

REPUBLIQUE DU BURUNDI  
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



DIRECTION DES PROGRAMMES ET SERVICES DE SANTE  
PROGRAMME NATIONAL INTEGRE DE LUTTE CONTRE  
LES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES CHRONIQUES NON  
TRANSMISSIBLES  
2011-2015

JUIN 2011

## LISTES DES ABREVIATIONS ET SIGLES

ABCC	: Association Burundaise de Lutte Contre le cancer
ABM	: Association Burundaise des Etudiants en Médecine
ABULUTA	: Association Burundaise de lutte Contre le Tabac
ALUDIA	: Association de Lutte Contre le Cancer
APDCOBU	: Association des Personnes Diabétiques de la commune Buyenzi
APREPRIDIA	: Association pour la Prévention et la Prise en Charge du Diabète
APRIDIA	: Association Pour la Prise en Charge des Diabétiques
APSA	: Association pour la Promotion de la Santé
ASD	: Association de Soutien aux Diabétiques
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
BPCO	: Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CDS	: Centre de Santé
CELUCODIA	: Centre de Lutte Contre le Diabete
CHUK	: Centre Hospitalo Universitaire de Kamenge
CNPK	: Centre Neuropsychiatrique de Kamenge
DEAR	: Diabete East African Regiona
DPSHA	: Direction de la Promotion de l'Hygiène et de la Santé
EPS	: Education pour la santé
HPRC	: Hôpital Prince Régent Charles
HPV	: Human Papilloma Virus
HTA	: Hypertension Artérielle
IDF	: International Diabete Fondation
IEC	: Information Education Communication
INSS	: Institut National de Sécurité Publique
MCNT	: Maladies Chronique Non
MFP	: Mutuelle de la Fonction Publique
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance

- PEV : Programme Elargi de Vaccination
- PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
- PNILMC : Programme national Intégré de Lutte contre les Maladies Chronique Non Transmissibles
- SIS : Système d'Information Sanitaire
- UICC : Union Internationale Contre le Cancer
- WDF : World Diabetes Foundation

## O. INTRODUCTION

La charge représentée par les maladies Chroniques non transmissibles (MCNT) augmente si rapidement en Afrique qu'elles sont devenues un problème majeur de santé publique plus particulièrement dans les pays en développement. Depuis plusieurs années, on observe dans la région africaine une progression rapide des maladies chroniques non transmissibles (MCNT) avec pour conséquence un alourdissement de la charge, déjà très pesante, qu'imposaient les maladies transmissibles.

L'OMS estime qu'en 2005, les maladies non transmissibles principalement les maladies cardio-vasculaires, le diabète, le cancer et les maladies respiratoires chroniques, ont causé 35 millions de décès, soit 60% de l'ensemble des décès dans le monde ; 80% de ces décès sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

La mortalité due aux maladies non transmissibles devrait encore augmenter de 17% au cours des 10 prochaines années, c'est-à-dire d'ici 2015.

Il ressort des données épidémiologiques actuellement disponibles que quatre types de maladies non transmissibles (maladies cardio-vasculaires : HTA, cancer, affections respiratoires chroniques et diabète) contribuent le plus à la mortalité dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire et doivent faire l'objet d'une action coordonnée et concertée. Elles peuvent en grande partie être évitées par des interventions efficaces dirigées contre les facteurs de risque qu'elle ont en commun, à savoir le tabagisme, une mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage abusif de l'alcool.

Ces maladies ont de graves répercussions socio-économiques en termes de coût, de soins de santé et de productivité nationale sur les individus, les familles et les communautés. L'analyse de la situation montre qu'elles constituent un frein au développement humain et socio-économique car elles représentent une cause importante de morbidité et de mortalité précoce au sein de la classe active, d'incapacités, d'infirmités, de réduction de la productivité nationale s'expliquant par l'absentéisme voire abandon du travail, de retard scolaire, de coût élevé des soins, de dépendance sociale de malades handicapés avec un accroissement de la pauvreté dans les ménages et réduction du budget et des soins disponibles pour les autres maladies curables.

Les causes ou facteurs favorisant de ces multiples affections sont souvent dus aux comportements socioculturels (abus d'alcool, tabagisme,...), à l'ignorance, à la pauvreté, à une méconnaissance de meilleures pratiques alimentaires, à la sédentarité, à l'usage abusif de certaines substances comme le sel, le sucre, les drogues etc. et au système de santé existant qui n'est pas assez outillé pour la prise en charge.

Au Burundi, la population fait face à de nombreux problèmes de santé liés aux maladies transmissibles et non transmissibles qui affectent leur état de santé et qui sont de véritables problèmes de santé publique. L'un des objectifs du PNDS en cours est de réduire la charge due aux maladies transmissibles et non transmissibles.

Les maladies transmissibles sont pour la plupart connues et des programmes de contrôle sont opérationnels.

Les MCNT n'ont pas assez bénéficié de l'attention qu'ils méritaient dans notre pays alors qu'elles ne cessent de faire des dégâts au sein de la population.

Face à cette situation, le Ministère de la Santé Publique et de Lutte Contre le Sida, conscient du poids économique et social que constituent ces affections, a mis en place en janvier 2009, un Programme National Intégré de Lutte Contre les Maladies Chroniques non Transmissibles : PNIL MCNT.

Ce programme, avec l'appui de ses partenaires, contribue à la prévention et à la prise en charge correcte des maladies chroniques non transmissibles.

Le présent plan stratégique national de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles a pour but d'apporter des orientations de coordination et de gestion sur tout le territoire national en définissant des stratégies efficaces et sûres pour le contrôle des MCNT.

## I. GENERALITES

### I.1. PROFIL DU PAYS

#### I.1.1. Situation géographique

Le Burundi est un pays montagneux et enclavé, situé en Afrique centrale au Nord-Est du Lac Tanganyika, il fait partie du groupe des pays dits des « Grands Lacs » et, depuis 2009, fait partie intégrante de la Communauté Est Africaine. Il est limité au Nord par le Rwanda, à l'Est et au Sud par la Tanzanie et à l'Ouest par la République Démocratique du Congo(RDC). Sa superficie est de 27 834 km<sup>2</sup> incluant la surface des eaux territoriales. Une grande partie est occupée par les hauts plateaux dominés par la crête Congo-Nil vers l'Ouest et le reste par les lacs, la plaine de l'Imbo et la dépression de l'Est. Le pays est situé entre 2°45 et 4°26 de latitude Sud et, 28°50 et 30°53 de longitude Est.

Son climat est tropical avec deux grandes saisons, une saison pluvieuse s'étendant plus ou moins sur une période de 9 mois et une saison sèche de 3 mois allant de juin à fin Août.

Sur le plan relief, le pays présente trois ensembles topographiques :

- les plaines et les dépressions périphériques qui font les zones de basse altitude entre 760 et 1400 mètres ;

- les plateaux centraux entre 1400 et 2000 mètres ;
- la Crête du Congo Nil culminant à une altitude de 2670 mètres (Mt HEHA).

### I.1.2. Situation démographique

La population burundaise est estimée à 8.511.618 habitants pour l'année 2010<sup>1</sup>. Près de 90,3% de cette population vit en zone rurale. La densité de la population est de 280 habitants au km<sup>2</sup>, ce qui classe le Burundi parmi les pays d'Afrique les plus densément peuplés. Sa croissance démographique est estimée à 2,9% et l'espérance de vie à la naissance à 51,4 ans<sup>2</sup>. La distribution par âge reproduit les caractéristiques communes aux pays en voie de développement, résultant d'une fécondité et d'une mortalité élevée. Le taux de fertilité est estimé à 6,8 naissances par femme. La distribution par âge de la population montre que les moins de 15 ans représentent 45,9% de la population, tandis que les 65 ans et plus ne représentent que 2,4%<sup>3</sup>

### I.1.3. Situation socio-économique

L'économie burundaise est largement basée sur les ressources agricoles et 56% du PIB est issu du secteur primaire. Le Produit Intérieur Brut (PIB) par tête d'habitant est de 403 dollars US en 2010. Le Revenu National Brut (RNB) par habitant est de 401,6 dollars US. L'Indice de Développement Humain (IDH) est de 0,282 et l'IDH ajusté aux inégalités est de 0,177 en 2010 classant le Burundi au 166<sup>ème</sup> rang sur 169 pays disposant de données comparables. Le taux brut de scolarisation est de 49% (UNDP, rapport mondial sur le développement humain 2010). Les autres indicateurs socio-économiques relevés dans diverses enquêtes présentent les caractéristiques suivantes :

- Le taux de mortalité périnatale : 28,7/1000 naissances vivantes (source PNSR 2009)
- Le taux de mortalité néonatale : 7,2/1000 naissances vivantes (source PNSR 2009)
- Le taux de mortalité maternelle : 116/100.000 naissances vivantes (PNSR 2009)
- Le taux d'accouchement en milieu de soins : 56,3% (source PNSR 2009)
- Taux de couverture contraceptive : 14% en 2009 (source PNSR)

---

<sup>1</sup> Recensement général de la population 2008, ISTEEBU, Rapport provisoire

<sup>2</sup> UNDP. Rapport mondial sur le développement humain 2010.

<sup>3</sup> UNDP. Rapport mondial sur le développement humain 2007-2008

## **I.2. Organisation et Gestion du Système national de Santé**

Le système de santé du Burundi est organisé sous forme pyramidale et il s'articule sur 3 niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. Toutefois le secteur privé n'est pas bien intégré dans le système national de santé de même que la médecine traditionnelle. Ces niveaux sont reliés entre eux par des relations de fonctionnement hiérarchique.

### ***I.2.1 Cadre Organisationnel et institutionnel***

#### **a) Le niveau central**

Le niveau central regroupe le Cabinet du ministre, une Inspection Générale de la Santé, deux Directions Générales, les institutions personnalisées, 6 départements, 8 programmes de santé et les services connexes.

En raison de la fusion des deux ministères (Santé Publique et lutte contre le Sida), un nouvel organigramme s'impose afin d'intégrer la lutte contre le Sida dans le secteur de la santé. Les deux réformes préconisent la création d'un secrétariat permanent, direction générale de planification et un programme national intégré de lutte contre le VIH/SIDA.

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. Toutefois, il souffre du manque de ressources pour assurer la planification, la coordination et la régulation.

#### ***b) Le niveau intermédiaire***

Le niveau intermédiaire est composé de 17 bureaux provinciaux de santé (BPS). Les BPS sont chargés de la coordination de toutes les activités sanitaires de la province, de l'appui aux districts sanitaires et s'assurent de la bonne collaboration intersectorielle.

#### ***c) Le niveau périphérique***

Le niveau périphérique est composé de 45 districts de santé couvrant 38 hôpitaux et 685 centres de santé répartis sur les 129 communes du pays. Ce niveau couvre 2 à 3 communes.

### *1.2.2. Organisation du réseau des soins.*

- **Disponibilité**

Le fonctionnement du réseau des soins s'articule autour de trois niveaux : niveau de base, niveau de première référence et le niveau de référence nationale. Un paquet minimum d'activité est défini pour chaque niveau couvrant les soins curatifs, préventifs et promotionnels et réadaptationnels.

- **Le niveau périphérique**

Le district de santé constitue l'unité opérationnelle du système de soins. Il regroupe le niveau communautaire, les centres de santé (CDS) et l'hôpital de district qui est l'hôpital de première référence. La participation communautaire qui est impliquée dans le système de soins à travers la gestion des centres de santé par la mise en place des comités de santé et de gestion des CDS. Il est représenté également par les relais communautaires qui assurent l'interface entre le centre de santé et la communauté à travers les messages de sensibilisation divers.

Le centre de santé est la porte d'entrée du système de soins. Il existe 407 CDS publics, 101 CDS agréés et 177 privés (annuaire statistique 2009). Chaque centre de santé doit offrir un paquet minimum d'activités (PMA) comprenant les services de consultations curatives, de consultations préventives des enfants et des femmes enceintes, de laboratoire, de pharmacie, de promotion de la santé et éducation pour la santé ainsi que l'observation dans les services d'hospitalisation. Les actes techniques qui peuvent être posés sont notamment les accouchements, la petite chirurgie et les soins infirmiers. Néanmoins, le PMA n'est pas toujours rempli dans certains centres de santé notamment la prise en charge, le dépistage et la prévention contre les maladies chroniques. En effet, 45% des centres de santé n'offrent qu'un PMA partiel soit par manque de personnel, de locaux ou d'équipements.

Selon les normes sanitaires du MSPLS chaque hôpital de district (HD) offre les services de consultations externes(CE), d'urgences, d'hospitalisation, de techniques spécialisées, de diagnostic et d'appui.

Selon les normes sanitaires, les services de CE à l'hôpital de district reçoivent seulement les nouveaux cas qui ont été référés par le centre de santé. Il existe 38 hôpitaux publics, 11 agréés et 9 privés. Sur le terrain, ce circuit du patient n'est pas respecté. Ainsi, les HDS offrent à la fois le paquet minimum d'activité et le paquet complémentaire qui est parfois incomplet. Ceci entraîne une forte utilisation des services des hôpitaux et une sous utilisation de ceux des centres de santé. Malgré cette subdivision qui vise à rapprocher les soins à la population, 9 districts sur 45 n'ont pas d'hôpitaux. Même ceux qui en



ont, le PCA n'est pas parfois complètement assuré. Certains hôpitaux ne sont suffisamment pas équipés pour servir comme hôpitaux de référence.

- **La deuxième référence**

Les hôpitaux de deuxième référence sont au niveau de certaines provinces qui répondent plus ou moins aux paquets d'activités des hôpitaux dits régionaux. Ceux-ci complètent le paquet d'activités en offrant certains des soins spécialisés. Ce niveau manque de cadre juridique de fonctionnement et même son paquet de soins n'est défini.

- **Le niveau tertiaire (3ème référence)**

La référence nationale est constituée par des hôpitaux spécialisés qui offrent des soins qui ne peuvent pas être trouvés aux autres niveaux comme les traitements et les examens plus poussés. C'est notamment le centre hospitalo-universitaire de Kamenge (CHUK), l'hôpital Prince Régent Charles (HPRC), l'Hôpital Militaire de Kamenge (HMK), la Clinique Prince Louis Rwagasore (CPLR) auxquels s'ajoutent les centres hospitaliers spécialisés comme le Centre Neuropsychiatrique de Kamenge (CNPK), Centre National de prise en charge de la tuberculose multi résistante (ex- Sanatorium de Kibumbu), le Centre National d'Appareillage et de Réadaptation (CNAR) à Gitega.

Le circuit du malade n'est pas bien structuré car tous les hôpitaux assurent tous les paquets sans distinction. Faute d'avoir des hôpitaux de district en mairie de Bujumbura, les malades ont tendance à court circuiter le niveau CDS pour se rendre directement au niveau des hôpitaux nationaux, obligeant ces derniers à offrir le PMA.

### **I.3. Accès aux services de santé**

L'accès aux services de santé est généralement défini par ses aspects physiques, financiers et culturels.

En matière d'accessibilité géographique, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida a initié certaines réformes structurelles pour améliorer l'accessibilité des soins du point de vue géographique en mettant en place des districts sanitaires. L'accessibilité géographique devient satisfaisante puisque la population en général peut accéder à un centre de santé à moins de 5 km de distance, quoiqu'il existe des disparités géographiques surtout en faveur des centres urbains.

Pour financer leurs dépenses de santé, la majorité des ménages burundais a recours au paiement direct des soins. Avec un faible pouvoir d'achat de la population, ce mode de paiement limite l'accès aux soins. Pour palier à ce problème le gouvernement avait mis en place une carte d'assurance maladie (CAM) en 1984. Toutefois cette carte n'est utilisée que dans certaines formations sanitaires publiques et agréées car les créances y relatives sont difficilement et tardivement remboursées<sup>4</sup>. Pour les fonctionnaires de l'Etat, une mutuelle de la fonction publique couvre leur soins à hauteur de 80%, la contre partie étant payée directement par les bénéficiaires. Cependant les assurances privées, les mutuelles communautaires ainsi que les initiatives des personnes vivant avec le VIH/Sida existent mais ne couvrent pas tout le pays. En vue d'accroître l'accès aux soins de certaines catégories des personnes vulnérables, le gouvernement burundais a décidé en mai 2006 de mettre en place la politique de gratuité des soins au bénéfice des enfants âgés de moins de 5 ans et des femmes enceintes pendant leur accouchement dans les formations sanitaires publiques et assimilées. Cette mesure a été étendue, en 2009, sur toute la période de grossesse jusqu'aux soins du post partum. En Avril 2010, lors du passage à l'échelle du FBP, le gouvernement a décidé de subventionner la gratuité des soins à travers le FBP. Il a aussi été initié en 2010, par le gouvernement, la mesure de gratuité des médicaments antipaludiques de première ligne en l'occurrence la combinaison fixe d'Artésunate +Amodiaquine.

Certains Burundais restent encore sous le poids de la tradition fataliste et préfèrent aller chez les guérisseurs, au lieu de faire recours à la médecine moderne<sup>5</sup>. Alors que d'autres font recours aux groupes de prières et estiment y trouver satisfaction à leur problème de santé. Malgré la gratuité des soins accordés par la mesure présidentielle, certaines mères préfèrent accoucher à domicile avec les inconvénients inhérents à cette pratique.

Certaines barrières culturelles bloquent le recours aux services de santé. Elles empêchent également la prise en charge précoce du malade, surtout pour les groupes vulnérables comme les Batwa. Ces derniers, n'ayant pas facilement accès ni à l'information ni à l'instruction, mettent souvent la maladie sur le compte de faits surnaturels ou de la sorcellerie. Il en est de même pour certaines personnes, qui, de peur d'être discriminées, ont recours aux soins de santé dans une structure de soins loin de chez elles. Il s'agit par exemple des personnes ayant subi les violences sexuelles, les personnes vivant avec le VIH/Sida, adeptes de certaines religions qui sont contre l'utilisation des méthodes contraceptives, etc<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Idem

<sup>5</sup> Etude des aspects sociaux du projet d'appui au développement du secteur de la sante au Burundi

<sup>6</sup> Etude des aspects sociaux dans le secteur santé

#### **I.4. Offre des soins de santé**

L'offre des soins de santé est caractérisée par trois composantes principales à savoir la permanence de l'offre, la globalité des soins et l'approche de l'offre intégrée.

D'une manière générale les formations sanitaires publiques semblent mieux observer les bonnes pratiques relatives à la permanence de l'offre des soins. Cependant l'insuffisance du personnel et d'équipement handicape la permanence de l'offre. Les soins sont généralement offerts tous les jours, 24 heures sur 24 avec des services de garde organisés en fonction des besoins. Toutefois l'absence de logement du personnel perturbe l'offre des soins et il existe des disparités entre les provinces.

## **II. ANALYSE DE LA SITUATION**

### **II.1. SITUATION ACTUELLE DES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES.**

Selon le rapport de l'OMS en 2009, la mortalité liée aux maladies chroniques non transmissibles était estimée à 65% des 35 millions de décès annuels (mortalité mondiale).

Seulement 20% de ces décès dus aux MCNT se produisent dans les pays à revenus élevés tandis que 80% surviennent dans les pays à revenus faibles et intermédiaires dans lesquels vit la majeure partie de la population mondiale. Si rien n'est fait d'ici 2015 sur 64 millions de personnes qui décèderont, 41 millions seraient dues aux maladies chroniques non transmissibles.

Au Burundi, les données statistiques provenant des supports du système d'information sanitaire (SIS) ne permettent pas à l'heure actuelle de disposer d'informations fiables sur les MCNT.

Les données ci-dessous sont le fruit de quelques études et enquêtes réalisées sur de petits échantillons. Elles ne peuvent être extrapolées à l'ensemble du pays mais peuvent nous donner une idée sur l'ampleur du problème.

#### **II.1.a. Le diabète**

Le diabète est une maladie chronique caractérisée par une hyperglycémie persistante qui nécessite un traitement à vie et résulte d'une sécrétion insuffisante d'insuline par le pancréas ou d'une utilisation inefficace par l'organisme de l'insuline produite.

Dans tous les pays du monde, le diabète sucré, du fait de sa prévalence sans cesse croissante et de l'importante morbidité qui lui est associée, est devenu un véritable problème de santé publique.

Le diabète est aussi meurtrier que le VIH/Sida (5 millions de décès annuels). En effet, sa prévalence en Afrique a pratiquement doublé au cours des 15 dernières années pour atteindre plus de 12 millions de cas en 2010, d'après FID. Selon l'OMS, dans les pays développés (Amérique du nord, Europe, Australie), le nombre de personnes diabétiques s'est accru de 45% contre 92% observés en Afrique. Le diabète est à l'origine de 60% des amputations dans les pays en voie de développement (1 amputation toutes les 6 secondes dans le monde). Outre les maladies du pied, le diabète peut entraîner une cécité, des maladies cardiaques (infarctus du myocarde : la première cause de décès au monde), une insuffisance rénale, une perte de sensation dans les membres, une hypertension artérielle et des accidents vasculaires cérébraux.

Au Burundi, cette maladie prend actuellement une allure inquiétante. En effet les études faites rapportent que le diabète est la 3<sup>ème</sup> cause d'hospitalisation au Centre Hospitalo-universitaire de Kamenge (Thèse de Médecine, 2007) et 30% des amputations des membres inférieures sont liées au diabète (étude faite à l'hôpital Prince Régent Charles ,2006).

La maladie est également présente sur tout le territoire national. Certaines sociétés industrielles de la ville de Bujumbura connaissent en 2003 une prévalence de 7% au sein de leur personnel. La prévalence élevée du diabète dans la ville de Bujumbura est également illustrée par les chiffres obtenus en 2007 dans la commune Buyenzi (14.5%). En 2010, un dépistage du diabète réalisé par les étudiants finalistes en médecine a révélé un taux de 12% dans la ville de Ngozi.

Nous pensons que ces chiffres peuvent même être en deçà de la réalité puisque certains pays africains enregistrent dans leur enquête STEPS une prévalence de 20%.

Les résultats dégagés de ces études révèlent que la prise en charge précoce et globale du diabète n'est pas intégrée à tous les niveaux du système de soins. En effet, la population étant peu informée sur la maladie, les patients se présentent dans les structures de soins au stade des complications. Ailleurs, le coût élevé des médicaments anti diabétiques ainsi que les contraintes qu'impose le régime alimentaire limitent le recours aux soins et détériorent l'état de santé des malades diabétiques.

### **II.1.b. L'hypertension artérielle.**

Au Burundi, l' H.T.A est en général associé au diabète dans 30% des cas d'après une étude réalisée au CHUK en 2006. Cette dernière a montré que les complications dégénératives sont très fréquentes (73.17%) chez les hypertendus diabétiques. Elles sont surtout dominées par les complications rénales comme l'insuffisance rénale chronique dont la prise en charge est très onéreuse.

Les études épidémiologiques concernant le couple HTA-Diabète montrent une prévalence plus élevée de l'HTA chez les diabétiques que chez les non diabétiques (Thèse de Médecine, 2004). Cette

association est retrouvée dans plus de 50% chez les diabétiques de plus de 40 ans. L'absence d'intégration et l'insuffisance de compétence du personnel de santé à tous les niveaux de soins rendent précaire la prise en charge de l'HTA. Les gens ne consultent pas le plus tôt et par conséquent les complications trouvent du temps pour s'installer.

### II.1.c. Cancer

Une analyse de la situation épidémiologique du cancer au Burundi n'est pas bien élucidée. Cependant bien que les données relatives à l'ampleur et aux caractéristiques du cancer dans notre pays soient insuffisantes et obsolètes, certaines études disponibles laissent apparaître que cette pathologie existe dans des proportions méconnues.

Le cancer constitue un sérieux problème de santé publique au Burundi où un total de 4135 patients ont été confirmés dans une observation réalisée au seul laboratoire d'anatomopathologie du pays (CHUK) sur 30 ans (de 1978 à 2008). L'âge moyen des malades était de 41.3 ans chez la femme et de 48.5 ans chez l'homme. Lors de son 3<sup>ème</sup> congrès (2009), l'association burundaise de chirurgie a donné un âge moyen de 46.97 ans.

L'homme et la femme sont tous atteints avec 1.08 de sex-ratio, mais la femme en souffre avant 45 ans (50% contre 35% pour les hommes). Ces cas proviennent de toutes les provinces du pays, principalement de Bujumbura, Muyinga, Ngozi et Gitega. Le taux de détection était de 202 cas entre 1988 et 1992 dans ce laboratoire(CHUK).

En 2009, l'hôpital de Ngozi, de Gitega et de Bururi enregistrent respectivement une prévalence de 3.02%, 2.6% et 1.4% chez les hospitalisés.

La prise en charge et la prévention contre les facteurs de risque de cancer ne sont pas suffisamment documentées dans notre pays. Les difficultés sont de plusieurs ordres :

- les dénominations du cancer dans notre langue « Kirundi » sont diverses ;
- affection peu connue dans notre pays au sein de la population, ce qui conduit à des consultations erronées chez des tradipraticiens,
- des méthodes de traitement insuffisantes et peu efficaces.

A ces difficultés, il faut ajouter les obstacles qui empêchent le diagnostic précoce de la maladie :

- l'évolution silencieuse de la pathologie ;
- l'absence totale d'une éducation sanitaire active de masse et du personnel de santé contre le cancer ;
- l'insuffisance des spécialistes cliniciens et surtout pour le diagnostic anatomopathologique ;

- l'inexistence du registre de cancer ;
- Non intégration des cancers dans le système national d'information sanitaire
- L'absence des centres spécialisés dans le traitement des cancers.

#### **II.1.d. Les maladies non transmissibles et des traumatismes**

Quoique ne disposant pas d'informations fiables, des données hospitalières éparses évoquent une importance croissante des maladies non transmissibles et des traumatismes. Certains facteurs de risque comportementaux (tabagisme, alcoolisme, inactivité physique, hypertension artérielle, diabète, accidents de circulation, déficiences mentales..), environnementaux (les cancers,...) et génétiques (drépanocytose, etc...) connus, incriminés dans la survenue de ces maladies, sont présents dans la population burundaise. La plupart de ces maladies sont contrôlables par des mesures préventives.

#### **II.2. Le poids des facteurs de risque**

Les dégâts causés par les maladies chroniques trouvent leur origine dans les facteurs favorisants. Les principaux facteurs à l'échelle mondiale sont l'abus de l'alcool, le surpoids et l'obésité, l'élévation de la pression sanguine, la consommation du tabac, l'augmentation du cholestérol total, une faible consommation de fruits et de légumes, l'inactivité physique et l'hyperglycémie. L'exposition à ces facteurs explique environ 80% des décès dus à des maladies cardiaques et à des accidents vasculaires cérébraux.

Au Burundi, le poids de ces facteurs est mal connu et sous évalué faute de données complètes. Une enquête STEPS prévue dans la période de ce plan stratégique pourra nous éclairer sur la responsabilité de ces facteurs pour les différentes maladies chroniques.

##### ***a) Tabagisme***

Dans le monde, la cigarette est responsable de plus de 90% des cancers du poumon chez l'homme et environ 70% des cancers chez la femme. La fraction attribuable aux maladies respiratoires chroniques et aux maladies cardiovasculaires est respectivement de l'ordre de 71% et 22%. On estime que le tabagisme est annuellement responsable d'environ 8.8% des décès soit 5 millions de morts par an dans le monde.

Au Burundi, l'information réelle sur le nombre de fumeurs n'est pas disponible. Cependant quelques études parcellaires effectuées font remarquer une forte augmentation des fumeurs dans la catégorie des jeunes. La prévalence du tabagisme a été de 12.4% dans les écoles secondaires de Bujumbura Mairie, de 14.6% à l'Université du Burundi et de 23.6% dans les entreprises COTEBU et BRARUDI respectivement en 2001, 2003, 2005 (Thèse de Doctorat en Médecine au CHUK).

Des mesures pour réduire le nombre de fumeurs et protéger les non fumeurs ont été envisagées. Ainsi une loi portant réglementation de la production, de la commercialisation du tabac et des produits dérivés du tabac a été élaborée et soumise, pour analyse, dans les services juridiques pour enfin être soumis au parlement. La promulgation de cette loi constitue un préalable incontournable pour la mise en application des clauses de la convention cadre de l'OMS pour la lutte anti tabac.

### ***b) L'inactivité physique***

On estime que l'inactivité physique est la cause de 1.9 millions de décès annuels et de 19 millions d'années de vie en bonne santé perdues. Ce mode de vie est responsable d'environ 14% des cancers du sein, du colon, du rectum et du diabète type II, ainsi que 22% des maladies ischémiques cardiaques.

### ***c) Le surpoids et l'obésité***

En 2000, environ 58% de diabète type II, 21% des maladies ischémiques cardiaques et 25% de certains cancers étaient attribués au surpoids en mairie de Bujumbura (Etude de thèse en médecine).

### ***d) la consommation abusive d'alcool***

La mesure de la consommation alcoolique est exprimée en boisson ou verre standard qui correspond à une quantité de boisson alcoolisée contenant 13-16 grammes d'éthanol (cours de thérapeutique en 4<sup>ème</sup> année de médecine).

La charge de morbidité imputable à l'usage abusif de l'alcool est importante aussi au Burundi. La tendance à la mondialisation et les accords commerciaux internationaux comme le libre commerce au sein de l'EAC favorisent grandement la disponibilité de toute sorte d'alcool et le rendent très abordable pour le consommateur de notre région.

L'alcool consommé dans les pays africains provient à la fois des boissons fabriquées à domicile et des boissons industrielles. En effet, les boissons industrielles tendent à être consommées en même temps que les boissons fabriquées à domicile, plutôt qu'à les remplacer, ce qui accroît les quantités totales d'alcool absorbées.

Notre pays connaît une forte prévalence de consommation et de dépendance à l'alcool chez les jeunes et dans la population générale. Sur un effectif de 2872 enfants (scolarisés et non) interrogés lors

d'une enquête effectuée dans le pays en 2008, les enfants (de 6 à 18ans) buveurs sont à 35%, dont 25% l'ont commencé avant 13 ans et 12% en sont dépendants vu que 18% commencent à boire avant 5 ans. Les enfants qui n'ont pas encore goûté à l'alcool sont à 22%.

#### ***e) la pression sanguine élevée***

Les principaux facteurs modifiables en cause dans la pression sanguine élevée sont la consommation excessive de sel et l'alcool, le manque d'exercice physique régulier et l'obésité.

Globalement, 62% des maladies cérébro-vasculaires et 49% des maladies cardiaques ischémiques sont attribuables à des pressions sanguines élevées.

#### ***f) Les accidents de la voie publique***

On estime qu'ils sont à l'origine d'environ 1.2 millions de décès survenus dans le monde en 2000. Plus de 90% de décès surviennent dans les pays à moyen et faibles revenus où les taux de mortalité qui sont respectivement de 23 pour 100 000 habitants sont approximativement le double des pays développés (12 pour 100 000).

#### ***g) La pollution de l'environnement***

Le dioxyde de carbone concentré dans l'air fait accumuler de l'ozone, gaz nocif pour la vie. En effet, l'ozone troposphérique (de 0 à 11 km de la surface terrestre) réduit la croissance végétale et occasionne diverses pathologies respiratoires chroniques chez l'homme. Aussi la pollution des aliments et des eaux par les pesticides et produits chimiques employés dans l'agriculture empoisonnent définitivement le corps humain.

Enfin, ces dernières années de modernisation dans le domaine de la télécommunication, les radiations électromagnétiques (ondes de téléphonies et d'antennes de relais) sont de plus en plus incriminées dans l'accroissement des cas de cancers.

#### ***h) la faible consommation de fruits et légumes***

On estime qu'elle est à l'origine d'environ 5.3 millions de décès par an. Elle serait responsable d'environ 19% des cancers gastro intestinaux, environ 31% des maladies ischémiques cardiaques.

La faible consommation de fruits et légumes est responsable d'environ 85% des maladies cardiovasculaires et de 15% des cancers.



Le présent plan stratégique concernera au départ les facteurs de risque ayant une forte influence sur la prévalence et la charge du diabète, de l'hypertension artérielle, du cancer, de l'asthme (le tabagisme, la consommation abusive d'alcool et la pollution de l'environnement et la sédentarité).

### **II.3. Organisation de la prévention des MCNT**

Plus préoccupant sont les effets de la transition nutritionnelle rapide et de la sédentarité croissante dans les villes en développement où les cas de maladies cardio-vasculaires et de cancers ne cessent de croître, de même l'obésité et le diabète de type II. Il y a aujourd'hui beaucoup plus de personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, de cancers, de diabète ou d'affections respiratoires chroniques dans les pays en développement que dans les pays développés.

Les maladies chroniques non transmissibles constituent l'un des motifs de consultation de routine et d'hospitalisation dans les formations sanitaires du Burundi. Il n'existe pas de politique, normes et procédures pour la prise en charge de leurs complications aiguës.

La prévention, le diagnostic et le traitement se heurtent à des ressources et équipements insuffisants et inappropriés. Toutefois, des initiatives de sensibilisation et de prise en charge sont en cours en partenariat avec certaines associations : ALUDIA, APREPRIDIA, APDCOBU, APRIDIA, ASD, ABCC, ABULUTA, APSA, etc.

### ***II.4. Organisation de la Prise en Charge Curative des MCNT***

Dans tous les pays, les maladies chroniques ont d'énormes répercussions sur la demande de service de santé. Les coûts élevés du traitement, la perte de productivité et les décès prématurés sont autant de facteurs qui grèvent l'économie.

Dans la plupart des cas le diabète est reconnu au stade d'acidose avec ou sans coma. Il est aussi diagnostiqué à la suite de complications infectieuses.

Les complications des MCNT sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité importante en l'absence de traitement approprié et précoce.

La prise en charge correcte des malades pose d'énormes problèmes:

- Un retard de diagnostic,
- l'insuffisance/absence du plateau technique dans les structures sanitaires pour poser un diagnostic précoce
- Les connaissances du personnel soignant limitées et non mises à jour,
- Le problème d'accessibilité aux médicaments contre les MCNT: Rupture fréquente de stock, coût élevé voir inexistence des médicaments.

Dans l'ensemble, sur le plan institutionnel et celui des interventions de lutte contre les MCNT, l'analyse situationnelle a dégagé les forces, faiblesses, opportunités et menaces du PNILMCNT et sont résumées dans le tableau ci-après :

Forces	Faiblesses	opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> <li>-existence d'un programme fonctionnel</li> <li>- Présence d'un personnel compétent et qualifié</li> <li>- Répartition des tâches au sein des différentes unités</li> <li>-Budget alloué au fonctionnement du programme</li> <li>- Implication de la société civile : associations de lutte contre les MCNT</li> <li>-Existence des documents clés rimés avec le PNDSII: plan stratégique 2011-2015, plans d'action opérationnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manque de partenariat pour l'appui technique et financier</li> <li>- insuffisance d'infrastructure et équipement bureautique et véhicule de fonctionnement,</li> <li>-Absence d'intégration effective du programme au niveau intermédiaire et périphérique</li> <li>-Absence de promulgation de la loi réglementant la commercialisation et la consommation du tabac</li> <li>-Peu d'information sur les MCNT au niveau de la population</li> <li>-Absence d'outils de collecte de données de certaines MCNT au niveau intermédiaire et périphérique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Echanges d'expérience et de compétences avec les autres pays (conférence internationale et nationale sur les MCNT, ateliers de formations)</li> <li>- Engagement du gouvernement dans les MCNT</li> <li>- Prise en compte des MCNT au niveau mondial,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instabilité des responsables techniques au sein du programme</li> <li>- Absence de politique nationale de lutte contre les MCNT</li> <li>- Crise financière mondiale,</li> <li>- MCNT = épidémie du 21 ème siècle,</li> <li>- Cherté des médicaments contre les MCNT (Coût élevé des médicaments)</li> </ul>

### III. VISION, BUT ET OBJECTIFS DU PROGRAMME

#### III.1. Vision :

D'ici 2030, les maladies chroniques ne seront plus un problème de santé publique.

#### III.2. But

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population à travers une lutte intégrée contre les maladies chroniques non transmissibles d'ici 2015.

#### III.3. Objectif Général

Réduire la charge de morbi-mortalité due aux maladies chroniques d'ici 2015.

N.B : - L'enquête STEPS permettra de fournir les données de base sur les facteurs de risque des MCNT

#### III.3. Objectifs spécifiques

- a. *Promouvoir des modes de vie sains pour réduire les facteurs de risque au sein de la population burundaise :*
  - réduire de 30% le pourcentage de consommateurs abusifs d'alcool.*
  - réduire de 30% le pourcentage de personnes qui ont un surpoids/obésité.*
- b. *Renforcer les capacités de tous les intervenants en matière de prévention et de contrôle des MCNT (services de santé, ONG, autres secteurs concernés).*
- c. *Assurer et améliorer la détection précoce et la prise en charge efficace des personnes affectées par les MCNT*
- d. *Promouvoir la recherche opérationnelle sur les MCNT*

### IV. AXES PRIORITAIRES D'INTERVENTION

Tenant compte de l'ampleur inquiétante des maladies chroniques, le présent plan stratégique a proposé des axes stratégiques prioritaires. Ces axes s'alignent derrière les recommandations de l'OMS et sont formulés ainsi :

- Axe stratégique 1 : renforcement du cadre institutionnel, réglementaire et législatif,

- Axe stratégique 2 : prévention des MCNT et de ses facteurs de risque à travers l'information, éducation, communication pour le changement de comportement,
- Axe stratégique 3 : prise en charge intégrée des MCNT dans les soins de santé de base,
- Axe stratégique 4 : renforcement des capacités et compétences des acteurs ;
- Axe stratégique 5 : renforcement du partenariat et de la coordination;
- Axe stratégique 6 : appui à la formation, recherche opérationnelle.

## V. INTERVENTIONS

### ► Axe stratégique 1 : Renforcement du cadre institutionnel, réglementaire et législatif

#### Contexte spécifique

Le PNILMCNT, mis en place en janvier 2009 et logé dans les enceintes du MSPLS, est la référence nationale pour toutes les activités en rapport avec le diabète, l'hypertension artérielle, les cancers et les broncho pneumopathies chroniques sur tout le territoire national.

Elle est structurée en 5 unités à la charge des volets : prévention des MCNT et de ses facteurs de risque, dépistage et diagnostic précoce des MCNT et de leurs complications, prise en charge, suivi-évaluation et administration et gestion des ressources matérielles et financières.

Les ressources financières du programme sont constituées par les dotations budgétaires de l'Etat et par les dotations accordées par la coopération bilatérale (HI) et internationale(OMS).

L'infrastructure technique du programme nécessite d'être renforcée pour répondre aux exigences de gestion du programme (3 bureaux pour un effectif de 15 membres constituant le personnel).

L'infrastructure informatique est aussi déficitaire. En effet, 2 ordinateurs sont seulement disponibles pour une équipe de 15 personnes, ce qui occasionne un retard dans le traitement des dossiers.

Certains facteurs de risque des MCNT (tabac, alcool,) constituent une menace vers l'évolution des MCNT dans toutes les tranches d'âge et dans toutes les couches sociales de la population. Des mesures législatives réglementant la consommation et la commercialisation des produits incriminés dans le développement des MCNT seraient une réponse pour réduire la prévalence de ces pathologies. La loi anti tabac a été élaborée mais il est difficile d'appréhender toutes ses dispositions et donc de s'y conformer car elle n'est pas encore adoptée.

### **Problèmes prioritaires :**

- La loi portant réglementation et commercialisation des produits du tabac n'est pas encore adoptée.
- Le PNILMCNT, en tant que nouveau programme, le budget qui lui est alloué pour son fonctionnement est insuffisant pour les besoins en infrastructures, matériel informatique et véhicules de fonctionnement.

### **Objectifs spécifiques**

- Rendre disponible les textes législatifs et réglementaires sur la loi antitabac et la consommation d'alcool,
- Renforcer les capacités managériales et institutionnelles PNILMCNT

### **Activités à mener pour chaque objectif**

*OS1 : Rendre disponible les textes législatifs et réglementaires sur la loi antitabac et la consommation d'alcool.*

- Assurer le suivi du draft de la loi portant réglementation et commercialisation des produits du tabac
- Elaborer et adopter la loi sur la fabrication, la commercialisation et consommation d'alcool,
- Mettre en place et faire fonctionner un comité consultatif multisectoriel chargé du suivi de la mise en œuvre des lois,
- Réhabiliter et rendre fonctionnel les espaces non fumeurs.

- *OS2 : Renforcer les capacités managériales et institutionnelles PNILMCNT*

### **Activités à mener :**

- Doter le PNILMCNT des bureaux de travail équipés,
- doter le PNILMCNT des véhicules de fonctionnement
- équiper le PNILMCNT d'un matériel informatique suffisant : 3 ordinateurs portables, 5 ordinateurs de table avec imprimantes et autres accessoires, LCD
- mettre en place une connexion internet fonctionnelle,
- mettre en place un organigramme et des textes officiels mettant en place les responsables des services pour la mise en œuvre des interventions du programme,
- rendre disponible une armoire pour le rangement des dossiers du personnel,

- Assurer le conditionnement favorable des bureaux du programme (climatisation, ligne téléphonique)
- augmenter de 100% le budget de fonctionnement du PNILMCNT pour les interventions de lutte contre les MCNT,

► **Axe stratégique 2 : prévention des MCNT et de ses facteurs de risque à travers l'information, éducation, communication pour le changement de comportement,**

***Contexte spécifique***

Les maladies chroniques non transmissibles constituent une cause importante de morbidité et de mortalité, d'incapacités, d'infirmités diverses, d'absentéisme au travail et de retard scolaire. Les facteurs de risque sont à l'origine des maux causés par ces maladies chroniques. Les messages de sensibilisation pour l'adoption des modes de vie sains ne sont pas à la portée de toute la population. Il s'agira, au cours de ce plan stratégique, d'élaborer un module de communication avec des messages clairs de sensibilisation et d'information sur ces facteurs de risque. Les interventions de prévention se feront en synergie avec tous les acteurs de la santé (les prestataires de soins, les associations, la communauté). Les éléments de la prévention seront incorporés dans les activités des ASC, des TPS lors des séances d'EPS dans les formations sanitaires. Il s'agira de renforcer la collaboration avec le service IEC et les associations pour l'accroissement de la couverture du pays en mesures de prévention.

***Problèmes prioritaires :***

Les MCNT ne sont bien connues

Les facteurs de risque ne sont pas bien élucidés

La sensibilisation sur les moyens de prévention n'est pas réalisée à grande échelle (à toute la population et avec les moyens accessibles et acceptables).

***Objectifs spécifiques :***

Sensibiliser les communautés sur les facteurs de risque et les moyens de prévention.

***Activités à mener :***

- organiser un atelier d'information et de sensibilisation des ministères publics et secteur privé sur l'ampleur des MCNT et leurs méfaits,

- organiser des événements spéciaux (Journée mondiale de lutte : contre le tabac, contre le diabète, contre le cancer et la journée mondiale des modes de vie sains,
- organiser des jeux concours autour des maladies chroniques,
- organiser des journées médicales d'information et de sensibilisation du personnel soignant sur les maladies chroniques, leurs facteurs de risque et les comportements favorables,
- organiser des ateliers régionaux sur les MCNT.
- élaborer et diffuser un plan de communication sur la prévention des MCNT
- produire et diffuser les supports et messages IEC de sensibilisation des communautés sur les MCNT et leurs facteurs de risque et les comportements favorables,
- signer un contrat avec 2 radios privées et la RTNB
- former les ASC à l'information et à l'éducation des communautés sur les facteurs de risque des MCNT et les dangers occasionnés par les comportements défavorables
- redynamiser et encadrer les clubs anti tabac,
- organiser des séances de sensibilisation et d'information des enseignants (du primaire et secondaire) sur les facteurs de risque et les moyens de prévention des MCNT

► **Axe stratégique3 : prise en charge intégrée des MCNT dans les soins de santé de base**

**Contexte spécifique**

Les MCNT ne sont pas prises en charge suffisamment au niveau intermédiaire et périphérique. Les interventions de prise en charge globale des MCNT doivent être réalisées selon une approche intégrée dans les formations sanitaires tant publiques que privées et coordonnées par le PNILMCNT.

Dans le présent plan stratégique, les activités curatives, préventives et promotionnelles en faveur des MCNT feront partie du PMA et seront dispensées en même temps que les autres interventions à tous les niveaux. Des tests de diagnostic rapide des MCNT et autre matériel nécessaire seront aussi fournis aux structures sanitaires (tensiomètre, dosage de la glycémie, registre pour cancers) et un traitement amorcé au besoin. Des outils d'orientation diagnostique (algorithme de prise en charge des MCNT) et de communication (boîtes à images) seront également mis à la disposition des agents de santé.

**Problèmes prioritaires :**

- La liste des médicaments des MCNT ne figure pas sur la liste des médicaments essentiels
- les médicaments des MCNT ne sont pas géographiques et financièrement accessibles aux structures de soins
- absence de données de base sur les MCNT dans les structures de santé

-Le matériel de diagnostic n'est pas disponible dans les structures de soins,

### **Objectifs spécifiques**

-Intégrer les soins de santé des MCNT à tous les niveaux de soins, intégrer les MCNT dans le système national d'information sanitaire existant ;

-Renforcer les capacités fonctionnelles des structures de soins de santé

### **Activités à mener pour chaque objectif**

OS1 : *Intégrer les soins de santé des MCNT à tous les niveaux de soins, intégrer les MCNT dans le système national d'information sanitaire existant ;*

- définir et valider le paquet minimum d'activité des MCNT pour chaque niveau
- Elaborer et diffuser les algorithmes de prise en charge des MCNT
- Elaborer les directives nationales de prise en charge des MCNT

OS2 : *Renforcer les capacités fonctionnelles des structures de soins de santé*

- mobiliser les ressources pour le matériel de diagnostic des MCN
- doter les structures de prise en charge en médicaments contre les MCNT et matériel de diagnostic,
- Intégrer les indicateurs des MCNT dans le système d'information sanitaire
- doter les hôpitaux des registres pour cancers

### **► Axe stratégique 4 : renforcement des capacités et compétences des acteurs.**

#### **Contexte spécifique**

Les MCNT ne sont pas bien documentées chez les parties prenantes à toutes les étapes des interventions de lutte contre les MCNT. Faute de formation, les interventions de prise en charge globale et de prévention des MCNT ne sont pas correctement menées par les prestataires de soins à tous les niveaux. Le personnel du PNILMCNT et des étudiants finalistes en médecine disposent d'un bagage limité sur les MCNT ne permettant pas de répondre efficacement aux besoins de contrôle des MCNT.



### Problèmes prioritaires

- les acteurs en matière de santé (les prestataires de soins et les SIS) ne sont pas formés sur la prise en charge globale des MCNT, leurs facteurs de risque et sur le système de rapportage des données
- Des supervisions formatives ne sont pas menées pour le renforcement des compétences des prestataires de soins

### Objectifs spécifiques

- *Renforcer les capacités de tous les intervenants en matière de prévention et de contrôle des MCNT*

#### Activités à mener

- Former le personnel du PNILMCNT, les prestataires de soins et les étudiants finalistes en médecine sur la prise en charge globale, sur la prévention et sur les facteurs de risque des MCNT,
- mener des supervisions formatives dans les formations sanitaires.
- Participer dans des ateliers sous-régionaux/internationaux d'échanges d'expériences.
- Former 4 cadres du PNILMCNT dans le contrôle et la gestion des MCNT (formation régionale),

### ► Axe stratégique 5 : renforcement du partenariat et de la coordination.

#### Contexte spécifique

Le PNILMCNT bénéficie d'un appui technique et financier du gouvernement, de l'OMS et de l'handicap International fédération (HIF). Les fonds du gouvernement assurent le fonctionnement du programme, les salaires du personnel et quelques interventions de lutte contre les MCNT.

L'OMS intervient techniquement et financièrement dans les activités de sensibilisation (célébration des événements spéciaux), d'élaboration des documents clés(PS), d'échanges d'expérience à l'étranger et dans l'orientation du programme pour l'identification des stratégies efficaces de lutte contre les MCNT.

HIF appuie également des activités de diagnostic et de formation des prestataires des soins dans quelques hôpitaux (hôpital Ngozi, hôpital Makamba, hôpital Prince Régent Charles et CHUK).

WDF à travers CELUCODIA appuie les activités de dépistage et prévention du diabète dans les provinces sanitaires de Cibitoke et Bujumbura Rural.

Toutefois, cet appui financier est très insuffisant pour réaliser l'ensemble des interventions de lutte contre les MCNT. En effet, il est même limité à l'intérieur des provinces sanitaires et ne s'étend pas sur tout le territoire.



Des activités de sensibilisation limitées sont menées par des associations impliquées dans la lutte contre les MCNT.

Des réunions de coordination avec les partenaires sont organisées trimestriellement par le programme pour évaluer le niveau de mise en œuvre des interventions planifiées.

### **Problèmes prioritaires**

- Insuffisance de partenaires pour l'appui technique et financier
- les associations de lutte contre les MCNT ne sont pas bien maîtrisées

### **Objectifs spécifiques**

-  Mobiliser les ressources financières pour les interventions de lutte contre les MCNT
-  Développer le partenariat secteur public, secteur privé et société civile

### **Les activités à mener**

**OS1 :** *Mobiliser les ressources financières pour les interventions de lutte contre les MCNT*

- Organiser une plate forme pour la mobilisation des ressources financières(CPSD),
- Cartographier les partenaires et identifier des avantages comparatifs

**OS2 :** *Développer le partenariat secteur public, secteur privé et société civile*

- Faire la cartographie des associations,
- encadrer les associations des malades à former un forum national pour le plaidoyer
- organiser des séances de partages d'expérience entre associations
  - identifier les services du secteur public et privé intéressants pour maximiser les interventions de lutte contre les MCNT sur le territoire national et servir d'exemple,
- contractualiser la mise en œuvre de certaines interventions de lutte contre les MCNT avec les associations jugées performantes
  - organiser des réunions trimestrielles de coordination pour l'évaluation de l'état d'avancement des activités planifiées,

- développer un cadre de collaboration multisectorielle et multidisciplinaire entre le Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA et tous les autres secteurs de développement
- organiser les rencontres intersectorielles en vue de l'implication de tous les acteurs à la prévention et à la lutte contre les maladies non transmissibles
- organiser des tables rondes avec les partenaires techniques et financiers

► **Axe stratégique 6 : recherche opérationnelle.**

**Contexte spécifique**

Les maladies chroniques accusent d'une insuffisance/manque des données pour avoir une information correcte sur l'ampleur de ces pathologies. Quelques données parcellaires ou obsolètes sur les MCNT sont disponibles mais ne peuvent pas être extrapolées à toute la population pour servir d'argument solide pour un plaidoyer en vue d'obtenir un engagement ferme des partenaires de financement à l'égard des MCNT.

Le seul laboratoire du CHUK pour l'examen anatomopathologique ne dispose qu'un seul spécialiste et cela retarde énormément les résultats des malades. Aucun laboratoire pour la détection et la désensibilisation des allergènes incriminés dans les BPCO n'existe au Burundi. La prise en charge de l'insuffisance rénale liée au diabète accuse une lacune par manque de fonctionnalité du centre d'hémodialyse. Une coopération sous-régionale et régionale est primordiale pour un échange scientifique d'information et de données pour la production des résultats fiables, rapides et prouvés sur les MCNT.

**Problèmes prioritaires**

Absence de maîtrise des facteurs de risque des MCNT

Absence de données de base sur les MCNT

Insuffisance/absence de laboratoires et de centre appropriés pour le diagnostic et l'étude des MCNT (cancers et BPCO)

Insuffisance des spécialistes des MCNT (cancers)

**Objectifs spécifiques**

- Déterminer le niveau de prévalence et la responsabilité des facteurs de risque des MCNT
- Renforcer les capacités techniques de prise en charge des cancers, BPCO et complications du diabète (médecins, laboratoires et centre spécialisés).

### Les actions à mener pour chaque objectif

#### OS1 : Déterminer le niveau de prévalence et la responsabilité des facteurs de risque des MCNT

- Organiser une enquête STEPS au niveau national,
- organiser une campagne ponctuelle de dépistage communautaire et l'influence des facteurs culturels et économiques sur le développement des MCNT dans 5 chefs lieux de 5 provinces,
- organiser une campagne de dépistage systématique des MCNT et leurs facteurs de risque ciblant les groupes à haut risque dans la ville de Bujumbura,
- mener une enquête de prévalence du tabagisme chez les jeunes scolarisés ou non des villes et de l'intérieur du pays
- réaliser une étude sur les facteurs de risque des MCNT
- réaliser une cartographie nationale des principales MCNT et ses facteurs de risque

#### ► OS2 : Renforcer les capacités techniques de prise en charge des cancers, BPCO et complications du diabète (médecins, laboratoires et centre spécialisés).

- Développer un site Web d'information sur les MCNT,
- rendre fonctionnel le matériel de dialyse stocké à l'HPRC,
- former et motiver 3 médecins anatomopathologistes et 2 Techniciens sur la prise en charge globale des MCNT,
- chercher et signer un contrat de collaboration avec un institut régional/international de recherche sur les MCNT,
- créer et équiper un centre national pour cancer.

## VI. LES NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE

Le niveau central devra entre autre planifier, coordonner et superviser la mise en œuvre sur le territoire national des différentes interventions et actions décrites dans ce plan.

Les BPS assureront la supervision de la mise en œuvre du plan au niveau opérationnel du système de santé (district sanitaire).

Le district sanitaire, en tant que niveau opérationnel devra constituer l'unité d'exécution et le champ de mise en œuvre de toutes les interventions et activités planifiées.

Le système de prise en charge se localisera à tous les niveaux de structures de soins et s'impliquera dans la prévention primaire à travers la sensibilisation et le counselling prodigué par le personnel soignant en collaboration avec les TPS et les ASC.

Les niveaux secondaires et tertiaires du système de soins seront le creuset de la mise en œuvre de la prévention secondaire, tertiaire et de la recherche opérationnelle.

La principale bénéficiaire de cette politique étant la communauté, cette dernière devra être associée à toutes les phases et interventions de mise en œuvre afin de garantir son succès et son appropriation.

Les milieux scolaires, universitaires et autres professionnels seront mobilisés pour l'adoption des actions d'encadrement, de formation et d'information visant le changement de comportement durable pour la réduction des habitudes nocives à des modes de vie sains.

## VII. SUIVI-EVALUATION

Les activités du PNILMCNT seront suivies et supervisées en même temps que celles des autres programmes dans le cadre des supervisions intégrées au niveau opérationnel et périphérique. Au départ, des supervisions spécifiques sont envisagées dans les provinces non appuyées que celles appuyées pour se rendre compte des problèmes effectifs exprimés et ressentis par la communauté et les prestataires de soins sur le sujet des MCNT.

La mise en œuvre des interventions permettra l'actualisation du canevas de rapport en vue de l'intégration des indicateurs de suivi du programme dans les outils de rapportage de routine à tous les niveaux du système de soins.

Il faudra mettre en place un système de suivi-évaluation très performant notamment en menant les actions suivantes :

- Développer un plan de S&E
- Suivi (rapport périodique de progrès, réunions de coordination, supervision).
- Faire une revue annuelle
- Faire une évaluation à mi-parcours.
- Faire une évaluation finale.

Un soutien technique sera demandé auprès de l'OMS pour élaborer ce plan.

Pour réussir le suivi-évaluation de ce plan, les acteurs au suivi évaluation particulièrement le PNILMCNT, le SIS seront sensibilisés :

- A la fiabilité des données sur tous les niveaux de collecte et compilation (CDS, BDS, BPS et EPISTAT) ;

- Sur la tenue des réunions de coordination avec les intervenants de proximité et la communauté particulièrement les associations, les ASC et les BDS ;
- Les supervisions formatives
- La tenue des ateliers d'évaluation, au besoin, trimestriel.

### **VII.1. Collecte des données de routine.**

Les informations sur les activités de routine des formations sanitaires (laboratoire, prise en charge, pharmacies, sensibilisation) seront collectées par les dispensateurs des soins à l'aide des registres pour cancers (dans les hôpitaux) et la fiche de rapport mensuel d'activités.

Avec l'accompagnement du PNILMCNT et l'EPISTAT, la compilation des informations recueillies sur les MCNT pourra servir à la prise de décision avec des réorientations éventuelles.

### **VII.2. Circuit de l'information**

L'information sur les MCNT suivra le circuit actuel décrit par le MSPLS par le biais de l'EPISTAT.

Les niveaux de base pour l'obtention des informations sur les activités de lutte contre les MCNT sont le CDS et la communauté. Les informations générées au niveau du CDS et hôpitaux concernent principalement la prise en charge des cas, des réactifs de laboratoire pour le diagnostic et la disponibilité des médicaments. A ce niveau, les données sont compilées à partir des registres de consultation et de laboratoires.

Les informations du niveau communautaire concernent les activités de sensibilisation par les ASC et les TPS et feront partie des activités du CDS.

### **VII.3. Supervision**

#### **i. Supervision formative de routine**

Dans le système national de santé, la supervision formative des CDS par les équipes du district est faite de manière intégrée. Celles-ci seront chargées d'encadrer les prestataires de soins et devront s'assurer notamment que la prise en charge globale des MCNT est maîtrisée, que les messages IEC lors des séances d'EPS sont dispensés, que les médicaments et les outils de collecte de données sont disponibles,

Il en est de même pour celle organisée par les BPS en direction des districts.

Après la constitution des équipes et la détermination de leurs zones d'intervention, des supervisions formatives intégrées seront organisées une fois par trimestre par PNILMCNT.

ii. Les enquêtes et campagne de dépistage

Les données épidémiologiques sur les MCNT étant non fiables, une enquête STEPS sera organisée et permettra de fournir une information fiable sur l'ampleur des MCNT et leurs facteurs de risque. Une équipe multisectorielle (autres programmes) et multidisciplinaire (université, administration locale) sera constituée et impliquée pour la réussite de cette activité si importante.

Des campagnes ponctuelles sur le dépistage du diabète, de l'HTA seront organisées, en fonction des moyens disponibles, pour estimer l'incidence de ces maladies dans les communautés et les résultats seront complémentaires pour constituer des arguments de taille à l'orientation des interventions.

Il sera procédé à une évaluation interne à mi-parcours et une évaluation finale de ce plan stratégique. L'évaluation finale fera recours à une assistance technique nationale ou internationale.

## CONCLUSION

Les MCNT ont été longtemps méconnues. L'espoir de renverser la tendance de leur charge actuelle trouve son fondement dans la résolution WHA60.23 au sujet de laquelle le secrétariat a élaboré un projet de plan d'action afin d'orienter les Etats membres, le secrétariat et les partenaires internationaux dans la lutte contre les maladies non transmissibles. Le MSPLS au Burundi réitère son engagement en mettant en place un PNIMCNT doté d'un plan stratégique. Des stratégies de base axées sur la prévention, la prise en charge et le renforcement des capacités à tous les niveaux d'interventions permettront de réduire la prévalence des MCNT et par conséquent garantir des modes de vie sains à la population. La réussite de la mise en œuvre de ces stratégies suppose un engagement et un consensus entre les décideurs et les partenaires de financement et une collaboration étroite avec les parties prenantes (communautés et les dispensateurs des soins de santé) pour répondre au problème de la charge croissante des MCNT pour la santé.

Etant donné la croissance de la population et le succès des efforts visant à freiner les maladies transmissibles, le nombre de personnes atteintes de maladies non transmissibles, on peut encore espérer vieillir en bonne santé.