



BUSNIS



N° 4/2012

1er Avril 2012

Dans ce numéro :

Les ressources humaines en santé	2
Les accouchements dans les CDS	3
Les indicateurs cibles en 2011	3
Le paludisme en 2011	4

RESSOURCES HUMAINES EN SANTE AU BURUNDI: Bilan de 2011

Selon l'enquête sur les ressources humaines réalisées par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) en 2011, l'effectif total est de 15.937 agents et se répartissent entre 5.957 infirmiers, 418 médecins, 16 sages femmes et 5.464 autres personnel d'appui. En ce qui concerne les médecins, le ratio global pour tout le pays est de 1 médecin pour 19.231 habitants (la norme de l'OMS étant 1 médecin pour 10.000 habitants), le ratio infirmier par habitant est satisfaisant avec un infirmier pour 1349 habitants (la norme de l'OMS étant d'un infirmier par 3 000 habitants), le personnel de soutien à la santé représente une part importante des effectifs du MSPLS (44%) suivi par le personnel infirmier (34%). Au total, en octobre 2010 il y'avait 418 médecins au Burundi, 317 sont les médecins généralistes, 40 sont les médecins spécialistes, et le reste sont des étudiants c'est à dire les médecins stagiaires. 28% de ces médecins sont employés dans l'administration centrale, les BPS ou les BDS. Ainsi, 112 médecins généralistes et 6 spécialistes occupent les fonctions administratives, plutôt que cliniques. Quant aux médecins spécialistes et Pharmaciens, ils sont presque absents des ressources humaines du pays avec moins de 1%. A part la catégorie d'infirmiers, de sages femmes, d'aides soignants et staff de gestion dans laquelle il ya une prédominance de femmes, les autres catégories sont dominées par le sexe masculin. Une autre question c'est la mauvaise répartition des ressources humaines; il existe toujours une forte disparité entre les 4 plus grandes villes et les régions éloignées. Bujumbura Mairie compte 50% des médecins, inclus 75% du total de spécialistes, mais n'abrite que 5% des 8.647.459 habitants que comptait le Burundi en 2011.

De même, plus de 90% des établissements privés de santé sont implantés à Bujumbura. Cela a des conséquences sur le fonctionnement du système de soins. La grande partie du personnel est concentré en milieu urbain surtout dans la municipalité de Bujumbura.

La production des infirmiers A2 a connue une progression importante au cours des années avec un pic à partir de 2009 suite à l'arrêt de la formation des infirmiers A3 dans le secteur public et l'interdiction de la formation des infirmiers A3 dans le secteur privé.

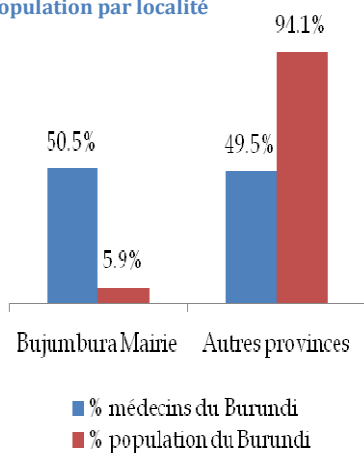
L'existence de l'observatoire national des ressources humaines en santé au Burundi, d'une politique et d'un plan des ressources humaines en santé (RHS) et son opérationnalisation permettra le développement des politiques, planification et gestion pour les ressources humaines en santé, avec un accent sur la réglementation professionnelle et le système d'information des Ressources Humaines ainsi qu'une recherche en RHS.

Figure 1: Total des Médecins pour 100.000 habitants dans les provinces du Burundi

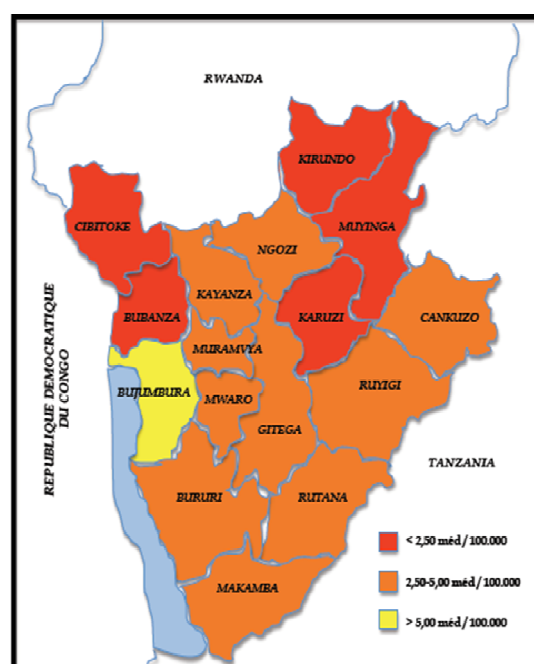
La Direction du SNIS

est la structure du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida qui a en charge la gestion du Système d'Information Sanitaire (SIS). Il est la source principale de l'information indispensable pour la gestion des services de santé et des ressources sanitaires du pays à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Graphique n°1: Ratio des médecins et de la population par localité



Les provinces qui ont le plus grand besoin de médecins par rapport à la densité de la population sont Bujumbura Rural, Muyinga, Karusi, Kirundo, Cibitoke et Bubanza .



Les accouchements dans les Centres de Santé en 2011

Tableau n°1 : Accouchement assisté par le personnel qualifié et non qualifié dans les CDS par province en 2011

Province	Proportion des accouchements assistés par du personnel qualifié	Proportion des accouchements assistés par du personnel non qualifié
BUBANZA	100.0	0.0
BUJUMBURA MAIRIE	96.1	3.9
BUJUMBURA	92.0	8.0
BURURI	90.1	9.9
CANKUZO	100.0	0.0
CIBITOKÉ	93.0	7.0
GITEGA	90.5	9.5
KARUSI	89.9	10.1
KAYANZA	97.8	2.2
KIRUNDO	92.2	7.8
MAKAMBA	97.2	2.8
MURAMVYA	100.0	0.0
MUYINGA	100.0	0.0
MWARO	87.2	12.8
NGOZI	100.0	0.0
RUTANA	92.5	7.5
RUYIGI	89.6	10.4
Total	94.8	5.2

La Direction du Système National d'Information Sanitaire a choisi comme sujet pour ce numéro la problématique des accouchements dans les Centres de Santé, particulièrement en ce qui concerne les accouchements assistés par du personnel qualifié et ceux assistés par du personnel non qualifié. La Direction du SNIS retient comme définition **un accouchement dirigé par un personnel qualifié « tout accouchement assisté par un personnel soignant de niveau minimum A3 »**. En 2011, sur l'ensemble des accouchements ayant eu lieu dans les CDS, les provinces de BUBANZA, CANKUZO, MURAMVYA, MUYINGA et NGOZI ont atteint une proportion de 100% des cas d'accouchements assistés par du personnel qualifié et méritent un encouragement. Par contre, les Provinces de MWARO, KARUSI, RUYIGI avec au moins 10% des accouchements qui ont été assistés par du personnel non qualifié en milieu de soins méritent une attention particulière. Les provinces de BUJUMBURA, CIBITOKÉ, BURURI, GITEGA, KIRUNDO et RUTANA ont des proportions d'accouchements assistés par du personnel non qualifié qui sont non négligeables, comprises entre 5 et 10 %, et les 3 provinces restantes ont des proportions inférieures à 5%. Selon la Direction des Ressources Humaines et d'après les données des rapports SIS; après le redéploiement du personnel en 2011, l'effectif moyen du personnel soignant étant de 6 agents / CDS; ce qui laisse penser dans quelques provinces à une éventuelle erreur de rapportage dans la mesure où tous les accouchements ayant lieu dans les Formations Sanitaires doivent obligatoirement être dirigés par un personnel qualifié. Certes, l'existence dans certaines structures du personnel formé (dans le passé) sur le tas pourrait donner une partie de la réponse car ils ne sont pas comptabilisés parmi le personnel qualifié.

Les infirmiers constituent le pivot du système de santé du pays. **A noter que selon l'enquête sur les ressources humaines réalisées par le MSPLS en 2011, les provinces prioritaires pour le recrutement des infirmiers, basée sur la densité des agents par rapport à la population sont KARUSI, KAYANZA, KIRUNDO et MUYINGA. Tous, sauf KAYANZA sont aussi parmi les 5 provinces avec le moins de densité des médecins.**

Malgré une bonne évolution de cet indicateur dans tout le pays, des efforts importants restent à fournir dans le domaine de la sensibilisation pour réduire au maximum les accouchements à domicile. C'est ainsi que le pays pourra atteindre rapidement les Objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le Développement.

UNE NOUVELLE APPROCHE DE PROMOTION DE LA SANTÉ EST EN ROUTE AU BURUNDI: LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) s'embarque lentement mais sûrement sur une nouvelle approche de promotion de la santé appelée « **Santé Communautaire** ».

C'est une approche qui consiste à faire participer les communautés dans la prise en charge de leurs problèmes de santé.

Elle tombe dans la période où le MSPLS est dans sa deuxième année de mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II 2011-2015) dont la santé communautaire constitue une des priorités. Cependant la mise en œuvre de la stratégie restait jusque récemment sans succès par manque d'outils d'opérationnalisation. Les relais communautaires dont les Agents de Santé Communautaire (ASC) et les Comités de Santé (COSA) étaient enrôlés par les différents services et programmes de santé et même par des partenaires sans orientation bien précise. Fort heureusement, le MSPLS vient de se doter de deux instruments de gestion de l'approche de santé communautaire. Il s'agit des documents sur les

« **Orientations stratégiques de la santé communautaire au Burundi** » et le « **Manuel des procédures en rapport avec la santé communautaire** ».

Dorénavant, le niveau communautaire sera progressivement intégré dans notre système de santé en tant que premier échelon de la pyramide sanitaire. Cependant, le paquet minimum d'activités sera progressivement affiné par les services de santé en concertation étroite avec tous nos Partenaires.

Ces documents constituent des guides de référence pour les partenaires nationaux qu'internationaux qui œuvrent au niveau communautaire. Un accent particulier sera mis sur la responsabilisation des relais communautaires. Ceux-ci devront intégrer les groupes vulnérables dont les membres de la communauté Batwa dans les relais communautaires et dans les instances de prise de décisions en santé respectivement dans des ASC et des COSA.

Une innovation de taille est que ces groupes vulnérables seront représentés dans les corps

des ASC et des COSA dans l'objectif d'augmenter l'utilisation des services de santé, en général et le paquet de services relatifs à la mesure de gratuité présidentielle, en particulier par les communautés vulnérables.

Pour atteindre cet objectif, le MSPLS via le projet d'appui au développement du secteur de la Santé (PADSS) a recruté des agences d'encadrement communautaire. Celles-ci sont à pied d'œuvre dans la formation des associations communautaires à raison de quatre associations de cinq personnes par commune pour promouvoir une fréquentation accrue des services de santé.

Soutenons tous la santé communautaire comme nouvelle approche de promotion de la santé dans notre pays.

Suivi des indicateurs clés

Cette rubrique permet de suivre régulièrement l'évolution d'indicateurs clés. Les indicateurs présentés dans ce numéro concerne 5 indicateurs ciblés. Ils ont été calculés sur base des cas déclarés dans les structures de santé du pays au cours de l'année 2011 et enregistrés dans nos outils de collecte des données. Les indicateurs choisis sont :

- Le taux d'utilisation des services curatifs ambulatoires (**CCUR**);
- Le taux d'utilisation de la consultation prénatale (**CPN1**);
- La proportion des accouchements qui ont eu lieu en milieu de soins (**ACC**);
- Le taux de couverture en Pentavalent 3 (**PENTA**);
- La proportion de couples-années protection (**CAP**);

Les données de l'année 2011 présentées par province (tableau ci-contre) montrent des taux d'utilisation des services curatifs ambulatoires dans les CDS, en tenant compte de la population de l'aire de responsabilité de la structure de soins dépassant les 100 % dans certaines provinces telles que BUBANZA, CANKUZO, CIBITOKÉ, KARUSI, KIRUNDO, MUYINGA, RUTANA et RUYIGI. La consultation curative en Mairie de Bujumbura est surtout réalisée dans les cabinets privés et ces derniers ne transmettent pas les données d'où la basse couverture enregistrée.

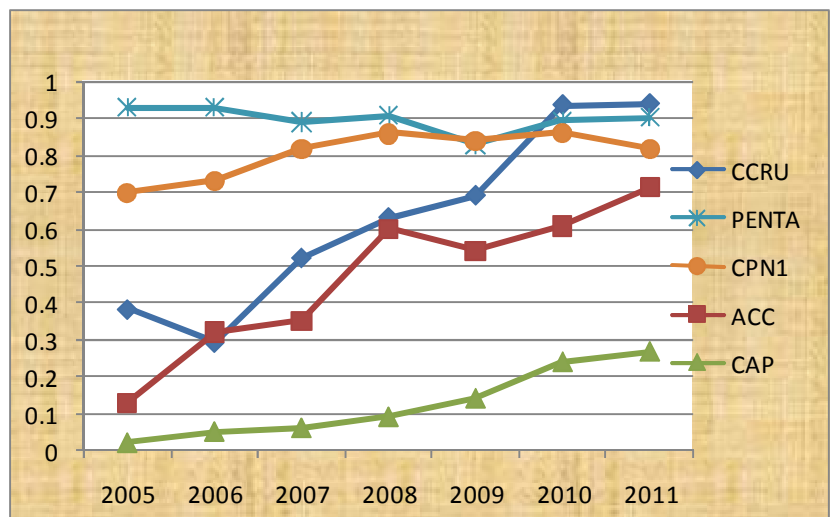
L'analyse de l'évolution dans le temps des différents indicateurs montre que tous ont spectaculairement augmenté depuis 2006, particulièrement les consultations curatives, les accouchements en milieu de soins, et la couple-année protection. Ceci est probablement lié à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ; Par contre, la couverture réalisée en Pentavalent n'a pas connue une croissance remarquable depuis 2008 et la Consultation prénatale (CPN1) a chuté en 2010 et revient presque aux taux de 2007 .



Photo n°1: Les femmes venues faire soigner leurs enfants au CDS KARUSI, mars 2012;

Tableau n°2 : Taux de couverture pour 5 indicateurs ciblés en 2011

Province sanitaire	Taux de couverture pour l'année 2011				
	CCUR	CPN1	ACC.	PENTA	CAP
BUBANZA	108.6	116.8	109.5	110.5	20.0
BUJUMBURA MAIRIE	55.5	46.1	60.8	65.2	52.6
BUJUMBURA RURAL	63.5	68.3	59.9	73.6	17.2
BURURI	60.6	71.2	69.2	82.0	16.9
CANKUZO	170.4	93.0	76.6	103.3	18.6
CIBITOKÉ	119.2	105.6	95.2	108.8	23.3
GITEGA	97.3	66.4	73.0	83.2	20.6
KARUSI	112.9	77.5	56.3	82.1	20.1
KAYANZA	85.2	66.7	57.1	84.4	25.3
KIRUNDO	108.1	106.8	77.5	102.2	28.3
MAKAMBA	88.7	93.9	84.7	112.9	23.2
MURAMVYA	63.6	64.6	55.7	80.4	18.3
MUYINGA	114.7	97.4	78.0	102.6	27.8
MWARO	67.6	54.9	48.5	71.5	11.0
NGOZI	88.1	75.8	66.5	89.4	54.1
RUTANA	100.5	86.5	61.3	95.6	15.8
RUYIGI	127.8	108.6	79.1	98.0	37.1
Total	93.9	81.7	71.1	90.4	26.7



Graphique n°2: Evolution de 5 indicateurs ciblés de 2005 à 2011.

La lutte contre le paludisme, quel bilan pour 2011 ?

L'année 2011 a été marquée par des événements spéciaux dans l'histoire de la lutte contre le paludisme au Burundi.

On peut entre autres citer :

- La revue de la performance du programme de lutte contre le paludisme avec la signature de l'aide mémoire qui marque l'engagement des partenaires pour soutenir le pays à relever les grands défis relevés tout au long de ce processus;

- L'actualisation des directives de prise en charge du paludisme avec comme nouveauté la confirmation obligatoire de tous les cas suspects avant le traitement par un antipaludique;

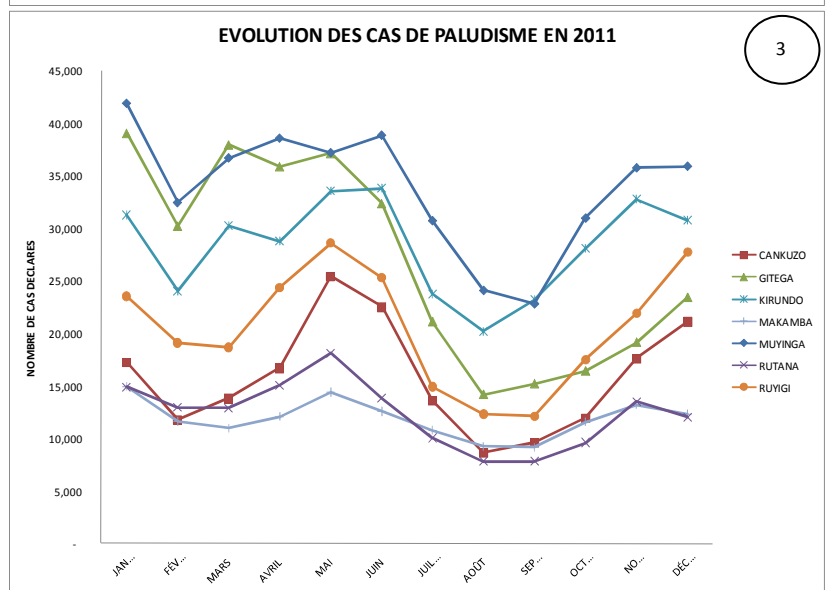
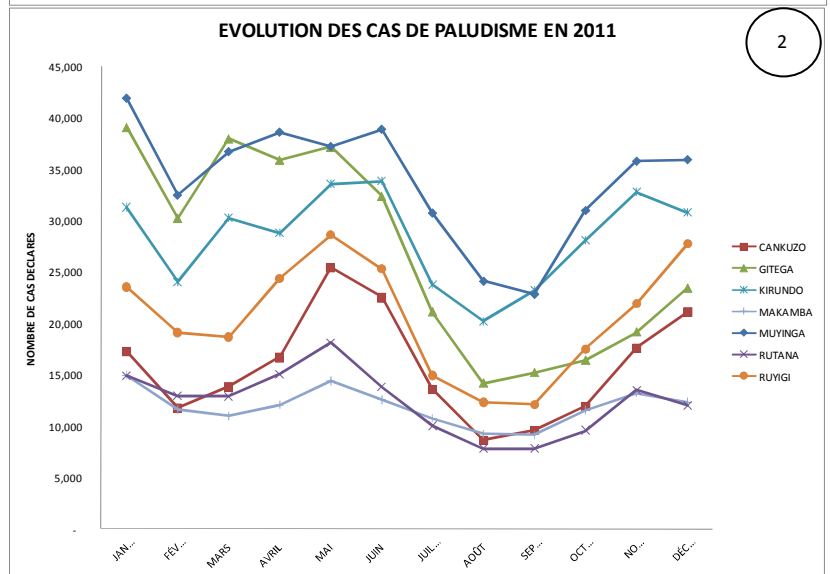
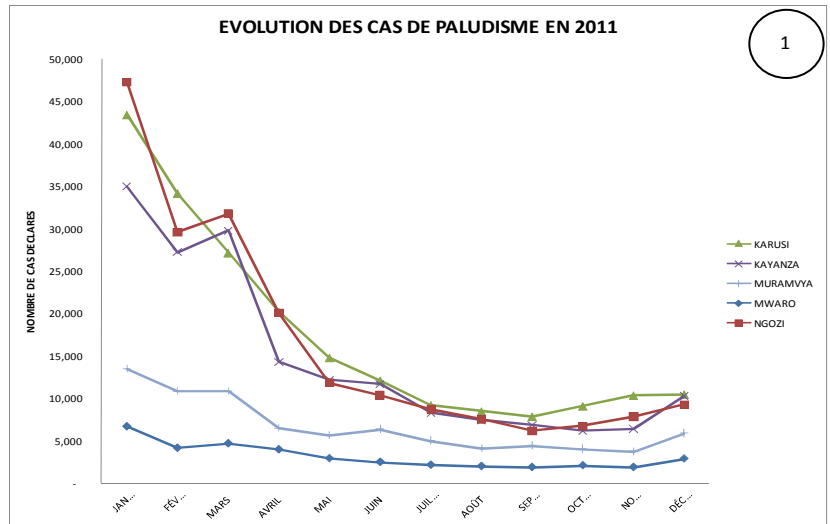
- La couverture universelle en MIILDA avec l'achèvement des campagnes de masse de distribution des moustiquaires à la population dans toutes les provinces.

La situation épidémiologique a aussi nettement évolué montrant trois profils différents selon les données de morbidité transmises par les Centres de Santé.

Dans le 1^{er} graphique, on remarque une nette tendance à la diminution des cas de paludisme. Toutes ces provinces ont bénéficiées d'une campagne de distribution de masse des MIILDA en 2011. Dans le 2^{ème} graphique, c'est plutôt la stabilisation des cas déclarés tout au long de l'année. Quant au 3^{ème} graphique, la situation dans ces provinces n'a pas beaucoup évolué et montre les traditionnelles tendances avec deux pics dans l'année. Ces 7 provinces ont en commun d'avoir bénéficiées d'une campagne de distribution des MIILDA en 2009.

Les données de 2011 montrent aussi un problème au niveau de la prise en charge des cas de paludisme surtout la non-confirmation systématique des cas avant traitement et la gestion irrationnelle des CTA (Combinaison Thérapeutique à base des dérivés d'artémisinine). Neuf (9) provinces sanitaires (Muyinga, Cankuzo, Kirundo, Ruyigi, Rutana, Bururi, Mwaro, Gitega et Muramvya) ont un taux de confirmation du paludisme inférieur à 50%, c'est à dire qu'ils rapportent plus des cas suspects par rapport aux cas confirmés de paludisme. Seuls deux provinces sanitaires (Makamba et Ngozi) rapportent plus des cas confirmés de paludisme par rapport au cas de paludisme suspect à plus de 70%.

Pour l'année 2012, plusieurs actions sont planifiées pour consolider les acquis et venir à bout des faiblesses constatées. Il s'agit notamment de l'élaboration du nouveau plan stratégique de lutte contre le paludisme, de la mise à jour des directives de traitement du paludisme avec insistance sur la confirmation systématique des cas avant traitement, d'une soumission au Fonds Mondial pour la 2^{ème} phase du Round 9 en vue de la préparation de la prochaine campagne de masse de distribution des MIILDA, les réunions trimestrielles des partenaires RBM pour la mise à jour du plan d'action, etc.



Editeur	Direction du SNIS
Rédaction	DSNIS PNILP, DPSHA Direction des Ressources Humaines
Tél	22225260/22244370
Email	epistatburundi@gmail.com