

# REPUBLIQUE DU BURUNDI



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

PROJET REGIONAL DE RENFORCEMENT DU RESEAU DE  
LABORATOIRES DE SANTE PUBLIQUE EN AFRIQUE DE L'EST

### PLAN DE DEVELOPPEMENT DES GROUPES VULNERABLES DONT LES BATWA

Bujumbura, Février 2012

## TABLE DES MATIERES

<b>N0</b>	<b>PAGE</b>
<b>Résume Analytique</b>	<b>4</b>
<b>I. Introduction</b>	<b>9</b>
<b>II Approche méthodologique</b>	<b>11</b>
<b>III. Problématique de l'implication des populations pauvres dont les Batwa dans l'accès à la santé</b>	<b>13</b>
<b>IV. Expériences en cours au Burundi sur l'Implication des Communautés</b>	<b>17</b>
<b>V. Profil de vulnérabilité et facteurs limitant à l'accès aux soins</b>	<b>21</b>
<b>VI. Risques et durabilité et mécanismes de suivi-évaluation</b>	<b>32</b>
<b>VII. Activités Budgétisées en faveur des Groupes Vulnérables dont les Batwa</b>	<b>34</b>
<b>Conclusion et Recommandations</b>	<b>40</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS

Sigle	Explications
<b>ASC</b>	Agent de santé communautaire
<b>EAC</b>	East African Community
<b>CDC</b>	Comité de Développement Collinaire
<b>CDS</b>	Centre de santé
<b>COGE</b>	Comité de gestion
<b>COSA</b>	Comité de santé
<b>CNS</b>	Compte nationaux de santé
<b>CSLP</b>	Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la pauvreté
<b>MSF</b>	<b>Médecin sans frontière</b>
<b>OEV</b>	Orphelin enfant vulnérable
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la santé
<b>OMD</b>	Objectif du Millénaire pour le Développement
<b>PADSS</b>	Projet d'appui au développement du secteur de la santé
<b>PRADECS</b>	Projet d'appui au développement économique et social
<b>PEV</b>	Programme Elargi de vaccination
<b>MSPLS</b>	Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA
<b>PNDS</b>	Plan national de développement du secteur de la santé
<b>PVVIH</b>	Personnes vivant avec le VIH
<b>UNIPROBA</b>	Union pour le progrès Batwa

## RESUME ANALYTIQUE

Le présent Projet de Renforcement de Laboratoires de Santé Publique en Afrique de l'Est financé par la Banque Mondiale va intervenir dans les cinq pays à savoir le Kenya, Ouganda, Tanzanie, Burundi et Rwanda. Comme les autres projets appuyés par la Banque Mondiale, le projet va prendre en compte le volet de sauvegardes sociales notamment les groupes vulnérables dont les Batwa.

En effet le projet d'appui au Développement du secteur de la santé au Burundi a déjà enregistré des progrès très encourageants (évaluation à mi-parcours 2011) en matière de sauvegardes sociales mais des efforts sont à consentir pour permettre à un grand nombre de personnes vulnérables dont les Batwa à accéder aux soins de santé.

Le document montre effectivement le profil de vulnérabilité ainsi que les obstacles à l'accès aux soins. Les tableaux ci-dessous montrent effectivement les aspects liés à la vulnérabilité et des actions à mettre en œuvre sont identifiées.

### 1. Profil de vulnérabilité et facteurs limitant l'accès aux services de sante de base

Selon la Stratégie Nationale de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), au sein de la population burundaise on trouve les catégories de vulnérabilité suivantes :

Catégories de vulnérables	Description
Les enfants orphelins chefs de ménages	La crise que le pays a connue depuis 1993 a emporté des vies humaines des notamment celle des chefs de famille laissant sur le carreau des veuves et des orphelins
Les personnes victimes du VIH/SIDA	Les personnes et les membres des familles qui sont infectées et affectées par le VIH/SIDA souffrent de la non satisfaction des besoins fondamentaux, du coût de traitement et de la prise en charge des enfants, des petits enfants et des parents victimes du

	SIDA.
Les veuves et les veufs monoparentaux	Une des conséquences de la guerre et du VIH/SIDA est l'apparition d'un grand nombre de chefs de ménages veufs. Cette catégorie reste vulnérable du fait des pratiques discriminatoires liées au genre tels que l'accès à l'héritage, à la terre, au crédit et à l'éducation.
Les personnes âgées	l'étude réalisée par le PRADECS en 2008 place les personnes handicapées et âgées parmi les groupes hautement vulnérables.
Les handicapés	
Les Batwa	Ils sont catégorisés comme groupe vulnérable compte et tenu de leur situation sociale et économique précaire dans laquelle ils vivent
Les rapatriés	La plupart des personnes qui rentrent de leur exil n'ont pas n'ont ni terre ni famille d'accueil, constituant pour ainsi dire un groupe à risque
Les malades mentaux	Cette catégorie est présente parmi la population burundaise. Plusieurs raisons expliquent ces cas pathologiques. La pauvreté s'inscrit naturellement parmi celles-ci. Les malades mentaux, dans leur mode de vie irresponsable et très désordonnée développent beaucoup de problèmes de santé qui nécessitent l'appui de solidarité nationale.
Les déplacés des guerres intérieures et extérieures	Les déplacés intérieurs font l'objet d'un taux élevé de VIH et souffrent d'une forte prévalence des violences sexuelles

Les indigents	Ils sont reconnus comme étant une catégorie des personnes incapables de se faire de quoi manger, de quoi s'abriter ou de quoi se protéger
Les femmes à partenaires multiples	Leur activité de prédilection les expose non seulement à des maladies sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA, mais aussi à des agressions et violences physique et, surtout sexuelles.
Les enfants de la rue	Ils n'ont ni abris ni de quoi se nourrir convenablement. C'est aussi de grandes victimes des agressions de toutes sortes, des problèmes d'hygiène que nécessite l'intervention de la solidarité nationale.
Les expulsés des frontières	Se sont, en principe, des personnes à qui il manque d'abris et qui s'exposent à ciel ouvert dans la rue, faute de moyens de s'insérer ou même de rentrer au
Les femmes (mères) qui accouchent en prison	Leur activité de prédilection les expose non seulement à des maladies sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA, mais aussi à des agressions et violences physique et, surtout sexuelles.

## 2. Les types de vulnérabilité et obstacles identifiés à l'accès aux soins envers les groupes vulnérables

Type de vulnérabilité	Catégorie de vulnérable	Accès ou non aux soins de santé	Remèdes /actions	Observations
Manque d'argent	Batwa, personnes déplacées, veufs veuves, malades du VIH/SIDA, personnes handicapées  Femmes mères en prison, Déplacées de guerre, veuves et veuves, personnes âgées, Enfants orphelins	Difficile accès aux soins	Contractualisation, Restauration de la CAM, création des mutualités communautaires	Il sait de la pauvreté monétaire qui touche la grande population de barundi
Analphabétisme	Batwa, personnes âgées, veuves, orphelines, enfants de la rue, enfants orphelins	Difficile accès aux soins	Stratégie de communication, formation didactique, formation action	Ne sachant ni lire ni écrire, se faire une idée d'allers se faire soigner est réservées aux initiées selon certains barundi.
Accès difficile des	Batwa, Enfants	Difficile accès	Stratégie de	Vivant dans la

vulnérables à l'information	orphelins, malades mentaux, Femmes mères en prison, personnes âgées, indigents,	aux soins	communication, formation didactique, formation action	plupart des cas à la marge de la société, ces catégories de populations n'ont pas d'occasion pour s'informer sur les possibilités de se bénéficier des soins médicaux
Contraintes d'ordre administratif	Toutes les catégories de vulnérables	Obstacles à l'accès aux soins	Formation –action Recyclage	A cause de la gratuité des soins les CDS ont connu une affluence alors que le personnel reste insuffisant.
Traitement de frustration aux malades	Batwa, les malades du VIH/SIDA, Indigents	Obstacles à l'accès aux soins	Formation –action Recyclage	L'état physique ou de santé de ces catégories de population suscite la honte et le mépris dans la société.
Non représentativité des pauvres dans les comités de santé	Batwa, les orphelins, les rapatriés, indigents,	Difficile accès aux soins et aux informations	Plaidoyer	L'absence de représentants est un grand obstacle à l'information, à la participation et à l'implication des uns



				et des autres
Attitude face à la maladie	Batwa, les malades du VIH/SIDA, les veuves, les personnes âgées	Non accès aux soins	Sensibilisation, formation action des leaders communautaires	La plupart des pauvres ne daignent aller se faire soigner et préfèrent la résignation
Poids des traditions	Batwa, mères, personnes âgées, les handicapées, malades du VIH/SIDA	Difficile accès aux soins	Sensibilisation / recrutement des opérateurs de proximité,	La grande majorité des mères préfèrent accoucher chez eux à cause de la tradition.
Nomadisme	Majorité des Batwa et quelques rapatriés	Non accès aux soins	Plaidoyer auprès des décideurs	Les Batwa n'ont pas de terre tandis que les rapatriés exilés longtemps ne retrouvent pas facilement leur propriété.

La méthodologie utilisée pour atteindre ces résultats aura été basée sur les échanges des informations entre les gestionnaires des unités de soins ainsi que la revue documentaire existante sur le thème en rapport avec le sujet. Ainsi des rencontres ont eu lieu entre les Médecins Directeurs des Provinces sanitaires, les Médecins Directeur Chefs de Districts sanitaires et l'expert en santé environnementale et communautaire ainsi que celui en charge de la communication.

Des échanges ont eu lieu aussi avec l'UNIPROBA, organe qui représente les Batwa à l'échelon national et qui collabore efficacement avec le PADSS et l'appuiera dorénavant davantage appuiera le PADSS à la mise en œuvre du PDB. Dans chaque province, il y a un représentant de l'UNIPROBA et c'est lui qui sensibilise ses pairs notamment à l'utilisation des structures et services de santé.

Des documents en rapport avec le thème notamment l'étude sociologique du PADSS a été consultée ainsi que d'autres documents de politique générale du MSPLS comme le PNDII et le CSLPII. Des rapports des agences d'encadrement ont été aussi consultés, ainsi que l'aide mémoire de la dernière mission de revue à mi-parcours..

Le document comporte cinq points à savoir (i) l'introduction qui comporte le contexte, les objectifs (ii) la méthodologie,(iii) l'implication de la communauté en matière de santé (iv) les expériences en cours sur l'implication des communautés,(v) le profil de vulnérabilité, (vi) les actions à mener pour faire face à ces problèmes.

## INTRODUCTION

### I.1 Contexte et Justification

L'accessibilité financière des populations aux soins de santé est un grand défi pour le système de santé du Burundi. Une enquête menée par Médecins Sans Frontières (MSF) en 2003 a montré que 17,4% de la population burundaise n'avait pas accès aux soins de santé principalement pour des raisons financières (MSF 2004).

Par ailleurs, les Comptes Nationaux de la Santé 2007 (CNS) montrent que les dépenses en santé par habitant au Burundi sont de 18.848 FBU (18\$) par an. Ce qui équivaut à 16,4% du revenu annuel par habitant.

La seconde revue du CSLP intervenue en 2008 précise qu'environ 17 % des malades n'ont pas accès aux soins; 81,5 % des patients sont obligés de s'endetter ou de vendre des biens afin de faire face à la dépense de santé. La pauvreté s'est, en effet, considérablement aggravée avec la crise et le nombre d'indigents et autres vulnérables dont les Batwa augmente de jour en jour. On retrouve encore le cercle vicieux « mauvais état de santé - effet néfaste sur l'économie - paupérisation - aggravation de l'état de santé »<sup>1</sup>.

A l'instar des autres Projets financés par la Banque Mondiale, le Projet Régional de Renforcement du Réseau des laboratoires de santé publique dans la région de l'Afrique de l'Est compte renforcer le volet sauvegardes sociales.

Le projet vise à garantir l'équité en matière d'accès aux soins de santé des vulnérables et la participation effective dans la prise de décisions dans le système de santé de tous les citoyens de la région y compris les vulnérables dont les Batwa.

---

<sup>1</sup> Revue CSLP, 2008

Le projet régional de renforcement du réseau des laboratoires de santé publique de l'Afrique de l'Est vient donc à point nommé. Il contribuera sans nul doute à l'amélioration de l'accès aux soins de santé des groupes vulnérables dont les Batwa dans toute la région. Le projet va apporter une plus value dans le cadre des interventions du PADSS

Il contribue à réduire le fardeau des principales maladies transmissibles qui touchent la Communauté Est Africaine dont le Kenya, la Tanzanie, l'Ouganda et le Rwanda. Il est à noter que le Burundi est actuellement le seul pays de la Communauté Est Africaine à ne pas faire partie du Projet régional de renforcement du réseau des laboratoires de santé publique de l'EAC.

## **I.2 Présentation du projet.**

Le projet comporte trois composantes à savoir

- (i) le Renforcement des capacités régionales pour le diagnostic et la surveillance avec trois sous composante dont la première s'occupe des populations vulnérables,
- (ii) la Formation conjointe et renforcement des capacités (environ 20% de l'allocation des ressources du projet),
- (iii) la recherche opérationnelle mixte, le partage des connaissances et la coordination régionale, et Gestion du programme

## **I.3 Objectifs de l'étude des aspects sociaux**

### **I.3.1 Objectif général**

L'objectif général de la présente étude des aspects sociaux du Projet régional s'inscrit dans le cadre des études des dimensions sociales des projets financés par la Banque Mondiale. Il s'agit de s'assurer que les activités prévues par le projet contribuent à la réduction de la pauvreté, tout en augmentant le capital social des populations concernées et en éliminant ou, au moins, en réduisant des effets sociaux négatifs éventuels liés au projet.

### **I.3.2 Objectifs spécifiques :**

- (i) Conduire une analyse des formes d'organisations existantes au Burundi et envisagées dans le cadre du projet et voir comment les valoriser dans la mise en œuvre du projet afin de contribuer à l'amélioration des services de la santé au sein des communautés bénéficiaires.
- (ii) Proposer des moyens pour faciliter la consultation et la participation des acteurs clés du projet, avec un accent sur les populations pauvres en général, les populations Batwa en particulier, les organisations de la société civile et les élus locaux.

## **II . APPROCHE METHODOLOGIQUE**

L'approche méthodologique découle des échanges avec les autorités administratives et sanitaires à tous les niveaux en vue justement de faciliter les groupes vulnérables dont les Batwa à accéder aux soins. Des réunions d'échanges ont eu également entre les Médecins Directeurs des provinces sanitaires et des Médecins Chefs des Districts sanitaires. Des rencontres ont eu lieu aussi avec l'UNIPROBA, (Union pour le Progrès des Batwa), organe où tous les Batwa sont représentés au niveau national. Elle s'inspire largement des autres travaux sociologiques antérieurs sur les groupes vulnérables.

## II.1 Description de la situation des vulnérables en matière d'accès aux soins

L'Étude sur les groupes vulnérables et la cohésion sociale au Burundi qui a été préparée en 2006 dans le contexte du Projet d'appui au développement communautaire et social (PRADECS) a établi les critères de vulnérabilité suivants:

- (i) L'absence ou le manque de moyens de production (terre, bétail, outil), d'accès au capital ;
- (ii) Un cycle d'endettement avec des taux usuriers énormes jusqu'à 200%
- (iii) Des besoins de base (nourriture, logement, habillement) non satisfaits ;
- (iv) Le très faible accès aux services de santé, d'éducation et d'eau potable ;
- (v) Une incapacité physique liée à la maladie, au vieillissement ou à un handicap ;
- (vi) Une incapacité psychologique ou mentale avec des troubles de la personnalité ; et
- (vii) Une désinsertion familiale et sociale : absence de liens familiaux, inadaptation sociale,
- (viii) exclusion, discrimination.

***Compte tenu des critères et caractéristiques de précarité dégagés, sept (7) groupes vulnérables ont été identifiés à savoir :***

- (i) Les groupes de femmes vulnérables
- (ii) Les enfants orphelins et autres vulnérables
- (iii) Les jeunes
- (iv) Les personnes handicapées
- (v) Les personnes âgées
- (vi) Les populations Batwa
- (vii) Les familles affectées et/ou infectées par le VIH/SIDA

Les Batwa, constituent un groupe minoritaire et autochtone du Burundi. Ils représentent environ 1% de la population nationale et sont répartis sur tout le territoire avec une plus grande concentration dans les provinces de Cibitoke, Gitega, Kayanza, Ngozi et Bujumbura rural<sup>2</sup>. Ils vivent dans un état d'extrême pauvreté et de grande discrimination.

---

<sup>2</sup> PRADECS, étude social sur

Leur mode de vie, caractérisé souvent par un nomadisme multiséculaire, causé souvent par le manque des terres propres à eux et au poids de la tradition et à l'ignorance des droits élémentaires ne leur favorise pas l'accès aux cartes d'identité ou autres documents administratifs que reçoivent gratuitement les autres groupes vulnérables et indigents.

Les Batwa ont encore des clichés et autres stéréotypes qui sont à l'origine de l'auto-exclusion et à la discrimination par les autres catégories sociales. Les Batwa se considèrent encore comme des parias de la société burundaise. Leur habitat n'a guère évolué. Des pratiques conjugales notamment les mariages entre les membres d'une même famille ne respectent ni la coutume ni les règles biologiques.

Par ailleurs, depuis la nuit des temps jusqu'aujourd'hui, la grande majorité des familles Batwa vivent des produits de la poterie et cela de génération en génération. Aujourd'hui, ils commencent quand même à exercer les travaux journaliers en contre partie d'une rémunération en nature ou en argent.

La grande majorité des Batwa n'a pas encore compris l'importance de l'école malgré les mesures de gratuité de l'enseignement prises par le Gouvernement du Burundi depuis 2005. Une infime minorité des parents envoie leurs enfants à l'école mais sans conviction, sans vision, ni objectifs, ni suivi, ni encadrement.

Concernant les autres groupes vulnérables comme les enfants orphelins et autres vulnérables, trois phénomènes ont généré les Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) : la pauvreté, le VIH/SIDA et les conflits armés.

Ainsi, les conséquences des années de guerre ont particulièrement touché les enfants du à : déplacement de populations ; instabilité des familles et éclatement des ménages ; appauvrissement des ménages du à la diminution du travail et des revenus avec des effets néfastes sur les enfants; effondrement de l'éducation (démission des parents); diminution du taux de scolarisation ; et propagation du SIDA avec des risques importants sur les enfants du à (i) l'extrême pauvreté, (ii) la concentration des populations, (iii) la promiscuité dans les camps et (iv) l'augmentation des violences sexuelles.

Les OEV connaissent des situations critiques qui se traduisent par :

- (i) Une faible scolarisation ;
- (ii) Des carences nutritionnelles graves ;
- (iii) Un faible accès aux soins et une grande vulnérabilité au VIH/SIDA ;
- (iv) Des ruptures et exclusion sociales : abandon, stigmatisation ;
- (v) Des troubles psychosociaux ; et

- (vi) Une violation des droits de l'enfant : spoliation d'héritage, maltraitance, violences,
- (vii) enfants en rupture avec la loi.

### **II.3 Cadre légal et institutionnel**

La Constitution prévoit une égalité de statut et de droit à tous les citoyens burundais. Le Burundi s'est doté aussi d'une politique nationale engagée pour la réintégration des personnes vulnérables qui est confiée au Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la Personne humaine et du Genre.

Le ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida vient de revoir la Carte d'Assistance Médicale pour permettre à toute personne adulte relevant du secteur informel et rural d'accéder aux soins moyennant paiement de 3000 fbu par ménage. Des études sont en cours et l'arrêté présidentiel a été signé.



### III - PROBLEMATIQUE DE L'IMPLICATION DES POPULATIONS PAUVRES DONT LES BATWAS DANS L'ACCES A LA SANTE : LE CONSTAT

Ce chapitre fait, à travers une revue des textes et documents disponibles, le constat de la faible implication des communautés pauvres dont les Batwa dans les opérations de développement du secteur de la santé. Il relate la précarité de la vie des populations dans le secteur santé, la politique en matière de santé, les études déjà réalisées sur les populations vulnérables dont les Batwa et, les rapports sur les expériences en cours parlant de l'implication des communautés dans les soins de santé et la participation dans la gestion des structures de santé.

#### III.1 La précarité sociale dans le domaine de la santé (situation sanitaire avant la crise 1993)

Le Burundi a atteint un niveau du système sanitaire fort encourageant avant la crise qui a secoué le Burundi depuis octobre 1993. Les efforts déployés par le Gouvernement pour relever les indicateurs essentiels étaient en partie couronnés de succès ou en voie de l'être.

En effet, les indicateurs de santé évoluaient favorablement depuis la fin des années 1980 jusqu'en 1992. Le taux de mortalité infantile tombait de 138 pour mille à 110 pour mille, soit une réduction de 20 % ; le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans passait de 209 pour mille à 180 pour mille, soit une réduction de 14 %. Le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes avait diminué de 900 à 600, et le taux d'inscription aux consultations prénatales augmentait de 79 à 89 %.<sup>3</sup>

Le Programme Élargi de Vaccination (PEV), mis en place vers la fin des années soixante-dix, connaissait un succès remarquable qui, sans aucun doute, était à la base de la chute des taux de mortalité évoqués ci-haut. En effet, le taux de couverture vaccinale est passé pour la période de 1987 à 1992 de 65 à 88 % pour la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; et de 51 à 75 % pour la rougeole<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Rapport, Min, 2005

<sup>4</sup> *République du Burundi, rapport de revue de programme national en fin de décennie suivi du sommet mondial pour les enfants, janvier 2001,*

Avec la crise de 1993, des institutions sanitaires ont subi les effets néfastes de la crise : destruction, pillages, délabrement et autres méfaits. Au niveau des institutions de soins, 73 centres de santé sur les 351 existants ont été détruits et pillés. Aujourd'hui, malgré les efforts de redressement entrepris au cours des dernières années, les taux de mortalité infantile et maternelle restent très élevés. Ils sont respectivement estimés à 114 pour mille, pour les enfants de moins de cinq ans et à un peu plus de 800 décès maternels pour 100.000 naissances.

Le taux de prévalence de malnutrition aiguë globale a augmenté de 5,6 % en 1990 à 8,1 % en 2000 tandis que le taux de prévalence de malnutrition chronique a augmenté de 48 % en 1990 jusqu'à 54,9 % en 2000 à cause de la pauvreté et du déplacement des populations et des effets de la sécheresse.

### III.2- Les documents de politique de santé consultés

La politique générale du Ministère de la santé développée dans le PNDSII s'inscrit dans la droite ligne de la stratégie nationale de Lutte contre la pauvreté à savoir le Cadre Stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté (CSLPII). La nouvelle donne veut l'implication des collectivités locales à travers la politique générale de décentralisation notamment dans la création des Districts sanitaires.

Le Ministère de la Santé Publique a adopté la politique de la décentralisation participative à travers **La Politique Nationale de Santé 2005- 2015** qui précise la mission de participation en disant que l'implication active des communautés dans la mise en œuvre de la PNDS, comprend en particulier se manifeste dans les aspects suivants :

- le pilotage du processus de planification locale;
- la mobilisation des ressources communautaires et des partenaires;
- la participation à la gestion des structures de santé;
- la participation à l'évaluation de la gestion et de la qualité des services offerts à la population ciblée;
- le pilotage de l'identification des indigents;
- l'appui aux initiatives communautaires pour le partage du risque maladie.

La décentralisation, au niveau du ministère de la santé, est structurée comme suit :

**Le niveau central** est chargé de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la mobilisation et de la coordination des ressources.

**Le niveau intermédiaire** est composé de *17 Bureaux provinciaux de santé (BPS)*. Les BPS sont chargés de la coordination de toutes les activités sanitaires de la province et de l'appui aux *Centres de santé (CdS)*.

**Le niveau périphérique** est composé de 45 Districts sanitaires couvrant 63 hôpitaux et 735 centres de santé répartis sur les 129 communes du pays<sup>5</sup>. Un District sanitaire couvre 2 à 3 communes regroupant 100.000 et 150000 habitants.

Le district sanitaire constitue l'unité opérationnelle du système de soins. Il regroupe le niveau communautaire, les centres de santé et l'hôpital de district qui est la première référence. Les centres de santé sont regroupés par secteur de santé et ont la mission de gérer les services de santé de base.

### III.3 Organisation du réseau des soins

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

**Le secteur privé** est constitué essentiellement de centres de santé sans but lucratif qui représentent 37,4% de l'ensemble du secteur. Le secteur privé lucratif médico-pharmaceutique joue également un rôle important dans le système de santé, même si les chiffres ne sont pas disponibles.

La participation communautaire est une des réformes en cours initiée non seulement dans son financement, mais aussi dans la gestion des centres de santé, à travers les comités de santé (COSA). Le même document précise que la **décentralisation en tant que processus** à travers lequel la responsabilité de la mise en œuvre de la politique est transférée aux niveaux périphériques. Elle vise une implication de plus en plus forte des communautés locales<sup>6</sup>.

**La Plan National de Développement de la Santé 2010-2015** donne une idée des « lacunes observées dans l'implication des communautés » notamment :

- Les tarifs élevés pour les usagers;
- Les communes dont les ressources financières ne sont pas en mesure de rembourser les frais aux unités de soins ;
- L'absence de critères objectifs d'indigence.

### III.4- Les travaux de recherche consultés

Les documents de recherche consultés portaient essentiellement sur :

---

<sup>5</sup> PNDSII, page 30

<sup>6</sup> PNS, page

- La prise en charge des OEV élaboré par le CNLS en 2004 ;
- L'évaluation des réseaux communautaires de prévention du SIDA ;
- L'identification des personnes vulnérables par PRADECS en Août 2008 ;
- Le CSLP adopté en août 2006.
- Le PNDII
- Le CSLPII
- Le CSLP revue 2088

#### IV. LES EXPERIENCES EN COURS AU BURUNDI SUR L'IMPLICATION DES COMMUNAUTES

##### IV.1- Evolution des modes de soutiens pour l'implication des communautés dans l'amélioration de la santé : tendances actuelles dans le monde, en Afrique et au Burundi

Au cours des années 60 se développe l'idée d'une démocratisation des structures sociales par le biais de la participation. Elle entend donner aux citoyens la possibilité de devenir eux-mêmes des acteurs de l'évolution sociale en favorisant leur implication dans les processus décisionnels qui les concernent. Dans le domaine qui nous occupe ici, celui de l'action communautaire en matière de santé, la participation repose sur l'hypothèse que les personnes les plus exposées à la dégradation de l'environnement socio-économique sont à même d'analyser leurs propres problèmes et de participer à la recherche et à la mise en oeuvre de pratiques nouvelles. *L'essentiel c'est l'homme considéré comme un être en devenir avec les possibilités qu'il a de s'accomplir, de s'affirmer, de trouver un équilibre plus grand.*

Ce courant de pensée a été concrétisé par des écrits relatant des pratiques initiées sur le terrain du sous développement. En Amérique latine notamment, où des personnalités comme **Paulo Freire et Yvan Illich** ont axé leurs réflexions sur les alternatives permettant à chaque homme de prendre réellement en main sa destinée, ces travaux ont mis en évidence la nécessité d'une action conscientisante auprès des populations défavorisées et d'une critique radicale de la " *santé-marchandise* " qui entraîne une perte de contrôle de l'individu sur les déterminants de sa santé.

Dans les années 70, se développent en Europe, des expériences dites " *autogestionnaires* ". Fruit de la pensée socialiste et anarchiste, développée en réaction à la montée en puissance du capitalisme industriel au cours de la seconde moitié du XIXe siècle, l'autogestion, développée dans les entreprises, nous renvoie aux concepts de participation communautaire, aux formes d'émancipation individuelle et collective par la prise de conscience et l'augmentation du pouvoir de contrôle.

En 1978, **La Conférence Internationale d'Alma-Ata**, organisée par l'OMS et centrée sur les soins de santé primaires, met en valeur la notion de participation, qu'elle définit comme une caractéristique déterminante de l'action en Santé Communautaire. Alma-Ata proclame notamment que " *les hommes ont le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en oeuvre des mesures de protection sanitaire qui leur sont destinées* " (OMS, 1978)<sup>7</sup>. La Conférence insiste sur l'organisation des Soins de Santé Primaires (SSP) " : *(ils) exigent et favorisent au maximum l'auto responsabilité de la collectivité et des individus, et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle de ces soins de santé primaires.*»(1)

Au Burundi, le **caractère central de l'Etat** a fortement réduit la participation et l'implication des communautés dans tous les projets et programmes relevant du secteur de la santé. C'est la période de vaches à lait où c'est l'Etat providence, communément appelé « *umunyeyi wa bosi* » « parent de tout les Burundi » qui est sensé veiller sur le bien-être de tous les Burundi, sans distinction aucune.

En 1980, **le gouvernement a commencé à initier des réformes** dans le secteur santé liés à la décentralisation du système de la santé, à l'extension de la mise en autonomie de gestion des hôpitaux, au développement progressif des Comités de Santé (COSA) et des Comités de Gestion (COGE) dans le cadre de la participation communautaire.

A cet effet, le gouvernement a mis en place des outils permettant la participation communautaire dans l'autopromotion. Il y a lieu de mentionner :

❖ **La lettre de politique nationale de décentralisation**

Ce document date de janvier 2007 et a entre autres objectifs :

- d'assurer la participation locale et insuffler un esprit d'autosuffisance de la population en mobilisant et en utilisant effectivement les ressources locales humaines, matérielles et financières pour planifier, exécuter, contrôler et suivre le développement,
- renforcer la communication sociale participative comme instrument de réconciliation des populations et d'harmonisation de leurs intérêts afin qu'elles deviennent des communautés pacifiques productrices conscientes de l'Etat de droit.

❖ **La loi communale**

La loi communale a été adoptée en avril 2005 et pose les prémisses de la décentralisation en accordant l'autonomie financière et administrative à la Commune. Elle accorde aussi une place de choix au développement communautaire à travers les acteurs locaux dont le CDC.

❖ **L'ordonnance ministérielle de mise en place des comités de développement communautaire**

C'est une loi qui complète la loi communale en précisant comment les comités de développement communautaire sont mis en place, leur composition.

---

<sup>7</sup> OMS, Conférence Internationale de Alma-Ata, 1978.

❖ ***Le guide national pratique de planification communale***

C'est un document en deux exemplaires qui sert de guide comme le nom l'indique en matière de planification participative dans l'élaboration des Plans Communaux de Développement Communautaire. Il montre les procédures à suivre lors des discussions collinaires, zonales et communales. A chaque étape, le guide montre les outils de collecte des données à utiliser les profils des participants.

Depuis l'an 2000, les gouvernements des pays en développement et des pays développés ainsi que les principales Agences impliqués dans l'amélioration de la santé, se sont engagés dans une Campagne Globale pour accélérer l'atteinte des OMD directement liés à la santé. Le Burundi est l'un des pays pilotes au sein de ce premier groupe de pays qui ont été choisis pour la mise en œuvre de cette initiative en Afrique.

Le secteur de santé burundais a entamé déjà un long processus qui définit un programme sectoriel cohérent initié par le gouvernement en 2004. Une place de choix est accordée ainsi à la Santé Communautaire où la participation et l'implication des communautés sont des éléments fondamentaux de la réussite de ces plans et programmes.

Ainsi, la politique générale du Ministère de la santé, développée dans le PNDS, s'inscrit dans la droite ligne de la stratégie nationale de Lutte contre la pauvreté à travers le Cadre Stratégique de croissance et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP Burundi, septembre 2006). A ce titre, les plans et politiques de santé, les travaux des ateliers et forums mettent l'accent sur l'implication des collectivités locales qui doit se manifester dans les aspects suivants :

- le pilotage du processus de planification locale;
- la mobilisation des ressources communautaires et des partenaires;
- la participation à la gestion des structures de santé;
- la participation à l'évaluation de la gestion et de la qualité des services offerts à la population;
- le pilotage de l'identification des indigents;
- l'appui aux initiatives communautaires pour le partage du risque maladie.

Au sujet de **l'appropriation** et de **la participation** des populations, beaucoup d'auteurs en ont développé et nous avons retenu les orientations ci-dessus :

Selon Rapport<sup>8</sup>, l'appropriation comporte quatre composantes essentielles : la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique (conscience individuelle, collective, sociale et politique).

---

<sup>8</sup> RAPPAPORT J., (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *Américan Journal of Community Psychologie*, 15, 121-148.

En effet, **la participation des communautés** locales implique la prise en compte des préoccupations jugées pertinentes par elles-mêmes. Il s'agit d'encourager les citoyens à devenir de véritables acteurs du développement de leur espace de vie proche, de les associer le plus étroitement possible aussi bien au processus conceptuel et décisionnel qu'à la mise en œuvre du projet de santé communautaire.

L'objectif final est de lutter contre cette logique d'assistance, d'exclusion et d'auto exclusion en formant notamment les habitants à la gestion de leur santé. Dans le cadre du PADS, il va falloir organiser les communautés au niveau des collines par les COSA et l'ASC pour discuter avec eux de la problématique de l'accès aux soins de service de santé et agir en fonction des idées consensuelles obtenues lors des échanges.

Concernant **les compétences**, le PADS devra concevoir des activités de formation relatives au renforcement des capacités des intervenants et des bénéficiaires en vue d'accroître le degré d'implication des communautés de manière durable. De là va naître progressivement le sentiment d'appropriation des compétences et de la pérennité des actions communautaires.

Quant à **l'estime de soi**, il y a lieu de signaler que lorsque un membre de la communauté rend service à cette dernière, il se sent utile non seulement pour lui-même et mais aussi à ces cohabitants et même à des générations futures. Le PADS devrait alors mettre l'accent sur l'appropriation en donnant l'occasion aux bénéficiaires de participer dans tous les processus d'identification, de conception, de mise en œuvre et suivi évaluation des actions relatives au processus de l'accès aux soins et services de santé.

**S'agissant de la conscience critique**, il y a lieu de mentionner que l'instauration d'un climat de confiance et de partenariat entre les communautés et le corps de la santé, concrétise l'engagement effectif des uns et des autres et la volonté d'agir ensemble pour la santé communautaire sur une base durable. Cela permet un suivi évaluation périodique les résultats acquis, de corriger ou d'améliorer les actions menées, d'évaluer la participation réelle et l'engagement effectif des différents partenaires.

Le projet devra mettre sur pied un volet inclusif de suivi évaluation du processus afin de permettre aux bénéficiaires de faire l'autoévaluation des actions en cours et une évaluation globale des différentes étapes et des résultats.

Lorsque ces quatre composantes sont en interaction, un processus d'appropriation est alors enclenché. Ce processus proactif est centré sur les forces, les droits et les habiletés des individus et de la communauté, plutôt que sur les déficits ou les besoins.

#### **Iv .5 Situation actuelle au Burundi en matière de représentativité des Groupes vulnérables dont les Batwa**

Les communautés sont impliquées dans le système de soins à travers la gestion des centres de santé par la mise en place des comités de santé et de gestion des CDS. Elles sont représentées également par les relais communautaires qui assurent l'interface entre le centre de santé et la communauté à travers les messages de sensibilisation, la prise en charge, le suivi et le soutien des malades. Environ 80% de la population burundaise vit dans un rayon de 5 km d'un centre de santé ou d'un hôpital.

Le MSPLS vient de diffuser deux documents de politique de santé communautaire. Ces documents sont les suivants : le document sur les orientations stratégiques sur la santé communautaire et un autre sur le manuel des procédures sur la santé communautaire. Ces documents ont été financés par le PADSS.

Le deuxième document montre le cadre de travail de COSA et des agents de santé communautaire. Ces agents de santé communautaire sont chargés de véhiculer des messages relatifs à la salubrité de l'environnement, de l'hygiène et de la promotion de la santé à titre bénévole. Ce sont des relais très importants du Ministère et des services techniques principalement en milieu rural et dans les zones péri-urbains.

En somme, le constat est que l'implication des communautés est à améliorer notamment en matière d'appropriation du processus relatif à l'amélioration de leur santé. Une représentativité accrue des pauvres dont les Batwa dans les structures communautaires comme les COSA et les COGE est en cours de finalisation dans tout le pays.

Cette représentativité pourrait être accompagnée par le renforcement des compétences des acteurs à la base afin de susciter le leadership communautaire dans toutes les catégories.

#### **IV.6 Acteurs clefs impliqués et leur participant dans les aspects sociaux et dans la mobilisation communautaire**

Dans le cadre de la mise en œuvre du PADS, il faudra s'appuyer sur les acteurs clés à savoir les habitants, les intervenant professionnels et les institutionnels.

##### **1- Les habitants /communautés**

Comme il a été décrit dans les paragraphes précédents, la participation des communautés est très bénéfique pour la durabilité du projet. Le PADS devra alors compter sur les communautés dans toutes ses composantes.



Une structure pouvant promouvoir la participation de la population devrait inclure : Une forte organisation de la communauté à travers le travail en réseau de sous-groupes et organisations locales intervenant dans le secteur santé. A cet effet il faudrait :

- ❖ un système ouvert pour représenter toutes les catégories de la population sans exclusive ;
- ❖ la formation des représentants de la population ;
- ❖ la formation de leaders communautaires ou des médiateurs de santé;
- ❖ La différenciation entre les expertises et les prises de décision;
- ❖ La prise en compte du temps disponible des bénéficiaires en fonction de la saison culturelle pour organiser des réunions ou pour réagir aux décisions.

## 2- Les intervenants / professionnels

On distingue deux catégories de professionnels :

### a)- L'agent de développement de santé communautaire

On l'appelle, selon les cas, agent de développement, animateur, intervenant, *abaremeshakijyago*. Sa personnalité est tout à fait centrale dans l'action qui est menée. C'est lui qui est chargé de donner (ou de redonner) un rôle d'acteur aux communautés locales et à tous les partenaires engagés dans une action de changement. Son immersion dans la communauté nécessite une connaissance approfondie des valeurs de ladite communauté, des représentations et perceptions de chacun, qu'elles soient vraies ou fausses.

L'intervenant instaure un dialogue permanent entre les acteurs et assure la communication entre ceux-ci, gage d'une participation dynamique. Ce dialogue n'est pas à sens unique. L'intervenant n'est pas là pour enseigner, dominer, s'imposer ou réinstaurer une forme de hiérarchie dans le groupe. Acteur à part entière, il est là aussi pour apprendre, pour s'éduquer. "*L'éducation authentique ne se fait pas de A vers B, ni de A sur B, mais par A avec B, par l'intermédiaire du monde.*" L'action de médiation est d'autant plus importante qu'elle joue à plusieurs niveaux. L'intervenant est avant tout médiateur au sein de la communauté.

### b)- Les professionnels de proximité et les plus éloignés

Médecins, enseignants, infirmières, travailleurs sociaux, animateurs de rue, etc., ces professionnels sont étroitement liés à la vie quotidienne des communautés. Leurs relations avec ces habitants, leurs pratiques et leur perception du milieu, mais aussi leurs savoirs techniques et psychologiques constituent une source de connaissance importante.

## 3- Les institutionnels

Ce sont, par définition, les tenants des structures décisionnelles en place. Qu'ils soient élus à divers échelons de représentation (local, régional ou national), qu'ils soient administrateurs, directeurs ou fonctionnaires au sein des institutions sociales ou sanitaires, qu'ils détiennent, en d'autres termes, des parcelles de pouvoir relativement importantes ou pas, ils sont tous des acteurs incontournables de la participation.

## **CHAP.V- PROFIL DE VULNARILITE ET FACTEURS LIMITANT L'ACCES AUX SERVICES DE SANTE DE BASE**

### **V.1- Profil des populations vulnérables**

Selon la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté (CNLP : 2007-2011), la population burundaise est groupée, sans ordre de grandeur, en catégories de vulnérabilité de la manière suivante :

**1- Les enfants orphelins chefs de ménages:** La crise que le pays a connue depuis 1993 a emporté des vies humaines, notamment celle des chefs de famille, laissant sur le carreau des veuves et des orphelins. Cette catégorie éprouve d'énormes difficultés quant à l'accès aux soins de santé et nécessitent des appuis de la part du gouvernement et des partenaires dans le secteur.

**2- Les ménages ou personnes victimes du VIH/SIDA:** Le VIH/SIDA constitue un risque majeur encouru par la population du Burundi, particulièrement, les individus en âge de travailler. Les conséquences touchent également les membres des familles qui sont infectées et affectées par le VIH/SIDA. Elles sont relatives à la non satisfaction des besoins fondamentaux des concernés, du coût de traitement et de la prise en charge des enfants, des petits enfants et des parents victimes du SIDA.

**3- Les veuves et les veufs monoparentaux :** Une des conséquences de la guerre et du VIH/SIDA est l'apparition d'un grand nombre de chefs de ménages veufs. C'est ainsi qu'au niveau des ménages déplacés à l'intérieur du pays, les veuves constituent 31 % des chefs de ménages. Cette catégorie reste vulnérable du fait des pratiques discriminatoires liées au genre telles que l'accès à l'héritage, à la terre, au crédit et à l'éducation.

**4- Les personnes âgées:** l'étude réalisée par le PRADECS en 2008 place les personnes handicapées et âgées parmi les groupes hautement vulnérables.

**5- Les handicapés :** l'handicape physique ou mental frappe beaucoup de personnes au Burundi, suite à une maladie naturelle (poliomyélite), un accident ou un effet des guerres. Ces personnes qui se déplacent péniblement en rampant ou sur des chaises roulantes manquent d'encadrement sanitaire à cause de leur incapacité physique à produire pour leur propre subsistance. Ils vivent le plus souvent de mendicité dans la place publique.

**6- Les malades mentaux :** Cette catégorie est présente parmi les populations burundaises. Plusieurs raisons expliquent ces cas pathologiques. La pauvreté s'inscrit naturellement parmi celles-ci. Les malades mentaux, dans leur mode de vie irresponsable et très désordonnée développent beaucoup de problèmes de santé qui nécessitent l'appui de la solidarité nationale.

**7- Les femmes à partenaires multiples :** (*travailleurs de sexe*) : Leur activité de prédilection les expose non seulement à des maladies sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA, mais aussi à des agressions et violences physique et, surtout sexuelles.

**8- Les Batwas,** ont été catégorisés comme groupe vulnérable, compte tenu de la situation sociale et économique dans laquelle ils vivent.

**9- Les enfants de la rue :** Ils n'ont ni abris, ni de quoi se nourrir convenablement. C'est aussi de grandes victimes des agressions de toutes sortes, des problèmes d'hygiène qui nécessitent l'intervention de la solidarité nationale.

**10- Les indigents** sont reconnus comme étant une catégorie des personnes incapables de se faire de quoi manger, de quoi s'abriter ou de quoi se protéger. Ce sont des laissés pour compte dans une communauté.

**11- Les femmes (mères) ou qui accouchent dans les prisons :** leur principal problème est qu'elles sont privées de toutes possibilités d'obtenir librement des interventions médicales, en cas de besoin. La gravité de cet état est surtout fonction de la durée du temps d'incarcération.

**12- Les expulsés des frontières :** Se sont, en principe, des personnes à qui il manque d'abris et qui s'exposent à ciel ouvert dans la rue, faute de moyens de s'insérer ou même de rentrer au bercail. Leur état de santé signale très souvent beaucoup de problèmes qui malheureusement, manquent de solution à cause de l'absence d'un soutien social précis.

**13- Les rapatriés :** La plupart des personnes qui rentrent de leur exil n'ont ni terre, ni famille d'accueil, constituant pour ainsi dire un groupe à risque et nécessitant un appui extérieur, au même titre que les autres groupes ci haut décrits.

**14- Les personnes déplacées de guerres intérieures et extérieures :** D'après une enquête réalisée par l'UNICEF en 1997, 84% des personnes déplacées avaient les symptômes de la conjonctivite. Les déplacés intérieurs font l'objet d'un taux élevé de VIH et souffrent d'une forte prévalence des violences sexuelles.

## V.2- Vue d'ensemble sur les types de vulnérabilité ou facteurs limitant l'accès aux soins de santé

### **1- Manque d'argent**

Lors de la descente sur le terrain, il a été constaté que la majorité des répondants indexaient le manque de l'argent comme facteur limitant l'accès aux soins de santé. En effet, certaines catégories n'osent même pas se rendre aux structures de soins durant toute l'année à cause de manque d'argent. Par ailleurs ceux qui s'y rendent et à qui le médecin prescrit le transfert vers l'unité spécialisée préfèrent rester chez eux, faute de moyens de déplacement et de frais de traitement.

### **2- Analphabétisme**

La majorité des personnes vulnérables, comme les Batwa, sont analphabètes, selon le recensement de 1990 (60 à 80% selon les catégories). Cette situation ne leur permet pas d'accéder aux soins de santé facilement car ils ne savent pas par où commencer, ni où terminer.

### **3- Accès difficile des vulnérables à l'information**

Vivant dans la plupart des cas à la marge de la société, beaucoup de populations vulnérables n'ont pas d'occasion pour s'informer sur les objectifs des programmes de santé organisés à leur intention, les possibilités de bénéficier des soins médicaux, les conditions et le fonctionnement de leur CdS.

#### **1- Contraintes d'ordre administratif**

Parmi celles-ci, on peut citer :

- Mauvais accueil des patients par le personnel de santé en poste,
- Exigence des Attestations d'indigence et des autres pièces d'identification personnelle que certaines personnes des catégories vulnérables ne peuvent pas acquérir,
- Grande affluence des patients pour un personnel de santé très souvent insuffisant pour servir tout le monde sans causer de longues files d'attente,
- Baisse ou arrêt des activités des COSA et ASC dans beaucoup de communautés, faute de motivation dans la plupart des cas,
- Motivation des professionnels de la santé.

### **5- Traitement de frustration du malade**

Beaucoup de malades nous ont démontré jusqu'où un simple geste de frustration peut détourner les populations vulnérables du chemin des formations sanitaires. Un regard de mépris, un silence, un blâme, 6-u-n- reproche intempestif, un renvoi de traitement ou de consultation sans explication, une longue attente pour être mal reçu finalement... peuvent provoquer des signes de frustration chez un patient dans une structure hospitalière.

**6- Non représentativité des vulnérables dans les organes de santé**

L'absence de représentants est un grand obstacle à l'information, à la participation et à l'implication des uns et des autres.

**7- Attitude face à la maladie**

La plupart des répondants rencontrés restent encore sous le poids de la tradition fataliste et préfèrent aller chez les guérisseurs, au lieu de faire recours à la médecine moderne. Certains font recours aux groupes de prières et estiment y trouver satisfaction à leur problème de santé.

**8- Poids des traditions**

Lors de nos descentes sur terrain, il a été constaté que malgré la gratuité des soins accordés par la mesure présidentielle, certaines mères, surtout les Batwa, préfèrent accoucher à domicile avec les inconvénients inhérents à cette pratique.

Aussi, d'autres mères n'emmènent pas leurs enfants à la vaccination, par ignorance ou d'autres rumeurs relatives notamment à la péremption des médicaments, causant ainsi les maladies incurables.

**9- Nomadisme séculaire**

La plupart des membres de la catégorie de Batwa qui ne possèdent pas de propriétés propres, sont caractérisés par son instabilité et ses déplacements permanents liés à la recherche de la survie. Ce nomadisme ne leur permet pas d'être enregistrés à un bureau d'état civil pour obtenir des documents officiels, ou bien pour se faire établir une pièce d'identification donnant accès aux soins de santé.

**V.3- Synthèse du profil de vulnérabilité et facteurs limitant à l'accès aux soins**

**Profil de vulnérabilité et facteurs limitant à l'accès aux soins**

Type de vulnérabilité	Catégorie de vulnérable	Accès ou non aux soins de	Remèdes /actions	Observations

		santé		
Manque d'argent	Batwa, personnes déplacées, veufs veuves, malades du VIH/SIDA, personnes handicapées  Femmes mères en prison, Déplacées de guerre, veuves et veuves, personnes âgées, Enfants orphelins	Difficile accès aux soins	Contractualisation,  Restauration de la CAM,  Création des mutualités communautaires	Il s'agit de la pauvreté monétaire qui touche la grande population des barundi
Analphabétisme	Batwa, Personnes âgées, Veuves, Orphelines, Enfants de la rue, Enfants orphelins	Difficile accès aux soins	Stratégie de communication, Formation didactique, Formation-action	Ne sachant ni lire, ni écrire, se faire une idée d'aller se faire soigner est réservé aux initiés, selon certains barundi.
Accès difficile des vulnérables à l'information	Batwa, Enfants orphelins, Malades mentaux, Femmes mères en prison, Personnes âgées, Indigents,	Difficile accès aux soins	Stratégie de communication, Formation didactique, Formation action	Vivant dans la plupart des cas à la marge de la société, ces catégories de population n'ont pas d'occasion pour s'informer sur les possibilités de bénéficier des soins médicaux
Contraintes d'ordre	Toutes les catégories de	Obstacles à l'accès	Formation –action	A cause de la gratuité des soins, les CDS ont

administratif	vulnérables	aux soins	Recyclage	connu une affluence alors que le personnel reste insuffisant.
Traitement de frustration aux malades	Batwa, les malades du VIH/SIDA, Indigents	Obstacles à l'accès aux soins	Formation –action Recyclage	L'état physique ou de santé de ces catégories de population suscite la honte et le mépris dans la société.
Non représentativité des pauvres dans les comités de santé	Batwa, les Orphelins, Rapatriés, Indigents,	Difficile accès aux soins et aux informations	Plaidoyer	L'absence de représentants est un grand obstacle à l'information, à la participation et à l'implication des uns et des autres
Attitude face à la maladie	Batwa, Malades du VIH/SIDA, Veuves, Personnes âgées	Non accès aux soins	Sensibilisation, Formation action des leaders communautaires	La plupart des pauvres ne daignent pas aller se faire soigner et préfèrent la résignation
Poids des traditions	Batwa, Mères, Personnes âgées, Handicapées, Malades du VIH/SIDA	Difficile accès aux soins	Sensibilisation / Recrutement des opérateurs de proximité,	La grande majorité des mères préfèrent accoucher chez eux par respect des traditions faites au nouveau-né ou à la mère au moment ou après l'accouchement.

Nomadisme	Majorité des Batwa et quelques rapatriés	Non accès aux soins	Plaidoyer auprès des décideurs	Les Batwa n'ont pas de terre tandis que les rapatriés exilés longtemps, ne retrouvent pas facilement leur propriété.
-----------	--	---------------------	--------------------------------	--

### Commentaire du tableau

Comme on peut le constater, les types de vulnérabilités et contraintes évoquées, à travers ce tableau, constituent des facteurs limitants à l'accès aux soins et la catégorie la plus concernée est celle des Batwa.

Le MSP, à travers le PADS et d'autres projets similaires, devrait s'appuyer sur les mesures et dispositions réglementaires existant pour améliorer la qualité de la santé des populations vulnérables en mettant un accent particulier sur les vulnérables dont Batwa. Il y a donc lieu de renforcer **La Politique de décentralisation** au niveau des Districts de Santé qui consiste à responsabiliser les communautés dans le secteur de la santé, à travers la planification locale et surtout la politique de contractualisation qui a déjà fait preuve de résultats tangibles en matière d'amélioration de la qualité de soins.

Des mesures tendant vers la discrimination positive devraient être prise en faveur des groupes les plus nécessiteuses dont les Batwa, notamment, en leur facilitant l'accès aux documents administratifs comme la carte d'identité.

Le PADS, en s'appuyant sur la politique du Gouvernement, devra mettre un accent particulier sur des actions de la formation action auprès des leaders communautaires afin de favoriser l'inclusion sociale très défavorisé dont les Batwa en vue de les responsabiliser quant à l'amélioration de leur qualité de santé.

Concernant les Batwa par exemple, le Gouvernement initie la politique de leur intégration dans les communautés au lieu de les faire un groupe de paria à part afin de ne pas accentuer l'exclusion dont cette catégorie a souffert depuis des années. Cette politique va certes leur permettre l'accès aux services sociaux de base au même titre que les autres citoyens comme les soins primaires. Cependant, au regard de leur situation socio-comportementale et leur mode de vie caractérisée notamment par ce nomadisme séculaire, des dispositions spécifiques pourraient contribuer à consolider la stratégie de cohabitation des Batwa avec les autres citoyens.



En effet, des séances de sensibilisation sur l'inclusion et la cohésion sociale mettant un accent particulier sur comme les effets pervers de la stigmatisation, l'auto-exclusion, le déni, pourraient accroître le niveau de confiance auprès des personnes vulnérables dont les Batwa.

Aussi des actions en rapport avec les besoins vitaux des groupes vulnérables dont les Batwa pourraient amener les communautés à consolider l'esprit de la solidarité pour améliorer la qualité de la vie. L'établissement des cartes d'indigence devrait respecter le principe de l'équité.

Au sujet des indigents par exemple ces derniers n'ont pas des membres de famille qui peuvent s'occuper d'eux en cas de maladie. Ce sont des personnes qui errent au gré du vent à la quête des gens de bien qui pourraient subvenir à leurs besoins ne fût ce que pour une journée. Le PADS à travers les AF devrait aussi tout faire pour sensibiliser les communautés et les acteurs locaux à apporter un soutien sans faille auprès des personnes indigentes notamment en favorisant l'accès aux soins de santé.

Les intervenants professionnels en matière de santé communautaire comme les COSA, les TPS et autres, devraient aussi bénéficier des actions de renforcement des capacités en vue d'accroître leur rendement.

**V. 4- Pour un appui spécifique aux Batwa aux fins de leur faciliter l'accès aux soins**

**Interventions dans la mise en œuvre des actions spécifiques en faveur des groupes vulnérables dont les Batwa et autres indigents**

L'accès aux soins de santé par les des femmes enceintes ou ayant un enfant de moins de cinq ans, des familles vulnérables Batwa et des autres indigents, nécessite l'intervention conjuguée de trois catégories d'acteurs : les bénéficiaires, l'administration centrale et locale, les partenaires regroupés différemment en Associations locales, ONGs, etc. Chaque contrainte nécessite un arrangement institutionnel conséquent. Les actions proposées dans le tableau ci-après sont tirées du Plan d'action global du PADS.

<p><b>CONTRAINTES IDENTIFIEE</b></p>	<p><b>SOLUTIONS PROPOSEES</b></p>	<p><b>INTERVENTION ET ACTIONS A MENER</b></p>
<p>- Aspects sociaux liés à la stigmatisation et à l'auto exclusion</p>	<p>-sensibilisation et mobilisation des communautés pour l'intégration des groupes vulnérables dont</p>	<p>-Cette mobilisation doit être initiée par l'administration locale. Elle consistera à aller sensibiliser davantage les communautés pour favoriser l'intégration des groupes vulnérables dont les Batwa</p>

	les Batwa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- leur droit et leur devoir en tant que citoyens burundais à prendre part à toutes les activités de leur société auprès des autres populations voisines ;</li> <li>- le profit qu'ils tirent à faire entendre leurs problèmes d'accès aux soins de santé et de se faire représenter dans les organes de décision et de contrôle.</li> </ul>
	Alphabétisation des groupes vulnérables dont les Batwa et les indigents	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Programme initié par l'administration centrale en charge de l'éducation avec la collaboration de l'unité IEC du MSP, pris en relais par les administrations locales avec l'appui des partenaires ;</li> <li>-Les modules vont porter, entre autres, sur l'identification des symptômes des maladies, la prévention d'hygiène... et l'encadrement sanitaire des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans ;</li> <li>-Le recrutement et la formation des moniteurs originaires de la colline du site de la communauté Batwa à alphabétiser, permettront d'avoir sous la main et à temps voulu les acteurs clés de cet exercice ;</li> <li>-Les séances d'alphabétisation seront planifiées, au départ, deux jours par semaine, à raison de deux heures par séance pour un cycle de formation de quatre mois ;</li> <li>-Les ressources pédagogiques peuvent provenir du service de santé, des services éducatifs locaux ou de l'appui des partenaires.</li> </ul>

Non accès aux soins de santé faute de  Pièces d'identification personnelle (CNI) ou de Carte d'Assurance Maladie (CAM)	-mise en place des mesures favorisant l'obtention des documents administratifs en faveur des groupes vulnérables dont les Batwa	-L'administration locale, sous instruction de l'administration centrale en charge des problèmes d'identification, établira un calendrier de descente vers les sites d'habitation de Batwa pour leur établir les pièces personnelles d'identification ; l'approche « Assise foraine » est indiquée à cet effet.  -Ces opérations doivent bénéficier de l'appui des chefs de colline ou de sous collines pour attester leur identité.
	Ordonner la gratuité des soins de santé à l'ensemble des populations Batwa	-Sensibilisation des Batwa par l'administration locale avec l'appui du personnel de la santé (BPS, BDS, CdS et des COSA).
Pauvreté : Manque de sources de revenus	Organiser de petites mutuelles/ associations locales pour l'entraide, le crédit et l'épargne	-Sensibiliser les Batwa sur les avantages qu'offre une mutuelle communautaire de solidarité ou une association local de secours en cas de situation de santé en détresse : identifier et présenter des cas de situations de santé en détresses survenues dans le site et donc les solutions médicales tardaient à venir, faute d'organisation sociale dans le site.  -La présence des représentants et l'adhésion au moins à 20% de Batwa dans ces mutuelles et associations, sont recommandées ;  -Les TPS et les ASC appuieront cette opération menée sur le terrain par les partenaires.
	Rechercher les terrains domaniaux pour insertion	-L'identification des terres domaniales relève de la commission des terres et autres biens au niveau national. Certaines administrations locales ont déjà commencé à

	<p>sociale et développement des AGR</p>	<p>attribuer leurs terres aux Batwa, aux rapatriés et aux « autres sans terre ».</p> <p>-Ce processus devrait être accéléré avec l'appui des partenaires et des bailleurs de fonds du Gouvernement pour la viabilité de ces espaces.</p> <p>-Ces espaces devraient refléter le souci d'intégration nationale de toutes les populations burundaises.</p>
	<p>Appuyer les associations locales et leurs activités de microprojet intégrant les Batwa</p>	<p>-les initiateurs des microprojets (Administrateurs, ONG ou Associations) responsabiliseront davantage les représentants de la communauté Batwa concernée à tous les niveaux de la mise en œuvre de ces microprojets.</p>
<p>Vulgariser les droits à la santé des Batwa en faveur</p>		<p>Organiser des séances de sensibilisation sur les droits humains en faveur des Batwa</p>
<p>Exiger la scolarité des enfants Batwa</p>		<p>Organiser des séances de sensibilisation sur l'importance de la scolarisation des Batwa</p>
<p>Lutter contre la discrimination des Batwa</p>		<p>Organiser des séances de sensibilisation sur la non discrimination des batwa</p>

## V.5 Propositions concrètes de facilitation de l'accès des Batwa aux soins de santé

Il convient de :

- ❖ Prendre en charge, en rendant gratuits, tous les soins médicaux des Batwa dans les CdS ;
- ❖ Programmer leur alphabétisation orientée vers la santé et le développement communautaire ;
- ❖ Reprendre les meilleures approches communautaires du type Associations locales d'épargne et de solidarité (Cf. expériences de CARE-CRS : « *Mwizero* », « *Ntunkumire* » à Ngozi ;

- ❖ Prise en charge de la scolarisation des enfants Batwa, orphelins ou non, vulnérables, tous les sexes, (sur le modèle APE, CARE-CRS) ;
- ❖ Renforcer le programme d'accès à l'eau potable car, la saleté et le manque d'hygiène sont à l'origine de leurs multiples problèmes de santé ;
- ❖ Création des sites de cohabitation Batwa et les autres, les situer de manière accessible, proches, ou alors en y intégrant les infrastructures scolaires, sanitaires, l'eau potable et l'électricité ;

### V.6 Résultats attendus et indicateurs de résultats

La plupart des résultats attendus ayant été présentés dans le Plan d'action global de PADS, précisons ici, ceux qui relèvent du caractère spécifique de vulnérabilité des Batwa, selon les contraintes citées plus haut.

Indicateur de résultats	Source de vérification
-Base des données statistiques sur les taux de participation des Batwa dans les COSA, COGE et dans les associations locales.	-Rapports statistiques
-Au moins 80 Batwa par commune ont participé aux ateliers/assemblées	-Un rapport sur la tenue des ateliers/assemblées
Les responsables des Groupes Batwa participent dans l'élaboration des rapports sur l'évolution des activités de santé	-Rapports d'activités des CdS et des COSA ;
-Au moins 80 Batwa par commune ont participé aux séances d'alphabétisation fonctionnelle axée sur les problèmes de la santé.	-Rapports des séances d'alphabétisation ;
-Au moins 60 responsables des Batwa par province ont participé à des voyages intra provinciaux d'échange d'expérience	-Rapports de voyage d'étude ;
-Un état d'identification des associations locales	-Rapports d'identification des associations locales

d'activités de microprojet intégrant les Batwa et d'autres groupes vulnérables est transmis au PADS	d'activités de microprojet ;
Au moins 30 Dossiers d'attribution des terrains domaniaux aux « sans terre » dont les Batwa sont validés par les Administrations.	-Nombres de dossiers établis et validés ;

## VI .RISQUES ET DURABILITE DU PROJET

### VI.1 Risques inhérents au projet

Le Burundi étant parmi les pays les plus pauvres du monde, le nombre des vulnérables est très élevé dans la zone d'intervention du projet. Donc le Projet risque de ne pas satisfaire aux besoins de tous les vulnérables. Cependant, il convient de cerner les risques inhérents à la spécificité des groupes vulnérables. Il conviendra que toutes les interventions prennent conscience de ces possibles risques afin de les atténuer ou prévenir. Les principaux risques recensés pourraient être:

- La faible compétence des intervenants sur terrain à appréhender la problématique et à apporter des solutions pérennes;
- La faible capacité des groupes vulnérables à défendre leurs droits et leurs intérêts et à formuler leurs revendications;
- La faible participation de ces groupes aux structures de gestion communautaire et de prise de décision;

- Les attitudes d'auto exclusion des groupes vulnérables qui limitent l'accès aux activités du projet.

## **VI.2 Durabilité du projet**

Les groupes vulnérables étant souvent sous informés, il s'agira de porter une attention particulière à leur information. Améliorer la communication des couches vulnérables sur le projet permet d'assurer la transparence, bonne gouvernance et d'établir un climat de confiance.

Les différents groupes vulnérables doivent être effectivement impliqués dans le diagnostic participatif au niveau colline, la colline étant considérée comme l'entité de base. La phase diagnostique est essentielle car elle permet d'identifier les groupes vulnérables et les problèmes prioritaires qu'ils rencontrent, d'évaluer les potentialités et contraintes, de cerner les conflits potentiels, de comprendre les relations de solidarité et de voisinage. Les groupes vulnérables doivent donc pouvoir s'exprimer lors des diagnostics participatifs au sein de focus groupes avec restitutions en plénière.

Le processus participatif va renforcer aussi l'appropriation. En effet, la hiérarchisation et la priorisation des problèmes au niveau des collines doivent permettre d'identifier les interventions d'ensemble et de dégager les activités spécifiques en direction des groupes vulnérables.

En plus, la planification communautaire doit ensuite être validée au niveau communal et s'intégrer dans le plan de développement communal et traduit en plan annuel d'activités. Une méthodologie et des outils de planification programmation adaptés à la prise en compte des groupes vulnérables doivent être conçus.

Les groupes ciblés doivent être particulièrement impliqués dans la mise en œuvre des activités notamment par une responsabilisation en matière de gestion administrative et financière, contrôle des activités. Cette stratégie permettra donc une mise en confiance des groupes cibles en mettant un accent particulier qu'il s'agit de leur projet et non le projet de l'Etat.

## **VI.3 Mécanismes de suivi -évaluation**

Les différents acteurs du projet vont s'approprier le cadre de participation des populations vulnérables. Son suivi évaluation sera intégré au système d'ensemble mis en place par le projet notamment une évaluation à mi parcours et une évaluation finale. Le système d'évaluation du projet se veut très participatif et associera les bénéficiaires du projet. Les groupes vulnérables et leurs organisations seront impliqués dans ce processus. Des indicateurs d'exécution permettront de suivre le bon déroulement des activités.



## CHAP. VII : - ACTIVITES BUDGETISEES AU SEIN DES COMMUNAUTES ET PLAN D'ACTION DU PROJET

Plusieurs actions tirées des multiples contraintes observées sur le terrain et dans différentes évaluations, mériteraient d'être planifiées et mise œuvre pour améliorer l'implication des groupes vulnérables et des Batwa dans le secteur de la santé. Parmi celles-ci, on cite :

- (i) Renforcement des capacités en santé communautaire à travers les ASC et les COSA issus des groupes vulnérables dont les Batwa
- (ii) Réhabiliter la Carte d'Assistance Médicale en faveur des groupes vulnérables dont les Batwa
- (iii) Equiper les ASC et COSA en matériels didactiques pour assumer leurs fonctions
- (iv) Organiser des séances de sensibilisation des gestionnaires des centres de santé sur l'intégration totale et inclusive des Batwa pauvres,
- (v) Organisation des séances de sensibilisation des relais communautaire sur les dangers de la discrimination sociale
- (vi) Organiser des séances de sensibilisation sur l'utilisation des structures de soins
- (vii) Élaboration de la stratégie de communication opérationnelle pour le changement de comportement des groupes vulnérables dont les Batwa
- (viii) organiser des plaidoyers auprès des décideurs en faveur de groupes vulnérables et renforcement des réseaux communautaires de santé
- (ix) sensibiliser les responsables des hôpitaux pour l'intégration des Batwa instruits dans le Conseil d'administration
- (x) organiser des stratégies avancées vers les populations Batwa pour voir s'ils ont participé dans les campagnes de santé (vaccination, utilisation de la MII,)
- (xi) organiser des visites à domicile des groupes vulnérables dont les Batwa régulières des responsables sanitaires pour identifier la mise en œuvre des actions convenues
- (xii) Elargissement des Contrats de performance dans les structures de soins.
- (xiii) Création des réseaux communautaires en santé
- (xiv) Alphabétisation fonctionnelle orientée vers les problèmes de santé pour les Batwa et les autres indigents

### VII.1- Description des activités au sein des communautés

- 1)- *Renforcement des capacités en santé communautaires des ASC et Cosa des Groupes vulnérables*

En vue de viser l'efficacité des partenaires du projet, le projet devra mettre un accent particulier sur le volet renforcement des capacités de tous les acteurs concernés chacun avec ses spécificités.

En effet, les agences de facilitation devraient concevoir des modules de formation répondant aux besoins de chaque catégorie ci-haut recensées à savoir les communautés de base, intégrés pour qu'ils deviennent opérationnels.

Evidemment, il va falloir identifier les besoins en renforcement des capacités de manière participative pour respecter les préoccupations majeures des bénéficiaires. **A titre d'exemple, il faudrait dans le chef des intervenants** rappeler la déontologie professionnelle pour marquer l'image de l'institutionnel.

Le volet renforcement des capacités devra également tenir en considération le problème relatif à l'analphabétisme, un des obstacles à l'augmentation de l'accès aux CDS. L'*alphabétisation* fonctionnelle orientée vers les problèmes de santé au moyen des matériels didactiques faciles à comprendre et à être interprétés par les populations vulnérables comme les Batwa est une des solutions. L'étude recommande d'améliorer l'information et la prise de conscience par une alphabétisation adaptée et inspirée des meilleures pratiques du type Paolo Freire (Un essai de ce genre existe chez ABUBEF Ngozi).

De même, le volet renforcement des capacités touchera les associations locales intervenant dans la santé communautaire car en effet, ces derniers maîtrisent parfaitement les problèmes de santé au niveau local.

Enfin, il a été constaté que les populations vulnérables sont moins représentées et que cela constitue une source de vulnérabilité. Accroître la représentativité des pauvres dans les comités de santé. Les formateurs devront insister à ce que les populations vulnérables soient représentées dans les comités de santé au niveau local.

- **2)- Réhabiliter la Carte d'Assurance Maladie et/ou Création des mutuelles communautaires de santé.**

Lors des échanges avec les populations cibles, la plupart ont réclamé la CAM pour accéder facilement aux soins. En effet, la carte d'indigence n'est pas donnée à tout le monde car beaucoup d'indigent dont les Batwa n'en ont pas. Aussi, il a été constaté que la CAM n'est pas acceptée non plus dans toutes structures sanitaires. Ainsi la restauration de la CAM faciliterait l'accès aux soins pour l'ensemble des ménages qui seraient en mesure de l'acheter mais l'étude propose la gratuité pour tous les groupes vulnérables dont les Batwa.

Une étude de faisabilité pour cette politique serait donc une priorité. Les textes autorisant l'utilisation de cette carte dans toutes les structures et la gratuité pour les Batwa devraient être disponibles.

Une de façons de combler le manque à gagner des CDS serait de favoriser la création de mutuelles communautaires. En effet, selon les répondants, le PADS devrait commanditer une étude de faisabilité de mise en place des mutualités communautaires dans toutes les communes pour permettre aux groupes vulnérables d'accéder eux aussi aux soins.

La mise en place des mutualités communautaire a été évoquée par le Médecin Provincial de Cankuzo comme palliatif au problème d'accès aux soins par les populations vulnérables et très pauvres. Cependant, l'expérience manque quant à la réalisation des études de faisabilité. Le comité provincial de santé continue de mener des réflexions stratégiques sur la politique de santé au niveau de la province en vue de permettre aux agents de santé communautaire et aux comités de santé à mieux mobiliser les populations dans l'amélioration de la santé.

Une fois ces mutuelles créées, le PADS devrait appuyer ce genre d'initiatives autour des CDS.

### ***3)- Plaidoyer auprès des décideurs en faveur des groupes de groupes vulnérables et renforcement des réseaux communautaires de santé***

Le document propose un plaidoyer à l'intention des décideurs à tous les niveaux afin d'arrêter des stratégies visant l'amélioration de la santé de ces groupes ci- haut cités. Le PADS pourra notamment mettre l'accent sur l'établissement de gratuité des pièces d'identité pour les personnes qui n'en ont pas dont les Batwa (actes de naissance, de décès, de mariage et cartes d'identité) notamment en organisant des audiences foraines sur les collines. Cet acte de gratuité doit également s'étendre sur les autres catégories de vulnérables, notamment, les Indigents, les handicapés et les personnes plus âgées.

Les réseaux communautaires de santé constitués autour des CDS et des intervenants communautaires (comme les TPS, les COSA, les AC/ASC et les titulaires de santé, les chefs de colline, etc.) dans la santé existent déjà. Les AF devaient les renforcer et les associer de dans des actions synergiques des professionnels de la santé, des professionnels du champ social, des professionnels ou non professionnels du milieu associatif ou politique, des professionnels de la recherche- action

### ***4)- Elargissement des Contrats de performance au niveau communautaire***

Les études pilotes de contractualisation communautaire sont en cours en province Makamba et les résultats devraient être vulgarisés et étendus à l'échelle nationale. Il s'avère cependant d'attirer une attention particulière sur les Batwa et d'autres indigents qui ne sont pas à mesure d'acheter les services de santé.

### ***5)- Création des réseaux communautaires en santé***

L'accès aux soins de santé pourra aussi être amélioré par la création des réseaux communautaires en santé de concert avec les populations bénéficiaires. Dans ce cas, la solidarité communautaire jouera un rôle crucial. Les réseaux vont associer des professionnels de la santé, des professionnels du champ social, des professionnels ou non professionnels du milieu associatif ou politique, des professionnels de la recherche...

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment, de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Leur rôle est aussi celui de contribuer de façon effective à décentraliser l'organisation des soins afin de décroquer le système de soins actuel qui n'est plus adapté à la réalité des personnes, à leurs besoins ou leurs aspirations. Les objectifs des réseaux de santé impliquent :

- le respect de la dignité des patients de ses besoins,
- l'accès aux soins et droits sociaux (équité et égalité),
- le respect de la confidentialité,
- le respect entre les acteurs de réseaux,
- le partage des connaissances,
- la coordination efficace des soins,
- la critique et l'évaluation,
- le pratique inter et multidisciplinaires".

Ils constituent les meilleurs canaux de communication et de plaidoyer dans les communautés.

L'alphabetisation fonctionnelle bien faite sur le modèle de Paolo Freire peut être aussi un bon moyen de plaidoyer et de mobilisation des communautés pour augmenter la demande au niveau des CDS,

***6)- Elaboration de la stratégie de communication opérationnelle pour accompagner la mise en œuvre du projet, notamment, le changement de comportement en faveur des groupes de marginalisés ( Batwa, Malades VIH)***

En vue d'asseoir la philosophie du Projet jusqu'aux bénéficiaires installés sur les collines, une stratégie de communication opérationnelle couvrant toutes les composante du projet et visant la responsabilité et l'appropriation du processus par les acteurs clefs locaux, est nécessaire durant toute la période du projet.

En effet, par exemple, les populations Batwa sont l'objet des comportements d'humiliation et de stigmatisation sociale, malgré la volonté de l'Etat burundais de reclasser ce groupe dans la vie normal de tous les citoyens du pays. Dans toutes les situations de rassemblements publics, notamment, dans le cadre de leur accès aux soins de santé comme tous les autres citoyens, ils sont marginalisés ou bien ils s'excluent eux-mêmes suite à des actes, paroles et gestes d'exclusion.

Afin d'attirer l'attention du grand public, surtout de bien préparer les populations voisines qui vivent au quotidien avec les Batwa, de les accueillir dans un esprit de citoyenneté, l'étude suggère que soit élaborer une stratégie de communication appropriée pour le changement des comportement vis-à-vis des Batwa surtout, et des autres catégories de vulnérables tels les malades du VIH/SIDA.

A cet effet, une étude pour l'élaboration de cette stratégie à l'avance est prioritaire et devrait être réalisée par un consultant.

### **7)- *Alphabétisation fonctionnelle orientée vers les problèmes de santé pour les Batwa et les autres indigents***

L'autre important facteur qui empêche les Batwa en particulier et les autres catégories d'indigents, de participer aux activités de santé communautaire en même temps de marquer leur insertion sociale, c'est l'analphabétisme quasi généralisé. Le cas des Batwa est très préoccupant. Cet état d'analphabètes généralisés ne les permet pas de se faire élire dans les organes de décision ou de gestion dans le secteur santé.

Les thèmes d'alphabétisation porteront essentiellement sur les problèmes de santé reproductive et du bien être familial, d'hygiène, usage de l'eau potable, gestion des microprojets, etc. Sous la houlette des personnels spécialement formés, les séquences d'alphabétisation seront réalisées avec l'appui des acteurs de terrain tels que les COSA, COGE, TPS, AF, CDC, Représentant des Batwa.

### **8) Equiper les ASC et les COSA intégrés dans ces structures**

Il s'agit des revendications des membres intégrés dans les organes de représentation pour qu'effectivement ils fassent correctement leurs missions.

### **9) Sensibilisation sur les dangers de la discrimination**

La discrimination des groupes vulnérables constituent un des problèmes majeurs à l'accès aux soins pour ces derniers. Or si cette pratique subsiste, rien n'indique que l'accès aux soins ne vraiment augmenté.

## **VII.2. ESTIMATION BUDGETAIRE DES ACTIVITES PROPOSEES**

<b>ACTIVITES</b>	<b>COUT ESTIMATIFS (\$)</b>
Renforcement des capacités en santé communautaire à travers les ASC et les COSA	30.000 (USD)

issus des groupes vulnérables dont les Batwa <sup>9</sup>	
Réhabiliter la Carte d'Assistance Médicale en faveur des groupes vulnérables dont les Batwa	- MDS
Equiper les ASC et COSA en matériels didactiques pour assumer leur fonction	7.000
Organiser des séances de sensibilisation des gestionnaires des centres de santé sur l'intégration totale et inclusive des Batwa,	8.000
Organisation des séances de sensibilisation des relais communautaire sur les dangers de la discrimination sociale et sur l'utilisation des structures de soins <b>(dirigée par L'UNIPROBA)</b>	25.000
Élaboration de la stratégie de communication opérationnelle pour le changement de comportement des groupes vulnérables dont les Batwa	-
Mise en œuvre de la stratégie de communication	10.000
organiser des plaidoyers auprès des décideurs en faveur de groupes vulnérables et renforcement des réseaux communautaires de santé	8.000
sensibiliser les responsables des hôpitaux pour l'intégration des Batwa instruits dans le Conseil d'administration	6.000
Organiser une enquête satisfaction auprès des populations Batwa pour vérifier leur degré de participation dans les campagnes de santé (vaccination, utilisation de la MII)	- 2.000
organiser des visites à domicile des groupes vulnérables dont les Batwa régulières des responsables sanitaires pour identifier la mise en œuvre des actions convenues	4.000
Elargissement des Contrats de performance dans les structures de soins en instaurant le PBF communautaire	PM
Création des réseaux communautaires en santé	10.000
Alphabétisation fonctionnelle orientée vers les problèmes	10.000
<b>Total</b>	<b>120.000</b>

<sup>9</sup> La session sera organisée au niveau régional

**Somme totale de mise en œuvre conjointe du PDB retenue a Cent Vingt Mille Dollars US (\$120.000 USD). Ce montant vient en complément de celui déjà prévu dans le PADSS et la mise en œuvre de ce Plan d'Action se fera comme convenu avec l'appui de l'UNIPROBA, recrutée comme agence de mise en œuvre (Service Provider) en partenariat avec l'équipe de Points Focaux Social et Environnemental déjà opérationnelles dans le PADSS.**

## **VIII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS GENERALES**

### **CONCLUSION :**

À partir de l'analyse des documents et des rapports circonstanciés et des visites de terrain, le constat est que les groupes vulnérables nécessitent encore un appui multiforme dans la résolution de leurs problèmes de santé et dans la gestion des structures de santé implantées dans leurs localités.

Cette faible implication serait due en grande partie à la pauvreté et la précarité de la vie qui prévalent depuis la crise sociale de 1993, au manque d'information et de sensibilisation des communautés sur les politiques et les offres des services de santé, et aux faibles compétences du personnel de santé en matière d'accueil et de satisfaction des besoins des communautés.

Le document montre les pistes de réflexion pour améliorer la santé des populations vulnérables notamment en matière de représentativité.

Pour amplifier et consolider ces efforts du gouvernement et des acteurs- clé de la santé communautaire, des appuis au renforcement du Système de Santé et à l'accès aux soins de santé pour les plus vulnérables dont les Batwa sont nécessaires notamment pour le renforcement des capacités des personnels de santé et acteurs- clé dans la communication et dans l'approche communautaire des soins de santé; la mobilisation des communautés et des groupes vulnérables en particulier; et l'appui aux associations impliquées dans la promotion sanitaire des groupes vulnérables dont les Batwa.

## QUELQUES RECOMMANDATIONS MAJEURES POUR LE PADS :

- (i) Renforcer la communication sanitaire à travers (i) meilleur affichage pour orienter les patients et visiteurs, (ii) démultiplication/renforcement du volet IEC à travers la diffusion de diapositive dans la grande salle d'accueil, causerie-débats en langue nationale sur une thématique bien choisie, développement de dépliants graphiques en Kirundi, etc. Encourager le gouvernement à renforcer sa politique de la gratuité des soins médicaux aux groupes vulnérables
- (ii) Mettre en place un système d'harmonisation des initiatives des partenaires, Associations locales et les ONGs pour la resocialisation et l'insertion des groupes vulnérables, en particulier les Batwa, pour les identifier, mieux les connaître, mieux les encadrer et les suivre ;
- (iii) Ordonner et organiser un recensement assez complet des populations vulnérables donc les Batwa ;
- (iv) Produire et mettre à la disposition des acteurs du PADS le manuel de procédure et le manuel d'exécution dudit projet ;
- (v) Produire une fiche permettant d'identifier facilement un patient vulnérable dans les formations sanitaires ;
- (vi) Développer le leadership dans les communautés collinaires par la sensibilisation et l'information afin de promouvoir les interventions sanitaires communautaires en faveur des personnes vulnérables ;
- (vii) Renforcer le volet IEC en direction des Batwa, à travers une approche communicationnelle plus ciblée à même de booster le niveau d'adhésion des Batwa, tant dans l'accès aux services de santé gratuits du PADSS, que dans leur participation effectives dans les structures de prise de décision (ASC, COSA);
- (viii) Encourager et appuyer, autant que possible, l'accès des Batwa aux services d'éducation (scolarisation des enfants et alphabétisation des adultes Batwa);
- (ix) Finaliser le Protocole d'Accord de Coopération avec UNIPROBA et leur doter de moyens nécessaires pour accomplir leur mission de terrain;
- (x) Doter tous les représentants des ASC et COSA d'un matériel didactique (carnet de prise de notes et des écritoirs) pour asseoir leur légitimité et leur permettre de mieux accomplir leur travail de sensibilisation et d'encouragement du changement de comportement des communautés Batwa.

## LISTE DES DOCUMENTS DE BASE CONSULTÉS

- Jody ZALLA KUSEK, RAY C. RIST, *Vers une culture du résultat : dix étapes pour mettre un système de suivi et d'Évaluation axé sur les résultats*, un guide pour les praticiens du développement, Washington, Banque Mondiale, 2004
- CNLS, *Plan National de lutte contre le SIDA 2002-2006*
- CNLS, *Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA 2007-2011*
- CNLS, *Revue à mi-parcours du Plan National de Lutte contre le SIDA 2002-2006*, Bujumbura, 2004
- NDIMURUKUNDO Nicéphore, MINANI Nicaise : *Rapport sur les réseaux communautaires de prévention du SIDA*, UNICEF, 2003
- MSP, *Forum sur les États Généraux de la Santé*, rapport du forum, Bujumbura, 31 mai- 04 juin 2004
- MSP, *Politique Nationale de la Santé 2005- 2015*, Bujumbura, décembre 2004
- MSP, *Plan National de Développement Sanitaire 2006- 2010*, Bujumbura, novembre 2005
- MSP, *Politique sectorielle du MSP*,...
- MSP, *Proposition d'une feuille de route pour accélérer la Réduction de la Mortalité maternelle et néonatale au Burundi*, PNSR, OMS, Unicef, UNFPA, Août 2005



- **Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité Publique**, *Lettre de Politique Nationale de Décentralisation et de développement communautaire*, Bujumbura, DGDMD, janvier 2007
- **Partenariat signé entre le Gouvernement et les Partenaires**, février 2008,....
- CSLP Burundi, septembre 2006
- MSP, B.M., *Projet d'Appui au Développement du Secteur Santé (PADS)*, .....
- **Livre de formation sur le PBF dans le secteur santé (Financement bas. Sur les Performances) : Contractualisation**
- **ESTHER**, *L'accompagnement psychologique et social des personnes vivant avec le VIH/SIDA : de la formation à l'évolution des dispositifs de soins*, Paris, 2007
- **MSP**, *Ordonnance ministérielle no 60/848 portant sur les modalités d'application du décret no 100/ 136 de subvention des soins aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements dans les structures des soins publiques et assimilées (06/ 09/ 2006)*
- **Ministère de l'Intérieur et du Développement Communal**, *Projet d'Appui au Développement Communautaire et Social (PADCS)*, *Plan d'Action en Faveur des groupes vulnérables : cas de huit provinces d'intervention du PRADECS, Août 2008*
- **Commune de Rugombo** : *Plan communal du Développement Communautaire*, élaboré par l'équipe communale de planification (ECP) appuyée par le PRDMR/FIDA, Janvier 2009.
- ABUBEF, *Rapports annuels, Projet Ummwizero IPPF, 2006, 2007 et 2008* : ngozi, kirundo et kayanza
- ABUBEF (*Association burundaise pour le bien-etre familial*), *antenne provincial ngozi*, rapport d'activites annuelles 2006, 20/12/2006
- ABUBEF, *uburyo bwo kwigisha gusoma no kwandika bufasha gusobanukirwa irondoka rijanywe n'amagara meza*, CARE-ABUBEF kigarama 2006 (programme d'alphabétisation axée su la santé reproductive)
- BASENYA Olivier, isp &BPS Ngozi, *Analyse du financement de la santé dans la province de ngozi*, rapport provisoire, Bujumbura, PASS, mai 2007.
- CARE & USAID, *Idées et actions : S'attaquer aux problèmes sociaux influençant la santé sexuelle et reproductive*, analyse sociale et action, Atlanta, CARE-USAID, 2007
- CARE– Burundi, *Profil des programmes*, dépliant, s.d.
- DPSHA, *document sur le développement du programme national de la sante scolaire*, MSP s.d.

- MBISAMAKORO Bernard, Igitabo mfashanyigisho c'abaremesahakiyago zerekeye isuku mu'iterambere ry'amagara y'abantu, abubef, gitugutu 2008.
- NDIMURUKUNDO\_Nicéphore, Guide pour les formateurs des alphabétiseurs et éducateurs des adultes, Bujumbura, ABEJA, Lux development, 2001
- NIYONKURU d., Mutuelles de santé au nord du pays : diagnostic de la caisse d'assurance maladie maternité, "ntundembane" de l'ucode et pistes pour un nouveau système , rapport final, octobre 2006, Louvain développement
- NTIBARIKURE polycarpe, Les stratégies de l'alphabétisation des adultes du milieu rural au burundi. Essai de critique prospective, romae 1985
- PASS Ngozi, Atelier d'élaboration des outils de supervision du BPS, sockojet, ngozi . 6 août 2008
- PASS Ngozi, Programme d'appui au système de santé (PASS), province de Ngozi, document de projet, phase ii principale 01.08.2007- 31.12.2009, république du burundi, ministère de santé publique&direction du développement et de la coopération (DDC), Institut tropical suisse (ITS), 12 juin 2007
- PASS Ngozi, Formation en gestion pour le personnel de la province sanitaire Ngozi, ngozi, avril 2008: document d'appui à la formation,

- **Province Sanitaire de Ngozi** : Rapport d'évaluation rapide de la réception par la population de la province de Ngozi des messages de la promotion de la santé élaborés par les BPS ngozi et diffusés par la radio Rpa Ngozi et leur impact sur le changement ou adoption de comportements favorables à la santé, Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, Ngozi, mars et avril 2008
  
- SCIH, Systeme de gestion des centres de santé de la province sanitaire de Ngozi, PAAS Ngozi, novembre 2007
  
- SCIH (swiss center for international health), PASS, La vérification auprès de la population des prestations des formations sanitaires, subventionnées dans le cadre du financement basé sur la performance (RBF), rapport d'enquête, ngozi, 10 octobre 2008, draft 1
  
- BALANDIER G. et alii, Changements techniques, économiques et sociaux, Paris, PUF, 1959
  
- NINDAGIYE Thaddée : Quelques faits sociaux de marginalisation de la population twa dans la communauté burundaise, enquête menée auprès de la population des communautés de kayanza et de giheta, mémoire de licence dans la faculté de psychologie et science de l'éducation, U.B., 1994, 115 p
- KABURA (F), "Obstacles à l'évangélisation chez les batwa », in, **Au cœur de l'Afrique** n°2, 1970
- SINDAYIHEBURA (B) : Intégration sociale en commune bururi, mémoire de licence, U.B, 2002, 168 p
- NDAYIKENGURUKIYE (G) : Les attentes des batwa vis à vis de la scolarisation primaire universelle, étude menée auprès des batwa de Buterere, mémoire de licence, U.B, 2003
- GUSINDE Martin ; Twa (tribu). Histoire. Race, race, ethnologie, Rwanda, 1932

