

EVALUATION EXTERNE CONJOINTE DES PRINCIPALES CAPACITÉS RSI

de la

RÉPUBLIQUE DU BURUNDI

Rapport de mission:
11-16 mars 2018



Organisation
mondiale de la Santé

EVALUATION EXTERNE CONJOINTE DES PRINCIPALES CAPACITÉS RSI

de la

RÉPUBLIQUE DU BURUNDI

Rapport de mission:
11-16 mars 2018

WHO/WHE/CPI/REP/2018.19

© Organisation mondiale de la Santé 2018

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. évaluation externe conjointe des principales capacités RSI de la République du Burundi. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (WHO/WHE/CPI/REP/2018.19). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

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

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Layout by Genève Design

Sommaire

Remerciements	v
Abréviations	vi
Résumé analytique	1
Scores	3

PREVENIR 5

Législation, politique et financement nationaux	5
Coordination, communication et promotion du RSI	7
Résistance aux antimicrobiens	9
Zoonoses	12
Sécurité sanitaire des aliments	15
Sécurité et sûreté biologiques	17
Vaccination	20

DETECTER 22

Système national de laboratoires	22
Surveillance en temps réel	25
Notification	28
Développement du personnel	30

RIPOSTER 32

Préparation	32
Interventions d'urgence	34
Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité	36
Moyens médicaux et déploiement de personnel	38
Communication sur les risques	40

AUTRES 44

Points d'entrée	44
Événements d'origine chimique	46
Situations d'urgence radiologique	48

ANNEXES 50

REMERCIEMENTS

Le Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour l'évaluation externe conjointe (EEC) tient à remercier tous ceux dont le soutien et l'engagement en faveur des principes du Règlement sanitaire international (2005) ont permis de conduire avec succès cette mission :

- Le gouvernement et les experts nationaux du Burundi pour leur appui et leur travail dans la préparation de l'EEC
- Les gouvernements de Belgique, du Cameroun, de Madagascar, du Mali et du Tchad pour la mise à disposition d'experts techniques dans le processus d'examen par les pairs
- L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Organisation mondiale de la Santé Animale (OIE), et le Center for Disease Control and Prevention des Etats-Unis (CDC) pour la participation de leurs experts et leur contribution technique
- Le Bureau Régional OMS pour l'Afrique (AFRO)
- L'Initiative du programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale (GHSA) pour sa collaboration et son soutien.

Abréviations

AIEA	Agence internationale de l'énergie atomique
BBN	Bureau burundais de normalisation
CDC	Centres de prévention et de lutte contre les maladies (Center for Disease Control and Prevention)
DHIS2	District Health Information System 2
DPML	Direction de la Pharmacie du Médicaments et des Laboratoires
DSNIS	Direction du système national d'information sanitaire
EAC	East African Community
EEC	Evaluation externe conjointe
EPI	Equipement de protection individuelle
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FETP	Formation en épidémiologie de terrain
GAVI	L'Alliance du vaccin
GHSA	Programme d'action mondial pour la sécurité sanitaire
IEC	Information, éducation et communication
INSP	Institut national de santé publique
OIE	Organisation mondiale de la santé animale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PEV	Programme élargi de vaccination
PFN	Point focal national
POS	Procédures opératoires standardisées
PVS	Performance des services vétérinaires (outil OIE)
RAM	Résistance aux antimicrobiens
RH	Ressources humaines
RSI	Règlement sanitaire international
SIMR	Surveillance intégrée de la maladie et riposte
SSA	Sécurité sanitaire des aliments
SSB	Sûreté et sécurité biologiques
USP	Urgence de santé publique
USPPI	Urgence de santé publique de portée internationale
WAHIS	Système mondial d'informations zoosanitaires (World Animal Health Information System)

Résumé analytique

Adopté par l'Assemblée Mondiale de la Santé le 23 mai 2005, le Règlement sanitaire international (2005) est entré en vigueur le 15 juin 2007. Il s'agit d'un instrument juridique international, contraignant, visant à « prévenir la propagation internationale des maladies, s'en protéger, les maîtriser et y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elles présentent pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ».

Le RSI (2005) définit ainsi les obligations des Etats Parties à développer des capacités de détection et de riposte aux événements de nature biologiques, chimiques ou radiologiques et à rapporter annuellement à l'Assemblée mondiale de la Santé leurs progrès dans sa mise en œuvre. Dans le cadre du suivi et de l'évaluation de cette mise en œuvre, sont préconisés des rapports annuels, une évaluation externe conjointe (EEC), une revue après action (RAA) et des exercices de simulation.

Le secrétariat OMS du RSI a développé un outil d'EEC qui mesure les aptitudes du pays à prévenir, détecter et répondre rapidement aux menaces de santé publique, conformément aux exigences du RSI (2005). Cet outil est également utilisé pour l'exercice d'auto-évaluation réalisé par le pays, préalablement à l'EEC. Les résultats ainsi obtenus permettent de préparer un plan d'action national multisectoriel, destiné à renforcer la mise en œuvre du RSI (2005).

EEC des principales capacités RSI (2005) du Burundi

La mission s'est déroulée dans la ville de Gitega, du 12 au 16 mars 2018, sous la conduite de quatorze évaluateurs externes, en présence d'une trentaine d'experts nationaux, issus de diverses institutions et services impliqués dans la mise en œuvre du RSI (2005).

Conformément à l'outil d'EEC, 48 indicateurs couvrant 19 domaines techniques ont été utilisés pour identifier les points forts, les bonnes pratiques, les difficultés et les volets à renforcer, et définir trois à cinq actions prioritaires pour chaque domaine technique, afin d'accroître plus efficacement la capacité du Burundi à prévenir, détecter et répondre rapidement aux urgences de santé publique, qu'elles soient naturelles, d'origine délibérée ou accidentelle.

Ce document présente les conclusions de ce travail d'équipe et résume les capacités du pays à travers des scores attribués à chaque domaine technique, et ce, de façon consensuelle après des explications et des discussions approfondies avec l'ensemble des participants. Le document contient également les recommandations et actions prioritaires, jugées indispensables au renforcement et à la pérennisation des capacités requises pour la mise en œuvre du RSI (2005).

Sur l'ensemble des domaines techniques considérés, le pays dispose de capacités qui doivent être renforcées pour une aptitude à prévenir, détecter et riposter aux événements de santé publique majeurs. La volonté politique maintes fois réaffirmée aidera sans nul doute le Burundi à contribuer à la sécurité sanitaire mondiale.

Toutefois, pour relever les défis dans les 19 domaines techniques, il est important de mettre l'accent sur :

- L'élaboration et l'application de cadres juridiques, propices à l'application du RSI (2005) et à la gestion des urgences de santé publique, en ayant constamment à l'esprit l'approche « Une seule santé » ;
- La coordination multisectorielle autour du noyau constitué par la santé humaine, la santé animale, l'environnement et l'agriculture ;
- L'élargissement du point focal national RSI et le renforcement de ses capacités ;
- L'élaboration et la mise en œuvre de procédures en tenant compte de l'approche englobant l'ensemble des menaces.

Par ailleurs, il est nécessaire d'analyser et de cartographier les divers risques selon une approche multisectorielle, afin d'actualiser les plans de préparation et renforcer les capacités en conséquence.

Eu égard au risque permanent d'épidémies et autres situations d'urgence, sources de souffrance humaine et de mortalité, mais aussi de perturbations socioéconomiques, et considérant les récentes épidémies de paludisme et de peste de petits ruminants auxquelles le pays a dû faire face, il est crucial que le Burundi soit suffisamment outillé pour disposer de toutes les capacités essentielles requises en vertu du RSI (2005).

L'équipe EEC a bon espoir qu'un plan national d'action pour l'amélioration de la sécurité sanitaire sera élaboré conformément aux recommandations issues de cette évaluation. Elle tient également à féliciter les experts nationaux pour les discussions approfondies et franches qui ont eu lieu durant cette semaine. Ces échanges ont permis d'identifier les forces, mais aussi les défis à relever, et de fixer des scores à partir desquels des actions prioritaires ont été proposées pour chacun des 19 domaines techniques.

Les présentations effectuées par les experts nationaux et les visites sur site prouvent que le Burundi dispose déjà d'une base appréciable pour la gestion des urgences de santé publique.

En tenant compte des meilleures pratiques mises en exergue au cours de cette réunion, le pays peut renforcer davantage ses capacités et les pérenniser pour assurer la sécurité sanitaire nationale et, de fait, la sécurité sanitaire, régionale et mondiale.

Scores

Capacités	Indicateurs	Score
Législation, Politique et financement nationaux	P.1.1 La législation, les lois, la réglementation, les prescriptions administratives, les politiques ou autres instruments du gouvernement en place sont suffisants pour pouvoir appliquer le RSI.	1
	P.1.2 L'État peut démontrer qu'il a adapté et harmonisé la législation, les politiques et les dispositions administratives au niveau national pour permettre l'application du RSI (2005).	1
Coordination, communication et promotion du RSI	P.2.1 Un mécanisme fonctionnel est en place pour la coordination et l'intégration des secteurs concernés dans la mise en œuvre du RSI.	1
Résistance aux antimicrobiens	P.3.1 Détection de la résistance aux antimicrobiens.	1
	P.3.2 Surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens.	1
	P.3.3 Programme de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins de santé.	1
	P.3.4 Activités de gestion des antimicrobiens.	1
Zoonoses	P.4.1 Système de surveillance en place pour les zoonoses/agents pathogènes prioritaires.	1
	P.4.2 Personnels vétérinaires et de santé animale.	1
	P.4.3 Mécanismes établis et fonctionnels pour riposter aux zoonoses infectieuses et aux zoonoses potentielles.	1
Sécurité sanitaire des aliments	P.5.1 Mécanismes existants et fonctionnels de détection et de riposte aux maladies d'origine alimentaire et à la contamination des aliments.	2
Sécurité et sûreté biologiques	P.6.1 Existence d'un système de sécurité et de sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement pour les structures humaines, animales et agricoles.	2
	P.6.2 Formation et pratiques dans le domaine de la sécurité et de la sûreté biologiques.	2
Vaccination	P.7.1 La couverture vaccinale (rougeole) fait partie intégrante d'un programme national.	3
	P.7.2 Accès et délivrance de vaccins au niveau national.	4
Système national de laboratoires	D.1.1 Analyses en laboratoire pour la détection des maladies prioritaires.	3
	D.1.2 Système pour le transfert et le transport d'échantillons.	4
	D.1.3 Tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire.	2
	D.1.4 Système de qualité des laboratoires.	2
Surveillance en temps réel	D.2.1 Systèmes de surveillance basée sur des indicateurs et de surveillance des événements.	2
	D.2.2 Système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté.	2
	D.2.3 Analyse des données de surveillance.	2
	D.2.4 Systèmes de surveillance syndromique.	2
Notification	D.3.1 Système efficace de notification à l'OMS, à la FAO et à l'OIE.	2
	D.3.2 Réseau et protocoles de notification dans le pays.	1

Capacités	Indicateurs	Score
Développement du personnel	D.4.1 Des ressources humaines sont disponibles pour assurer les principales capacités requises au titre du RSI.	2
	D.4.2 Un programme de formation en épidémiologie appliquée est en place (type FETP).	2
	D.4.3 Stratégie pour les personnels.	2
Préparation	R.1.1 Un plan national multirisques de préparation et d'action en cas d'urgence de santé publique existe et est appliqué.	1
	R.1.2 Les risques et les ressources de santé publique prioritaires sont cartographiés et exploités.	1
Interventions d'urgence	R.2.1 Capacité à activer des interventions d'urgence.	1
	R.2.2 Procédures et plans opérationnels du centre d'opérations d'urgence.	1
	R.2.3 Programme d'interventions d'urgence.	1
	R.2.4 Procédures de prise en charge des cas appliquées pour les dangers relevant du RSI.	1
Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité	R.3.1 La santé publique et les autorités chargées de la sécurité (par exemple, les services chargés de faire appliquer la loi, le contrôle aux frontières et les douanes) sont en liaison lors d'un événement biologique suspecté ou confirmé.	1
Moyens médicaux et déploiement de personnel	R.4.1 Système en place pour l'envoi et la réception de moyens médicaux lors d'une urgence de santé publique.	1
	R.4.2 Système en place pour l'envoi et la réception de personnels de santé lors d'une urgence de santé publique.	1
Communication sur les risques	R.5.1 Systèmes de communication sur les risques (plans, mécanismes, etc.).	1
	R.5.2 Communication et coordination internes et avec les partenaires.	3
	R.5.3 Communication publique.	3
	R.5.4 Communication pour faire participer les communautés touchées.	2
	R.5.5 Écoute dynamique et gestion des rumeurs.	2
Points d'entrée	PoE.1 Capacités de routine présentes aux points d'entrée.	1
	PoE.2 Action de santé publique efficace aux points d'entrée.	1
Événements d'origine chimique	CE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte à des événements/urgences d'origine chimique.	1
	CE.2 Environnement favorable à la gestion d'événements d'origine chimique.	1
Situations d'urgence radiologique	RE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte aux situations d'urgence radiologique et nucléaire.	1
	RE.2 Environnement favorable à la gestion des situations d'urgence radiologique	1

Scores: 1=capacité inexistante; 2=capacité limitée; 3=capacité développée; 4=capacité démontrée; 5=capacité pérenne.

PREVENIR

Législation, politique et financement nationaux

Introduction

Le RSI (2005) s'accompagne de droits et d'obligations pour les États Parties. Dans certains d'entre eux, la mise en œuvre du RSI (2005) nécessite parfois une nouvelle législation ou une modification de la législation existante. Un État Partie peut aussi choisir de réviser une partie de la réglementation ou d'autres instruments pour faciliter l'application du RSI (2005) et son maintien de manière plus efficace. Les textes législatifs permettent d'institutionnaliser et de renforcer le rôle du RSI (2005) ainsi que les opérations au sein de l'État Partie. Ils sont également propres à faciliter la coordination entre les différentes entités intervenant pour leur application. Voir conseils détaillés relatifs à l'application du RSI (2005) dans la législation nationale à ([Http://www.who.int/ihr/legal_issues/legislation/en/index.html](http://www.who.int/ihr/legal_issues/legislation/en/index.html)). En outre, les politiques définissant les structures et les responsabilités nationales, ainsi que l'affectation de ressources financières suffisantes, sont essentielles.

Cible

Les États Parties doivent disposer d'un cadre juridique adéquat pour les soutenir, leur permettre de s'acquitter de leurs obligations et faire valoir leurs droits, afin de respecter et d'appliquer le RSI (2005). Dans certains États Parties, la mise en œuvre du RSI (2005) peut nécessiter une nouvelle législation ou une modification de la législation existante. Même si ce n'est pas nécessaire, un État Partie, peut choisir de réviser une partie de la législation, de la réglementation ou d'autres instruments, afin de faciliter l'application du RSI (2005) et son maintien de manière plus efficiente, efficace et bénéfique.

Les États Parties doivent garantir la mise à disposition de financements suffisants pour mettre en œuvre le RSI (2005), qu'ils proviennent du budget national ou d'un autre mécanisme.

Niveau de capacités du Burundi

Le Burundi dispose d'instruments juridiques favorables à la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) (2005), notamment en matière de surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique et de riposte. Le pays a également entrepris des réformes juridiques, susceptibles de faciliter la mise en œuvre du RSI (2005) : révision du code de santé publique et adoption de projets de lois sur la pharmacie vétérinaire, l'exercice de la pharmacie en santé humaine, la sûreté et la sécurité radiologiques et nucléaires, la gestion des déchets chimiques, etc.

Toutefois, l'arsenal juridique ne couvre pas tous les domaines d'application du RSI (2005) et le pays n'a pas réalisé l'examen systématique du cadre juridique et institutionnel national, relatif à la mise en œuvre du RSI (2005).

Mesures prioritaires recommandées

- Identifier et évaluer les instruments juridiques, nationaux, relatifs à la mise en œuvre du RSI (2005) dans le cadre d'un comité national, multisectoriel, intégrant des juristes exerçant dans l'ensemble des secteurs concernés.
- Procéder aux adaptations nécessaires en se fondant sur les résultats de l'évaluation du cadre juridique et institutionnel national, relatif à la mise en œuvre du RSI (2005).

- Signer des mémorandums d'accord avec les pays voisins pour la gestion des urgences de santé publique.
- Mettre en place un fonds alimenté par l'Etat et ses partenaires pour la gestion des événements et urgences de santé publique.

Indicateurs et scores

P.1.1 La législation, les lois, la réglementation, les prescriptions administratives, les politiques ou autres instruments du gouvernement en place sont suffisants pour pouvoir appliquer le RSI – Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'une législation et de prescriptions administratives pour certains domaines du RSI (2005), notamment en matière de surveillance et d'action en santé publique

Difficultés/volets à renforcer

- Portée et domaines d'application insuffisants des instruments juridiques existants pour la mise en œuvre du RSI (2005)
- Absence d'examen/évaluation des instruments juridiques nationaux, relatifs à la mise en œuvre du RSI (2005)
- Absence de protocoles ou de mémorandum d'accord pour la collaboration transfrontalière en cas d'évènement susceptible de constituer une urgence de santé publique (USP) de portée internationale
- Absence de collaboration transfrontalière pour la gestion des USP
- Financements publics insuffisants pour la gestion des USP
- Absence de ligne budgétaire pour la mise en œuvre du RSI (2005)

P.1.2 L'État peut démontrer qu'il a adapté et aligné la législation, les politiques et les dispositions administratives au niveau national pour permettre l'application du RSI (2005) - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Identification de quelques instruments juridiques favorables à la mise en œuvre du RSI (2005), notamment pour la surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique et la riposte
- Réformes juridiques en cours pour faciliter la mise en œuvre du RSI (2005)
- Existence d'un comité national de mise en œuvre du RSI (2005)
- Mise en place d'un comité technique, chargé d'appuyer le comité national de mise en œuvre du RSI (2005)

Difficultés/volets à renforcer

- Absence d'examen complet de la législation et de la réglementation relative à la mise en œuvre du RSI (2005)
- Nécessité d'actualiser les comités mis en place pour la coordination et le suivi de la mise en œuvre du RSI (2005), en y intégrant notamment les services de laboratoire, le Bureau Burundais de la Normalisation et Contrôle de la Qualité (BBN), l'Institut national de santé publique (INSP), les juristes des différents ministères impliqués dans le RSI, etc.
- Nécessité d'adapter et d'aligner la législation et les dispositions administratives au niveau national pour couvrir l'ensemble des domaines concernés par l'application du RSI (2005)
- Financements insuffisants et précaires pour la gestion des USP

Coordination, communication et promotion du RSI

Introduction

Pour que les systèmes d'alerte et d'action soient efficaces, l'application réelle du RSI (2005) nécessite des approches multisectorielles/pluridisciplinaires à travers des partenariats nationaux. La coordination des ressources dans tout le pays, y compris le fonctionnement pérenne d'un point focal national (PFN) RSI, faisant office de centre national de communication pour le RSI (2005), est une exigence clé de l'application du RSI (2005).

Cible

Le PFN doit être accessible à tout moment pour communiquer avec les points de contact régionaux RSI de l'OMS et avec tous les secteurs et autres parties prenantes concernés dans le pays. Les États Parties doivent fournir à l'OMS les coordonnées des PFN qu'ils doivent constamment mettre à jour et confirmer chaque année.

Niveau de capacités du Burundi

Le pays a officiellement désigné un Point focal national RSI (PFNRSI) rattaché au ministère de la Santé. Toutefois, il n'existe pas de procédures opératoires standardisées (POS) facilitant son fonctionnement et son engagement selon l'approche « Une seule santé ». Les niveaux intermédiaires et périphériques communiquent avec le niveau central et leurs capacités ont été renforcées pour la mise en œuvre du RSI (2005). Le Burundi dispose également d'un comité technique de coordination du RSI (2005), rassemblant des représentants des ministères concernés (agriculture et élevage, sécurité, commerce, transport, etc.), mais il manque de moyen pour être fonctionnel.

Il existe des mécanismes de coordination entre les ministères lors d'urgence de santé publique (USP) et pour certains événements spécifiques, tels que ceux liés à la sécurité sanitaire des aliments. Le PFNRSI convoque alors des réunions multisectorielles et notifie à l'OMS, mais il manque une cellule chargée de coordonner et de diffuser les informations.

Par ailleurs, il existe une plateforme nationale de prévention des risques et de gestion des catastrophes pilotée par le ministère de la Sécurité publique dont le pouvoir est plus important que celui du ministère de la Santé et, par conséquent, du PFNRSI.

En dépit de ces points forts, le manque de POS et de définition précise des responsabilités du PFNRSI rend complexe la coordination, la communication et la promotion du RSI (2005) dans le pays. En effet, il n'existe aucun plan multisectoriel de préparation et de riposte détaillant les responsabilités du PFNRSI. De plus, l'absence de structures centralisant et coordonnant la transmission des informations collectées auprès des différents secteurs affaiblit considérablement les activités de coordination et communication existantes. Ce sont des éléments que le Burundi va devoir renforcer pour être en mesure de faire face aux risques de santé publique et disposer d'un système d'alerte et de riposte multisectoriel, efficace.

Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer et adopter un règlement intérieur et un cadre institutionnel du Point focal national RSI.
- Renforcer les capacités du Point focal national RSI et le doter de ressources suffisantes.

- Promouvoir le RSI (2005) – élaborer et valider conjointement des procédures opératoires standardisées pour définir les mécanismes de coordination, de collaboration et de promotion du RSI (2005).
- Conduire des exercices de simulation et des revues après action pour tester et évaluer les capacités de coordination du Point focal national RSI.
- Désigner des points focaux nationaux aux points d'entrée.

Indicateurs et scores

P.2.1 Un mécanisme fonctionnel est en place pour la coordination et l'intégration des secteurs concernés dans la mise en œuvre du RSI - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un PFNRSI
- Transmission de rapports à l'OMS
- Tenue de réunions de coordination des urgences au niveau du ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA
- Existence d'un mécanisme de communication au ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA
- Existence d'une plateforme nationale de gestion des urgences

Difficultés/volets à renforcer

- Coordination multisectorielle insuffisante
- Absence de POS
- Absence d'échange d'information entre les secteurs de la santé humaine, animale et environnementale
- Absence d'évaluation de la mise en œuvre du RSI (2005)
- Ressources insuffisantes

Résistance aux antimicrobiens

Introduction

Les bactéries et autres agents microbiens évoluent en réaction à leur environnement et conçoivent inévitablement des mécanismes pour se défendre et éviter d'être éliminés par les antimicrobiens. Pendant de nombreuses décennies, le problème est resté gérable car la résistance augmentait lentement et l'industrie pharmaceutique n'a cessé de créer de nouveaux antibiotiques.

Toutefois, ce problème s'est mué en crise au cours de la dernière décennie. La résistance aux antimicrobiens (RAM) croît en effet à un rythme alarmant au point de surpasser la mise au point de nouveaux moyens de lutte contre les infections. Cette situation menace les soins aux patients, la croissance économique, la santé publique, l'agriculture, la sécurité économique et la sécurité nationale.

Cible

Appuyer le travail coordonné par l'OMS, la FAO et l'OIE visant à préparer un ensemble intégré d'activités à l'échelle mondiale pour combattre la résistance aux antimicrobiens, couvrant à la fois la santé humaine et animale, l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (approche « Une seule santé ») avec notamment : a) la mise en œuvre, dans chaque pays, d'un plan national global pour combattre la résistance aux antimicrobiens ; b) le renforcement de la surveillance et des capacités des laboratoires aux niveaux national et international conformément aux normes internationales convenues, élaborées dans le cadre du plan d'action mondial, et en tenant compte des normes existantes ; et c) l'amélioration de la conservation des traitements existants et de la collaboration pour soutenir le développement durable de nouveaux antibiotiques, de traitements alternatifs, de mesures préventives, de tests diagnostiques rapides sur le lieu des soins, y compris de systèmes pour conserver les nouveaux antibiotiques.

Niveau de capacités du Burundi

Le pays ne dispose d'aucun plan national de lutte contre la résistance aux antimicrobiens (RAM). Toutefois, il existe un guide pour la surveillance de la RAM dont la dernière mise à jour date de 2013. Ce guide précise les laboratoires désignés pour la détection de la RAM uniquement chez *Mycobacterium tuberculosis* : laboratoires de l'Institut national de santé publique (INSP), du Centre hospitalo-universitaire de Kamenge, de l'Hôpital militaire de Kamenge, de l'Hôpital Prince Régent Charles et de la Clinique Prince Louis Rwagasore.

Le Burundi ne dispose d'aucun plan national, ni de directives pour la gestion des antimicrobiens. Commanditées par l'OMS, en collaboration avec le Direction de la pharmacie du médicaments et des laboratoires (DMPL), deux enquêtes ont eu lieu en 2017, l'une relative à la surveillance de la RAM et l'autre à la consommation des antimicrobiens. En revanche, il n'existe aucune enquête sur le bon usage de ces derniers. Il convient cependant de noter l'existence d'un Comité national pour la surveillance de la consommation des antimicrobiens, ainsi qu'une liste des médicaments à prescription médicale obligatoire, dont les antibiotiques.

En santé animale, la situation est différente dans la mesure où les pharmacies distribuant des médicaments à usage vétérinaire ont été recensées et le pays dispose d'une loi régissant l'utilisation des antimicrobiens en santé animale. Par ailleurs, un plan national sectoriel de lutte contre la RAM est en cours d'élaboration.

Soulignons ici que les établissements de soins ne disposent ni de politique ni de plan opérationnel, ni de procédures opératoires standardisées (POS) pour prévenir et contrôler les infections. Seuls les hôpitaux tertiaires sont dotés de salles d'isolement.

Concernant les infections associées aux soins, il n'existe pas de lignes directrices pour la protection des agents de santé, ni de système de surveillance des groupes à haut risque, ni de professionnels désignés et formés à la prévention et à la lutte contre les infections associées aux soins, et ce, même dans les hôpitaux tertiaires. En conséquence, il n'existe pas non plus de système de recensement des infections associées aux soins, ni d'évaluation régulière de l'efficacité des mesures de lutte contre ce type d'infections.

Mesures prioritaires recommandées

- Constituer un Comité multisectoriel chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un plan national multisectoriel de lutte contre la résistance aux antimicrobiens.
- Sensibiliser les professionnels de santé humaine et animale à l'usage approprié des antimicrobiens.
- Renforcer les capacités de diagnostic et de prise en charge des patients porteurs de germes multi-résistants.
- Former le personnel de laboratoire à la détection des pathogènes résistants aux antimicrobiens, en santé humaine, vétérinaire et environnementale.
- Compléter la législation et la réglementation relatives aux médicaments en santé humaine et animale.

Indicateurs et scores

P.3.1 Détection de la résistance aux antimicrobiens - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un Comité national de surveillance de la consommation des antimicrobiens
- Existence d'un comité national de coordination de la mise en œuvre de la politique nationale des laboratoires
- Supervision assurée par le DMPL (ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA)
- Existence d'un laboratoire en mesure de détecter la RAM du bacille de la tuberculose

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de laboratoire national pour la détection des RAM autres que celles du bacille de la tuberculose
- Absence de surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens
- Absence de POS et de rapports
- Manque de personnel formé
- Absence d'évaluation régulière de l'efficacité des mesures de lutte contre l'infection avec publication des résultats

P.3.2 Surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Réalisation d'antibiogrammes à visée curative dans deux hôpitaux

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de plan national multisectoriel pour la surveillance de la RAM
- Faible capacité pour le diagnostic de la RAM dans tous les secteurs au niveau national
- Absence de sites sentinelles pour la surveillance de la RAM en santé humaine
- Absence de sites sentinelles pour la surveillance de la RAM dans les élevages

P.3.3. Programme de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins de santé - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'unités d'isolement dans les hôpitaux tertiaires

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de plan national de lutte contre les infections associées aux soins de santé
- Absence de systèmes de surveillance des groupes à risque dans les hôpitaux
- Directives insuffisante pour la protection des personnels de santé
- Absence de formation des personnels de santé à la lutte contre les infections associées aux soins
- Absence de comités de lutte contre les infections associées aux soins dans les hôpitaux

P.3.4 Activités de gestion des antimicrobiens - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'une liste de médicaments à prescription médicale obligatoire (prescription nécessaire pour l'utilisation des antibiotiques chez l'homme et chez l'animal)

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de plan de gestion des antimicrobiens
- Absence de surveillance et de lignes directrices pour le bon usage des antimicrobiens en santé humaine et animale

Zoonoses

Introduction

Les zoonoses sont des maladies ou des infections transmissibles qui se propagent aux populations animales et humaines. Ces maladies sont causées par des bactéries, des virus, des parasites et des champignons, véhiculés par des animaux et des insectes, ou par le biais de vecteurs inanimés nécessaires à la transmission de l'agent pathogène. Environ 75 % des maladies infectieuses émergentes affectant l'homme sont d'origine animale ; environ 60 % de l'ensemble des agents pathogènes chez l'homme sont d'origine zoonotique.

Cible

Adoption de comportements, de politiques et/ou de pratiques mesurables, susceptibles de minimiser la transmission des maladies zoonotiques des animaux aux populations humaines.

Niveau de capacités du Burundi

Le Burundi a identifié les zoonoses les plus menaçantes pour la santé publique sur son territoire : la rage, la tuberculose, la toxoplasmose, la brucellose, la maladie du charbon et la grippe aviaire. Ces 6 zoonoses n'ont pas fait l'objet de priorisation par l'ensemble des acteurs. Elles ont été choisies sur la base d'une liste de maladies établie par le ministère de l'Agriculture et de l'Élevage. A ce jour, le Burundi ne dispose d'aucune capacité pour identifier les zoonoses prioritaires.

Même si le pays n'a pas de politique officielle selon l'approche « Une seule santé », il convient de noter l'existence de comités de surveillance des zoonoses composés de représentants de la santé humaine, de la santé animale et de la communauté. Toutefois, il semble que ces comités, par manque de moyens financiers, ne soient pas fonctionnels. Précisons ici que c'est la Direction provinciale de l'agriculture et de l'élevage qui assure le recensement des animaux domestiques. Le recensement de la faune sauvage est assuré par le ministère de l'Environnement. La fréquence des inventaires individuels est trimestrielle, mais le recensement proprement dit, prévu par l'Institut des statistiques et d'études économiques du Burundi, n'a jamais été organisé.

Il n'existe aucune politique de gestion des zoonoses au Burundi, sauf pour la grippe aviaire qui fait l'objet d'un plan de contingence. Par ailleurs, aucun partenariat relatif à la détection et à la riposte aux zoonoses n'a été établi entre les ministères de la Santé, de l'Agriculture et les spécialistes de la faune sauvage. Le partage d'informations a lieu en interne au sein de chaque ministère concerné.

Enfin, l'absence de processus d'échange d'échantillons entre laboratoires de biologie médicale et laboratoires vétérinaires ne facilite pas le diagnostic lors d'une épidémie de zoonose.

Mesures prioritaires recommandées

- Recenser régulièrement le cheptel à partir de sources sûres et fiables.
- Assurer un bon maillage du territoire en services vétérinaires de proximité et de qualité.
- Former les personnels des différents ministères (Santé, Elevage, Agriculture, Environnement et Assainissement) au concept « Une seule santé ».
- Déterminer les zoonoses prioritaires au Burundi à l'aide d'un outil adapté (par exemple, l'outil du US CDC).
- Mettre en place un Comité interministériel selon l'approche « Une seule santé ».

Indicateurs et scores

P.4.1 Système de surveillance en place pour les zoonoses/agents pathogènes prioritaires - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un plan de contingence pour la grippe aviaire
- Existence de textes législatifs et réglementaires
- Mécanismes d'identification des zoonoses les plus menaçantes pour le Burundi
- Existence de comités de surveillance de la santé animale impliquant la communauté
- Recensement régulier de la population animale domestique par la Direction provinciale de l'agriculture et de l'élevage (DPAE)

Difficultés/volets à renforcer

- Trop grande centralisation de la surveillance des zoonoses
- Absence de politique officielle « Une seule santé »
- Absence d'exercice de simulation
- Absence de plan d'indemnisation et d'encouragement à la notification des zoonoses
- Fonctionnalité insuffisante des comités de surveillance de la santé animale
- Absence de partenariat et d'échanges d'informations entre les ministères de la Santé, de l'Agriculture et de l'Environnement au sujet de la faune sauvage
- Aucun processus de partage d'information, de connaissances, d'échantillons et de rapports de surveillance entre laboratoires médicaux et laboratoires vétérinaires

P.4.2 Personnels vétérinaires et de santé animale - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Bon maillage du territoire en personnel vétérinaire en 2012 (présence de personnel vétérinaire dans chaque région, département, commune et colline)
- Existence d'un personnel formé à l'approche « Une seule santé », mais en nombre insuffisant

Difficultés/volets à renforcer

- Manque de ressources humaines dans les services vétérinaires
- Absence de formation des agents vétérinaires à l'épidémiologie de terrain
- Absence de services vétérinaires privés de proximité

P.4.3 Mécanismes établis et fonctionnels pour riposter aux zoonoses infectieuses et aux zoonoses potentielles - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Partage des rapports de laboratoire avec le ministère de l'Agriculture et de l'Élevage, en cas d'épizootie

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de politique/stratégie conjointe et de protocoles formalisés entre les différents secteurs pour la gestion des zoonoses
- Manque de fiabilité des sources de recensement du cheptel
- Maillage insuffisant en 2017 de l'ensemble du pays en services vétérinaires de proximité et de qualité (provinces, communes, zones et collines)
- Capacités insuffisantes des différents acteurs (agents des ministères de la Santé, de l'Elevage, de l'Environnement, de l'Assainissement, vétérinaires privés et médecins du secteur privé) dans le cadre de l'approche « Une seule santé »
- Collaboration interministérielle et pluridisciplinaire insuffisante

Sécurité sanitaire des aliments

Introduction

Les maladies diarrhéiques d'origine hydrique et alimentaire sont les principales causes de morbidité et de mortalité, en particulier dans les pays moins développés. La rapide mondialisation de la production et du commerce alimentaires a multiplié les probabilités de risque d'incidents internationaux dus aux aliments contaminés. L'identification de l'origine d'une flambée de toxi-infections alimentaires et son confinement sont essentiels à son contrôle. La capacité de gestion du risque en matière de contrôle tout au long du continuum de la chaîne alimentaire doit être développée. Si l'analyse épidémiologique d'un événement indique une origine alimentaire, il convient, en se fondant sur l'évaluation des risques, de mettre en place des mesures adéquates de gestion des risques afin de prévenir les cas humains (ou autres).

Cible

Les États Parties doivent disposer des capacités de surveillance et de riposte aux événements/risques de maladies d'origine hydrique ou alimentaire. Ceci exige une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs chargés de la sécurité sanitaire des aliments, de la sécurité de l'eau et de l'assainissement.

Niveau de capacités du Burundi

Le Burundi dispose d'une Politique nationale de la Santé (PNS 2016- 2025) et du Bureau Burundais de Normalisation (BBN). Créé en 1992, le BBN est un établissement public doté d'une autonomie financière et organique à caractère administratif. Comme son nom l'indique, il a pour mission la normalisation et le contrôle de qualité afin de rationaliser les importations, promouvoir les exportations, et protéger l'environnement et l'économie nationale. Le BBN comporte 4 divisions comptant 70 salariés. Il existe également un Comité national de coordination et de suivi des mesures sanitaires et phytosanitaires.

Le laboratoire du BBN assure le contrôle des produits locaux (à l'intérieur du Burundi). En revanche, pour les produits importés, c'est la Société générale de surveillance (SGS) qui se charge du contrôle qualité (organoleptique, bactériologique, microbiologique, etc.). Il s'agit d'une entreprise infrarégionale de prestation de services, spécialisée dans le contrôle de qualité des produits alimentaires et non alimentaires (contrat de prestation de service pour 4 ans, renouvelable). Le BBN se charge uniquement de la vérification de la conformité des produits importés. Les agents chargés du contrôle de qualité au niveau des frontières disposent d'une liste de plus de 250 produits.

Il existe au Burundi environ 7 postes d'entrée de produits alimentaires et/ou non alimentaires. Mais à ce jour, le BBN est présent sur 4 postes seulement : les postes de Kobero, Kayanza, Rumonge et le port de Bujumbura. L'absence d'inspecteurs sanitaires, d'agents du BBN et de représentants du ministère de la Santé aux autres postes d'entrée rend difficile, voire impossible, le contrôle de qualité des denrées alimentaires, surtout celles d'origine animale, facilement périssables.

Les services vétérinaires comportent un volet chargé du contrôle de la qualité des denrées alimentaires d'origine animale au niveau national. Malheureusement, ce volet n'est pas encore implanté aux points d'entrée.

Mesures prioritaires recommandées

- Réviser le cadre juridique de la sécurité sanitaire des aliments.
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de détection et de riposte aux événements liés à la sécurité sanitaire des aliments.
- Renforcer les capacités opérationnelles du Comité national de coordination et de suivi des mesures sanitaires et phytosanitaires.
- Affecter du personnel compétent et en nombre suffisant dans les services en charge de la sécurité sanitaire des aliments, notamment aux points d'entrée.

Indicateurs et scores

P.5.1 Mécanismes existants et fonctionnels de détection et de riposte aux maladies d'origine alimentaire et à la contamination des aliments - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence du BBN
- Existence d'un Comité national de coordination et de suivi des mesures sanitaires et phytosanitaires
- Existence de normes
- Ratification de la Convention internationale pour la protection des végétaux (CIPV)

Difficultés/volets à renforcer

- Prise en compte insuffisante de l'ensemble des acteurs concernés par la sécurité sanitaire des aliments, notamment les associations de consommateurs, les représentants des industries agro-alimentaires, les pâtisseries, les boucheries, les restaurants, les abattoirs, la police nationale et les inspecteurs vétérinaires
- Absence de laboratoire dédié à la sécurité sanitaire des aliments
- Moyens insuffisants pour le fonctionnement du BBN
- Manque de ressources humaines pour l'inspection, la surveillance et la riposte, notamment aux points d'entrée (frontières et aéroport)

Sécurité et sûreté biologiques

Introduction

La manipulation d'agents pathogènes en laboratoire est vitale pour veiller à ce que la communauté mondiale dispose d'un ensemble robuste d'outils (médicaments, produits diagnostics et vaccins) pour contrer la menace en perpétuelle évolution que représentent les maladies infectieuses.

La recherche sur les agents infectieux est cruciale pour développer et mettre à disposition les outils médicaux et de santé publique indispensables à la détection, au diagnostic, à l'identification et à la riposte aux flambées de maladies infectieuses d'origine naturelle, accidentelle ou intentionnelle. Dans le même temps, afin de protéger les chercheurs et la population, la multiplication des infrastructures et des ressources dédiées au stockage et à la manipulation des agents infectieux ne doit pas rendre plus aisé leur accès à des personnes non habilitées à le faire ou éventuellement mal intentionnées.

Cible

Mise en place d'un système national de sécurité et sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement, qui soit en mesure d'identifier, de stocker, de sécuriser et de surveiller les agents pathogènes particulièrement dangereux dans un nombre réduit de structures conformément aux pratiques exemplaires ; offre de formations et campagnes de sensibilisation par la pédagogie à la gestion des risques biologiques afin de promouvoir une culture partagée de la responsabilité, de réduire les risques de double usage, de limiter la prolifération biologique et les menaces liées à un usage délibéré, et d'assurer le transfert des agents biologiques en toute sécurité ; mise en place d'une législation sur la sécurité et la sûreté biologiques propre à chaque pays, de l'homologation des laboratoires, et de mesures de lutte contre les agents pathogènes

Niveau de capacités du Burundi

Le pays ne dispose pas d'un cadre juridique et réglementaire en matière de sûreté et de sécurité biologiques (SSB). Il existe toutefois un système d'agrément des établissements, qui couvre les questions de SSB, mais qui reste à compléter. Il existe également une réglementation pour la gestion des déchets médicaux, dont l'application est limitée en pratique.

La SSB n'est pas mise en œuvre de façon systématique et organisée dans les laboratoires en santé humaine, animale et environnementale. Son application se limite à 9 laboratoires de santé humaine qui sont engagés dans une démarche qualité (suivant la norme ISO 15189). Le secteur privé n'est pas concerné, le secteur agricole non plus. Par ailleurs, la biosûreté dans les structures de prise en charge n'est pas vraiment acquise.

Le personnel en général n'a pas ou peu la culture de la SSB. C'est en grande partie dû à l'absence globale de formation systématique initiale (à l'université ou dans les écoles techniques) ou continue sur le sujet.

Les structures de soins manquent d'équipements de protection individuelle (EPI) et la maintenance des équipements de laboratoire souffre d'un réel manque de moyens financiers et humains.

Enfin, la collecte et le transport des échantillons potentiellement contagieux sont sécurisés au niveau international avec l'appui des partenaires (OMS, EAC, FAO, etc.) pour ce qui est de la santé humaine et animale. En revanche, il existe des difficultés pour les transports au niveau national.

Mesures prioritaires recommandées

- Mettre en place un cadre juridique en rapport avec la sûreté et la sécurité biologiques.
- Elaborer un manuel national d'assurance qualité (y compris la partie sur la sécurité et sûreté biologiques) pour la santé humaine et animale.
- Elaborer et mettre en œuvre un plan national de formation, initiale et continue, sur la sûreté et la sécurité biologiques, incluant le transport des substances dangereuses.
- Mettre en place les mesures de base visant à la protection du personnel de santé, y compris la vaccination contre les principaux agents pouvant être à l'origine d'infections associées aux soins.
- Inventorier et classer les agents pathogènes, toxines et autres substances dangereuses, identifier et équiper d'éventuelles structures de confinement (stockage, manipulation).

Indicateurs et scores

P.6.1 Existence d'un système de sécurité et de sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement pour les structures humaines, animales et agricoles - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence de la Politique nationale des laboratoires de biologie médicale
- Existence de directives pour la gestion des déchets médicaux
- Existence de normes et de standards pour les laboratoires de biologie médicale
- Existence d'un manuel de standardisation des procédures d'inspection et d'agrément des structures
- Engagement de 9 laboratoires dans une démarche d'homologation (système de gestion de la qualité), comprenant l'identification et la hiérarchisation des risques biologiques, et évaluation annuelle de la sûreté biologique
- Existence de personnel certifié en matière de gestion du risque biologique, au niveau du ministère de la Santé
- Existence de programmes de gestion de la SSB dans ces laboratoires
- Utilisation de tests diagnostiques n'exigeant pas de culture préalable d'agents pathogènes dangereux
- Organisation de sessions de formation pour les personnels

Difficultés/volets à renforcer

- Extension insuffisante de la démarche qualité à tous les laboratoires
- Formation insuffisante du personnel
- Absence d'inventaire et de classification des agents pathogènes au niveau national
- Absence de registres indiquant les sites abritant des agents pathogènes et toxines dangereuses
- Manque de structures répondant aux normes de sécurité
- Manque d'entretien des structures et du matériel
- Fourniture irrégulière en électricité

P.6.2 Formation et pratiques dans le domaine de la sécurité et de la sûreté biologiques - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Certification d'une personne à la gestion du risque biologique pour la santé
- Présence de personnel formé à la SSB dans les 9 laboratoires engagés dans la démarche qualité
- Organisation de sessions de formation à la SSB dans quelques laboratoires supplémentaires

Difficultés/volets à renforcer

- Formation et ressources insuffisantes pour la SSB
- Absence de programme commun d'enseignement sur la SSB
- Moyens financiers et en personnel insuffisants
- Absence de programme national d'assurance qualité
- Manque de formateurs

Vaccination

Introduction

La vaccination est l'une des interventions de santé les plus performantes dans le monde et l'un des moyens les plus économiques pour sauver des vies et prévenir les maladies. D'après les estimations, la vaccination permet de prévenir plus de deux millions de décès par an dans le monde.

Cible

Un système national performant de délivrance de vaccins – envergure nationale, distribution efficace, accès des populations marginalisées, chaîne du froid adaptée et contrôle systématique de la qualité – en mesure de répondre aux nouvelles menaces de maladie.

Niveau de capacités du Burundi

Au Burundi, la vaccination n'est pas obligatoire. Le pays a démarré son Programme élargi de vaccination (PEV) en 1980. A ce jour, il dispose d'un plan de vaccination au niveau national, aligné sur le plan d'action mondial pour les vaccins de l'OMS. Ce programme couvre 13 maladies évitables par la vaccination (tuberculose, poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite virale B, Haemophilus influenzae de type B, rotavirus responsables de diarrhée, pneumonies, rougeole et rubéole.)

Le taux de couverture vaccinale varie selon les vaccins. D'après les données administratives de 2017, il est de 76,9% pour le BCG, 91,1% pour le VPO, 91,2% pour le Penta III, 92,6% pour le VAROTA, 73% pour le VAR et 91,1% pour le PCV-13 III. Il convient cependant de souligner une diminution du taux de couverture vaccinale ces trois dernières années. Par ailleurs, on note des problèmes en matière de maintien de la chaîne du froid et de qualité des données du PEV de routine.

Les partenaires que sont GAVI, l'UNICEF et l'OMS, assurent l'appui technique et financier du programme national de vaccination. L'UNICEF fournit notamment les vaccins traditionnels du PEV (DTC, BCG, VPO) et GAVI contribue à plus de 80% de l'achat des nouveaux vaccins (PENTA, VAROTA, PCV-13, RR, VPH).

Lors de l'introduction de nouveaux vaccins, la gestion des rumeurs est essentielle. Elle passe par des ateliers de sensibilisation auprès de la population, des agents de santé communautaires et des prestataires de soins. Le soutien des leaders religieux et communautaires pour relayer le message est lui aussi crucial.

Concernant la vaccination en santé animale, le pays ne dispose pas de données.

Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer un plan d'amélioration de la vaccination pour atteindre une couverture vaccinale contre la rougeole de 90%, en renforçant les ressources matérielles et humaines dans certains domaines, notamment l'approvisionnement en vaccins et en consommables, et la logistique (stockage, chaîne du froid, transport).
- Renforcer le financement national du Programme élargi de vaccination (PEV).
- Etablir un plan d'amélioration de la qualité des données de la couverture vaccinale.

Indicateurs et scores

P.7.1 La couverture vaccinale (rougeole) fait partie intégrante d'un programme national - Score 3

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un important réseau de centres de santé et d'un réseau communautaire
- Organisation semestrielle de la Semaine santé-mère-enfant et de la Semaine africaine de vaccination pour une mobilisation massive des bénéficiaires
- Intégration des activités du PEV à d'autres programmes, tels que la distribution de moustiquaires (amélioration des performances)
- Contractualisation avec les centres de santé basée sur leurs performances
- Partenariats pour le financement de la vaccination : UNICEF, OMS, GAVI et autres partenaires
- Gratuité des vaccins
- Sensibilisation de la population lors des campagnes de vaccination (Journées nationales ou africaines de la vaccination)
- Evaluation mensuelle de la couverture vaccinale
- Point focal PEV prévu dans chaque district sanitaire
- Système d'information sanitaire dans chaque district (flash modem pour la transmission des données)

Difficultés/volets à renforcer

- Qualité insuffisante des données
- Mise en œuvre insuffisante de la Stratégie « Atteindre chaque district pour atteindre chaque enfant »
- Répartition inégale de la couverture vaccinale inégale sur le territoire

P.7.2 Accès et délivrance de vaccins au niveau national - Score 4

Atouts/pratiques exemplaires

- Disponibilité des vaccins à tous les niveaux
- Estimation des besoins en vaccins permettant d'éviter les ruptures
- Fonctionnalité de la chaîne du froid appréciable à tous les niveaux
- Important réseau routier facilitant l'approvisionnement en vaccins
- Présence dans chaque district d'un technicien formé à la maintenance de la chaîne du froid
- Remplacement progressif des réfrigérateurs à pétrole par des réfrigérateurs solaires, plus économiques et plus propres

Difficultés/volets à renforcer

- Forte dépendance des financements extérieurs pour l'achat des vaccins

DETECTER

Système national de laboratoires

Introduction

Les laboratoires de santé publique offrent des services essentiels englobant la détection des maladies et des épidémies, les interventions d'urgence, la surveillance des maladies et la surveillance de l'environnement.

Au niveau local ou national, les laboratoires de santé publique peuvent faire office de point focal d'un système national de laboratoires pour assurer la sécurité humaine, vétérinaire et sanitaire des aliments, à travers leurs principales fonctions incluant la prévention, le contrôle et la surveillance des maladies ; la gestion des données intégrées ; les analyses spécialisées et de référence ; la supervision des laboratoires ; les interventions d'urgence ; la recherche en santé publique ; la formation et l'éducation ; les partenariats et la communication.

Cible

Surveillance biologique en temps réel avec un système national de laboratoires et des tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire.

Niveau de capacités du Burundi

Le Burundi dispose de laboratoires à tous les niveaux du système de santé : 1113 laboratoires biomédicaux, tant publics que privés, dont 47 laboratoires hospitaliers [source : enquête 2017 de la Direction de la pharmacie du médicaments et des laboratoires (DPML)]. Près de 90% de la population a accès aux services de laboratoire pour les 10 maladies prioritaires.

Sept maladies sont à déclaration hebdomadaire au Burundi, à savoir le choléra, le paludisme, le tétanos, la paralysie flasque aiguë, la méningite à méningocoque, les fièvres hémorragique et la rougeole.

L'Institut national de santé publique (INSP) et le Centre hospitalo-universitaire de Kamenge assurent les tests pour 4/7 maladies (choléra, paludisme, méningite à méningocoque et rougeole). Le pays a recours aux laboratoires partenaires pour les tests qui ne peuvent être réalisés sur place.

En santé animale, il existe un laboratoire national vétérinaire à Bujumbura et d'autres sont en construction dans certaines provinces. Il existe également 3 laboratoires nationaux du secteur agricole.

Le partage de l'information est rare entre les laboratoires de santé humaine et animale. Par ailleurs, les rapports de laboratoire ne sont pas partagés avec le Point focal national RSI, ils sont transmis directement au niveau intra-ministériel.

Le transport local des échantillons est assuré par les personnels de santé. Dans 80% des districts au moins, il existe un système de transfert sécurisé des échantillons vers les laboratoires nationaux, capables de réaliser des tests diagnostiques avancés dans le cadre des maladies sous surveillance. Concernant le transport des échantillons à l'extérieur du pays, il est assuré par des compagnies de transport international, mais le manque de triple emballage pose problème, excepté pour les échantillons de cas de rougeole pour lesquels l'OMS fournit les triples emballages. Au niveau national, 4-5 personnes ont été formées au transfert sécurisé des échantillons infectieux et sont à leur tour chargées de former leurs collègues.

En santé humaine, c'est le DPML du ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA qui supervise le contrôle interne de la qualité des analyses réalisées dans les laboratoires. En santé animale, c'est l'Organisation mondiale de la santé animale (PVS de l'OIE), la Communauté est-africaine (EAC) et la Société africaine des laboratoires médicaux (ASLM) qui assure l'évaluation externe de la qualité des laboratoires.

Concernant l'agrément/homologation des laboratoires, ce sont les ministères concernés qui s'en chargent (ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA, ministère de l'Agriculture et de l'Élevage). Quant à la supervision/inspection elle est assurée par l'Inspection des Pharmacies, du médicament et des laboratoires et la Direction générale de l'élevage.

Seulement 0,008% des laboratoires publics participent au programme de contrôle de qualité externe (CQE). Les laboratoires nationaux vétérinaires et agricoles n'y participent pas.

Enfin, le Burundi a mis en place une Commission nationale chargée des questions spécifiques aux laboratoires, notamment de l'élaboration de procédures opératoires standardisées.

Mesures prioritaires recommandées

- Renforcer les capacités opérationnelles du réseau national de laboratoires en ressources humaines et matérielles en tenant compte de l'approche « Une seule santé », notamment lors des formations.
- Mettre en place un système d'assurance qualité dans les laboratoires selon l'approche « Une seule santé ».
- Contrôler, étalonner et assurer la maintenance des équipements de laboratoire.
- Instituer un mécanisme d'approvisionnement efficace et pérenne en réactifs et consommables de laboratoire.
- Renforcer les mesures de sécurité pour le transport des échantillons à l'international.

Indicateurs et scores

D.1.1 Analyses en laboratoire pour la détection des maladies prioritaires - Score 3

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un réseau de 9 laboratoires en santé humaine
- Politique nationale des laboratoires et Plan stratégique national des laboratoires
- Participation des laboratoires nationaux de référence à des programmes de CQE (EAC, OMS/AFRO)
- Réalisation de 4 tests sur les 7 maladies prioritaires
- Accords avec des laboratoires extérieurs pour les tests des fièvres hémorragiques et de la paralysie flasque aiguë
- Équipements de protection individuelle (EPI) disponibles pour les personnels de laboratoire
- Capacité de confirmation des cas lors d'épidémies

Difficultés/volets à renforcer

- Collaboration et coordination insuffisantes entre les laboratoires des différents secteurs
- Absence de tests pour les fièvres hémorragiques et la paralysie flasque aiguë
- Absence de plan de maintenance des équipements de laboratoire
- Personnel insuffisant

D.1.2 Système pour le transfert et le transport d'échantillons - Score 4

Atouts/pratiques exemplaires

- Système de transfert d'échantillon documenté pour la rougeole et la paralysie flasque aiguë
- Existence de POS pour le prélèvement, le conditionnement, la conservation et le transport des échantillons pour les maladies sous surveillance
- Participation au réseau des laboratoires de l'EAC (participation des 9 laboratoires nationaux aux essais inter laboratoires)
- Plus ou moins 5 personnes formées au transfert sécurisé des échantillons infectieux.

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de contrat avec les transporteurs
- Nécessité de renforcer le système de transport sécurisé des échantillons à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en y intégrant le système vétérinaire

D.1.3 Tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un réseau de laboratoires (structure, unité bâtiment et équipement)
- Paquet Minimum d'Activité défini pour chaque niveau
- Système d'approvisionnement par site

Difficultés/volets à renforcer

- Système d'approvisionnement reposant sur les partenaires (en partie pour la santé humaine et à 100% pour la santé animale)

D.1.4 Système de qualité des laboratoires - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Agrément des laboratoires de production des médicaments par l'inspection de ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
- Agrément des laboratoires de biologie médicale par l'Inspection générale de la santé publique et de la lutte contre le sida
- Inspection des laboratoires par l'Inspection des pharmacies, du médicament et des laboratoires (inspections trimestrielles à Bujumbura et ponctuelles dans le reste du pays)
- Certification des laboratoires par l'INSP pour la rougeole
- Participation au programme CQE en bactériologie, virologie, hématologie, parasitologie et sérologie

Difficultés/volets à renforcer

- Absence d'indicateurs permettant de mesurer l'évolution de la qualité des analyses

Surveillance en temps réel

Introduction

La surveillance en temps réel vise à faire progresser la sûreté, la sécurité et la résilience du pays en conduisant une démarche de surveillance biologique intégrée qui favorise l'alerte précoce et une bonne connaissance de la situation des événements biologiques.

Cible

Renforcement des systèmes de surveillance basés sur les indicateurs et sur les événements pour qu'ils soient en mesure de détecter des événements affectant la santé publique, la santé animale et la sécurité sanitaire ; amélioration de la communication et de la collaboration entre les secteurs et les autorités aux niveaux sous-national, national et international dans le domaine de la surveillance des événements présentant un risque pour de la santé publique ; amélioration des capacités aux niveaux national et régional pour l'analyse et le croisement des données (épidémiologiques, cliniques, de laboratoire, d'analyses environnementales, de sécurité et de qualité des produits, et bio-informatiques) provenant de systèmes renforcés de surveillance en temps réel, notamment de systèmes de notification électronique interopérables et interconnectés. Enfin, poursuite du développement des principales capacités pour répondre aux exigences en matière de surveillance, conformément aux normes établies par le RSI et l'OIE.

Niveau de capacités du Burundi

Au Burundi, la seconde édition du Guide technique OMS pour la Surveillance intégrées de la maladie et riposte (SIMR) est en cours de validation. Les professionnels de santé, à tous les niveaux du système sanitaire, bénéficient de formations à la SIMR.

Il existe un système dédié à la surveillance syndromique, mais qui ne remplit pas toutes les exigences du RSI (2005) en la matière.

A ce jour, la surveillance en temps réel basée sur les événements est embryonnaire. Elle a lieu de façon implicite, sans s'appuyer sur des indicateurs ou des procédures.

Au final, le pays dispose d'une liste de maladies et de syndromes à déclaration obligatoire, dont la notification s'effectue sur papier, par téléphone et par voie électronique [logiciel District Health Information Software (DHIS2) pour la santé humaine et Système mondial d'informations zoonosaires (WAHIS) pour la santé animale et la faune sauvage].

En pratique, les rapports de notification sont transmis du niveau périphérique (45 districts de santé répartis sur les 129 communes du pays) au niveau intermédiaire (17 bureaux provinciaux de santé), puis au niveau central, où ils seront si besoin relayés vers les partenaires nationaux et internationaux. Concernant les données de laboratoire, seul le laboratoire de l'Institut national de santé publique (INSP) renseigne en temps réel le système national de surveillance. Il convient de noter le manque d'intégration du secteur privé (hôpitaux et laboratoires) à ce système de surveillance.

En terme de santé animale, le système WAHIS ne couvre pas encore l'ensemble du territoire national et le partage d'information entre les secteurs de la santé humaine et animale a lieu uniquement en cas d'épidémie majeure (grippe aviaire, rage, etc.). De la même façon, les différents ministères collaborent entre eux de façon ponctuelle, lors des urgences.

Les données de surveillance sont analysées régulièrement et font l'objet de bulletins annuels de rétro-information transmis par la Direction du système national d'information sanitaire (DSNIS) aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Ces bulletins peuvent également être partagés avec les partenaires, notamment internationaux, et faire l'objet de communications adressées aux médias et à la population.

Mesures prioritaires recommandées

- Valider le nouveau guide sur la Surveillance Intégrée des Maladies et la Riposte (SIMR) au Burundi.
- Mettre en place un système de surveillance électronique basé sur les indicateurs et les événements, intégrant les données de laboratoire.
- Mettre en place un système de notification en temps réel des événements en santé humaine et animale, interopérable et interconnecté.
- Renforcer la collaboration et établir des mécanismes de coordination et d'échange d'informations entre les systèmes de surveillance en santé humaine (DHIS2) et animale (WAHIS), et y intégrer les risques environnementaux et climatiques.
- Renforcer les capacités des acteurs de terrain en leur procurant un appui logistique et des formations.

Indicateurs et scores

D.2.1 Systèmes de surveillance basée sur des indicateurs et de surveillance des événements - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'une liste des maladies prioritaires et définitions des cas pour le choléra, la fièvre hémorragique, la paralysie flasque aiguë, la rougeole, le tétanos néonatal, la méningite à méningocoque, le paludisme et les décès maternels
- Existence d'un système de surveillance en temps réel : circuit national de collecte d'informations et de rétro-information ; validation des données à chaque niveau de la pyramide sanitaire

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de définitions et de critères établis pour la surveillance basée sur les événements
- Surveillance insuffisante au niveau infranational
- Notification sur papier encore utilisée dans certains districts de santé, source de problèmes d'archivage et de traitement des données
- Participation d'une partie seulement des laboratoires du pays au système de surveillance

D.2.2 Système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Mise à jour du guide SIMR
- Formation à la SIMR du personnel des niveaux national, intermédiaire et local
- Utilisation du logiciel DHIS2 pour la notification électronique en santé humaine
- Rétro-information du niveau central vers les structures sanitaires en passant par les districts sanitaires
- Communication auprès du public lors d'événements tels que les campagnes de vaccination

Difficultés/volets à renforcer

- Validation attendue du guide SIMR
- Renforcement de la formation à la SIMR
- Turn-over de personnel élevé
- Mise en œuvre insuffisante à ce jour du système WAHIS pour la notification en santé animale
- Absence de partage intersectoriel des informations
- Communication partielle auprès du public

D.2.3 Analyse des données de surveillance - Score 2**Atouts/pratiques exemplaires**

- Collecte des données de laboratoire pour le paludisme, l'anémie, le VIH, la tuberculose, le diabète, la poliomyélite et la rougeole
- Existence de formulaires standardisés pour la collecte des données de laboratoire
- Partage des données de laboratoire entre les ministères/organismes concernés
- Existence d'un système centralisé, intégrant les données des analyses de laboratoire et celles de la notification des cas cliniques
- Production d'un bulletin annuel rassemblant les données de surveillance, accompagnées d'analyses et de commentaires

Difficultés/volets à renforcer

- Ressources humaines insuffisantes
- Collecte des données à améliorer tant en terme de qualité que d'exhaustivité

D.2.4 Systèmes de surveillance syndromique - Score 2**Atouts/pratiques exemplaires**

- Existence d'une liste de syndromes à surveiller
- Partage de compte-rendu aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, dans le cadre de la gestion des épidémies
- Centralisation au niveau de la DSNIS de toutes les informations issues des différents systèmes de surveillance et rétro information vers les districts, accompagnée de recommandations et de mesures prises par les décideurs

Difficultés/volets à renforcer

- Confirmation diagnostique des syndromes surveillés uniquement par l'INSP, avec l'assistance d'un laboratoire plus compétent, extérieur au pays

Notification

Introduction

Du fait de l'évolution permanente des agents pathogènes et de leur adaptation à de nouveaux hôtes et environnements, les menaces sanitaires à l'interface humain-animal-écosystème se sont multipliées au cours des dernières décennies, imposant un fardeau supplémentaire aux systèmes de santé humaine et animale. Les notifications multidisciplinaires et collaboratives liées à la santé humaine, animale et des écosystèmes, réduisent le risque de maladies à l'interface entre ces trois composantes.

Cible

Notification précise et en temps utile des maladies, conformément aux exigences de l'OMS, et coordination systématique avec la FAO et l'OIE.

Niveau de capacités du Burundi

Le pays dispose de dispositifs de surveillance et de notification des maladies au sein des ministères en charge de la santé, de l'élevage et de l'agriculture. Un Point Focal National RSI (PFNRSI) et des points focaux nationaux du Système mondial d'information zoo sanitaire (PFNOIE) ont été désignés.

Toutefois, le mécanisme de notification à l'OMS des événements susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) est peu fonctionnel. Quant à la collaboration entre le PFNRSI et le PFNOIE, elle est quasi inexistante.

Mesures prioritaires recommandées

- Mettre en place un réseau de notification multisectorielle selon l'approche « Une seule santé ».
- Renforcer les capacités des points focaux nationaux RSI et OIE pour les rendre plus opérationnels.
- Mettre en place des procédures opératoires standardisées pour la notification par les points focaux nationaux à l'OMS et à l'OIE.
- Renforcer les mécanismes d'échange d'informations et de collaboration entre les points focaux nationaux RSI et OIE, ainsi que la collaboration transfrontalière.

Indicateurs et scores

D.3.1 Système efficace de notification à l'OMS, à la FAO et à l'OIE - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Désignation d'un PFNRSI qui communique avec l'OMS
- Désignation d'un PFN OIE
- Existence d'un système national de notification de routine des maladies à déclaration obligatoire
- Formation des PFN RSI et OIE à la SIMR

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de système de notification entre les points d'entrée et le PFNRSI
- Absence de protocoles et de procédures d'échange formel d'informations entre PFNRSI et des PFNOIE
- Faible fonctionnalité du PFNRSI (absence de bureau, d'équipements, etc.)
- Mécanismes de collaboration mal définis entre la Direction nationale de l'information sanitaire et le PFNRSI
- Absence de mécanisme formel de collaboration entre le PFNRSI et le PFNOIE

D.3.2 Réseau et protocoles de notification dans le pays - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Organisation d'exercices de simulation dans le cadre de la préparation du pays à la riposte aux fièvres hémorragiques, et dans le cadre de l'EAC pour la surveillance des maladies en général
- Ouverture d'un numéro vert pour la maladie à virus Ebola

Difficultés/volets à renforcer

- Missions et positionnement institutionnel du PFN RSI mal définis
- Absence de POS pour la notification à l'OMS d'un évènement susceptible de constituer une USP

Développement du personnel

Introduction

Le développement des ressources humaines est important pour bâtir un système de santé publique pérenne grâce au perfectionnement et au maintien d'un personnel multisectoriel hautement qualifié, doté d'une formation technique, de compétences scientifiques et d'une expertise spécialisée adéquates.

Cible

Pour assurer durablement et efficacement les activités de surveillance et de riposte en matière de santé publique, à tous les niveaux du système de santé, et la mise en œuvre effective du RSI (2005), les États Parties doivent disposer de personnels de santé formés et compétents : médecins, agents de santé animale, vétérinaires, biostatisticiens, personnels de laboratoire, professionnels de l'agriculture et de l'élevage, et idéalement un épidémiologiste de terrain formé (ou équivalent) pour 200 000 personnes, coopérant régulièrement pour assurer les compétences essentielles relevant du RSI et des performances des services vétérinaires.

Niveau de capacités du Burundi

Le Burundi dispose de médecins, d'infirmiers et de techniciens de laboratoire chargés des aspects curatifs, préventifs et promotionnels, y compris de la surveillance des maladies. Toutefois, il ne dispose pas des capacités requises pour assurer la mise en œuvre intégrale du RSI (2005) dans la mesure où il manque de ressources humaines (RH) dans des domaines tels que l'épidémiologie et les biostatistiques, mais aussi en santé animale et environnementale. En effet, Le plan stratégique de développement des RH en santé, ne contient pas de volet spécifique au RSI (2005). Par ailleurs, le personnel existant est inégalement réparti, la majorité étant concentrée dans les zones urbaines (déficit en zone rurale). Il convient également de noter une surabondance de personnel sous-qualifié.

L'Etat finance les salaires du personnel de santé du secteur public, constitués pour 47% de personnel soignant.

Le pays ne dispose pas de programmes de formation dans plusieurs domaines, notamment en épidémiologie de terrain et en santé animale. Cependant, un master en épidémiologie a été ouvert en janvier 2018. Il convient également de souligner l'appui apporté par la Coopération technique belge pour renforcer les capacités dans les écoles paramédicales publiques.

Enfin, le pays se prépare à élaborer un nouveau Plan stratégique de développement des RH qui couvrira la période 2019-2023.

Mesures prioritaires recommandées

- Réviser la politique des métiers et profils en ressources humaines des ministères de la Santé et de l'Élevage, selon l'approche « Une seule santé ».
- Réviser le plan de formation multisectoriel des ressources humaines en tenant compte des exigences du RSI (2005).
- Mettre en place un programme de formation en épidémiologie de terrain en santé humaine (FETP), animale (FETPV et environnementale).

- Définir les besoins techniques/matériels et les financements nécessaires à la fidélisation et à la motivation des personnels.
- Mettre en place un logiciel de gestion des ressources humaines à tous les niveaux du système de santé.

Indicateurs et scores

D.4.1 Des ressources humaines sont disponibles pour assurer les principales capacités requises au titre du RSI - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'une politique de développement des RH
- Elaboration d'un plan national stratégique de développement des RH
- Existence d'une cartographie des RH du secteur public et du secteur privé
- Plan opérationnel de formation continue des personnels de santé
- Motivation du personnel grâce au financement basé sur les performances
- Possibilité de redéploiement du personnel en cas de besoin

Difficultés/volets à renforcer

- Effectifs insuffisants en épidémiologie, biostatistiques, systèmes d'information, médecine vétérinaire, personnel de laboratoire
- Répartition géographique inégale du personnel disponible (concentration des cliniciens dans les zones urbaines et du peu d'épidémiologistes au niveau central)
- Absence totale d'épidémiologistes de terrain
- Dotation budgétaire publique insuffisante

D.4.2 Un programme de formation en épidémiologie appliquée est en place - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence de cours d'épidémiologie dans les programmes de formation des médecins et du personnel infirmier dans les écoles paramédicales et les institutions universitaires
- Existence de programmes de formation en agronomie
- Formation d'assistants de laboratoire à l'Institut national de santé publique

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de formation locale en médecine vétérinaire et en épidémiologie de terrain

D.4.3 Stratégie pour les personnels - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un plan de développement des RH en santé humaine
- Existence de primes/indemnités pour les personnels de santé

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de plan de développement des RH en santé animale
- Insuffisance des mesures incitatives et de fidélisation des RH
- Fuite des cerveaux (refus des cadres formés avec des bourses nationales du Gouvernement de retourner au pays après leur formation)

RIPOSTER

Préparation

Introduction

La préparation consiste à élaborer et mettre à jour aux niveaux national, intermédiaire et communautaire/ primaire des plans pertinents de réponse aux urgences de santé publique couvrant les risques biologiques, chimiques, radiologiques et nucléaires. La préparation englobe également la cartographie des risques, l'identification et la mobilisation des ressources disponibles, notamment des stocks nationaux, et la capacité à appuyer des interventions aux niveaux intermédiaire et communautaire/primaire lors d'une urgence de santé publique.

Cible

Pour que les systèmes d'alerte et d'action soient efficaces, l'application effective du RSI (2005) nécessite des approches multisectorielles/pluridisciplinaires à travers des partenariats nationaux. La coordination des ressources dans tout le pays, avec notamment, le fonctionnement pérenne d'un point focal national (PFN) RSI faisant office de centre national de communication pour le RSI (2005), constitue une exigence clé de l'application du RSI (2005). Le PFN doit être accessible à tout moment pour communiquer avec les points de contact régionaux RSI de l'OMS et avec tous les secteurs et autres parties prenantes concernés dans le pays. Les États Parties doivent fournir à l'OMS les coordonnées des PFN qu'ils doivent continuellement mettre à jour et confirmer tous les ans.

Niveau de capacités du Burundi

Le pays a été récemment confronté à des urgences de santé publique (USP) (paludisme, peste des petits ruminants) et s'est préparé à la riposte contre la maladie à virus Ebola en 2015, mais ces expériences n'ont pas été systématisées par la mise en place d'un système de gestion des USP, hormis la création d'un Comité multisectoriel de gestion des urgences. La composition de ce comité reste à améliorer, en impliquant notamment tous les ministères susceptibles d'être concernés par la crise ou mobilisés lors de la riposte.

Le pays ne dispose pas de plan d'intervention multirisques et les autorités n'ont pas réalisé la cartographie des risques et ressources, étape préalable, indispensable à l'élaboration d'un tel plan.

Il convient toutefois de noter que le processus de mise en place d'un centre des opérations d'urgence est en cours avec l'appui de l'OMS et d'autres partenaires.

Dans l'ensemble, le pays n'est pas encore prêt à faire face à une urgence de santé publique (USP) majeure.

Mesures prioritaires recommandées

- Cartographier les risques (en santé humaine, environnementale, animale) et les ressources.
- Elaborer et tester un plan d'action d'urgence multisectoriel.
- Mettre en places des ressources humaines, financières et logistiques pour la préparation aux urgences de santé publique.

- Mettre en place des plans d'intervention (incluant des procédures opératoires standardisées) budgétisés et les adapter.

Indicateurs et scores

R.1.1 Un plan national multi dangers de préparation et d'action en cas d'urgence de santé publique existe et est appliqué - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un service national chargé des urgences au sein du ministère de la Santé
- Existence d'une Plateforme nationale décentralisée de prévention des risques et de gestion de catastrophe
- Partenaires techniques et financiers disponibles pour soutenir les activités de préparation aux USP
- Existence de centres de quarantaine pour les animaux au niveau de certaines frontières (Muyinga, Cankuzo, Makamba)

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de plan national multi dangers de préparation et d'action en cas d'urgence de santé publique
- Ressources et capacités insuffisantes pour la préparation et la riposte aux USP

R.1.2 Les risques et les ressources de santé publique prioritaires sont cartographiés et exploités - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Néant

Difficultés/volets à renforcer

- Absence d'évaluation des risques et des ressources de santé publique
- Absence de financement destiné à cette activité

Interventions d'urgence

Introduction

Le centre des opérations d'urgence de santé publique est un site central permettant la coordination des informations et des ressources opérationnelles pour la gestion stratégique des urgences de santé publique et les exercices de simulation d'urgence. Ces centres mettent à disposition des outils, des services de communication et d'information, ainsi qu'un système de gestion lors de la riposte à une situation d'urgence ou d'un exercice de situation d'urgence. Ils assurent également d'autres fonctions essentielles pour la prise de décision, la mise en œuvre des interventions, la coordination

Cible

Dans chaque pays, existence d'un centre d'opérations d'urgence de santé publique fonctionnant selon des normes communes minimales ; disposant d'équipes d'intervention d'urgence multisectorielles, formées et fonctionnelles, de réseaux de laboratoires pour la surveillance biologique, de systèmes d'information en temps réel et d'un personnel en mesure d'activer une intervention d'urgence coordonnée dans un délai de 120 minutes à compter de l'identification d'une situation d'urgence de santé publique.

Niveau de capacités du Burundi

Le pays ne dispose pas de plan stratégique de préparation à la gestion des urgences. Les autorités réagissent au cas par cas et les mesures sont prises selon les besoins identifiés et les moyens disponibles. Toutefois, lors d'une urgence de santé publique (USP), un comité de coordination multidisciplinaire pour la gestion de l'urgence est mis en place. Il est dirigé par le Directeur général de la santé publique et de la lutte contre le sida et se compose des cadres du ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA, ainsi que des autres ministères concernés selon la nature de l'évènement (ministère de l'Agriculture et de l'Élevage, ministère des Transports, ministère de la Sécurité, etc.). Les entités infranationales (intermédiaires et locales) mettent en œuvre à leur niveau de responsabilité territoriale, les protocoles et mesures de lutte dictées par le ministère, mais il n'y a ni plan d'action, ni structures, ni procédures écrites.

A ce jour, le pays ne dispose pas de centre national des opérations d'urgence au sens du RSI (2005), mais sa création fait partie des priorités. En effet, une formation des cadres ministériels a eu lieu fin 2017. C'est le ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA qui sera chargé de sa mise en place avec l'appui de l'OMS et d'autres partenaires.

Il convient de noter l'existence de numéros verts, mais il n'existe pas de permanence de service 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour les interventions d'urgence. Le pays ne dispose pas non plus d'équipes d'investigation et d'intervention d'urgence, ni de plan de contingence hospitalier pour prendre en charge des patients hautement contagieux.

Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer un plan d'intervention permettant d'identifier, de suivre et de réagir en temps opportun aux urgences dans le cadre d'une approche multisectorielle (catastrophe, épidémie, accident chimique, etc.), en y incluant des procédures opératoires standardisées auxquelles le personnel sera formé.
- Mettre en place un centre des opérations d'urgence doté d'équipes d'intervention d'urgence multisectorielles, formées et fonctionnelles.

- Affecter au centre des opérations d'urgence les ressources humaines, matérielles et financières pour un fonctionnement permanent et durable.
- Organiser une visite d'étude dans un pays voisin qui a déjà mis en place un centre des opérations d'urgence.

Indicateurs et scores

R.2.1 Capacité à activer des interventions d'urgence - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'une volonté politique
- Formation de 2 cadres du ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA dans le cadre de la future mise en place d'un Centre des opérations d'urgence avec l'appui de l'OMS et d'autres partenaires
- Existence de numéros verts fonctionnels

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de centre des opérations d'urgence
- Absence de permanence pour les interventions d'urgence de santé publique

R.2.2 Procédures et plans opérationnels du centre d'opérations d'urgence - Score 1Aucun

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'une volonté politique

Difficultés/volets à renforcer

- Néant

R.2.3 Programme d'interventions d'urgence - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Expérience de la prise en charge d'épidémies de paludisme et de choléra

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de formation et d'exercices de simulation
- Insuffisance des ressources humaines formées à la gestion des USP

R.2.4 Procédures de prise en charge des cas appliquées pour les dangers relevant du RSI - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'une volonté politique

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de POS pour la prise en charge des cas, leur orientation et leur transport

Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité

Introduction

Les urgences de santé publique qu'elles soient d'origine naturelle (par exemple, pandémie de grippe) ou délibérées (par exemple, attaques terroristes à l'anthrax) posent des problèmes particuliers au maintien de l'ordre. Il est donc essentiel que les autorités chargées de la sécurité nationale coordonnent rapidement leur riposte avec celle des autorités médicales et de santé publique.

Cible

En cas d'événement biologique, chimique ou radiologique, suspecté ou confirmé, d'origine naturelle ou délibérée, le pays sera capable de mener une action rapide et multisectorielle, notamment en établissant le lien entre la santé publique et la sécurité nationale. Il devra également être en mesure de fournir et/ou demander une assistance internationale efficace en temps utile, notamment pour enquêter sur les faits.

Niveau de capacités du Burundi

Le pays dispose de mécanismes formels impliquant les secteurs chargés de la santé publique, de la santé animale et de la sécurité pour la gestion des événements et urgences de santé publique (USP). Il existe ainsi une stratégie nationale de prévention des risques et de gestion des catastrophes et un plan d'action national 2012-2015. Dans ce cadre, une plateforme nationale de prévention des risques et de gestion des catastrophes a été créée sous l'autorité du ministère de la Sécurité publique. Cette plateforme nationale est doublée de plateformes communales et régionales.

En dépit d'interventions conjointes des autorités chargées de la sécurité, de la santé humaine et de la santé animale, la collaboration entre les trois secteurs reste insuffisante et ponctuelle du fait de l'absence de mémorandums d'accord, de procédures pour la gestion des USP, de plan de formation et d'exercices de simulation conjoints.

Enfin, les normes juridiques et procédures relatives à l'utilisation de la contrainte en santé publique sont inexistantes.

Mesures prioritaires recommandées

- Signer des mémorandums d'accord ou autres mécanismes d'entente entre les autorités en charge de la sécurité, de la santé humaine et animale, pour la gestion des événements et urgences de santé publique, avec un accent particulier sur ceux de nature biologique.
- Mettre en place des procédures opératoires standardisées de coordination précisant les rôles des instances chargées de la sécurité et de la santé dans la gestion des urgences de santé publique, en insistant sur les interventions conjointes en cas d'événements et urgences de santé publique.
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation conjoint et des exercices de simulation conjoints pour les responsables en charge de la sécurité, et de la santé humaine et animale, en matière d'évaluation des risques et d'interventions conjointes lors d'urgences de santé publique.
- Désigner les représentants des autorités de sécurité au sein des organes chargés de la coordination et du suivi de la mise en œuvre du RSI (2005).

- Elaborer et mettre en œuvre des normes juridiques relatives à l'utilisation de la contrainte en santé publique (mise en quarantaine, vaccination, investigations, etc.)

Indicateurs et scores

R.3.1 La santé publique et les autorités chargées de la sécurité (par exemple, les services chargés de faire appliquer la loi, le contrôle aux frontières et les douanes) sont en liaison lors d'un événement biologique suspecté ou confirmé - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'une Plateforme nationale de prévention des risques et de gestion des catastrophes, doublée de plateformes régionales et communales

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de mémorandums d'accord entre les autorités de santé humaine et animale et les autorités chargées de la sécurité nationale et locale
- Absence de programme de formation conjointe des personnels de santé publique et des services chargés du maintien de l'ordre
- Absence de POS pour la coordination d'une action conjointe en cas d'USP
- Absence d'exercice de simulation conjoint
- Non-ratification de la Convention du 10 avril 1972 sur l'interdiction de la mise au point, de la fabrication et du stockage des armes bactériologiques (biologiques) ou à toxines et sur leur destruction

Moyens médicaux et déploiement de personnel

Introduction

Les mesures exceptionnelles d'envoi et de réception des moyens médicaux, ainsi que le déploiement du personnel, sont indispensables pour assurer la sécurité nationale et protéger les pays des menaces de maladies infectieuses, potentiellement graves, en cas d'urgence de santé publique. Par ailleurs, investir dans les moyens médicaux permet d'améliorer la santé publique en général. Enfin, il est important de disposer de personnels formés qui puissent être déployés pour riposter en cas d'urgence de santé publique.

Cible

Un cadre national pour le transfert (envoi et réception) de moyens médicaux et le déploiement de personnels de santé publique parmi les partenaires internationaux, lors d'urgences de santé publique.

Niveau de capacités du Burundi

En cas d'urgences de santé publique (USP), humaine, animale ou environnementale, le Burundi ne dispose pas de législation ni de procédures relatives au transfert (envoi et réception) de moyens médicaux et de personnel. Ainsi, les conditions d'exercice des professionnels de santé diplômés à l'étranger ne sont pas établies. Par ailleurs, aucune formation ni exercice de simulation n'ont jamais été organisés au Burundi concernant l'envoi ou la réception de moyens médicaux et/ou de personnel, lors d'USP.

Le Burundi ne dispose pas non plus de stocks stratégiques de médicaments ou de matériel lui permettant de faire face à d'éventuelles USP selon l'approche « Une seule santé ». En effet, il n'a jamais conclu d'accord avec des producteurs ou des distributeurs et ne participe pas non plus aux procédures régionales ou internationales d'achat conjoint de moyens médicaux de riposte. Dans les faits, lors des précédentes USP, le pays a fait appel aux partenaires pour pouvoir disposer des médicaments et du matériel nécessaires.

Concernant le déploiement du personnel de santé à l'étranger, lors d'USP, le Burundi a envoyé quelques professionnels de santé en Afrique de l'Ouest lors de l'épidémie de la maladie à virus Ebola. Ce déploiement s'est effectué via des ONG internationales, sans l'intervention des autorités sanitaires burundaises. Il serait souhaitable que cette expérience soit le point de départ d'une réflexion pour l'organisation d'un système d'envoi et de réception de personnel, lors d'USP.

Mesures prioritaires recommandées

- Mettre en place des procédures légales et réglementaires pour l'envoi et la réception de personnel de santé et de moyens médicaux, lors d'une urgence de santé publique selon l'approche « Une seule santé ».
- Etablir une stratégie d'achats, d'entreposage, de suivi, de mise à disposition et de réapprovisionnement en moyens médicaux. Explorer la possibilité de mener cette action en collaboration avec les partenaires de la sous-région.
- Constituer une équipe d'intervention rapide, mobilisable à l'intérieur comme à l'extérieur du pays, et dont les personnels seront formés et entraînés à la gestion des urgences de santé publique et à l'utilisation des moyens médicaux.
- Mettre en place un cadre légal régissant le déploiement des moyens médicaux et les conditions d'exercice, au Burundi, des professionnels de la santé étrangers et/ou diplômés à l'étranger, lors de situations sanitaires exceptionnelles (épidémie, catastrophe, etc.).

Indicateurs et scores

R.4.1 Système en place pour l'envoi et la réception de moyens médicaux lors d'une urgence de santé publique - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Prise de conscience du pays concernant l'importance de l'envoi et de la réception de moyens médicaux, et de la constitution d'un stock stratégique national

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de plan définissant les procédures et la prise de décision relatives à l'envoi, la réception et la distribution des moyens médicaux adaptés aux USP
- Absence de stocks stratégiques de moyens médicaux et de plan de gestion de ce type de stock
- Absence d'accords avec des fabricants ou des distributeurs pour se procurer les moyens médicaux permettant de faire face aux USP
- Absence d'accords régionaux/internationaux pour l'acquisition, le partage et la distribution de moyens médicaux

R.4.2 Système en place pour l'envoi et la réception de personnels de santé lors d'une urgence de santé publique - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Participation de personnel burundais à l'aide internationale humanitaire en Afrique de l'Ouest lors de l'épidémie de la maladie à virus Ebola
- Existence d'un accord entre les pays de l'EAC dans le cadre de la surveillance et d'action en santé publique
- Existence d'une structure chargée de gérer la coopération internationale

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de politiques permettant d'organiser la participation active du pays aux systèmes internationaux d'envoi et de réception de ressources humaines en cas d'USP
- Absence de mécanismes et de procédures définissant les conditions de réception et d'exercice de la pratique médicale par des professionnels venus d'autres pays
- Manque de professionnels (santé, secouristes, logisticiens, etc.) formés pour l'envoi ou la réception d'équipe d'interventions d'urgence lors des USP
- Absence de participation aux exercices internationaux de simulation de déploiement des personnels de santé

Communication sur les risques

Introduction

La communication sur les risques doit être un processus multi-niveaux et multiformes ayant vocation à aider les parties prenantes à définir les risques, à identifier les dangers, à évaluer les vulnérabilités et à favoriser la résilience des collectivités, rehaussant ainsi leur capacité à faire face à la survenue d'une urgence de santé publique. Un volet essentiel de la communication des risques consiste à diffuser à la population des informations sur les événements et risques pour la santé, tels que les épidémies. Pour que la communication sur les risques causés par un événement spécifique soit efficace, il convient de prendre en compte les aspects sociaux, religieux, culturels, politiques et économiques associés à cet événement, ainsi que l'avis des populations touchées. Les communications de ce type favorisent la mise en place de mesures de prévention et de contrôle adaptées à travers des interventions communautaires aux niveaux individuel, familial et communautaire. La diffusion de l'information par le biais de canaux appropriés est essentielle. Il y a lieu de recenser les partenaires et intervenants liés à la communication dans le pays, et de mettre sur pied des mécanismes fonctionnels de coordination et de communication. En outre, la diffusion en temps opportun de l'information et la transparence dans la prise de décision sont essentiels pour instaurer une relation de confiance entre les autorités, les populations et les partenaires. Les plans de communication d'urgence doivent être testés et mis à jour si besoin.

Cible

Les États Parties doivent disposer de capacités multiniveaux et multiformes de communication sur les risques, d'échange d'informations, de conseils et d'avis en temps réel entre experts et représentants/ personnes confrontés à une menace ou un danger pour leur survie, leur bien-être économique et social, de manière à pouvoir prendre des décisions éclairées pour limiter les effets de la menace ou du danger et adopter des mesures de protection et de prévention. Cela nécessite tout un ensemble de stratégies de communication et de collaboration, avec notamment l'utilisation des médias et des réseaux sociaux, les campagnes de sensibilisation de masse, la promotion de la santé, la mobilisation sociale, la collaboration des parties prenantes et de la population.

Niveau de capacités du Burundi

Le Burundi a mis en place des structures et pris des initiatives pour gérer la communication sur les risques. Le ministère de la Santé a désigné un service d'Information, Education et Communication (IEC) chargé de la mobilisation sociale, de la promotion de la santé, de la participation communautaire et de la communication lors des urgences de santé publique (USP). A cette fin, chaque Bureau provincial de santé compte un coordinateur chargé de la promotion de la santé, et dans chaque district sanitaire, des techniciens de promotion de la santé opèrent dans les centres de santé avec l'aide des agents de santé communautaire.

En cas d'USP, un comité multisectoriel assure la coordination des interventions et c'est l'IEC qui assure la communication sur le risque à travers la diffusion de messages aux niveaux périphériques et locaux. Le pays dispose d'un plan global de communication avec les médias. Les rôles et responsabilités des parties concernées sont définis dans le cadre de plans parcellaires (plans Choléra, Grippe, Rougeole, etc.). Toutefois, le Burundi ne dispose pas d'un plan de communication multirisques et multisectoriel, essentiel à une mobilisation et à une coordination rapides et appropriées en cas d'USP.

En pratique, lors d'une USP, le centre de santé communique l'information au district sanitaire qui à son tour la transmet au Bureau provincial de santé chargé d'informer le niveau central. Toutefois, selon l'urgence, il est possible pour le niveau inférieur d'informer directement les niveaux supérieurs (téléphone portable dédié à cet effet). Le niveau central coordonne ensuite avec les provinces et les districts la diffusion de messages sur la radio nationale (couvrant tout le pays) ou sur les radios communautaires (couvrant une partie seulement des 18 provinces), en langue nationale (Kirundi), en français, en swahili et en anglais. Néanmoins, malgré une bonne couverture de diffusion, le contenu et la variété des messages ciblant les populations prioritaires ne sont pas définis.

La mise en place de procédures opératoires standardisées (POS) renforcerait la coordination et la réponse aux USP.

Mesures prioritaires recommandées

- Evaluer et cartographier les ressources nécessaires aux activités de communication sur les risques.
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication multirisques et multisectoriel.
- Mobiliser des fonds pour la mise en œuvre du plan de communication.
- Renforcer les capacités en assurant des formations à tous les niveaux et en organisant des exercices de simulation.
- Elaborer et diffuser des procédures pour la gestion des rumeurs.

Indicateurs et scores

R.5.1 Systèmes de communication sur les risques (plans, mécanismes, etc.) - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence du service IEC au sein du ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA, chargé de la coordination lors des USP
- Financement public pour la diffusion de messages sanitaires à la télévision et sur la radio nationale
- Existence d'une stratégie de communication en cas d'épidémie
- Existence dans certaines régions de radios communautaires qui diffusent des messages en langue locale et bénéficient d'une audience importante
- Couverture par la radio nationale de l'ensemble du pays
- Existence de plans sectoriels de communication sur les risques (choléra, Ebola, grippe aviaire et rougeole) définissant les rôles et responsabilités du personnel chargé de la communication
- Existence d'une procédure d'autorisation de diffusion des messages

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de plan stratégique multirisques et multisectoriel de communication sur les risques
- Absence de ligne budgétaire pour la communication sur les risques (budget ponctuel en cas d'USP)
- Formation insuffisante du personnel chargé de la communication sur les risques
- Soutien insuffisant au développement d'un plan national de communication sur les risques
- Exploitation insuffisante des réseaux sociaux par le service IEC

R.5.2 Communication et coordination internes et avec les partenaires - Score 3

Atouts/pratiques exemplaires

- Communication interne au service IEC, assurée par le comité multisectoriel de coordination pour la gestion des USP
- Communication entre les parties prenantes et les organismes d'intervention au niveau national assurée par le ministère de la Santé et la plateforme nationale de coordination et de gestion des catastrophes
- Existence d'un porte-parole au ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA, chargé de la communication

Difficultés/volets à renforcer

- Coordination et évaluation insuffisantes de la communication sur les risques
- Absence de budget dédié à la communication sur les risques pour le service IEC

R.5.3 Communication publique - Score 3

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un service IEC
- Existence d'un plan global de communication pour un engagement médiatique proactif et la diffusion de messages sur les réseaux sociaux dans le cadre de la promotion de la santé
- Analyse des publics cibles pour des messages adaptés
- Existence d'un porte-parole au ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA, chargé de la communication
- Existence de numéros verts fonctionnels

Difficultés/volets à renforcer

- Absence d'évaluation de l'impact des messages sur les publics cibles

R.5.4 Communication pour faire participer les communautés touchées - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un site web du ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
- Mesures incitatives pour les agents de santé communautaire
- Existence de mécanismes pour la mobilisation sociale, la promotion de la santé et l'engagement, tant au niveau central qu'aux niveaux intermédiaire et communautaire
- Existence de numéros verts fonctionnels
- Décision prise pour un projet de financement basé sur la performance communautaire

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de mécanisme pour tester les supports de communication
- Absence de retour d'information entre les populations exposées et les organismes d'intervention
- Absence de rapports post-action
- Absence de cartographie des ressources disponibles pour la diffusion aux communautés

R.5.5 Écoute dynamique et gestion des rumeurs - Score 2

Atouts/pratiques exemplaires

- Système d'information permettant de faire remonter l'information entre les différents niveaux du système de santé
- Utilisation des différents moyens de communication – radios, téléphones portables, etc.
- Surveillance régulière des rumeurs et fausses informations et prise en compte de celles-ci pour améliorer les messages diffusés
- Existence de mécanismes appropriés de gestion des rumeurs

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de mécanisme formel et permanent de gestion des rumeurs

AUTRES

Points d'entrée

Introduction

Les points d'entrée étant directement concernés par les dangers potentiels, les principales capacités doivent s'y appliquer pour permettre la mise en œuvre effective de mesures sanitaires et prévenir ainsi la propagation internationale des maladies. A cette fin, les États Parties doivent maintenir les principales capacités requises dans les aéroports et les ports internationaux (et les postes frontières désignés par l'Etat lorsque la situation l'exige pour des raisons de santé publique) afin qu'ils soient en mesure d'appliquer les mesures permettant la gestion des différentes menaces pour la santé publique.

Cible

Les États Parties doivent désigner et maintenir les principales capacités requises dans les aéroports et les ports internationaux (et les postes frontières désignés par l'Etat lorsque la situation l'exige pour des raisons de santé publique) chargés d'appliquer les mesures nécessaires pour gérer divers risques pour la santé publique.

Niveau de capacités du Burundi

Le Burundi dispose de 23 points d'entrée, dont un aéroport et 3 ports (1 port principal à Bujumbura et 2 ports secondaires). Suite à l'évaluation des points d'entrée en décembre 2017, il s'avère que seulement 3 d'entre eux (aéroport de Bujumbura, port principal de Bujumbura et poste frontière de Gatumba) disposent d'un service de soins doté de personnel qualifié, mais les moyens de prise en charge des cas potentiels sont insuffisants. Seul, l'aéroport est doté d'une ambulance équipée permettant le transport des voyageurs suspects ou malades vers l'hôpital Prince Régent Charles avec lequel il a un accord de collaboration.

Le pays partage des frontières terrestres avec la République Démocratique du Congo (RDC), le Rwanda et la Tanzanie. Ces frontières sont poreuses et les points d'entrée terrestres ne répondent pas aux exigences du RSI (2005), avec notamment l'absence de système de lutte contre les vecteurs et leurs réservoirs. Par ailleurs, il n'existe aucun plan national d'intervention pour faire face aux urgences de santé publique aux points d'entrée.

Dans le cadre du RSI (2005) et de l'approche « Une seule santé », outre les personnels de santé, d'autres acteurs sont concernés, notamment pour la gestion phytosanitaire des points d'entrée : Commissariat général des migrations, services des douanes, Bureau burundais de normalisation (BBN), secteurs de l'élevage, de l'agriculture et du transport.

Mesures prioritaires recommandées

- Désigner officiellement des points d'entrée du pays dans le cadre du RSI (2005).
- Evaluer les besoins aux points d'entrée désignés et les rendre opérationnels en leur affectant les ressources humaines et matérielles.
- Elaborer des procédures opératoires standardisées à l'attention du personnel affecté aux points d'entrée dans le cadre du RSI (2005), en intégrant la santé humaine, animale, et la gestion des risques environnementaux et transfrontaliers.

- Former et entraîner les personnels de santé aux points d'entrée et dans les centres de référence satellites selon l'approche OSBP(One Stop Border Post) et assurer le suivi des performances.

Indicateurs et scores

PoE.1 Capacités de routine présentes aux points d'entrée - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Néant

Difficultés/volets à renforcer

- Insuffisances dans la détection, la prise en charge et l'orientation vers les formations sanitaires des cas suspects qui se présentent aux points d'entrée
- Absence de matériel et de procédures pour assurer la prise en charge adéquate des patients aux points d'entrée
- Absence de structure d'isolement sur place des cas suspects

PoE.2 Action de santé publique efficace aux points d'entrée - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Evaluation des capacités aux points d'entrée réalisée en 2017

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de services de santé humaine et animale conforme au RSI (2005)
- Absence de plan d'action pour agir face à une situation d'urgence de santé publique
- Hygiène à améliorer selon les normes en vigueur

Événements d'origine chimique

Introduction

Les États Parties doivent être dotés de capacités de surveillance et de riposte aux événements/risques d'origine chimique. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs chargés de la sécurité chimique, de l'industrie, des transports et de l'élimination sans risque des produits

Cible

Les États Parties doivent être dotés de capacités de surveillance et de riposte aux événements/risques d'origine chimique. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs chargés de la sécurité chimique, de l'industrie, des transports et de l'élimination sans risque des produits

Niveau de capacités du Burundi

La quasi-totalité des produits chimiques utilisés au Burundi sont importés et en quantités relativement importantes (en moyenne 1000 tonnes d'engrais et pesticides/an) notamment dans les secteurs agroalimentaire, industriels, pétroliers, ainsi que dans le domaine de la santé. La dissémination de ces produits chimiques et le manque de contrôles chimiques réguliers (produits de consommation, eau, air, sol) présentent des risques potentiels pour la santé humaine et l'environnement, particulièrement dans ce pays dépourvu de ressources humaines qualifiées et d'infrastructures appropriées.

Cependant, le Burundi s'est engagé depuis plus d'une décennie dans un processus de développement durable. Il a ainsi adhéré à certains instruments comme le Code International de conduite pour la distribution et l'utilisation des pesticides et le Protocole de Montréal sur les substances qui appauvrissent la couche d'ozone. Il a également signé la Convention de Stockholm sur les Polluants Organiques Persistants. En revanche, il n'a pas encore ratifié la convention de la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe sur les effets transfrontaliers des accidents industriels. Toutefois, le pays prépare actuellement le plan d'action national de mise en œuvre de la SAICM (approche stratégique internationale de la gestion des produits chimiques) et la politique nationale de sécurité chimique.

En matière de gestion des événements chimiques, il n'existe pas d'inventaire des établissements de soins de référence pour la sécurité chimique, ni de protocoles de prise en charge des patients, ni de centre antipoison, ni de laboratoire de toxicologie médicale. Enfin, le Burundi n'a pas établi de mécanismes de coordination multisectorielle, tenant compte de toutes les parties prenantes en matière de sécurité chimique.

En résumé, le Burundi ne dispose pas encore des capacités nécessaires pour la gestion des risques d'origine chimique. Il n'existe en effet ni mécanismes fonctionnels, ni environnement favorable pour la détection et la riposte à des urgences d'origine chimique.

Mesures prioritaires recommandées

- Renforcer les instruments juridiques nationaux relatifs à la gestion d'événements d'origine chimique conformément aux obligations internationales résultant des conventions ratifiées par le Burundi.
- Élaborer un Plan multisectoriel de gestion des événements d'origine chimique.
- Appuyer la mise en place du Comité national de coordination multisectoriel pour la gestion des événements d'origine chimique.

- Etablir un plan de renforcement des capacités de toutes les parties prenantes en matière de gestion des produits chimiques (ressources humaines, matérielles et de laboratoire).
- Réviser la cartographie des risques chimiques (inventaires des produits chimiques et des sites).

Indicateurs et scores

CE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte à des événements/urgences d'origine chimique - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Contrôle des produits de consommation au niveau des Points d'entrées (Service sanitaire et phytosanitaire)
- Existence d'un mécanisme de coordination multisectorielle dans le cadre du projet SAICM
- Existence de laboratoires d'analyse (INSP, LACA, BBN, CNTA, OBPE, Laboratoire universitaire burundais)

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de laboratoire de toxicologie
- Absence de cartographie des sites potentiels de risque chimiques
- Absence de liste exhaustive, mise à jour régulièrement, de tous les produits chimiques utilisés au Burundi
- Absence de contrôles chimiques inopinés et réguliers de l'environnement (eau, air, sol et des produits de consommation)
- Absence d'exercice de simulation en cas d'urgence chimique
- Non-participation à des réseaux chimiques/toxicologiques internationaux

CE.2 Environnement favorable à la gestion d'événements d'origine chimique - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Lancement officiel du projet Minamata sur le mercure en avril 2017, organisé par le ministère de l'Eau, de l'Environnement, de l'Aménagement du Territoire et de l'Urbanisme
- Début d'adhésion à la SAICM qui facilitera l'élaboration du profil national de gestion des produits chimiques
- Participation à la 4ème session du Forum intergouvernemental sur la sécurité chimique dans le cadre du projet UNITAR/IOMC (financement : Confédération Suisse, Union Européenne) pour préparer le « Profils nationaux » et établir les priorités pour la gestion des produits chimiques

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de Comité national multisectoriel de gestion des produits chimiques
- Nécessité de réactualiser la législation sur les produits chimiques notamment sur la gestion des déchets chimiques sous formes liquides, solides ou gazeux
- Absence de manuels relatifs à la surveillance, à l'évaluation et à la gestion des événements d'origine chimique
- Formation insuffisante du personnel
- Dotation en matériels insuffisante pour les laboratoires existants

Situations d'urgence radiologique

Introduction

Les États Parties doivent avoir des capacités de surveillance et de riposte aux dangers/événements/urgences radionucléaires. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs responsables de la gestion des produits radionucléaires.

Cible

Les États Parties doivent avoir des capacités de surveillance et de riposte aux dangers/événements/urgences radionucléaires. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs responsables de la gestion des produits radionucléaires.

Niveau du capacités du Burundi

Les sources principales des risques radiologiques au Burundi sont liées aux équipements radiologiques des hôpitaux (radiographies standards, radiographie panoramique dentaire, etc.), aux scanners mobiles aux frontières et aux scanners à bagages à l'aéroport. Aucune utilisation, ni manipulation de substances radioactives, n'est enregistrée tant dans les secteurs médicaux que dans les secteurs industriels ou miniers. Cependant, la proximité de pays exportateurs de produits radionucléaires nécessite une vigilance particulière.

Le Burundi ne dispose pas de législation en matière de sûreté et de sécurité nucléaires. Il ne dispose pas non plus d'une autorité nationale chargée de la radioprotection. Les mécanismes fonctionnels pour la détection, l'évaluation et la riposte et l'environnement favorable à la gestion des situations d'urgence radiologique et nucléaire sont inexistantes. Néanmoins, le Burundi a ratifié des conventions internationales de coopération avec l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) en vue de la construction d'un centre anticancéreux et le ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA dispose de nouveaux matériels de détection des rayonnements ionisants (kit d'appareils de dosimétrie nécessaire pour réaliser les inspections sur le terrain : radiomètres, dosimètres).

Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer des normes juridiques nationales en matière de sûreté et sécurité radiologiques et radionucléaires.
- Mettre en place une autorité nationale compétente en matière de radioprotection.
- Elaborer et organiser des exercices de simulation en cas d'éventuelle urgence radiologique.
- Renforcer la formation du personnel exposé aux rayonnements ionisants (médecins, manipulateurs en radiologie, douaniers, policiers, etc.).
- Cartographier les risques radiologiques et radionucléaires (inventaires des produits radionucléaires et des sites utilisant les rayonnements ionisants).

Indicateurs et scores

RE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte aux situations d'urgence radiologique et nucléaire - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Ratification de conventions internationales avec l'AIEA
- Existence d'un mécanisme de coordination multisectorielle dans le cadre global de gestion des catastrophes

Difficultés/volets à renforcer

- Capacité insuffisante du personnel en matière de radioprotection, transport et gestion des déchets radioactifs
- Absence de système de contrôle (certification de non contamination radioactive) des denrées alimentaires importées
- Absence d'exercice de simulation en cas d'urgence radiologique

RE.2 Environnement favorable à la gestion des situations d'urgence radiologique - Score 1

Atouts/pratiques exemplaires

- Collaboration avec l'AIEA
- Ratification du protocole additionnel à l'accord en date du 27 septembre 2007 entre le Burundi et l'AIEA sur l'application des garanties liées au traité sur la non-prolifération des armes nucléaires

Difficultés/volets à renforcer

- Absence de cadre législatif et réglementaire en matière de sûreté et sécurité radiologiques
- Absence de plan national pour la détection, l'évaluation des risques et la riposte aux situations d'urgence radiologique
- Manque de matériels de détection (détecteurs, contaminomètres), de mesure d'activité radionucléaire et de radioprotection (dosimètres passifs ou actifs) pour le personnel exposé aux rayonnements ionisants

ANNEXES

Lieu et dates de la mission

Bujumbura, République du Burundi, 11 au 16 mars 2018

Equipe de l'évaluation externe conjointe

Nom/prénom	Institution
Dr BESSIN René	Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture ECTAD, Côte d'Ivoire
Dr BERTHERAT Eric	Organisation mondiale de la sante/Siège, Suisse
Dr BERTRAND TSACHOUA Luc	Ministère de la Santé, Belgique
Dr MBO'O Alain Charlie	Ministère de la Santé, Cameroun
Dr COULIBALY, Sheick Oumar (Chef de l'équipe EEC)	Organisation mondiale de la sante / Regional Office for Africa /HSS, Congo
Dr GAMOUGAME Kadidja	Le laboratoire, l'hopital general de reference nationale, /ministère de la Santé publique, Tchad
Dr KARIYO Pierre Claver	Organisation mondiale de la sante /Regional Office for Africa/HSS, Congo
Dr MAYIGANE Ndriko Landry	Consultant Organisation mondiale de la sante, Rwanda
Dr MURRILL Chris (Chef adjoint)	Centres for Disease Control and prevention, USA
Dr RASATA Ravelo Andriamparany	Centre Hospitalier Universitaire Andohatpenaka, Madagascar
Mme ROBERTS Nathalie	Organisation mondiale de la sante /Siège, Suisse
Dr ROUFFET-CALMELS Sylvie	Consultante Organisation mondiale de la sante /rédactrice
Dr TRAORE SAMAKE Fatoumata	Organisation mondiale de la sante animale, Mali
Mme TIWODA M. Christie	Ministère de la Santé, Cameroun

Experts nationaux

Nom/Prénom	Institution
Dr. BAHIZI Jean Nestor	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA/Département du médicament, des pharmacies et des laboratoires
Dr GATERETSE Estella	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
M. HAKIZIMANA Raphael	Ministère du Commerce/Bureau burundais de normalisation et contrôle de la qualité
Mme HAKIZIMANA Donavine	Institut national de santé publique (INSP)
Mme IRANKUNDA Valentine	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
M. KARIMUMURYANGO Jérôme	Ministère de l'Environnement
M. MANDEVU Gérard	Ministère du Commerce
M. MBAZUMUTIMA Néhémie	Ministère des Finances
Dr MISAGO Léonidas	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
M. MUHIMPUNDU Bienvenue	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA/cabinet du Ministère
M. NAHIMANA Daniel	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA/Département du médicament, des pharmacies et des laboratoires
Mme NDAGIJE Mariam	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA/Direction des ressources humaines
Dr NDAYIHEREJE Pierre Claver	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA/Direction générale de la planification
M. NDAYIKEZA Livinus	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
Dr NDAYISABA Apollinaire	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA/Programme élargi de vaccination
Dr NDAYISABA Dismas	Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida/Secrétariat Permanent
Dr NDAYISENGA Libère	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
Dr NDAYISHIMIYE Spès	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA/Service des urgences
Dr NDAYITWAYEKO Salvator	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
Dr NDAYONGEJE Pascal	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
Dr NDEREYIMANA Alexis	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA /Direction générale des services de santé publique et de la lutte contre le sida
M. NDUWAYO William	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
Mme NDUWIMANA Evelyne	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
M. NITUNGA Consolateur	Ministère du Transport et du Tourisme
Dr NIYOKWIZERA Pascal	Ministère de l'Agriculture et de l'Elevage
M. NIYONKURU Christophe	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA/Département de promotion de la santé, hygiène et assainissement
Dr NIZIGIYIMANA Dionis	Institut national de santé publique/Recherche
Dr NKENGURUTSE Liliane	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA/Direction de l'offre et de la demande des soins
Dr NSANZERUGEZE Josélyne	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
Dr NYABENDA Daniel	Ministère de l'Agriculture et de l'Elevage
M. RUTAKAMIZE Jean	Ministère du Transport et du Tourisme/aéroport
Dr. SINDAYIGAYA Salvator	Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA/Département du médicament, des pharmacies et des laboratoires

Agences des Nations Unies et Union européenne

Nom/prénom	Institution
Mr Alexis HABONIMANA	Organisation mondiale de la sante
Dr KAZADI MULOMBO Walter	Organisation mondiale de la sante
Dr NDARUHUTSE Jérôme	Organisation mondiale de la sante
M. NKURUNZIZA Amédée	Organisation mondiale de la sante
NZITONDA Estella	Union européenne
Dr RUHANA MIRINDI Bisimwa	Organisation mondiale de la sante
M. RWIMO Aladin	UNICEF

ONG nationales et internationales

Nom/prénom	Institution
Dr KITONZI Berline	International Medical Corps
Dr MAFUKO Jean Marie	Médecins sans frontières
M. MARISASI Felix	Croix Rouge du Burundi
Dr MUSILIKARE Michel Charles	Groupe de volontariat civil
M. NTAMAHUNGIRO Ferdinand	Action Aid
NZAMBIMANA Joseph	IHPB/FHI 360

Principaux documents justificatifs fournis par Burundi

Législation, politique et financement nationaux

- Politique nationale de la santé 2005-2015
- Politique nationale de la santé 2016-2025
- Loi N°1/010 du 30/06/2000 portant Code de l'environnement de la République du Burundi
- Loi N°1/28 du 24 décembre 2009 relative à la politique sanitaire des animaux domestiques, sauvages, aquacoles et abeilles
- Décret-loi N°1/138 du 17 juillet 1976 portant Code minier et pétrolier de la République du Burundi
- Décret/loi N°1 /16 du 17 mai 1982 portant code de la santé publique
- Décret-Loi N°1/17 du 7 mai 1992 portant sur la création d'un Bureau de Normalisation et Contrôle de la Qualité,
- Décret-loi N°1/033 du 30 juin 1993 portant sur la Protection des Végétaux au Burundi
- Décret N° 100/090 du 30 mai 1991 portant création de l'Institut national de santé publique
- Décret N°100/292 du 16 octobre 2007 portant création, missions, organisation et fonctionnement de la Plateforme nationale de prévention des risques et de gestion des catastrophes
- Décret N°100/254 du 4 octobre 2011 portant organisation et fonctionnement du ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
- Décret N°100/300 du 25 novembre 2011 portant organisation du ministère de l'Agriculture
- Décret N°100/99 du 31 mars 2013 portant création, missions, organisation et fonctionnement du Comité national de coordination et de suivi des mesures sanitaires et phytosanitaires
- Ordonnance N°2015 .1/01/126/CAB/2009 du 21 janvier 2009 portant règlement d'ordre intérieur de la Plateforme nationale de prévention des risques et de gestion de catastrophes
- Règlement d'ordre intérieur du ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA du 11 avril 2013
- Règlement d'ordre intérieur du Comité national de coordination et de suivi des mesures sanitaires et phytosanitaires du 28 juin 2014
- Lettre N°1313/CAB/08 du 05 août 2008 relative à la nomination d'un comité technique de mise en œuvre du RSI (2005)

Coordination, communication et promotion du RSI

- Lettre N°1313/CAB/08 du 05 août 2008 relative à la nomination d'un comité technique de mise en œuvre du RSI (2005)
- Lettre N°1061/CAB/014 du 31 mars 2014 relative à la désignation du point focal national du RSI (2005)
- Décret N°100/292 du 16 octobre 2007 portant création, missions, organisation et fonctionnement de la Plateforme nationale de prévention des risques et de gestion des catastrophes
- Décret N°100/99 du 31 mars 2013 portant création, missions, organisation et fonctionnement du Comité national de coordination et de suivi des mesures sanitaires et phytosanitaires

Résistance aux antimicrobiens

- Guide pour la surveillance de la résistance aux antimicrobiens (2013)
- Décret N°100/150 du 30/09/1980 relatif à l'exercice de la Pharmacie au Burundi
- Directives nationales de pharmacovigilance
- Liste des médicaments à prescription médicale obligatoire/DMPL
- Liste nationale des médicaments essentiels (2009)
- Politique nationale des laboratoires de biologie médicale au Burundi (juin 2014)
- Plan stratégique national de laboratoire de biologie médicale du Burundi (2015-2019)
- Document des normes et standards des laboratoires de biologie médicale du Burundi

Zoonoses

- Plan de contingence de la grippe aviaire (octobre 2013)
- Recensement 2016 de la population des animaux domestiques du Burundi (Enquête nationale agricole du Burundi 2016)
- Rapports PVS¹ 2007 et de l'analyse des écarts du Burundi
- Décret n°100/300 du 25 novembre 2011 portant organisation du ministère de l'Agriculture

Sécurité sanitaire des aliments

- Décret-Loi N°1/17 du 7 mai 1992 portant sur la création d'un Bureau de Normalisation et Contrôle de la Qualité,
- Décret-loi N°1/033 du 30 juin 1993 portant sur la Protection des Végétaux au Burundi
- Décret N°100/300 du 25 novembre 2011 portant organisation du ministère de l'Agriculture
- Décret N°100/99 du 31 mars 2013, portant sur la création, organisation, mission et fonctionnement du comité national de coordination et de suivi des mesures sanitaires et phytosanitaires
- Décision 750/0001 du 19/03/2015 portant la liste des normes obligatoires au Burundi

Sécurité et sûreté biologiques

- ISO15189 pour les laboratoires d'analyses biomédicales
- Check-list SLIPTA version 2, 2015 pour les aspects de biosécurité/biosûreté
- ISO17025 pour le contrôle de qualité des médicaments
- Rapports d'évaluation des risques liés à la sûreté et à la sécurité biologiques

Vaccination

- Plan pluriannuel complet du PEV au Burundi : 2011-2015
- Recensement général de la population et de l'habitat 2008
- Données sur les populations cibles
- Normes sanitaires pour la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire – documents de nomination des points focaux PEV
- Comptes rendus des campagnes de vaccination

1 Performances des Services Vétérinaires- Outils d'évaluation des Services vétérinaires conçus par l'OIE

Système national de laboratoires

- Politique nationale des laboratoires de biologie médicale au Burundi (juin 2014)
- Plan stratégique national de laboratoire du Burundi 2015-2019
- Décret N 100/090 du 30 mai 1991 portant création de l'Institut national de santé publique
- Décret N°100/254 du 04 octobre 2011 portant organisation et fonctionnement du ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
- Manuels qualité et bio sécurité

Surveillance en temps réel

- Extraits de rapports de surveillance utilisés par les décideurs du secteur de la santé publique dans le pays
- Liste des syndromes majeurs révélateurs d'une situation d'urgence de santé publique
- Rapports de l'OIE (Système mondial d'information zoosanitaire)
- Décret N°100/254 du 4 octobre 2011 portant organisation et fonctionnement du ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
- Décret N°100/300 du 25 novembre 2011 portant organisation du ministère de l'Agriculture

Notification

- Décret N°100/254 du 4 octobre 2011 portant organisation et fonctionnement du ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
- Décret N°100/300 du 25 novembre 2011 portant organisation du ministère de l'Agriculture
- Lettre N°1061/CAB/014 du 31 mars 2014 relative à la désignation d'un point focal national du RSI (2005)
- Lettre N°1313/CAB/08 du 05 août 2008 relative à la nomination d'un comité technique de mise en œuvre du RSI (2005)
- Document de désignation du PFN OIE
- Rapports RSI à l'intention de l'Assemblée mondiale de la Santé

Développement du personnel

- Cartographie des ressources humaines en santé du secteur public (2016)
- Cartographie des ressources humaines en santé du secteur privé (2017)
- Profil de ressources humaines en santé du Burundi (2011)
- Plan national de développement sanitaire étendu 2011-2018

Préparation

- Décret N°100/91 du 14 avril 2016 portant nomination des membres de la Plateforme nationale de prévention des risques et de gestion de catastrophes
- Décret N°100/254 du 4 octobre 2011 portant organisation et fonctionnement du ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
- Décret N°100/292 du 16 octobre 2007 portant création, mission, composition, organisation et fonctionnement de la Plateforme nationale de prévention des risques et de gestion de catastrophes

- Ordonnance N°2015 .1/01 /126/CAB/2009 du 21 janvier 2009 portant règlement d'ordre intérieur de la Plateforme nationale de prévention des risques et de gestion de catastrophes
- Plan d'action pour le renforcement des capacités nationales pour la réduction des risques, la préparation et la réponse aux urgences au Burundi 2013-2016

Interventions d'urgence

- Décret N°100/91 du 14 avril 2016 portant nomination des membres de la Plateforme nationale de prévention des risques et de gestion de catastrophes
- Décret N°100/254 du 4 octobre 2011 portant organisation et fonctionnement du ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA
- Décret N°100/292 du 16 octobre 2007 portant création, mission, composition, organisation et fonctionnement de la Plateforme nationale de prévention des risques et de gestion de catastrophes
- Ordonnance N°2015 .1/01 /126/CAB/2009 du 21 janvier 2009 portant règlement d'ordre intérieur de la Plateforme nationale de prévention des risques et de gestion de catastrophes
- Règlement d'ordre intérieur du ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA du 11 avril 2013
- Plan d'action pour le renforcement des capacités nationales pour la réduction des risques, la préparation et la réponse aux urgences au Burundi 2013-2016

Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité

- Décret N°100/91 du 14 avril 2016 portant nomination des membres de la Plateforme nationale de prévention des risques et de gestion de catastrophes
- Décret N°100/292 du 16 octobre 2007 portant création, mission, composition, organisation et fonctionnement de la Plateforme nationale de prévention des risques et de gestion de catastrophes
- Ordonnance N°2015 .1/01/126/CAB/2009 du 21 janvier 2009 portant règlement d'ordre intérieur de la Plateforme nationale de prévention des risques et de gestion de catastrophes
- Plan d'action pour le renforcement des capacités nationales pour la réduction des risques, la préparation et la réponse aux urgences au Burundi 2013-2016

Points d'entrée

- Rapports d'évaluation des points d'entrée illustrés de photos (décembre 2017)
- Fiches d'évaluation

Événements d'origine chimique

- Loi N°1/010 du 30/06/2000 portant Code de l'environnement de la République du Burundi
- Décret-loi N°1/138 du 17 juillet 1976 portant Code minier et pétrolier de la République du Burundi
- Décret-Loi N°1/16 du 17 mai 1982 portant Code de la Santé Publique
- Décret-loi N°1/033 du 30 juin 1993 portant sur la Protection des Végétaux au Burundi
- Décret-loi N°1/037 du 7 juillet 1993 portant révision du Code du travail.
- Approche Stratégique de la Gestion Internationale des Produits chimiques (SAICM), Textes et Résolutions.

- 
- 
- Profil national actualisé sur la gestion des produits chimiques (République du Burundi – ministère de l’Eau, de l’Environnement, de l’Aménagement du Territoire et de l’Urbanisme) décembre 2009
 - Plan de gestion des déchets biomédicaux – Projet d’appui au développement du secteur de la santé publique au Burundi – Fonds additionnels 2 (PADSS - FA)
 - Convention de Bâle du 29 mars 1989 sur le contrôle des mouvements transfrontières des déchets dangereux et de leur élimination
 - Convention de Stockholm du 22 mai 2001 sur les Polluants Organiques Persistants (POPs)

