de la Médecine Physique et Réadaptation au sein du MSPLS |
| 1.4 Développer les partenariats autour du plan stratégique |
| **Objectif spécifique 2**: Développer un cadre légal de l’exercice des métiers de la MPR | 2.1 Elaborer les référentiels des métiers de la MPR |
| 2.2 Renforcer les associations de professionnels de la MPR présents au Burundi (médecins, kinésithérapeutes, orthoprothésistes et autres du domaine) |
| Axe 2 : Renforcement des ressources humaines de la MPR (objectifs spécifiques 3 et 4) | |
| **Objectifs spécifiques** | **Interventions prioritaires** |
| **Objectif spécifique 3**: Mobiliser et former des ressources humaines en Médecine Physique et Réadaptation | 3.1 Attribuer des bourses de formation à l’étranger aux médecins, kinésithérapeutes, orthoprothésistes, orthophonistes et ergothérapeutes |
| 3.2 Recruter les ressources humaines formées |
| 3.3 Organiser des formations continues des professionnels de la MPR à tous les niveaux et assurer un coaching de qualité |
| **Objectif spécifique 4**:  Ouvrir une Ecole Nationale de Kinésithérapie et Réadaptation à l’INSP de Bujumbura | 4.1 Faire agréer le curriculum de l’ENKR à l’INSP de Bujumbura |
| 4.2 Procéder à la construction et à l’équipement de l’Ecole Nationale de Kinésithérapie et Réadaptation de Bujumbura |
| 4.3 Démarrer l’activité de l’école de kinésithérapie |
| Axe 3 : Améliorer les performances du système de réadaptation ainsi que l’accessibilité géographique et financière aux soins de Médecine Physique et Réadaptation (Objectifs spécifiques 5, 6, 7, 8 et 9). | |
| **Objectifs spécifiques** | **Interventions prioritaires** |
| **Objectif spécifique 5**: Ouvrir de nouveaux services de MPR et améliorer les performances des services de MPR existants | 5.1 Faire l’état des lieux des capacités de soins en réadaptation au Burundi |
| 5.2 Elaborer en CT et faire valider le MSPLS les normes de création et de fonctionnement des services de MPR (Kinésithérapie, Appareillage orthopédique,….) à tous les niveaux |
| 5.3 Renforcer l’organisation interne des services de MPR existants |
| 5.4 Ouvrir et renforcer techniquement les services de MPR |
| 5.5 Promouvoir l’autonomisation des centres de réadaptation physique(CRP) |
| 5.6 Finaliser les conditions institutionnelles de création et de démarrage du CNRKR et mettre en place ses organes de gestion |
| 5.7 Poursuivre et pérenniser l’activité du CNRKR |
| **Objectif spécifique 6**: Améliorer la connaissance de la MPR parmi le personnel de santé | 6.1 Introduire les cours sur la médecine physique et réadaptation dans les facultés de médecine et les écoles d’infirmiers et de sages-femmes |
| 6.2 Sensibiliser et former le personnel médical sur la MPR au niveau provincial |
| **Objectif spécifique 7** : Développer un programme novateur de réadaptation à base communautaire | 7.1 Développer un programme novateur de réadaptation à base communautaire |
| **Objectif spécifique 8 :** Améliorer la prise en charge des pathologies handicapantes nécessitant des techniques très spécifiques | 8.1 Améliorer la prise en charge des pieds bots congénitaux chez les enfants de moins de 2ans |
| 8.2 Améliorer la prise en charge des enfants IMC |
| **Objectif spécifique 9 :** Améliorer l’accès financier aux services de MPR à travers les divers mécanismes de protection sociale | 9.1 Consolider le Financement basé sur les performances(FBP) en faveur des services et centres MPR |
| 9.2 Susciter la prise en charge des soins de MPR par les organismes assureurs |
| * 1. Plaider pour la subvention des soins MPR |
| Axe 4 : Renforcement de la production et de l’exploitation de l’information relative à la MPR au Burundi (objectifs spécifiques 10 et 11) | |
| **Objectifs spécifiques** | **Interventions prioritaires** |
| **Objectif spécifique 10**: Améliorer la production d’information en MPR au Burundi | 10.1 Elaborer une logiciel de dossier médical informatisé en MPR pour les centres et services MPR du pays |
| 10.2 Introduire le DMI dans les centres et services MPR du pays |
| 10.3 Elaborer et introduire la fiche « Appareillage orthopédique » dans le module réadaptation du logiciel DMI |
| **Objectif spécifique 11**: Améliorer l’exploitation de l’information en MPR au Burundi | 11.2 Transmettre les indicateurs MPR au SNIS et les exploiter pour la base de données nationale |
| 11.3 Utiliser les données du DMI pour des travaux de recherche en réadaptation |
| Axe 5 : Lutte contre les facteurs de risque d’incapacités et de handicaps. (objectifs spécifiques 12 et 13) | |
| **Objectifs spécifiques** | **Interventions prioritaires** |
| **Objectif spécifique 12 :**  améliorer la prévention des facteurs essentiels d’incapacité et de handicap | 12.1. Sensibiliser la population sur les facteurs de risque évitables d’incapacité et de handicap |
| 12.2. Sensibiliser la population sur l’existence et l’utilisation des services de soins en MPR pour limiter les conséquences des affections handicapantes |
| **Objectif spécifique 13:** promouvoir la prise en charge réadaptative précoce des affections handicapantes | 13.1. Introduire la prise en charge MPR précoce dans les services hospitaliers pour les patients |
| 13.2. Sensibiliser les médecins traitants et les médecins spécialistes pour référer précocement les patients à risque vers les services MPR |

# MISE EN OEUVRE DU PSDMPR

## Calendrier de mise en œuvre

Le présent plan stratégique de développement de la MPR couvre la période 2019-2023 et sera mis en œuvre à travers l’élaboration et l’exécution des plans d’action annuels. .

Ce plan donne une vision globale sur les objectifs à atteindre en favorisant une synergie entre les différents acteurs de la MPR. Sa mise en œuvre est du ressort du MSPLS et n’engage en aucun cas les organisations d’appui.

La présente stratégie sera coordonnée à travers le service chargé de la MPR, placé sous la responsabilité du Directeur du PNILMCNT.

Ce service est chargé de la coordination des activités de ce plan à tous les niveaux en collaboration avec le comité technique mixte de suivi et d’évaluation de PSDMPR, composé de représentants de tous les acteurs du développement de la MPR au Burundi

## Cadre de financement

Les sources de financement du plan sont le budget de l’Etat, l’apport des partenaires techniques et financiers et d’autres donateurs. A l’occasion de l’établissement des plans d’action annuels, la planification annuelle la plus cohérente possible des activités sera effectuée entre les acteurs nationaux et internationaux.

# CADRE DE SUIVI-EVALUATION

## Objectif du CSE

Le CSE accompagne la mise en œuvre du PSDMPR. Il est élaboré en se référant à ses axes stratégiques dans une démarche de gestion axée sur les résultats (GAR). Il propose un cadre d’appréciation des performances du PSDMPR 2019-2023

## Mécanisme du CSE

Le CSE se base sur l’appréciation régulière de l’atteinte des IOV du plan stratégique :

* les IOV synthétiques illustrant la bonne mise en œuvre des 3 axes stratégiques
* les IOV détaillés des interventions prioritaires, concourant à l’atteinte des 9 objectifs du PSDMPR

L’ensemble de ces IOV est repris dans le cadre logique du PSDMPR qui figure en annexe 1 du présent plan stratégique.

Le taux d’atteinte des indicateurs permettra de remettre un rapport annuel, un rapport d’évaluation à mi-parcours et un rapport d’évaluation finale du PSDMPR

## Organe responsable du suivi-évaluation du PSDMPR

Pour mesurer les indicateurs, en faire la synthèse annuelle et élaborer les rapports de suivi-évaluation *un comité technique de suivi-évaluation du PSDMPR sera constitué et nommé par le Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida.*

Le CTSE est composé de représentants de tous les acteurs qui ont participé à l’élaboration et à la validation du plan stratégique (décideurs, prestataires, usagers et PTFs).

Le CTSE se réunira au moins 3 fois par an et sera présidé par un représentant du MSPLS. Le CTSE sera responsable

* de l’élaboration des plans d’action annuels du PSDMPR ;
* du suivi de toutes les activités prévues dans le plan d’action ;
* de la récolte et de la mesure des indicateurs ;
* de l’élaboration des rapports de suivi-évaluation annuels, à mi-parcours et final ;
* des recommandations émises à l’endroit de tous les acteurs chargés de la mise en œuvre du PSDMPR.

## Hypothèses et risques

Hypothèses à rencontrer pour que le PSDMPR puisse être mis en œuvre :

* les PTFS qui ont participé à l’élaboration du PSDMPR continuent à le soutenir techniquement et financièrement ;
* le MSPLS continue à appuyer le développement de la MPR au Burundi dans sa stratégie sectorielle

Risques pouvant menacer la bonne mise en œuvre du programme :

* les sources de financement des PTFS et du MSPLS se tarissent
* la communication entre les PTFs et le MSPLS est interrompue ou difficile.

# Liste des annexes

**Annexe 1:** Cadre logique avec tableau des indicateurs par année

**Annexe 2 :** tableau de calcul du coût de l’ensemble du plan stratégique

**Annexe 3 :** Liste des institutions où sont pratiqués les soins de MPR

**Annexe 4 :** Contacts des acteurs de la Médecine Physique et Réadaptation au Burundi

**Annexe 5 :** Liste des membres du comité technique d’élaboration et du plan stratégique (CTEPS)

**Annexe 6 :** Liste des participants à l’atelier national de validation du PSDMPR

**Annexe 7 :** Références bibliographiques

## Annexe 1: Cadre logique avec tableau des indicateurs par année.

| **Interventions** | **Indicateurs** | **Situation de départ 2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objectif général : *Développer la Médecine Physique et Réadaptation (MPR) au Burundi*** | | | | | | | |
| **Axe 1 : Renforcement des capacités du MSPLS dans la coordination, la planification et le leadership (Objectifs spécifiques 1 et 2)** | IOV 1.1: Le document de stratégie nationale 2019-2023 est élaboré, et validé en vue d’être intégré au PNDS III | PSDMPR 2011-2015 existant | PSDMPR 2019-2023 Elaboré, validé et adopté par le MSPLS |  | PSDMPR 2019-2023 Revu à mi- parcours |  | PSDMPR 2019-2023 évalué PSDMPR 2024- 2028 élaboré |
| IOV 1.2 : Il existe au sein du MSPLS, un service chargé du développement de la médecine physique et réadaptation | OM portant création du SCMPR signée et les RH affectées | SCMPR opérationnel 4 agents  1 prof. MPR | SCMPR opérationnel 4 agents 1 prof. MPR | SCMPR opérationnel 4 agents  2 prof. MPR | SCMPR opérationnel 4 agents  2 prof. MPR | SCMPR opérationnel 4 agents  2 prof. MPR |
| IOV 1.3 : Des lignes budgétaires « médecine physique et réadaptation » existent dans le budget du MSPLS | Pas de budget réadaptation. | Pas de budget réadaptation  ---------  Lobbying effectué et  intégré dans le PNDS III | Un budget réadaptation existe au MSPLS  ---  Le lobbying continue | Un budget réadaptation existe au MSPLS avec croissance par rapport à 2019 | Un budget réadaptation existe au MSPLS avec croissance par rapport à 2020 | Un budget réadaptation existe au MSPLS avec croissance par rapport à 2021 |
| **Objectif spécifique 1 *: Assurer le leadership du MSPLS dans le développement national de la Médecine Physique - Réadaptation*** | | | | | | | |
| **1.1     Elaborer un document de stratégie nationale 2019-2023 de développement de la MPR et l’intégrer dans le PNDS III** | 1.1.1 Une Commission technique de suivi-évaluation du PSDMPR (regroupant les prestataires, les décideurs, les organisations d’appui et les usagers) est mise en place par le MSPLS | La CTSE existe | La CTSE est confirmée – elle élabore le PSDMPR 2019-2023 |  |  |  |  |
| 1.1.2 Un draft de document de PSDMPR 2019-2023 est élaboré | Draft de Cadre logique PSDMPR existant | Draft PSDMPR 2019-2023 élaboré et validé |  |  |  |  |
| 1.1.3 Le PSDMPR 2019 – 2023 est validé en atelier national | PSDMPR 2019-2023 validé en atelier national |  |  |  |  |  |
| 1.1.4 Le PSDMPR 2019-2023 est adopté par le MSPLS et intégré dans le PNDS III | Draft de Cadre logique PSDMPR existant | PSDMPR 2019-2023 adopté par le MSPLS | PSDMPR 2019-2023 intégré dans le PNDS III |  |  |  |
| **1.2 Assurer la coordination et le suivi-évaluation du PSDMPR 2019-2023** | 1.2.1 le CTSE se réunit trimestriellement pour assurer le suivi-évaluation du PSDMPR 2019-2023 | Draft de Cadre logique PSDMPR existant | 2 réunions de S/E du CTSE organisées | 4 réunions de S/E du CTSE organisées | 4 réunions de S/E du CTSE organisées | 4 réunions de S/E du CTSE organisées | 4 réunions de S/E du CTSE organisées |
| 1.2.2 Le PSDMPR 2019-2023 est évalué et revu à mi-parcours | Draft de Cadre logique PSDMPR existant |  |  | Le CTSE a revu le PSDMPR 2019-2023 à mi-parcours |  |  |
| 1.2.3. Le PSDMPR 2019-2023 est évalué en fin de période | Draft de Cadre logique PSDMPR existant |  |  |  |  | Rapport d’évaluation disponible |
| 1.2.4. Le draft de PSDMPR 2024-2028 est élaboré |  |  |  |  |  | Draft PSDMPR 2024-2028 Disponible |
| **1.3 Assurer l’intégration de la Médecine Physique et Réadaptation au sein du MSPLS** | 1.3.1 Le PNILMCNT par le biais du SCMPR assure le suivi-évaluation quotidien du PSDMPR, il coordonne et facilite sa mise en œuvre avec l’ensemble des acteurs concernés | OM signé et RH affectées | SCMPR démarre son activité et est opérationnel | SCMPR opérationnel | SCMPR en activité | SCMPR en activité | **SCMPR en activité** |
| 1.3.2 Le PNILMCNT par le biais du SCMPR organise les comités de suivi-évaluation de la PSDMPR et en assure le secrétariat | OM signé et RH affectées | 2 réunions de S/E | 4 réunions de S/E | 4 réunions de S/E | 4 réunions de S/E | 4 réunions de S/E |
| 1.3.3 La Direction du PNILMCNT plaide auprès du Cabinet MSPLS pour la mise en place de lignes budgétaires consacrées à la MPR au Burundi | Pas de budget alloué à la MPR par le MSPLS | Plaidoyer pour la mise en place d’une ligne budgétaire | Un budget MPR est adopté au MSPLS | Budget MPR adopté au MSPLS avec croissance par rapport à 2019 | Budget MPR adopté au MSPLS avec croissance par rapport à 2020 | Budget MPR adopté au MSPLS avec croissance par rapport à 2021 |
| 1.3.4 Au moins une mission annuelle d’échange d’expérience est organisée à l’étranger. | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| **1.4     Développer les partenariats autour du plan stratégique** | 1.4.1 La liste des partenaires nationaux, régionaux et internationaux intervenant dans le domaine de la MPR est actualisée (décideurs - prestataires - organisations d’appui – usagers et associations professionnelles) | Liste existante selon PSDMPR 2011-2015 | Liste actualisée existe | Liste actualisée existe | Liste actualisée existe | Liste actualisée existe | Liste actualisée existe |
| 1.4.2 Le PNILMCNT assure la coordination et le suivi des activités de tous les acteurs en MPR sur base du plan stratégique et les indicateurs sont régulièrement définis et actualisés | Apport existants selon PSDMPR 2011-2015 | Apport des acteurs défini selon PSDMPR 2019-2023  ---------  PAA en cours | PAA 2020 élaboré | PAA 2021 élaboré | PAA 2022 élaboré | PAA 2023 élaboré |
| 1.4.3 Des conventions de partenariat sont passées entre les acteurs du développement de la MPR et le(s) ministère(s) de tutelle | Conventions existantes :  **1**. APEFE MSPLS -COPED)  **2**. MSPLS- COPED  **3**. MSPLS-MEESR-COPED  4. HI-MDPHASG  5. HI-MEESRS | Conventions en cours  +  Convention HI-MSPLS signée | Conventions en cours | Conventions en cours | Convention MSPLS-MEESR-COPED renouvelée | Convention APEFE-MSPLS-COPED renouvelée |
| 1.4.4 Le Document de PSDMPR est diffusé à tous les acteurs nationaux et internationaux de la réadaptation pour susciter de nouveaux partenariats | Pas de PSDMPR | PSDMPR élaboré et validé  ------  Liste partenaires élaborée  ---------  PSDMPR expédié à tous les partenaires potentiels | Suivi effectué | Suivi effectué | Suivi effectué | Suivi effectué |
| **Objectif spécifique 2 : *Développer un cadre légal de l’exercice des métiers de la Médecine Physique-Réadaptation*** | | | | | | | |
| **2.1     Elaborer les référentiels des métiers de la MPR** | 2.1.1 Les textes décrivant le métier, les attributions les compétences, le parcours de formation et les critères d’accès à la profession des métiers de la MPR sont élaborés par le MSPLS en appui avec les associations de professionnels et les partenaires (Kinésithérapeutes, orthoprothésistes, orthophonistes, ergothérapeutes, …) | Pas de référentiel métier | Référentiel métier des kinés définis |  |  |  |  |
| **2.2     Renforcer les associations de professionnels de la médecine physique et réadaptation présents au Burundi (médecins MPR, kinésithérapeutes, orthoprothésistes et autres du domaine)** | 2.2.1 Un diagnostic organisationnel des associations de professionnels de la réadaptation au Burundi est effectué | Pas de DD |  |  | Rapport sur DO disponible |  |  |
| 2.2.2 Des formations sur le rôle des associations professionnelles ont été dispensées | Pas de formation effectuée |  | Formation effectuées |  |  |  |
| 2.2.3 des échanges d’expérience avec des associations professionnelles d’autres pays africains ont eu lieu | Pas d’échanges |  | Envoi d’un membre à la WCPT | L’AKB est membre d’associations internationales des kinésithérapeutes |  |  |
| 2.2.4 L’association des kinésithérapeutes est redynamisée –– son bureau est renouvelé, ses statut sont actualisés et elle tient au moins une assemblée générale par an | 1 AG - Nouveau bureau élu - statuts actualisés | 1AG | 2 AG | Deux AG  Nouveau bureau | 2 AG | 2 AG |
| 2.2.5 L’association des orthoprothésistes est agrée par le Ministère de l’Intérieur ; elle tient au moins une assemblée générale par an | Association non agréée | Association agréée -  Une AG  Bureau élu | Une AG | Une AG | Une AG | Une AG  Nouveau bureau |
| 2.2.6 Une plate-forme (mini congrès) réunissant les professionnels de la médecine physique-réadaptation (médecins MPR, kinés, orthoprothésistes) se tient au moins une fois tous les deux ans – des professionnels des pays environnants y participent | Pas de congrès des professionnels MPR |  |  |  | Un congrès |  |
| **Axe 2 :**  ***Renforcement des ressources humaines de la MPR* (Objectifs spécifiques 3 et 4)** | IOV 2.1 : Nombre de kinésithérapeutes niveau Baccalauréat *formés*, en activité au Burundi | 49 | 53 | 57 | 63 | 67 | 69 |
| IOV 2.2 : Nombre d’orthoprothésistes Cat 2 et Cat 1 formés à l’extérieur en activité au Burundi | 5 Cat 2 | 5 Cat 2 | 4 Cat 2 | 4 Cat 2 | 4 Cat 2 | 7 Cat 2  2 Cat 1 |
| IOV 2.3 : Nombre de kinésithérapeutes niveau master *formés à l’extérieur et* en activité au Burundi. | 0 | 0 | 2 | 4 | 4 | 4 |
| IOV 2.4 : Nombre de médecins MPR *formés à l’extérieur et* en activité au Burundi. | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| IOV 2.5 : Le curriculum de formation des kinésithérapeutes à l’école de kiné de l’INSP de Bujumbura est élaboré et validé | Draft de curriculum | Curriculum élaboré et validé – adopté par le MEESRS |  |  |  |  |
| IOV 2.6 : L’école nationale de kinésithérapie et Réadaptation est opérationnelle | Pas d’ENKR | ENKR en construction et équipement | ENKR opérationnelle | ENKR opérationnelle | ENKR opérationnelle | ENKR opérationnelle |
| IOV 2.7 : Un recensement des RH de la MPR en activité est régulièrement effectué | Pas de recensement | Recensement effectué | Recensement effectué | Recensement effectué | Recensement effectué | Recensement effectué |
| **Objectif spécifique 3 : *Mobiliser et former des ressources humaines en MPR*** | | | | | | | |
| **3.1       Attribuer des bourses de formation à l’étranger aux médecins, kinésithérapeutes, orthoprothésistes, orthophonistes et ergothérapeutes** | 3.1.1 Entre 2019 et 2023, au moins 4 nouvelles bourses de baccalauréat en kinésithérapie ont démarré (3 ans) | 0 | 4 |  |  |  |  |
| 3.1.2 Entre 2019 et 2023, au moins 2 nouvelles bourses de master en kinésithérapie ont démarré (2 ans) | 2  APEFE | 2  APEFE |  | 2  Chercher un bailleur |  | 2  Chercher un bailleur |
| 3.1.3 Entre 2019 et 2023, au moins deux kinésithérapeutes burundais seront en formation de doctorat | 0 | 0 | 0 | 2 |  | 1  Chercher un bailleur |
| 3.1.4 Entre 2019 et 2023 au moins deux bourses de spécialisation en MPR auront été attribuées (4 ans) | 1 |  |  | 2  Chercher un bailleur |  |  |
| 3.1.5 Entre 2019 et 2023 au moins 3 bourses de spécialisation d’orthoprothésiste auront été attribuées (3 ans) | **0** |  | **2 Cat 2**  **1 Cat 1**  **Chercher un bailleur** |  | **1 Cat 1**  **Chercher un bailleur** |  |
| 3.1.6 Entre 2019 et 2023 au moins 2 bourses de spécialisation en ergothérapie auront été attribuées (3 ans) | **0** |  |  |  | **1**  **Chercher un bailleur** | **1**  **Chercher un bailleur** |
| 3.1.7 Entre 2019 et 2023 au moins 2 bourses de spécialisation en orthophonie auront été attribuées (3 ans) |  |  |  |  | **1**  **Chercher un bailleur** | **1**  **Chercher un bailleur** |
| **3.2       Recruter les ressources humaines formées** | 3.2.1 A la fin de 2023, au moins 12 kinésithérapeutes seront en activité au CNRKR | **7** | **9** | **10** | **10** | **12** | **12** |
| 3.2.2 A la fin de 2023, au moins deux médecins spécialistes en MPR seront en activité au CNRKR | **1** | **1** | **2** | **2** | **2** | **2** |
| 3.2.3 Entre 2019 et 2023, au moins 20 nouveaux kinésithérapeutes auront été recrutés pour les autres services kinésithérapie créés ou renforcés à travers le pays | **5** | **9** | **13** | **19** | **23** | **25** |
| 3.2.4 Entre 2019 et 2023, au moins 3 nouveaux orthoprothésistes auront été recrutés dans les centres et services d’appareillage orthopédique existants | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **3** |
| 3.2.5 Entre 2019 et 2023, au moins 5 médecins auront été recrutés dans les centres et services d’appareillage orthopédique existants | **0** | **0** | **2** | **4** | **5** | **5** |
| 3.2.6 Entre 2019 et 2023, au moins 5 psychologues auront été recrutés dans les centres et services d’appareillage orthopédique existants | **0** | **0** | **2** | **4** | **5** | **5** |
| **3.3       Organiser des formations continues des professionnels de la MPR à tous les niveaux et assurer un coaching** | 3.3.1 Les besoins en renforcement des capacités des professionnels de la réadaptation sont identifiés | Pas de besoins identifiés | Besoins identifiés | Besoins identifiés | Besoins identifiés | Besoins identifiés | Besoins identifiés |
| 3.3.1 Les thèmes de formations continues des professionnels de la réadaptation sont définis chaque année | Pa de thèmes définis | Thèmes définis | Thèmes définis | Thèmes définis | Thèmes définis | Thèmes définis |
| 3.3.2 Des experts nationaux ou internationaux pour le renforcement des capacités des professionnels de la réadaptation sont identifiés et recrutés | **2 int.** | **3 int.**  **2 nat.** | **1 int.**  **2 nat.** | **1 int.**  **2 nat.** | **1 int.**  **2 nat.** | **1 int.**  **2 nat.** |
| 3.3.3 Entre 2019 et 2023 au moins 2 sessions annuelles de formation continue pour les Kinés ont été organisées chaque année | **1** | **4** | **4** | **4** | **4** | **4** |
| 3.3.4 Un système de coaching des kinés est élaboré et mis en œuvre | Pas d’évaluation sur les formations reçues | Evaluation sur formation reçues | Coaching  5 CRP | Evaluation sur formation reçues | Coaching  5 CRP | - |
| 3.3.5 Entre 2019 et 2023 au moins 1 session annuelle de formation continue pour orthoprothésistes a été organisée | 0 | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** |
| 3.3.6 Entre 2019 et 2023 des professionnels burundais de la réadaptation ont participé à au moins 3 séminaires ou ateliers régionaux et internationaux en rapport avec la MPR | WCPT | FATO  ISPRM | WCPT | FATO | WCPT | FATO |
| 3.3.7 Les divers intervenants en formation continue sont identifiés et listés. Ils organisent leurs formations en coordination avec le SCMPR |  | Formation définies et planifiées | Formation définies et planifiées | Formation définies et planifiées | Formation définies et planifiées | Formation définies et planifiées |
| 3.3.8 Des stages de perfectionnement à l’étranger sont organisés pour des kinésithérapeutes | 0 | 0 | 2  Chercher un bailleur | 2  Chercher un bailleur | 3  Chercher un bailleur | 3  Chercher un bailleur |
| 3.3.9 Des stages de perfectionnement à l’étranger sont organisés pour des orthoprothésistes | 0 | 0 | 2  Chercher un bailleur | 2  Chercher un bailleur | 1  Chercher un bailleur | 1  Chercher un bailleur |
| **Objectif spécifique 4: *Ouvrir une Ecole Nationale de Kinésithérapie et Réadaptation (ENKR) à l’INSP de Bujumbura*** | | | | | | | |
| **4.1 Faire agréer le**  **curriculum de l’ENKR à**  **l’INSP de Bujumbura** | 4.1.1 Le curriculum de formation de kinésithérapeutes niveau Bac + 3 a été élaboré et validé pour l’école nationale de Kinésithérapie et Réadaptation (ENKR) | Draft Curriculum ENKR Bujumbura existant | Curriculum élaboré et validé en atelier |  |  |  |  |
| 4.1.2 Le curriculum de formation de kinésithérapeutes niveau Bac + 3 a été agréé par le MEESRS | Pas de curriculum agréé | Curriculum adopté par le MEESRS |  |  |  |  |
| **4.2** **Procéder à la construction et à l’équipement de l’Ecole Nationale de Kinésithérapie et Réadaptation de Bujumbura** | 4.2.1 L’école est construite et équipée | Etudes technique et DAO réalisés | Ecole construite et équipée |  |  |  |  |
| **4.3 Démarrer l’activité de l’école de kinésithérapie** | 4.3.1 La première rentrée académique a eu lieu pour l’année académique 2019 (la première promotion est prévue pour décembre 2021) |  | 1ère rentrée académique Jan 2019 |  |  |  |  |
| 4.3.2 : Des conventions de stage sont élaborées et mises en œuvre entre l’ENKR et des lieux de stage (CNRKR, autres services MPR et CRP) |  | Conventions de stage passées | Les stages ont débuté | - |  |  |
| 4.3.3 : Les premières promotions de kinésithérapeutes sont diplômées |  |  |  | Déc 2021 1ère promotion ENKR | Déc 2022 2ème promotion ENKR |  |
| **Axe 3 : *Renforcement de la qualité des soins, de l’accessibilité géographique et financière aux soins de MPR* (Objectifs spécifiques 5 à 9)** | IOV 3.1 : Les centres et services de réadaptation du Burundi sont en équilibre financier. | Non mesuré | 5 centres en équilibre financier | 10 centres en équilibre financier | 15 centres en équilibre financier | 20 centres en équilibre financier | 22 centres  en équilibre financier |
| IOV 3.2 : Entre 2019 et 2023 au moins six autres structures de soins en MPR ont été créées dans les hôpitaux de districts et répondent aux normes de qualité en MPR |  | 2 nouveaux services soins MPR | 1 nouveau service de soins MPR | 1 | 1 | 1 |
| IOV 3.3 : Au moins 30 % des patients pris en charge dans les services de MPR du pays bénéficient d’un mécanisme de facilitation de l’accès financier aux soins | Non mesuré | Elaboration des procédures de mesures | 15% | 20% | 25% | 30% |
| **Objectif spécifique 5 : *Ouvrir de nouveaux services de MPR et améliorer les performances des services de MPR existants*** | | | | | | | |
| **5.1    Faire l’état des lieux des capacités de soins en réadaptation au Burundi** | 5.1.1 : Le mapping des CRP et services de réadaptation existants est actualisé | Pas de mapping | Mapping disponible | Mapping actualisé | Mapping actualisé | Mapping actualisé | Mapping actualisé |
| 5.1.2: Les Besoins en renforcement des RH, des bâtiments, équipements et qualité des soins sont évalués à la lumière du document de normes et services MPR | Pas d’évaluation des besoins | Elaboration procédures évaluation des capacités en bâtiments et équipement et RH  ------Démarrage évaluations  -------  Besoins évalués | Evaluation annuelles de tous les centres et services MPR | Evaluation annuelles de tous les centres et services MPR | Evaluation annuelles de tous les centres et services MPR | Evaluation annuelles de tous les centres et services MPR |
| **5.2    Elaborer en CT et faire valider par le MSPLS les normes de création et de fonctionnement des services de MPR (kinésithérapie, et appareillage orthopédique) à tous les niveaux.** | 5.2.1 : les normes des services MPR (locaux – équipements – RH) sont diffusées dans tous les centres et services pratiquant la MPR au Burundi. | Norme élaborées, validées et adoptée | Normes diffusées à tous les centres et services MPR |  |  |  |  |
| 5.2.2 : un document permettant l’évaluation des services MPR par rapport aux normes est élaboré et validé et mis en application | Pas de document | Document d’outils d’évaluation élaboré | Document d’outils d’évaluation validés |  |  |  |
| 5.2.3 : Les services MPR sont évalués à l’aide de cet outil d’évaluation |  | 10 Services évalués en commençant par les services hospitaliers | Tous les services évalués | Tous les services évalués | Tous les services évalués | Tous les services évalués |
| 5.2.4. le contenu des normes MPR (RH, locaux, équipements) est corrigé et actualisé à la lumière des évaluations de terrain |  |  | Normes MPR actualisées |  |  |  |
| 5.2.5 Les protocoles d’évaluation de la qualité des soins sont rédigés conjointement avec le MSPLS et ses partenaires pour être intégrés dans les Normes des services MPR |  | Début du travail de rédaction des protocoles de traitements | Protocoles de traitements élaborés, validés et introduits au document de normes MPR |  |  |  |
| 5.2.6 : le document de normes des services MPR révisé est soumis au cabinet du MSPLS pour adoption |  |  | Document adopté |  |  |  |
| 5.2.7 : Les normes de services de MPR sont introduites dans le document de normes révisé des districts sanitaires |  | Lobbying effectué pour que L’analyse situationnelle en vue de rédiger le PNDS III fasse état des normes de services MPR à y intégrer |  |  | Normes MPR intégrées dans le document de normes de DS |  |
|
| **5.3 Renforcer l’organisation interne des services de MPR existants** | 5.3.1: Les centres améliorent progressivement leur notation par rapport aux normes des services MPR | Pas d’évaluation | Evaluation initiale | 2ème Evaluation faite  ------  Améliorations mesurées | 3eme Evaluation faite  ------  Améliorations mesurées | 4ème Evaluation faite  ------  Améliorations mesurées | 5ème évaluation faite  ---------  Améliorations mesurées |
| 5.3.2 : Les services de MPR ont communiqué et actualisé la grille de tarification de leurs prestations – après analyse des coûts | 2 grilles de tarification connues (CNAR – St Kizito) |  | Analyse des coûts réalisée (kiné – appareillage orthopédique) | Toutes les grilles actuelles communiquées (– consultation) | Toutes les grilles sont actualisées (Kiné -appareillage – consultation) |  |
|
| 5.3.3 : Une grille standardisée des actes de soins de réadaptation par niveau de la pyramide sanitaire - (consultations MPR – séances de kiné – fournitures d’appareillage orthopédique) pour tous les centres et services MPR existe et est appliquée | Pas de grille de prestation | Pas de grille de prestation | Grille commune des actes MPR est élaborée | Grille validée et intégrée au document de normes MPR |  |  |
| 5.3.4 : Un cadre d'échange formel des gestionnaires de CRP est fonctionnel (cercle d’échange des CRP) ; des rencontres périodiques sont organisée (1x /trimestre) | Cercle d’échange opérationnel | 4 réunions et 4 PV communiqués au SCMPR | 4 réunions et 4 PV communiqués au SCMPR | 4 réunions et 4 PV communiqués au SCMPR | 4 réunions et 4 PV communiqués au SCMPR | 4 réunions et 4 PV communiqués au SCMPR |
| 5.3.5 : Un outil de gestion de la réadaptation «Rehabilitation Management System» est testé dans les centres de réadaptation du Burundi – les points faibles identifiés sont renforcés | Pas dévaluation RMS | Evaluation Muyinga Makamba | Evaluation Poursuivie  CNAR | Evaluation poursuivie  Points faibles renforcés | Evaluation poursuivie  Points faibles renforcés | D’autres centres adoptent l’outil de gestion RMS |
| **5.4     Ouvrir et renforcer techniquement les services MPR** | 5.4.1 : Des hôpitaux (HDS–HR) pouvant intégrer un service MPR sont identifiés | 2 Hôpitaux identifiés | 3 Hôpitaux identifiés | Hôpitaux identifiés | Hôpitaux identifiés | Hôpitaux identifiés | Hôpitaux identifiés |
| 5.4.2 : Au moins 6 services de kinésithérapie intégrés dans les hôpitaux identifiés sont équipés avec une liste standardisée d’équipements, selon les normes validées – les RH nécessaires y sont affectées | **0** | **2** | **1** | **1** | **1** | **1** |
| 5.4.3 : Des équipements complémentaires sont installés dans les centres et services existant selon les besoins identifiés (voir 5.1.2) |  | Equipements livrés dans 10 centres | Equipements livrés dans 3 centres | Equipements livrés dans 3 centres | Equipements livrés dans 3 centres | Equipements livrés dans 3 centres |
| 5.4.4: Les RH œuvrant dans les centres et services MPR créés ou renforcés bénéficient de renforcement de capacités dans des centres référents |  | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| 5.4.5 : Des missions de suivi technique sont organisées dans les centres et services MPR créés ou renforcés |  | 11 | 13 | 13 | 13 | 13 |
| 5.4.6: Au moins un technicien ou une maison capable d’assurer la maintenance des appareils d’électriques utilisés en kinésithérapie est identifié et recommandé par le MSPLS |  | Un technicien ou une maison identifié |  |  |  |  |
| 5.4.7: Au moins un technicien ou une maison capable d’assurer la maintenance des machines-outils en appareillage orthopédique est identifiée et recommandé par le MSPLS |  |  | Un technicien ou une maison identifiée |  |  |  |
| **5.5 Promouvoir l’autonomisation des centres de réadaptation physique (CRP)** | 5.5.1: Un système durable d’approvisionnement des CRP en consommables essentiels (pour la kiné et MPR et spécialement pour l’appareillage orthopédique) a été amélioré |  | Une stratégie d’approvisionnement en consommables est élaborée | Le SCMPR en concertation avec les CRP propose une liste d’achat de composants ortho à la CAMEBU | Un système d’approvisionnement en consommables est fonctionnel |  |  |
|
|
|
| **5.6     Finaliser les conditions institutionnelles de création et de démarrage du CNRKR et mettre place ses organes de gestion** | 5.6.1 : La convention portant sur la gestion du CNRKR en partenariat public privé est revue et reconduite | Convention MSPLS-MEESRS-COPED signée en Janvier 2016 | Convention de mise en œuvre |  |  | Convention MSPLS-MEESRS-COPED Renouvelée |  |
|
|
| 5.6.2 : La sous-convention CNRKR-CHUK portant sur les conditions de fonctionnement et de gestion du CNRKR au sein de l’espace CHUK est élaborée et signée | Pas de sous-convention | Sous Convention CNRKR-CHUK signée |  |  |  |  |
| 5.6.3 : Le conseil d’administration du CNRKR est opérationnel | CA nommé | CA opérationnel  4 réunions | 4 réunions | 4 réunions | 4 réunions | 4 réunions |
| **5.7     Poursuivre et pérenniser l’activité du CNRKR** | 5.7.1 : Le staff médical est opérationnel | 1 médecin MPR  9 kinés | 2 médecins MPR  9 kinés | 2 médecins MPR  9 kinés | 2 médecins MPR  9 kinés | 2 médecins MPR  12 kinés | 2 médecins MPR  12 kinés |
| 5.7.2 : Le staff administratif, technique, d’entretien et de surveillance est recruté | 3 agents entretien  4 gardiens  2 secrétaires  1 RAF | 3 agents entretien  4 gardiens  2 secrétaires  1 RAF | 3 agents entretien  4 gardiens  2 secrétaires  1 RAF | 3 agents entretien  4 gardiens  2 secrétaires  1 RAF | 3 agents entretien  4 gardiens  2 secrétaires  1 RAF | 3 agents entretien  4 gardiens  2 secrétaires  1 RAF |
| 5.7.3 : Un appui psychosocial est assuré (recrutement d’un psychologue) | Pas de psychologue | Pas de psychologue | AO pour recrutement lancé | Appui psycho social assuré | Appui psycho social assuré | Appui psycho social assuré |
|
| 5.7.4 : A la fin de 2023 le CNRKR Pratique au moins 100 séances de kinésithérapie par jour et 30 consultations médicales | Kiné : 40  Consult : 10 | 60  13 | 70  16 | 80  20 | 90  25 | 100  30 |
| 5.7.5 : A la fin de 2023 le CNRKR a atteint son équilibre financier | 75% | 90% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| **Objectif spécifique 6: *Améliorer la connaissance de la Médecine Physique-Réadaptation parmi le personnel de santé*** | | | | | | | |
| **6.1     Introduire les cours sur la médecine physique et réadaptation dans les facultés de médecine et les écoles d’infirmiers et de sages-femmes** | 6.1.1 : d’ici 2023, le cours de MPR est enseigné dans toutes les Facultés de médecine du Burundi | Cours MPR dispensé en 4ème année FM-UB | Cours MPR dispensé en 4ème année FM-UB | Cours MPR dispensé à l’UB + les 2 autres facultés | Cours MPR dispensé  à l’UB + les 2 autres facultés | Cours MPR dispensé  à l’UB + les 2 autres facultés | Cours MPR dispensé  à l’UB + les 2 autres facultés |
| 6.1.2 : Des étudiants en médecine effectuent des stages au dans et les centres et services MPR | 1 médecin en stage MPR  40 stagiaires | … médecin en stage  -------  25 étudiants en médecine | … médecin en stage  -------  25 étudiants en médecine | … médecin en stage  -------  25 étudiants en médecine | … médecin en stage  -------  25 étudiants en médecine | …médecin en stage  -------  25 étudiants en médecine |
| 6.1.3 : Les notions base en réadaptation sont introduits dans les écoles d’infirmiers et de sages-femmes | Pas de formation | Pas de formation | Les contacts sont repris avec le MSPLS pour l’introduction de la MPR dans les écoles paramédicales | Elaboration d’un module de formation | Une formation est donnée aux infirmiers et sage femmes de l’INSP | Une formation est donnée aux infirmiers et sage femmes de l’INSP |
| **6.2 Sensibiliser et former le personnel médical sur la MPR au niveau provincial** | 6.2.1 : Des séances et ateliers de sensibilisation sur la MPR sont organisés pour les acteurs des hôpitaux, des centres de santé et du BPS/BDS | Gitega  Muyinga  Makamba  (HI) | Gitega  Muyinga  Makamba  Muramvya  Ngozi  Mpanda  Bubanza  Karusi  Bujumbura  ... | Gitega  Muyinga  Makamba  Muramvya  Ngozi  Mpanda  Bubanza  Karusi  Bujumbura  … | Gitega  Muyinga  Makamba  Muramvya  Ngozi  Mpanda  Bubanza  Karusi  Bujumbura  .. | Gitega  Muyinga  Makamba  Muramvya  Ngozi  Mpanda  Bubanza  Karusi  Bujumbura  … | Gitega  Muyinga  Makamba  Muramvya  Ngozi  Mpanda  Bubanza  Karusi  Bujumbura  … |
| 6.2.2 : Des formations sont organisées à l’endroit des médecins superviseurs ou responsables des centres et services pratiquant la MPR | Pas de formation | 2 médecins formés | 6 médecins formés | 6 médecins formés | 6 médecins formés | 6 médecins formés |
| **Objectif spécifique 7: *Développer un programme novateur de réadaptation à base communautaire*** | | | | | | | |
| **7.1     Développer un programme novateur de réadaptation à base communautaire** | 7.1.1 : Des formations des familles d’enfants vivant avec un handicap sont organisées | Formation parents à Mutwenzi | Formation parents à Mutwenzi – Makamba – Muyinga | Formation parents à Mutwenzi – Makamba – Muyinga | Formation parents à Mutwenzi – Makamba – Muyinga |  |  |
| 7.1.2 : Les réseaux régionaux des différents intervenants sur l’approche RBC sont redynamisés | Réseaux initiés  (Nord, Ouest, centre et sud) | Formation des membres des réseaux régionaux sur l’approche RBC | Réseaux régionaux RBC opérationnels | Réseaux régional RBC est initié | Réseaux régionaux RBC opérationnels dans tout le pays | Réseaux régionaux RBC opérationnels dans tout le pays |
| 7.1.3 : L’accessibilité des patients vers les CRP a été améliorée | 200 (HI)  1000 (UPHB) | 200  1000 | Chiffres améliorés par rapport à 2019 | Chiffres améliorés par rapport à 2020 | Chiffres améliorés par rapport à 2021 |  |
| **Objectif spécifique 8 : *Améliorer la prise en charge de pathologies handicapantes nécessitant des techniques très spécifiques*** | | | | | | | |
| **8.1     Améliorer la prise en charge des pieds bots congénitaux chez les enfants de moins de deux ans** | 8.1.1 Un programme pluriannuel élaboré pour la prise en charge du pied bot est validé et intégré dans le PSDMPR | Pas encore de plan d’action connu | Plan d’action RCPHB/CURE communiqué au SCMPR et aux acteurs présents dans el CESE | Plan d’action RCPHB/CURE communiqué au SCMPR et aux acteurs présents dans el CESE | Plan d’action RCPHB/CURE communiqué au SCMPR et aux acteurs présents dans el CESE |  |  |
| 8.1.2 : La population est sensibilisée sur les avantages du traitement du pied bot dès la naissance et jusque 4 ans | Emission radios télévision  Affiches témoignages | Emission radios télévision  Affiches témoignages | Emission radios télévision  Affiches témoignages | Emission radios télévision  Affiches témoignages |  |  |
| 8.1.3 : Des formations de personnel de santé sur la prise en charge du pied bot sont organisées avec des formateurs locaux et la participation d’experts | 1 formation organisée  --------  16 kinés et Assistants kinés  6 médecins  6 assistants sociaux  infirmiers et orthoprothésistes  --------  Venus de 6 Centres traitement | 1 formation organisée  --------  16 kinés et Assistants kinés  6 médecins  6 assistants sociaux  infirmiers et orthoprothésistes  --------  Venus de 6 Centres traitement | 1 formation organisée  --------  16 kinés et Assistant kinés  6 médecins  6 assistants  Sociaux  infirmiers et orthoprothésistes  --------  Venus de 6 Centres traitement | 1 formation organisée  --------  16 kinés et Assistants kinés  6 médecins  6          assistants sociaux  infirmiers et orthoprothésistes  --------  Venus de 6 centres traitement |  |  |
| 8.1.4 : De nouveaux centres et ou CRP pratiquent la méthode Ponsetti | 6 centres | 8 centres | 10 centres | 12 centres |  |  |
| 8.1.5 : Les Universités et Ecoles Médicales (Faculté de Médecine, Ecole Paramédicales, Les écoles des Kinésithérapeutes) sont formés sur la Méthode Ponsetti et Sensibilisés sur la détection précoce et le référencement | Pas encore de formation | Contact pris avec 2 écoles privées d’infirmiers (RCPHB) |  | Formation Ponsetti introduite à l’ENKR et à  la FM de l’UB |  |  |
| 8.1.6 : Des missions de coaching sur la méthode Ponsetti sont organisées chaque année pour maintenir la qualité | 3  missions/an | 2 missions/an | 3 missions/an | 3 missions/an |  |  |
| **8.2 Améliorer la prise en charge des enfants IMC** | 8.2.1 : Une évaluation des besoins en formation des ressources humaines est réalisée | Evaluation commencée Gitega Makamba | Rapport disponible Mutwenzi Makamba  Muyinga  CNAR  Transféré CTESE du PSDMPR |  |  |  |  |
| 8.2.2 : Des formations suivies de coaching sont réalisées |  | 1 formation à Gitega | 3 formations Makamba  Muyinga  CNAR | **Coaching dans les 4 centres** | **Coaching dans les 4 centres** |  |
| 8.2.3 : Le nombre d’enfant IMC pris en charge est connu | Non connu | connu | connu | connu | connu |  |
| **Objectif spécifique 9: *Améliorer l’accès financier des patients aux services MPR à travers les divers mécanismes de protection sociale*** | | | | | | | |
| **9.1     Consolider le FBP en faveur des services et centres MPR** | 9.1.1 : les contractualisations FBP existantes entre le MSPLS et les centres et services MPR sont listées | Pas de liste ni de contrats existants disponibles | Liste et contrats existants disponibles au SCMPR | Liste actualisée |  |  |  |
|
| 9.1.2 : les indicateurs «MPR » à contractualiser sont définis et validés | Pas d’indicateurs | Draft d’indicateurs disponible | Liste d’indicateurs définie et validée |  |  |  |
| 9.1.3 : De nouveaux centres et services MPR ont passé contrat de FBP avec le MSPLS | Pas nouveau contrat | Pas nouveau contrat | Deux Les service de kinésithérapie hospitalier bénéficient de contrats FBP | 4 autres services de kinésithérapie hospitaliers bénéficient de contrats FBP | Négocier le contrat des autres centres avec le MSPLS |  |
| 9.1.4 : Les indicateurs qualité sont ajoutées dans les contrats de performance des services de MPR |  |  | Le contenu des contrats est adapté avec des indicateurs qualité |  |  |  |
| **9.2     Susciter la prise en charge des soins de MPR par les organismes assureurs** | 9.2.1 : Une grille d’acte de soins MPR (consultation médicale, soins de kinésithérapie et appareillage orthopédique) compatible entre tous les centres et service MPR et remboursable par les organismes assureurs est élaborée et validée par le MSPLS (cf. grille harmonisée de nomenclature des soins – point 5.3.7) | Pas de grille | Pas de grille | Grille élaborée  En validée  ------  Intégrée au document de normes MPR |  |  |  |
| 9.2.2 : La grille d’acte de soins de MPR (consultation médicale et kinésithérapie) remboursables est communiquée aux organismes assureurs publics et privés | Pas de liste | Pas de liste | Grille élaborée et validée  ----  Communiquée aux organismes assureurs |  |  |  |
| 9.2.3 La grille listant les conventions passées entre assureurs public et privés et les services MPR (consultation médicale et kinésithérapie) est connue et actualisée | Pas de grille reprenant les conventions assureurs/service MPR | Pas de grille | Grille connue | Grille actualisée | Grille actualisée | Grille actualisée |
| 9.2.4: La grille d’acte de soins d’appareillage orthopédique remboursables est communiquée aux organismes assureurs publics et privés | Pas de grille | Pas de grille | Grille élaborée et validée  ----  Communiquée aux organismes assureurs |  |  |  |
| 9.2.5 : La grille listant les conventions passées entre assureurs public et privés et les services MPR (appareillage orthopédique) est connue et actualisée | Pas de grille | Pas de grille | La grille reprenant les conventions assureurs/service MPR pour AO est élaborée | Grille actualisée | Grille actualisée | Grille actualisée |
| **9.3     Plaider pour la subvention des soins MPR** | 9.3.1: La cartographie de partenaires (anciens et actuels) et mécanismes de prise en charges des soins MPR au Burundi est faite | Cartographie non disponible | Cartographie non disponible | Cartographie disponible | Cartographie actualisée | Cartographie actualisée | Cartographie actualisée |
| 9.3.2 : Un atelier de sensibilisation sur la mobilisation des fonds facilitant l’accès aux services MPR est effectué | Pas d’atelier |  | Atelier effectué |  |  |  |
| **Axe 4 :**  ***Renforcer la production et l’exploitation de l’information relative à la MPR au Burundi* (Objectifs spécifiques 10 et 11)** | IOV 4.1 : D’ici 2023, 11 hôpitaux sont équipés du DMI Réadaptation et envoient leurs données au SNIS | Aucun | CNRKR | HPRC, MIVO,… |  |  |  |
| IOV 4.2 : D’ici 2023, quatre annuaires statistiques produits par le SNIS comportent les données réadaptations | Aucun | Aucun | 1 Annuaire | 1 Annuaire | 1 Annuaire | 1 Annuaire |
| IOV 4.3 : D’ici 2023, au moins 20 chercheurs ont utilisé le DMI pour produire leurs travaux de rapports, de recherche, de mémoire et de communications | Non connu | 3 | 6 | 14 | 20 | 20 |
| **Objectif spécifique 10: *améliorer la production d’information en MPR au Burundi*** | | | | | | | |
| **10.1   Elaborer une logiciel de dossier médical informatisé en MPR pour les centres et services MPR du pays** | 10.1.1 : Le logiciel MPR est développé et intégré au logiciel global de DMI hospitalier qui fonctionne dans les hôpitaux du Burundi. | Logiciel MPR développé et intégré au DMI hospitalier du Burundi |  |  |  |  |  |
| **10.2   Introduire le DMI dans les centres et services MPR du pays** | 10.2.1: le logiciel est introduit dans les services de kinésithérapie des hôpitaux de 1ère, 2ème et 3ème référence du Burundi | Logiciel introduit au CNRKR et à l’HPRC | Logiciel introduit à Muramvya, Kirundo, Bubanza, Ngozi | Logiciel introduit à Mivo |  |  |  |
| 10.2.2 le logiciel est introduit dans les centres de réadaptation physique pour les personnes handicapés du Burundi | Pas de CRP équipé du DMI | Pas de CRP équipé du DMI | Logiciel introduit à Makamba, Muyinga, St Kisito et CNAR |  |  |  |
| 10.2.3. des séminaires de formation à l’intérêt et à la bonne utilisation du logiciel DMI réadaptation sont organisés annuellement (gestion des patients, consultation médicale, soins de kinésithérapie) | Personnel du CNRKR formé  ------------  1 séminaire initial  d’information organisé pour les autres centres et services | 1 séminaire de formation organisé pour tous les centres concernés (Muramvya Kirundo, Ngozi CNRKR, HPRC, Bubanza) | 1 séminaire de formation pour CNAR, Muyinga, Makamba, St Kisito, Mivo  -------  1 autre séminaire pour Muramvya Kirundo, Ngozi CNRKR, HPRC, Bubanza | séminaire de formation pour tous les centres concernés |  |  |
| **10.3 Elaborer et introduire une fiche appareillage orthopédique dans le module réadaptation du logiciel DMI** | 10.3.1: La fiche « appareillage orthopédique » est introduite dans le logiciel de DMI réadaptation et les données à recueillir sont définies par les orthoprothésistes |  | Les orthoprothésistes travaillent sur le contenu des fiches à créer dans le logiciel | Le module « Appareillage orthopédique » est intégré au logiciel de DMI réadaptation |  |  |  |
| **Objectif spécifique 11: *Améliorer l’exploitation de l’information en MPR au Burundi*** | | | | | | | |
| **11.1 Transmettre les indicateurs MPR au SNIS et les exploiter pour les bases de données nationales** | 11.1.1 La liste des indicateurs MPR (tirés du DMI réadaptation) à transmettre au SNIS est finalisée | Liste en cours d’élaboration | Liste élaborée et validée |  |  |  |  |
| 11.1.2 les indicateurs MPR sont transmis régulièrement au SNIS | - | Indicateurs CNRKR, Muramvya, Kirundo, Ngozi, Bubanza | Indicateurs CNRKR, Muramvya, Kirundo, Ngozi, Bubanza, Mivo, Muyinga, Makamba, CNAR, St Kisito. | Indicateurs, CNRKR, Muramvya, Kirundo, Ngozi, Bubanza, Mivo, Muyinga, Makamba, CNAR, St Kisito. | Indicateurs CNRKR, Muramvya, Kirundo, Ngozi, Bubanza, Mivo, Muyinga, Makamba, CNAR, St Kisito. | Indicateurs CNRKR, Muramvya, Kirundo, Ngozi, Bubanza, Mivo, Muyinga, Makamba, CNAR, St Kisito. |
| 11.1.3 le SNIS intègre les indicateurs MPR dans l’annuaire des statistiques sanitaires du MSPLS | - | - | **Statistiques 2019** | **Statistiques 2020** | **Statistiques 2021** | **Statistiques 2022** |
| **11.2 Utiliser les données du DMI pour des travaux de recherche en réadaptation** | 11.2.1 des rapports de stage approfondis sont produits par les étudiants l’école de kinésithérapie de l’INSP en utilisant l’outil DMI –MPR | **-** | **-** | **-** | 5 rapports | 10 rapports | 10 rapports |
| 11.2.2 des thèses sont produites par les étudiants en fin de formation de médecine générale en utilisant l’outil DMI-MPR | - | 2 thèses | 2 thèses | 3 thèses | 4 thèses | 4 thèses |
| 11.2.3 des publications scientifiques dans le domaine de la MPR en MPR sont produites en utilisant l’outil DMI-MPR |  |  | 2 publications | 4 publications | 4 publications | 4 publications |
| 11.2.4 Des communications scientifiques sont effectuées dans des congrès régionaux et internationaux traitant de la MPR en utilisant l’outil DMI-MPR | - | 1 communication | 2 communications | 2 communications | 2 communications | 2 communications |
| **Axe 5 :**  ***Lutte contre les facteurs de risques d’incapacités et de Handicap* (Objectifs spécifiques 12, 13)** | IOV 5.1 : D’ici 2023 il y a au moins 10 hôpitaux qui ont une activité de soins MPR précoce au lit du patient |  | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
| IOV 5.2 : D’ici 2023 il y a au moins 8 provinces dans lesquelles des activités de sensibilisation à la prévention de l’incapacité et du handicap ont été menées |  | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| **Objectif spécifique 12 : *améliorer la prévention des facteurs essentiels d’incapacité et de handicap*** | | | | | | | |
| **12.1   Sensibiliser la population sur les facteurs de risque évitables d’incapacité et de handicap** | 12.1.1 : des actions de sensibilisation sur les facteurs de risque évitables sont menées vers la population (sédentarité, ergonomie des postes de travail, manutention des charges) | - | Emission radios télévision  Affiches  témoignages  Séminaires d’information | Emission radios télévision  Affiches témoignages  Séminaires d’information | Emission radios télévision  Affiches témoignages  Séminaires d’information | Emission radios télévision  Affiches témoignages  Séminaires d’information |  |
| **12.2   Sensibiliser la population sur l’existence et l’utilisation des services de soins en MPR pour limiter les conséquences des affections handicapantes** | 12.2.1: des actions de sensibilisation sur la disponibilité des centres et services de réadaptation sont menées vers la population pour qu’elles recourent à ces services |  | Emission radios télévision  Affiches témoignages  Sketches  Séminaires d’information | Emission radios télévision  Affiches témoignages  Sketches  Séminaires d’information | Emission radios télévision  Affiches témoignages  Sketches  Séminaires d’information | Emission radios télévision  Affiches témoignages  Sketches  Séminaires d’information |  |
| **Objectif spécifique 13 : *promouvoir la prise ne charge ré-adaptative précoce des affections handicapantes*** | | | | | | | |
| **13.1  Introduire la prise en charge MPR précoce dans les services hospitaliers pour les patients** | 13.1.1 Les hôpitaux publics du Burundi ont au moins un kinésithérapeute chargé des soins au lit du patient | - | CHUK  Muramvya  Kirundo  Ngozi  HPRC | Autres service à lister |  |  |  |
| **13.2  Sensibiliser les médecins traitants et les médecins spécialistes pour référer précocement les patients à risque vers les services MPR** | 13.2.1 les services de kinésithérapie des hôpitaux publics enregistrent un nombre croissant de nouveaux cas | Non mesuré | Nombre de nouveaux cas par années à déterminer par hôpital | +10 % par rapport à 2019 | +10 % par rapport à 2020 | +10 % par rapport à 2021 | +10 % par rapport à 2022 |

## Annexe 2 : Estimation du coût du PSDMPR 2019-2023 (en FBU)

|  |  | **Evaluation des coûts** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Interventions** | **Indicateurs** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **Coût Total** |
|
| **Axe 1 : Renforcement des capacités du MSPLS dans la coordination, la planification et le leadership (Objectifs spécifiques 1 et 2)** | | | | | | | |
| **Objectif spécifique 1 *: Assurer le leadership du MSPLS dans le développement national de la Médecine Physique - Réadaptation*** | | | | | | | |
| **1.1 Elaborer un document de stratégie nationale 2018-2022 de développement de la MPR et l’intégrer dans le PNDS III** | 1.1.1 Une Commission d’élaboration et de suivi-évaluation du PSDMPR (regroupant les prestataires, les décideurs, les organisations d’appui et les usagers) est mise en place par le MSPLS | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| 1.1.2 Un draft de document de PSDMPR 2019-2023 est élaboré | 1 200 000 |  |  |  |  | **1 200 000** |
| 1.1.3 Le PSDMPR 2019-2023 est validé en atelier national | 6 000 000 |  |  |  |  | **6 000 000** |
| 1.1.4 Le PSDMPR 2019-2023 est adopté par le MSPLS et intégré dans le PNDS III | PM | PM |  |  |  | **PM** |
| **1.2 Assurer la coordination et le suivi-évaluation du PSDMPR 2018-2022** | 1.2.1 le CTSE se réunit trimestriellement pour assurer le suivi-évaluation du PSDMPR 2019-2023 | 900 000 | 1 800 000 | 1 800 000 | 1 800 000 | 1 800 000 | **8 100 000** |
| 1.2.2 Le PSDMPR 2019-2023 est évalué et revu à mi-parcours |  |  | 6 000 000 |  |  | **6 000 000** |
| 1.2.3. Le PSDMPR 2019-2023 est évalué en fin de période |  |  |  |  | 1 800 000 | **1 800 000** |
| 1.2.4. Le draft de PSDMPR 2024-2028 est élaboré |  |  |  |  | 1 800 000 | **1 800 000** |
| **1.3 Assurer l’intégration de la Médecine Physique et Réadaptation au sein du MSPLS** | 1.3.1 Le SCMPR assure le suivi-évaluation quotidien du PSDMPR, il coordonne et facilite sa mise en œuvre avec l’ensemble des acteurs concernés | 51 000 000 | 51 000 000 | 51 000 000 | 51 000 000 | 51 000 000 | **255 000 000** |
| 1.3.2 Le SCMPR au PNILMCNT organise les comités de suivi-évaluation de la PSDMPR et en assure le secrétariat | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| 1.3.3 Le SCMPR plaide auprès du Cabinet MSPLS pour la mise en place de lignes budgétaires consacrées à la MPR au Burundi | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| 1.3.4 Au moins une mission annuelle d’échange d’expérience est organisée à l’étranger incluant le responsable du SCMPR et des membres du CTSE du PSDMPR. | 12 000 000 | 12 000 000 | 12 000 000 | 12 000 000 | 12 000 000 | **60 000 000** |
| **1.4 Développer les partenariats autour du plan stratégique** | 1.4.1 La liste des partenaires nationaux, régionaux et internationaux intervenant dans le domaine de la MPR est actualisée (décideurs - prestataires - organisations d’appui – usagers et associations professionnelles) | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| 1.4.2 Les apports de chaque acteur (sur base du plan stratégique) sont définis et régulièrement actualisés | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| 1.4.3 Des conventions de partenariat sont passées entre les acteurs du développement de la MPR et le(s) ministère(s) de tutelle | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| 1.4.4 Le Document de PSDMPR est diffusé à tous les acteurs nationaux et internationaux de la réadaptation pour susciter de nouveaux partenariats | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| **Evaluation du coût total de l'Objectif spécifique S1** | | | | | | | **339 900 000** |
| **Objectif spécifique 2*: Développer un cadre légal de l’exercice des métiers de la Médecine Physique-Réadaptation*** | | | | | | | |
| **2.1 Elaborer les référentiels des métiers de la MPR** | 2.1.1 Les textes décrivant le métier, les attributions les compétences, le parcours de formation et les critères d’accès à la profession des métiers de la MPR sont élaborés par le MSPLS en appui avec les associations de professionnels et les partenaires (Kinés – orthoprothésistes) | PM |  |  |  |  | **PM** |
| **2.2 Renforcer les associations de professionnels de la médecine physique et réadaptation présents au Burundi (médecins MPR, kinésithérapeutes, orthoprothésistes et autres du domaine)** | 2.2.1 Un diagnostic organisationnel des associations de professionnels de la réadaptation au Burundi est effectué |  |  | 15 000 000 |  |  | **15 000 000** |
| 2.2.2 Des formations sur le rôle des associations professionnelles ont été dispensées |  | 5 000 000 |  |  |  | **5 000 000** |
| 2.2.3 des échanges d’expérience avec des associations professionnelles d’autres pays africains ont eu lieu |  | 4 000 000 | PM |  |  | **4 000 000** |
| 2.2.4 L’association des kinésithérapeutes est redynamisée –– son bureau est renouvelé, ses statut sont actualisés et elle tient au moins une assemblée générale par an | 500 000 | 1 000 000 | 1 000 000 | 1 000 000 | 1 000 000 | **4 500 000** |
|  | 2.2.5 L’association des orthoprothésistes est agrée par le Ministère de l’Intérieur ; elle tient au moins une assemblée générale par an | 300 000 | 300 000 | 300 000 | 300 000 | 300 000 | **1 500 000** |
| 2.2.6 Une plate-forme (mini congrès) réunissant les professionnels de la médecine physique-réadaptation (médecins MPR, kinés, orthoprothésistes) se tient au moins une fois tous les deux ans – des professionnels des pays environnants y participent |  |  |  | 6 000 000 |  | **6 000 000** |
| **Evaluation du coût total de l'Objectif Spécifique 2** | | | | | | | **36 000 000** |
| **Evaluation du coût total de l'axe 1** | | | | | | | **375 900 000** |
| **Axe 2 : Renforcement des ressources humaines de la MPR (Objectifs spécifiques 3 et 4)** | | | | | | | |
| **Objectif spécifique 3 *: Mobiliser et former des ressources humaines en MPR*** | | | | | | | |
| **3.1 Attribuer des bourses de formation à l’étranger aux médecins, kinésithérapeutes, orthoprothésistes, orthophonistes et ergothérapeutes** | 3.1.1 Entre 2019 et 2023, au moins 4 nouvelles bourses de baccalauréat en kinésithérapie ont démarré (3 ans) | 32 000 000 | 48 000 000 | 48 000 000 | 16 000 000 |  | **144 000 000** |
| 3.1.2 Entre 2019 et 2023, au moins 2 nouvelles bourses de master en kinésithérapie ont démarré (2 ans) | 48 000 000 | 48 000 000 | 48 000 000 | 32 000 000 | 48 000 000 | **224 000 000** |
| 3.1.3 Entre 2019 et 2023, au moins deux kinésithérapeutes burundais seront en formation de doctorat | 0 | 8 000 000 | 24 000 000 | 24 000 000 | 24 000 000 | **80 000 000** |
| 3.1.4 Entre 2019 et 2023 au moins deux bourses de spécialisation en MPR auront été attribuées (4 ans) |  |  | 16 000 000 | 48 000 000 | 48 000 000 | **112 000 000** |
|  | 3.1.5 Entre 2019 et 2023 au moins 3 bourses de spécialisation d’orthoprothésiste (2 catégorie 2 et 1 catégorie 1) auront été attribuées |  | 10 000 000 | 30 000 000 | 30 000 000 | 20 000 000 | **90 000 000** |
|  | 5 000 000 | 15 000 000 | 10 000 000 |  | **30 000 000** |
| 3.1.6 Entre 2019 et 2023 au moins 2 bourses de spécialisation en ergothérapie auront été attribuées (3 ans) |  |  |  | 10 000 000 | 30 000 000 | **40 000 000** |
| 3.1.7 Entre 2019 et 2023 au moins 2 bourses de spécialisation en orthophonie auront été attribuées (3 ans) |  |  |  | 10 000 000 | 30 000 000 | **40 000 000** |
| **3.2 Recruter les ressources humaines formées** | 3.2.1 A la fin de 2023, au moins 12 kinésithérapeutes seront en activité au CNRKR | 86 400 000 | 96 000 000 | 96 000 000 | 115 200 000 | 115 200 000 | **508 800 000** |
| 3.2.2 A la fin de 2023, au moins deux médecins spécialistes en MPR seront en activité au CNRKR | 24 000 000 | 36 000 000 | 36 000 000 | 36 000 000 | 36 000 000 | **168 000 000** |
| 3.2.3 Entre 2019 et 2023, au moins 20 nouveaux kinésithérapeutes auront été recrutés pour les autres services kinésithérapie créés ou renforcés à travers le pays | 32 400 000 | 46 800 000 | 68 400 000 | 82 800 000 | 90 000 000 | **320 400 000** |
| 3.2.4 Entre 2019 et 2023, au moins 3 nouveaux orthoprothésistes auront été recrutés dans les centres et services d’appareillage orthopédique existants | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 800 000 | **10 800 000** |
| 3.2.5 Entre 2019 et 2023, au moins 5 médecins auront été recrutés dans les centres et MPR existants | 0 | 14 400 000 | 28 800 000 | 36 000 000 | 36 000 000 | **115 200 000** |
| 3.2.6 Entre 2019 et 2023, au moins 5 psychologues auront été recrutés dans les centres et services MPR existants | 0 | 7 200 000 | 14 400 000 | 18 000 000 | 18 000 000 | **57 600 000** |
| **3.3 Organiser des formations continues des professionnels de la MPR à tous les niveaux et assurer un coaching** | 3.3.1 Les besoins en formation continue des kinésithérapeutes et orthoprothésistes sont identifiés | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| 3.3.1 Les thèmes de formations continues des kinésithérapeutes et des orthoprothésistes sont définis chaque année | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| 3.3.2 Des experts nationaux ou internationaux pour le renforcement des capacités des professionnels de la réadaptation sont identifiés et recrutés | 4 000 000 | 4 000 000 | 4 000 000 | 4 000 000 | 4 000 000 | **20 000 000** |
| 1 200 000 | 1 200 000 | 1 200 000 | 1 200 000 | 1 200 000 | **6 000 000** |
| 3.3.3 Entre 2019 et 2023 au moins 2 sessions annuelles de formation continue pour les Kinés ont été organisées chaque année | 12 000 000 | 12 000 000 | 12 000 000 | 12 000 000 | 12 000 000 | **60 000 000** |
|  | 3.3.4 Un système de coaching des kinés est élaboré et mis en œuvre | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| 3.3.5 Entre 2019 et 2023 au moins 1 session annuelle de formation continue pour orthoprothésistes a été organisée | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | **30 000 000** |
| 3.3.6 Entre 2019 et 2023 des professionnels burundais de la réadaptation ont participé à au moins 3 séminaires ou ateliers régionaux et internationaux en rapport avec la MPR | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | **30 000 000** |
| 3.3.7 Les divers intervenants en formation continue sont identifiés et listés. Ils organisent leurs formations en coordination avec le SCMPR | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| 3.3.8 Des stages de perfectionnement à l’étranger sont organisés pour des kinésithérapeutes (dans la perspective de la création de l’école de kinésithérapie) | 0 | 16 000 000 | 16 000 000 | 24 000 000 | 24 000 000 | **80 000 000** |
| 3.3.9 Des stages de perfectionnement à l’étranger sont organisés pour des orthoprothésistes | 0 | 16 000 000 | 16 000 000 | 8 000 000 | 8 000 000 | **48 000 000** |
| **Evaluation du coût total de l'Objectif Spécifique3** | | | | | | | **2 214 800 000** |
| **Objectif spécifique 4 *: Ouvrir une Ecole Nationale de Kinésithérapie et Réadaptation (ENKR) à l’INSP de Bujumbura*** | | | | | | | |
| **4.1 Faire agréer le curriculum de l’ENKR à l’INSP de Bujumbura** | 4.1.1 Le curriculum de formation de kinésithérapeutes niveau Bac + 3 a été élaboré et validé pour l’école nationale de Kinésithérapie et Réadaptation (ENKR) | 6 000 000 |  |  |  |  | **6 000 000** |
|  | 4.1.2 Le curriculum de formation de kinésithérapeutes niveau Bac + 3 a été agréé par le MEESRS | PM |  |  |  |  | **PM** |
| **4.2** **Procéder à la construction et à l’équipement de l’Ecole Nationale de Kinésithérapie et Réadaptation de Bujumbura** | 4.2.1 L’école est construite et équipée | 1 300 000 000 |  |  |  |  | **1 300 000 000** |
| **4.3 Démarrer l’activité de l’école de kinésithérapie** | 4.3.1 La première rentrée académique a eu lieu pour l’année académique 2019 (la première promotion est prévue pour décembre 2021) |  | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | **60 000 000** |
| 4.3.2 : Des conventions de stage sont élaborées et mises en œuvre entre l’ENKR et des lieux de stage (CNRKR, autres services MPR et CRP) |  | PM | PM |  |  | **PM** |
| 4.3.3 : Les premières promotions de kinésithérapeutes sont diplômées |  |  |  |  | PM | **PM** |
| **Evaluation du coût total de l'Objectif Spécifique 4** | | | | | | | **1 366 000 000** |
| **Evaluation du coût total de l'axe 2** | | | | | | | **3 580 800 000** |
| **Axe 3 : Renforcement de la qualité des soins - l’accessibilité géographique et financière aux soins MPR (Objectifs spécifiques 5 à 9)** | | | | | | | |
| **Objectif spécifique 5 *: Ouvrir de nouveaux services de MPR et améliorer les performances des services de MPR existants*** | | | | | | | |
| **5.1 Faire l’état des lieux des capacités de soins en réadaptation au Burundi** | 5.1.1 : Le mapping des CRP et services de réadaptation existants est actualisé | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| 5.1.2: Les Besoins en renforcement des RH, des bâtiments, équipements et qualité des soins sont évalués à la lumière du document de normes et services MPR | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| **5.2 Elaborer en CT et faire valider par le MSPLS les normes de création et de fonctionnement des services de MPR (kinésithérapie, et appareillage orthopédique) à tous les niveaux.** | 5.2.1 : les normes des services MPR (locaux – équipements – RH) sont diffusées dans tous les centres et services pratiquant la MPR au Burundi. | PM |  |  |  |  | **PM** |
| 5.2.2 : un document permettant l’évaluation des services MPR par rapport aux normes est élaboré et validé et mis en application | PM |  |  |  |  | **PM** |
| 5.2.3 : Les services MPR sont évalués à l’aide de cet outil d’évaluation | 10 000 000 | 13 000 000 | 13 000 000 | 13 000 000 | 13 000 000 | **62 000 000** |
| 5.2.4. le contenu des normes MPR (RH, locaux, équipements) est corrigé et actualisé à la lumière des évaluations de terrain | 1 000 000 | 2 000 000 |  |  |  | **3 000 000** |
|  | 5.2.5 Les protocoles d’évaluation de la qualité des soins sont rédigés conjointement avec le MSPLS et ses partenaires pour être intégrés dans les Normes des services MPR | PM |  |  |  |  | **PM** |
| 5.2.6 : le document de normes des services MPR révisé est soumis au cabinet du MSPLS pour adoption |  | PM |  |  |  | **PM** |
| 5.2.7 : Les normes de services de MPR sont introduites dans le document de normes révisé des districts sanitaires |  | PM |  |  |  | **PM** |
| **5.3 Renforcer l’organisation interne des services de MPR existants** | 5.3.1: Les centres améliorent progressivement leur notation par rapport aux normes des services MPR | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| 5.3.2 : Les services de MPR ont communiqué et actualisé la grille de tarification de leurs prestations – après analyse des coûts |  | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| 5.3.3 : Une grille standardisée des actes de soins de réadaptation par niveau de la pyramide sanitaire - (consultations MPR – séances de kiné – fournitures d’appareillage orthopédique) pour tous les centres et services MPR existe et est appliquée |  | PM | PM |  |  | **PM** |
| 5.3.4 : Un cadre d'échange formel des gestionnaires de CRP est fonctionnel (cercle d’échange des CRP) ; des rencontres périodiques sont organisée (1x /trimestre) | 2 000 000 | 2 000 000 | 2 000 000 | 2 000 000 | 2 000 000 | **PM** |
| 5.3.5 : Un outil de gestion de la réadaptation «Rehabilitation Management System» est testé dans les centres de réadaptation du Burundi – les points faibles identifiés sont renforcés | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| **5.4 Ouvrir et renforcer techniquement les services MPR** | 5.4.1 : Des hôpitaux (HDS–HR) pouvant intégrer un service MPR sont identifiés | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| 5.4.2 : Au moins 6 services de kinésithérapie intégrés dans les hôpitaux identifiés sont équipés avec une liste standardisée d’équipements, selon les normes validées – les RH nécessaires y sont affectées | 60 000 000 | 30 000 000 | 30 000 000 | 30 000 000 | 30 000 000 | **180 000 000** |
| 5.4.3 : Des équipements complémentaires sont installés dans les centres et services existant selon les besoins identifiés (voir 5.1.2) | 90 000 000 | 30 000 000 | 3 000 000 | 30 000 000 | 30 000 000 | **183 000 000** |
| 5.4.4: Les RH œuvrant dans les centres et services MPR créés ou renforcés bénéficient de renforcement de capacités dans des centres référents | 7 000 000 | 7 000 000 | 7 000 000 | 7 000 000 | 7 000 000 | **35 000 000** |
| 5.4.5 : Des missions de suivi technique sont organisées dans les centres et services MPR créés ou renforcés |  | 13 000 000 | 13 000 000 | 13 000 000 | 13 000 000 | **52 000 000** |
| 5.4.6: Au moins un technicien ou une maison capable d’assurer la maintenance des appareils d’électriques utilisés en kinésithérapie est identifié et recommandé par le MSPLS | PM |  |  |  |  | **PM** |
| 5.4.7: Au moins un technicien ou une maison capable d’assurer la maintenance des machines-outils en appareillage orthopédique est identifié(e) et recommandé par le MSPLS |  | PM |  |  |  | **PM** |
| **5.5 Promouvoir l’autonomisation des centres de réadaptation physique (CRP)** | 5.5.1: Un système durable d’approvisionnement des CRP en consommables essentiels (pour la kiné et MPR et spécialement pour l’appareillage orthopédique) a été amélioré | PM | PM | PM |  |  | **PM** |
| **5.6 Finaliser les conditions institutionnelles de création et de démarrage du CNRKR et mettre place ses organes de gestion** | 5.6.1 : La convention portant sur la gestion du CNRKR en partenariat public privé est revue et reconduite | PM |  |  | PM |  | **PM** |
| 5.6.2 : La sous-convention CNRKR-CHUK portant sur les conditions de fonctionnement et de gestion du CNRKR au sein de l’espace CHUK est élaborée et signée | PM | PM |  |  |  | **PM** |
| 5.6.3 : Le conseil d’administration du CNRKR est opérationnel | 2 000 000 | 2 000 000 | 2 000 000 | 2 000 000 | 2 000 000 | **10 000 000** |
| **5.7 Démarrer et pérenniser l’activité du CNRKR** | 5.7.1 : Le staff médical est opérationnel | PM | PM | PM | PM | PM |  |
| 5.7.2 : Le staff administratif, technique, d’entretien et de surveillance est recruté | 21 600 000 | 21 600 000 | 21 600 000 | 21 600 000 | 21 600 000 | **108 000 000** |
| 7 200 000 | 7 200 000 | 7 200 000 | 7 200 000 | 7 200 000 | **36 000 000** |
| 9 600 000 | 9 600 000 | 9 600 000 | 9 600 000 | 9 600 000 | **48 000 000** |
| 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | **30 000 000** |
| 5.7.3 : Un appui psychosocial est assuré (recrutement d’un psychologue) | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
|  | 5.7.4 : A la fin de 2023 le CNRKR Pratique au moins 100 séances de kinésithérapie par jour et 30 consultations médicales | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| 5.7.5 : A la fin de 2023 le CNRKR a atteint son équilibre financier | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| **Evaluation du coût total de l'Objectif Spécifique 5** | | | | | | | **747 000 000** |
| **Objectif spécifique 6 *: Améliorer la connaissance de la Médecine Physique-Réadaptation parmi le personnel de santé*** | | | | | | | |
| **6.1. Introduire les cours sur la médecine physique et réadaptation dans les facultés de médecine et les écoles d’infirmiers et de sages-femmes** | 6.1.2 : Des étudiants en médecine effectuent des stages au dans et les centres et services MPR | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| 6.1.3 : Les notions base en réadaptation sont introduits dans les écoles d’infirmiers et de sages-femmes | PM | PM | 3 000 000 | 500 000 | 500 000 | **4 000 000** |
| **6.2 Sensibiliser et former le personnel médical sur la MPR au niveau provincial** | 6.2.1 : Des séances et ateliers de sensibilisation sur la MPR sont organisés pour les acteurs des hôpitaux, des centres de santé et du BPS/BDS | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | **25 000 000** |
|
| 6.2.2 : Des formations sont organisées à l’endroit des médecins superviseurs ou responsables des centres et services pratiquant la MPR | 1 500 000 | 1 500 000 | 1 500 000 | 1 500 000 | 1 500 000 | **7 500 000** |
| **Evaluation du coût total de l'Objectif Spécifique 6** | | | | | | | **36 500 000** |
| **Objectif spécifique 7 *: Développer un programme novateur de réadaptation à base communautaire*** | | | | | | | |
| **7.1 Développer un programme novateur de réadaptation à base communautaire** | 7.1.1 : Des formations des familles d’enfants vivant avec un handicap sont organisées (HI) | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 |  |  | **30 000 000** |
| 7.1.2 : Les réseaux régionaux des différents intervenants sur l’approche RBC sont redynamisés (UPHB) | 10 000 000 | 20 000 000 | 40 000 000 | 60 000 000 | 60 000 000 | **190 000 000** |
| 7.1.3 : L’accessibilité des patients vers les CRP a été améliorée | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| **Evaluation du coût total de l'Objectif Spécifique 7** | | | | | | | **220 000 000** |
| **Objectif spécifique 8 *: Améliorer la prise en charge de pathologies handicapantes nécessitant des techniques très spécifiques*** | | | | | | | |
| **8.1 Améliorer la prise en charge des pieds bots congénitaux chez les enfants de moins de deux ans** | 8.1.1 Un programme pluriannuel élaboré par RCPHB/CURE pour la prise en charge du pied bot est validé et intégré dans le PSDMPR | PM | PM | PM |  |  | **PM** |
| 8.1.2 : La population est sensibilisée sur les avantages du traitement du pied bot dès la naissance et jusque 4 ans | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 |  |  | **45 000 000** |
| 8.1.3 : Des formations de personnel de santé sur la prise en charge du pied bot sont organisées avec des formateurs locaux et la participation d’experts | 50 000 000 | 50 000 000 | 50 000 000 |  |  | **150 000 000** |
| 8.1.4 : De nouveaux centres et ou CRP pratiquent la méthode Ponsetti | PM | PM | PM |  |  | **PM** |
| 8.1.5 : Les Universités et Ecoles Médicales (Faculté de Médecine, Ecole Paramédicales, Les écoles des Kinésithérapeutes) sont formés sur la Méthode Ponsetti et Sensibilisés sur la détection précoce et le référencement | 2 000 000 |  | 2 000 000 |  |  | **4 000 000** |
| 8.1.6 : Des missions de coaching sur la méthode Ponsetti sont organisées chaque année pour maintenir la qualité | 8 000 000 | 12 000 000 | 12 000 000 |  |  | **32 000 000** |
| **8.2 Améliorer la prise en charge des enfants IMC** | 8.2.1 : Une évaluation des techniciens est réalisée pour évaluer les besoins en formation | PM | PM |  |  |  | **PM** |
| 8.2.2 : Des formations suivies de coaching sont réalisées | 2 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 |  | **20 000 000** |
| 8.2.3 : Le nombre d’enfant IMC pris en charge est mesuré | PM | PM | PM | PM |  | **PM** |
| **Evaluation du coût total de l'Objectif Spécifique 8** | | | | | | | **251 000 000** |
| **Objectif spécifique 9 *: Améliorer l’accès financier des patients aux services MPR à travers les divers mécanismes de protection sociale*** | | | | | | | |
| **9.1 Consolider le FBP en faveur des services et centres MPR** | 9.1.1 : les contractualisations FBP existantes entre le MSPLS et les centres et services MPR sont listées | PM | PM |  |  |  | **PM** |
| 9.1.2 : les indicateurs «MPR » à contractualiser sont définis et validés | PM | PM |  |  |  | **PM** |
| 9.1.3 : De nouveaux centres et services MPR ont passé contrat de FBP avec le MSPLS | PM | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| 9.1.4 : Les indicateurs qualité sont ajoutés dans les contrats de performance des services de MPR |  | PM |  |  |  | **PM** |
| **9.2 Susciter la prise en charge des soins de MPR par les organismes assureurs** | 9.2.1 : Une grille d’acte de soins MPR (consultation médicale, soins de kinésithérapie et appareillage orthopédique) compatible entre tous les centres et service MPR et remboursable par les organismes assureurs est élaborée et validée par le MSPLS (cf. grille harmonisée de nomenclature des soins – point 5.3.7) | Pas de grille | PM |  |  |  | **PM** |
| 9.2.2 : La grille d’acte de soins de MPR (consultation médicale et kinésithérapie) remboursables est communiquée aux organismes assureurs publics et privés | Pas de liste | PM |  |  |  | **PM** |
| 9.2.3 La grille listant les conventions passées entre assureurs public et privés et les services MPR (consultation médicale et kinésithérapie) est connue et actualisée | Pas de liste | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| 9.2.4: La grille d’acte de soins d’appareillage orthopédique remboursables est communiquée aux organismes assureurs publics et privés | Pas de liste | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| 9.2.5 : La grille listant les conventions passées entre assureurs public et privés et les services MPR (appareillage orthopédique) est connue et actualisée | Pas de liste | PM | PM | PM | PM | **PM** |
| **9.3 Plaider pour la subvention des soins MPR** | 9.3.1: La cartographie de partenaires (anciens et actuels) et mécanismes de prise en charges des soins MPR au Burundi est faite | Cartographie non disponible | **PM** | **PM** | **PM** | **PM** | **PM** |
| 9.3.2 : Un atelier de sensibilisation sur la mobilisation des fonds facilitant l’accès aux services MPR est effectué |  | 6 000 000 |  |  |  | **6 000 000** |
| **Evaluation du coût total de l'Objectif Spécifique 9** | | | | | | | **6 000 000** |
| **Evaluation du coût total de l'axe 3** | | | | | | | **1 260 500 000** |
| **Axe 4 : Renforcer la production et l’exploitation de l’information relative à la MPR au Burundi (Objectifs spécifiques 10 et 11)** | | | | | | | |
| **Objectif spécifique 10: *améliorer la production d’information en MPR au Burundi*** | | | | | | | |
| **10.1   Elaborer une logiciel de dossier médical informatisé en MPR pour les centres et services MPR du pays** | 10.1.1 : Le logiciel MPR est développé et intégré au logiciel global de DMI hospitalier qui fonctionne dans les hôpitaux du Burundi. | PM | PM | PM | PM | PM | **0** |
| **10.2   Introduire le DMI dans les centres et services MPR du pays** | 10.2.1: le logiciel est introduit dans les services de kinésithérapie des hôpitaux de 1ère, 2ème et 3ème référence du Burundi | 25 000 000 | 20 000 000 |  |  |  | **45 000 000** |
| 10.2.2 le logiciel est introduit dans les centres de réadaptation physique pour les personnes handicapés du Burundi |  | 80 000 000 |  |  |  | **80 000 000** |
| 10.2.3. des séminaires de formation à l’intérêt et à la bonne utilisation du logiciel DMI réadaptation sont organisés annuellement (gestion des patients, consultation médicale, soins de kinésithérapie) | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | **30 000 000** |
| **10.3 Elaborer et introduire la fiche "appareillage Orthopédique dans le module réadaptation du logiciel DMI** | 10.3.1 La fiche "Appareillage orthopédique est introduit dans le module réadaptation du logiciel DMI et est utilisée pour recueillir toutes données orthopédies définies par les orthoprothésistes | PM | PM | PM | PM | PM | **0** |
| **Evaluation du coût total de l'Objectif Spécifique 10** | | | | | | | **155 000 000** |
| **Objectif spécifique 11: *Améliorer l’exploitation de l’information en MPR au Burundi*** | | | | | | | |
| **11.1 Transmettre les indicateurs MPR au SNIS et les exploiter pour les bases de données nationales** | 11.1.1 La liste des indicateurs MPR (tirés du DMI réadaptation) à transmettre au SNIS est finalisée | PM | PM | PM | PM | PM | **0** |
| 11.1.2 les indicateurs MPR sont transmis régulièrement au SNIS | PM | PM | PM | PM | PM | **0** |
| 11.1.3 le SNIS intègre les indicateurs MPR dans l’annuaire des statistiques sanitaires du MSPLS | PM | PM | PM | PM | PM | **0** |
| **11.2 Utiliser les données du DMI pour des travaux de recherche en réadaptation** | 11.2.1 des rapports de stage approfondis sont produits par les étudiants l’école de kinésithérapie de l’INSP en utilisant l’outil DMI –MPR | PM | PM | PM | PM | PM | **0** |
| 11.2.2 des thèses sont produites par les étudiants en fin de formation de médecine générale en utilisant l’outil DMI-MPR | PM | PM | PM | PM | PM | **0** |
| 11.2.3 des publications scientifiques dans le domaine de la MPR en MPR sont produites en utilisant l’outil DMI-MPR | PM | PM | PM | PM | PM | **0** |
| 11.2.4 Des communications scientifiques sont effectuées dans des congrès régionaux et internationaux traitant de la MPR en utilisant l’outil DMI-MPR | PM | PM | PM | PM | PM | **0** |
| **Evaluation du coût total de l'Objectif Spécifique 11** | | | | | | | **0** |
| **Evaluation du coût total de l'axe 4** | | | | | | | **155 000 000** |
| **Axe 5 : Lutte contre les facteurs de risques d’incapacités et de Handicap (Objectifs spécifiques 12, 13)** | | | | | | | |
| **Objectif spécifique 12 : *améliorer la prévention des facteurs essentiels d’incapacité et de handicap*** | | | | | | | |
| **12.1   Sensibiliser la population sur les facteurs de risque évitables d’incapacité et de handicap** | 12.1.1 : des actions de sensibilisation sur les facteurs de risque évitables sont menées vers la population (sédentarité, ergonomie des postes de travail, manutention des charges) | 50 000 000 | 50 000 000 | 50 000 000 | 50 000 000 | 50 000 000 | **250 000 000** |
| **12.2   Sensibiliser la population sur l’existence et l’utilisation des services de soins en MPR pour limiter les conséquences des affections handicapantes** | 12.2.1: des actions de sensibilisation sur la disponibilité des centres et services de réadaptation sont menées vers la population pour qu’elles recourent à ces services. | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | **50 000 000** |
| **Evaluation du coût total de l'Objectif Spécifique 12** | | | | | | | **300 000 000** |
| **Objectif spécifique 13 : *promouvoir la prise ne charge ré-adaptative précoce des affections handicapantes*** | | | | | | | |
| **13.1  Introduire la prise en charge MPR précoce dans les services hospitaliers pour les patients** | 13.1.1 Les hôpitaux publics du Burundi ont au moins un kinésithérapeute chargé des soins au lit du patient | 4 800 000 | 14 400 000 | 24 000 000 | 33 600 000 | 48 000 000 | **124 800 000** |
| **13.2  Sensibiliser les médecins traitants et les médecins spécialistes pour référer précocement les patients à risque vers les services MPR** | 13.2.1 les services de kinésithérapie des hôpitaux publics enregistrent un nombre croissant de nouveaux cas | 10 000 000 |  | 10 000 000 |  |  | **20 000 000** |
| **Evaluation du coût total de l'Objectif Spécifique 13** | | | | | | | **144 800 000** |
| **Evaluation du coût total de l'axe 5** | | | | | | | **444 800 000** |
| **Récapitulatif** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Evaluation du coût de l'axe 1 - renforcement des capacités de gouvernance du MSPLS** | | | | | | | **375 900 000** |
| **Evaluation du coût de l'axe 2 - renforcement des RH de la MPR** | | | | | | | **3 580 800 000** |
| **Evaluation du coût de l'axe 3 - renforcement qualité, accessibilité géographique et économique aux soins MPR** | | | | | | | **1 260 500 000** |
| **Evaluation du coût de l'axe 4 - renforcer la production et l’information relative à la MPR au Burundi** | | | | | | | **155 000 000** |
| **Evaluation du coût de l'axe 5 - lutte contre les facteurs de risques d’incapacités et de Handicap** | | | | | | | **444 800 000** |
| **Evaluation du coût total de la mise en œuvre du PSDMPR 2019-2023** | | | | | | | **5 817 000 000** |

## Annexe 3 : Liste des institutions où sont pratiqués les soins MPR

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Province** | **Statut de l'institution** | **Médecin** | **Médecin MPR** | **Kinésithérapeutes** | | | **Orthoprothésistes** | | |
| **Bac** | **A2** | **A3** | **Cat I** | **Cat II** | **Aide ortho** |
| 1 | Hôpital Prince Régent Charles | Buja-Mairie | Public |  | - | 1 | 2 | 1 | - | - | - |
| 2 | CHU Roi Khaled de Kamenge | Buja-Mairie | Public |  | 1 | - | 3 | 1 |  |  |  |
| 2 | CNRKR | Buja-Mairie | Public |  | 1 | 9 | - | 3 | - | - | - |
| 3 | Hôpital militaire de Kamenge | Buja-Mairie | Public |  | **-** | 2 | - | **-** | **-** | **-** | **5** |
| 4 | Hôpital Populaire de Kamenge | Buja-Mairie | Privé libéral |  | **-** | 1 | - | **-** | **-** | **-** | **-** |
| 5 | Centre Akamuri | Buja-Mairie | Confessionnel |  | **-** | 6 | 1 | **5** | **-** | **-** | **2** |
| 6 | Institut Saint Kizito | Buja-Mairie | Confessionnel |  | - | 4 | 1 | 3 | - | 3 | 3 |
| 7 | Centre de Physiothérapie et de kinésithérapie | Buja-Mairie | Privé libéral |  | - | 2 | - | 1 | - | - | - |
| 8 | Ortho-Kiné Services (OKS) | Buja-Mairie | Privé libéral |  | - | 1 | 1 | 1 | - | - | - |
| 9 | Polyclinique central (POLYCEB) | Buja-Mairie | Privé libéral |  | - | 1 | - | - | - | - | - |
| 10 | Cabinet privé de kinésithérapie Bujumbura | Buja-Mairie | Privé libéral |  | - | 1 | - | - | - | - | - |
| 11 | Clinique Médico chirurgicale de Kinindo | Buja-Mairie | Privé libéral |  | - | 2 | - | 4 | - | - | - |
| 12 | Kira Hospital | Buja-Mairie | Privé libéral |  | - | 2 | 1 | - | - | - | - |
| 13 | Maison Médicale de Bujumbura | Buja-Mairie | Privé libéral |  | - | 2 | - | - | - | - | - |
| 14 | Centre de réadaptation HI | Buja-Mairie | Coopération |  | - | 4 | - | - | - | - | - |
| 15 | Arche Médicale | Buja-Mairie | Coopération |  | - | 5 | - | - | - | - | - |
| 16 | CNAR de Gitega | Gitega | Public |  | - | 2 | 5 | - | - | 1 | 5 |
| 17 | Institut Médico -Pédagogique Mutwenzi | Gitega | Confessionnel |  | - | 1 | - | 10 | - | - | - |
| 18 | Centre de Traitement Physique de Gitega | Gitega | Privé libéral |  | - | 1 | - | - | - | - | - |
| 19 | CHP St Jean Bosco de Muyinga | Muyinga | Confessionnel |  | - | 1 | 1 | 5 | - | - | 5 |
| 20 | CHP St Bernard de Makamba | Makamba | Confessionnel |  | - | 2 | - | 2 | - | 1 | 4 |
| 21 | Centres pour handicapés de Kiganda | Muramvya | Confessionnel |  | - | 1 | 1 | 1 | - | - | - |
| 22 | Hôpital de Muramvya | Muramvya | Public |  | - | 1 | - | - | - | - | - |
| 23 | Hôpital de Kirundo | Kirundo | Public |  | - | 1 | - | - | - | - | - |
| 24 | Hôpital de Mivo | Ngozi | Public conventionné |  | - | 1 | 1 | 1 | - | - | - |
| 25 | Hôpital régional de Ngozi | Ngozi | Public |  | * + - | 2 | - | - | - | - | - |
| 26 | Hôpital de District Sanitaire de Bubanza | Bubanza | Public conventionné |  | - | - | 1 | - | - | - | - |
| 27 | Hôpital de Mpanda | Bubanza | Public |  | - | 1 | - | - | - | - | - |
| 28 | Hôpital de Karusi | Karusi | Public |  | - | - | - | - | - | - | - |
| 29 | Hôpital Rema de Ruyigi | Ruyigi | Public |  | - | 1 | - | - | - | - | - |
| 30 | Hôpital Renato MONOLO de Kiremba | Ngozi | Public conventionné |  | - | - | - | 1 | - | - | - |
|  | **Total** |  |  |  | **1** | **53** | **17** | **39** | **0** | **5** | **24** |
| **NB :** Certains professionnels sont affectés à 2 endroits différents, d’où le total diffère de la sommation dans les colonnes, surtout les kinés A1, A2 du privé et le médecin MPR | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Annexe 4 : Contacts des acteurs de la Médecine Physique et Réadaptation au Burundi | | | | |
| **1. Les décideurs** | | Nom et Prénom | E-mail | Téléphone |
| 1.1 | Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida | Dr Etienne NIYONZIMA | [niyonzimaetienne@gmail.com](mailto:niyonzimaetienne@gmail.com) | 68 58 64 19 |
| 1.2 | Ministère des Droits de la Personne Humaine, des Affaires Sociales et du Genre (MDPHASG) | NYAWAKIRA Godefroid | godenyawak@gmail.com | 77 792 445 |
| 1.3 | Ministère de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS) | Floride TUYISHEMEZE | floridetuyishemeze@yahoo.fr | 79 321 155 |
| 1.4 | Ministère de la Défense Nationale et des Anciens Combattants (MNDAC) | - | - | - |
| **2. Les prestataires** | | | | |
| 2.1 | Hôpital Prince Régent Charles | MUNEZERO Eric | [ericmunezero19@yahoo.com](mailto:ericmunezero19@yahoo.com) | 79 211 240 – 68 776 262 |
| 2.2 | CHUK | Ladegonde BARANYISHIMIYE | - | 76 243 554 |
| 2.3 | CNRKR | NDUWIMANA Longin | longinnduwimana@gmail.com | 79449675 |
| 2.4 | Hôpital militaire de Kamenge | NTUNGWANAYO Alphonse | - | 76240055 |
| 2.5 | Hôpital Populaire de Kamenge | - | - | - |
| 2.6 | Centre Akamuri | Sœur Firmine BAMFITIYIMANA | [centreakamuri@yahoo.com](mailto:centreakamuri@yahoo.com) | 22 21 65 44 - 79 322 641 |
| 2.7 | Institut St Kizito de Bujumbura | MUSHIRANZIGO Anne-Marie | [saint\_kizitobu@yahoo.fr](mailto:saint_kizitobu@yahoo.fr) | 77 687 199 – 22 22 50 25 |
| 2.8 | Centre de Physiothérapie et de kinésithérapie | Tharcisse Minani | [minanitha@yahoo.fr](mailto:minanitha@yahoo.fr) | 75 54 05 13 |
| 2.9 | Ortho-Kiné service (OKS - Bujumbura) | Ferdinand NDAYIZIGIYE | [ferdinandburundi@yahoo.fr](mailto:ferdinandburundi@yahoo.fr) | - |
| 2.10 | Polyclinique central (POLYCEB – Bujumbura) | Ernest KAZEE | [kazee\_ernest@yahoo.fr](mailto:kazee_ernest@yahoo.fr) | 79 96 90 11 |
| 2.11 | Cabinet privé de kinésithérapie Bujumbura | - | - | - |
| 2.12 | Clinique Médico chirurgicale de Kinindo | NDAYISHIMIYE Déo | [ndaydo30@gmail.com](mailto:ndaydo30@gmail.com) | 79 331 229 |
| 2.13 | Kira Hospital | NEZERWE Nelly | nezerwenelly@yahoo.com | 75 230 160 |
| 2.14 | Centre de réadaptation HI | NIKIEMA A. | [a.nikiema@hi.org](mailto:a.nikiema@hi.org) | 72 447 866 |
| 2.15 | Arche Médicale | Eric NDIRAMIWE | - | 79 832 955 |
| 2.16 | CNAR de Gitega | HAYIMANA Omer | [cnar006@yahoo.fr](mailto:cnar006@yahoo.fr) | 22 40 21 42–79 642 749 |
| 2.17 | Institut Médico -Pédagogique Mutwenzi | Frère Jean de Dieu NGIYE. | [ngiyededieu@yahoo.fr](mailto:ngiyededieu@yahoo.fr) | 79 47 99 84 – 22 40 2552 |
| 2.18 | Cabinet privé de Gitega | SINSAYIHEBURA Godefroid | sindayiheburagodefroid@gmail.com | 79 954 536 |
| 2.19 | CHP St Jean Bosco de Muyinga | Sœur HABIMANA Marie Goreth | [chpjboscomyahoo.fr](mailto:saint_kizitobu@yahoo.fr) | 79 441 844 – 22 30 67 77 |
| 2.20 | CHP St Bernard de Makamba | Sœur MBONIMPA Joselyne | chmakamba@gmail.com | 71 152 544 |
| 2.21 | Centres pour handicapés de Kiganda | NDUWIMANA Bégnine | [nduwibes@yahoo.fr](mailto:nduwibes@yahoo.fr) | 79 952 081 – 77 736 101 |
| 2.22 | Hôpital de Muramvya | NTUNZWENIMANA Innocent | Ntunzwenimanainnocentégmail.com | 79800184 |
| 2.23 | Hôpital de Kirundo | KAMIKAZI Ariane | Kamia\_2009@yahoo.fr | 75350639 |
| 2.24 | Service de kinés de l’hôpital de Mivo (Ngozi) | Sœur HABIMANA Odette | [hadottos@yahoo.fr](mailto:hadottos@yahoo.fr) | 79384889 |
| 2.25 | Service de kiné de l’Hôpital régional de Ngozi | Francesco PANZERI | [f-panzeri@hotmail.it](mailto:f-panzeri@hotmail.it) | 75 656 764 |
| 2.26 | Service kiné Hôpital de District Sanitaire de Bubanza | Laurent NIYONSABA | dirhopbza@yahoo.fr | 79 563 494 |
| 2.27 | Service kiné de l’hôpital de Mpanda | NDAYISHIMIYE Alain Christophe | nalainchristophe@gmail.com | 75999089 |
| 2.28 | Service kiné de l’hôpital de Karusi | NIMUBONA Felix | felixnimubona@yahoo.fr | 71115752 |
| 2.29 | Hôpital Rema de Ruyigi | NIMBONA Violette | - | 769935724 |
| 2.30 | Hôpital Renato MONOLO de Kiremba | Abbé MINANI Pasteur | [minanipasteur2014@gmail.com](mailto:minanipasteur2014@gmail.com) | - |
| **3. Les associations des professionnels et des prestataires** | | | | |
| 3.1 | Association des Kinésithérapeutes du Burundi (AKB) | MINANI Tharcisse | [minanitha@yahoo.fr](mailto:minanitha@yahoo.fr) | 75 54 05 13 |
| 3.2 | Association des Techniciens Orthoprothésistes et Professionnels de l’Appareillage du Burundi (ATOPABU) | Jean Claude NDIKUMANA | ndikujclaude@yahoo.fr | 79 442 965 |
| 3.3 | Réseau des Centres de Personnes Handicapées du Burundi (RCPHB) | Gilbert BIZIMUNGU | [rcphb2007@yahoo.fr](mailto:rcphb2007@yahoo.fr) | 79 97 10 59 |
| 3.4 | Cercle d’échange des Centres de Réadaptation Physique | NYANDWI Jean Joseph | [nyandwijeanjoseph@yahoo.fr](mailto:nyandwijeanjoseph@yahoo.fr) | 79 910 342 |
| **4. Les usagers** | | | | |
| 4.1 | Fédération des Associations de Personnes Handicapées du Burundi (FAPHB) | Eugène NSABAYEZU | [nsabayezu2000@yahoo.fr](mailto:nsabayezu2000@yahoo.fr) | 79 970 342 |
| 4.2 | Union des Personnes Handicapées du Burundi (UPHB) | NKUNZUMUHARI Léonard | muharileonard@yahoo.fr | 79 991 730 |
| **5. Les organes d’appui** | | | | |
| 5.1 | Association pour la Promotion de l’Education et de la Formation à l’Etranger (APEFE) | JADIN Olivier | [o.jadin@apefe.org](mailto:o.jadin@apefe.org) | 76 771 150 |
| 5.2 | Handicap International (HI) | GEISER Mélanie | [dp@hif-burundi.org](mailto:dp@hif-burundi.org) | 76 143 002 |
| 5.3 | Comité International de la Croix Rouge (CICR) | MAGABANYA Martine | mmagabanya@icrc.org | 79 948 636 |
| 5.4 | Conseil Pour l’Education et le Développement (COPED) | Abbé NDAYIZIGIYE Emile | ndayizigiyeemile@yahoo.fr | 75 313 211 |
| 5.5 | Fondation Liliane (Pays bas) | NKUNZUMUHARI Léonard | muharileonard@yahoo.fr | 79 991 730 |
| 5.6 | Carlo Don Gnocchi (fondation italienne) | Francesco PANZERI | [f-panzeri@hotmail.it](mailto:f-panzeri@hotmail.it) | 75 656 764 |

## Annexe 5 : Membres de la commission technique d’élaboration du plan stratégique

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nom et Prénom** | **Fonction** | **Appartenance** | **Email** | **Tél** |
| 1 | Hon. Dr Innocent NKURUNZIZA | Directeur du PNILMCNT | MSPLS | nkurunzizainnocent919@gmail.com | 75 986 561 |
| 2 | Dr Jeanine AYINKAMIYE | Directrice adjointe du PNILMCNT | MSPLS | jeanineay@yahoo.fr | 79 361 097 |
| 3 | Eloge MPUNDU | Chef du SCMPR | MSPLS/PNILMCNT | empuloge89@gmail.com | 75 730 675 |
| 4 | Anicet BIGIRIMANA | Conseiller au SCMPR | MSPLS/PNILMCNT | b.anicet@yahoo.fr | 76 175 654 |
| 5 | Dr Olivier JADIN | Administrateur de Programmes APEFE au Burundi | APEFE | [o.jadin@apefe.org](mailto:o.jadin@apefe.org) | 76 771 150 |
| 6 | Dr Fiona GATEKA | Responsable – Volet formation | HIF Burundi | fo.gateka@hi.org | 72 447 859 |
| 7 | Jean FIASSE | Conseiller Technique - Réadaptation | HIF Burundi | j.fiasse@hi.org | 79 143 144 |
| 8 | Longin NDUWIMANA | Kinésithérapeute | COPED | [longinnduwimana@gmail.com](mailto:longinnduwimana@gmail.com) | 79 449 675 |
| 9 | Tharcisse MINANI | Représentant des Kinésithérapeutes  du Burundi | AKB | [minanitha@gmail.com](mailto:minanitha@gmail.com) | 77 740 513 |
| 10 | Jean Claude NDIKUMANA (ISK) | Représentant des orthoprothésistes du Burundi | Association des Orthoprothésistes | [ndikujclaude@yahoo.com](mailto:ndikujclaude@yahoo.com) | 79 442 965 |
| 11 | Dr Alexis SINZAKARAYE | Médecin MPR | CNRKR | [sinzalex@yahoo.fr](mailto:sinzalex@yahoo.fr) | 79 184 008 |
| 12 | Gilbert BIZIMUNGU | Représentant RCPHB | RCPHB | [rcphb2007@gmail.com](mailto:rcphb2007@gmail.com) | 79971059 |
| 13 | Léon NZEYIMANA | Représentant UPHB | UPHB |  | 79 804 358 |
| 14 | Eugène NSABAYEZU | Représentant RAPHB | RAPHB | [nsabayezu2000@gmail.com](mailto:nsabayezu2000@gmail.com) | 79970342 |

## Annexe 6: Liste des participants à l’atelier national de validation du plan stratégique de développement de la médecine physique et réadaptation

| **N°** | **Nom et Prénom** | **Catégorie** | **Fonction/Service** | | **E-mail** | **Téléphone** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Hon. Dr Innocent NKURUNZIZA | Décideur | Directeur PNILMCNT – MSPLS | | [nkurunzizainnocent919@gmail.com](mailto:nkurunzizainnocent919@gmail.com) | 75 986 561 |
| 2 | Dr Jeanine AYINKAMIYE | Décideur | Directrice adjoint PNILMCNT – MSPLS | | [jeanineay@yahoo.fr](mailto:jeanineay@yahoo.fr) | 79 361 097 |
| 3 | Eloge MPUNDU | Décideur | Chef de SCMPR | | [empuloge89@gmail.com](mailto:empuloge89@gmail.com) | 75 730 675 |
| 4 | Anicet BIGIRIMANA | Décideur | Conseiller au SCMPR | | [b.anicet@yahoo.fr](mailto:b.anicet@yahoo.fr) | 76 175 654 |
| 5 | Patrick NTAWUYAMARA | Décideur | Conseiller au SCMPR | | [pajosjean10@yahoo.fr](mailto:pajosjean10@yahoo.fr) | 79 904 721 |
| 6 | Aline HARABANDI | Décideur | Conseillère au SCMPR | | [harabandialine@yahoo.fr](mailto:harabandialine@yahoo.fr) | 79 968 098 |
| 7 | Ladislas NIYONEMEYE | Décideur | Conseiller/MSPLS | | niyoladis@yahoo.fr | 79 912 223 |
| 8 | Dr Etienne MINANI | Décideur | Conseiller/SP/MSPLS | | buetie845@gmail.com | 75 305 601 |
| 9 | Dr Godefroid KAMWENUBUSA | Décideur | Conseiller/Cabinet/MSPLS | | kamwenubusa.godefroid@yahoo.com | 79 391 775 |
| 10 | Dr Hermenegilde NZIMENYA | Décideur | Technical advisor/DGSSLS/MSPLS | | hermesnzi2014@gmail.com | 79 906 851 |
| 11 | Sylvain MISAGO | Décideur | MSPLS/INSP | | [symisago@yahoo.fr](mailto:symisago@yahoo.fr) | 71 064 691 |
| 12 | Dr Hamidou NZOMWITA | Décideur | Directeur/IFOSA | | [hnzomwita@yahoo.fr](mailto:godenyawak@gmail.com) | 79 994 795 |
| 13 | Floride TUYISHEMEZE | Décideur | MESRS | | floridetuyishemeze@yahoo.fr | 79 321 155 |
| 14 | Dr Odette BURUNDI | Décideur | Mutuelle de la fonction publique | | Bodette12@yahoo.fr | 69 453 227 |
| 15 | Dr Alexis SINZAKARAYE | Prestataire | Médecin en médecine physique CNRKR | | [sinzalex@yahoo.fr](mailto:sinzalex@yahoo.fr) | 79 184 008 |
| 16 | Gérard NDACAYISABA | Prestataire | Kinésithérapeutes CNRKR | | [ndacayisaba199065@gmail.com](mailto:ndacayisaba199065@gmail.com) | 61 355 482 |
| 17 | Philippe NIBONA | Prestataire | Orthoprothésistes | | [nibonaphilippe@gmail.com](mailto:nibonaphilippe@gmail.com) | 79 587 172 |
| 18 | Dr Oscar NTIHABOSE | Prestataire | Hôpital de District Sanitaire de Muramvya | | [ntihaboseoscar1@gmail.com](mailto:ntihaboseoscar1@gmail.com) | 69 096 248 |
| 19 | Dr Jonas NSENGIYUMVA | Prestataire | Hôpital de District Sanitaire de Kirundo | | [jonasnsengiyumva@yahoo.fr](mailto:jonasnsengiyumva@yahoo.fr) | 68 303 722/61 758 934 |
| 20 | Dr NTAWUKURIRYAYO Guillaume | Prestataire | Hôpital régional de Ngozi | | [ntawukuriryayogu@gmail.com](mailto:ntawukuriryayogu@gmail.com) | 22 302 172 |
| 21 | Omer HAYIMANA | Prestataire | CNAR de Gitega | | omerhayimana@gmail.com | 79 642 749 |
| 22 | Marcel NDORICIMPA | Prestataire | Centre de réadaptation Physique Akamuri | | [ndoricimpamarcel@yahoo.fr](mailto:centreakamuri@yahoo.com) | 75 970 931 |
| 23 | Sr Elisabeth NDAYISENGA | Prestataire | Centre de réadaptation Physique de Muyinga | | [chpsjboscom@yahoo.fr](mailto:chpsjboscom@yahoo.fr) | 79 503 117 |
| 24 | Tharcisse MINANI | Prestataire | AKB | | [minanitha@gmail.com](mailto:minanitha@gmail.com) | 77 740 513 |
| 25 | Jean Claude NDIKUMANA | Prestataire | Association Orthoprothésistes | | [ndikujclaude@yahoo.com](mailto:ndikujclaude@yahoo.com) | 79 442 965 |
| 26 | Gilbert BIZIMUNGU | Prestataire | RCPHB-CURE | | [rcphb2007@gmail.com](mailto:rcphb2007@gmail.com) | 79 971 059 |
| 27 | Jean Joseph NYANDWI | Prestataire | Cercle d’échange des centres de réadaptation | | [nyandwijeanjoseph@yahoo.fr](mailto:nyandwijeanjoseph@yahoo.fr) | 79 910 342 |
| 28 | Jean Marie HAKIZIMANA | Organ. d’appui | APEFE | | [jm.hakizimana@apefe.org](mailto:jm.hakizimana@apefe.org) | 79 558 556 |
| 29 | Olivier JADIN | Organ. d’appui | APEFE | | [o.jadin@apefe.org](mailto:o.jadin@apefe.org) | 76 771 150 |
| 30 | Jean FIASSE | Organ. d’appui | HI | | j.fiasse@hi.org | 79 143 144 |
| 31 | Dr Fiona GATEKA | Organ. d’appui | HI | | [fo.gateka@hi.org](mailto:fo.gateka@hi.org) | 72 447 859 |
| 32 | Leonard NKUNZUMUHARI | Organ. d’appui | Fondation Liliane | | [muharileonard@yahoo.fr](mailto:muharileonard@yahoo.fr) | 79 991 730 |
| 33 | Longin NDUWIMANA | Organ. d’appui | COPED | | [longinnduwimana@gmail.com](mailto:longinnduwimana@gmail.com) | 79 449 675 |
| 34 | Vianney KIRAJAGARAYE | Usagers | UPHB | | kiravian201@yahoo.fr | 79 918 102 |
| 35 | Léon NZEYIMANA | Usages | UPHB | | - | 79 804 358 |
| 36 | Eugène NSABAYEZU | Usagers | FAPHB | | [nsabayezu2000@gmail.com](mailto:nsabayezu2000@gmail.com) | 79 970 342 |
| 37 | Samuel NIYONKURU | Prestataire | | Institut Saint Kizito | saintkizitobu@yahoo.fr | 22 225 025 |
| 38 | Alice UMURERWA | Décideur | | Gestionnaire – comptable/PNILMCNT/MSPLS | a.umurerwa@apefe.org | 71 1130 020 |

## Annexe 7 : Bibliographie

|  |
| --- |
| Banque de la République du Burundi : Rapport du comité de politique monétaire n°1/2014 |
| FED : Projet pour accélérer l'atteinte de l'Objectif du Millénaire pour le développement (OMD) 1c (PROPA-O). FED/2012/024-118. |
| Handicap International - Etude quantitative sur la situation des personne handicapées au Burundi, 2008 |
| MEBSEMFPA : Étude sur la déperdition scolaire à l’école primaire au Burundi. Août 2011 |
| OMS : Stratégie de coopération de l’OMS avec le Burundi 2009-2013 |
| OMS : Stratégie de coopération OMS-Burundi 2014-2015 |
| OMS-Burundi, Stratégie de coopération 2014-2015, pages 46 et 47 |
| PNUD : Rapport sur le Développement humain, 2015 |
| République de Burundi - Enquête démographique et de santé - II Burundi 2010 et 2017 |
| République de Burundi - Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la Personne Humaine et du Genre : Politique nationale du Genre du Burundi. Juillet 2012. |
| République de Burundi - MSPLS : Étude sur le financement de la santé au Burundi. Rapport de synthèse. Mai 2014. |
| République de Burundi - Politique Nationale de Santé 2016-2025 |
| République de Burundi - Rapport d’évaluation à mi-parcours du PNDS 2011-2015 |
| République de Burundi MSPLS : Cartographie des ressources humaines en Santé. Rapport 2013 publié en novembre 2014. p20 |
| République du Burundi – Plan National de développement Sanitaire 2011-2015 |
| République du Burundi – Recensement Général de la Population et de l’Habitat, 2008 |
| République du Burundi, Note conceptuelle “Composante TB” soumise au Fonds mondial en 2014 « *Le Financement de la stratégie financement basé sur la Performance et Gratuité au Burundi : Quelles conditions sont requises pour assurer la stabilité Financière* » - Banque Mondiale, FBP Burundi, CORDAID, MSPLS, 2017 |
| Séries du Lancet “Maternal and Child Nutrition1” :Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries, www.thelancet.com Published online June 6, 2013 <http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X> |
| Site web UNICEF : [http: // www.unicef.org/french/infobycountry/burundi\_ 69651.html](http://http:%20//%20www.unicef.org/french/infobycountry/burundi_%2069651.html) Lutte contre la malnutrition chronique au Burundi |
| UNFPA : Étude sur les grossesses en milieu scolaire au Burundi. Novembre 2013 |

1. Recensement général de la population, 2008 [↑](#footnote-ref-1)
2. Idem que 2 [↑](#footnote-ref-2)
3. BRB : Rapport du comité de politique monétaire n°1/2014 [↑](#footnote-ref-3)
4. Idem que 4 [↑](#footnote-ref-4)
5. OMS-Burundi, Stratégie de coopération 2014-2015, pages 46 et 47 [↑](#footnote-ref-5)
6. PNUD : Rapport sur le Développement humain, 201

   +3.02653 [↑](#footnote-ref-6)
7. MEBSEMFPA : Étude sur la déperdition scolaire à l’école primaire au Burundi. Août 2011 [↑](#footnote-ref-7)
8. Taux d'achèvement du cycle primaire de 100 % [↑](#footnote-ref-8)
9. UNFPA : Étude sur les grossesses en milieu scolaire au Burundi. Novembre 2013 [↑](#footnote-ref-9)
10. MSPLS : Étude sur le financement de la santé au Burundi. Rapport synthèse. Mai 2014. [↑](#footnote-ref-10)
11. MSPLS : idem. [↑](#footnote-ref-11)
12. Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la Personne Humaine et du Genre : Politique nationale du Genre du Burundi. Juillet 2012. [↑](#footnote-ref-12)
13. Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la Personne Humaine et du Genre : Politique nationale du Genre du Burundi. Juillet 2012. [↑](#footnote-ref-13)
14. FED : Projet pour accélérer l'atteinte de l'Objectif du Millénaire pour le développement (OMD) 1c (PROPA-O). FED/2012/024-118. [↑](#footnote-ref-14)
15. PRONIANUT-Burundi.2014 [↑](#footnote-ref-15)
16. IFPRI 2014 [↑](#footnote-ref-16)
17. PRONIANUT-Burundi.2014 [↑](#footnote-ref-17)
18. EDS-II Burundi 2010 [↑](#footnote-ref-18)
19. Analyse Globale de la Sécurité Alimentaire, de la Nutrition et de la vulnérabilité au Burundi, Août 2014 [↑](#footnote-ref-19)
20. Site web UNICEF : Lutte contre la malnutrition chronique au Burundi. <http://www.unicef.org/french/infobycountry/burundi_69651.html> [↑](#footnote-ref-20)
21. Idem que 35 et 36. [↑](#footnote-ref-21)
22. Séries du Lancet “Maternal and Child Nutrition1” :Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries, www.thelancet.com Published online June 6, 2013 http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X [↑](#footnote-ref-22)
23. Stratégie de coopération OMS-Burundi 2014-2015 [↑](#footnote-ref-23)
24. OMS : Stratégie de coopération de l’OMS avec le Burundi 2009-2013 [↑](#footnote-ref-24)
25. Enquête PMS 2012 [↑](#footnote-ref-25)
26. Countdown to 2015. Maternal, Newborn and Child survival. The report 2014. Burundi [↑](#footnote-ref-26)
27. Stratégie de coopération OMS-Burundi 2014-2015 [↑](#footnote-ref-27)
28. Selon les enquêtes nationales de séroprévalence réalisées en 2002 et en 2007, le taux de séroprévalence est de 3,6% dans la population de 15 ans et plus en 2002, et de 2,97% dans la population de 18 mois et plus en 2007. En 2010, le taux de séroprévalence est estimé à 1,4% dans la population de 15 à 49 ans (EDS 2010). Les estimations faites avec l’aide du logiciel Spectrum montrent une séroprévalence estimée de 1,0% pour l’année 2013 (Estimations VIH Spectrum 2013). [↑](#footnote-ref-28)
29. Burundi, Note conceptuelle “Composante TB” soumise au Fonds mondial en 2014 [↑](#footnote-ref-29)
30. Burundi, Note conceptuelle “Composante TB” soumise au Fonds mondial en 2014 [↑](#footnote-ref-30)
31. Programme National Intégré de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles [↑](#footnote-ref-31)
32. Les traumatismes représentent 11% des causes de MNT au Burundi selon le profil pays pour les MNT élaboré par l’OMS en 2014. [↑](#footnote-ref-32)
33. « *Le Financement de la stratégie financement basé sur la Performance et Gratuité au Burundi : Quelles conditions sont requises pour assurer la stabilité Financière* » - Banque Mondiale, FBP Burundi, CORDAID, MSPLS, 2017 [↑](#footnote-ref-33)
34. Politique National de Santé 2016-2025 [↑](#footnote-ref-34)
35. Rapport d’évaluation a mi-parcours du PNDS 2011-2015 [↑](#footnote-ref-35)
36. Nécessité pour le pays de disposer des spécialistes et de quelques « centres d’excellence » (disposant de technologies de pointe adaptées au contexte du pays) et aménagés au sein des formations sanitaires existantes. [↑](#footnote-ref-36)
37. MSPLS : Cartographie des ressources humaines en Santé. Rapport 2013 publié en novembre 2014. p20 [↑](#footnote-ref-37)
38. MSPLS : Cartographie des ressources humaines en Santé. Rapport 2013 publié en novembre 2014.p20 [↑](#footnote-ref-38)
39. Le PNDS III (2019-2023) est en cours d’élaboration. Il devrait être validé à la fin de l’année 2018. Le présent PSDMPR sera revu et actualisé à ce moment pour s’adapter à l’évolution des axes stratégiques de ce PNDS III [↑](#footnote-ref-39)
40. Par rapport à ces estimations, l’OMS avance couramment le chiffre de 15 % de personnes handicapées parmi la population mondiale. Cette estimation doit être nuancée. D’abord parce qu’elle globalise la prévalence du handicap dans le monde entier (alors que les différences de prévalence entre pays développés et en voie de développement sont importantes), ensuite parce qu’elle inclut les handicaps mineurs dans le calcul de prévalence. Le présent document considère uniquement les handicaps moyens ou majeurs qui ont de réelles conséquences sur l’autonomie des personnes. [↑](#footnote-ref-40)
41. ISPO / WHO Guidelines for Training Personnel in Developing Countries for Prosthetics and Orthotics Services (ISBN 92 4 159267 2) [↑](#footnote-ref-41)
42. **La Médecine Physique-Réadaptation** est composée de diverses disciplines médicales et paramédicales (médecine physique-réadaptation, kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, appareillage orthopédique, …). Elle s’adresse aux personnes atteintes d’**incapacité fonctionnelle**, (c'est-à-dire que suite à une pathologie - traumatisme, maladie - elles sont victimes d’une *restriction d’activité* dans leur vie de tous les jours). La réadaptation médicale vise à leur rendre le plus haut niveau possible de *capacité fonctionnelle* pour mener leurs activités le plus normalement possible. La rééducation cherche à éviter que l’incapacité évolue vers un *handicap permanent*.

    La **réadaptation** en général est un processus plus long et plus complexe (qui englobe la médecine physique-réadaptation) et qui s’adresse aux personnes vivant avec un **handicap** (c'est-à-dire que leur incapacité est devenue permanente et qu’elle entraîne un désavantage social et une *restriction de participation* à la vie sociale normale). La réadaptation vise à donner à la personne handicapée le maximum de chances de s’intégrer ou de se réintégrer dans sa société (et donc de *participer* à la vie dans sa société) cela malgré le désavantage social provoqué par son handicap. [↑](#footnote-ref-42)