

**REPUBLIQUE DU BURUNDI**

**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**

**DIRECTION GENERAL DES SERVICES DE SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**

**PROGRAMME NATIONAL INTEGRE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES  
CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES.**

**PLAN D'ACTION MULTISECTORIEL DE PREVENTION ET  
DE CONTROLE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES  
2019-2023.**



**Juin 2019**

## TABLE DES MATIERES

Liste des tableaux.....	5
Liste des figures .....	6
Liste des sigles et abréviations.....	7
Remerciements.....	9
Préface.....	10
<b>PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET ELABORATION DU PLAN .....</b>	<b>17</b>
<b>CHAPITRE I : CONTEXTE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES (MNT).....</b>	<b>18</b>
I.1. Contexte général et sanitaire du pays .....	18
I.1.1. Contexte National .....	18
I.1.2. Infrastructures de gouvernance et de santé.....	18
I.1.3. Organisation des soins .....	19
I.2. Contexte des Maladies Non Transmissibles (MNT) .....	20
I.2.1. Dans le monde .....	20
I.2.2. Au Burundi .....	20
I.3. Opportunités et défis.....	21
I.3.1. Réponses globales .....	21
I.3.2. Réponses régionales.....	24
I.3.3. Réponses nationales.....	25
I.3.4. Les défis nationaux .....	26
I.4. Bases logiques de l'action .....	28
I.5. Le Plan d'Action Multisectoriel (PAM) : portée et structure .....	28
I.5.1. Portée du PAM .....	28
I.5.2. Structure du PAM.....	29
I.6. Liens avec les plans pertinents existants .....	29
<b>CHAPITRE II : ELABORATION DU PLAN D'ACTION MULTISECTORIEL POUR LA PREVENTION ET LE CONTROLE DES MNT .....</b>	<b>29</b>
II.1. Atelier de conception du PAM.....	29
II.2. Participation des secteurs pertinents au processus .....	30
II.3. Déroulement des activités .....	30
II.4. Finalisation .....	30

DEUXIEME PARTIE : MISE EN ŒUVRE DU PLAN D’ACTION MULTISECTORIEL POUR LA PREVENTION ET LE CONTRÔLE DES MNT .....	32
CHAPITRE III: AGENDA STRATEGIQUE NATIONAL.....	33
III.1. Cadre national d’action .....	33
III.2.1.Vision .....	34
III.2.2.Mission.....	34
III.3. Les cibles nationales en matiere de mnt.....	34
III.3.1. Le processus d’établissement des cibles nationales .....	35
III.3.2. Cibles et indicateurs nationaux des MNT .....	35
III.3.3. Objectifs et cibles nationaux relatifs aux MNT .....	36
III.4. Principes directeurs pour l’action .....	37
III.4.1.Collaboration multisectorielle.....	37
III.4.2. Coopération.....	38
III.4.3. Echelonnement des interventions au cours de la vie.....	38
III.4.4. Equité et couverture universelle.....	38
III.4.5. Pérennité des activités et de leur surveillance.....	38
III.4.6.Stratégie basée sur les données factuelles.....	38
III.5. Les domaines d’action et les objectifs strategiques .....	38
III.5.1. Domaines d’actions stratégiques.....	38
III.5.2. Axes stratégiques .....	39
III.6. La priorisation des actions pour la prévention et le contrôle des MNT.....	39
CHAPITRE IV : PLAN DE MISE EN ŒUVRE.....	42
IV.1. Plan de mise en œuvre .....	42
IV.1.1. Dans le domaine de la gouvernance .....	42
IV.1.2. Dans le domaine de la prévention.....	46
IV.1.3. Dans le Domaine de la PEC MNT prioritaires .....	55
IV.1.5. Dans le domaine de la recherche .....	57
IV.2. Mécanismes facilitant la mise en œuvre du PAM pour la prévention et le contrôle des MNT.....	58
IV.2.1. Mécanisme national de coordination et de mise en œuvre .....	58
IV.2.2. Mécanismes de coordination provinciale ou locale .....	59
IV.2.3. Rôles et responsabilités des comités de coordination.....	60
IV.2.4. Une approche progressive de la mise en œuvre du PAM.....	61

IV.2.5. Renforcement des capacités.....	61
CHAPITRE V : COUT ET FINANCEMENT DU PAM POUR LA PREVENTION ET LE CONTROLEDES MNT.....	61
V.1. Estimation des couts pour la mise en œuvre du pam .....	62
V.1.1. Méthodologie d'estimation .....	62
V.1.2. Estimation des coûts.....	62
V.2. Financement du PAM .....	77
CHAPITRE VI : SUIVI ET EVALUATION .....	79
VI.1. Cadre national de surveillance.....	79
VI.2. Suivi de l'impact et des resultats du PAM.....	80
VI.3. Suivi et Evaluation de la mise en œuvre du PAM.....	82
VI.4. Mécanismes de rapport .....	87
VI. Evaluation du PAM en 2023.....	87
REFERENCES.....	88
ANNEXE 1 : Proposition de Certificat de Décès .....	88
ANNEXE 2: Ordonnance Réorganisant le programme .....	91
ANNEXE 3: Invitations à l'atelier du PAM .....	98

## LISTES TABLEAUX

Tableau 1: Les 9 cibles mondiales des MNT (Plan d'action mondial de lutte contre les MNT de l'OMS, 2013-2020).....	15
Tableau 2: Les meilleurs choix contre les facteurs de risque .....	22
Tableau 3: Les meilleurs choix contre les principales MNT .....	23
Tableau 4: Cadre d'action national de prévention et de contrôle des MNT .....	33
Tableau 5: Les 9 cibles nationales en matière de MNT .....	34
Tableau 6: Cibles et indicateurs nationaux des MNT .....	35
Tableau 7: Relation entre les objectifs du PAM et les cibles nationales .....	36
Tableau 8: Dans le domaine du leadership et de la Gouvernance .....	43
Tableau 9: Réduction des facteurs de risque.....	46
Tableau 10: Prise en charge des 4 principales MNT .....	56
Tableau 11: Surveillance, suivi-évaluation.....	56
Tableau 12: Recherche sur les 4 principales MNT .....	58
Tableau 13: Estimation des coûts de la gouvernance .....	62
Tableau 14: Estimation des Coûts de la Prévention des MNT .....	65
Tableau 15: Estimation des coûts de la prise en charge des MNT .....	68
Tableau 16: Estimation des coûts de la surveillance des MNT .....	73
Tableau 17: Estimation des Coûts de la Recherche sur les MNT .....	75
Tableau 18 : Modèle de surveillance du PAM burundais.....	79
Tableau 19: Suivi-évaluation de l'impact et des résultats du PAM.....	80
Tableau 20: Surveillance de la mise en œuvre du PAM burundais .....	82

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Mortalité imputable aux MNT en 1990 et 2018 (IHME).....	12
Figure 2: Causes de décès selon l'âge au Burundi (IHME).....	13
Figure 3 : Facteurs de risque de décès au Burundi (IHME).....	13
Figure 4: Organigramme du PAM .....	59

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ASC	: Agent de santé communautaire
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
BDS	: Bureau du District sanitaire
BPCO	: Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
BPS	: Bureau Provincial de santé
CDS	: Centre De Santé
CHUK	: Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge
CNCHN	: Conseil National Conjoint de Haut Niveau
CNPK	: Centre neuropsychiatrique de Kamenge
CSA	: Conseil Scientifique d'Appui
CTN	: Conseil Technique National
DHIS 2	: Plan National de Développement Sanitaire 2ème génération
EAC	: East African Community - Communauté Est Africaine
EACNCDA	: East African Community Non Communicable Diseases Alliance
EDS III	: Enquête Démographique et de Santé
FOSA	: Formation Sanitaire
GYTS	: Global youth tobacco survey
HTA	: Hypertension Artérielle
IHME	: Institute for Health Metrics and Evaluation
IM	: Infarctus du Myocarde
IMC	: Indice de Masse Corporelle
ISTEBU	: Institut des Statistiques et des Etudes Economiques du Burundi
IVA	: Inspection visuelle avec l'acide acétique
Km <sup>2</sup>	: Kilomètre carré
MCNT	: Maladies Chroniques Non Transmissibles
MCV	: Maladies Cardio - Vasculaires
MNT	: Maladies Non Transmissible
MRC	: Maladies Respiratoires Chroniques
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
NU	: Nations Unies
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PAM	: Plan d'Action Multisectoriel
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PEC	: Prise En Charge

PIB	: Produit Intérieur Brut
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PND	: Plan National de Développement
PNDS III	: Plan National de Développement Sanitaire 3ème génération
PNILMCNT	: Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles
PTF	: Partenaire Technique et financier
RDC	: République Démocratique du Congo
RGPB	: Recensement Général de la Population du Burundi
SARA	: Services Availability and Readiness Assessment
SC	: Société Civile
SIS	: Système d'Information sanitaire
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
TA	: Tension Artérielle
VHB	: Virus de l'Hépatite B
VHC	: Virus de l'Hépatite C
VIH	: Virus de l'Immuno-déficience humaine
VPH	: Virus du papillome humain



## Remerciements

La lutte contre les maladies non transmissibles nécessite l'implication de tous les secteurs de développement dans l'identification des facteurs de risque et le renforcement de partenariat pour des interventions efficaces.

De ce fait, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida tient à manifester toutes ses reconnaissances et sa gratitude aux différentes Institutions qui ont contribué à l'élaboration, à la finalisation et à la validation du présent Plan d'action Multisectoriel de prévention et de contrôle de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles.

Nos remerciements vont particulièrement à l'endroit de l'Organisation Mondiale de la Santé pour avoir bien voulu assurer le financement du processus de l'élaboration de ce document et pour l'appui technique apporté, qui a permis d'améliorer de manière substantielle son contenu.

Aussi, nous remercions sincèrement tous les secteurs publics, privés et les programmes qui ont mis à notre disposition des informations fiables et de qualité pour enrichir l'analyse de nos données et parvenir à la réalisation d'un document consensuel.

Nos remerciements vont également aux différentes associations qui se sont investies dans la démarche rédactionnelle. Leurs expériences de terrain nous ont permis de d'enrichir le document.

Nous espérons que cet esprit de concertation qui a guidé le processus de l'élaboration et de l'adoption du présent document se poursuivra dans sa mise en œuvre pour relever le défi commun, à savoir les menaces croissantes des maladies non transmissibles qui pèsent sur nos populations.

## **Préface**

Les Maladies Non Transmissibles sont en émergence actuellement dans le monde entier et représentent un problème de santé publique. Dans cette gamme de maladies se situent les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les hémoglobinopathies, les troubles mentaux, les maladies buccodentaires, les troubles auditifs, traumatiques et neurologiques. Longtemps négligées, elles n'ont pour autant cessé de faire des dégâts dans les communautés en éprouvant les familles et en les contraignant à une vie socio-économique misérable.

Selon l'OMS, la morbidité et la mortalité liées aux MNT augmentent plus vite en Afrique que partout ailleurs dans le monde. Ces maladies limitent les efforts faits par les Etats pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD). En 2000, dans le cadre de la lutte contre ces MNT, la communauté internationale, a organisée une Assemblée générale à Brazzaville, au cours de laquelle a été adoptée la stratégie mondiale de prévention et de contrôle des MNT.

Deux réunions tenues en 2011 et en 2014 par l'Assemblée Générale des Nations Unies sur les MNT se sont traduites par un certain nombre d'engagements nationaux à mettre en œuvre en 2015 et 2016 pour réduire les risques de développer des MNT, fournir des meilleurs soins aux personnes souffrants des MNT et suivre les tendances et les progrès dans la lutte contre ces maladies. La 3<sup>e</sup> RHN-ONU de septembre 2018 a été une occasion de procéder à un examen critique des progrès réalisés.

Au Burundi, la prévalence nationale de ces pathologies n'est pas connue mais des données partielles indiquent qu'elles sont en constante augmentation. Pour faire face au fardeau que constituent les MNT, le Burundi s'est doté des plans stratégiques des différentes pathologies de lutte contre les MNT et certains facteurs de risque. Ces documents s'inspiraient de la Politique Nationale de Santé (PNS 2011-2015) et du Plan National de Développement Sanitaire (PNDSII 2010-2015). Pour éviter la plupart des décès prématurés dus aux Maladies Chroniques Non transmissibles, il est préférable d'intervenir sur les politiques publiques dans d'autres secteurs que celui de la santé plutôt que de modifier seulement les politiques de santé. Les politiques nationales dans des secteurs autres que la santé ont une influence majeure sur les facteurs de risque des Maladies Chroniques Non Transmissibles.

C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida à travers le Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles vient d'élaborer un Plan National Multisectoriel de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (2019-2023) en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et d'autres partenaires s'inspirant du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS III 2019-2023).

Ainsi, j'invite tous les acteurs du secteur de la santé, des autres départements ministériels, de la société civile, des Organisations Non Gouvernementales (ONG), des Partenaires Techniques et Financiers (PTFs) à se l'approprier et à contribuer à sa mise en œuvre effective.

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

**Dr Thaddée NDIKUMANA**

## Introduction

Il y a quelques décennies, pendant que les pays à revenus faibles d'Afrique, d'Asie du Sud et d'Amérique Latine ployaient sous le poids des maladies infectieuses, le monde pensait que les maladies non transmissibles étaient l'apanage des pays du Nord. La mondialisation des modes des marchés et des modes de vie, mais également, bien évidemment, l'efficacité des programmes de lutte contre le paludisme, le Sida, la tuberculose, la lèpre, les maladies dites négligées, ainsi que l'extension des programmes de vaccination, ont changé la donné épidémiologique dans le monde.

Les maladies non transmissibles (MNT) sont devenues progressivement la cause principale de mortalité et morbidité dans toutes les régions du monde, comme l'ont bien montré les analyses du Global Burden of Disease qui sont mises à jour dans chaque région et chaque pays après année. Ce vocable couvre des maladies multiples et diverses : les maladies cardiovasculaires (MCV), les cancers, le diabète, les affections respiratoires chroniques, les maladies mentales, les maladies neurologiques, dermatologiques, dégénératives, rénales, traumatiques, buccodentaires, etc. Elles sont en grande partie caractérisées par leur évolution chronique et le fait qu'elle ne sont pas causés par des agents infectieuses.

Néanmoins quatre MNT sont considérées être principales parce qu'elles sont responsables, et de loin, de la plus grande charge de morbidité et mortalité dans toutes les populations et du fait qu'elles partagent des causes communes (tabac, alimentation, etc.).

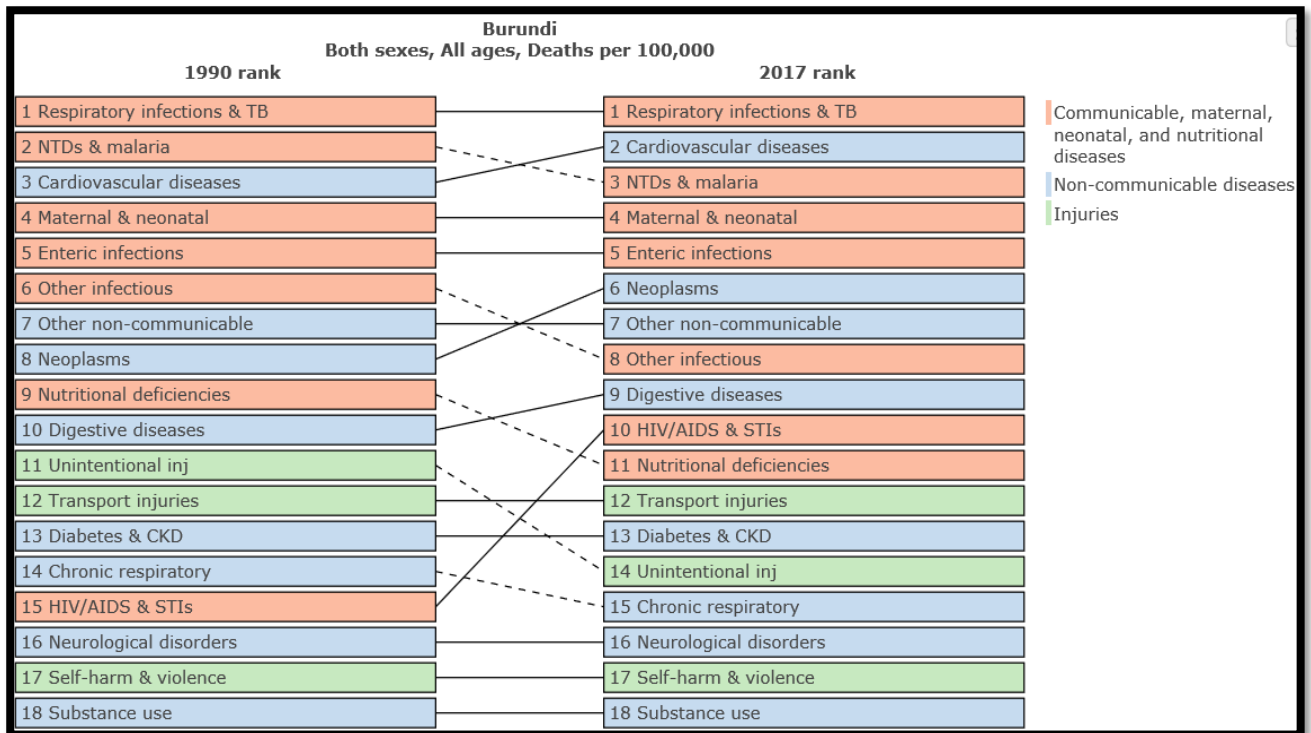
Selon l'Organisation mondiale de la Santé en 2015, 40 millions de décès sur les 56 millions de décès enregistrés dans le monde (soit 70%) sont dues aux maladies non transmissibles. Il s'agit principalement des maladies cardiovasculaires, des cancers, des maladies respiratoires chroniques et du diabète. Chaque année, 15 millions de personnes, âgées entre 30 à 69 ans, meurent d'une maladie non transmissible ; plus de 80% de ces décès « prématurés » surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

L'impact économique de ces maladies est immense. L'invalidité liées à ces malades, la soustraction de la force laborieuse due à la morbidité et mortalité de ces maladies, les dépenses occasionnées par les prises en charge, laminent les économies des pays. Les pertes économiques cumulées sur 15 ans, imputables à ces maladies, ont été calculées à 7000 milliards de dollars. En conséquence, les MNT sont un énorme frein au développement et un grand obstacle à la lutte contre la pauvreté.

Le Burundi ne dispose pas de données nationales sur la mortalité relative aux MNT mais le Burden of Disease (IHME ; <http://www.healthdata.org> ) permet d'en faire, comme pour tous les pays, des estimations sur la base des données dans la région.

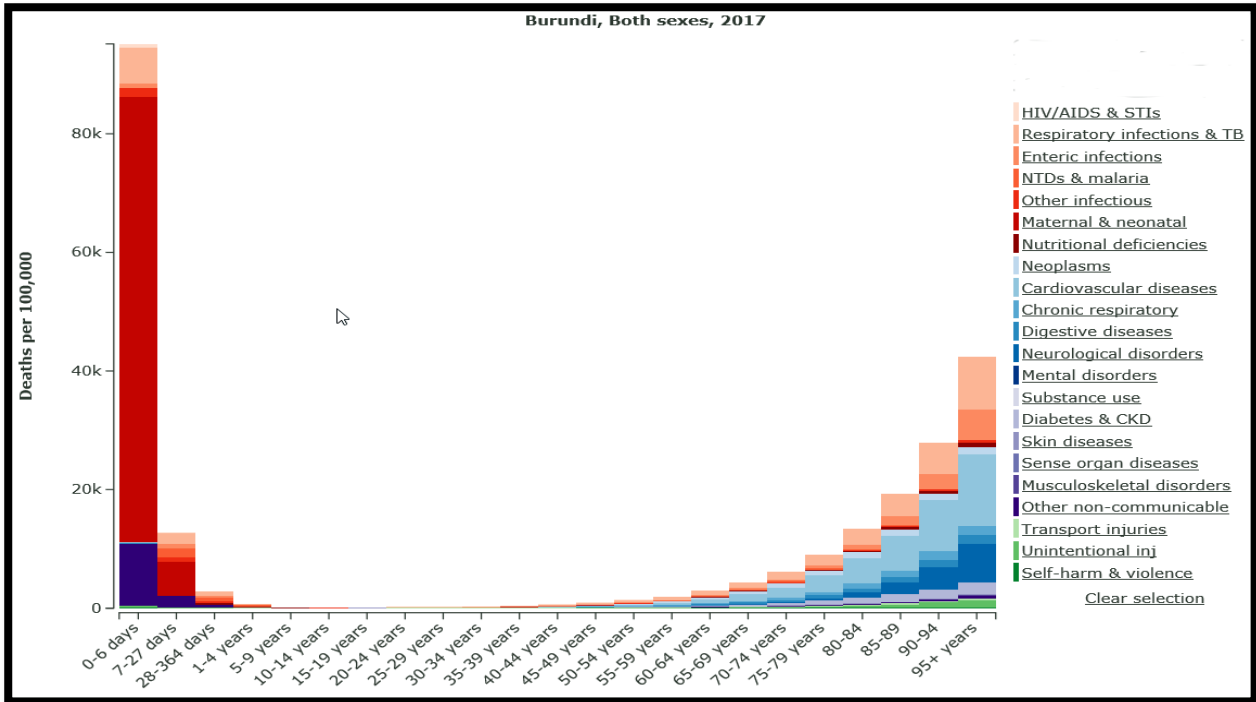
La figure suivante montre que les décès dus aux MNT sont en augmentation (1990 et 2018).

**Figure 1 : Mortalité imputable aux MNT en 1990 et 2018 (IHME)**



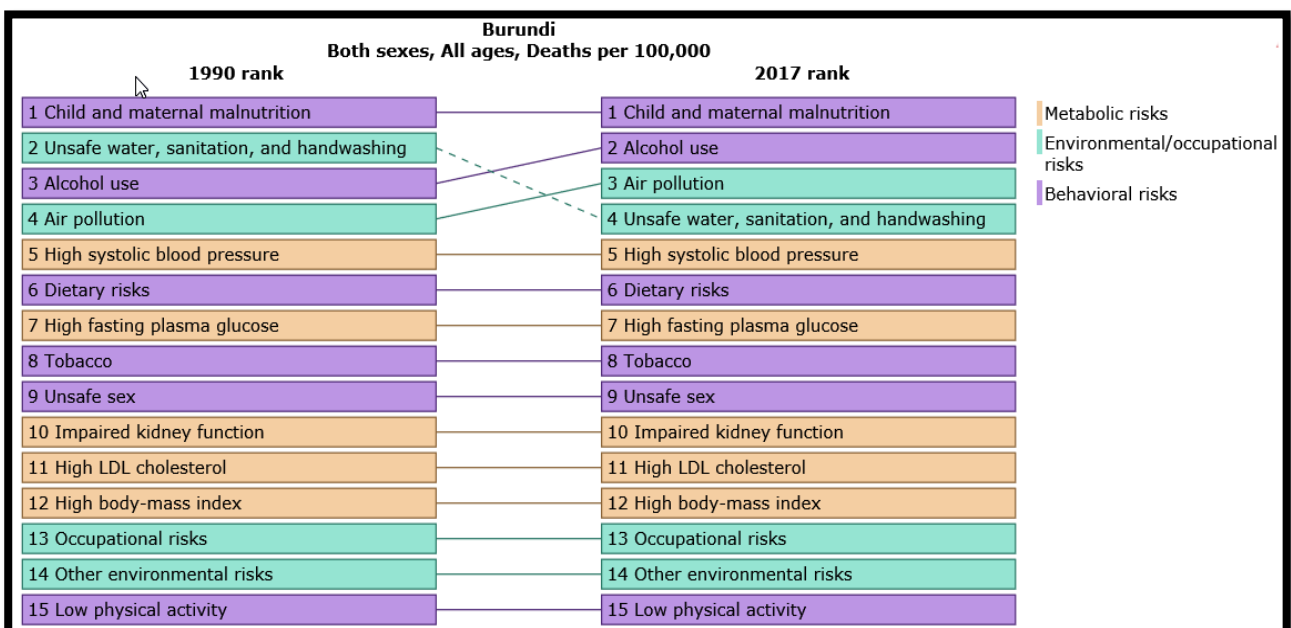
La figure 2 montre que la mortalité due aux maladies infectieuses reste très importante au Burundi, surtout dans les premières années de vie. En conséquence, la priorité sanitaire absolue demeure d'enrayer les maladies infectieuses, surtout dans les premières années de vie. Cependant, la figure montre aussi que les MNT sont, collectivement, la cause de la majorité des décès prématurés à l'âge adulte. Il est donc indispensable que des programmes de prévention et de contrôle des MNT soient développés.

**Figure 2: Causes de décès selon l'âge au Burundi (IHME)**



Quant à la figure 3, elle montre que les causes du plus grand nombre de décès au Burundi incluent plusieurs facteurs de risque des MNT, tels que l'alcool, le tabac, une alimentation malsaine, l'hypertension, le diabète et la pollution (ce qui inclut la fumée à l'intérieur des maisons). Cette liste des causes principales de mortalité au Burundi désigne de fait les domaines d'action prioritaires que le présent plan de prévention et contrôle des MNT doit développer et mettre en place.

**Figure 3 : Facteurs de risque de décès au Burundi (IHME)**



Les difficultés de diagnostic partagent la responsabilité de cette lacune avec les insuffisances de remplissage des certificats de décès ou même l'inhumation autorisée par un simple document administratif. Toutefois, les données démographiques sont sans équivoques, si les personnes âgées de plus de 60 ans ne représentent que 5.4% de la population (MSPLS, EDS 2016 ?), les MNT y sont pour beaucoup. Même les simples observations hospitalières et celles, plus empiriques, du terrain concordent.

Heureusement, l'expérience acquise et les résultats de multiples études démontrent qu'on dispose de connaissances suffisantes pour combattre ces maladies. La Déclaration politique des Nations Unies de Septembre 2011 reconnaît l'existence de moyens de prévention et de contrôle des MNT, De plus, un bon nombre de mesures efficaces ne sont à la portée de tous les pays.

Augmenter les taxes sur le tabac, réduire la consommation de sel dans les aliments, développer des campagnes d'information sur l'activité physique et la consommation de fruits et légumes, augmenter les taxes sur les boissons alcoolisées, en sont quelques-unes. Ces mesures sont détaillées dans l'Appendice 3 du Plan d'Action Mondial pour la prévention et le contrôle des MNT de l'OMS 2013-2020. Il ressort de ces exemples que la prévention et la prise en charge des MNT au niveau individuel, à travers les services de santé, ne sauraient suffire pour les combattre efficacement. Une action multisectorielle pour réduire les facteurs de risques des MNT dans la population est également indispensable.

En effet, la Déclaration politique des Nations Unies de Septembre 2011, approuvée par les Chefs d'Etats et de Gouvernements, invite tous les pays membres à élaborer un Plan d'Action Multisectoriel (PAM) pour combattre ces maladies. Ce PAM doit préciser des cibles et des indicateurs nationaux spécifiques à son contexte. Le PAM est une feuille de route qui définit les options politiques pour lutter contre les facteurs de risque des MNT. Il donne des orientations sur le renforcement des activités de soins et des moyens thérapeutiques accessibles, en mesure de réduire la mortalité et les invalidités liées aux MNT.

Le plan stratégique de l'OMS suggère aux pays membres d'inclure 9 cibles à atteindre à l'horizon 2025 ; ce sont des jalons à atteindre en termes de réduction de la mortalité due aux MNT, la diminution de l'exposition à certains facteurs de risque dans la population (tabac, sel, etc) et une meilleure prise en charge des patients à risque de complications des MNT à travers des services de santé renforcés, comme indiqué dans le tableau 1.

**Tableau 1: Les 9 cibles mondiales des MNT (Plan d'action mondial de lutte contre les MNT de l'OMS, 2013-2020)**

Mortalité	Facteurs de Risque	Réponses Nationales
Réduction des décès prématurés par MNT (25%)	Réduction de la consommation nocive d'alcool (10%) Réduction de la prévalence de l'inactivité physique (10%) Réduction de la consommation moyenne de sel (30%) Réduction de la prévalence du tabagisme (30%) Réduction de la prévalence de l'HTA (25%) Pas d'augmentation du diabète et de l'obésité (0%)	Prise en charge des patients à risque de MCV (traitement de l'hypertension et du diabète - 50%) Disponibilité des médicaments et technologies essentiels pour le traitement des MNT(80%)

Le plan d'action mondial de l'OMS 2013-2020 recommande aux institutions et aux fonds des Nations Unies de collaborer avec les Etats, afin de leur apporter les appuis techniques et financiers indispensables pour assurer le bien-être des populations, sauver des vies et éviter de compromettre les progrès du monde.

Si rien n'est fait, la mondialisation des modes de vie, l'urbanisation, et le vieillissement progressif de la population, mèneront à des taux de prévalence toujours plus grands des MNT. La mortalité imputable aux MNT pourra atteindre 55 millions par an en 2030. Il a été montré que le coût de l'inaction en matière de prévention des MNT est plus élevé que celui de l'action par des programmes adéquats dans tous les pays. L'inaction conduirait à une constante perte de productivité économique et à une augmentation progressive et constante des coûts de soins de santé. Les chances de sortir de la pauvreté pour une grande partie de la population seraient définitivement compromises. L'action, en introduisant des mesures simples d'un bon rapport coût/ efficacité, pourrait être déployées avec moins de 4% des dépenses de santé dans des pays comparables au Burundi.

La mise en œuvre de ce plan d'action multisectoriel pour la prévention et le contrôle des MNT constitue un pas décisif vers l'action. Elle jette les bases du combat contre l'un des plus grands défis humains, sociaux, et financiers du 21<sup>ème</sup> siècle.

Pour atténuer l'impact des MNT au Burundi, le MSPLS, avec l'appui de l'OMS, a privilégié une approche globale et participative, impliquant tous les secteurs clés dans la lutte contre ces affections. L'élaboration et l'adoption du présent Plan multisectoriel de lutte contre ces MNT en est l'émanation. Le Plan burundais s'étale sur une période de cinq ans (2019-2023). Il intègre des mesures pour diminuer les niveaux de facteurs de risque des principales MNT dans la population générale, par des

mesures multisectorielles, à une meilleure prise en charge des patients à risque de complications des MNT par des services de santé renforcés.

Le PAM national comprend trois parties. La première partie décrit le contexte des MNT et l'élaboration du plan. La deuxième partie s'attache à définir la mise en œuvre du plan, et la dernière partie en décrit l'évaluation et la surveillance.



**PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET ELABORATION DU PLAN**

## **CHAPITRE I : CONTEXTE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES (MNT)**

Cette section permet de définir le contexte épidémiologique des maladies non-transmissibles (MNT) et d'introduire le cheminement conduisant à l'élaboration du plan d'action national multisectoriel de prévention et de contrôle de ces affections.

### **I.1.CONTEXTE GENERAL ET SANITAIRE DU PAYS**

#### **I.1.1. Contexte National**

Le Burundi est situé entre l'Afrique de l'Est et l'Afrique Centrale. Il est frontalier au nord avec le Rwanda, au Sud et à l'Est avec la Tanzanie et à l'Ouest avec la République Démocratique du Congo (RDC). Il est entre 2°20' et 4°27' de latitude Sud et entre 28°50' et 30°53' de longitude Est.

Sa superficie est de 27.834 km<sup>2</sup> (incluant les eaux territoriales). La population du Burundi est estimée à plus de 11 millions d'habitants en 2017 et pourrait atteindre 15 millions d'habitants en 2030 (PND 2018-2027), avec un taux d'accroissement naturel de 2,4% par an, et une taille moyenne de 4,8 personnes par ménage.

L'indice synthétique de fécondité est de près de 5,9 enfants par femme (RGPH 2008, EDS III 2016-2017).

L'espérance de vie moyenne est de 56 ans (hommes : 54 ans, femmes : 57 ans), 53% de la population a entre 15 et 64 ans et 43,9% moins de 15 ans. Les personnes âgées de 60 ans et plus ne représentent que 5,4%.

Les données démographiques montrent que la population burundaise est relativement jeune avec 65% de personnes de moins de 25 ans, (EDS III 2016- 2017).

La densité moyenne de cette population, l'une des plus forte d'Afrique, est estimée à 413 habitants par./km<sup>2</sup> en 2017. La forte croissance démographique a pour conséquence, une pression de plus en plus forte sur les ressources naturelles et sur les services de base. Plus de 90% de la population vit en zone rurale.

L'économie burundaise a enregistré un taux de croissance économique de 3,0% en moyenne sur la période de 2012-2016. Le taux de croissance du PIB s'est amélioré passant de 242 dollars en 2010 à 274 dollars en 2017 (PND 2018-2027), projections ISTEEDU). Le Burundi fait partie de la Communauté Est Africaine (East Africa Community -EAC) qui comporte en outre le Kenya, l'Ouganda, le Rwanda, le Sud Soudan et la Tanzanie. La région est une zone d'intégration économique, commerciale et sociale.

#### **I.1.2. Infrastructures de gouvernance et de santé**

Le système de santé burundais présente une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Ces niveaux sont interconnectés par des relations hiérarchiques de fonctionnement. Le secteur privé est mal intégré dans le système national de santé.

Le niveau central comprend le cabinet du Ministre, le Secrétariat permanent, l'inspection générale de la santé, trois directions générales, un bureau pour la coordination de l'aide internationale, ainsi que neuf divisions et des services associés.

Au niveau central, le MSPLS est principalement chargé de contrôler l'ensemble du système de santé et d'assurer les fonctions de régulation et de normalisation. Ses principales attributions sont la formulation des politiques sectorielles, la planification stratégique, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources, ainsi que le suivi et l'évaluation.

Le niveau intermédiaire se compose de 18 bureaux provinciaux de santé (BPS). Ceux-ci sont chargés de coordonner toutes les activités de santé dans les provinces, de fournir une aide aux districts de santé et d'assurer l'efficacité de la collaboration intersectorielle.

Le niveau périphérique est composé de 46 districts de santé englobant 73 hôpitaux (44 publics, neuf confessionnels et 20 privés) et, selon l'annuaire statistique 2017, de 1054 CDS fonctionnels (587 CDS publics, 330 CDS privés et 137 CDS agréés). Parmi les 587 CDS publics, 256 CDS nécessitent une réhabilitation, soit 43.6%. L'ensemble des CDS sont répartis sur les 117 communes du pays. Le document des normes sanitaires publié en 2012 indique que 80% des ménages du Burundi vivent à moins de 5 km et à moins de 2 heures de marche d'un CDS.

Un district couvre deux ou trois communes de 100 000 à 150 000 habitants. Son cadre réglementaire reste à définir. Le district de santé est l'unité opérationnelle du système de soins de santé. Il comprend le niveau communautaire, les centres de santé et l'hôpital de district, qui est le premier hôpital de référence.

Les communautés participent au système de soins de santé à travers la gestion des centres de santé. Elles sont également représentées par les relais communautaires qui font le lien entre les centres de santé et les communautés, véhiculent les messages de sensibilisation, administrent quelques soins élémentaires et assurent le suivi et le soutien des patients.

### **I.1.3. Organisation des soins**

Le système de soins est organisé de façon hiérarchisée à travers un système à quatre niveaux :

- Le niveau communautaire offre les soins préventifs, promotionnels et assure la prise en charge de certaines pathologies telles que le paludisme simple, la diarrhée, la pneumonie ;

- Le centre de santé est la porte d'entrée du réseau de soins. Il offre le paquet de soins de santé primaires.

- L'hôpital de district est le premier niveau de référence pour les patients provenant des centres de santé. En plus des hôpitaux de district, il existe des hôpitaux publics, confessionnels et privés offrant un paquet de soins comparable à celui de l'hôpital de district. Le pays compte 40 hôpitaux de districts car 6 districts sont privés d'hôpital de district (les 3 districts de Bujumbura et les districts de Bugarama, Busoni et Vumbi)

- L'hôpital régional est défini comme un niveau de deuxième référence qui accueille les patients provenant des hôpitaux de district. Cependant, dans la pratique, il fonctionne comme un hôpital de district ;

- L'hôpital national constitue le sommet du réseau de soins et offre les services spécialisés. Ces hôpitaux nationaux sont au nombre de cinq et sont tous situés à Bujumbura, ce qui pose un problème d'équité. En outre, seuls deux des cinq hôpitaux nationaux (Hôpital Prince Régent Charles et Clinique Prince Louis Rwagasore) relèvent du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida. Les autres hôpitaux nationaux relèvent du Ministère ayant l'enseignement supérieur dans ses attributions (Centre hospitalo-universitaire de Kamenge), du Ministère de la Défense Nationale et des anciens combattants (Hôpital Militaire de Kamenge) et du secteur confessionnel (Centre neuropsychiatrique de Kamenge).

En plus des hôpitaux nationaux, il existe essentiellement à Bujumbura d'autres hôpitaux et cliniques privés qui participent également à l'offre de soins.

## **I.2. CONTEXTE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES (MNT)**

### **I.2.1. Dans le monde**

C'était devenu un lieu commun de penser que les MNT sont les maladies des pays riches. Leur prise en charge constitue, l'essentiel de la pratique médicale dans ces pays et une grande quantité de moyens thérapeutiques et préventifs a été développée. Ces dernières décennies, on observe une mondialisation de ces maladies à la faveur de la globalisation des modes de vie, de l'urbanisation et du vieillissement de la population dans tous les pays. L'augmentation de la morbidité par MNT constitue un problème de santé publique qui se généralise.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé en 2015, 40 millions de décès sur les 56 millions de décès enregistrés dans le monde (soit 70%) sont dues aux maladies non transmissibles. Il s'agit principalement des maladies cardiovasculaires, des cancers, des maladies respiratoires chroniques et du diabète. Chaque année, 15 millions de personnes, âgées entre 30 à 69 ans, meurent d'une maladie non transmissible ; plus de 80% de ces décès « prématurés » surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Entre 30 et 70 ans, ces personnes sont à l'âge du maximum de productivité économique. Leur décès et les handicaps causés par les MNT ont, par conséquent, un impact défavorable sur le développement. Le coût des soins de santé prolongés ruine les familles et les pays. C'est ainsi que les NU ont intégré la lutte contre les MNT à l'objectif 3 de développement durable (ODD) qui concerne la santé et le bien-être. En outre, 75% de la mortalité globale due aux MNT et 82% des décès prématurés s'observaient dans les pays à revenus faibles et intermédiaires.

Les facteurs de risque majeurs unanimement reconnus et communs aux quatre principales MNT sont : le tabagisme, l'usage nocif d'alcool, la consommation excessive de sel et de sucre, l'élévation de la pression artérielle et du cholestérol total dans le sang, l'insuffisance d'activité physique, diverses infections (VIH, VHB, VHC, VPH), la pollution environnementale, l'obésité et un régime alimentaire malsain. Ces facteurs de risque vont de pair avec la mondialisation, l'urbanisation et le vieillissement de la population qui, s'étendent progressivement à l'ensemble de la planète terre. Si rien n'est fait pour infléchir l'évolution des MNT, une forte augmentation de la mortalité relative à ces affections frappera l'Afrique et hypothéquera tous les efforts de développement.

### **I.2.2. Au Burundi**

Le Burundi doit être frappé par les MNT au moins autant que les autres pays à revenus faibles. L'observation empirique des causes de décès dans la communauté et les hôpitaux rejoint la répartition démographique de la population (environ 600'000 personnes seulement sont âgés de 60 ans et plus sur près de 12 millions d'habitants – 5,4%) pour faire craindre une hécatombe imputable, en grande partie, aux MNT. La conception d'un nouveau certificat de décès plus approprié et son remplissage par un médecin pour tout décès, permettraient d'en savoir plus (voir annexe 1).

Cependant, le pays dispose de quelques données parcellaires sur les MNT et leurs facteurs de risque.

Selon l'enquête STEPS réalisée dans la Province de Kirundo en 2013, la prévalence de l'hypertension est de 25,2 % et celle du diabète est de 1%. La prévalence des facteurs de risque se présente comme suit selon la même source :

- Obésité (0,4%) et surcharge pondérale (3,1%);
- Tabagisme (20%)
- Consommation d'alcool (88%)
- Faible consommation de fruits et légumes (91,5%)
- Faible activité physique (16,7%)

Selon l'enquête SARA, l'accessibilité aux services est de 49% pour le diabète, 45% pour les maladies cardiovasculaires, 39% pour les maladies respiratoires chroniques et 3% pour le cancer du col.

### **I.3. Opportunités et défis**

En matière de prévention et de contrôle des MNT, le Burundi a des opportunités et bien des défis à surmonter. Le PAM devra apporter réponse à ces défis, mais déjà le PNDS III (2019-2023) préconise :

- l'amélioration de l'offre de soins pour certaines MCNT, et l'intégration de ces soins dans le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA),
- l'amélioration de l'accessibilité financière des soins pour les MNT,
- l'implication effective du secteur privé et des systèmes de sécurité sociale dans le financement, l'organisation et l'offre des services,
- la mise en place des services de prise en charge des maladies du troisième âge.

Le pays peut tirer profit de réponses globales, régionales autant que nationales.

#### **I.3.1. Réponses globales : UN, OMS et Alliance Globale**

Depuis deux décennies, le plaidoyer de l'Alliance Globale, fer de lance de la société civile en ce domaine, et de l'OMS, donne des fruits. Le monde s'est engagé à lutter contre les MNT. Diverses rencontres de très haut niveau ont eu lieu aux Nations Unies notamment en 2011, 2014 et en Septembre 2018 pour marquer cet engagement.

La déclaration des Nations Unies (NU) en Septembre 2011 reconnaissent que les MNT peuvent être prévenus et qu'une action globale serait la meilleure voie pour les contrôler. La Déclaration politique des NU de Septembre 2011 recommande à tous les pays des plans d'action multisectoriels faisant intervenir toute la société et l'ensemble du gouvernement à cet effet. La convention cadre de l'OMS, adoptée par l'AMS en 2003, définit les stratégies de lutte contre le tabac, la consommation nocive d'alcool et l'insuffisance d'activité physique. Quant à l'AMS de Mai 2000, elle affirme comme majeures parmi les MNT les MCV, le cancer, le diabète et les broncho-

pneumopathies chroniques obstructives (BPCO). L'assemblée reconnaît à ces affections les mêmes facteurs de risque (tabagisme, consommation nocive d'alcool, régime alimentaire malsain et insuffisance d'activité physique). La prévention, la prise en charge en ambulatoire des patients et la surveillance sont les trois piliers de la lutte contre les MNT.

Le plan d'action global de l'OMS pour la prévention et le contrôle des MNT 2013-2025 offre aux Etats membres et aux partenaires internationaux une feuille de route propre à atteindre les 9 cibles des MNT comme indiqué dans le tableau 1 à l'avant-propos.

En mai 2013, l'AMS a proposé une liste d'options de politique générale, d'interventions rentables, visibles et accessibles (meilleurs choix) et de recommandations qui ont été révisées en 2015 et en mai 2017. La dernière version de meilleurs choix proposée aux pays à revenus faibles et intermédiaires, pour agir sur les 4 principales MNT, leurs facteurs de risque et autres déterminants sociaux, est reprise dans les tableaux suivants.

**Tableau 2: Les meilleurs choix contre les facteurs de risque**

Facteurs de risque	Interventions ou recommandations.
Tabagisme	<p><u>Au plus 100\$ par année de vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- augmenter le prix et les droits d'assise sur le tabac</li> <li>- introduire des paquets neutres standards avec des messages d'avertissements sur la nocivité du tabac</li> <li>- interdire de fumer dans des espaces clos, sur les lieux publics de travail ou de transport</li> <li>- faire des campagnes d'information multimédias sur la nocivité du tabac, le tabagisme passif compris.</li> </ul> <p><u>Plus de 100\$ par année de vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Services d'addictologie accessibles à tous</li> <li>- Lutte contre la vente illicite</li> <li>- etc...</li> </ul>
Alcoolisme nocif	<p><u>Au plus 100\$ par Année Vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- augmenter les taxes sur les boissons alcoolisées</li> <li>- campagnes multimédias d'information sur la nocivité de l'alcool</li> <li>- réduire les heures d'ouverture des débits de boissons alcoolisées</li> </ul> <p><u>Plus de 100\$ par Année Vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lutter contre l'alcoolisme au volant</li> <li>- Centres de soutien psychologique aux alcooliques</li> <li>- etc.</li> </ul>

Régime alimentaire malsain	<p><u>Au plus 100\$ par année de vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- réduire les apports de sel dans les repas</li> <li>- réduire les apports de sel dans les établissements publics</li> <li>- campagne d'éducation à une moindre consommation de sel</li> <li>- information sur les emballages des aliments</li> </ul> <p><u>Plus de 100\$ par année vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- législation contre l'usage industriel de mauvaises graisses</li> <li>- etc.</li> </ul>
Inactivité physique	<p><u>Au plus 100\$ par année de vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- campagne de formation du public à l'intérêt de l'activité physique et invitation au changement de comportement à cet effet</li> </ul> <p><u>Plus de 100\$ par année vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conseil pour l'activité physique comme soin de santé primaire</li> <li>- etc.</li> </ul>

**Tableau 3: Les meilleurs choix contre les principales MNT**

<b>MNT</b>	<b>Interventions ou recommandations.</b>
Prise en charge des MCV et du diabète	<p><u>Au plus 100\$ par année de vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseil et traitement des hyperglycémies et de l'hypertension artérielle pour prévenir les complications</li> <li>- Conseil et traitement des complications avec risque mortel ou pas</li> </ul>
Prise en charge du diabète	<p><u>Plus de 100\$ par année vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins préventif pour les pieds du diabétique</li> <li>- Dépistage de la rétinopathie diabétique et traitement préventif de la cécité au laser</li> <li>- Traitement à l'insuline avec monitoring de la glycémie à domicile</li> </ul>
Prise en charge du cancer	<p><u>Au plus 100\$ par année de vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaccination contre le VPH chez les filles de 9 à 13 ans</li> <li>- Dépistage à l'IVA et traitement des lésions</li> </ul>

	<p>précancéreuses du col sans retard chez les femmes âgées de 30 à 49 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frottis cervical tous les 3 à 5 ans avec traitement des lésions précancéreuses</li> <li>- Test VPH tous les 5 ans avec traitement de lésions précancéreuses</li> </ul> <p><u>Plus de 100\$ par année vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépistage mammographie tous les 1 à 2 ans chez les femmes âgées de 50 à 69 ans avec traitement précoce du cancer du sein</li> <li>- Traitement du cancer colorectal stade I-II par la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie</li> <li>- Traitement du cancer du col par chirurgie, radiothérapie avec ou sans chimiothérapie</li> <li>- Traitement du cancer du sein aux stades I et II par chirurgie avec ou sans traitement systémique</li> <li>- Traitement palliatif multidisciplinaire</li> </ul>
Prise en charge des BPC	<p><u>Au plus 100\$ par année de vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Traitement symptomatique des crises d'asthme par du Salbutamol en inhalation</li> <li>-Traitement symptomatique des BPCO par du Salbutamol en inhalation</li> <li>-Traitement de l'asthme au Bécloметasone ou aux bêtamimétiques à courte durée d'action</li> </ul>

### I.3.2. Réponses régionales

L'alliance régionale, l'EACNCDA, est la plus ancienne et la mieux organisée d'Afrique. Elle rassemble les alliances nationales des pays de l'EAC, qui sont des collectifs d'associations impliquées contre les MNT. Elle réunit régulièrement ses membres depuis juin 2014, avec l'appui de l'alliance danoise. Occasionnellement, les rencontres s'élargissent à des membres de gouvernements, des parlementaires, des académiciens et des ONG. L'objectif principal est d'influencer les décisions politiques, faire augmenter la mobilisation et l'allocation des ressources, et faire en sorte que les MNT soient à l'agenda du développement.



Le plaidoyer de l'EACNCDA a abouti à l'engagement des Chefs d'Etats de la communauté contre les MNT, dont la principale traduction, pour l'heure, est la création de centres d'excellence régionaux pour la prise en charge du cancer (Ouganda), des MCV (Tanzanie), des maladies rénales (Kenya) et d'un centre de nutrition au Burundi. Ces centres d'excellence seront également des pôles de soutien à la formation des personnels de santé et à la recherche.

### **I.3.3. Réponses nationales**

<sup>1</sup>Au Burundi, le Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non-Transmissibles (PNILMCNT) a été créé depuis Janvier 2009. Il a été réorganisé par l'Ordonnance Ministérielle N 630/373 du 24/9/2017 (Annexe 2). Le programme est dirigé par un Directeur et un Directeur-Adjoint qui le supplée, des conseillers et des chefs de service. Actuellement, les principales MNT ont des services correspondants.

L'Ordonnance reconnaît le PNILMCNT comme la référence nationale pour toute activité en rapport avec les MNT au Burundi, des enquêtes sur les facteurs de risque, dépistage, diagnostic précoce, à la prise en charge de ces maladies, les soins palliatifs compris. En collaboration avec les autres services du ministère, le PNILMCNT a pour mission de proposer des stratégies appropriées de lutte contre les principales MNT (MCV, cancers, diabète, BPC) et de coordonner les interventions sur terrain.

A l'actif du programme, on a les enquêtes STEPS, GYTS, SARA, dont les résultats, bien que parcellaires, servent dans la planification.

Le PNILMCNT a fait adopter la loi anti-tabac qui a été incorporée dans le code de la santé, et produit le plan d'action multisectoriel contre le cancer ainsi que de multiples documents encadrant les interventions dans le domaine des MNT. En l'occurrence, le pays dispose des documents de politiques et stratégies sur le diabète, la santé mentale, l'alcool, le tabac. Ce plan d'action multisectoriel de prévention et de contrôle des MNT est la dernière réalisation en date du programme. La mission IMPACT de l'Agence Internationale de l'Energie Atomique, conduite du 20 au 24 Mars 2017, a mis en route une dynamique qui devrait aboutir à la création d'un centre national contre le cancer.

Dans la limite de ses moyens, le Gouvernement a fait d'importants efforts dans l'allocation des ressources au programme. Mais l'étendue des besoins est telle que c'est une goutte d'eau dans le lac. L'apport des partenaires du pays est attendu pour faire mieux encore.

Le faible niveau socio-économique correspond à un certain nombre de situations favorables pour certains facteurs de risque des MNT. La plupart des gens ont une activité physique suffisante, due au mode de vie et à leur profession. Les agriculteurs qui constituent la majorité de la population, utilisent la houe. La plupart des gens se déplacent à pieds. L'alimentation repose sur des produits de saisons. La consommation de sel de cuisine est presque exclusivement limitée au sel ajouté au repas. La sédentarité et la consommation de produits industriels, caractéristiques des économies développées, n'existent presque pas.

---

<sup>1</sup>Ordonnance Ministérielle No 630/373 du 24/9/2017

Les soins de santé en rapport avec les MNT sont peu structurés mais ils existent.

❖ **Dans le domaine de la prévention des MNT, certaines situations sont favorables :**

- la multiplication de clubs de sport dans les villes est un nouveau phénomène de société ;
- les Burundais se nourrissent de vivres frais de saison, non conservés, avec des légumes variés en bonne place. Le sel est ajouté pendant la cuisson ou à table ;
- Le tabagisme recule dans les villes, contrairement aux zones rurales ;
- La vaccination contre le VHB est intégrée au programme national de vaccination, dont l'efficacité est illustrée par les taux de couverture d'au moins 85% presque partout dans le pays ;
- La vaccination contre le VPH a été essayée sans entrave dans 2 districts sanitaires et le passage à l'échelle devrait être lancé courant 2019 ;
- Les activités de prévention et de traitement du VIH/Sida sont entrées dans la pratique de routine ;
- Le département de l'environnement du ministère de l'agriculture est en train de travailler sur les polluants environnementaux.

- **Dans le domaine de la prise en charge des MNT :**

- Le CNP de Kamenge est un hôpital de référence nationale qui soigne les maladies mentales ;
- Le CHU de Kamenge abrite le seul laboratoire de cyto-histologie du pays depuis les années 1985. Son fonctionnement est quelques fois interrompu par des pannes d'équipement ou des ruptures de stock en produits ou matériels ;
- Le CHU de Kamenge et l'Hôpital Militaire de Kamenge sont des hôpitaux de référence nationale ayant des départements de médecine interne développés, avec des services de prise en charge des MCV, diabète et MRC, et une unité de dialyse rénale ;
- Kira Hospital est une structure de soins privée qui offre un paquet au moins comparable à ceux des 2 hôpitaux précédents, avec, en prime, un bon service de radiodiagnostic doté de scanner ;
- Un scanner est disponible dans 2 autres hôpitaux de l'intérieur du pays (Mpanda et Karuzi) ;
- D'autres hôpitaux et centres de soins privés prennent en charge le diabète, les MCV, les hépatopathies chroniques ;
- On observe un foisonnement d'associations de la société civile dédiées aux maladies mentales, à l'épilepsie, aux soins palliatifs, à la lutte contre le diabète, le cancer, la drépanocytose, le tabagisme, l'alcoolisme, etc.

### **I.3.4. Les défis nationaux**

#### **a) Défis financiers**

Le Burundi est un pays à faibles revenus. Le budget de la santé vient, en partie, d'appuis de partenaires extérieurs. Le financement des actions de lutte contre les MNT et leurs facteurs de risques est insuffisant pour assurer le fonctionnement des institutions et la pérennité des interventions. Les médicaments et les technologies de base pour la prise en charge des MNT ne sont pas assez

disponibles et accessibles. Le personnel qualifié n'est que dans les hôpitaux nationaux de Bujumbura, en nombre réduit. L'expertise de diagnostic et traitement des cancers fait défaut. Pour le moment, il n'existe pas de mécanisme de suivi et évaluation des MNT.

En conséquence, la qualité de la prise en charge de ces maladies et leurs facteurs de risque est faible. Il va falloir consentir un effort budgétaire important, inventer des sources de financement innovatrices et mobiliser davantage les partenaires du pays pour financer le PAM.

La plupart des gens n'ont pas d'assurance maladie et payent les soins de santé de leurs poches. Les personnes vulnérables se retrouvent ainsi exclues de l'accès aux soins. L'évolution chronique des MNT exige beaucoup de fonds pour la prise en charge (PEC). **Le pays devra inventer un système d'assurance maladie universelle, solidaire et obligatoire, pour éviter aux malades de payer eux-mêmes les soins.** Alternativement, un système de santé national peut être développé sur le modèle d'un bon nombre de pays riches (Angleterre, France) et moins riches (Maurice, Inde, Cuba). Un tel système, qui canalise une partie des revenus des impôts et des taxes (y compris une partie des revenus et taxes sur le tabac et l'alcool), a le grand avantage d'éviter la mise en place compliquée d'une assurance. Le choix entre les 2 options, afin d'assurer un accès universel aux soins, y compris pour les MNT prioritaires, exigera une analyse globale et détaillée.

#### **b) Défis de coordination**

La capacité de coordination multisectorielle des actions de lutte contre les MNT et leurs facteurs de risque est faible. Les secteurs de la vie nationale appelés à s'impliquer pour la prévention et le contrôle des MNT ont, séparément, la bonne volonté de réussir. Il va falloir une grande force de coordination pour éviter la dispersion d'énergie et des ressources.

#### **c) Défis socio-culturels**

Les habitudes, le vécu collectif et le comportement des burundais sont nuisibles, à quelques égards, à la prévention et au contrôle des MNT :

- les Burundais ne consultent pas quand ils n'ont pas mal, ce qui conduit à des diagnostics tardifs,
- l'alcoolisme et le tabagisme sont considérés comme des signes d'émancipation et de prestige, autant que de maturité. La consommation d'alcool accompagne toutes les étapes de la vie (naissance, mariage, décès). Les visites, les rencontres, les discussions sont autant d'occasions de boire. Pour soulager un malade, on lui offre de l'alcool (kumuha akera - lui donner une potion). Même les sportifs terminent les séances d'exercices physiques « autour d'un verre ». Pour l'essentiel, seule la faiblesse de revenus limite la consommation d'alcool. A l'intérieur du pays, le tabac et l'alcool sont, en partie, en autoconsommation. Il est difficile de les contrôler et de les taxer.
- Si manger des légumes est courant et fonction de l'offre des saisons, la consommation de fruits est taxée de puérile.
- L'obésité est considérée comme un signe d'aisance (Amereweneza – il vit bien)). Manger et ne rien faire sont jugés être des signes de réussite sociale (Ararya akaryama Il mange et il dort). Un poids normal est un signe de santé délétère (Ntagira amagara

- Il n'a pas de santé) sinon d'aigreur (arira ku nzigo – il mange avec un mauvais cœur). Le niveau d'activité physique actuel est donc vécu comme une contrainte et la faible prévalence de l'obésité tient, en grande partie, à la pauvreté relative des gens.

Ces préjugés et ces mauvaises habitudes devront faire l'objet de campagnes multiformes d'information sous peine d'échec du PAM.

- la cause de la mort n'est jamais précisée (agapfuye kabazwa ivu – les choses des morts, seule la terre en répond). En cas de décès à domicile, un document délivré par l'administration locale peut autoriser l'enterrement. A l'hôpital, les certificats de décès sont toujours évasifs : décès par « mort naturelle », « accident », « maladie ». Il est très difficile d'établir des statistiques de mortalité rapportée à un type de maladie. Malgré les limites de diagnostic, le corps médical devra s'astreindre à être plus précis dans la détermination de la cause des décès pour qu'on puisse connaître la mortalité due aux MNT, en particulier. Les documents non médicaux autorisant les enterrements devront être bannis.

#### **d) Autres défis**

- Les recherches sur les MNT, leurs facteurs de risque et leurs déterminants sont insuffisantes pour renforcer les actions de prévention et la qualité de la prise en charge de ces maladies ;
- Les lois relatives à la lutte contre les MNT et leurs facteurs de risque sont insuffisantes et celles qui existent ne sont pas suffisamment appliquées;
- Le secteur privé, la société civile et les communautés ne sont pas suffisamment impliquées dans le contrôle des facteurs de survenue des MNT et dans la lutte contre ces maladies.

### **I.4. Bases logiques de l'action**

La lutte contre les facteurs de risque des MNT fait intervenir des secteurs nationaux autres que le seul secteur de la santé. Les autorités en charge de l'éducation, des médias, de la jeunesse et des sports, de l'administration locale du pays, du commerce, de l'industrie, des finances, de l'agriculture, de la justice etc. doivent y participer sous peine d'échec.

Même la prise en charge de ces maladies, pour être efficace, doit faire intervenir, en plus du secteur de la santé, la société civile, les communautés religieuses, les agents de santé communautaire. Un plan d'action pour la prévention et le contrôle des MNT doit donc impérativement, être multisectoriel pour assurer la synergie des initiatives, la coordination des interventions et éviter le gaspillage de ressources.

### **I.5. Le Plan d'Action Multisectoriel (PAM) : portée et structure**

#### **I.5.1. Portée du PAM**

Le PAM est un document d'engagement et d'action de l'ensemble du gouvernement et des autres parties prenantes. Il guide et établit la hiérarchie des interventions menant à la prévention et au contrôle des MNT.

### I.5.2. Structure du PAM

Le PAM burundais pour la prévention et le contrôle des MNT est constitué de 3 sections.

La section I fait office d'introduction. Elle décrit le contexte des MNT dans le monde et au Burundi, les défis et les opportunités, avant de définir le processus participatif d'élaboration du plan et ses relations avec les plans d'action préexistants.

La section II commence avec la description du cadre national de lutte contre ces affections chroniques (vision, mission, cibles nationales, domaines et objectifs stratégiques), continue en définissant la mise en œuvre du PAM (renforcement de la gouvernance, de la prévention, la prise en charge des principales MNT, la surveillance et la recherche), et se termine par une estimation des coûts du plan.

La dernière partie met en lumière l'exigence de surveillance avant de définir le cadre national de responsabilité.

### I.6. Liens avec les plans pertinents existants

Le PAM est la traduction nationale du plan d'action mondial de l'OMS 2013-2020 pour la prévention et le contrôle des MNT. Son élaboration répond à la recommandation des NU en ce sens. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS III 2019-2023 est en conformité avec le PAM qui reprend et optimise la partie de ses engagements concernant les MNT. Le PAM national pour la prévention et le contrôle des MNT est appelé à coiffer les plans d'actions multisectoriels contre les MNT existants, les lois de lutte contre les facteurs de risque et les initiatives de tous les ministères en rapport avec la prévention et le contrôle des MNT.



## CHAPITRE II : ELABORATION DU PLAN D'ACTION MULTISECTORIEL POUR LA PREVENTION ET LE CONTROLE DES MNT

L'élaboration de ce plan a été faite en 3 étapes :

- Préparation d'un atelier de conception du PAM, organisé par le MSPLS avec l'appui de l'OMS ;
- Participation à l'atelier des ministères clés, des partenaires techniques et financiers et des autres parties prenantes dans la lutte contre les MNT
- Finalisation du PAM

### II.1. Atelier de conception du PAM

Par le biais de son programme, le MSPLS, avec l'appui de l'OMS et l'apport technique d'experts de l'OMS Siège et de l'OMS AFRO, a organisé une réunion des représentants de toutes les parties prenantes à la lutte contre les MNT du 17 au 21 Décembre 2018. La réunion s'est faite sous la direction du Secrétaire Permanent au MSPLS qui représentait le Ministre empêché et du Représentant du Bureau de l'OMS au Burundi

## **II.2. Participation des secteurs pertinents au processus**

Les participants invités à l'élaboration du PAM étaient :

- le personnel du programme
- un représentant par ministère pertinent
- un représentant par organisme international intervenant dans le secteur de la santé
- un représentant par ONG ou association de la société civile impliquée dans la lutte contre les MNT

NB : La liste détaillée des invités peut être consultée à l'annexe 31.

## **II.3. Déroulement des activités**

Après les discours protocolaires, les participants ont suivi les exposés des Experts de l'OMS. Les présentations ont porté sur la méthodologie d'élaboration du PAM, les objectifs du plan d'action et les axes stratégique d'intervention. Un aperçu sur la problématique des « meilleurs choix » a clôturé ces apports. Par la suite, les participants se sont divisés en 3 groupes pour travailler sur les thématiques du plan. Le premier groupe a planché sur le tabagisme et l'alcoolisme. Le deuxième groupe s'est occupé de l'activité physique et du régime alimentaire pendant que le troisième groupe a travaillé sur la gouvernance, la prise en charge et la surveillance des MNT.

Chaque groupe devait :

- définir les objectifs et les axes stratégiques,
- hiérarchiser les activités par priorités en tenant compte des « meilleurs choix »,
- déterminer les indicateurs pour chaque activité,
- faire une estimation des coûts et proposer un calendrier des activités du PAM.

## **II.4. Finalisation**

L'OMS a recruté un consultant chargé de la rédaction du PAM pour la prévention et le contrôle des MNT. Le draft 0, produit après 2 semaines, a été soumis à l'approbation des participants à l'atelier d'élaboration du plan. L'incorporation de leurs avis et commentaires ainsi que les modifications pertinentes proposées ont conduit au draft 1. Ce dernier a été soumis au PNILMCNT pour revue. Le draft 2 qui en est sorti a été proposé à la validation par les plus hautes autorités sanitaire du pays.



**DEUXIEME PARTIE : MISE EN ŒUVRE DU PLAN D’ACTION  
MULTISECTORIEL POUR LA PREVENTION ET LE CONTRÔLE DES  
MNT**



### CHAPITRE III: AGENDA STRATEGIQUE NATIONAL

L'objectif final du plan d'action multisectoriel de prévention et de contrôle des MNT est de traduire le souhait partagé de prévention et de contrôle des MNT en interventions concrètes. Les principales parties de l'agenda stratégique national comprennent :

- l'établissement d'un cadre national d'action pour la prévention et le contrôle des MNT
- la définition de la vision et de la mission du PAM
- la fixation des objectifs cibles nationaux en matière de MNT
- l'établissement des principes directeurs pour l'action
- la définition des domaines d'action stratégiques et des objectifs correspondants
- la priorisation des actions pour la prévention et le contrôle des MNT

#### III.1. Cadre national d'action

Le cadre d'action pour la prévention et le contrôle des MNT est un ensemble d'éléments en interaction qui répondent aux besoins et aux priorités du pays quant à la définition des politiques et des plans d'action.

**Tableau 4: Cadre d'action national de prévention et de contrôle des MNT**

<b>VISION</b>	
Burundi débarrassé de la morbi-mortalité évitable par MNT	
<b>MISSION</b>	
Renforcer la collaboration multisectorielle pour réduire le fardeau des MNT au Burundi	
<b>OBJECTIF GENERAL</b>	
Réduire la morbidité et la mortalité liées aux MNT	
<b>CIBLES NATIONALES POUR 2023</b>	
Mortalité prématurée par MNT	Réduction relative de 10%
Usage nocif de l'alcool	Réduction relative de 5%
Tabagisme	Reduction relative de 15%
Activité physique insuffisante	3
Consommation de sel	Reduction relative de 15%
Hypertension artérielle	Baisse relative de 10%
Diabète et obésité	Augmentation de 0%
Chimio prophylaxie et conseils pour la prévention des IM et des AVC	25% de couverture des besoins
Disponibilité des médicaments essentiels et des technologies de base pour le traitement des MNT dans les FOSA publics et privés	50% de disponibilité et accessibilité financière
<b>DOMAINES ET OBJECTIFS STRATEGIQUES</b>	
Leadership et Gouvernance	Renforcer le leadership, la coordination et le plaidoyer pour accélérer la lutte contre les MNT
Prévention des MNT	Renforcer les capacités de prévention des MNT en agissant sur les facteurs de risque modifiables et les déterminants sociaux

	sous-jacents
Prise en charge des MNT	Renforcer les capacités de prise en charge des MNT dans le cadre des soins de santé primaires
Surveillance, suivi-évaluation	Renforcer la surveillance, le suivi-évaluation des MNT et leurs facteurs de risque à tous les niveaux
Recherche	Renforcer et coordonner la recherche sur les MNT et leurs facteurs de risque

## III.2. APERCU DE LA VISION ET DE LA MISSION DU PAM NATIONAL CONTRE LES MNT

### III.2.1. Vision

Un Burundi débarrassé du fardeau des maladies non transmissibles évitables et de leurs complications ; et les patients atteints de ces maladies sont traités de façon satisfaisante.

### III.2.2. Mission

Ce plan a pour mission de mettre en place une dynamique concertée, multisectorielle, capable d'apporter une réponse collective à la prévention et au contrôle des MNT au Burundi.

## III.3. LES CIBLES NATIONALES EN MATIERE DE MNT

Le tableau suivant reprend les 9 cibles nationales. Les valeurs de référence proviennent des données de l'OMS et de quelques enquêtes menées au Burundi. Certaines manquent et feront l'objet de recherches ultérieures.

**Tableau 5: Les 9 cibles nationales en matière de MNT**

Les 9 cibles nationales	Valeurs de référence	Objectifs du PAM pour 2023	Objectifs du PAM pour 2025
Mortalité prématurée liée aux MNT	24% selon l'OMS	10% de réduction relative (21,6%)	15% de réduction relative (20,4%)
Usage nocif d'alcool	A établir	Baisse relative de 5%	Baisse relative de 10%
Tabagisme	20% selon STEPS Kirundo	Réduction relative de 15% (17%)	Réduction relative de 20% (16%)
Activité physique insuffisante	16.7% selon STEPS Kirundo	Réduction relative de 10% (15%)	Réduction relative de 15% (14,2%)

Consommation de sel	A établir	Réduction relative de 15%	Réduction relative de 30%
Hypertension artérielle	25.2% selon STEPS Kirundo	Baisse relative de 10% (22,7%)	Baisse relative de 15% (21,5%)
Diabète et obésité	1à8% selon les études	.Augmentation de 0%	.Augmentation de 0%
Chimio prophylaxie et conseils pour la prévention des IM et des AVC	A établir	25% de couverture	40% de couverture
Disponibilité des médicaments essentiels et des technologies de base pour le traitement des MNT dans les FOSA publics et privés	A établir	50% de disponibilité et accessibilité financière	60% de disponibilité et accessibilité financière

### III.3.1. Le processus d'établissement des cibles nationales

Pour la détermination des 9 cibles nationales, les participants à l'élaboration du PAM se sont basés sur le Plan d'Action Mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT 2013-2020 et le PNDSIII. Dans un souci de réalisme, leur fixation prend en compte le contexte culturel, les contraintes financières et la brièveté des échéances.

### III.3.2. Cibles et indicateurs nationaux des MNT

A chaque cible nationale correspondent des indicateurs destinés à en mesurer le degré de réalisation, comme indiqué dans le tableau suivant.

**Tableau 6: Cibles et indicateurs nationaux des MNT**

Identification	Cibles nationales	Indicateurs nationaux
Mortalité prématurée due à une maladie non transmissible	15% de réduction de la mortalité due aux 4 principales MNT	Proportion de décès évités
Usage nocif de l'alcool	5% réduction relative	Prévalence de la consommation de fortes quantités d'alcool à partir de 18 ans
Activité physique insuffisante	Réduction relative de 10% de	Prévalence du manque d'activité physique modérée à

		forte (moins de 60 minutes par jour chez l'adolescent, moins de 150 minutes par semaine chez l'adulte)
Consommation de sel	Réduction relative de 15%	Quantité de sel ingérée en moyenne par jour chez l'adulte (en gramme)
Tabagisme	Réduction relative de 15%	Prévalence du tabagisme à partir de 15 ans
Hypertension artérielle	Baisse relative de 10%	Prévalence de l'HTA chez l'adulte
Diabète et obésité	Augmentation de 0% sur le diabète et réduction relative de 10% pour l'obésité	Prévalences du diabète et de l'obésité
Chimio prophylaxie et conseils pour la prévention des IM et des AVC	25% de couverture	Proportion de personnes suivies et traitées par rapport au nombre de cas attendus
Disponibilité des médicaments essentiels et des technologies de base pour le traitement des MNT dans les FOSA publics et privés	50% de disponibilité et accessibilité financière	Disponibilité et accessibilité financière des médicaments essentiels et des technologies de base dans les FOSA

### III.3.3. Objectifs et cibles nationaux relatifs aux MNT

Les objectifs du PAM, les axes stratégiques et les activités correspondantes sont propres à conduire à l'atteinte des cibles nationales définies au tableau 4. La figure montre les relations directes entre les objectifs et les cibles nationales. On constate que la réalisation des 8 cibles mène à la réduction de la mortalité prématurée par MNT. Les objectifs correspondant au renforcement de la surveillance et de la recherche n'ont pas d'impact direct sur les cibles nationales.

**Tableau 7: Relation entre les objectifs du PAM et les cibles nationales**

Objectifs du PAM	Cibles nationales	Cible nationale
Renforcer le leadership, la coordination et le plaidoyer pour accélérer la lutte contre les MNT	Disponibilité des médicaments essentiels et des technologies de base pour le traitement des MNT dans les FOSA publics et privés	Réduction de la Morbidité prématurée et des

Renforcer les capacités de prévention des MNT en agissant sur les facteurs de risques modifiables et les déterminants sociaux sous-jacents	Réduction du Tabagisme, de l'usage nocif d'alcool	invalidités
	Promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine	
	Réduction de la consommation de sel et de sucre	
	Augmentation de la consommation de fruits et légumes	
Renforcer les capacités de prise en charge des maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires	PEC de l'HTA, diabète, asthme	
	Dépistage et traitement précoce des cancers du col utérin, rein, prostate et leucémies infantiles	
	Chimio prophylaxie et conseils pour la prévention des IM et des AVC	
Renforcer la surveillance, le suivi-évaluation des MNT et leurs facteurs de risque à tous les niveaux	-	--
Promouvoir et soutenir la recherche sur les MNT et leurs facteurs de risque	-	-

### III.4. PRINCIPES DIRECTEURS POUR L'ACTION

Le plan national d'action multisectoriel pour la prévention et le contrôle des MNT se base sur des principes cardinaux de collaboration multisectorielle, coopération, échelonnement des interventions au cours de la vie, équité et couverture universelle, pérennités des activités et de leur surveillance, stratégie basée sur les données factuelles.

#### III.4.1. Collaboration multisectorielle

Le seul secteur de la santé ne peut apporter une réponse efficace contre les MNT. Plusieurs facteurs de risque et déterminants de ces maladies échappent à son emprise. De nombreuses interventions utiles pour les combattre sont gérées par d'autres secteurs. L'ensemble du gouvernement, la société civile, le secteur privé, en somme la nation entière, doivent être appelés et s'engager pour que le PAM réussisse.

### **III.4.2. Coopération**

Le fardeau des MNT prend de l'ampleur dans notre pays. Ses ressources financières limitées et les lacunes en personnels qualifiés devront pousser à chercher des appuis financiers et techniques pour la mise en œuvre du PAM.

### **III.4.3. Echelonnement des interventions au cours de la vie**

L'allaitement au sein, la vaccination, la conscientisation quant aux méfaits du tabac et de l'alcool sont des actions de prévention qui s'adressent aux tous jeunes. L'adulte tire un avantage du dépistage et du diagnostic précoce qui évitent les complications et les décès prématurés. Plus tard dans la vie, une prise en charge adéquate, y compris en fournissant de bons soins palliatifs, en attendant le décès, améliore la qualité de la vie et la prolonge.

### **III.4.4. Equité et couverture universelle**

Les MNT sont ubiquitaires. Tous les milieux sont frappés. Les personnes les plus vulnérables ne sont pas épargnées. Les interventions de prévention et de prise en charge de ces affections doivent être intégrées aux PMA/PMC au titre de SSP dans tout le pays.

En outre, ces maladies ayant une évolution chronique, leur prise en charge pèse sur les bourses des moins pauvres, les plus vulnérables étant de fait exclus. Telles qu'elles sont organisées actuellement, les assurances maladies laissent beaucoup de monde de côté. Il est impératif de créer une couverture maladie universelle, obligatoire, cotée sur les revenus individuels, pour améliorer l'accessibilité aux soins. Des appuis financiers provenant de partenaires variés pourraient s'y agréger.

### **III.4.5. Pérennité des activités et de leur surveillance**

La mise en œuvre continue du PAM exige beaucoup de fonds et de façon permanente. Une allocation conséquente du budget de l'Etat, la création de sources innovantes de financement et une mobilisation efficace des appuis financiers des partenaires du pays constituent le seul gage de la pérennité d'interventions efficaces.

### **III.4.6.Stratégie basée sur les données factuelles**

Les MNT présentent un certain nombre d'aspects universels. Le PAM peut donc se baser sur les résultats de recherches faites ailleurs. Cependant, de nombreuses particularités démographiques, sociales, économiques, environnementales... imposent de faire une recherche de qualité localement, dont les résultats pourront orienter des interventions mieux adaptées au contexte national.

## **III.5. LES DOMAINES D'ACTION ET LES OBJECTIFS STRATEGIQUES**

### **III.5.1. Domaines d'actions stratégiques**

Cinq domaines d'action stratégiques caractérisent le plan national d'action multisectoriel contre les MNT :

-Le leadership et la gouvernance

- la réduction des facteurs de risque des MNT
- la prise en charge des MNT
- la surveillance, suivi-évaluation
- la recherche.

### III.5.2. Axes stratégiques

La finalité du PAM est de réduire la morbi-mortalité et les invalidités imputables aux MNT dans la population burundaise à l'horizon 2023. Pour y parvenir, un certain nombre d'objectifs stratégiques doivent être atteints.

**Axe stratégique 1.** Renforcer le leadership et la gouvernance, la coordination et le plaidoyer pour accélérer la lutte contre les MNT

**Axe stratégique 2 :** Renforcer les capacités de prévention des MNT en agissant sur les facteurs de risques modifiables et les déterminants sociaux et environnementaux sous-jacents ;

**Axe stratégique 3 :** Renforcer les capacités de prise en charge des maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires

**Axe stratégique 4 :** Renforcer la surveillance, le suivi-évaluation des MNT et leurs facteurs de risque à tous les niveaux.

**Axe stratégique 5 :** Promouvoir et coordonner la recherche sur les MNT et leurs facteurs de risque

## III.6. LA PRIORISATION DES ACTIONS POUR LA PREVENTION ET

### LE CONTROLE DES MNT

Le tableau 7 montre un aperçu des actions prioritaires en fonction des objectifs et des domaines d'intervention.

Domaines	Axes stratégiques	Actions prioritaires
Gouvernance	Renforcer le leadership et la gouvernance, la coordination et le plaidoyer pour accélérer la lutte contre les MNT	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sensibiliser les décideurs sur la problématique des MNT</li> <li>-Mettre en place un comité national conjoint de haut niveau et son comité technique consultatif</li> <li>-Renforcer les capacités des parties prenantes au PAM</li> <li>-Décentraliser les activités du PAM aux niveaux des provinces et des communes</li> <li>-Engager la société civile et la communauté dans la lutte contre les MNT</li> <li>-Coopérer avec les institutions internationales et régionales pour la mise en œuvre du PAM</li> <li>-Augmenter l'allocation budgétaire pour la lutte contre les MNT</li> <li>-Intégrer les activités du PAM dans les programmes des PTF</li> <li>-Plaider pour l'accessibilité aux soins y compris pour les groupes vulnérables</li> </ul>

Réduction des facteurs de risque	Renforcer les capacités de prévention des MNT en agissant sur les facteurs de risques modifiables et les déterminants sociaux et environnementaux sous-jacents	<p><b><u>Tabagisme</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Interdire la promotion, le parrainage et toute forme de publicité du tabac</li> <li>-Interdire de fumer dans les espaces publics clos</li> <li>-Augmenter les taxes sur le tabac</li> <li>-Exiger des paquets neutres avec des messages de mise en garde sanitaire</li> <li>-Mettre en place et vulgariser les textes d'application de la loi antitabac</li> <li>-Organisation des campagnes médiatiques d'information sur la nocivité du tabac</li> <li>-Redynamiser les clubs anti-tabac dans les universités et les écoles</li> </ul> <p><b><u>Alcoolisme</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Augmenter les taxes sur les boissons alcoolisées</li> <li>-Limiter les heures d'ouverture des débits de boissons</li> <li>-Interdire de servir aux enfants de moins de 18 ans les boissons alcoolisées</li> <li>-Organiser des campagnes médiatiques d'information sur la nocivité de l'alcool</li> <li>-Redynamiser les clubs anti-alcool dans les universités et les écoles</li> </ul> <p><b><u>Alimentation saine et équilibrée</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Former et certifier les cuisiniers sur l'intérêt de la réduction du sel et du sucre, l'augmentation des fruits et légumes dans les repas, et les caractéristiques d'une alimentation équilibrée</li> <li>-Organiser des campagnes médiatiques sur la réduction du sel, du sucre, des aliments gras dans les repas et l'intérêt d'une alimentation équilibrée</li> <li>-Limiter l'importation des aliments conservés</li> <li>-Augmenter les taxes sur les boissons sucrées</li> <li>-Promouvoir l'allaitement exclusif au sein au moins jusqu'à 6 mois et recommander de continuer</li> <li>-Introduire la promotion d'une alimentation saine et équilibrée dans les soins de santé primaire</li> <li>- Promouvoir la consommation des fruits et légumes à tout âge</li> </ul> <p><b><u>Activité physique</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Promouvoir la pratique d'exercices physiques dans le cadre de groupes, de clubs, de programmes et</li> </ul>
----------------------------------	--	---



		<p>d'événements sportifs organisés et en milieu scolaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Organiser des activités sportives récréatives dans les secteurs non structurés</li> <li>- Institutionnaliser une journée sportive au moins une fois la semaine dans tous les secteurs de la vie nationale</li> </ul>
Prise en charge	Renforcer les capacités de prise en charge des maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Développer/adapter des lignes directrices et des protocoles pour la prise en charge des principales MNT (MCV, diabète, cancer, MRC)</li> <li>-Définir un paquet de soins essentiels pour ces MNT</li> <li>-Former et renforcer les capacités des prestataires de soins des FOSA sur la PEC des MNT selon les protocoles élaborés</li> <li>-Assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments et technologies essentiels nécessaires pour la prise en charge des MNT y compris dans le secteur privé</li> <li>-Subventionner les médicaments et les technologies essentiels pour les MNT</li> <li>-Équiper les FOSA en matériels de dépistage et de traitement des MNT prioritaires</li> <li>-Organiser le dépistage et le traitement précoce des MNT</li> <li>-Intégrer les soins palliatifs dans le traitement des MNT à tous les niveaux</li> </ul>
Surveillance, suivi-évaluation	Renforcer la surveillance, le suivi-évaluation des MNT et de leurs facteurs de risque à tous les niveaux.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Réviser les outils de collecte de données des FOSA en intégrant les indicateurs de suivi des maladies non transmissibles</li> <li>-Paramétrer les indicateurs de suivi des MNT dans le DHIS2</li> <li>-Mettre en place le registre du cancer basé sur la population</li> <li>-Intégrer dans le SNIS les indicateurs de suivi des facteurs de risque des MNT</li> <li>-Renforcer les capacités du personnel sur l'utilisation des outils du suivi-évaluation</li> <li>-Organiser des rencontres multisectorielles d'évaluation de la mise en œuvre du PAM</li> <li>-Faire un rapport annuel sur la mise en œuvre du PAM</li> <li>-Faire un rapport final sur la mise en œuvre du PAM en</li> </ul>

		2023
Recherche	Renforcer et coordonner la recherche sur les MNT et leurs facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Créer un comité scientifique d'appui</li> <li>-Définir l'agenda et lister les priorités nationales de recherche sur les MNT et leurs facteurs de risque</li> <li>-Générer les évidences relatives aux fardeaux des MNT, la réponse des services de santé et le cout économiques des MNT</li> <li>-Renforcer les capacités des ressources humaines et institutionnelles en exploitant les possibilités de coopération nationales et étrangères</li> <li>-Réaliser l'enquête STEPS</li> <li>-Refaire l'enquête GYTS</li> </ul>

## CHAPITRE IV : PLAN DE MISE EN ŒUVRE

Le plan de mise en œuvre du PAM Burundais comprend diverses informations :

- les axes stratégiques
- les domaines d'interventions
- les actions
- les indicateurs nationaux
- les intervenants principaux
- 

La validation de ce plan sera suivie par la mobilisation des fonds destinés à sa mise en œuvre. La mise en place du Conseil National Conjoint de Haut Niveau, du Conseil Technique National et du Conseil Scientifique d'Appui ainsi que l'élaboration et la production des outils de sensibilisation, de formation, sont des activités prioritaires pour l'année 2019. Les interventions ayant trait à la prévention, à la prise en charge des MNT et la surveillance seront organisées sur deux provinces pilotes dont une province rurale et une autre urbaine pour permettre d'étudier l'efficacité et la rentabilité des actions menées. Des résultats concluants pour l'année 2020 autoriseront l'extension des interventions à l'ensemble du pays. La recherche viendra en appui à la mise en œuvre du PAM en fournissant des données factuelles et des évidences permettant de faire les meilleurs choix.

### IV.1. PLAN DE MISE EN ŒUVRE

Pour chacun des 5 objectifs, les interventions, les activités, les indicateurs et les intervenants principaux correspondants sont repris dans les tableaux suivants.

#### IV.1.1. Dans le domaine de la gouvernance

La lutte contre les MNT impose :

- La prise de conscience des pouvoirs publics quant à la fréquence de ces maladies, leurs effets dévastateurs sur la santé et l'économie du pays et la nécessité de leur prévention et de leur contrôle ;
- L'intervention de différents secteurs en charge de la gestion de certains facteurs de risque et autres déterminants sociaux et environnementaux ;

- Mettre en place un cadre légal et réglementaire favorable à la prévention et la PEC des MNT
- La mobilisation durable de fonds suffisants pour assurer la pérennité des actions.

Une bonne gouvernance, dans le cadre de ce PAM, a pour base les options consignées dans le tableau ci-dessous.

**Axe stratégique 1 : Renforcer le leadership et la gouvernance, la coordination et le plaidoyer pour accélérer la lutte contre les 4 principales MNT**

**Tableau 8: Dans le domaine du leadership et de la Gouvernance**

<b>Domaine d'intervention 1 : Renforcer le plaidoyer pour la prévention et le contrôle des MNT</b>			
<b>Interventions</b>	<b>Actions</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Intervenants</b>
1. Mettre en place les outils de sensibilisations sur les MNT	1.1. Élaborer les outils de sensibilisations sur les MNT (montrant les liens entre leur poids et les besoins	Nombre d'outils de sensibilisation sur la prévention et le contrôle des MNT disponibles.	Santé, Intérieur, Finances
2. Sensibiliser la communauté et les autorités politico administratives, religieuses et sanitaires sur la prévention et le contrôle des MNT	2.1. Organiser des sessions de sensibilisation auprès communauté et les autorités politico administratives, religieuses et sanitaires sur la prévention et le contrôle des MNT	Nombre de personnes sensibilisées par catégorie	Santé, Ministères clés, Assemblée Nationale
3. Intégrer la lutte contre les MNT dans les plans de lutte contre la pauvreté	3.1 Plaider pour l'accessibilité aux soins pour les groupes vulnérables	Nombre de réunions de plaidoyer organisées	Santé, Intérieur, Droits de l'Homme et Genre
	3.2 Mener différentes activités de plaidoyer auprès des partenaires au développement (Agences des NU ou autres) pour inclure les interventions de lutte contre les MNT dans leurs plans d'action	Nombre de réunions de plaidoyer pour l'intégration des interventions de lutte contre les MNT dans leurs plans d'action tenues	Santé, Relations Extérieures
<b>Domaine d'intervention 2: Renforcer la coordination nationale de l'action multisectorielle sur la prévention et le contrôle des MNT.</b>			

1. Renforcer la coordination sur la prévention et le contrôle des MNT.	1.1. Identifier les acteurs engagés dans la lutte contre les MNT.	Nombre d'acteurs identifiés	Santé
	1.2. Mettre en place un comité technique national	Les membres du CTN nommés	Santé
	1.3. Programmer des réunions semestrielles des parties prenantes pour évaluer les progrès de la mise en œuvre du plan multisectoriel contre les MNT.	Nombre de réunions tenues	2 <sup>ème</sup> vice-présidence de la République, Santé
	1.4. Mettre en place des comités provinciaux et communaux de coordination des activités contre les MNT	Nombre de comités provinciaux et communaux mis en place	Santé, Intérieur
	1.5. Mettre en place un comité national conjoint de haut niveau	CNCHN mis en place	2 <sup>ème</sup> vice-présidence de la République, Santé
2. Collaborer avec les organisations de la SC, du secteur privé dans la prévention et le contrôle des MNT.	2.1 Etablir un accord de partenariat/collaboration avec les organisations du secteur privé, des ONG et associations, engagés dans la prévention et le contrôle des MNT.	Nombre d'accords de partenariat signés.	Santé, ONG, ASBL, partenaires privés
	2.2 Organiser des réunions trimestrielles avec les différents intervenants.	Nombre de réunions de coordination tenues	Santé et partenaires
3. Renforcer la coopération régionale et internationale pour la mobilisation des ressources	3.1 Participer dans les échanges régionaux et d'autres fora internationaux basés sur les MNT	Nombre de missions d'échanges	Santé, parties prenantes, partenaires
	3.2. Identifier les contributions spécifiques en réponse aux MNT à inclure dans les plans d'action des Agences des NU (UNDAF) en se basant	Nombre de contributions spécifiques identifiées	Santé, Parties prenantes, et agences des NU

	sur les ODD		
	3.3. Collaborer avec les centres d'excellence régionaux intervenant dans la lutte contre les MNT pour le renforcement des capacités institutionnelles	Nombre de cadres formés ou recyclés	Santé, parties prenantes
<b>Domaine d'intervention 3 : Renforcer le leadership national en matière de prévention et de contrôle des MNT</b>			
1.. Renforcer les capacités institutionnelles dans la lutte contre les MNT	1.1. Renforcer la gouvernance et le leadership du PNILMCNT dans la lutte contre les MNT	Nombre de nouveaux partenariats noués	MSPLS/PNIL MCNT, Santé, PTF, CNCHN
	1.2. Renforcer les compétences des ressources humaines du programme (quantité et qualité)	Nombre de ressources mobilisées	
	1.3. Doter le PNILMCNT des ressources requises (matérielles et financières).		
	1.2. Décentraliser les activités du PNILMCNT au niveau intermédiaire et périphérique	points focaux provinciaux et communaux mis en place	Santé, PTF
2. Renforcement des capacités des cadres des parties prenantes, de la collaboration entre les secteurs,	2.1. Renforcer les capacités de cadres des ministères clés, des associations, des organisations communautaires et des ONG locales, impliqués dans la lutte contre les MNT, et accroître les capacités de collaboration entre secteurs	Nombre de cadres renforcés	Santé, PTF
3. Mobiliser des financements pérennes pour la lutte contre les	3.1. Mettre en place des mécanismes de financement innovants	Budget supplémentaire disponible	Santé et partenaires, finances

MNT	3.2. Augmenter le budget alloué à la lutte contre les MNT	Budget alloué à la lutte contre les MNT augmenté	Gouvernement , Parlement
	3.3. Mobiliser les financements potentiels auprès des PTFs	Financements par les PTFs disponibles	Gouvernement

**Domaine d'intervention 1 : Promotion de la lutte contre le tabagisme**

**IV.1.2. Dans le domaine de la prévention**

Les 4 MNT prioritaires (MCV, cancer, diabète, MRC) ont, en grande partie, des facteurs de risque communs : le tabagisme, l'alcoolisme nocif, la sédentarité et l'alimentation malsaine. La réduction de l'exposition humaine à ces facteurs de risque peut être modifiée par des politiques adaptées, des conseils quant aux comportements à adopter, et quelques fois, de contraintes législatives. L'action multisectorielle est de mise.

**Axe stratégique 2 : Renforcer les capacités de prévention des MNT en agissant sur les facteurs de risque modifiables et les déterminants sociaux et environnementaux sous-jacents.**

**Tableau 9: Réduction des facteurs de risque**

<b>Interventions</b>	<b>Actions</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Intervenants</b>
1. Renforcer la législation pour la lutte anti-tabac	1.1. Produire les textes réglementaires d'application de la loi anti-tabac interdisant la promotion, le parrainage et toute forme de publicité du tabac	Nombre de textes réglementaires d'application de la loi anti-tabac disponibles	Commerce, Finance et Justice
	1.2. Augmenter les taxes sur le tabac	Les taxes sur le tabac revus à la hausse	Finance
	1.3. Exiger des paquets neutres avec des messages de mise en garde sanitaire	l'emballage du tabac est neutre et porte des messages de mise en garde sanitaires	Commerce et Industrie
	1.4. Organisation des campagnes médiatiques d'information sur la nocivité du tabac	Nombre de campagnes médiatiques d'information sur la nocivité du tabac organisées	Santé, Média, Jeunesse, SC, éducation
	1.5. Créer et redynamiser les clubs anti-tabac dans les institutions de formation	Nombre de clubs anti-tabac dans les institutions de formation créés et redynamisés	Santé, éducation, Jeunesse

**Domaine d'intervention 2: Promotion de la lutte contre l'usage nocif de l'alcool**

<b>Interventions</b>	<b>Actions</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Intervenants</b>
1. Promouvoir la lutte contre l'usage nocif de l'alcool	1.1. Augmenter les taxes sur les boissons alcoolisées	Les taxes sur les boissons alcoolisées revus à la hausse	Commerce, Finances
	1.2. Sensibiliser les décideurs et la population sur le respect des heures d'ouverture des débits de boissons	Nombre d'atelier de sensibilisations tenues	Intérieur, MSPLS, Min de la sécurité publique
	1.3. Elaborer les textes d'application de la loi réglementant la production, la commercialisation et la consommation de l'alcool	Nombre de textes réglementaires d'application de la loi anti-alcool disponibles	Gouvernement, Parlement Commerce, Finance et Justice, santé
	1.4. Adopter et mettre en application la loi réglementant la production, la commercialisation et la consommation de l'alcool	La loi réglementant la production, la commercialisation et la consommation de l'alcool disponible	Gouvernement, Parlement Commerce, Finance et Justice, santé

	1.5.Créer et redynamiser les clubs de lutte contre l'alcool dans les institutions de formation	Nombre de clubs de lutte contre l'alcool dans les institutions de formation créés et redynamisés	Education, SC, Santé,
2.IEC/CCC	2.1.Organiser des campagnes médiatiques d'information sur la nocivité de l'alcool	Nombre de campagnes médiatiques sur la nocivité de l'alcool sont organisées	Santé, Médias, Jeunesse, SC,
	2.2.Elaborer et diffuser les outils de communication	Nombre d'outils de communications sont disponibles	Santé, SC, Min de la jeunesse et TIC
<b>Domaine d'intervention 3: Promotion d'une alimentation saine et équilibrée</b>			
<b>Interventions</b>	<b>Actions</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Intervenants</b>
1. Réduction de sel, sucre et gras, dans les aliments et dans les repas	1.1.Former et certifier les cuisiniers sur l'intérêt de la réduction du sel, du sucre et des gras dans les repas	Nombre de cuisiniers formés et certifiés	Santé, Intérieur, SC
	1.2.Organiser des campagnes médiatiques sur la réduction du sel, du sucre et des gras dans les repas	Nombre de Campagnes médiatiques organisés	Santé, SC, Médias
	1.3.Encourager la consommation des aliments locaux	Proportion de la population consommant les aliments locaux	Commerce, Finances, Min de l'agriculture
	1.4.Augmenter les taxes sur les boissons sucrées	Taxes sur les boissons sucrées augmentées	Commerce, Finances
2. Promouvoir l'allaitement exclusif au sein au moins jusqu'a 6 mois et recommander de continuer	2 1. Diffuser les outils de communication sur les avantages de l'allaitement exclusif au sein au moins jusqu'a 6 mois	Nombre d'outils de communication sur l'allaitement exclusif au sein diffusés	Santé
3. Introduire la promotion d'une alimentation saine et équilibrée dans les soins de santé primaire	3.1. Elaborer et diffuser les outils de communication sur l'importance d'une alimentation saine et équilibrée dans les	Nombre d'outils de communication sur l'importance de l'introduction d'une alimentation saine et équilibrée dans les SSP	Santé



	SSP	élaborés et diffusés	
	3.2. Augmenter la production des fruits et légumes dans les ménages	Quantité de fruits et légumes produits dans les ménages augmentée	Agriculture, santé
	3.3. Augmenter la consommation des fruits et légumes dans les ménages	Nombre de personnes consommant les fruits et légumes augmentées	Agriculture, santé
	3.4. Renforcer les capacités des prestataires de soins sur le régime alimentaire sain et équilibre	Nombre de prestataires de soins renforcées	Santé
	3.5. Sensibiliser le public sur l'intérêt de la consommation des fruits et légumes	Nombre de séance de sensibilisation	Santé, Médias, SC
<b>Domaine d'intervention 4 : Promotion de l'activité physique</b>			
<b>Interventions</b>	<b>Activités</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Intervenants</b>
1. Créer un environnement favorable à la pratique de l'activité physique	1.1. Promouvoir la pratique d'exercices physiques dans le cadre de groupes, de clubs, de programmes, d'événements sportifs organisés et dans le cadre scolaire	Existence d'une réglementation instituant la pratique des exercices physique	Jeunesse, Sport, Santé, Médias, Education, Employeurs
	1.2. Organiser des activités sportives récréatives dans les secteurs non structurés	Nombre de séances organisées	Jeunesses, Sport, Min de l'intérieur

Domaine d'intervention 1 : Prise en charge des 4 principales MNT prioritaires dans toutes les FOSA			
Interventions	Actions	Indicateurs	Intervenants
1. Renforcement des capacités pour la prise en charge des MNT dans le cadre des SSP	1.1. Développer/adapter des lignes directrices et des protocoles pour la prévention et la prise en charge des principales MNT	Nombre de documents (directrices et des protocoles pour la prévention et la PEC des principales MNT)	Santé, PTF, CSA
	1.2. Former et renforcer les prestataires de soins des FOSA sur la PEC des 4 principales MNT selon les protocoles élaborés	Nombre de prestataires des FOSA formés ou renforcés sur la PEC des 4 principales MNT	Santé, PTF, CSA
	1.3. Assurer la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments et technologies essentiels nécessaires pour la PEC des MNT dans toutes les FOSA.	Nombre de FOSA ayant les médicaments et technologies essentiels nécessaires pour la PEC des MNT	Santé, PTF, CAMEBU, FOSA.
	1.4.Équiper les FOSA en matériels de dépistage, diagnostic et traitement des MNT prioritaires	Nombre de structures équipées selon les normes	Santé, PTF, SC
2. Généraliser la couverture sanitaire universelle des soins pour les 4 principales MNT	2.1. Créer une assurance maladie nationale capable de couvrir les SSP y compris pour les 4 principales MNT  2.2. Prendre des mesures visant à rendre obligatoire l'adhésion à une assurance maladie capable de couvrir au minimum les soins essentiels pour les 4 principales MNT	Proportion des burundais couverts par l'assurance  Proportion de burundais contribuant à l'assurance obligatoire	Santé, Intérieur, Solidarité, PTF, Assurances  Gouvernement

	2.3. Définir un paquet de soins essentiels pour les 4 principales MNT	Le paquet des soins essentiels pour les MNT défini	Santé, PTF, CSA
	2.4. Subventionner les médicaments et les technologies essentiels pour les 4 principales MNT	Nombre des médicaments et technologies essentiels subventionnés	Gouvernement
<b>Domaine d'intervention 2: Promotion de la lutte contre le diabète et HTA</b>			
<b>Interventions</b>	<b>Actions</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Intervenants</b>
1. Impliquer le niveau communautaire dans la prévention et la PEC du diabète et HTA et de leurs complications	1.1. Organiser des campagnes de sensibilisation pour le dépistage et le suivi du diabète et du HTA	Nombre de campagnes de sensibilisation et de dépistage organisées et nombre de bénéficiaires Campagnes de sensibilisation et de dépistage organisées	Santé, PTF, SV, ASC
	1.2. Organiser des séances d'éducation thérapeutique et d'éducation par les pairs sur HTA et diabète)	Nombre de séances organisées	ASC
2. Intégrer les interventions de PEC dans les SSP contre le diabète et HTA dans le PMA et PCA des FOSA en tenant compte du rapport coût/efficacité	2.1. Définir un paquet de soins essentiels pour le diabète et l'HTA	Paquet des soins essentiels contre le diabète et l'HTA défini et disponible	Santé, PTF, CSA
	2.2. Actualiser les protocoles et les algorithmes de PEC de l'HTA et du diabète	Protocoles et algorithmes actualisés disponibles	Santé, PTF, CSA
	2.3. Renforcer les capacités des prestataires	Nombre de prestataires de soins	Santé,

	de soins sur la PEC du diabète et de l'HTA	formés sur la PEC du diabète et de l'HTA	PTF
	2.4. Equiper les FOSA en matériels et produits de diagnostic et traitement	Nombre de FOSA équipées et approvisionnées	Santé, PTF, SC
	2.5. Subventionner les médicaments anti diabétiques et anti hypertenseurs	Nombre des médicaments subventionnés	Gouvernement
<b>Domaine d'intervention 3: Promotion de la lutte contre le cancer</b>			
<b>Interventions</b>	<b>Actions</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Intervenants</b>
1. Prévention primaire du cancer du col de l'utérus	1.1. Généraliser la Vaccination contre le papillomavirus humain (2 doses) chez les filles de 9 à 13 ans	Proportion de filles de 9 à 13 ans vaccinées	Santé, PTF, SC, ASC
	1.2. Faire le dépistage (IVA) et traitement (cryothérapie) des lésions précancéreuses du col de l'utérus chez les femmes de 30 à 49 ans.	Proportion de femmes de 30 à 49 ans dépistées	Santé, PTF, SC, ASC
2. Intégrer les interventions de lutte contre le cancer du col de l'utérus, du sein, de la prostate et les leucémies infantiles, dans les PMA/PCA des FOSA en tenant compte du rapport cout/efficacité	1.1. Définir un paquet de soins essentiels pour les Cancers du col de l'utérus, du sein, de la leucémie infantile et de la prostate	Le paquet des soins essentiels pour le cancer du col, du sein, de la prostate et des leucémies aigües infantiles, défini	Santé, PTF, CSA

	2.2. Actualiser les protocoles et les algorithmes de PEC du Cancer du col de l'utérus, du sein, de la prostate et des leucémies infantiles	Nombre de Protocoles et algorithmes actualisés le PEC des cancers du col, du sein, de la prostate, et des leucémies aiguës infantiles disponibles	Santé, PTF, CSA
	2.3. Former les prestataires de soins sur la PEC du Cancer du col de l'utérus, du sein, de la prostate et des leucémies infantiles	Nombre de prestataires de soins formés sur la PEC des cancers du col, du sein, de la prostate, et des leucémies aiguës infantiles	Santé, PTF CSA SC
	2.4. Equiper les FOSA en matériels et produits de diagnostic et de traitement (labo d'anatomopathologie, radiologie, ..)	Nombre de FOSA équipées	Santé, PTF, SC
	2.5. Définir/renforcer le système de référence et de contre référence	Système de référence et contre référence défini pour les cancers	Santé PTF CSA
	2.6. Intégrer les anticancéreux et les analgésiques majeurs, y compris la morphine orale, sur la liste nationale des médicaments essentiels	Nombre des anticancéreux et analgésiques majeurs intégrés sur la liste des médicaments essentiels	Santé, Gouvernement
3. Intégrer les soins palliatifs dans la politique sanitaire du Burundi	3.1. Elaborer la politique de soins palliatifs	La politique des soins palliatifs disponible	Santé, PTF
	3.2. Former et organiser des équipes de soins palliatifs dans les	Nombre de personnes formés en soins palliatifs	Santé, PTF,

	provinces du pays		SC
	3.3. Rendre disponible et accessibles les médicaments et matériels, y compris la forme orale, au niveau des FOSA	Nombre de matériels et médicaments pour les soins palliatifs disponibles et accessibles au niveau des FOSA publics et privés	santé PTF, SC, FOSA
4. Mettre en place le un centre national de référence pour le cancer	4.1. Poursuivre le projet de mise en place d'un centre nationale de PEC du cancer	Centre National de PEC du cancer fonctionnel	Santé, PTF
5. Impliquer le niveau communautaire dans la prévention, le dépistage et les soins palliatifs pour les Cancers du col de l'utérus, du sein, de la prostate et des leucémies infantiles	5.1. Organiser des séances de formation pour les agents de santé communautaire en matière de prévention, dépistage et soins palliatifs,	Nombre d'agents de santé communautaires formés sur la prévention, le dépistage et la PEC des cancers (spécialement pour les soins palliatifs)	Santé, PTF, SC
	5.2. Offrir les soins palliatifs aux patients souffrants du cancer	Nombre de malades bénéficiant des soins palliatifs	Santé, PTF, SC, ASC
<b>Domaine d'intervention 4 : Promotion de la PEC de l'asthme et les BPCO</b>			
Interventions	Actions	Indicateurs	Intervenants
1. Intégrer les interventions de lutte contre l'asthme et les	1.1. Actualiser les protocoles et les algorithmes de PEC de l'asthme et des BPCO	Protocoles et algorithmes de PEC de l'asthme et des BPCO disponibles	Santé, PTF, CSA

BPCO dans les PMA/PCA des FOSA en tenant compte du rapport coût-efficacité	1.2. Former les prestataires de soins à la PEC de l'asthme et des BPCO.	Nombre de prestataires de soins formés à la PEC de l'asthme et des BPCO	Santé, PTF, CSA	<b>IV.1 .3. Dans le Domaine de la PEC MNT prioritaires</b>  La prise en charge exige une couverture sanitaire universelle pour être assurée avec efficacité et équité. Les étab
	1.3. Equiper les FOSA en matériels, et produits de diagnostic et de traitement. Des MRC	Pourcentage des FOSA équipées et approvisionnées en matériels et produits pour la PEC de ces maladies	Santé, PTF, SC FOSA	
	1.4. Mettre les beta-agonistes, le salbutamol, les corticoïdes en inhalation et en nébulisation sur la liste nationale des médicaments essentiels	Les beta-agonistes, le salbutamol, les corticoïdes en inhalation et en nébulisation intégrés sur la liste nationale des médicaments essentiels	Santé	
	1.5. Subventionner ces 3 types de médicaments	Nombre des médicaments subventionnés	Gouvernement, PTF	
2. Réduire l'exposition à la fumée dans les ménages ruraux	2.1.Sensibiliser la population sur l'utilisation de source d'énergie propre pour l'éclairage, le chauffage et la cuisson des aliments (gaz méthane, énergie solaire,...) produisant le minimum de fumée	Nombre de ménages utilisant la source d'énergie propre pour l'éclairage, le chauffage ...	Universités Energie ,environnement , PTF	

lissements de soins doivent être disponibles, équipés, dotés d'un personnel formé sur les problématiques de dépistage, diagnostic précoce et traitement. Les médicaments et les technologies de base indispensables doivent être disponibles et financièrement accessibles. Vu la nécessité de prise en charge prolongée et la nécessité de couverture des personnes vulnérables, une mutualité de santé universelle est une obligation.

**Axe stratégique 3 : Renforcer les capacités de prise en charge des maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires**

**Tableau 10: Prise en charge des 4 principales MNT**

**IV.1.4. Dans le domaine de la surveillance et du suivi-évaluation**

Des mesures de surveillance du PAM doivent être mises en place pour permettre de:

- évaluer l'impact des options prises pour la prévention et le contrôle des MNT ;
- suivre la mise en œuvre du plan ;
- justifier le renforcement de certaines interventions ou un changement de cap.

Les options choisies dans ce plan d'action multisectoriel pour la surveillance et le suivi-évaluation sont reprises ci-dessous.

**Axe stratégique 4 : Renforcer la surveillance, le suivi-évaluation de la lutte contre les MNT et leurs facteurs de risque à tous les niveaux.**

**Tableau 11: Surveillance, suivi-évaluation**

INTERVENTION	ACTIONS	INDICATEUR	RESPONSABLE
1. Intégrer les informations de lutte contre les 4 principales MNT dans le Système National d'Information Sanitaire	1.1. Réviser les outils de collecte de données des FOSA en intégrant les indicateurs de suivi des MNT	Nombre d'outils de collecte des données des FOSA intégrant les indicateurs de suivi des 4 principales MNT révisés	Santé, PTF
	1.2. Paramétrer les indicateurs de suivi dans le DHIS2 du SNIS	Nombre d'indicateurs de suivi paramétrés dans le DHIS2 du SNIS	Santé, PTF
2. Rendre opérationnel le registre du cancer	2.1. Mettre en place le registre du cancer basé sur la population	Le registre du cancer est opérationnel	Santé, PTF, Intérieur, ISTEERBU
3. Etablir les données de base sur les 4	3.1. Faire l'enquête STEPS	Enquête STEPS réalisée	Santé, PTF
	3.2. Refaire	Nouvelle enquête GYTS	Santé,



principales MNT et leurs facteurs de risque en vue d'améliorer leur surveillance	l'enquête GYTS	réalisée	PTF ,ISTEEBU
	3.3. Intégrer dans le SNIS les indicateurs de suivi des facteurs de risque des 4 principales MNT	Nombre d'indicateurs de suivi des facteurs de risque des 4 principales MNT intégrés au SNIS	Santé, PTF
4. Evaluer la mise en œuvre du PAM	4.1. Organiser une séance annuelle d'évaluation de la mise en œuvre du PAM	Nombre de séances d'évaluation de la mise en œuvre du PAM réalisées semestriellement	CNCHN, toutes les parties prenantes
	4.2. Organiser une séance d'évaluation a mi-parcours et finale de la mise en œuvre du PAM	Nombre de séance d'évaluation a mi-parcours et finale de la mise en œuvre du PAM tenue	CTN
	4.3. Faire une étude d'évaluation des 9 cibles nationales	Etude d'évaluation réalisée	Toutes les parties prenantes au PAM

#### IV.1.5. Dans le domaine de la recherche

En matière de lutte contre les MNT au Burundi, on attend beaucoup de la recherche. Elle doit définir les aspects particuliers de ces maladies et de leurs facteurs de risque, fournir les bases de prise de décisions, inventer des traitements adaptés à la réalité du pays, étudier les effets des MNT sur l'ensemble du tissu national. Il serait primordial que la recherche détermine les valeurs de référence relatives aux cibles nationales des MNT. Interdire aux autorités locales d'autoriser les enterrements sans certificats de décès et améliorer les informations sur ce document (cause immédiate de décès, maladies sous-jacentes, terrains) serait très utile pour connaître la mortalité par type de maladies, et ne coûterait rien. Mais en priorité, les options suivantes paraissent primordiales.

#### **Axe stratégique 5 : Promouvoir et coordonner la recherche sur les 4 principales MNT et leurs facteurs de risque**

**Tableau 12: Recherche sur les 4 principales MNT**

<b>INTERVENTION</b>	<b>ACTIONS</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>RESPONSABLE</b>
1. Promouvoir la recherche de haut niveau sur les MNT	1.1. Etablir la liste des priorités nationales de recherche sur les 4 principales MNT et leurs facteurs de risque	Liste des priorités nationales de recherche disponible	Santé, autres parties prenantes, ISTEERBU, PTF, CSA
	1.2. Générer les évidences relatives aux 4 principales MNT et à leurs facteurs de risque, la réponse des services et le coût économique de ces maladies	Evidences relatives aux 4 principales MNT générées	Santé, Instituts universitaires et de recherche, ISTEERBU, CSA, PTF
	1.3. Renforcer les capacités de recherche des ressources humaines et institutionnelles en exploitant les possibilités de coopération nationale et étrangère	Nombre de personnels et institutions ayant bénéficié du renforcement des capacités	Santé, EAC, Enseignement supérieur, Relations étrangères, PTF, CSA
	1.4. Mener des études pour proposer des foyers de chauffage et cuisson ne produisant pas de fumées	Nombre de projets réalisables disponibles	Université

## **IV.2. MECANISMES FACILITANT LA MISE EN ŒUVRE DU PAM POUR LA PREVENTION ET LE CONTROLE DES MNT**

### **IV.2.1. Mécanisme national de coordination et de mise en œuvre**

Sous le haut patronage d'une très haute autorité du pays (Vice-Président ou Premier Ministre), le PAM est coiffé par un Comité National Conjoint de Haut Niveau (CNCHN) comportant des représentants de haut niveau de toutes les parties prenantes : les ministères, le parlement, les

institutions nationales pertinentes, la société civile, le secteur privé. Le ministère ayant en charge la santé publique en assure le secrétariat. Le CNCHN définit les orientations du plan, coordonne et garantit les interventions de tous les secteurs de la vie nationale.

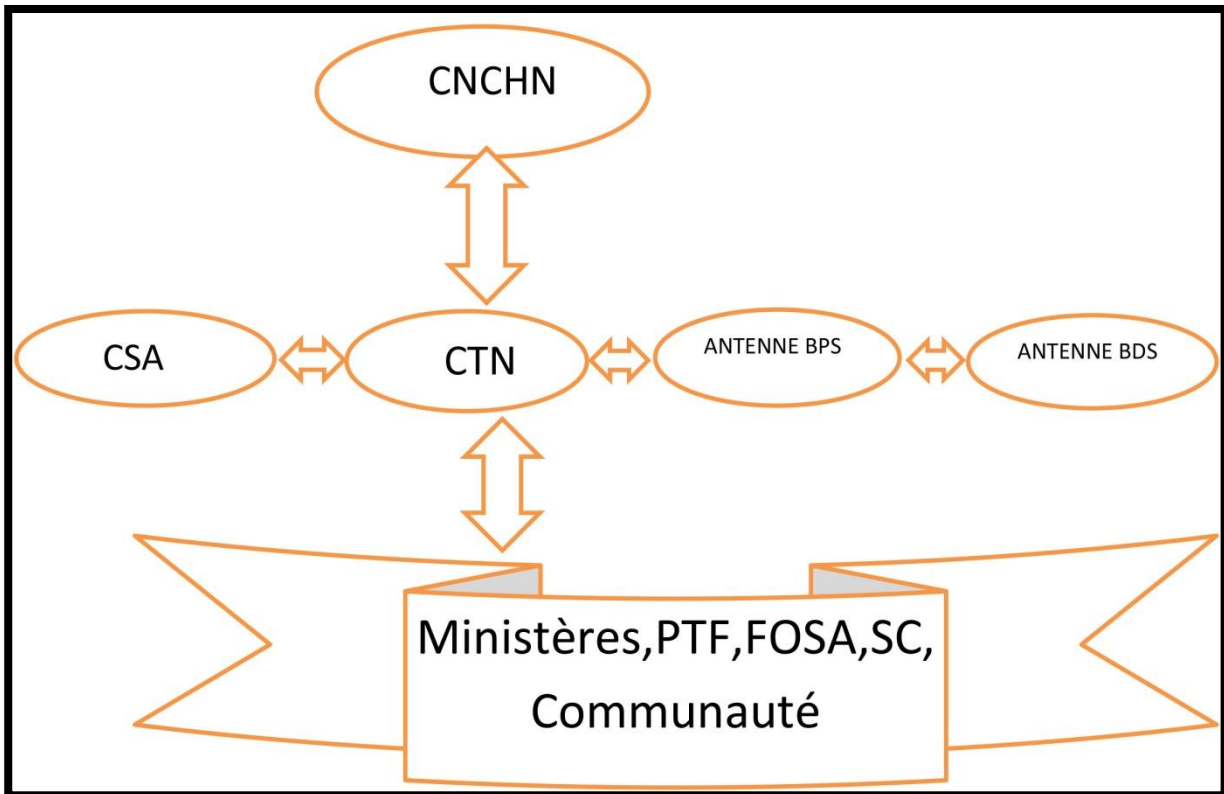
Un Comité Technique National (CTN), réuni autour du PNILMCNT, est chargé de la mise en œuvre des activités stratégiques du PAM. En outre, il élabore et propose à l'approbation du CNCHN les orientations et initiatives jugées nécessaires à l'efficacité du plan d'action. En plus des membres du personnel du programme, le CTN comprend des techniciens compétents représentant les parties prenantes au PAM. Il est dirigé par le directeur du programme et suit l'exécution des activités du plan d'action au sein des FOSA, des associations et ONG de la société civile, des ministères et de la communauté.

Le Comité Scientifique d'Appui (CSA) est composé par des représentants du PNILMCNT, des médecins spécialistes des MNT, des enseignants universitaires, des représentants des PTF, des ONG, de la société civile et des chercheurs dans divers domaines pertinents.

#### **IV.2.2. Mécanismes de coordination provinciale ou locale**

Dans un souci de décentralisation, le CNCHN a des comités correspondant au niveau des provinces et des communes. En outre, le PNILMCNT a des points focaux au niveau intermédiaire et périphérique du système national de soins, qui font obligatoirement parti des comités provinciaux et communaux du PAM.

#### **Figure 4: Organigramme du PAM**



#### IV.2.3. Rôles et responsabilités des comités de coordination

1° Le CNCHN a pour rôle de :

- organiser le calendrier de ses rencontres et produire les rapports de ses activités ;
- approuver la nomination des membres du CTN et du CSA ;
- orienter les politiques stratégiques du PAM ;
- déterminer et hiérarchiser les objectifs du PAM ;
- orienter et approuver les plans d'action des autres comités techniques nationaux ;
- assurer l'engagement des secteurs pertinents de la vie nationale, des partenaires et des autres parties prenantes au PAM ;
- faciliter l'extension du plaidoyer et une large diffusion de l'information ;
- veiller à l'allocation de crédits budgétaires suffisants, à la mobilisation de fonds complémentaires et à une bonne utilisation des ressources financières à disposition ;
- assurer le suivi de l'exécution des interventions stratégiques du PAM.

La nomination des membres de ce comité est faite par le vice-président ou le premier ministre sur proposition du ministre de la santé publique.

2° Le CTN a pour responsabilité de :

- organiser le calendrier de ses rencontres ;
- appuyer le CNCHN dans la mise en œuvre et le suivi du PAM ;
- produire, à l'intention du CNCHN, un rapport semestriel quant à la mise en œuvre et au suivi du PAM.

3° Le CSA a pour responsabilité de :

- déterminer les priorités nationales en matière de recherche ;
- conseiller le CNCHN et le CTN sur les choix à opérer en se basant sur les évidences établies ;
- orienter la recherche opérationnelle nationale sur les facteurs de risque et les déterminants des 4 principales MNT, et leur impact sur la vie socio-économique du pays ;
- assurer la diffusion des résultats pertinents de la recherche.

#### **IV.2.4. Une approche progressive de la mise en œuvre du PAM**

La mise en œuvre du plan d'action national multisectoriel pour la prévention et le contrôle des 4 principales MNT se fera en deux phases.

La première phase durera deux ans (2019-2020). Sans préjudice d'activités pertinentes du PAM qui sont sur le point d'être lancées sur le plan national (vaccination contre le VPH, dépistage du cancer du col, soins pour les diabétiques, ...), les principales activités seront :

- la nomination des membres et le lancement des activités des comités nationaux ;
- la mobilisation des fonds auprès des PTF et autres partenaires ;
- la production des documents nécessaires pour la sensibilisation et des protocoles de prise en charge des 4 principales MNT ;
- la mise en œuvre des interventions de prévention et de contrôle des 4 principales MNT sur une province urbaine et une province rurale (provinces pilotes) ;
- la collecte des données pour évaluer la rentabilité des interventions (rapport coût/ efficacité) dans les 2 provinces pilotes.

La deuxième phase de mise en œuvre du PAM sera de 3 ans (2021-2023). Elle verra l'extension des activités du PAM à l'ensemble du pays en se basant sur les leçons apprises dans la première phase.

#### **IV.2.5. Renforcement des capacités**

La mise en œuvre du PAM pour la prévention et le contrôle des MNT au Burundi implique la disponibilité de ressources humaines qualifiées et une bonne coordination des interventions des secteurs pertinents. La formation et le renforcement des capacités individuelles et institutionnelles est un élément clé de la réussite du plan.

Les trois piliers du renforcement des capacités pour la mise en œuvre du PAM sont les suivants :

- Promouvoir le développement des ressources humaines pour s'assurer d'un personnel qualifié et expérimenté ;
- Renforcer les capacités des systèmes et des institutions intervenant dans la lutte contre les MNT ;
- Promouvoir les partenariats entre les secteurs et les parties prenantes dans la lutte contre les MNT.

## **CHAPITRE V : COUT ET FINANCEMENT DU PAM POUR LA PREVENTION ET LE CONTROLEDES MNT**

Sans financement, le PAM pour la prévention et le contrôle des 4 principales MNT au Burundi, les différentes stratégies et activités proposées resteront lettre morte et les 9 cibles nationales ne seront jamais atteintes.

## V.1. ESTIMATION DES COÛTS POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PAM

### V.1.1. Méthodologie d'estimation

D'emblée, il est à noter que les crédits budgétaires déjà consentis par l'Etat pour le fonctionnement des secteurs ministériels appelés à participer à la mise en œuvre du PAM, ne font pas partie de cette estimation. Ce sont les salaires des hauts cadres et des personnels, les budgets de fonctionnement des FOSA publiques, les coûts de fonctionnement de l'administration. Il en va de même pour les budgets des FOSA privées, des ONG et des associations. Les activités déjà en cours, telles la vaccination contre le virus de l'hépatite B et le papillomavirus humain, le dépistage du cancer du col pour la part amorcée, le registre du cancer, ne sont reprises que pour le volume d'interventions complémentaires. En effet, les estimations rapportées dans ce chapitre concernent les coûts des nouvelles activités définies dans ce plan, ainsi que les fonds qui seront nécessaires pour payer les équipements, produits et matériels inhérents aux interventions du PAM.

Les bases d'estimation sont les suivantes :

- les actes administratifs tels que les adoptions de lois, les nominations, les lettres circulaires et autres instructions administratives, ne sont grevés d'aucun coût
  - les dépenses des ateliers de travail et de formation, des consultances et des expertises, ont été calculées sur base des barèmes habituellement pratiqués sur place ;
  - la production de documents, l'achat de médicaments et autres équipements, l'administration des soins préventifs, curatifs, palliatifs ou de réhabilitation, se sont vus attribuer un coût calculé à partir du nombre de patients attendus eut égard aux données démographiques et épidémiologiques, et ont été calculés à partir des coûts unitaires usuels au Burundi ; une commande directe et groupée pourra les réduire ;
  - le coût des activités de supervision et de recherche est également calculé selon les standards usuels.
- L'estimation des coûts du PAM est un exercice très difficile. Dans le cas de notre pays, il est rendu encore plus compliqué par :
- l'absence de données épidémiologiques de base sur les MNT et leurs facteurs de risque,
  - la méconnaissance des stades évolutifs des affections,
  - la faible coordination actuelle des secteurs du PAM qui gêne la connaissance des projets envisagés contre différents facteurs de risque et les coûts pratiqués.

Une nouvelle estimation à mi-parcours, quand le PAM aura été à l'épreuve du terrain et généré des données actualisées et fiables, sera sans doute indispensable.

Les tableaux récapitulatifs des estimations de coûts, en fonction du domaine d'intervention, sont reportés au point V.1.2.

### V.1.2. Estimation des coûts

Dans le domaine de la gouvernance, l'estimation des coûts est reportée dans le tableau 13. L'unité monétaire d'estimation est le dollar américain.

#### **Tableau 13: Estimation des coûts de la gouvernance**

<b>Renforcer le leadership, la coordination et le plaidoyer pour accélérer la lutte contre les MNT</b>
--

<b>Axe Stratégique 1. Sensibiliser la communauté et des autorités politico administratives, religieuses et sanitaires sur la prévention et le contrôle des MNT</b>						
<b>SOUS-ACTIVITES</b>	<b>COÛTS ESTIMATIFS</b>					
	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>TOTAL</b>
1. Mettre en place une équipe chargée de l'élaboration des outils	-	-	-	-	-	0
2. Ateliers d'élaboration et de validation des outils	8000					8000
3. Production des spots radio diffusés et télévisés	1000	1000	1000	1000	1000	5000
4. Production de planches d'information	6000					6000
5. Diffusion de messages dans les lieux de culte et dans la communauté	200	200	200	200	200	1000
6. Production d'un film documentaire		10000				10000
7. Organiser des fora de sensibilisation des autorités politiques, administratives, religieuses et sanitaires ainsi que dans la communauté	60000	60000	60000	60000	60000	300000
<b>SOUS TOTAL</b>	<b>75200</b>	<b>71200</b>	<b>61200</b>	<b>61200</b>	<b>61200</b>	<b>330000</b>
<b>Axe Stratégique 2. Intégrer la lutte contre les MNT dans les plans de lutte contre la pauvreté</b>						
<b>SOUS-ACTIVITES</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>TOTAL</b>
1. Plaider auprès des partenaires au développement (Agences des NU ou autres) pour inclure les interventions de lutte contre les MNT dans leurs plans d'action	x	x	x	x	x	0
2. Organiser un atelier de plaidoyer	8000					8000
<b>SOUS TOTAL</b>	<b>8000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8000</b>
<b>Axe Stratégique 3. Renforcer la coordination pour la prévention et le contrôle des MNT.</b>						
<b>SOUS-ACTIVITES</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>TOTAL</b>
1. Mettre en place un CNCHN pour la coordination de la mise en œuvre du plan multisectoriel de lutte contre les MNT.	x					0

2. Créer un CTN et un CSA	x					0
3. Mettre en place des comités provinciaux et communaux de coordination des activités de lutte contre les MNT.	X					0
4. Etablir un accord de partenariat avec les organisations du secteur public et privé, ainsi que les ONG et associations engagées dans la prévention et le contrôle des MNT.	x	x	x	x	x	0
5. Organiser des réunions trimestrielles des différents intervenants.	5000	5000	5000	5000	5000	25000
<b>SOUS TOTAL</b>	<b>5000</b>	<b>5000</b>	<b>5000</b>	<b>5000</b>	<b>5000</b>	<b>25000</b>

**Axe Stratégique 4. Renforcer la coopération régionale et internationale pour la mobilisation des ressources**

<b>SOUS-ACTIVITES</b>	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
1. Participer dans les réunions d'échange et fora régionaux et internationaux traitant des mécanismes de coordination de la lutte contre les MNT (12 missions /an)	120000	120000	120000	120000	120000	600000
2. Identifier les contributions spécifiques à inclure dans le plan d'action des Agences des NU (UNDAF) en rapport avec les LDD et la lutte contre les MNT	x	x				0
3. collaborer avec les centres d'excellence régionaux intervenant dans la lutte contre les MNT pour le renforcement des capacités en mobilisation des fonds (20 personnes à raison de 4 personnes par an pour 1 semaine)	20000	20000	20000	20000	20000	100000
<b>SOUS TOTAL</b>	<b>32000</b>	<b>32000</b>	<b>32000</b>	<b>32000</b>	<b>32000</b>	<b>160000</b>

**Axe Stratégique 5. Renforcer le leadership national pour la prévention et le contrôle des MNT**

<b>SOUS-ACTIVITES</b>	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
-----------------------	------	------	------	------	------	-------



1. Recrutement de consultants	30000					30000
2. Elaboration du module de formation	5000					5000
3. Production des modules	25000					25000
4. Organiser un atelier de formation des cadres du niveau centrale et des ECD et des BPS	40000					40000
5. Elaborer les outils de supervision de la gestion des MNT au niveau des FOSA	3000					3000
6. Production et multiplication des outils de supervision	5000					5000
7. Suivi des personnes formées	5000	5000	5000	5PPP	5000	25000
8. Organiser des formations dans les centres régionaux d'excellence	x	x	x	x	x	0
9. Plaider pour l'augmentation du budget alloué à la lutte contre les MNT et la création d'un fond pour la mise en œuvre du PAM	x	x	x	x	x	0
10. Organiser des ateliers multisectoriels de mobilisation des fonds	8000	8000	8000	8000	8000	40000
<b>SOUS TOTAL</b>	<b>121000</b>	<b>13000</b>	<b>13000</b>	<b>13000</b>	<b>13000</b>	<b>173000</b>
<b>TOTAL OBJECTIF 1</b>	<b>241200</b>	<b>121200</b>	<b>111200</b>	<b>111200</b>	<b>111200</b>	<b>696000</b>

Dans le domaine de la réduction des facteurs de risque des MNT, l'estimation des coûts est la suivante :

**Tableau 14: Estimation des Coûts de la Prévention des MNT**

<b>Renforcer les capacités de prévention des MNT en agissant sur les facteurs de risques modifiables ainsi que sur les déterminants sociaux et environnementaux sous-jacents</b>
<b>Axe Stratégique 1. promotion de la lutte antitabac</b>

SOUS-ACTIVITES	COÛTS ESTIMATIFS					
	2019	2020	2P21	2022	2023	TOTAL
1. Préparer et faire signer une note interdisant la publicité et la promotion du tabac	x					0
2. Sensibiliser les jeunes sur les risques du parrainage	1000	1000	1000	1000	1000	5000
3. Plaider près les responsables l'obligation des timbres fiscaux sur les colis de tabac importés	x	x	x			0
4. Exiger des paquets neutres avec des messages d'avertissement sanitaire, le cas échéant	x	x	x	x	x	0
5. Organisation des campagnes médiatiques d'information sur la nocivité du tabac	1000	1000	1000	1000	1000	5000
6. Elaborer les textes d'application de la loi antitabac	1000					1000
7. Diffuser les textes d'application de la loi antitabac	1000		1000		1000	3000
8. Exiger les affiches de signalisation « Interdiction de fumer » sur les accès à tous les espaces clos et dans les transports en commun	x	x	x	x	x	0
9. Campagnes multimédia de sensibilisation sur les dangers du tabagisme, et du tabagisme passif	2000	2000	2000	2000	2000	10000
<b>SOUS TOTAL</b>	5000	4000	5000	5000	5000	24000
<b>Axe Stratégique 2 : Promotion de la Lutte contre l'Usage Nocif d'alcool</b>						
SOUS ACTIVITE	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
1. Adopter la loi sur la production, la commercialisation et la consommation des boissons alcoolisées		x				0



communication sur l'alimentation équilibrée						
7. Appuyer les activités de maraichage pour la production de fruits et légumes,	10000	10000	50000	50000	50000	170000
8. Renforcement des capacités des prestataires de soins sur l'alimentation	1000	4000	4000	4000	4000	17000
9. Organiser des campagnes de sensibilisation sur la consommation des fruits et légumes	1000	1000	1000	1000	1000	5000
<b>SOUS TOTAL</b>	<b>20000</b>	<b>33000</b>	<b>73000</b>	<b>73000</b>	<b>73000</b>	<b>272000</b>
<b>Axe Stratégique 4 : Promouvoir l'Activité Physique</b>						
<b>SOUS ACTIVITES</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>TOTAL</b>
1. Promouvoir la pratique d'exercices physiques dans le cadre de groupes, de clubs, de programmes et d'événements sportifs organisés et en milieu scolaire (programmes scolaires, activités physique)	3000	5000	10000	10000	10000	38000
2. organiser des activités sportives récréatives dans les secteurs non structurés	5000	5000	10000	10000	10000	40000
3. Organiser des campagnes médiatiques d'information sur les avantages de l'activité physique vs la sédentarité	2000	2000	2000	2000	2000	10000
<b>SOUS TOTAL</b>	<b>10000</b>	<b>12000</b>	<b>22000</b>	<b>22000</b>	<b>22000</b>	<b>88000</b>
<b>SOUS TOTAL OBJECTIF 2</b>	<b>46000</b>	<b>60000</b>	<b>114000</b>	<b>114000</b>	<b>114000</b>	<b>448000</b>

Dans le domaine de la prise en charge des MNT, l'estimation des coûts est reprise dans le tableau 15.

**Tableau 15: Estimation des coûts de la prise en charge des MNT**

<b>Renforcer les capacités de prise en charge des MNT sans le cadre des SSP</b>
<b>Axe Stratégique 1. Renforcer les capacités de PEC des 4 principales MNT</b>

	<b>COÛTS ESTIMATIFS</b>					
<b>SOUS-ACTIVITES</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>TOTAL</b>
1. Organiser 2 ateliers d'élaboration des protocoles et algorithmes de PEC du diabète, cancers, MCV, MRC	10000			10000		20000
2. Organiser 2 ateliers de validation des protocoles élaborés	5000			5000		10000
3. Produire et diffuser les documents	50000	100000	20000	20000	20000	210000
4. Former les prestataires de soins des FOSA sur la PEC des MNT selon les protocoles élaborés		20000	50000	50000	20000	140000
5. Assurer la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments et technologies essentiels nécessaires pour la prise en charge des MNT, y compris dans le secteur privé	30000	50000	100000	100000	100000	380000
6. Evaluer les couts réels du paquet minimum et complémentaire des soins des MNT	10000	20000				30000
7. Organiser un atelier d'échange en vue de créer une mutualité universelle capable de couvrir les paquets de soins		10000				10000

8. Mettre en place la mutualité universelle		x				0
9. Organiser des campagnes de sensibilisation pour l'adhésion à la mutualité		20000	30000	10000	10000	70000
10. Mettre en place une note ministérielle rendant obligatoire l'adhésion à la mutualité universelle		x				0
11. Subventionner les médicaments et les technologies essentiels pour la PEC des MNT		20000	100000	100000	100000	320000
<b>SOUS TOTAL</b>	<b>105000</b>	<b>240000</b>	<b>300000</b>	<b>295000</b>	<b>250000</b>	<b>1190000</b>

**Axe stratégique 2: Promotion de la lutte contre le diabète**

SOUS ACTIVITES	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
1. Elaborer un module de formation des ASC sur la prévention et la PEC du Diabète		2000				2000
2. Valider le module		10000				10000
3. Produire et diffuser le module		100000	20000	20000	20000	160000
4. Former les ASC sur la prévention et la PEC du diabète		100000	20000	20000	20000	160000
5. Organiser des campagnes de suivi des ASC formes et de mise en œuvre des actions communautaires de			50000	50000		100000

prévention et de PEC du Diabète						
6. Produire des outils de communications communautaire (glycémie, TA, alimentation)			50000			50000
7. Créer des groupes de parole dans les F9SA			50000			50000
8. Equiper les FOSA en matériels et produits de diagnostic et de traitement du diabète		50000	150000			200000
<b>SOUS TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>262000</b>	<b>340000</b>	<b>90000</b>	<b>40000</b>	<b>732 000</b>

**Axe stratégique 2: Promotion de la lutte contre le cancer**

SOUS ACTIVITES	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
1. Généraliser la Vaccination contre le papillomavirus humain (2 doses) chez les filles de 9 à 13 ans	20000	20000	20000	20000	20000	100000
2. Faire le dépistage du cancer du col chez les femmes de 30 à 49 ans (IVA) et le traiter par cryothérapie des lésions précancéreuses.	20000	40000	80000	80000	80000	300000
3. Equiper les FOSA en matériels et produits de diagnostic et de traitement		100000	500000	500000	100000	1200000
4. Mettre les anticancéreux et les analgésiques majeurs, y compris la		x				0

morphine orale, sur la liste nationale des médicaments essentiels						
5. Elaborer la politique de soins palliatifs		20000				20000
6. former et organiser les équipes de soins palliatifs dans les provinces pilotes		20000	50000	50000	20000	140000
7. Faire des visites d'échange d'expérience dans des pays qui font déjà les soins palliatifs		50000	50000	50000	50000	200000
8. Impliquer la SC et la communauté	x	x	x	x	X	0
9. Rendre disponible la morphine orale a tous les niveaux de soins		x	x	x	x	0
10. poursuivre le projet de mise en place d'u centre anticancéreux de référence nationale	<b>5000</b>	5000	5000	5000	5000	25000
11. Former les ASC en matière de prévention, dépistage et soins palliatifs pour les Cancers du col de l'utérus, du sein, de la prostate et les leucémies infantiles		20000	50000	60000	60000	190000
12. offrir les soins palliatifs aux patients souffrant du Cancer du col de l'utérus, du sein, du poumon et de la prostate, ...		20000	100000	100000	100000	320000



<b>SOUS TOTAL</b>	<b>45000</b>	<b>295000</b>	<b>855000</b>	<b>865000</b>	<b>335000</b>	<b>2395000</b>
<b>Axe Stratégique 3 : Prise en charge des affections respiratoires chroniques</b>						
<b>SOUS ACTIVITES</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>TOTAL</b>
1. Equiper les FOSA en matériels et produits de diagnostic et de traitement.	x					0
2. Mettre les beta-agonistes et les corticoïdes,, inhales et en nébulisation, sur la liste nationale des médicaments essentiels		x				0
3. Subventionner les médicaments et appareils de traitement des MRC (les beta- agonistes, les corticoïdes inhales et en nébulisation,...)		50000	300000	300000	200000	850000
<b>SOUS TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>50000</b>	<b>300000</b>	<b>300000</b>	<b>200000</b>	<b>850000</b>

Dans le domaine de la surveillance, suivi-évaluation, l'estimation des coûts est reprise en dessous.

**Tableau 16: Estimation des coûts de la surveillance des MNT**

<b>Renforcer les capacités de surveillance et suivi-évaluation des MNT</b>						
<b>Axe Stratégique 1 : Intégrer les informations de lutte contre les MNT dans le SNIS</b>						
<b>SOUS-ACTIVITES</b>	<b>COÛTS ESTIMATIFS</b>					
	<b>2019</b>	<b>2030</b>	<b>2P21</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>TOTAL</b>
1. Elaborer et valider les indicateurs de suivi des MNT et de leurs facteurs de risque	20000					20000
2. Intégrer dans les outils du SNIS les indicateurs des MNT	x					0

3. Recruter un consultant pour le paramétrage des indicateurs des MNT et de leurs facteurs de risque	x					0
4. Paramétrer les indicateurs des MNT et de leurs facteurs de risque dans le DHIS2	2000					2000
5. Former les agents du SNIS sur les nouveaux outils	20000					20000
6. Faire les supervisions de la collecte des données sur les MNT et leurs facteurs de risque		6000	6000	6000	6000	24000
<b>SOUS TOTAL</b>	<b>42000</b>	<b>6000</b>	<b>6000</b>	<b>6000</b>	<b>6000</b>	<b>66000</b>
<b>Axe Stratégique 2 : Implémenter le registre du cancer</b>						
<b>SOUS ACTIVITES</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>TOTAL</b>
1. Recruter un consultant pour l'identifier les besoins pour la mise en place du registre du cancer	x					0
2. Identifier et former le staff du registre du cancer	x					0
3. Echange d'expérience avec un pays ayant déjà mis en place le registre		10000		10000		20000
4. Equiper les locaux du registre de cancer	x					0
<b>SOYS TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>10000</b>	<b>0</b>	<b>10000</b>	<b>0</b>	<b>20000</b>
<b>Axe Stratégique 3 : Etablir les données de base sur les MNT et leurs facteurs de risque</b>						
<b>SOUS ACTIVITES</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>TOTAL</b>
1. Mettre en place le comité de pilotage des études		X				0
2. Mettre en place le comité technique des études		X				0
3. Elaborer les protocoles d'enquête		10000				10000
4. Faire valider les protocoles par		5000				5000

le comité d'éthique						
5. Tirer les échantillons		10000				10000
6. Recruter les enquêteurs		5000				5000
7. Former les enquêteurs		10000				10000
8. Réaliser les enquêtes,		60000				60000
9. Publier les résultats des études		50000				50000
<b>SOUS TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>150000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>150000</b>
Evaluation du PAN après 2 ans		x				0
Evaluation du PAN en 2023					340000	340000
		0			340000	340000
<b>SOUS TOTAL</b>						
<b>Axe Stratégique 4 : renforcer les capacités des prestataires des FOSA dans la surveillance des MNT et de leurs facteurs de risque</b>						
<b>SOUS ACTIVITES</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2PZZ</b>	<b>2023</b>	<b>TPTAL</b>
1. Elaboration des TDR et recrutement des consultants		10000				10000
2. Organiser 5 ateliers régionaux sur le suivi des MNT et de leurs facteurs de risque		50000				50000
<b>SOUS TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>60000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>60000</b>
<b>SOUS TOTAL OBJECTIF 4</b>	<b>42000</b>	<b>226000</b>	<b>6000</b>	<b>16000</b>	<b>346000</b>	<b>636000</b>

Dans le domaine de la recherche, en plus des études inhérentes à la surveillance, des MNT et leurs facteurs de risque, des travaux de recherche pourront être conduits dans tous les secteurs en relation avec ces pathologies. Les coûts estimatifs sont les suivants :

**Tableau 17: Estimation des Coûts de la Recherche sur les MNT**

Promouvoir et coordonner la recherche sur les MNT et leurs facteurs de risque	
<b>SOUS-ACTIVITES</b>	<b>COÛTS ESTIMATIFS</b>

	<b>2019</b>	<b>2030</b>	<b>2P21</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>TOTAL</b>
1. Organiser un atelier (multisectoriel) par an pour discuter des résultats disponibles et lister les priorités nationales de recherche sur les MNT et leurs facteurs de risque	10000	10000	10000	10000	10000	50000
2. Faire au moins 5 études par an en vue de générer les évidences relatives aux MNT et à leurs facteurs de risque, la réponse des services et le cout économique de ces maladies	50000	50000	50000	50000	50000	250000
3. Organiser 2 ateliers par an pour renforcer les capacités de recherche, en exploitant les possibilités de coopération nationale et étrangère	20000	20000	20000	20000	20000	100000
4. Participer aux rencontres scientifiques sur les MNT et leurs facteurs de risque	20000	20000	20000	20000	20000	100000
<b>SOUS TOTAL OBJECTIF 5</b>	<b>100000</b>	<b>100000</b>	<b>100000</b>	<b>100000</b>	<b>100000</b>	<b>500000</b>
<b>TOTAL GENERAL DU PAM</b>						<b>6 838 000</b>

## V.2. FINANCEMENT DU PAM

Pour l'heure, la prévention et la gestion des MNT ainsi que la surveillance et la recherche n'ont pas de financement identifié. Les diagnostics et les traitements sont conduits au cas par cas, les patients payant eux-mêmes les soins. Le suivi des malades dépend de la disponibilité de leurs moyens financiers. On imagine que les malades défavorisés meurent de MNT sans diagnostic et sans traitement. Les multiples secteurs susceptibles d'apport dans la prévention et le contrôle de ces maladies font des interventions isolées et sporadiques, quand ils font quelque chose. En conséquence, la mise en œuvre du présent PAM pour la prévention et le contrôle des MNT, qui suppose des interventions globales, coordonnées, et une couverture universelle, la surveillance et le développement de travaux de recherche, exige un financement conséquent. Les sources de financement identifiées et qui doivent être exploitées à fond sont les suivantes :

- augmentation des crédits budgétaires alloués par l'Etat à la prévention et au contrôle des MNT pour faire fonctionner les comités nationaux, le PNILMCNT, les administrations et les établissements publics dont la charge de travail va augmenter
- mobilisation optimale des fonds disponibles auprès des PTF, des partenaires au développement, internationaux et nationaux
- Promotion des sources innovantes de financement telles que les taxes sur le tabac et sur les boissons alcoolisées et sucrées, les recettes de manifestations sportives ou culturelles réalisées dans le cadre de la sensibilisation sur les MNT, les recettes de la formation et de la certification des cuisiniers des hôtels et des restaurants, de jeux de société ou de jeux organisés de concert avec les radios et les télévisions, les amendes pour les contrevenants (fumeurs en espace clos, alcoolisme au volant, ivresse publique, etc.), etc.

**TROISIEME PARTIE : CADRE NATIONAL DE  
RESPONSABILITE**

## **CHAPITRE VI : SUIVI ET EVALUATION**

### **VI.1. CADRE NATIONAL DE SURVEILLANCE**

Le cadre national de surveillance du PAM burundais est fait à l'image du cadre global de surveillance de l'OMS défini en Mai 2013 par l'Assemblée Mondiale de la Santé . Il est basé sur le degré d'atteinte d'indicateurs nationaux correspondant à des activités, et a pour but la réalisation des 5 objectifs du plan. Pour plus de détails consulter le tableau 6 de la section II

La surveillance se fait sur le modèle du tableau suivant.

#### **Tableau 18 : Modèle de surveillance du PAM burundais**

<b>Types d'éléments de surveillance</b>	<b>Modèles de sujets</b>
Apports ou procédures	Les fonds pour les MNT récoltés
	Amélioration des ressources humaines
	FOSA pour les MNT
	Mécanisme de coordination
Objectifs à atteindre	Accords
	Rapports de coordination
	Fruits des activités
	Rapports de réunions
	Connaissances et expériences acquises
Impact ou résultat	Modifications des facteurs de risque
	Taux de mortalité
	Prévalence des MNT
	Prévalence des invalidités secondaires aux MNT
	Systèmes de santé
	Qualité de vie

## VI.2. SUIVI DE L'IMPACT ET DES RESULTATS DU PAM

Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PAM du Burundi se basent sur les éléments de surveillance indiqués au tableau 18. Le degré d'atteinte des 9 cibles nationales, les modèles d'évaluation et les sources de données peuvent être consultés au tableau 19.

**Tableau 19: Suivi-évaluation de l'impact et des résultats du PAM**

<b>Eléments du cadre</b>	<b>Valeurs de référence</b>	<b>Cibles horizon 2023</b>	<b>Cibles horizon 2025</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Techniques de mesure</b>



Mortalité prématurée imputable aux MNT	24% selon l'OMS	10% de réduction relative	15% de réduction relative	Proportion de décès évités	Enregistrement au SNIS
Activité physique	Insuffisante dans 16.7% selon STEPS Kirundo	0% de réduction	0% de réduction	Prévalence du manque d'activité physique modérée à forte (moins de 60 minutes par jour chez l'adolescent, moins de 150 minutes par semaine chez l'adulte)	Enquête
Consommation de sel	A établir	Réduction relative de 15%	Réduction relative de 30%	Quantité de sel ingérée en moyenne par jour (en gramme)	Quantité de sel de cuisine importée divisée par la population d'au moins 2 ans par jour
Tabagisme	20% selon STEPS Kirundo	Réduction relative de 15%	Réduction relative de 20%	Prévalence du tabagisme à partir de 15 ans	Enquête
HTA	25.2% selon STEPS Kirundo	Baisse relative de 10%	Baisse relative de 15%	Prévalence de l'HTA chez l'adulte	Prise de la TA
Diabète et obésité	1 à 8% selon les études	Augmentation de 0%	Augmentation de 0%	Prévalences du diabète et de l'obésité	Glycémie capillaire et IMC
Chimio-prophylaxie et conseils pour la	A établir	25% de couverture	40% de couverture	Proportion de personnes suivies et traitées par	Données du SNIS

prévention des IM et des AVC			e	rapport au nombre de cas attendus	
Disponibilité des médicaments essentiels et des technologies de base pour le traitement des MNT dans les FOSA publics et privés	A établir	50% de disponibilité et accessibilité financière	60% de disponibilité et accessibilité financière	Disponibilité et accessibilité financière des médicaments essentiels et des technologies de base dans les FOSA	Données du SNIS

### VI.3. SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PAM BURUNDAIS POUR LA PREVENTION ET LE CONTROLE DES MNT

La surveillance de la mise en œuvre du PAM burundais se fera sur la base du tableau 20.

**Tableau 20: Surveillance de la mise en œuvre du PAM burundais**

Objectifs stratégiques	Objectifs à atteindre	Indicateurs de résultats	Source de données
Renforcer le leadership, la coordination et le plaidoyer pour accélérer la lutte contre les MNT	Déterminer la réalisation des cibles nationales aux échéances 2023-2025	Cibles nationales des MNT établies	Documents et rapports officiels
	PAM intégrant les principales MNT et leurs facteurs de risque opérationnel	Disponibilité d'un PAM national validé	
	Intégration des MNT dans le PNDSIII	Interventions du PAM intégrées au	

		PNDS III	
	Mise en place des Comités nationaux des MNT	Rapport de mise en place des comités nationaux	
	Nombre de réunions multisectorielles	Disponibilité de paquets pour le plaidoyer	
	Accroissement des fonds pour la lutte contre les MNT	Intégration des MNT dans les objectifs de développement et le PNDSIII	
		Augmentation du budget alloué aux MNT	
Renforcer les capacités de prévention des MNT en agissant sur les facteurs de risques modifiables et les déterminants sous-jacents	Diminuer l'accessibilité du tabac en augmentant les taxes	Augmentation des taxes sur le tabac	Documents et rapports officiels
	Adopter une loi interdisant de fumer dans les espaces clos (lieux de travail, espaces publics, transports)	Nombre d'espaces fermés non-fumeurs	Rapports d'enquête
	Avertir la population sur les dangers du tabac à travers des séances d'IEC/CCC et des campagnes médiatiques	Proportion de la population au fait des méfaits du tabac	
	Interdire toute publicité du tabac, toute promotion et tout parrainage	Note d'interdiction de la publicité, la promotion et le parrainage des	

		industries du tabac	
	Mesures prises pour réduire la consommation du sel par la population	Disponibilité de lignes directrices pour la promotion de l'exercice physique	
	Mesures prises pour limiter la consommation des graisses saturées	Intégration de l'éducation physique dans les programmes scolaires	
	Bouquet de recommandations pour limiter la promotion d'alcool auprès des enfants	Disponibilité de lignes directrices pour l'allaitement au sein et l'alimentation des enfants	
	Adoption des lois internationales encadrant la vente des substituts du lait maternel		
	Sensibilisation de la population sur l'exercice physique et l'alimentation		
Renforcer les capacités de prise en charge des maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires	Adoption de lignes directrices, de protocoles et algorithmes pour la PEC des principales MNT dans le cadre des SSP	La disponibilité des lignes directrices et des protocoles dans les FOSA	
	Fourniture de médicaments essentiels et de conseils pour éviter les IM et les AVC	Disponibilité des lignes directrices pour améliorer la prévention et le diagnostic précoce du	Rapports médicaux

	chez les personnes à risque	diabète et des MCV	
		Augmenter les possibilités de dépistage précoce et de traitement de l'HTA	SNIS
		Augmenter les possibilités de dépistage précoce et de traitement du diabète	
		Disponibilité de lignes directrices et des protocoles pour le dépistage et le diagnostic précoce du cancer du col	
		Disponibilité de lignes directrices et des protocoles pour l'asthme et les BPCO	
		Disponibilité des médicaments essentiels contre les MNT	
Renforcer la surveillance, le suivi-évaluation des MNT et leurs facteurs de risque à tous les niveaux	Mettre en place une équipe chargée de la surveillance et du suivi-évaluation au sein du comité provincial	Nombre de FOSA s'occupant de la surveillance	Publications
	Nombre d'ateliers de formation sur la surveillance pour les	Disponibilité des rapports de prévalence des MNT	Documents officiels

	équipes provinciales AD HOC	et de leurs facteurs de risque	
Promouvoir et coordonner la recherche sur les MNT et leurs facteurs de risque	Mise en place d'un CSA et d'un réseau de coordination des institutions de recherche	Etablissement d'une liste des priorités en matière de recherche sur les MNT	Documents officiels
	Augmentation des fonds destinés à la recherche sur la prévention et le contrôle des MNT	Disponibilité de publications sur les meilleures pratiques pour la prévention et le contrôle des MNT	Publication

#### **VI.4. MECANISMES DE RAPPORT**

Le suivi-évaluation de la mise en œuvre du PAM pour la prévention et le contrôle des MNT doit concerner tous les ministères et toutes les parties prenantes impliquées dans la réalisation du plan d'action. Au niveau de tous ces partenaires, le comité technique national doit avoir un point focal chargé de la récolte des données pour les activités concernées. Le mécanisme global de rapportage se fait sur le canevas suivant :

Le CTN, en l'occurrence le PNILMCNT, récolte les rapports de surveillance de tous les points focaux et confectionne un rapport global semestriel sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du PAM. Ce rapport est envoyé au CNCHN pour lecture et approbation

Les deux rapports semestriels sont fondus en un rapport annuel qui suit le même cheminement.

Après approbation du rapport annuel de mise en œuvre du PAM, le CNCHN le diffuse auprès des plus hautes autorités du pays et des responsables de tous les secteurs et parties prenantes au plan d'action.

#### **VI. EVALUATION DU PAM EN 2023**

Il s'agira de l'évaluation finale du PAM 2019-2023. Des 5 rapports annuels, on aura des informations sur la mise en œuvre du plan d'action. Son extension à tous les niveaux et à tous les secteurs indispensables de la vie nationale, l'implication de toutes les parties prenantes, seront particulièrement scrutées. L'impact du PAM sur les cibles nationale s'étudiera à partir de données disponibles dans le SNIS pendant que d'autres résulteront d'une enquête finale qui sera menée à l'échelle du pays.

## REFERENCES

1. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, Enquête STEPS sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles, 1013
2. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, Normes Sanitaires pour la Mise en Œuvre du PNDS III – Niveaux Intermédiaire et Périphérique, 2011
3. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, Plan National de Développement Sanitaire III 2019 – 2023 Aligné au Plan National de Développement du Burundi 2018 – 2027, 2019
4. OMS, Convention Cadre de l’OMS pour la Lutte Antitabac, 2013
5. OMS, Plan d’Action Mondial de Lutte Contre les MNT 2013 – 2025, 2013
6. OMS, Les « Meilleurs Choix » et Autres Interventions Recommandées pour Lutter contre les Maladies Non Transmissibles, 2017
7. WHO, Non Communicable Diseases Global Monitoring Framework:, Indicator Definitions and Specifications, 2013

## ANNEXE 1 : Proposition de Certificat de Décès

Au Burundi, les données sur la mortalité sont insuffisantes, spécialement en ce qui concerne les causes de décès. Les limites techniques au diagnostic et les inhumations autorisées par des autorités administratives en dehors de tout recours à un médecin. Expliquent cette lacune. Mais bien souvent, les médecins remplissent les certificats de décès à la hâte, sans prendre la peine de donner toutes les informations à leur portée, ou de rechercher avec autant de précision que possible la cause de la mort à posteriori. Par ailleurs la configuration actuelle du document le permet, en partie. Il est fréquent de trouver écrit au point de la cause du décès « mort naturelle », « maladie », « accident », sans plus.

Aller au plus près possible du diagnostic grâce, entre autres, à l’interrogatoire, pour les décès à domicile, rechercher la cause immédiate de la mort, la maladie en cours et le terrain, permettraient d’ étoffer les informations, connaître les causes de décès dans nos populations et mieux planifier les interventions de santé au bénéfice des vivants. Les 3 exemples qui suivent illustrent la proposition.

Exemple 1



République du Burundi  
 Ministère de la Santé Publique  
 Et de la Lutte contre le Sida  
 Hôpital de Mpanda

**CERTIFICAT DE DECES**

Je, soussignée, Docteur Rosette IYOMENYA, certifie que la nommée Elisabeth KOYA est décédée à domicile en date du 12/4/2008.

Cause immédiate de décès : Coma urémique

Maladie en cours : Cancer du col utérin

Terrain : VIH/Sida.

Fait à Mpanda  
 Le 14/4/2008  
 Signature et Cachet

Exemple 2

République du Burundi  
 Ministère de la Santé Publique  
 Et de la Lutte contre le Sida  
 Hôpital de Kirundo

**CERTIFICAT DE DECES**

Je, soussigné, Docteur Charles NZOKINGA, certifie que le nommé Vital NTIBIHEZWA est décédé à l'hôpital en date du 2/9/2018.

Cause immédiate de décès : Infarctus du myocarde

Maladie en cours : Diabète et HTA

Terrain : Obésité/Alcoolisme nocif

Fait à Kirundo  
 Le 22/9/2018  
 Signature et Cachet

Exemple 3

République du Burundi  
Ministère de la Santé Publique  
Et de la Lutte contre le Sida  
Hôpital de Makamba

**CERTIFICAT DE DECES**

Je, soussignée, Docteur Adeline MWUKA, certifie que la nommée Immaculéé RYANSEGUCA est décédée à domicile en date du 02/01/2017.

Cause immédiate de décès : Asphyxie

Maladie en cours : Asthme et bronchite chronique

Terrain : Tabagisme

Fait à Makamba

Le 03/01/2017


Signature et Cachet

**ANNEXE2:Ordonnance Réorganisant le programme**

PMILCMCT

Bujumbura, le.....

**REPUBLIQUE DU BURUNDI**



**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA  
CABINET DU MINISTRE**

N° 630 / ...../

V/ Réf/

N/ Réf/

Objet : **ORDONNANCE N°630/1373...DU 24.10.2017 PORTANT REORGANISATION  
DU PROGRAMME NATIONAL INTERGRE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES  
CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES**

**LA MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA.**

Vu la Constitution de la République du Burundi ;

Vu la Loi N°1/28 du 23 Août 2006 portant Statut Général des Fonctionnaires ;

Vu la loi N° 1/24 du 02 octobre 2009 portant Dispositions particulières du Statut général des fonctionnaires applicables aux personnels de la santé publique ;

Vu la loi N° 1/08 du 28 avril 2011 portant Organisation Générale de l'Administration Publique ;

Vu le Décret-loi N°1/16 du 17 mai 1982 portant Code de santé publique ;

Vu le Décret-loi N°1/37 du 7 Juillet 1993 portant Révision du Code du travail ;

Vu le Décret-loi N°100/254 du 04 octobre 2011 portant Organisation et Fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida ;

Vu le Décret-loi N°100/29 du 18 Septembre 2015 portant Révision du décret N° 100/125 du 19 avril 2012 portant Structure, Fonctionnement et Missions du Gouvernement de la République du Burundi ;

**ORDONNE :**

NS

---

B.P 1820 Tei. (257) 22 22 91 95/ (257) 22 24 25 42-BUJUMBURA

## CHAPITRE I : DES DISPOSITIONS GENERALES

### Article 1

La présente ordonnance a pour objet la réorganisation du programme dénommé « Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques non Transmissibles », (PNILMCNT) en sigle au sein du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida.

### Article 2

Le PNILMCNT est la référence nationale pour toutes les activités en rapport avec les maladies chroniques non transmissibles dont les principales sont : le diabète, les maladies cardiovasculaires, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, le cancer, la santé mentale et l'épilepsie, le développement de la médecine physique et réadaptation, la santé bucco - dentaire, les troubles de la réflexion visuelle, les troubles métaboliques, les maladies héréditaires ainsi que le handicap; spécialement en ce qui concerne la prévention, le dépistage, le diagnostic précoce, la prise en charge correcte y compris les soins palliatifs et l'organisation des enquêtes pour la recherche des facteurs de risque ou les déterminants de ces maladies.

### Article 3

Le PNILMCNT collabore étroitement avec les autres services du Ministère pour assurer les interventions de soutien telles que la recherche opérationnelle des facteurs de risque des maladies chroniques non transmissibles, le dépistage ciblé, le diagnostic précoce, la prise en charge correcte de ces maladies et leurs complications ainsi que la communication pour un changement de comportement.

## CHAPITRE II : DES MISSIONS

### Article 4

La mission générale du PNILMCNT est de proposer les stratégies appropriées de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles et surtout le diabète, les maladies cardiovasculaires, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, les cancers, etc. au niveau de tout le territoire national ainsi que la coordination des interventions sur terrain en la matière.

### Article 5

Le PNILMCNT est spécialement chargé de :

- Elaborer et proposer au Ministère ayant la santé publique dans ses attributions, une politique nationale, des stratégies de prévention, de diagnostic et de la prise en charge médicale de diabète, des maladies cardiovasculaires, des broncho-pneumopathies chroniques obstructives, des cancers, etc;



- Appuyer la planification opérationnelle au niveau intermédiaire et périphérique et assurer le suivi - évaluation de la mise en œuvre des interventions de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles sur tout le territoire national ;
- Assurer la coordination de tous les intervenants dans la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles sur tout le territoire du Burundi ;
- Mobiliser des ressources matérielles et financières requises pour le fonctionnement du programme et l'exécution des activités de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles ;
- Proposer les indicateurs de suivi des maladies chroniques non transmissibles au niveau national.

### CHAPITRE III DE L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

#### Article 6

La gestion quotidienne du Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques non Transmissibles (PNILMCNT) est assurée par une équipe de coordination composée par un Directeur assisté par un Directeur adjoint, les conseillers et les chefs de services.

Le Directeur, le Directeur adjoint, les conseillers à la direction et les chefs de services sont tous nommés par le Ministre ayant la santé publique dans ses attributions.

#### Article 7

Le Directeur du PNILMCNT a notamment les attributions suivantes :

1. Planifier les activités de lutte contre toutes les maladies chroniques non transmissibles ;
2. Coordonner au quotidien la gestion du Programme ;
3. Organiser les réunions de coordination ;
4. Coordonner l'élaboration des documents de planification pour la mise œuvre des activités du Programme (politique nationale, plan stratégique, plan annuel, plan opérationnel, etc.) ;
5. Développer les stratégies de renforcement des capacités du Programme ;
6. Superviser les différentes ressources humaines, financières et matérielles disponibles au sein du Programme ;
7. Superviser l'élaboration des différents contrats liant le Programme avec ses partenaires et ses bénéficiaires ;
8. Valider les obligations de reportages opérationnels et financiers auprès des partenaires ;
9. Superviser la production des rapports d'activités du Programme ;
10. Développer la collaboration active et les synergies nécessaires entre les différents intervenants dans la lutte contre toutes les maladies chroniques non transmissibles;

11. Coordonner les appuis techniques des partenaires impliqués dans la planification, la programmation des activités, la mise en œuvre, le monitoring et l'évaluation des activités du Programme ;
12. Appuyer les missions d'appui technique et de supervision du Programme ;
13. Assurer la mise en œuvre des recommandations, validées par les partenaires, des supérieurs hiérarchiques, des audits, des revues ;
14. Assurer la mise en œuvre des directives nationales ;
15. Plaider/mobiliser les ressources du Programme ;
16. Développer un partenariat public et privé pour la mobilisation des ressources.

#### Article 8

Sous la supervision du Directeur, le Directeur adjoint a les attributions suivantes :

1. Remplacer le Directeur en cas de son absence officielle ;
2. Assurer la coordination du programme en l'absence du Directeur ;
3. Contresigner les effets financiers du programme en cas d'absence du Directeur ;
4. Assurer le suivi de la mise en œuvre du plan d'action du PNILMCNT ;
5. Assurer l'encadrement des unités de prestations, la formation, le perfectionnement en matière administrative et de gestion du programme ;
6. Organiser des missions de terrain des agents du programme et s'assurer de leur exécution selon les procédures ;
7. Planifier, organiser les activités de recherche et de formation au sein du programme ou à l'échelle nationale en collaboration avec le Directeur du programme ;
8. S'assurer que les différentes activités et leurs rapports ont été transmis dans les délais aux autorités hiérarchiques en collaboration avec les chefs d'unité de prestation ;
9. S'assurer que le Plan d'Action a été transmis dans les délais aux autorités supérieures hiérarchiques avec copie à la Direction de la Planification et fait le suivi pour vérifier que le plan d'action a été validé par la Direction Générale de la Planification ;
10. Faire le suivi des activités planifiées pour leur réalisation effective et proposer, le cas échéant, des solutions de redressement en cas de difficulté ;
11. Traiter les dossiers techniques lui soumis par le Directeur ;
12. Participer à la coordination et à l'élaboration des documents de planification pour la mise en œuvre des activités du Programme (politique nationale, plan stratégique, plan annuel, plan opérationnel, etc.) ;
13. Coordonner les activités de suivi-évaluation des services du programme au niveau, intermédiaire et périphérique ;
14. Identifier et proposer les besoins en formation des cadres et agents du programme ;
15. Assurer le suivi technique des interventions des différents partenaires ;
16. Faire un plan de suivi des recommandations des rapports de supervision ;
17. Superviser la production des rapports périodiques d'activités du programme ;
18. Exécuter toute tâche de service lui confiée par son chef hiérarchique.





**Article 9**

Les conseillers à la Direction du Programme ont pour attributions :

1. Assurer la coordination des services de prestations et de la promotion des modes de vie sains ;
2. Appuyer dans le suivi de la mise en œuvre du plan d'action du PNILMCNT ;
3. Appuyer dans l'encadrement des unités de prestations, la formation, le perfectionnement en matière administrative et de gestion du programme ;
4. Appuyer dans l'organisation des missions de terrain des agents du programme selon les procédures ;
5. Sous la coordination du Directeur du programme et de son adjoint, planifier, organiser les activités de recherche et de formation au sein du programme ou à l'échelle nationale ;
6. Appuyer les services de prestation à transmettre dans les délais les différentes activités et rapports aux autorités hiérarchiques en collaboration avec les chefs d'unité de prestation.

**Article 10**

Le Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques non Transmissibles comprend six services :

- **Le service chargé de la prévention des maladies chroniques non transmissibles et de leurs facteurs de risque** : ce service se penche surtout sur les facteurs de risque de ces maladies comme les facteurs comportementaux, nutritionnels, sociaux etc.... en insistant sur la nécessité de la promotion de l'éducation nutritionnelle, encouragement de la pratique régulière de l'activité physique, la lutte contre le tabagisme, l'abus d'alcool, l'obésité et l'amélioration des conditions d'hygiène en milieu de travail.
- **Le service chargé du dépistage, diagnostic précoce, prise en charge des MCNT, de leurs facteurs de risque et leurs complications** : ce service s'assure de la disponibilité des réactifs, du matériel et d'autres intrants nécessaires pour conduire le dépistage et le diagnostic précoce de ces maladies et leurs complications ; du traitement correct de ces maladies à chaque niveau du système de santé, de l'approvisionnement régulier des structures de soins en médicaments nécessaires pour la prise en charge.
- **Le service chargé de la planification et du suivi - évaluation** : ce service élabore un plan d'action annuel consolidé du Programme et le transmet à la hiérarchie pour validation, propose des stratégies efficaces pour la disponibilité des données, il s'assure et rend compte de l'état d'avancement des activités programmées dans le domaine de

la prévention, de diagnostic et de la prise en charge thérapeutique des maladies chroniques non transmissibles.

- **Le service chargé de la médecine physique et réadaptation** : ce service s'assure de la prévention, le diagnostic et la prise en charge jusqu'aux soins promotionnels à une multitude d'affections handicapantes qui constituent un véritable problème de santé publique auxquels notre pays est confronté et à leur intégration dans les FOSA et la communauté telles que : les séquelles de traumatismes de la route et du travail, l'hypertension artérielle et les accidents vasculaires cérébraux de plus en plus courants et leur terrible conséquence qu'est l'hémiplégie, les problèmes de rhumatologie, parmi lesquels le mal de dos, très invalidant, l'infirmité motrice cérébrale chez les enfants, le diabète qui entraîne souvent des amputations, les fistules et incontinences obstétricales, le handicap etc. Il supervise les services de kinésithérapie et réadaptation au niveau intermédiaire et périphérique ainsi que tous les centres des handicapés se trouvant sur tout le territoire dans le but de l'intégration des services ainsi que les centres spécialisés dans le domaine de la médecine physique et réadaptation de tout le pays.
- **Le service chargé de la Santé mentale et épilepsie** : ce service s'occupe des services de santé mentale dans tout le pays, de la prévention jusqu'aux soins promotionnels dans le but d'intégration des soins à tous les niveaux.
- **Service d'oncologie** : le service d'oncologie médicale couvre la prévention, le dépistage, la détection précoce, le diagnostic, le traitement, la réadaptation, le soutien et les soins palliatifs, en se proposant de garantir l'équité d'accès aux services, le développement des ressources humaines qualifiées, organisation des travaux de recherche pertinents et le suivi-évaluation des services. Il s'assure de l'intégration des centres et services à tous les niveaux du système de santé.
- **Le service chargé de l'administration et de la gestion des ressources matérielles et financières** : ce service s'assure de la planification des congés annuels en collaboration avec les chefs d'unité, du recueil et du traitement rapide et précis des statistiques financières et administratives du programme, veille à l'application quotidienne du Règlement d'Ordre Intérieur du Ministère ayant la santé publique dans ses attributions et du programme, et suivre scrupuleusement le registre de présence

#### Article 11

Le Chef de service a notamment les attributions suivantes :

1. Présider l'élaboration du plan d'action annuel/trimestriel de l'unité de son service ;
2. Assurer une bonne communication et un encadrement de ses conseillers ;





## CHAPITRE IV : DES FINANCES ET DE LA COMPTABILITE

### Article 14

Les ressources du PNILMCNT sont constituées par :

- Des dotations budgétaires de l'Etat ;
- Des dotations accordées par la coopération bilatérale et multilatérale ;
- Des dons et legs légalement constitués

### Article 15

La comptabilité du Programme est tenue en partie double, conformément aux règles du plan comptable national et aux modalités du règlement comptable arrêtées par le Ministre ayant la santé publique dans ses attributions.

### Article 16

Toute dépense doit être engagée par le Directeur ou son adjoint et le gestionnaire conformément au Manuel des Procédures Administratives et Financières en vigueur du Ministère en charge de la santé publique.

### Article 17

La gestion du Programme est soumise au contrôle de l'Inspection Générale de l'Etat.

## CHAPITRE V : DISPOSITIONS FINALES

### Article 18

Toutes dispositions antérieures contraires à la présente ordonnance sont abrogées.

### Article 19

La présente ordonnance entre en vigueur le jour de sa signature.

Fait à Bujumbura, le 21/09/2017

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Dr Josiane NIJIMBERE



## **ANNEXE 3 : INVITATIONS A L'ATELIER PAM**

### **TERME DE REFERENCE POUR L'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL MULTISECTORIEL DE PREVENTION ET DE CONTROLE DES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES 2019-2023.**

#### **I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

Selon l'OMS, la morbidité et la mortalité dues aux Maladies Chroniques Non Transmissibles (MNT) augmentent plus vite en Afrique que partout ailleurs dans le monde. Ces maladies ont rendu plus difficile les efforts faits pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Pour lesquels elles n'étaient pas évoquées. Heureusement, les MNT sont prises en compte au niveau des Objectifs du développement durables (ODD).

Les maladies non transmissibles (MNT) principalement les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires chroniques et le diabète - sont aussi les plus meurtrières. Chaque année, elles tuent plus de 36 millions de personnes (63 % des décès dans le monde), dont 14 millions prématurément (entre 30 et 70 ans). 82 % des décès prématurés surviennent dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), ce qui se traduira au cours des quinze prochaines années par des pertes économiques estimées à 7 000 milliards de dollars US et des millions de personnes prisonnières de la pauvreté.

Les MNT portent grandement préjudice au développement humain et social. Les décès prématurés dus à ces maladies réduisent la productivité, sapent la croissance économique et enferment les populations dans la pauvreté. Pour prévenir et maîtriser les MNT, il faut s'attaquer à leurs déterminants sous-jacents et à leurs facteurs de risque communs par une action multisectorielle mobilisant tous les acteurs du gouvernement et de la société.

La plupart des décès prématurés causés par les MNT peuvent être évités en favorisant, dans les secteurs autres que la santé, des politiques publiques qui réduisent les facteurs de risque communs que sont le tabagisme, une mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool.

En outre, il est possible de réduire le nombre des malades, des infirmités et des décès causés par les MNT et d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé en aidant les systèmes de santé à répondre plus efficacement et plus équitablement aux besoins des personnes atteintes de MNT.

Pour lutter contre ces maladies, la communauté internationale, au cours d'une Assemblée générale de l'OMS, a adopté en 2000 la stratégie mondiale de prévention et de contrôle des MCNT. Suite à cela, les Etats membres de la Région africaine de l'OMS, ont adopté en 2006 le cadre stratégique de prévention et de contrôle des MNT dans la Région Africaine. L'Assemblée générale des Nations Unies a également adopté en septembre 2011, une déclaration commune sur

les MNT, pour inciter les Etats membres à élaborer et renforcer les politiques et programmes pour la prévention et le contrôle des quatre principales MNT cites ci -haut.

Pour éviter la plupart des décès prématurés dus aux Maladies Chroniques Non transmissibles, il est préférable d'intervenir sur les politiques publiques dans d'autres secteurs que celui de la santé plutôt que de modifier seulement les politiques de santé. Les politiques nationales dans des secteurs autres que la santé ont une influence majeure sur les facteurs de risque des Maladies Chroniques Non Transmissibles.

## II.OBJECTIFS

### Objectif général

- Doter le Burundi d'un Plan national Multisectoriel de prévention et de contrôle des MCNT.

## III. RESULTATS ATTENDUS

Le Plan national Multisectoriel de prévention et de contrôle des MCNT est disponible au Burundi en harmonie avec les orientations internationales.

## IV.ORGANISATION DE L'ACTIVITE

L'activité se déroulera en 3 principales étapes :

1. **Collectes de données** : état des lieux (faire une analyse de situation des Maladies Non Transmissibles).
2. **Nomination du comité technique**
3. **Atelier d'élaboration dudit plan** : Rédaction du plan

## V.PROFIL DES PARTICIPANTS

- **Membres du comité technique**

1. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
2. Spécialistes en matière des MCNT
3. Ministère de la Culture et des Sports
4. Ministère des Finances, du budget et de la coopération au développement économique
5. Ministère des affaires Etrangères
6. Ministère de l'Intérieur, de la formation patriotique et du développement local
7. Ministère de la sécurité publique et de la Gestion des Catastrophes
8. Ministère du Commerce et de l'Industrie
9. Ministère de la Justice, de la protection civique et Garde des Sceaux
10. Ministère à la Présidence chargée des affaires de la Communauté est-africaine

11. Ministère des droits de la personne humaine, des affaires sociales et du genre
12. Ministère de l'éducation, de la formation technique et professionnelle
13. Ministère de l'environnement, de l'agriculture et de l'élevage
14. Ministère de la jeunesse, des postes et des technologies de l'information
15. Ministère de la communication et des médias
16. OMS
17. CHRISTIAN AID
12. Un consultant du MEASURE EVALUATION
13. BAPA
14. Banque mondiale
15. Union Européenne
16. PNUD
17. FNUAP
18. UNICEF
19. ONUFEMMES
20. ONUSIDA
21. AIEA
22. PAM
23. FAO
24. ONU-HABITANT
25. CELUCODIA
26. NCD ALLIANCE
27. CHRISTIAN AID
28. USAID
29. OIM
30. ENABEL
31. JICA
32. CORDAID
33. ALCHEM
34. SOLIS
35. CHIMIO
36. ASOPABU
37. MFP
38. ABEM
39. ABMPD
40. AMBASSADE DE PAYS BAS
41. GIZ
42. BURACA
43. UNIVERSITE DU Burundi
44. ABETEL
45. Health Healing Network Burundi
46. CHUK (Pneumologue)