

STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2009-2013

BURUNDI

STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2009–2013

BURUNDI

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS/AFRO

Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2009-2013 Burundi

1. Planification santé
2. Mise en œuvre du plan sanitaire
3. Priorités en santé
4. État sanitaire
5. Coopération internationale
6. Organisation mondiale de la Santé

ISBN: 978 929 031 1164 (NLM Classification: WA 540 HB8)

©Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2009)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	v
PRÉFACE	vii
CONTEXTE	ix
SECTION 1 INTRODUCTION	1
SECTION 2 DÉFIS LIÉS À LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT AU BURUNDI	2
2.1 Aperçu général sur le Burundi	2
2.2 Principales orientations en matière de santé	3
2.3 Organisation du système national de santé du Burundi	3
2.4 Principaux problèmes de santé de la population	4
2.5 Problèmes liés à l'offre de soins	5
2.6 Problèmes liés à la demande de soins	6
2.7 Défis de la précédente stratégie de coopération	6
2.8 Bilan de la mise en œuvre de la précédente stratégie	7
2.9 Principaux défis actuels	8
2.10 Facteurs favorables au développement de la santé	9
SECTION 3 DÉVELOPPEMENT DE L'ASSISTANCE ET DU PARTENARIAT	10
3.1 L'aide modiale au développement	10
3.2 L'aide au secteur de la santé et domaines d'intervention	11
3.3 Mécanismes et instruments de coordination	12
SECTION 4 CADRE POLITIQUE ET INSTITUTIONNEL DE L'OMS :	
ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES	14
4.1 But et mission	14
4.2 Fonctions essentielles	14
4.3 Programme mondial d'action sanitaire	15
4.4 Priorités au niveau mondial	15
4.5 Priorités au niveau régional	15
4.6 Renforcement de l'efficacité de l'action de l'OMS au niveau des pays	16
SECTION 5 COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS AVEC LE BURUNDI	17
5.1 Domaines de coopération de l'OMS avec le Burundi	17
5.2 Appui du Bureau régional et du Siège et participation de l'équipe de pays aux activités du Bureau régional et du Siège	18

SECTION 6 AGENDA STRATÉGIQUE : PRIORITÉS RETENUES POUR LA COOPÉRATION AVEC LE BURUNDI, 2009-2013	20
6.1 Renforcement du système de santé et réforme pharmaceutique	20
6.2 Lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles	21
6.3 Amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent	22
6.4 Gestion des conséquences sanitaires des urgences, épidémies etcatastrophes	22
6.5 Renforcement du partenariat, coordination des partenaires, plaidoyer et mobilisation des ressources	23
6.6 Appui institutionnel au Ministère de la Santé	23
6.7 Promotion de la santé et application du RSI 2005	24
SECTION 7 MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME STRATÉGIQUE	25
7.1 Implication pour le Bureau de pays	25
7.2 Implication pour les équipes interpays, le Bureau Régional et le Siège	25
7.3 Suivi et évaluation	26
Annexes	
1. Bibliographie	27
2. Organigramme du Bureau de pays de l'OMS	29

ABRÉVIATIONS

ACD	:	Stratégie “atteindre chaque district”
ARV	:	Traitement antirétroviral
CAMEBU	:	Centrale d’achat des médicaments du Burundi
CAP	:	Appel consolidé de fonds (Consolidated Appeal Process)
CCDLP	:	Comités communaux de développement et de lutte contre la pauvreté
CCIA	:	Comité de coordination inter agences
CCM	:	Instance de coordination nationale (Country coordination mechanism)
CI/REFES	:	Comité interministériel de suivi des réformes économiques et sociales
CNLS	:	Conseil national de Lutte contre le VIH/sida
CPDLP	:	Comités provinciaux de développement et de lutte contre la pauvreté
CPSD	:	Cadre de Concertation des Partenaires de Santé et de Développement
CQD	:	Contrôle de la qualité des données
CSLP	:	Cadre stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CST	:	Comité sectoriel et thématique
DFID	:	Département pour le Développement international
DPML	:	Département des pharmacies, des médicaments et des laboratoires
ECHO	:	Service d’aide humanitaire de la Commission européenne
FMI	:	Fonds monétaire international
FT	:	Contrat à durée déterminée
GAVI	:	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
Hib	:	Haemophilus influenzae de type b
HN-TPO	:	HealthNet Transccultural Psychosocial Organization
IDH	:	Indice de développement humain
IHP+	:	Partenariat international pour la Santé (International Health Partership)

INSP	:	Institut national de Santé publique
IPPTE	:	Initiative pour les pays pauvres très endettés
IST	:	Infections sexuellement transmissibles
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le développement
ONG	:	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	:	Programme commun des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/sida
OPEP	:	Organisation des pays exportateurs de pétrole
PALIPEHUTU-FNL	:	Parti pour la libération du peuple hutu-Forces nationales de libération
PAP	:	Programme d'actions prioritaires
PCIMAA	:	Prise en charge intégrée des maladies de l'adulte et de l'adolescent
PCIME	:	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PFA	:	Paralysie flasque aigue
PNDS	:	Plan national de développement sanitaire
PNS	:	Politique nationale de santé
PVVS	:	Personne vivant avec le VIH
SIS	:	Système d'information sanitaire
SP/CNCA	:	Secrétariat permanent du Comité national de Coordination de l'Aide
SP/REFES	:	Secrétariat permanent des Réformes économiques et sociales
TIDC	:	Traitement par ivermectine sous directives communautaires
TLC	:	Contrat de courte durée
TMN	:	Tétanos maternel et néonatal
UNDAF	:	Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNHCR	:	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	:	Agence des États-Unis pour le Développement international

PRÉFACE

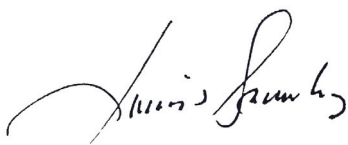
La Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) cristallise l'essentiel des réformes adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé en vue de renforcer son action au sein des pays. Elle a impulsé une orientation qualitative décisive aux modalités d'intervention, de coordination et de plaidoyer de notre institution dans la Région africaine. Actuellement bien établie comme outil de planification à moyen terme de l'OMS au niveau des pays, la stratégie de coopération vise plus de pertinence et de focalisation dans l'établissement des priorités, plus d'efficacité dans la réalisation des objectifs, et une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources affectées à l'action de l'OMS dans les pays.

La première génération de documents de stratégie de coopération avec les pays a été établie à travers un processus participatif qui a mobilisé les trois niveaux de l'Organisation, les pays et leurs partenaires. Pour la majorité des pays, la période biennale 2004-2005 a constitué le point crucial de recentrage de l'action de l'OMS. Elle a permis aux pays de mieux planifier leurs interventions selon une approche basée sur les résultats et un processus gestionnaire amélioré favorisant la prise en compte de leurs besoins réels par les trois niveaux de l'Organisation.

Tirant des enseignements de la mise en œuvre des SCP de première génération, les documents de SCP de seconde génération, en harmonie avec le 11^{ème} Programme général de Travail de l'OMS et le Cadre stratégique à moyen terme, prennent en compte les priorités sanitaires des pays définies dans les plans nationaux de développement sanitaire et les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté. Les SCP s'inscrivent aussi dans le nouveau contexte global de la santé et intègrent les principes d'alignement, d'harmonisation et d'efficacité, tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les récentes initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Partenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+). Ils reflètent aussi la politique de décentralisation qui a été opérée et qui renforce la capacité de prise de décisions par les pays pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Enfin, les documents de SCP de deuxième génération sont en synchronisation avec le Cadre des Nation Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Je salue le leadership efficace et efficient assuré par les pays dans la conduite de cet important exercice de formulation des documents de stratégie de coopération de l'OMS avec les pays et demande à tout le personnel de l'OMS, en particulier aux Représentants de l'OMS et aux Directeurs des divisions, de redoubler d'efforts pour garantir une mise en œuvre effective des orientations de la Stratégie de Coopération avec les pays en vue de la réalisation de meilleurs résultats sanitaires au bénéfice des populations africaines.



Dr Luis G. Sambo
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique

CONTEXTE

La crise sociopolitique que le pays a connue a eu un impact négatif sur la santé de la population. Des indicateurs de santé naguère prometteurs, ont viré au rouge (diminution du taux d'utilisation des services de santé, diminution de la couverture contraceptive, augmentation de la séroprévalence du VIH/sida, fréquence accrue d'épidémies, comme le choléra et la méningite à méningocoques). Le profil épidémiologique actuel du pays montre que le Burundi continue de payer un lourd tribut lié à la morbidité et à la mortalité des maladies transmissibles.

Le paludisme demeure la première cause de mortalité et de morbidité au Burundi. Il est responsable de 48 % des cas de décès, chez les enfants de moins de cinq ans et de plus de 50 % des motifs de consultation dans les hôpitaux et centres de santé. La zone d'endémicité pour le paludisme, qui ne cesse de s'étendre, atteint désormais les régions des plateaux et de hautes altitudes. Le paludisme se présente régulièrement sous forme épidémique surtout chez les populations faiblement immunes.

Le VIH/sida est un défi majeur de santé publique. Selon une enquête réalisée en 2002, la séroprévalence nationale des plus de 15 ans est estimée à 3, 6 %. L'épidémie se généralise et touche davantage les zones urbaines, avec une ascension progressive en zone rurale, où se concentre plus de 90 % de la population.

Les infections respiratoires aiguës sont une cause majeure de morbidité et de mortalité, principalement chez les enfants de moins de cinq ans. Ce groupe d'âge est également affecté par **les maladies diarrhéiques** dont l'une des principales causes demeure l'insalubrité de l'eau et de l'environnement.

La mortalité maternelle et néonatale est l'une des plus élevées au monde ; elle est renforcée par une accessibilité réduite aux services de santé et à l'accès limité au planning familial. **Les maladies chroniques non transmissibles**, comme l'hypertension artérielle, le diabète et les maladies mentales, sont également en constante augmentation.

De l'analyse de la situation sanitaire actuelle du Burundi, il ressort les défis majeurs suivants auxquels le pays doit faire face :

- i) L'importante charge de morbidité et de mortalité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles, ainsi que les problèmes de santé de la reproduction ;
- ii) L'accessibilité financière et l'acceptabilité des services de santé ;
- iii) L'amélioration de la disponibilité et de la stabilité du personnel de santé qualifié ;
- iv) La réponse adéquate aux urgences, tout en évoluant vers le développement sanitaire durable ;
- v) Une coordination efficace des partenaires ;
- vi) Le plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour un développement sanitaire durable ;
- vii) La mise en œuvre de la politique de gratuité des soins, chez les plus vulnérables ; et, l'application effective des politiques courantes de recouvrement des coûts dans les structures de soins.

Cependant, il existe aussi des opportunités, notamment :

- i) L'engagement politique pour la santé ;
- ii) L'existence d'un CSLP que les bailleurs de fonds ont accepté de financer ;
- iii) L'existence des documents de politique nationale de santé, avec des visions et des objectifs clairs ;
- iv) L'initiative pour les pays pauvres très endettés, en cours dans le pays ;
- v) L'existence d'un cadre de concertation des partenaires pour la santé et Le développement ;
- vi) L'existence d'une stratégie intégrée des Nations Unies, pour le Burundi, pour la consolidation de la paix ;
- vii) Le Burundi figure parmi les sept pays retenus, dans le cadre de l'IHP+ et de l'initiative HHA des partenaires des agences. Il fait également partie des pays bénéficiant des fonds IPSTE.

Dans ses efforts d'amélioration de la santé de la population, le Gouvernement est appuyé par des partenaires. Les principaux organismes extérieurs finançant le secteur de la santé sont constitués par les coopérations bilatérales et multilatérales, les Agences des Nations Unies et les ONG. Ces partenaires interviennent dans le renforcement du système de santé, la construction et la réhabilitation des infrastructures, l'achat des médicaments essentiels et consommables médicaux, ainsi que dans la mise en œuvre des programmes prioritaires de santé.

Des cadres de coordination des partenaires ont été mis en place afin d'accroître l'efficacité de l'aide tant au niveau national qu'au sein du Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le Sida.

Fidèle à son rôle de conseiller technique en matière de santé, l'action de l'OMS est guidée par les six fonctions essentielles suivantes :

- i) Jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé, et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;
- ii) Fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles ;
- iii) Fixer des normes et des critères à appliquer, et dont il faut encourager le suivi ;
- iv) Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes ;
- v) Fournir un appui technique, comme agent du changement, et renforcer durablement les capacités institutionnelles ;
- vi) Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances en matière de santé.

Dans la précédente stratégie de coopération de l'OMS avec le Burundi, l'appui du Bureau de l'OMS au Burundi a porté sur des domaines prioritaires, à savoir :

- i) La lutte contre le paludisme ;
- ii) La lutte contre le VIH-sida et tuberculose ;
- iii) La maternité à moindre risque ;

- iv) L'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent ;
- v) La préparation ainsi que la réponse aux urgences et aux actions humanitaires ;
- vi) Les politiques relatives au système de santé et aux prestations de services.

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec un pays donné énonce les priorités stratégiques de l'organisation pour son activité dans le pays, priorités que doit guider une réponse intégrée et complémentaire des trois niveaux de l'organisation, à savoir le Bureau de pays, le Bureau régional et le Siège.

Durant la période 2009-2013, l'agenda stratégique de l'OMS va s'articuler autour des axes suivants :

- i) Renforcement du système de santé ;
- ii) Lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
- iii) Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent ;
- iv) Gestion des conséquences sanitaires des urgences, épidémies et catastrophes ;
- v) Renforcement du partenariat, plaidoyer et mobilisation des ressources ;
- vi) Appui institutionnel au Ministère de la Santé ;
- vii) Promotion de la santé et application du RSI.

La mise en œuvre des orientations stratégiques contenues dans la Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Burundi impliquera des changements au sein du Bureau de l'OMS au Burundi. Au niveau de la planification, les orientations retenues seront traduites en plans opérationnels de deux ans, en concertation avec les responsables nationaux du Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida, ainsi que des autres partenaires de la santé au Burundi.

Ces plans tiendront compte des évolutions majeures qui surviendront dans le pays, et l'allocation des fonds sera à la hauteur de la priorité accordée à chaque axe stratégique. Il est donc nécessaire que les structures organisationnelles du Bureau de l'OMS au Burundi soient constamment ajustées en vue de s'adapter à la demande et au besoin en personnel, afin de répondre efficacement aux besoins d'appui au pays.

La mise en œuvre de la stratégie de coopération sera une opportunité pour l'équipe d'appui interpays, le Bureau régional et le Siège, d'adapter leurs réponses aux besoins exprimés par le pays, aussi bien pour la qualité de l'appui que pour la rapidité des réponses.

Le mécanisme de suivi / évaluation sera mis en place afin de mesurer périodiquement les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la stratégie de coopération et de proposer les ajustements requis d'une part, et d'autre part, de mesurer les résultats ainsi que l'impact de la mise en œuvre de la Stratégie de Coopération sur la santé de la population.

SECTION 1

INTRODUCTION

La Stratégie de Coopération de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) avec le Burundi représente la vision à moyen terme de l'OMS pour sa coopération, et définit un cadre stratégique d'action.

La présente Stratégie de Coopération s'inspire du Programme d'Actions prioritaires (PAP) pour la mise en œuvre du Cadre stratégique de Lutte contre la Pauvreté du Burundi (CSLP) 2007-2010, du Programme du Gouvernement du Burundi 2005-2010, de l'étude prospective "Burundi 2025", de la Politique nationale de Santé (PNS) 2005-2015 et du Plan national de Développement sanitaire (PNDS) 2006-2010, de la Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Burundi 2005-2009, du 11^{ème} Programme général de Travail de l'OMS 2006-2015, du Plan stratégique à moyen terme de l'OMS 2008-2013, ainsi que du Plan cadre des Nations unies pour l'aide au développement (UNDAF) 2010-2014.

Les raisons qui poussent à la préparation de ce document de stratégie de coopération avec le Burundi sont multiples. Comme certains pays en développement, le Burundi bénéficie depuis 2006 de l'initiative de l'allègement de la dette. Il s'agit d'une grande opportunité pour le secteur de la santé, qui fait partie des domaines sociaux éligibles dans le cadre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (IPPTE).

Le Burundi continue à bénéficier de l'appui de partenaires comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et paludisme. Il vient de bénéficier de l'intervention de la GAVI (Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination), dans le cadre du renforcement du système de santé.

Au moment où le pays dispose de documents de planification du développement comme le CSLP complet, le PNDS et l'UNDAF 2010-2014, il s'avère opportun de revoir la stratégie de coopération en vue d'aligner et d'harmoniser l'action de l'OMS avec l'agenda du pays, principe de base des déclarations de Rome et de Paris.

Enfin, des changements significatifs, intervenus dans l'organisation des activités de l'OMS, avec la mise en place de trois équipes interpays, au niveau de la Région africaine, pour appuyer efficacement l'exécution des programmes dans les pays, nécessitent la prise en considération de cette nouvelle donne dans le document de stratégie avec les pays. Enfin, l'initiative IHP+ récemment initiée, demande une coordination encore renforcée.

Au cours de l'élaboration de ce document de stratégie, des échanges fructueux ont été menés avec plusieurs partenaires oeuvrant dans le secteur de la santé. Il s'agit du Ministère de la Santé publique et de lutte contre le Sida, des bailleurs de fonds, des agences des Nations Unies directement impliquées dans la santé, et des organisations non gouvernementales oeuvrant pour la santé.

Le but visé était qu'ils cheminent avec l'OMS, dans la formulation de cette stratégie, pour que sa mise en œuvre en soit facilitée.

SECTION 2

DÉFIS LIÉS À LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT AU BURUNDI

2.1 APERÇU GÉNÉRAL SUR LE BURUNDI

2.1.1 Situation physique, démographique, politique et socio-économique :

Le Burundi, situé en Afrique de l'Est, couvre une superficie de 27 834 km², avec une population d'environ 8 millions d'habitants.

De 1993 à 2000, le pays a connu une crise socio - politique grave dont les conséquences en pertes humaines, économiques et sociales se font encore ressentir. Le pays compte encore 116 799 déplacés internes et 250 000 réfugiés vivant essentiellement en Tanzanie. Les besoins en réinsertion et en réintégration de ces populations, restent immenses.

L'économie burundaise est basée sur l'agriculture dont les moyens de production restent archaïques.

Le produit intérieur brut a chuté de 20 %, et le revenu par habitant est tombé de US \$210 en 1990, à US \$100 en 2004 (la moyenne de l'Afrique subsaharienne étant de US \$ 500). Le classement mondial, selon l'indice de développement humain (IDH : 0,339), assigne au le Burundi la 169^{ème} place, sur un total de 177 pays.

Le Burundi fait également partie des pays qui bénéficient de l'initiative de l'allègement de la dette.

2.1.2 Gouvernance, droits de l'homme et genre

Des efforts allant dans le sens de la décentralisation sont en cours dans plusieurs secteurs de la vie socio-économique, dont celui de la santé. Le Gouvernement a inscrit dans sa politique, le respect strict des droits de l'homme ; il tente de le traduire en pratique sous l'impulsion agissante de la société civile, en l'occurrence, les ligues des droits de l'homme.

Actuellement, une proportion d'au moins 30 % est réservée aux femmes, au niveau du Gouvernement, de l'Assemblée nationale et du Sénat.

2.1.3 Autres déterminants majeurs de la santé

Par rapport à l'éducation, le taux d'accès à l'enseignement préscolaire est de 1, 6 %, celui de l'enseignement primaire étant de 81 %, au cours de l'année scolaire 2003-2004. La mesure de gratuité au niveau du primaire, instaurée par le Gouvernement au début de l'année scolaire 2005-2006, va contribuer à améliorer davantage ce taux.

Par rapport à la sécurité alimentaire, la malnutrition est devenue endémique touchant un grand nombre d'enfants et s'étendant même aux adultes.

En matière de salubrité de l'eau et de l'environnement, le taux de desserte en eau potable, au niveau national, reste faible (42 %, en milieu rural et 72 %, en milieu urbain). Concernant les latrines en milieu rural, 89 % des ménages utilisent des latrines qui sont en grande majorité de type traditionnel et dont seulement 22 % remplissent les conditions d'hygiène.

Ces conditions de salubrité précaire sont à l'origine de beaucoup de cas de morbidité et de mortalité liées au péril fécal, y compris le choléra qui sévit régulièrement sous forme épidémique.

2.1.4 Vulnérabilité de la population

La crise que le Burundi a connue a occasionné d'importants mouvements de populations (déplacés internes, réfugiés) qui sont venus agrandir le groupe des personnes vulnérables. Ces populations vivent dans des conditions précaires et sont à la merci de différentes maladies, alors que l'accessibilité financière aux soins leur est très limitée.

2.2 PRINCIPALES ORIENTATIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Le but de la politique nationale de santé couvrant la période 2005-2015, est d'assurer à toute la population, un état de santé permettant de mener une vie socialement et économiquement productive.

Afin de rendre opérationnelle cette politique de santé, un plan de développement sanitaire 2006-2010 a été formulé et comprend les quatre objectifs stratégiques repris ci-dessous :

- Réduire la mortalité maternelle et néonatale ;
- Réduire le taux de mortalité infantile et juvénile ;
- Réduire la prévalence des maladies transmissibles et non transmissibles ;
- Renforcer la performance du système national de santé.

Le PNDS prévoit la mise en oeuvre de certaines réformes du secteur de la santé dont la création des districts sanitaires, l'approche contractuelle et l'approche sectorielle qui en sont au début de leur mise en oeuvre.

En 2007, il a été créé un Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD) dont l'objectif principal est d'appuyer, de manière concertée, le Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le Sida, dans la conception, la mise en oeuvre, le suivi ainsi que l'évaluation des politiques et stratégies nationales, pour un développement sanitaire durable.

2.3 ORGANISATION DU SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ DU BURUNDI

Le système national de santé est de type pyramidal et s'articule autour de trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

Il existe une politique de réforme sanitaire qui préconise la mise en place de districts sanitaires répondant aux normes OMS, en vue d'une décentralisation efficace.

L'OMS a appuyé la mise en place de quatre districts sanitaires pilotes en 2007 et le Ministère de la Santé prévoit le passage à échelle à partir de 2008.

Cette politique prévoit aussi la mise en place d'une stratégie de contractualisation basée sur la performance et la qualité, dans les unités de soins.

2.4 PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ DE LA POPULATION

Le profil épidémiologique du Burundi montre que les principales causes de morbidité et de mortalité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, le VIH/sida et la tuberculose. Parallèlement, les maladies à évolution chronique telles que le diabète, l'hypertension artérielle, l'asthme, les cardiopathies, les maladies mentales, la goutte ainsi que les violences physiques sont à l'origine de nombreuses incapacités physiques et mentales.

Le paludisme est responsable de 48 % des cas de décès chez les enfants de moins de cinq ans et de plus de 50 % des motifs de consultation. Il est à la fois la première cause de mortalité et de morbidité, au Burundi.

En 2000-2001, une épidémie sans précédent, de paludisme a frappé le pays ; et des chiffres jamais atteints, de plus de 3 millions de cas, ont été enregistrés.

Le VIH/sida constitue un problème majeur de santé publique. Selon une enquête réalisée en 2002, la séroprévalence nationale des plus de 15 ans était estimée à 3,6 %. La séroprévalence en milieu rural, est passée de 0,7 % en 1992 à 2,5 %, en 2002.

Le nombre de PVVS sous ARV est de 11 000 pour un effectif global de 25 000 personnes, en indication thérapeutique.

À côté de la problématique de la co-infection tuberculose/VIH, on peut aussi citer les difficultés de prise en charge de la tuberculose, due au développement des résistances aux antituberculeux classiques.

Les infections respiratoires aiguës sont des causes majeures de morbidité et de mortalité, spécialement chez les enfants de moins de cinq ans.

Comme évoqué plus haut, **les maladies diarrhéiques** constituent un véritable problème de santé publique dont la cause majeure reste l'insalubrité de l'environnement. Il en est de même de **la malnutrition** chez les enfants de moins de 5 ans, avec un taux de malnutrition aigue global variant de 6 à 17,8 % et celui de malnutrition aigue sévère variant de 1,1 à 4,1 %, selon les régions.

La santé de la reproduction chez les adolescents, constitue un problème préoccupant. Le manque d'information sur la santé de la reproduction, fait courir aux adolescents beaucoup de risques, notamment les grossesses non désirées, cause d'avortement à risque ; ainsi que les infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection à VIH/sida.

Les maladies à potentiel épidémique constituent une menace permanente. Le Burundi connaît régulièrement des épidémies de choléra dans la plaine de l'Imbo. La méningite à méningocoque frappe indifféremment des régions du pays pendant la saison sèche.

Il est aussi important de signaler que les **problèmes de santé mentale** sont actuellement très préoccupants au Burundi, suite essentiellement aux séquelles laissées par la crise.

2.5 PROBLÈMES LIÉS À L'OFFRE DE SOINS

2.5.1 Les médicaments et autres consommables médicaux

Le secteur pharmaceutique reste encore faible. Le Département de la pharmacie, des médicaments et du laboratoire (DPML) n'a pas les moyens pour remplir son rôle de garant de la qualité pour tous les produits de santé entrant dans le pays.

La Centrale d'achat des médicaments du Burundi (CAMEBU : administration personnalisée de l'État) ne parvient pas à remplir sa mission d'approvisionnement des structures publiques qui connaissent régulièrement de ruptures de stock en médicaments. Cet établissement pharmaceutique performant est freiné par son statut et par le fait qu'il est considéré encore comme un entrepôt.

2.5.2 Les professionnels de santé

Les estimations actuelles font état d'un médecin pour 38 400 habitants (norme de l'OMS : un médecin pour 10 000 habitants). Mais ce chiffre brut cache des disparités importantes entre la capitale et le milieu rural. Il n'y a pratiquement aucun médecin burundais spécialiste à l'intérieur du pays. Le personnel de santé qualifié quitte régulièrement le pays (le secteur public en particulier), à la recherche de cadres de travail plus motivants. D'autres médecins, partis en spécialisation en Europe, ne sont jamais revenus. Le pays compte moins de cent pharmaciens, mais il n'existe aucune institution de formation de pharmaciens au Burundi. La production annuelle de médecins par la Faculté de Médecine de Bujumbura est encore trop faible pour couvrir les besoins du pays.

2.5.3 Le financement du secteur de la santé

Le budget public de fonctionnement de l'État alloué au Ministère de la Santé, n'a jamais dépassé 5 pour cent ; il est d'environ 4 % en 2008, et 70 % de ce budget constitue les salaires du personnel). Cet état de fait ne reflète pas l'engagement des Chefs d'État d'allouer 15 pour cent du budget national, au secteur de la santé. Une analyse détaillée, montre que plus de 90 % du financement de la santé, vient de l'assistance extérieure.

2.5.4 Les infrastructures sanitaires et équipements

Le constat actuel, fait par les services habilités, démontre que le pays dispose d'un hôpital pour 166 745 habitants, contre un hôpital pour 100 000 habitants (norme OMS) et d'un CDS pour 12 803 habitants, contre un centre de santé pour 10 000 habitants (norme OMS).

Beaucoup de ces établissements nécessitent une réhabilitation. En termes d'infrastructure, sept districts sanitaires ne respectent pas les normes sanitaires en vigueur. Il existe une disparité géographique en faveur des centres urbains, par rapport à l'implantation des centres de santé et hôpitaux de référence.

Dans l'ensemble, les équipements et consommables médicaux font défaut, que ce soit dans les services de maternité, de chirurgie et autres ; ceci contribue à réduire la qualité des soins donnés aux patients. Même là où ces équipements existent encore, il se pose de sérieux problèmes de maintenance.

2.6 PROBLÈMES LIÉS À LA DEMANDE DE SOINS

Le système de santé, lourdement affecté par la crise sociopolitique que le pays a connue, est à l'heure actuelle incapable de répondre de façon équitable à la demande tant quantitative que qualitative de soins de santé.

En vue de résoudre le problème de l'accessibilité aux soins de santé de la population qui aspire à ces soins comme un dividende de la paix retrouvée, le Président de la République a décrété la gratuité des soins de santé aux enfants de moins de cinq ans ainsi qu'aux femmes qui accouchent.

Le reste de la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté (moins d'un dollar par jour), doit se prendre en charge, à l'exception d'une minorité d'indigents et des fonctionnaires de l'État couverts par la Mutuelle de la Fonction publique.

2.7 DÉFIS DE LA PRÉCÉDENTE STRATÉGIE DE COOPÉRATION

La précédente stratégie de coopération devait couvrir la période 2005-2009. L'analyse du secteur de la santé en 2004 avait mis en exergue les principaux défis suivants :

- i) Réduire la vulnérabilité accrue de la population, due à l'importante charge de morbidité et de mortalité liée aux maladies transmissibles et aux problèmes de santé de la reproduction;
- ii) Faire accéder à des soins de qualité et aux services de santé, la population burundaise dans son ensemble, particulièrement les plus vulnérables;
- iii) Rendre le système de santé plus performant afin qu'il réponde aux attentes des populations;
- iv) Rendre le secteur de la santé capable de répondre aux besoins humanitaires engendrés par la crise et assurer en même temps son développement harmonieux;
- v) mettre à la disposition du secteur de la santé des ressources humaines de qualité et en nombre suffisant;
- vi) Assurer une meilleure coordination des multiples partenaires oeuvrant dans le secteur de la santé.

Pour faire face à ces défis, l'OMS avait retenu les axes stratégiques suivants :

- i) La réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme et au VIH/sida ;
- ii) La préparation et la réponse aux urgences ;
- iii) Le renforcement des interventions en faveur de la maternité à moindre risque ;
- iv) Le renforcement du système de santé.

Ces axes stratégiques ont servi de référence dans l'élaboration du plan opérationnel 2005, du plan biennal 2006-2007 et du plan opérationnel 2008.

2.8 BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRÉCÉDENTE STRATÉGIE

2.8.1 Interventions de l'OMS au cours de la période 2005-2008

La précédente Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Burundi, ainsi que les programmes de coopération en découlant, ont été parfaitement alignés sur la politique nationale de santé et le Cadre stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP).

Les principales réalisations par axe stratégique sont les suivantes :

2.8.1.1 Réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme et au VIH/sida

L'OMS a pu mobiliser les ressources nécessaires pour la pérennité du nouveau protocole de traitement (US \$ 888). Un appui technique et un plaidoyer ont été apportés par l'OMS pour la prolongation exceptionnelle de la composante paludisme, du deuxième round Rolling Constitution Chanel (RCC). Des outils sur la définition des seuils épidémiques ont été adaptés et vulgarisés au niveau des provinces, avec l'appui de l'OMS. Un plaidoyer pour l'introduction des ACT en monothérapie a été réalisé ; les guides thérapeutiques ont été adaptés et vulgarisés au niveau opérationnel. L'incidence du paludisme est passée de 3 200 000 cas en 2001 à 2 000 000 cas en 2006.

Le domaine du VIH/sida a reçu un appui effectif, par rapport à la surveillance des résistances aux protocoles de traitement, à la décentralisation et au passage à l'échelle des activités de prévention et de traitement antirétroviral, à l'adaptation des protocoles de surveillance des résistances VIH aux ARV, et à la révision des outils de collecte, à la constitution des stocks tampons en médicaments antirétroviraux, et pour la prévention des infections opportunistes.

2.8.1.2 Préparation et réponse aux urgences

L'OMS a joué un grand rôle dans l'analyse de la situation et dans la prise en charge des cas lors de la survenue de quatre épidémies et de plusieurs situations de catastrophes naturelles. A cet effet, un financement de l'ordre de US \$4 000 000 a été mobilisé auprès des bailleurs par l'OMS. L'organisation a pu jouer un rôle primordial de coordination des partenaires humanitaires, dans le cadre des réunions « échange santé ». Dans le cadre de la composante santé du projet « santé et rapatriement des réfugiés », l'OMS a apporté une réponse médicale, au plan national. Enfin, les capacités nationales ont été renforcées pour la préparation et la réponse aux épidémies, à travers la mise en place des outils, pour les équipes d'évaluation rapide et l'appui aux investigations.

2.8.1.3 Renforcement des interventions en faveur de la maternité à moindre risque

L'OMS a soutenu l'élaboration de la stratégie nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Une Feuille de route pour la mise en œuvre de cette stratégie a été adaptée au contexte burundais. L'OMS a financé la formation de 10 médecins aux soins obstétricaux complémentaires et de 30 infirmiers aux soins obstétricaux de base.

2.8.1.4 Renforcement du système de santé

Les principales actions de l'OMS dans ce domaine ont porté sur le renforcement du système de santé, surtout au niveau du district, et au renforcement des capacités au niveau central.

En effet, l'OMS a accompagné, techniquement et financièrement, le processus de planification stratégique, la mise en place du Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement et des groupes thématiques, dans le cadre du partenariat international pour la santé (IHP) et de l'Initiative « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA), la mise en place de l'approche des districts sanitaires, l'élaboration et la diffusion des normes sanitaires, l'évaluation complète du secteur pharmaceutique, l'élaboration de la Politique nationale de Contractualisation, la réforme de l'enseignement paramédical et la mise en œuvre de la mesure présidentielle de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans, et pour les femmes qui accouchent.

L'OMS a mobilisé des fonds volontaires de l'ordre de US \$480 000 pour le renforcement du système de santé.

En dehors des réalisations pour les axes stratégiques ci-dessus, l'OMS a apporté son appui pour la surveillance des maladies évitables par la vaccination et la PFA, l'élaboration et la mise en œuvre du projet intégré de lutte contre les Maladies tropicales négligées (MTN), la planification stratégique de la lutte contre la tuberculose, et la mise en œuvre de la stratégie PCIMAA et PCIME.

Pour la mise en œuvre des différentes interventions de l'OMS, le Bureau de pays a bénéficié du soutien technique varié du Bureau régional et du Siège. En effet, environ quarante experts de l'OMS ont appuyé le pays pendant la période 2005-2008. Le budget total pour la mise en œuvre des activités de coopération avec le pays, s'est élevé à US \$15 172 473 dont US \$7 274 500 sur le budget ordinaire et US \$,7 897 973 sur des contributions volontaires. L'exécution du budget programme a été constante autour de 80%. Le Bureau de pays a été renforcé en ressources humaines, en vue d'apporter les appuis techniques nécessaires. L'équilibre genre est une réalité au Bureau de pays de l'OMS.

2.8.2 Lacunes en matière de mise en œuvre de l'agenda stratégique

La réponse locale aux besoins exprimés en appuis au pays a été très satisfaisante. Cependant, plusieurs expertises venant d'un niveau supérieur de l'organisation, ont été nécessaires. Malgré l'effort de renforcement du Bureau, il est nécessaire de pourvoir à d'autres postes, pour la mise en œuvre de la CCS deuxième génération, en conformité avec la mise en œuvre du GSM.

Les contributions volontaires planifiées n'ont pas été toutes mobilisées et l'utilisation du budget ordinaire a été gelée pour une période de trois mois, en 2006. Il est important de noter qu'avec l'évolution du contexte du pays, il a été difficile de mobiliser les fonds, la plupart des fonds étant orientés vers les urgences permanentes.

2.9 PRINCIPAUX DÉFIS ACTUELS

Après une analyse approfondie du secteur de la santé au Burundi, des problématiques se dégagent et peuvent être synthétisées de la façon suivante :

- i) Réduire la morbidité et la mortalité liées aux principales maladies transmissibles ;
- ii) Accroître le budget national alloué au secteur de la santé, spécialement dans la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins, décrétée par le Président de la République, pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes qui accouchent ;
- ii) Mettre en œuvre la politique de réformes sanitaires actuelles ;

- vi) Renforcer l'implication communautaire dans la mise en œuvre des interventions de santé ;
- v) Améliorer le circuit des médicaments essentiels ;
- vi) Renforcer le système d'information sanitaire ;
- vii) Assurer la disponibilité et la stabilité du personnel de santé qualifié et motivé ;
- viii) Répondre aux urgences tout en évoluant vers le développement sanitaire durable ;
- ix) Renforcer la coordination des partenaires opérant dans le secteur de la santé ;
- x) Renforcer la collaboration multisectorielle en vue d'agir sur les déterminants de la santé.

2.10 FACTEURS FAVORABLES AU DÉVELOPPEMENT SANITAIRE

Sans être exhaustifs, les éléments ci-dessous, constituent des opportunités pour le système de santé burundais.

- Engagement politique de haut niveau qui fait de la santé de la population un facteur de développement et dividende de la paix retrouvée ;
- Amélioration progressive de la situation sécuritaire, sur l'ensemble du territoire national ;
- Existence d'un document de Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté complet (CSLP complet) soutenu par les partenaires au développement ;
- Existence des documents de politique nationale de santé (PNS) et du plan national de développement sanitaire (PNDS) ;
- Existence de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (IPPTE) dans laquelle la santé occupe une bonne place ;
- Existence d'un Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement ;
- Existence de la Stratégie intégrée des Nations Unies, pour le Burundi, pour la consolidation de la paix avec UNDAF révisé ;
- Le Burundi fait partie du premier groupe des pays retenus, dans le cadre de l'initiative IHP, lancée le 5 septembre 2007 ;
- Un pacte de partenariat a été signé en 2008 par l'ensemble des partenaires intervenant au Burundi ;
- Mise en œuvre de l'Initiative Harmonisation pour la Santé en Afrique par les partenaires.

SECTION 3

DÉVELOPPEMENT DE L'ASSISTANCE ET DU PARTENARIAT

3.1 L'AIDE MONDIALE AU DÉVELOPPEMENT

La crise que le Burundi a connue depuis 1993 a négativement influé sur l'aide au développement. En effet, l'aide publique au développement, qui enregistrait une progression régulière au début des années 1990, a connu une diminution considérable au cours de la crise. De près de 320 millions de dollars en 1992, le volume total de l'aide est passé en dessous de la barre de 100 millions en 1999 (4). Mais avec l'évolution positive de la situation socio - politique, de ces dernières années, une amélioration de l'aide au développement, en provenance des principaux bailleurs de fonds, a été enregistrée (14). Ces donateurs appuient les différents secteurs et les montants présentés dans le tableau ci-dessous sont estimatifs et ne sont pas exhaustifs.

Table 1 : Contribution des bailleurs de fonds au développement au Burundi (en USD, en 2008)

Nom du Partenaire	Type de partenaire	Domaines principaux d'intervention	Aire d'intervention	Montant (en millions)
Union européenne	multilatéral	Programme de réhabilitation sanitaire et Programme d'appui transitoire du secteur de la santé	Rutana, Cankuzo, Ruyigi et Karuzi (Santé plus)Makamba, Bururi(ECHO)	80
Banque mondiale	Multilatéral	Programme d'appui à la lutte contre le VIH/sida et accès aux services de santé	Tout le pays	174
FMI	Multilatéral	Accès aux services de santé	Tout le pays	44
Système des Nations Unies	Multilatéral	Renforcement du système de santé et des programmes nationaux de santé	Tout le pays	14
Allemagne	Bilatéral	Eau, santé et réintégration / réinsertion	Ruyigi, Rutana (GTZ-sida) Tout le pays (KFW-santé reproduction, réintégration)	35
Belgique	Bilatéral	Appui macroéconomique, santé, éducation, habitat, agriculture, aide alimentaire et réhabilitation	Santé: Kirundoéducation, agric, autre: tout le pays	39

Pays-Bas	Bilatéral	Aide humanitaire, intégration militaire, forces de police, processus électoral,	Santé via Cordaid, Healthnet TPO: Cankuzo, Bubanza, Makamba, Gitegautre: tout le pays (pas de provinces spécifiques)	19
Autriche	Bilatéral	Eau, assainissement, démocratie et droits de l'homme	Pas de provinces spécifiques	19
Angleterre	Bilatéral	Fonds fiduciaires, pré-cantonement, processus électoral, gratuité des soins	Tout le pays (DFID - ME)	7
France	Bilatéral	Gouvernance démocratique, consolidation de la paix, reconstruction du système éducatif, formation des élites, soutien et promotion de la langue française, appui à la réinsertion socio-économique des populations vulnérables	Tout le pays	16
Italie	Bilatéral	VIH/sida, conditions sanitaires, aide alimentaire,	GVC: buja rural (santé) autre: pas de provinces spécifiques	

Sources : partenaires concernés

Lors de la dernière table ronde des bailleurs de fonds, 681,24 millions de dollars ont été promis par les bailleurs de fonds pour financer le programme d'actions prioritaires du CSLP.

3.2 L'AIDE AU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DOMAINES D'INTERVENTION

Le domaine de la santé fait partie de ceux qui ont vu l'aide humanitaire augmenter à cause de la situation sanitaire déplorable que la population connaissait. Dans ce secteur, on note que l'aide extérieure couvre une très grande partie des fonds investis, car représentant 90 % des investissements.

Les principaux organismes extérieurs finançant le secteur de la santé, sont constitués par les coopérations bilatérales et multilatérales, les agences des Nations Unies et les ONG qui agissent comme des agences d'exécution des bailleurs de fonds. Ces partenaires au développement interviennent principalement dans le renforcement du système de santé, la construction/réhabilitation des infrastructures, l'achat des médicaments essentiels et consommables médicaux ainsi que dans la mise en œuvre des programmes prioritaires de santé. Les ONG impliquées dans l'urgence exécutent directement les activités sur terrain, en collaboration avec les structures de santé nationales (15).

D'autres appuis en provenance de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, de l'ONUSIDA, du Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, d'ECHO, de la Coopération technique belge et des confessions religieuses couvrent des domaines variés.

Le Burundi étant en situation de post-conflit, les organisations humanitaires ont élaboré un appel consolidé de fonds (CAP 2007), afin de pouvoir mobiliser rapidement des fonds en cas de situation de crise éventuelle. Ainsi, l'OMS a proposé en 2007 des projets (16) sur l'appui technique décentralisé au MSP ; l'assistance aux victimes des mines ; l'amélioration

de la prise en charge des urgences obstétricales, à travers la référence et contre-référence ; la mise en œuvre de la PCIME, dans les provinces à fort retour des réfugiés ; la prévention, la détection précoce et la gestion des urgences et l'amélioration de l'accès aux soins des personnes vulnérables pour un montant global de US \$2 970 230.

3.3 MÉCANISMES ET INSTRUMENTS DE COORDINATION

Afin d'assurer une complémentarité des actions des différents partenaires au développement, des mécanismes de coordination ont été mis en place, à différents niveaux.

Au niveau national, différents mécanismes de coordination ont été proposés pour la mise en œuvre du CSLP.

La Deuxième Vice-présidence de la République, chargée des questions économiques et sociales, est responsable de la mise en œuvre du CSLP. Elle assure le suivi de son exécution avec l'appui du Comité permanent des réformes économiques et sociales (CI/REFES) et du Secrétariat permanent des réformes économiques et sociales (SP/REFES, structure nationale de mise en œuvre du CSLP) qui en assure le secrétariat. La Deuxième Vice- présidence informe le Conseil des ministres sur l'état d'avancement de l'exécution du CSLP.

Le Secrétariat permanent du comité national de coordination de l'aide (SP/CNCA), qui est rattaché à la Deuxième Vice- Présidence de la République, est une structure nationale de coordination et de suivi de l'aide au développement économique et social du Burundi.

Il existe également un comité technique de suivi de la mise en œuvre du CSLP. Il est composé des membres provenant des organisations de la société civile, des ONG, des ministères techniques sectoriels, du secteur privé et des partenaires au développement.

Les Comités sectoriels et thématiques (CST) sont la cheville ouvrière de la mise en œuvre des politiques, des programmes et des projets sectoriels en partenariat avec les parties prenantes du secteur. Le CST élabore avec les partenaires au développement, les ONG, les organisations de la société civile, le secteur privé et les structures décentralisées de développement et de lutte contre la pauvreté, les programmes et les projets pour la promotion de la croissance et la lutte contre la pauvreté dans le respect de la méthode participative et de l'esprit d'appropriation des actions qui ont toujours prévalu tout au long du processus de l'élaboration du CSLP.

Au niveau décentralisé, il existe des structures comme :

Les Comités provinciaux de développement et de lutte contre la pauvreté (CPDLP). Ils constituent le relais du SP/REFES pour la planification du développement au niveau provincial, et regroupent des représentants des parties prenantes en son sein. Le CPDLP élabore le plan de développement de la province sur la base des plans de développement des communes de sa juridiction.

Les Comités communaux de développement et de lutte contre la pauvreté (CCDLP). Les Comités communaux de développement et de lutte contre la pauvreté constituent le véritable point de départ de la mise en œuvre de la stratégie. Ils sont les initiateurs des programmes et projets au titre desquels se fera la lutte contre la pauvreté se fera avec leur participation depuis la conception jusqu'à l'exécution.

Au niveau du Système des Nations Unies, il existe un cadre de coordination des agences à travers UNDAF pour le domaine du développement et le processus CAP, pour ce qui est de l'humanitaire.

Dans le domaine spécifique de la santé, nous relevons les mécanismes de coordination suivants :

Un cadre de concertation des partenaires pour la santé et le développement (CPSD) est opérationnel depuis 2007 et se réunit sous la présidence du Ministre de la Santé publique et de la Lutte contre le Sida. Son objectif principal est d'appuyer le Ministère de la Santé publique de manière concertée dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et stratégies nationales, pour un développement sanitaire durable.

Il comprend les ministères de la Santé et de la Lutte contre le VIH/Sida, celui des Finances et de la Coopération au Développement, les bailleurs de fonds, les agences du Système des Nations Unies, les partenaires clés dans le secteur de la santé, un représentant des ONG internationales, un représentant des ONG locales, un représentant du Comité national de coordination de l'aide et tout autre partenaire jugé nécessaire par rapport aux commissions ad hoc. L'OMS joue le rôle de Secrétaire permanent du CPSD, conjointement avec la Direction générale de la Santé publique.

Des cadres ad hoc de coordination existent, pour certains domaines spécifiques.

Le CNLS est l'organe suprême de coordination, en matière du VIH/sida, et est présidé par le Président de la République. Ses émanations, au niveau intermédiaire et périphérique, sont les comités provinciaux, communaux et collinaires de lutte contre le sida.

- *Le Groupe thématique ONUSIDA*, constitué par les chefs d'Agences des Nations Unies et le Ministère de la Santé publique et de la lutte contre le Sida ;
- *Le Groupe technique de travail VIH/sida* constitué par les points focaux des agences des Nations Unies et des partenaires. Dans le domaine du VIH, tous les partenaires ont un même plan d'action, une mise en œuvre commune et un même cadre de suivi / évaluation (principe des Trois Uns) ;
- *Le CCM* pour les financements offerts par le Fonds mondial de lutte contre la tuberculose, le paludisme et le VIH/sida;
- La CCIA pour les questions en rapport avec le financement de la vaccination, y compris la GAVI.

SECTION 4

CADRE POLITIQUE ET INSTITUTIONNEL DE L'OMS: ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES

L'OMS a opéré et continue d'opérer de profondes transformations dans sa façon de travailler, l'objectif ultime visé étant d'améliorer sa performance au titre de l'appui aux États Membres dans leurs efforts pour s'attaquer aux principaux défis qui se posent dans les domaines de la santé et du développement, et de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la santé. Ce processus de transformation organisationnelle s'appuie sur le cadre global de la stratégie institutionnelle de l'OMS¹.

4.1 BUT ET MISSION

La mission de l'OMS reste «d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible» (article 1 de la Constitution de l'OMS). La stratégie institutionnelle, le onzième Programme général de travail 2006-2015² et les Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009³, définissent les principales actions que l'OMS entend mettre en œuvre pour maximiser sa contribution à l'amélioration de la santé. L'Organisation s'attache en effet à renforcer son rôle directeur dans le domaine de la santé, aussi bien sur le plan technique que sur celui des politiques, tout comme ses capacités gestionnaires, afin de répondre aux besoins des États Membres, notamment pour ce qui est de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

4.2 FONCTIONS ESSENTIELLES

L'action de l'OMS est guidée par les six fonctions essentielles suivantes, sur la base de son avantage comparatif⁴ :

- i) Jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;
- ii) Fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles ;
- iii) Fixer des normes et des critères, et en encourager et suivre l'application ;
- iv) Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes ;
- v) Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles ;
- vi) Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances en matière de santé.

¹ OMS, EB105/3 Une stratégie institutionnelle pour le Secrétariat de l'OMS.

² Onzième Programme général de travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

³ Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009.

⁴ Onzième Programme général de travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

4.3 PROGRAMME MONDIAL D'ACTION SANITAIRE

Pour combler les lacunes en matière de justice sociale, de responsabilité, de mise en œuvre et de connaissances dans le domaine de la santé, le programme mondial d'action sanitaire identifie les sept domaines prioritaires suivants :

- i) Investir dans la santé pour réduire la pauvreté ;
- ii) Renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale ;
- iii) Promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes et les droits fondamentaux liés à la santé ;
- iv) Influencer sur les déterminants de la santé ;
- v) Renforcer les systèmes de santé et en rendre l'accès plus équitable ;
- vi) Exploiter le savoir, la science et la technologie ;
- vii) Renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.

Par ailleurs, la Directrice générale de l'OMS a proposé d'inscrire les six points suivants au programme de l'Organisation :

- i) Développement sanitaire ;
- ii) Sécurité sanitaire ;
- iii) Systèmes de santé ;
- iv) Données factuelles à l'appui des stratégies ;
- v) Partenariats ;
- vi) Amélioration la performance de l'OMS. Elle a également indiqué que l'action de l'Organisation devrait être jugée d'après son effet sur la santé des femmes et celle des populations africaines.

4.4 PRIORITÉS AU NIVEAU MONDIAL

Le onzième Programme général de travail fixe les priorités suivantes, au niveau mondial :

- i) Apporter un appui aux pays pour qu'ils instaurent la couverture universelle des interventions efficaces de santé publique ;
- ii) Renforcer la sécurité sanitaire dans le monde ;
- iii) Concevoir des mesures durables dans tous les secteurs concernés, pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé ;
- iv) Développer les moyens institutionnels d'exercer les fonctions essentielles de la santé publique, sous la direction renforcée des ministères de la santé ;
- v) Renforcer le rôle directeur de l'OMS aux niveaux mondial et régional, et soutenir l'action des gouvernements au niveau des pays.

4.5 PRIORITÉS AU NIVEAU RÉGIONAL

Les priorités établies au niveau régional, tiennent compte des documents d'orientation, au niveau mondial, et des résolutions adoptées par les organes directeurs de l'OMS, des

objectifs du Millénaire pour le développement, de la stratégie de santé du NEPAD, des résolutions adoptées sur la santé par les Chefs d'État de l'Union africaine, et des objectifs stratégiques de l'Organisation, définis dans le plan stratégique à moyen terme (PSMT) 2008-2013. Les priorités régionales sont présentées dans le document intitulé : «Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009». Elles portent notamment sur la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ; la survie de l'enfant et la santé maternelle ; l'action humanitaire en situation d'urgence ; la promotion de la santé ; et l'élaboration de politiques visant à mettre la santé au service du développement et à agir sur d'autres déterminants de la santé.

Les autres objectifs prioritaires couvrent la santé et l'environnement ; la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition ; les systèmes de santé (politiques, prestation de services, financement, technologies et laboratoires) : la gouvernance et les partenariats ; et la prise en charge et l'infrastructure.

En plus des priorités susmentionnées, la Région entend fournir aux pays un appui dans leurs efforts pour atteindre les OMD relatifs à la santé et s'attaquer à la crise des ressources humaines. En collaboration avec les autres organisations concernées, elle participe au processus d'identification des voies et moyens les meilleurs pour mobiliser des fonds pour aider les pays à réaliser leurs objectifs, processus placé sous la conduite des pays eux-mêmes.

Pour s'attaquer à ces défis supplémentaires, la Région accorde une haute priorité à la décentralisation et à la mise en place des équipes d'appui interpays pour mieux aider les pays dans leurs efforts de décentralisation, afin de s'assurer que les communautés tirent le meilleur parti de l'appui technique et financier fourni.

Pour garantir l'efficacité de son action dans ces domaines prioritaires, la Région s'appuiera sur les orientations stratégiques suivantes⁵ :

- i) Renforcement des bureaux de pays de l'OMS ;
- ii) Amélioration des relations de partenariat et extension des partenariats pour la santé ;
- iii) Appui à la planification et à la gestion des systèmes de santé de district ;
- iv) Promotion de l'intensification des interventions de santé essentielles liées aux problèmes de santé prioritaires ;
- v) Intensification des activités de sensibilisation et amélioration de l'action sur les principaux déterminants de la santé.

4.6 RENFORCEMENT DE L'EFFICACITÉ DE L'ACTION DE OMS, AU NIVEAU DES PAYS

Au niveau des pays, les stratégies de coopération de l'OMS avec les pays déboucheront sur des résultats qui varieront d'un pays à l'autre, en fonction du contexte spécifique du pays et des défis en matière de santé.

Cependant, en s'appuyant sur le mandat de l'OMS et sur son avantage comparatif, les six fonctions essentielles de l'Organisation, présentées ci-dessus, pourraient faire l'objet d'ajustements en tenant compte des besoins spécifiques des pays.

⁵ Plan stratégique à moyen terme 2008-2013, Orientations stratégiques 2008-2013, paragraphe 28.

SECTION 5

COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS AVEC LE BURUNDI

5.1 DOMAINES DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE BURUNDI :

La coopération de l'OMS avec le Burundi est régie par l'Accord de base signé entre le Gouvernement du Burundi et l'OMS, le 8 août 1963. Au terme de cet Accord, l'OMS s'engageait à :

- i) Fournir les services de conseillers chargés de donner des avis et prêter assistance au Gouvernement ;
- ii) Organiser et diriger des cycles d'études, des programmes de formation professionnelle;
- iii) Attribuer des bourses d'études et de perfectionnement ;
- iv) Préparer et exécuter des projets-types, des essais, des expériences ;
- v) Fournir, au Gouvernement, toute autre forme d'assistance technique à caractère consultatif.

Sur la base de son 11^{ème} Programme général de Travail 2006-2015, l'OMS s'est dotée d'un plan stratégique à moyen terme 2008-2013, duquel vont découler les budgets programmes de coopération au cours des trois prochaines périodes biennales.

Le Bureau de la représentation de l'OMS au Burundi a retenu les treize objectifs stratégiques suivants pour la période biennale 2008-2009 :

- i) Réduire le fardeau sanitaire, social et économique dû aux maladies transmissibles ;
- ii) Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme ;
- iii) Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liées aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes ;
- iv) Réduire la morbidité et la mortalité, et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique, et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé;
- v) Réduire les effets sanitaires des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits en vue de minimiser leurs impacts sociaux et économiques ;
- vi) Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque (TOB, HPR) ;

- vii) Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé, à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme ;
- viii) Améliorer les services de santé à travers une meilleure gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion des ressources humaines, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles ;
- ix) Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation ;
- x) Fournir un leadership, renforcer le partenariat et la collaboration dans l'engagement avec les pays afin de remplir le mandat de l'OMS dans la mise en œuvre de son agenda sanitaire global, en droite ligne avec le Onzième Programme général de Travail;
- xi) Développer et maintenir l'OMS comme une organisation souple et d'apprentissage capable de remplir son mandat de manière efficace et efficiente.

Au regard de ces objectifs stratégiques; trente-neuf résultats attendus spécifiques ont été déterminés.

Le programme de coopération de l'OMS 2008-2009 contribue à la mise en œuvre du PNDS 2006-2010 en mettant l'accent sur l'appui stratégique et technique qui sera apporté au Ministère de la Santé publique et de Lutte contre le Sida. Pour la réalisation de son programme, l'OMS prévoit un budget total de US \$8 615 000 dont US \$3 156 000 (fonds ordinaires) et US \$3 156 000 (contributions volontaires). Il est évident que pour l'atteinte des résultats attendus spécifiques, le Bureau devra avoir à sa disposition ces fonds volontaires. Pour ce faire, une stratégie de mobilisation des ressources non ordinaires, devra être mise en œuvre, à tous les niveaux de l'Organisation.

Sur le plan des ressources humaines, les lacunes ont été identifiées et de nouveaux postes par groupes ont été proposés, dans le cadre de l'exercice de restructuration du Bureau, et acceptés par le Bureau régional.

5.2 APPUI DU BUREAU RÉGIONAL ET DU SIÈGE ET PARTICIPATION DE L'ÉQUIPE DE PAYS AUX ACTIVITÉS DU BUREAU RÉGIONAL ET DU SIÈGE

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Burundi guidera les appuis du Siège, du Bureau régional et de l'équipe interpays, conformément à l'esprit d'une seule Organisation. Le renforcement des capacités du personnel technique du Bureau sera d'une grande importance pour que le Bureau puisse jouer son rôle de conseiller technique du Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida. Les principaux appuis techniques attendus seront en rapport avec le développement, le suivi et l'évaluation des politiques, des stratégies et programmes dans différents domaines, y compris les réformes sanitaires.

Sans être exhaustif, il s'agit des domaines suivants :

- i) planification stratégique ;
- ii) vaccination et surveillance des maladies PEV/PFA ;
- iii) surveillance intégrée des maladies et riposte ;

- iv) suivi, évaluation et revues externes de la mise en œuvre des programmes nationaux de santé, y compris les médicaments essentiels ;
- v) établissement des outils, normes et standards ;
- vi) Règlement sanitaire international ;
- vii) maladies tropicales négligées ;
- viii) assurance qualité ;
- ix) élaboration des propositions au Fonds mondial ;
- x) production /révision des modules de formation ;
- xi) revue des documents techniques ;
- xii) recherche en santé ;
- xiii) renforcement du système de santé ;
- xiv) déterminants de la santé ;
- xv) renforcement des capacités.

SECTION 6

AGENDA STRATÉGIQUE DE LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE BURUNDI 2009-2013

L'agenda stratégique de la coopération de l'OMS avec le Burundi est le reflet des attentes du Gouvernement du Burundi par rapport aux missions et fonctions de l'OMS, au niveau du pays. Il tient compte du contexte sanitaire actuel, du nouvel environnement mondial, notamment en ce qui concerne l'aide au développement, en concertation avec l'ensemble des partenaires de la santé présents dans le pays.

Ainsi, l'agenda stratégique, qui couvre la période de 2009 à 2013, comporte les sept axes stratégiques suivants :

- i) Renforcement du système de santé et réforme pharmaceutique ;
- ii) Lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
- iii) Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent ;
- iv) Gestion des conséquences sanitaires des urgences, épidémies et catastrophes ;
- v) Renforcement du partenariat, de la coordination des partenaires, du plaidoyer et de la mobilisation des ressources ;
- vi) Appui institutionnel au Ministère de la Santé ;
- vii) Promotion de la santé et application du RSI.

6.1 LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET RÉFORME PHARMACEUTIQUE

6.1.1 *Renforcement des capacités managériales et techniques aux différents niveaux*

L'OMS contribuera :

- au processus de mise en place et d'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé ;
- à l'appui à la formation continue du personnel de santé, au niveau des centres de santé et hôpitaux de première référence ;
- à l'appui à l'enseignement médical et à la réforme de l'enseignement para médical ;
- à l'appui au renforcement du système d'information sanitaire (SIS).

6.1.2 Appui à la mise en oeuvre de la réforme sanitaire

- Mise en place des DS pilotes ;
- Appui au passage à l'échelle des DS, sur l'ensemble du pays ;
- Mise en œuvre de la politique de contractualisation basée sur la performance pour une amélioration de la qualité des soins et la motivation du personnel.

6.1.3 Appui à la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale

- Appui à la réforme du secteur pharmaceutique ;
- Appui à l'informatisation de la Centrale d'achat, des ME.

6.1.4. Appui à la relance des soins de santé primaires

- Renforcement des mécanismes de participation communautaire.

6.1.5. Appui à la mise en œuvre de la mesure de gratuité décrétée par le Président de la République

- Plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la gratuité ;
- Appui à l'évaluation du coût de la gratuité.

6.2 LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES

6.2.1 Lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme

L'OMS contribuera à apporter son appui :

- Au passage à échelle des interventions d'accès universel, aux services de prévention, soins et traitement des IST, du VIH et du sida ;
- Au renforcement des capacités des agents communautaires pour une meilleure contribution à la prévention, au dépistage, et à la prise en charge de la tuberculose ;
- Au renforcement de la surveillance et de la prise en charge des cas de tuberculose multi résistante et de la co-infection VIH/TUB ;
- A l'accès universel aux services de traitement et de prévention du paludisme ;
- Renforcement des bases factuelles nécessaires à la gestion de l'initiative FRP.

6.2.2 Lutte contre les maladies tropicales négligées et maladies chroniques non transmissibles

L'OMS va apporter son appui :

- Au passage à échelle dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte intégrée contre les MTN ;
- À l'élaboration des politiques nationales de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles ;
- À la réhabilitation psychosociale à base communautaire.

6.3 AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA MÈRE, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

L'OMS poursuivra son appui dans les domaines suivants :

6.3.1 *Mise en œuvre de la feuille de route pour accélérer la réduction des mortalités maternelle et néonatale*

- Renforcement des capacités, pour la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales;
- Passage à échelle du système de référence et contre-référence dans le cadre de la maternité à moindre risque ;
- Mise en place d'un système d'audit de décès maternel.

6.3.2 *Mise en œuvre de la politique nationale de la santé de la reproduction*

- Renforcement des capacités des prestataires dans la prise en charge globale des victimes de violences sexuelles;
- Implication de la communauté à assurer une assistance psychosociale des victimes de violences sexuelles ;
- Organisation des campagnes de lutte contre les facteurs de risque des cancers, en mettant un accent particulier sur le tabac et l'alcool ;
- Promotion de l'usage des contraceptifs oraux à base d'estrogène et des barrières (condoms et diaphragmes).

6.3.3 *Interventions de survie de l'enfant*

- Appui au programme élargi de vaccination, pour la prévention des maladies évitables, par la vaccination, y compris les programmes d'éradication de ces maladies ;
- Passage à échelle à la mise en œuvre de la stratégie PCIME ;
- renforcement de la surveillance des PFA et autres maladies du PEV.

6.4 GESTION DES CONSÉQUENCES SANITAIRES DES URGENCES, ÉPIDÉMIES ET CATASTROPHES

Les menaces les plus sérieuses au Burundi, en dehors des conflits sociaux devenus cycliques, restent les changements climatiques avec ses manifestations spatiales qui sont les sécheresses récurrentes, les inondations, les mouvements de terrains, les tempêtes et les épidémies ainsi que d'autres urgences nécessitant des réponses sanitaires rapides et bien organisées.

L'OMS donnera son appui selon les quatre fonctions qui lui sont dévolues dans le domaine des urgences :

6.4.1 *Analyse des besoins*

L'OMS veillera avec les partenaires à ce qu'une évaluation de la situation soit faite assez rapidement sur les lieux pendant les urgences, catastrophes et épidémies afin que des propositions de solutions adaptées et réalistes soient faites ainsi qu'un suivi de l'évolution sanitaire et de la progression de la situation de crise dans le pays.

6.4.2 Facilitation de la coordination

Une fois que les besoins seront identifiés et les stratégies déterminées, l'OMS facilitera la coordination de l'action des partenaires, en collaboration avec le Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida, pour une meilleure efficacité. Il s'agira essentiellement d'obtenir le consensus sur l'analyse des besoins déjà faite, de valider les stratégies d'intervention retenues, d'examiner les possibilités (ressources humaines, financières et logistiques) de chaque partenaire, pour des interventions coordonnées, de coordonner les appuis en vue de maximiser l'impact, de s'assurer que la dimension santé est prise en compte dans les interventions des partenaires dans leur planification et programmation pour l'amélioration des conditions de vie des populations.

6.4.3 Identifier les lacunes et s'assurer que les besoins sont satisfaits et les fonds rendus disponibles

Étant donné que les fonds disponibles pour la réponse aux urgences, sont des fonds catalytiques et que les besoins dans ce domaine, sont remplis par des engagements ad hoc des partenaires, l'OMS fera le plaidoyer afin que l'appui de ces partenaires soit obtenu afin que les gaps soient comblés en temps opportun.

6.4.4 Fournir un appui technique pour le renforcement des capacités nationales

Compte tenu du fait qu'il est souvent difficile de pouvoir mobiliser les capacités nationales pour la réponse aux urgences, l'OMS s'attellera au renforcement des capacités nationales institutionnelles de préparation pour une réponse nationale améliorée aux urgences.

6.5 RENFORCEMENT DU PARTENARIAT, DE LA COORDINATION DES PARTENAIRES, DU PLAIDOYER ET DE LA MOBILISATION DES RESSOURCES

L'OMS donnera son appui dans les longs processus déjà entamés, à travers la mise en œuvre de la politique nationale de santé (2005-2015), du Plan national pour le développement du secteur de santé (PNDS), pour la période 2006-2010.

L'OMS continuera à assumer le secrétariat du Groupe de Concertation des Partenaires pour la Santé et Développement (CPSD) créé en mars 2007, avec comme mandat de coordonner le soutien technique et financier nécessaire dans la mise en œuvre du PNDS pour atteindre les OMD dans le contexte du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) du pays.

L'OMS apportera aussi son appui à l'Initiative initiale pour la Santé (IHP), à l'Harmonisation de la Santé en Afrique (HHA), avec une forte implication de tous les partenaires au développement sanitaire, pour une meilleure mobilisation des ressources pour la santé.

6.6 APPUI INSTITUTIONNEL AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

L'OMS poursuivra son appui par des conseils pour la formulation et la révision des politiques et stratégies de santé, l'adoption et l'application des normes et standards, la production d'informations sanitaires aidant à la prise de décisions et la mobilisation de ressources.

6.6.1 Formation et révision des politiques nationales de santé

L'OMS apportera son appui à la formulation et à la révision des politiques et stratégies (approche de district, contractualisation, cadre des dépenses à moyen terme, santé en milieu de travail, protection sociale, etc.).

L'appui sera également donné pour le développement de l'approche sectorielle et à l'application, dans le secteur de la santé, des Déclarations de Rome et de Paris sur l'appropriation, l'alignement et l'harmonisation. Un appui sera par ailleurs, donné à la formulation des orientations, en faveur du partenariat public-privé dans le secteur de la santé.

6.6.2 Renforcement de la production d'informations sanitaires de qualité

L'OMS fournira son appui au renforcement du système national d'information sanitaire, au renforcement des capacités pour l'élaboration des comptes nationaux de santé, au renforcement des capacités en matière de gestion des connaissances, à la promotion de la recherche opérationnelle, dans le domaine notamment de la santé de la reproduction et des recherches sur les systèmes de santé.

PROMOTION DE LA SANTÉ ET APPLICATION DU RSI 2005

6.7.1 Dans le domaine de la promotion de la santé, l'OMS apportera son appui pour :

- Élaborer une politique nationale de promotion de la santé et une réglementation en matière de l'hygiène et de l'assainissement (stratégie nationale de promotion de la santé, code de la santé) ;
- Renforcer les capacités nationales pour la mise en œuvre des actions intersectorielles et participatives visant la promotion des comportements favorables à la santé en impliquant davantage les populations et les différents groupes d'action (tabac, drogues, autres substances psycho actives psychoactives) ;
- Promouvoir des environnements favorables à la santé (écoles-santé, villages santé, espaces sans tabac, qualité de l'eau dans les villes à grande concentration et dans les zones de haute endémicité) ;
- Promouvoir des actions intersectorielles, pour faire face aux grands déterminants sociaux et économiques de la santé. (accès aux connaissances, promotion des initiatives locales et à base communautaire).

6.7.2 Dans l'application du RSI 2005 :

Le Burundi a procédé en juin 2007, au lancement officiel de l'application du Règlement sanitaire international (RSI). Ceci a marqué l'engagement du Burundi à mettre en œuvre ce règlement et à respecter les obligations y afférentes telles qu'elles ont été adoptées lors de l'Assemblée mondiale de la Santé, en 2005.

L'OMS donnera son appui au Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida afin que les mesures édictées par le Règlement sanitaire international concernant les personnes, les bagages, les cargaisons, les conteneurs, les moyens de transport, les marchandises et colis postaux suspects, puissent être mis en application pour prévenir et réduire la propagation internationale des maladies, en évitant toute entrave inutile au trafic international. Ceci concerne aussi l'alerte et l'action, en cas d'épidémie, de catastrophe naturelle, de dissémination voulue ou accidentelle de matériels chimiques, biologiques, radio nucléaires pouvant affecter la santé internationale.

SECTION 7

MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME STRATEGIQUE

7.1 IMPLICATION POUR LE BUREAU DE PAYS

La mise en œuvre des orientations stratégiques contenues dans le présent document de Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Burundi, impliquera des changements au sein du Bureau l'OMS au Burundi. Au niveau de la planification, les orientations retenues seront traduites en plans opérationnels de deux ans, en concertation avec les responsables nationaux du Ministère de la Santé. Ces plans tiendront compte des évolutions majeures qui surviendront dans le pays et l'allocation des fonds à la hauteur de la priorité accordée à chaque axe stratégique.

Au niveau organisationnel, le Bureau de l'OMS au Burundi connaîtra des adaptations au niveau du personnel (et conformément à l'exercice de reconfiguration du bureau récemment organisé) afin de répondre efficacement aux besoins d'appui au pays. Le futur organigramme pour le Bureau l'OMS au Burundi se trouve en Annexe 3.

Quelques fonctionnaires devront être recrutés afin d'apporter efficacement l'appui escompté. Il s'agit en l'occurrence, des professionnels nationaux en charge du paludisme, des urgences et actions humanitaires et tuberculose/lèpre, des médicaments essentiels, un économiste de la santé et de deux assistant(e)s aux programmes.

Avec le temps et en fonction des moyens disponibles, des spécialistes en analyses économiques, en informatique et statistiques, seront recrutés, en vue d'accroître la capacité d'appui du Bureau. Afin de fidéliser le personnel, le Bureau s'inscrira dans la politique de l'OMS, en matière de ressources humaines en cours. Le Bureau s'efforcera d'assurer à son personnel des formations en cours d'emploi dans des domaines ciblés pour accroître leur efficacité.

Le Bureau de l'OMS au Burundi fera usage des recommandations en vigueur, pour le suivi budgétaire et pour le suivi/évaluation des activités programmées. De plus, Il se servira de ce document de stratégie de coopération pour mobiliser les ressources locales ou à l'extérieur du pays afin de mettre en œuvre les activités prévues dans le plan.

7.2 IMPLICATION POUR LES ÉQUIPES INTERPAYS, LE BUREAU RÉGIONAL ET LE SIÈGE

La mise en œuvre de la Stratégie de Coopération sera une opportunité pour l'équipe interpays récemment mise en place, le Bureau régional et le Siège d'adapter leur réponse aux besoins exprimés par le pays, aussi bien pour la qualité de l'appui que pour la rapidité des réponses. Sans être exhaustifs, les domaines d'appui technique déjà ciblés sont : renforcement des capacités, évaluation et revues externes des activités et stratégies, réunions

inter pays, élaboration de documents de politique ainsi que la réalisation des études dans divers domaines.

L'équipe interpays, le Bureau Régional et le Siège devront contribuer à la mise à jour régulière des connaissances techniques des membres du personnel dans leurs domaines spécifiques de prédilection ainsi que dans le cadre des connaissances générales. De plus, une facilitation dans l'octroi des fonds sera nécessaire en vue de répondre efficacement et à temps aux besoins d'appui au pays.

7. 3 SUIVI ET ÉVALUATION

Le dispositif de suivi a pour objectif de mesurer périodiquement les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la stratégie de coopération avec le pays, et de proposer les ajustements requis. L'évaluation, quant à elle, vise à mesurer les résultats et l'impact de la mise en oeuvre de la stratégie de coopération sur la santé de la population.

L'opérationnalisation de la présente Stratégie de Coopération se fera dans le cadre du processus gestionnaire habituel de l'Organisation et se basera sur les mécanismes et les instruments de planification stratégique et opérationnelle en vigueur. Il s'agit des plans d'action biennaux et opérationnels, des budgets programmes et du système de gestion basé sur les résultats.

Des réunions techniques au sein du Bureau de l'OMS au Burundi seront régulièrement organisées en vue de suivre l'état d'avancement des activités planifiées et de faire les réajustements nécessaires en cas de besoin. Ces réunions pourront parfois être élargies aux partenaires extérieurs à l'OMS. Des rapports d'activités trimestriels, semi-annuels et annuels sur l'état d'avancement des activités (tenant compte des indicateurs de processus et d'impact), seront faits et transmis à qui de droit.

Une revue à mi-parcours de la Stratégie de Coopération se fera à la fin du premier exercice biennal couvert par l'agenda stratégique et son contenu sera adapté en fonction des résultats de cette revue. Une évaluation générale sera faite à la fin de la période couverte par la stratégie de coopération. Toutes ces évaluations seront entreprises par l'équipe du Bureau de l'OMS dans le cadre de l'idée par l'équipe interpays, le Bureau régional et le Siège.

L'évaluation de son impact sur l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement directement liés à la santé, se fera de façon participative en incluant les partenaires consultés lors de son élaboration.

ANNEXES

1. BIBLIOGRAPHIE

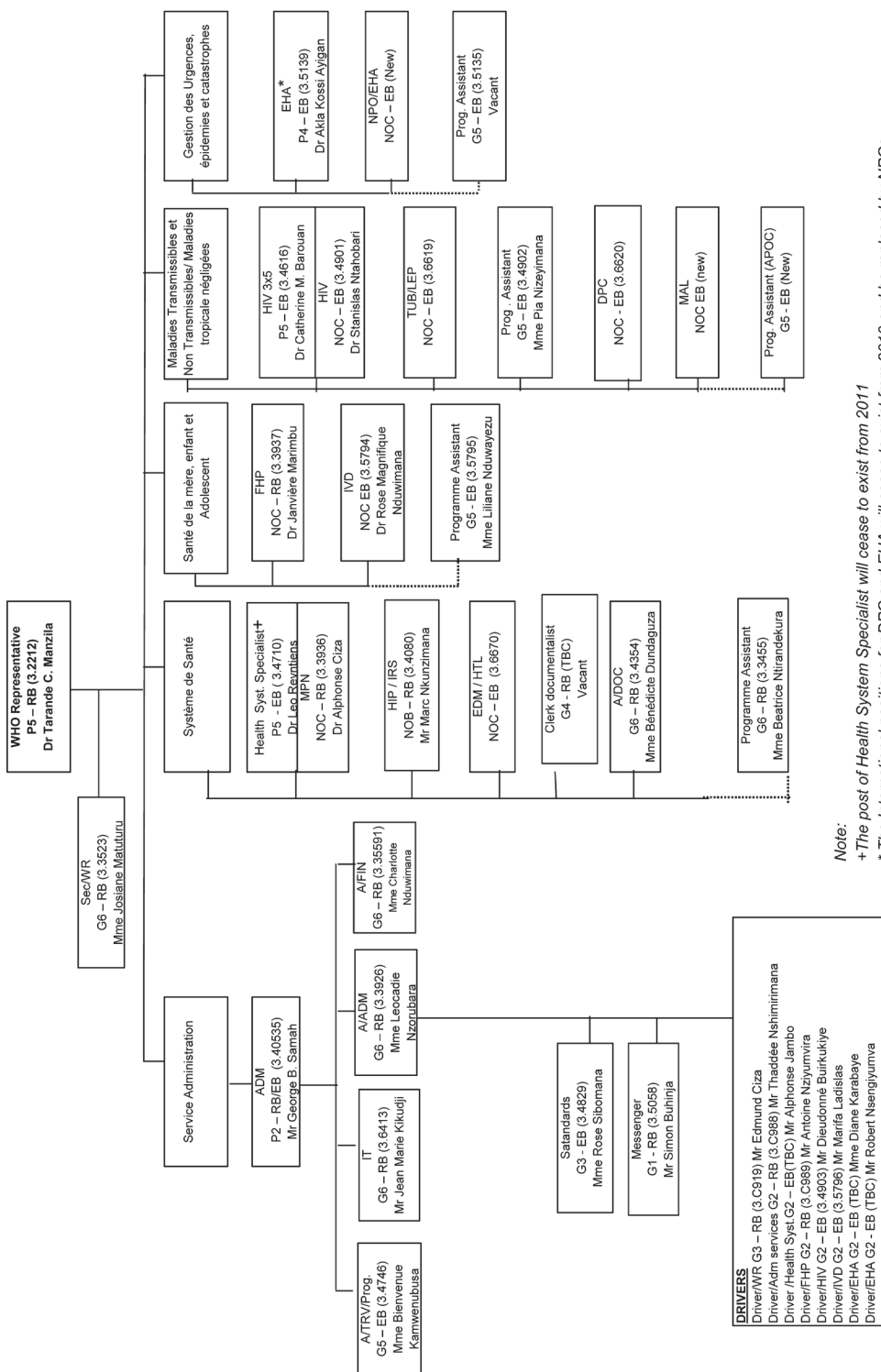
1. S'engager pour la santé, Onzième programme de travail général, 2006-2015, Programme mondial d'action sanitaire, OMS, mai 2006.
2. Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, 2 mars 2005
3. Déclaration de Rome sur l'Harmonisation, 25 février 2003.
4. Plan national de développement sanitaire 2006-2010, Ministère de la Santé publique, décembre 2005.
5. Rapport National sur le Développement humain au Burundi, PNUD, 2005.
6. Décret n°100/136 du 16 juin 2006 portant subvention des soins aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements dans les structures des soins publiques et assimilées, Bujumbura, 16 juin 2006.
7. Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, 2007-2010.
8. Politique nationale de santé du Burundi, 2005-2015, Ministère de la Santé publique, 2004
9. Rapport annuel d'activités curatives et préventives des centres de santé et des hôpitaux, EPISTAT, 2005
10. Enquête nationale de séroprévalence de l'infection par le VIH, au Burundi, CEFORMI, Bujumbura 2002
11. Évaluation interagence des besoins en santé et nutrition, Burundi, mai 2004, document de synthèse, 30 septembre 2004
12. Étude sur la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents en Mairie de Bujumbura, CEFORMI, 2002
13. Groupe de réflexion sur la santé et le développement, rapport n°1, NICAYENZI Zénon, Bujumbura, Mai 2005
14. Document Cadre de Partenariat France - Burundi - DCP - (2006-2010), www.diplomatie.gouv.fr
15. Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, République du Burundi, 2005-2009
16. Consolidated Appeal Process, Burundi 2007, Projects
17. Rapport annuel 2006, OMS Burundi, mars 2007
18. Reconfiguration du bureau de l'OMS au Burundi, 2007
19. Programme du Gouvernement du Burundi 2005-2010 : priorité à la bonne gouvernance et la relance du développement socio-économique, Bujumbura, 2005
20. Stratégie intégrée d'appui des Nations Unies à la consolidation de la paix au Burundi, 2007-2008, mars 2007
21. Le nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique, octobre 2001, www.nepad.org
22. La santé dans les objectifs du Millénaire pour le développement, objectifs, cibles et indicateurs directement liés à la santé, www.who.int/mdg

Autres documents utilisés :

23. Guidelines for Updating Country Cooperation Strategies in the WHO African Region, WHO, Regional Office for Africa, 2007
24. Stratégie de coopération de l’OMS avec les pays, Bénin, 2004-2008
25. Stratégie de coopération de l’OMS avec les pays, République de Guinée, 2004-2007

2. ORGANIGRAMME DU BUREAU DE PAYS DE L'OMS

ORGANISATIONAL CHART FOR WHO BURUNDI COUNTRY OFFICE



Note:

+ The post of Health System Specialist will cease to exist from 2011

* The International positions for DPC and EHA will cease to exist from 2010 and be replaced by NPOs

§ Health Economist post is planned to start from 2010