UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Planification et politique de santé en milieu urbain : cas de la mairie de Bujumbura, pp. 71-101

RUTAKE Pascal, BARUMWETE Siméon

2011-01
UB, Cahiers du CURDES
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/674

RUTAKE Pascal, BARUMWETE Siméon, Planification et politique de santé en milieu urbain : cas de la mairie de Bujumbura, pp. 71-101, Cahiers du CURDES n° 12, Janvier 2011.

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

PLANIFICATION ET POLITIQUES DE SANTE EN MILIEU URBAIN : CAS DE LA MAIRIE DE BUJUMBURA

Université du Burundi, FSEA-CURDES, B.P 1280, Bujumbura, Burundi.

RUTAKE Pascal & BARUMWETE Siméon

RESUME

Les représentations de la santé au Burundi insistent sur l'absence de maladie ou d'infirmité. C'est cette conception qui guide les planificateurs de la santé dans la définition des priorités d'action dans le cadre des politiques de santé. Ces dernières s'inspirent aussi du paradigme de recouvrement des coûts et par conséquent elles rendent inaccessibles les soins aux pauvres, sans ressources pour les payer. D'où l'apparition des pratiques de limitation des libertés envers les malades observées dans les hôpitaux à gestion autonome de Bujumbura. Bien plus, depuis l'époque coloniale, les politiques de santé visent essentiellement la lutte contre les maladies et n'insistent pas sur la mise en place des programmes d'éducation à la santé afin d'aider certains groupes spécifiques dont les écoliers, les prisonniers, les travailleurs à adopter des habitudes de vie(pratique d'exercices physiques, hygiène, bonne alimentation, repos, etc.) qui conduisent à éviter certains risques sanitaires (consommation du tabac, consommation d'alcool, etc.) qui pourraient déboucher sur des maladies dans l'avenir.

Mots clés : santé – planification sanitaire – politique de santé – promotion de la santé – éducation à la santé – risque sanitaire

I. INTRODUCTION

1. Contexte et justification

Après des années de guerre civile, le Burundi est en phase de reconstruction de son économie et de planification de son

développement. Il est en train d'élaborer son deuxième Cadre Stratégique de Croissance Economique et de Lutte contre la Pauvreté. Bien plus, les acteurs œuvrant dans le domaine de la santé sont en train de définir une nouvelle politique de santé et un nouveau plan de développement sanitaire. En outre, avec la récente mise en place de nouvelles institutions politiques issues des élections de 2010 (mai – septembre), les autorités des différents ministères sont en train de concevoir de nouvelles politiques sectorielles s'inspirant du programme politique du parti vainqueur de ces élections pour la période 2010 – 2015. Dans cette planification, le secteur de la santé occupe une position stratégique car la production est l'affaire des hommes de bonne santé physique, morale et psychologique.

Notre recherche se réalise dans ce contexte où le gouvernement attend la mobilisation d'expériences et expertises des uns et des autres afin de se doter de très bons outils pour la reconstruction de l'économie nationale et la relance de la croissance dans tous les secteurs, préalables à la mise en place des conditions de bonne santé et de bien – être de la population.

2. Objectifs

Objectif global :

Amener les planificateurs et les autorités politiques et sanitaires à définir des politiques de santé à la fois curatives et préventives.

Objectifs spécifiques :

La santé de la population est devenue complexe et dépend beaucoup plus des changements des habitudes de vie que des sommes allouées à son financement. La promotion de la santé exige la mobilisation de ressources (matérielles, humaines, financières, organisationnelles) à la lutte contre les maladies déclarées mais aussi elle commande aux planificateurs, aux autorités politiques et sanitaires et, tous les partenaires sociaux de

prévenir tous les problèmes et risques sanitaires pouvant surgir dans certains milieux spécifiques. Pour cela, notre recherche a trois objectifs spécifiques :

- Montrer que la prévention des problèmes et risques de santé du milieu scolaire contribue à la promotion de la santé de la société
- Montrer que la prévention des problèmes et risques de santé du milieu de travail contribue au bien – être et à la prospérité de la société
- Montrer que la prévention des problèmes et risques sanitaires du milieu carcéral contribue à la promotion de la santé.

3. Importance de la recherche

L'importance de cette recherche se situe à notre avis sur le plan théorique et pratique. Sur le plan théorique, elle nous permet de nous rendre compte que le concept santé est diversement défini et que le gouvernement du Burundi privilégie le sens médical de la santé au détriment du sens de bien – être dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé. Pour cela, les politiques nationales de santé adoptent une approche incomplète de santé publique car elles privilégient la seule approche curative au détriment de l'approche préventive. D'où l'existence de nombreux problèmes et risques de santé qui ne font pas l'objet de la prise en charge par les pouvoirs publics alors qu'ils nécessitaient une certaine attention publique par la mise en place des programmes d'éducation et de promotion de la santé afin d'assurer aux Burundais une longévité acceptable, de bonnes conditions de vie et de travail et une protection contre les maladies évitables.

Sur le plan pratique, notre recherche contribue à décloisonner le secteur sanitaire burundais aux sciences sociales. En effet, c'est un secteur qui est resté replié sur lui – même et où ce sont seulement les professionnels de santé qui y exercent un quasi – monopole dans le domaine de recherche, d'où la prépondérance du discours médical. Or, son ouverture aux sciences sociales ne ferait que l'enrichir et l'épanouir par l'apport de nouveaux regards et grilles de lecture.

2. Hypothèse de travail

Les planificateurs de la santé et les dirigeants politiques, sanitaires et les partenaires sociaux essaient de rationnaliser les ressources limitées par la prise en charge des problèmes de santé publique concrets et touchant beaucoup de personnes et ils évitent d'engager des fonds dans la prévention des problèmes et risques sanitaires surgissant tardivement.

I. CADRE THEORIQUE

Le cadre théorique de cette recherche montre les différentes conceptions de la santé ; ses déterminants et l'évolution des politiques de santé au Burundi depuis l'indépendance du pays jusqu'aujourd'hui.

A. Elucidations des concepts

1. La santé

Tout le monde sait ou croit savoir ce que veut dire « *être en bonne santé* ». On pense généralement que c'est le fait de ne pas être malade ou l'absence de certains signes de dysfonctionnement (fatigue, tension artérielle élevée, etc.). Dans ce sens, la santé correspond à l'une des aspirations les plus profondes des individus[9].

Il manque une définition claire de la santé car sa définition peut faire recours à plusieurs sciences qui s'y intéressent telles la médecine, la santé publique, l'épidémiologie, la sociologie, la psychologie, etc.

De manière générale, les définitions de la santé ont suivi trois phases dans le temps : la phase unidimensionnelle, la phase bidimensionnelle et la phase intégrative.

---

[9] OMS, constitution de l'organisation mondiale de la santé, 1946.

Dans la première phase, la santé et la maladie sont considérées comme les deux extrémités d'un même continuum, c'est – à – dire que, selon cette approche, la majorité d'entre nous n'est jamais tout à fait en excellente santé ni vraiment malade. Il existerait entre ces deux pôles de nombreux degrés intermédiaires, décrivant les différences interindividuelles. Dans cette conception, la santé n'est alors considérée que comme l'absence de maladie. Cette conception a survécu jusqu'à la veille de la création de l'Organisation mondiale de la santé(OMS) en 1946.

La phase bidimensionnelle de la santé coïncide avec la création de l'OMS. En effet, selon l'OMS, la santé est « *un état complet de bien – être, physique, mental et social, et pas simplement l'absence de maladie ou de handicap* »[10]. Cette définition introduit à l'approche unidimensionnelle de la santé (médicale) une autre dimension à savoir l'environnement social. C'est pourquoi elle est qualifiée de bidimensionnelle. La santé est ainsi considérée « *comme équilibre* » correspondant à la possibilité pour l'individu de maîtriser au mieux les pressions et les demandes de la vie sociale. Cet équilibre s'accompagne de sentiment du bien-être physique et psychologique, d'efficience dans l'activité, d'accomplissement et d'harmonie dans les relations avec les autres. Ainsi la santé devient – elle une notion normative dépassant le seul état corporel. La santé de l'individu dépend de celle des autres, comme dans le cas du phénomène de contagion ou de comportements à risque.

Cette définition de l'OMS a l'avantage de proposer une vision complète de la santé et par conséquent de la démédicaliser. Elle a le mérite de décrire les différentes composantes d'un état de santé et de contribuer à l'évolution du sens de la santé vers une représentation plus positive. Elle a aussi le mérite d'inscrire la santé, selon Danielle CARRICABURU et Marie MÉNORET, comme « *l'un des droits fondamentaux de tout être humain qu'elles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* »[11].

---

[10] OMS, Constitution de l'OMS 1946

[11] Danielle CARRICABURU et Marie MENORET, **Sociologie de la santé,** Paris, Armand Colin, 2004, p.139.

La troisième phase est celle de l'approche intégrative ; elle est issue de la Conférence d'Alma – Ata. En effet, celle – ci a ajouté aux deux précédentes dimensions une conception intégrative et dynamique en mettant l'accent sur le lien entre la santé avec l'ensemble des conditions de vie des populations[12]. La Conférence d'Alma – Ata a réaffirmé le droit à l'accès aux soins de santé primaires en insistant sur les conditions sociales, économiques et politiques qui seraient à la base d'une mauvaise santé. Par conséquent, avoir une bonne santé suppose d'agir au préalable sur certains changements structurels de type socio – économique. L'accès effectif aux soins de santé primaires fait donc partie intégrante du développement des sociétés. C'est pourquoi depuis 1984, l'OMS qualifie la santé comme l'ensemble des ressources sociales, personnelles et physiques permettant à l'individu de réaliser ses aspirations et de satisfaire ses besoins[13]. Les différentes ressources de la personne déterminent une qualité de vie optimale. Cette dernière considération de la santé a été bien précisée, en 1986, dans la charte d'Ottawa pour laquelle la santé exige « un *certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'une certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé* »[14].

Depuis les années 1990, la santé est considérée comme un bien public mondial, c'est – à – dire un bien qui, une fois produit, bénéficie aux individus de tous les pays[15] même si Sylvia CHIFFOLEAU pense que la santé est « *l'une des choses les plus*

---

[12] Haut Comité de santé publique, **La santé des Français**, Paris, La découverte, 2002, pp.7-8

[13] Centre Tricontinental, **Les obstacles à la « santé pour tous »**, Paris, Editions Syllepse, 2004, p.8

[14] **Idem**, p.9.

[15] François CONSTANTIN, « *Introduction. Des biens publics mondiaux : itinéraire d'une recherche* », François CONSTANTIN (sous la direction de), **Les biens publics mondiaux. Un mythe légitimateur pour l'action publique ?**, Paris, L'Harmattan, 2002, p.3

inégalement distribuées, et cette inégalité se dessine avec netteté particulière entre les pays du Nord et ceux du Sud »[16].

2. Les déterminants de la santé

La santé est une variable dépendante influencée par différents facteurs ou déterminants :

- Les facteurs biologiques ou endogènes ;
- Les facteurs reliés à l'environnement ;
- Les facteurs reliés aux habitudes de vie ;
- Les facteurs reliés au système de soins.

La contribution de ces facteurs à l'amélioration potentielle de la santé des populations n'est pas nécessairement reliée aux sommes qui y sont actuellement consacrées. Généralement, les gains possibles les plus importants en termes de santé proviennent des changements dans les habitudes de vie. Les différents facteurs de production de la santé ne peuvent être placés sur un même plan. L'état de santé d'un individu ou d'une population à un moment donné est « *le résultat de l'action de ces différents facteurs à des moments différents* »[17].

Les facteurs biologiques et environnementaux et ceux reliés aux habitudes de vie interviennent comme des conditions antécédentes, de sorte que le nombre d'années précédant l'éclosion de la maladie varie d'un facteur à l'autre, pour un même individu et une même maladie. Il convient de noter aussi les interrelations possibles entre ces facteurs.

Dans une séquence de facteurs déterminants, il faut bien reconnaître l'influence possible de certains facteurs biologiques ou de l'environnement, sur le comportement. Le système de soins, de son côté intervient ultérieurement, comme facteur de restauration, après l'éclosion de la maladie.

---

[16] Sylvia CHIFFOLEAU, « *Santé et inégalités Nord – Sud : la quête d'un bien public équitablement mondial* », François CONSTANTIN (sous la direction de), **op.cit**, p.245

[17] Raynald PINEAULT et Carole DAVELUY, **La planification de la santé**, Ottawa, Editions Nouvelle, 1995, p.23

3. La planification sanitaire

La planification de la santé part de la distinction importante entre la santé, qui est l'objet de la planification (variable dépendante), et ses déterminants, qui dictent les niveaux d'intervention (variables indépendantes), car cette distinction clarifie le rôle du planificateur de la santé ainsi que l'approche qu'il doit suivre.

Deux voies s'offrent au planificateur de la santé. La première est inspirée de la santé publique et de l'épidémiologie. Elle consiste à « *identifier un problème de santé et à en trouver les facteurs associés* »[18]. Ensuite, si une relation de détermination peut être démontrée entre problème de santé et le facteur en question, et que des actions efficaces existent, un programme d'intervention peut alors être mis en place.

La seconde voie est inspirée des sciences sociales. Il aborde la question des déterminants de la santé. Le postulat est qu'il existe implicitement « *des liens entre la santé et ses déterminants et que toute action entreprise au niveau des déterminants aura un effet sur la santé* ».[19]

Globalement, l'objet de la planification sanitaire est la santé. Bien plus, les interventions proposées doivent prendre en considération tous les déterminants de la santé, même ceux qui se trouvent à l'extérieur du système de soins. Enfin, le planificateur de la santé doit se préoccuper de l'effet attendu ou démontré des mesures qu'il propose sur la santé.

Les deux modèles représentent pour le planificateur, des approches complémentaires. La première lui permet de garder le cap sur la santé, alors que la deuxième enrichit son répertoire d'actions possibles.

4. La politique de santé

La politique de santé devrait être fondée sur le concept de santé que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit comme

---

[18] **Idem,** p.24

[19] Raynald PINEAULT et Carole DAVELUY, **Op.cit.**, p.25

n'étant pas seulement l'absence de maladie, mais surtout comme un « état de complet bien être physique, mental et social ».

La politique se santé est constituée « *d'objectifs, de nature quantitative et qualitative, à court, moyen et long termes, qui se veulent à la fois concrets et ambitieux, réalistes et réalisables, appropriés dans le temps, et traduits dans des actions susceptibles de prévenir, de soigner ou de guérir les maladies, imperfections organiques, fonctionnelles ou psychiques qui peuvent compromettre, limiter ou interdire l'activité familiale, professionnelle ou sociale d'un individu* ».[20]

Toutefois la politique de santé recouvre également l'ensemble des moyens juridiques (lois et règlements) institutionnels, humains, techniques, économiques, financiers et budgétaires, susceptibles d'empêcher *« l'apparition des maladies ou faire régresser celles qui se sont déclarées dans une perspective très large de protection de la santé publique* ».[21]

B. L'évolution des politiques de santé

Les politiques de santé évoluent en fonction des paradigmes dominants au sein des institutions internationales et chez les partenaires bilatéraux et multilatéraux et traduisent en quelque sorte une certaine vision du monde à un moment donné. Les politiques de santé auraient connues trois phases d'évolution. Après la Seconde mondiale, elles sont dominées par le paradigme de la modernisation ; dans les années 60- 70, elles symbolisent la conquête de l'indépendance et dans les années quatre vingt à nos jours, elles sont dominées par le paradigme néo libéral qui met un accent sur la responsabilisation de l'individu devant le risque maladie et le financement des soins.

---

[20] Bernard BONNICI, **La politique de santé en France**, Paris, PUF, 3ème édition refondue, 2003, pp.3-4

[21] **Idem**, p.4

1. Les politiques de santé de la modernisation

Le sens du développement dans le paradigme de la modernisation est « *le passage d'une société traditionnelle à une société moderne*»[22]. La réalisation de la modernité d'une société donnée nécessite l'organisation d'une lutte contre certains obstacles ou freins. Ainsi, dans le paradigme de modernisation, l'obstacle majeur de modernité est la résistance au changement. Les politiques publiques de santé élaborées et mises en œuvre sous la période coloniale et dans les années 60 s'inspirent de ce paradigme. En effet, la colonisation était en soi un projet de modernisation (ou de civilisation) puisque certains colonisateurs pratiquaient la politique d'assimilation des indigènes à la civilisation blanche c'est – à – dire une manière d'intégrer « les barbares » dans la « vraie humanité » afin que ces derniers puissent parvenir à intérioriser les modes de vie modernes de penser, de consommer, produire et se soigner.
Les politiques de santé ont donc ce côté ethnocentriste car le colonisateur européen va se livrer à une lutte acharnée contre la médecine traditionnelle, perçue par la colonisation comme une pratique « barbare » mais aussi comme un obstacle à la propagation des bienfaits de la médecine moderne.

C'est dans cette perspective que dans tous les domaines d'intervention coloniale, c'est ce crédo développeur ou modernisateur qui inspira les actions notamment de la lutte contre les maladies, la formation du personnel médical et paramédical, la construction des infrastructures sanitaires, etc. Bien plus, les politiques de santé n'étaient qu'au service de la modernisation économique. En effet, elles s'inscrivaient aussi dans la stratégie coloniale de protéger les producteurs de la richesse des maladies pouvant les décimer et mettre en danger leur rentabilité économique. Ainsi, face aux déplacements incessants de la main d'œuvre d'une zone à une autre et par conséquent susceptible de

---

[22] Guy BAJOIT, « *Pourquoi les richesses du monde sont-elles si inégalement reparties ? Théories sociologique du développement* » in **Antipodes** n° spécial « le développement », réédition octobre 1997

contaminer d'autres populations, les pouvoirs publics mettaient en place des mesures de protection sanitaire en vue de garantir leur efficacité économique. L'implantation des structures sanitaires dans les régions urbaines et semi urbaines ou dans les mines entrent dans cette stratégie de la protection de la main d'œuvre. Ainsi, le fait de se doter de toutes les garanties au niveau des ressources humaines saines et rentables ne peut pas cacher la volonté de minimiser les risques pouvant ralentir l'activité économique.

2. Les politiques de santé de libération

La conquête des indépendances nationales fut l'occasion pour certains dirigeants africains de vouloir changer les politiques héritées de la colonisation, vecteurs de violence symbolique. En effet, les politiques étaient définies et mises en œuvre sans la participation des indigènes dans la détermination des choix concernant leur avenir. Toutefois au niveau de la santé, les politiques n'ont pas changé et ont emprunté les mêmes objectifs et les mêmes instruments. Cependant, pour célébrer l'indépendance et la liberté retrouvées, les dirigeants africains adoptèrent des politiques de gratuité de soins de santé dans le souci de cohésion nationale et de justice sociale. Mais la gratuité des soins, droit fondamental inscrit dans les constitutions lors de l'indépendance de bon nombre de pays africains, n'a amélioré en rien la situation financière des postes de santé. Les politiques de gratuité des soins exigeaient une enveloppe financière conséquente qui faisait défaut pour la plupart des pays africains. C'est ainsi qu'avec la crise économique des années 80 consécutive à la crise pétrolière, les institutions financières internationales vont commencer à jouer un rôle de plus en plus important dans l'économie et parvenir à faire changer ces politiques volontaristes et populaires mais aux effets pervers incommensurables. Les pays africains ont été ainsi obligés de changer complètement les paradigmes de leurs politiques sanitaires par le passage de la politique de gratuité des soins de santé à celle de recouvrement des coûts. Cette dernière était

inspirée par la nouvelle idéologie du développement dominante basée sur le néo-libéralisme des années 80.

3. Les politiques de santé néolibérales

Les politiques publiques de santé inspirées du paradigme néolibéral sont élaborées depuis les années 80 sous la pression des institutions financières internationales dans le but de diminuer la prépondérance étatique dans la gestion des structures sanitaires. Elles sont le résultat des réformes dans l'administration publique en vue de transférer certains pouvoirs et responsabilités aux structures sanitaires décentralisées et jouissant d'une autonomie financière. Leur finalité est d'accorder plus de liberté et de pouvoir à la base pour qu'elle puisse jouer un rôle dans le fonctionnement des structures sanitaires de proximité.

En Afrique, la mise en œuvre des politiques de santé néolibérales part de l'idée selon laquelle les Etats africains n'ont pas les moyens d'offrir des services publics gratuits à chaque citoyen. D'où la mise en place des politiques de privatisation des soins, c'est – à – dire l'introduction des frais de l'usager et la création des structures sanitaires privées. En privatisant, c'est – à dire en faisant payer les individus, certains d'entre eux ne peuvent plus s'offrir les soins nécessaires alors que les nantis pourraient s'offrir des soins de meilleure qualité. La privatisation des soins introduit donc un parallèle entre la capacité de payer du patient et la qualité des soins qu'il peut espérer recevoir. Bien plus, elle comporte des éléments de violation du droit à la santé au niveau de l'accessibilité géographique. En effet, les structures sanitaires privées sont implantées dans des lieux où leurs propriétaires espèrent dégager des profits. D'où leur installation dans les villes plutôt que dans les zones rurales. Ainsi la privatisation fait passer les soins de santé d'un statut de « droit » à un statut de « marchandise ».

II. METHODOLOGIE

Cette recherche a été réalisée au sein des établissements scolaires publics et privés de la capitale, au sein de la prison centrale de Mpimba. La technique de collecte de données utilisées a été l'entrevue. Nous avons choisi cette technique car elle laisse au répondant une grande latitude pour s'exprimer mais aussi elle permet de recueillir des données auprès du participant lui – même qui les fournit verbalement. Bien plus, elle nous permettait de « *connaître les croyances, les attitudes et les intentions des participants* »[23]. Elle présentait aussi l'avantage d'approfondir la pensée des interviewés. En réalité, nous avons choisi cette technique car elle permet de ressortir la vision subjective du monde sur une question déterminée d'un petit nombre de personnes. Enfin, elle implique un rapport interpersonnel intense.

III. RESULTATS DE PLANIFICATION ET DES POLITIQUES DE SANTE EN MAIRIE DE BUJUMBURA

La démarche proposée pour la planification de la santé correspond aux fonctions suivantes : *« identifier les problèmes de santé de la population et en établir un ordre de priorités ; concevoir et mettre en œuvre des programmes pour répondre à ces problèmes ; et, évaluer l'impact des programmes sur la santé de la population.* »[24]Or, certains problèmes et risques sanitaires sont « impensés » par les planificateurs alors qu'ils méritent plus d'attention. Ainsi l'identification de ces « impensés » des politiques de santé en mairie de Bujumbura part de l'analyse des objectifs et priorités de la politique nationale de santé afin de cibler la catégorie sociale de la population et les problèmes et les risques sanitaires qui ne sont pas pris en charge par les planificateurs et les pouvoirs publics bien qu'ils soient

---

[23] Sylvain GIROUX et Ginette TREMBLAY, **Méthodologie des sciences humaines**, 3ème éditions, Québec, Editions du Renouveau Pédagogique, 2009, p.162

[24] Raynald PINEAULT et Carole DAVELUY, **Op. Cit.** p.27

susceptibles de réduire les capacités physiques et intellectuelles des populations.

A. Objectifs et priorités de la politique nationale de santé

Les objectifs et priorités du Burundi dans le domaine de la santé sont établis en fonction du profil sanitaire du pays. Ce sont ces priorités en matière de santé qui inspirent les stratégies des politiques à mettre en œuvre afin d'apporter des solutions aux différents problèmes et risques de santé identifiés.

1. Profil sanitaire du Burundi

D'après les résultats provisoires du dernier recensement du Burundi (16 – 31 août 2008) publiés par le Ministre de l'Intérieur et du Développement Communal le 28 janvier 2009, la population burundaise serait estimée à 8.038.618 personnes et environ 90% de la population vit en milieu rural. En 2003, la croissance démographique du Burundi était estimée à 2,9% alors que l'espérance de vie à la naissance était à 40,4ans. L'espérance de vie en bonne santé était estimée à 35,1ans[25]

La période de crise (1993-2009) a été caractérisée par une forte détérioration des conditions de vie des populations. En effet, la guerre a engendré la dislocation du tissu social, l'abandon des terres par une partie de la population (réfugiés et déplacés), la promiscuité qui a été combinée à la recrudescence des endémo – épidémies dont le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et la malnutrition.

En 2002, seulement 43% de la population avait un accès durable à une source d'eau améliorée tandis que 36% de la population avait accès durable à un assainissement amélioré[26]. Le taux de mortalité

---

[25] OMS, **Rapport sur la santé dans le monde**, Genève, OMS, 2003
[26]OMS, **Rapport sur la santé dans le monde**, Genève, OMS, 2003

maternelle était de 855 pour cent mille naissances vivantes alors que celui de la mortalité néonatale était de 31,9 pour mille. Le taux de mortalité infantile estimé à 129 pour mille était parmi les plus élevés de l'Afrique subsaharienne. Ainsi, selon le PNUD, en 2006, le Burundi se classait parmi les 10 derniers pays en termes de l'index du développement humain.

Au Burundi, les 5 premières causes de mortalité sont le paludisme, les maladies diarrhéiques, les Infections Respiratoires Aiguës (IRA), la malnutrition et le SIDA tandis que les 5 principales causes de morbidité dans les centres de santé sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, les traumatismes et brûlures et la malnutrition.
Les maladies chroniques telles que le SIDA, la tuberculose, le diabète l'hypertension, l'asthme, les cardiopathies, les maladies mentales, la goutte ainsi que les violences physiques (sexuelles, accidents de la voie publique, guerre) sont à l'origine des nombreuses incapacités physiques et mentales recensées dans le pays.

Les maladies à potentiel épidémique au Burundi sont le paludisme, la méningite, le choléra, la dysenterie bacillaire, le typhus exanthématique, la rougeole, les infections respiratoires aiguës, etc.

Le paludisme demeure le premier problème de santé publique de par sa mortalité et sa morbidité. En 2002, il représentait 45,67 % des consultations dans les structures de santé. Le SIDA est devenu une des premières causes de décès chez l'adulte et une cause importante de mortalité infantile au Burundi. Il est devenu un problème majeur du développement.
Quant aux Infections Respiratoires Aiguës, elles constituent la cause majeure de morbidité et de mortalité, spécialement chez les enfants de moins de 5 ans. Par ailleurs, les conditions de logement insalubres, la consommation d'eau non potable et les mauvaises pratiques hygiéniques sont à l'origine des maladies diarréhiques.
Finalement, les statistiques ci – dessus montrent combien le Burundi se trouve dans un cercle vicieux de pauvreté avec de fortes incidences sur la santé et vice – versa. Un mauvais état de

santé est la cause de la diminution de la productivité et il accentue la paupérisation de la population. Ainsi l'Etat ne peut plus être capable de récolter des recettes fiscales suffisantes afin de prendre en charge les besoins élémentaires de la population notamment les soins de santé. Dans ces conditions, le développement est hypothéqué. Parmi les stratégies d'exit de cette situation, il y a la mise en place d'une politique de santé équitable et inclusive tenant compte de tous les problèmes et risques sanitaires de la population.

2. But et objectifs généraux de la politique nationale de santé

Depuis l'indépendance du Burundi, les différentes politiques de santé ont pour but d'améliorer l'état de santé de la population, non seulement parce que c'est un droit humain, mais aussi pour permettre la relance de l'économie et la diminution de la pauvreté en maintenant le capital humain en bonne santé.
L'effectivité de ce but nécessite préalablement la réalisation des objectifs généraux ci-après, tels que définis par le Ministère de la santé publique. :

- « *Réduire de moitié les taux de morbi – mortalité liés aux maladies transmissibles et non transmissibles ;*
- *Réduire de moitié le taux de mortalité maternelle ;*
- *Réduire de moitié le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ;*
- *Réduire d'un tiers les taux de malnutrition des enfants de moins de cinq ans et du jeune enfant ;*
- *Réduire d'un tiers les taux d'insuffisance pondérale à la naissance ;*
- *Assurer l'accessibilité de la population aux soins de santé de qualité en vue d'une meilleure utilisation ;*
- *Assurer un cadre légal et réglementaire pour un système de santé orienté vers les services de santé accessibles à tous ;*
- *Assurer l'organisation, le fonctionnement et la coordination du système national de santé favorable à l'implication active des communautés ;*

- *Améliorer les mécanismes de réhabilitation, de production, de mobilisation et de gestion des ressources physiques (infrastructures, équipements, médicaments) ;*
- *Améliorer les mécanismes de production, de mobilisation et de gestion des ressources humaines ;*
- *Améliorer les mécanismes de mobilisation et de gestion du système de financement de la santé ;*
- *Développer un partenariat intersectoriel qui contribue à l'amélioration de la santé. »*[27]

Le constat est que les objectifs de santé visent beaucoup plus la santé de la mère et de l'enfant, l'accès aux services de qualité, l'implication des communautés et la mobilisation des financements de la santé ainsi que le renforcement des capacités (formation), les médicaments essentiels et la mise en place des différents partenariats publics et privés afin d'assurer la coordination des activités de tous les acteurs.
Force est de constater que malgré la définition claire des objectifs généraux couvrant tous les problèmes et risques de santé et engageant l'Etat à rendre disponibles des services de qualité, accessibles et abordables à tout le monde, le constat est que jusqu'à présent l'accessibilité aux soins reste problématique pour les populations pauvres de la capitale et certains problèmes et risques sanitaires ne sont pas pris en charge par des programmes d'éducation à la santé.

B. Les « impensés » des planificateurs et des politiques de santé

Les « impensés » des planificateurs et des politiques de santé sont constitués par les pauvres et les politiques de prévention ciblées à certains milieux spécifiques tels l'école, l'entreprise, la prison mais

---

[27] République du Burundi – Ministère de la santé publique, **Politique nationale de santé 2005 – 2015**, Bujumbura, décembre 2004, pp.23 - 24

aussi à la consommation de certains produits avérés altérer le fonctionnement normal de l'organisme tels le tabac et l'alcool.

1. Les pauvres

Les politiques de santé libérales en vogue aujourd'hui prônent la mise en place d'un système d'autonomie de gestion pour les hôpitaux publics. Ce système rend les coûts des médicaments et soins médicaux très élevés et inabordables pour des populations démunies. En effet, les hôpitaux autonomes jouissent d'une autonomie financière c'est – à – dire qu'ils sont dotés d'un budget propre non incorporé à celui du Ministère de la santé publique dont ils dépendent. Pour cela, ils peuvent déterminer librement les ressources et les dépenses bien qu'ils soient soumis à un contrôle de la tutelle. Les gestionnaires des hôpitaux se plaignent que leurs charges sont importantes en raison de salaires plus importants par rapport à ceux de la Fonction Publique mais aussi des amortissements de leurs biens meubles et immeubles et des créances parfois irrécouvrables et des diverses charges de gestion. C'est pourquoi, ces charges additionnées aux marges bénéficiaires (fussent-elles minimales) rehaussent le niveau des prix des actes médicaux qui ne permettent pas alors à une forte proportion de la population d'accéder facilement aux soins de santé.

Par ailleurs, la guerre civile a cristallisé le phénomène de pauvreté qui touche la quasi-totalité de la population. Ainsi, si le taux de pauvreté était estimé à 35,0% en 1993, il atteint 67% en 2000 et 70,0% en 2004[28] soit la multiplication par deux de la pauvreté extrême en dix ans. Cela se manifeste aussi dans « *la baisse du revenu*

[28] République du Burundi, **Plaidoyer pour des politiques publiques efficientes porteuses de changements réels dans la vie des Burundais,** Table ronde des partenaires, Bujumbura, 24 – 25 mai 2007, p.5

monétaire dont le PNB est passé de 182$ en 1995 à moins de 100$ en 2006, soit une baisse de 45% en l'espace de 10 ans »[29].

Par conséquent, la politique de l'autonomisation de gestion des hôpitaux publics conjuguée aux années de guerre civile rend très difficile l'accès aux soins de santé en mairie de Bujumbura surtout pour les populations pauvres. D'où le phénomène d'insolvabilité qui touche de plus en plus de malades. En réaction contre ce phénomène d'insolvabilité, les responsables des hôpitaux ont instauré, dans un souci de bonne gestion, un système de recouvrement coercitif qui consiste à emprisonner à l'hôpital les patients insolvables jusqu'au règlement de leurs factures par de tiers ou les membres de leurs familles.

Tableau 1 : Factures des patients insolvables de 2001 à 2008 au CHUK et à la CPLR en Fbu.

Année/Hôpital	Roi Khaled	CPLR
2001	23.334.446	1.716.744
2002	64.150.549	1.753.456
2003	34.297.612	2.568.408
2004	25.666.425	2.586.682
2005	47.769.382	7.629.331
2006	21.559.189	-
2007	24.474.458	2.814.158
2008	18.423.500	7.647.494

Source : *Données compilées obtenues aux services financiers des deux hôpitaux*

Les défenseurs des droits de l'homme trouvent ces pratiques insupportables et inadmissibles de la part des services sociaux publics. Leur argumentaire part de l'idée que le droit à la santé est un droit fondamental pour tout être humain et consacré par les textes législatifs nationaux et internationaux. Les gestionnaires des hôpitaux répliquent à ce discours des droits de l'homme par un

[29] **Idem**, p.4

discours plus managérial. Aux yeux de l'hôpital, laisser les indigents partir sans payer est inopportun car l'hôpital ne pourrait plus fonctionner et par conséquent recevoir de nouveaux malades. Pour les responsables des hôpitaux autonomes, administrer gratuitement les soins voudrait dire les condamner à la fermeture. D'où la logique qui les guide à ne soigner que les patients qui sont en mesure de payer.

En définitive, la politique publique d'autonomisation de gestion des hôpitaux publics pourrait être analysée comme un indicateur de l'incapacité de l'Etat pour assurer la protection sanitaire de ses habitants. Bien plus, les politiques de santé s'inspirant du paradigme de « *recouvrement des coûts* » renforcent et reproduisent les inégalités sociales car le payement direct des soins exclut largement les pauvres, obligés parfois de s'endetter ou de vendre leurs biens pour se faire soigner, ce qui les fragilise davantage.

2. Les risques de santé des milieux scolaire, professionnel et carcéral

La ville de Bujumbura héberge l'essentiel de la main d'œuvre nationale aussi bien du secteur public que du secteur privé ; l'essentiel des écoles privées (primaires et secondaires, universitaires) et aussi la prison centrale de Mpimba. Ces milieux ont la particularité d'assurer une vie collective dans laquelle les individus ont les mêmes conditions de vie (hébergement, hygiène, alimentation) exposant aux mêmes risques sanitaires. Ces derniers sont prévenus dans le cadre de la promotion de la santé. Celle – ci vise à donner aux gens des outils qui leur permettent d'améliorer leur propre santé, outils qui prennent la forme de renseignements et de programmes. En d'autres termes, la promotion de la santé aide les gens à prendre soin d'eux-mêmes. En outre, la prise en charge des problèmes sanitaires susceptibles d'émerger dans ces milieux sont pris en charge dans le cadre des médecines qui leur sont spécifiques à savoir la médecine du travail, la médecine scolaire et la médecine carcérale.

Au Burundi, ces médecines sont peu développées car le gouvernement privilégie les politiques de santé curatives au détriment de celles curatives faute d'une vision de santé qui insiste sur le bien – être mais plutôt sur la maladie. En effet, la vision de la santé qui devrait dominer les politiques de santé est celle contenue dans la Charte d'Ottawa de 1986 : « la *santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé*[30]».

a) Faible promotion de la santé en milieu scolaire

La médecine scolaire consiste à promouvoir la santé en milieu scolaire par un suivi médical des élèves et la mise en place d'actions de prévention au sein des établissements scolaires. Elle remplit une double mission. D'une part, elle effectue un dépistage auprès des enfants (de la maternelle au lycée) de toutes les pathologies, handicaps et troubles du langage éventuels, etc. D'autre part, elle assure aux enfants une éducation pour la santé, c'est – à – dire « *un processus à travers lequel on aide les individus et les groupes à trouver des solutions à leurs problèmes, à s'organiser pour modifier des situations sociales ou économiques dangereuses pour la santé* »[31]. Elle vise donc à apporter aux élèves toute aide nécessaire pour leur réussite au cours de leurs études en rendant disponible tout ce qui peut leur être utile et nécessaire à leur adaptation à l'école. En effet, la réussite à l'école implique quelques actions.

Premièrement, chaque établissement scolaire doit avoir une équipe médico – scolaire composée de professionnels de santé spécialisés en médecine scolaire entre autres les *« médecins*

---

[30] Centre Tricontinental, **les obstacles à la « santé pour tous »**, Paris, Editions Syllepse, 2004, p.9.

[31] Jean Pierre, DESCHAMPS, « *Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé* », **Environnement et santé publique**, volume 34, n°11, 1984, p.21

scolaires»[32] et infirmiers. Ces professionnels ont la mission primordiale de dépister afin de mieux orienter les enfants vers des soins qui leur sont plus adaptés. Deuxièmement, chaque établissement scolaire via l'équipe médico – scolaire doit assurer aux élèves à la fois des soins ponctuels et leur suivi médical par la constitution d'un dossier de santé pour chaque élève (contrôle de vaccinations) et l'organisation du suivi médical pour les enfants souffrant des maladies chroniques telles le VIH/SIDA, le diabète, l'hypertension, etc. Troisièmement, chaque établissement scolaire doit assurer aux élèves une éducation à la santé et à la prévention par la mise en place des actions de prévention et d'éducation à la santé sur des thématiques préoccupant aujourd'hui les jeunes comme la sexualité, le tabagisme, l'alcool et les drogues. Son équipe médico – scolaire doit également veiller à l'environnement de l'école en ce qui concerne surtout l'hygiène et la sécurité de la communauté scolaire en cas d'épidémies de choléra, de dysenterie bacillaire, etc. Bien plus, elle doit organiser et mettre en place des dispositifs d'intervention rapide en cas d'alerte de santé publique.

Au Burundi, la médecine scolaire n'est pas une priorité de santé et dans la mairie de Bujumbura, aucun établissement scolaire public (à régime d'internat ou d'externat) dispose ne fût – ce qu'une infirmerie pour dispenser des soins ponctuels en cas de fièvre, de blessures et de maux de tête. En outre, la salubrité dans les toilettes, la promiscuité dans les dortoirs, les effectifs imposants dans les salles de classes, l'état des matelas et des fenêtres, la qualité de la nourriture pour les internes, les fréquentes ruptures d'eau et d'électricité font craindre l'exposition à certains risques d'attraper certaines maladies ou pourquoi pas le développement des comportements à risques. Néanmoins, toutes les écoles secondaires publiques ont des clubs stop sida plus ou moins fonctionnels dont la mission est de sensibiliser les élèves à l'adoption des comportements responsables vis – à – vis du VIH/SIDA. En outre, elles ont des enseignants qualifiés en

[32] Aucun médecin burundais n'est spécialiste en médecine scolaire

Education Physique et Sportive chargés de les encadrer et de les faire faire des exercices physiques au moins une fois par semaine.
Quant aux écoles maternelles et primaires, des campagnes de vaccinations y sont régulièrement organisées par le Ministère de la Santé publique via le Programme Elargi de Vaccination afin de protéger les enfants contre certaines maladies telles la poliomyélite, la rougeole, les vers intestinaux, les avitaminoses, etc. mais la responsabilité de faire vacciner les enfants relève plus des parents que des établissements scolaires bien que ces derniers mettent leurs sites à la disposition du gouvernement pour servir de centres de vaccinations.
Quant aux écoles privées, seule l'Ecole internationale de Bujumbura a en son sein une infirmerie (avec une infirmière de formation) qui dispense les premiers soins aux écoliers malades. Les autres écoles telles l'Ecole indépendante et l'Ecole Michel Archange s'approvisionnent en paracétamol (fièvre) et detol (blessures) que la secrétaire ou un membre de la direction administrent aux écoliers en attendant l'arrivée des parents qui sont vite alertés pour venir récupérer leurs enfants. Le lycée SOS quant à lui fait soigner les élèves et écoliers malades dans son centre de santé de Nyakabiga. La plupart des écoles secondaires privées autorisent aux écoliers qui tombent malades de rentrer chez eux à la maison pour se faire soigner sans leur assurer aucun soin même banal comme blessure, maux de tête, etc.

b) Faible promotion de la santé en milieu de travail

Le milieu de travail est un lieu bien ciblé pour la promotion de la santé. En effet, tout ce qui pourrait se passer dans les bureaux, dans les usines ou dans n'importe quel lieu de travail peut avoir des effets à la fois sur l'ensemble de la santé des travailleurs et sur leur bien – être. Il importe donc de concevoir et de mettre en œuvre des programmes d'action sanitaires dans les milieux de travail. Ces derniers viseraient à aider les employés à rester en bonne santé ou à améliorer leur état de santé. Ces programmes pourraient porter sur des sujets variés comme l'activité physique, le tabac, la

diminution du stress ou l'amélioration des conditions de travail, etc. Par ailleurs, ces programmes seraient à la fois utiles à l'employeur et à l'employé.

L'employeur a intérêt de compter sur des employés en bonne santé puisque non seulement ils tombent moins souvent malades mais aussi ils se rétablissent plus rapidement lorsqu'ils le sont. Bien plus, ils sont plus efficaces au travail, énergiques et réussiraient à mieux gérer le stress par rapport aux employés malades. L'employeur gagne aussi par la réduction des frais médicaux et des absences au travail pour cause de maladie.

Quant à l'employé, ces programmes l'aident à acquérir de meilleures habitudes alimentaires et à réduire l'usage du tabac, ce qui lui permettrait de travailler dans les meilleures conditions. En outre, il acquiert une grande confiance en soi en devenant maîtres de ses destinées et cette attitude positive devient contagieuse à la fois au et en dehors de travail. En effet, l'amélioration de la santé du travailleur passe par celle de son bien – être qui ne peut être acquis que par les pratiques de santé personnelles. Ces dernières sont constituées par les habitudes qui ont une certaine incidence sur la santé entre autres l'activité physique, la consommation de tabac et d'alcool, les habitudes de sommeil et d'alimentation et la consommation de médicaments et de drogues. Ainsi un programme de santé efficace devrait – il s'intéresser par exemple aux cours d'alphabétisation pour les travailleurs analphabètes ou d'autres formes de perfectionnement de compétences. Des ateliers devraient être organisés au sein des entreprises à l'intention des fumeurs pour qu'ils abandonnent le tabac ou de grands buveurs d'alcools pour qu'ils soient modérés dans leurs consommations. Bien plus, des séances de formation sur la gestion du stress mais aussi sur la communication efficace sont nécessaires. Les entreprises apprendraient ainsi à orienter leurs ressources vers les besoins apparents des employés et de leurs organisations.

Au Burundi, ces questions ne sont pas considérées comme devant être prises en charge dans le cadre des politiques de santé mais plutôt dans la cadre du management interne des organisations.

Toutefois, la plupart des organisations publiques et privées organisent une séance d'activités sportives par semaine. Ces séances, introduites par le Président Buyoya après les événements de Ntega – Marangara en août 1988, visaient plutôt la consolidation de l'unité nationale que le bien – être des travailleurs. Certains établissements publics à caractère commercial et social (Regideso, INSS, SOCABU, BNDE) et privées (Brarudi et les banques) ont des dispensaires pour assurer les soins des travailleurs et de leurs ayant – droits.

b) Faible promotion de la santé en milieu carcéral

La vie quotidienne dans les établissements pénitentiaires est caractérisée par la surpopulation pénale et par conséquent la promiscuité, le manque d'intimité et par les mauvaises conditions hygiéniques. L'incarcération devrait être subie dans des conditions satisfaisantes d'hygiène et de salubrité tant en ce qui concerne l'aménagement et l'entretien des bâtiments qu'en ce qui concerné l'application des règles de propreté individuelle et la pratique des exercices physiques. Les locaux de détention et en particulier ceux qui sont destinés au logement doivent répondre aux exigences de l'hygiène (éclairage, aération, ...). Les installations sanitaires doivent être propres, décentes et réparties convenablement en fonction de l'effectif des détenus.

Toutefois, au Burundi, la réalité est autre. Au Burundi, les lieux de détention sont « répugnants ». La plupart des établissements pénitentiaires datent de la colonisation et se trouvent dans un état de délabrement. Ils sont saturés par rapport à leur capacité d'accueil. La Prison centrale de Mpimba héberge 3286 prisonniers et 24 nourrissons[33] alors qu'elle avait été construite pour 800

[33] Entretien avec le chef de service production, le 14 décembre 2010

prisonniers. Les locaux des douches et toilettes y sont insalubres et couverts de moisissure. Bien plus, l'utilisation intensive de ces équipements à cause de la surpopulation carcérale entraîne leur dégradation accélérée. L'inflation carcérale détériore ainsi les conditions sanitaires. Par conséquent, cette situation de promiscuité imposée aux détenus est lourde de conséquences sur le plan sanitaire. L'entassement dans les cellules peut favoriser la transmission des maladies contagieuses et le développement des troubles psychosomatiques comme les troubles de sommeil, les céphalées, etc. Bien plus, la qualité de la nourriture distribuée aux personnes détenues est regrettable. Constituée principalement de patte de manioc et de haricot durant toute l'année, ce menu ne tient pas compte des besoins des personnes détenues diabétiques et des nourrissions qui devraient être soumis à des régimes spéciaux.

Par ailleurs, l'offre des soins aux personnes détenues est insuffisante à Mpimba. Il n'ya pas de permanence de soins. En effet, la fin de la journée pénitentiaire est fixée à 17h30 minutes. Les 4 infirmiers du dispensaire rentrent et il n'y a pas de garde la nuit et le week – end bien qu'il soit possible de les appeler en cas d'urgence. Par ailleurs, les détenus n'ont droit qu'à deux visites par semaine de deux généralistes. Jusqu'à présent, ils n'ont pas accès aux soins spécialisés faute de visites de spécialistes. En cas de soins spécialisés, ce sont ces généralistes qui apprécient les cas à référer à l'Hôpital Prince Régent Charles (analyses ou hospitalisations). Les soins sont gratuits pour les prisonniers au sein de la prison centrale de Mpimba et à l'Hôpital Prince Régent Charles. Toutefois les frais médicaux liés à la référence du prisonnier vers d'autres hôpitaux de la capitale sont à la charge du prisonnier lui – même. Ainsi l'objectif d'équivalence au niveau de la qualité et de la continuité des soins assurés aux prisonniers avec ceux offerts à l'ensemble de la population est difficilement réalisable.

3. Absence de politiques sur la consommation de tabac et d'alcool

Au Burundi la consommation de certains produits présentant de risques évidents sur la santé ne fait pas l'objet d'attention de la part des autorités politiques et sanitaires. Il s'agit principalement du tabac, de l'alcool et d'autres drogues.

a) Le tabac

Le tabac nuit tellement à la santé et il serait responsable d'environ 3,5 millions de décès par an et d'au moins 1,5 millions de nouveaux cancers par an également. Le tabac est la cause la plus importante de maladies et de décès évitables. Le tabac est donc un véritable problème de santé publique. C'est pourquoi, la lutte contre le tabagisme doit être une priorité en termes de prévention. Parmi les effets du tabac sur la santé, il y a entre autres les cancers, les maladies cardiovasculaires, les allergies, l'asthme, la bronchite chronique et les problèmes ORL, etc. Toutefois, malgré les menaces que présente l'usage du tabac sur la santé, au Burundi, aucune mesure n'a été envisagée jusqu'à présent à la fois pour protéger les fumeurs et les non fumeurs qui se côtoient dans les lieux publics (bus, cabarets, marchés, écoles, etc.). Le Ministère de la santé publique se limite à une déclaration contre la consommation du tabac lors de la journée internationale contre le tabac et en dehors de cette journée ni sa consommation ni sa commercialisation ne sont pas régulées.

Avec la récente célébration de la journée internationale sans tabac (31 mai 2010), le Ministère de la Santé Publique a été déclarée zone non fumeur et il serait temps d'étendre les effets de cette décision à d'autres espaces comme les hôtels, les bars, les marchés, les écoles, les hôpitaux, les transports en commun, etc. Il faudrait également mettre en place des centres thérapeutiques spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes.

b) L'alcool

La consommation excessive et régulière d'**alcool** est dangereuse pour la santé. Bien que le Burundi ne dispose pas de statistiques sur le nombre de décès occasionné par la consommation d'alcool par an, ce dernier est responsable de nombreux décès et accidents. La consommation excessive de boissons alcoolisées est également responsable de nombreuses pathologies parfois plus graves telles la **Cirrhose** du **foie**, les **cancers**, troubles du système nerveux, etc.

En outre, au niveau social, l'alcool est souvent responsable des violences physiques, conjugales et par conséquent de nombreuses dislocations des familles. Il conduit parfois à la dépendance susceptible de nuire à la satisfaction des besoins fondamentaux surtout dans les pays pauvres comme le nôtre où les ressources monétaires des ménages sont très limitées.

Toutes ces connaissances devraient être utiles pour adapter les messages d'information et de **prévention** destinés aux jeunes et au grand public. Or, au Burundi, il manque des programmes d'éducation à la santé destinées à arrêter ou à réduire la consommation d'alcool afin d'éviter ses effets sanitaires sur la population. L'alcool, considéré comme un ciment des relations interpersonnelles, continue à jouir d'un statut privilégié dans la société et poursuit son travail de destruction des vies. L'alcool est ainsi un grand fléau social de la société burundaise qui reste orphelin des politiques de santé.

Il existe d'autres produits dont la consommation ou l'exposition a des effets sanitaires sur la population mais dont la prise en charge par les autorités politiques et sanitaires dans le cadre des politiques de santé reste à désirer. Il s'agit de la consommation de différentes drogues (cannabis, héroïne, etc.) mais aussi « *la pollution de l'air aggravée par le surpeuplement, la mauvaise aération des maisons, l'utilisation de la biomasse et du pétrole lampant pour l'éclairage des maisons, l'absence d'informations sur l'utilisation des substances chimiques, la mauvaise gestion*

des déchets solides et liquides , l'importation de vieux véhicules, et de vieilles motocyclettes , l'utilisation de l'essence avec plomb, les feux de brousse , la déforestation, les exploitations agricoles qui ne sont pas accompagnés par des mesures sanitaires et la pollution des eaux constituent un lourd fardeau pour l'environnement ».[34]

CONCLUSION

Cette recherche avait pour objectif de voir les logiques d'acteurs de la planification sanitaire. Nous partions d'un double postulat. Le premier postulat était que les politiques de santé devraient viser l'accès aux soins de santé pour tous d'autant plus que le droit à la santé est inscrit dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Le deuxième postulat était que tous les problèmes et risques sanitaires étaient pris en charge dans le cadre des politiques de santé dont la vocation est celle d'être à la fois curatives et préventives.

Toutefois, le constat final se situe à trois niveaux. D'une part, les politiques de santé actuellement mises en œuvre s'inspirent du paradigme de recouvrement des coûts, c'est – à – dire chacun doit payer les soins consommés. Dans ces conditions, les pauvres sont privés de soins même dans les hôpitaux publics à gestion autonome de Bujumbura (HPRC, CPLR, CHUK). Ces derniers vont jusqu'à restreindre les libertés des malades insolvables afin de les contraindre à payer ou à trouver un autre qui paie à leur place. D'autre part, nous avons trouvé que les milieux de travail, scolaire et carcéral ne bénéficient aucune attention des planificateurs de la santé afin d'y développer des programmes d'éducation sanitaire susceptibles de préserver les membres de tous les risques sanitaires pouvant être reliés au fait de vivre ensemble. Enfin, nous avons trouvé que les planificateurs ne font pas attention à la consommation de certains produits présentant des effets néfastes réels sur la santé des populations à savoir l'alcool et le tabac. Ils n'envisagent aucune mesure susceptible de réduire ou d'arrêter la consommation de ces produits afin de

---

[34] République du Burundi – Ministère de la Santé Publique, **Politique nationale de santé 2005 – 2015**, Bujumbura, décembre 2004

protéger la population des problèmes de santé qui leur sont liés. Bref, nous avons trouvé que les planificateurs de la santé insistent beaucoup plus sur des problèmes de santé publique visibles et connus et non sur des problèmes de santé éventuels malgré la fiabilité des connaissances scientifiques sur les effets de l'alcool et du tabac sur la santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAJOIT(Guy), *« Pourquoi les richesses du monde sont-elles si inégalement reparties ? Théories sociologique du développement »* in **Antipodes** n° spécial « le développement », réédition octobre 1997
2. BONNICI(Bernard), **La politique de santé en France**, Paris, PUF, 3ème édition refondue, 2003
3. CARRICABURU (Danielle) et MENORET (Marie), **Sociologie de la santé**, Paris, Armand Colin, 2004
4. Centre Tricontinental, **Les obstacles à la « santé pour tous »**, Paris, Editions Syllepse, 2004
5. CHIFFOLEAU(Sylvia), « *Santé et inégalités Nord – Sud : la quête d'un bien public équitablement mondial* » in François CONSTANTIN (sous la direction de), **Les biens publics mondiaux. Un mythe légitimateur pour l'action publique ?**, Paris, L'Harmattan, 2002
6. CONSTANTIN(François), « *Introduction. Des biens publics mondiaux : itinéraire d'une recherche* », CONSTANTIN (François) (sous la direction de), **Les biens publics mondiaux. Un mythe légitimateur pour l'action publique ?**, Paris, L'Harmattan, 2002
7. DESCHAMPS (Jean – Pierre), « *Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé* », **Environnement et santé publique**, volume 34, n°11, 1984
8. GIROUX(Sylvain) et TREMBLAY(Ginette), **Méthodologie des sciences humaines**, 3ème éditions, Québec, Editions du Renouveau Pédagogique, 2009

9. Haut Comité de santé publique, **La santé des Français**, Paris, La découverte, 2002
10. OMS, La constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1946
11. OMS, **Rapport sur la santé dans le monde**, Genève, OMS, 2003

PINEAULT(Raynald) et DAVELUY(Carole), **La planification de la santé**, Ottawa, Editions Nouvelle, 1995

12. République du Burundi – Ministère de la santé publique, Politique nationale de santé 2005 – 2015, Bujumbura, décembre 2004

République du Burundi, **Plaidoyer pour des politiques publiques efficientes porteuses de changements réels dans la vie des Burundais**, Table ronde des partenaires, Bujumbura, 24 – 25 mai 2007

Centre Universitaire de Recherche pour le Développement Economique et Social

Référence bibliographique des Cahiers du CURDES

Pour citer cet article / How to citate this article

RUTAKE Pascal, BARUMWETE Siméon, Planification et politique de santé en milieu urbain : cas de la mairie de Bujumbura, pp. 71-101, Cahiers du CURDES n° 12, Janvier 2011.

Contact CURDES : curdes.fsea@yahoo.fr