

REPUBLIQUE DU BURUNDI
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LUTTE CONTRE LE SIDA

POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE L'USAGE NOCIF DE
L'ALCOOL 2016-2025



BUJUMBURA, Février 2016

LISTE DES ABREVIATIONS

AGB	: L'Association des Guides du Burundi
BAPA	: Burundi Alcohol Policy Alliance
CSCP	: Cadre Stratégique de Consolidation de la Paix
CSLP	: Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDSB	: Enquête Démographique de Santé Burundi
MNT	: Maladies Non Transmissibles
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida
OBR	: Office Burundais des Recettes
ODD	: Objectifs de Développement Durables
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNDS	: Politique Nationale de Développement Sanitaire
PNILMCNT	: Programme National Intégré de lutte contre les Maladies Chroniques non Transmissibles
RDC	: République Démocratique du Congo
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RSI	: Règlement Sanitaire International

Préface

L'usage nocif de l'alcool est un problème de santé publique. Les problèmes liés à la consommation d'alcool sont nombreux et ont des effets néfastes substantiels sur des personnes autres que le consommateur. L'intoxication et les effets chroniques de la consommation d'alcool peuvent provoquer des problèmes de santé permanents, des troubles neuropsychiatriques et d'autres troubles ayant des conséquences à court et long termes, des problèmes sociaux, et des traumatismes ou même la mort. Il y a également un nombre croissant de bases factuelles qui montrent qu'il existe un lien entre la consommation d'alcool et les comportements sexuels à haut risque, et les maladies infectieuses telles que la tuberculose et l'infection à VIH.

Face à ces nombreux problèmes, une politique nationale assortie d'objectifs, de directives et de normes portant sur la prise en charge efficace de ces différents problèmes est non seulement une nécessité mais aussi une urgence.

Elaboré en décembre 2015 le présent document tient compte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR) et de la Politique Sanitaire burundaise.

Il éclaire les orientations stratégiques permettant une planification des projets et programmes de développement de la santé de la population burundaise sous l'effet de l'usage nocif de l'alcool.

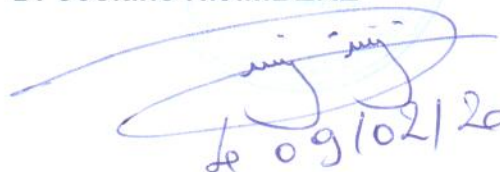
Les acteurs œuvrant dans le domaine de la santé devront s'en référer pour planifier, mettre en œuvre et évaluer les activités.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida invite ses partenaires à se l'approprier et à accompagner sa mise en œuvre afin de bâtir un Burundi non menacé par l'usage nocif de l'alcool.

La Ministre de la Santé Publique

et de la Lutte contre le Sida

Dr Josiane NIJIMBERE



Le 09/02/2016

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	3
II. ANALYSE DE LA SITUATION	4
2.1. INFORMATIONS GENERALES SUR LE BURUNDI	4
2.1.1. Situation géographique	4
2.1.2. Situation démographique.....	4
2.1.3. Situation socio - économique	4
2.1.4. Education	5
2.1.5. Equité et Genre	5
2.1.5. Information et communication	6
2.1.6. Leadership et Gouvernance	6
2.2. SYSTEME DE SANTE.....	7
2.2.1. Profil sanitaire.....	7
2.2.2. Profil épidémiologique des Maladies Non Transmissibles	8
2.3. PROBLEMATIQUE DE L'USAGE DE L'ALCOOL AU BURUNDI	8
III.DEFINITION DES CONCEPTS CLES	9
III.1. Alcool.....	9
III.2. Usage nocif.....	9
III.3. Usage à risque.....	10
IV.VISION	11
V. MISSION	11
VI. OBJECTIFS.....	11
VI.1. Objectif général	11
VI.2. Objectifs spécifiques	11
VII.PRINCIPES DIRECTEURS	11
VIII.ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	12
1. Mise en place d'un cadre légal régissant la consommation d'alcool;.....	12
2. Renforcement du partenariat, de la coordination des interventions et de la gouvernance	13
3. Plaidoyer et mobilisation des ressources ;.....	13
4. Communication pour le changement de comportement ;	13
5. L'amélioration de la réponse du secteur de la santé;.....	14

6. Le renforcement des systèmes d'information stratégique, de surveillance et de recherche.....	14
IX.CADRE DE MISE EN ŒUVRE.....	14
ANNEXES.....	16
ANNEXE 1 : Equipe qui a élaboré le document.....	16
ANNEXE 2: Liste des documents consultés	17

I.INTRODUCTION

L'usage nocif de l'alcool est un problème de santé publique dans le monde en général et au Burundi en particulier. Selon l'Organisation mondiale de la santé ; il entraîne chaque année, la mort de 2,5 millions de personnes, en plus d'être un facteur contributif en ce qui concerne plus de 60 types de maladies et de lésions. L'usage nocif de l'alcool est également un facteur de risque critique propre aux Maladies Non Transmissibles (MNT) et sa diminution constitue un élément clé pour la réalisation de l'objectif mondial visant à réduire les MNT de 25 % d'ici 2025¹.

Les boissons alcoolisées sont responsables de 9% de la morbidité dans la Région européenne. Elles jouent un rôle dans des accidents et des actes de violence et sont à l'origine d'une proportion importante de la baisse de l'espérance de vie dans les pays issus de l'ex-Union soviétique.

Dans la Région africaine, la charge de morbidité due à l'alcool est en augmentation, le nombre total de décès imputables à l'usage nocif de l'alcool passant de 2,1 % en 2000 à 2,2 % en 2002, puis à 2,4 % en 2004. Cependant, étant donné que de nouvelles bases factuelles donnent à penser qu'il existe un lien entre la consommation abusive d'alcool et les maladies infectieuses, le nombre de décès imputables à l'alcool dans la Région pourrait même être plus élevé.

Au Burundi, les boissons alcoolisées ont une valeur sociale et culturelle importante. Cela se manifeste surtout lors des grandes fêtes tant nationales que familiales.

Selon une enquête menée en 2008 à Bujumbura, l'alcool est consommé dès le bas âge. 88.1% des personnes interrogées affirment qu'au moins un membre de leur famille aurait consommé de l'alcool².

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) constate que, dans les pays en développement et à économie en transition, les décideurs dans le domaine de la santé publique sont de plus en plus appelés à formuler des stratégies efficaces pour combattre les problèmes de santé publique causés par l'usage nocif de l'alcool. Des solutions applicables existent et la stratégie mondiale propose plusieurs politiques et interventions dont la mise en œuvre doit être envisagée dans chaque pays, dans le cadre de la politique nationale mais aussi dans des cadres de développement plus larges.

Compte tenu de cette situation, le Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida, met en place une politique nationale de lutte contre l'usage nocif d'alcool pour une orientation efficace des interventions.

¹ Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool ; OMS 2010

² Enquête AGB et ASB ; Bujumbura 2008

II. ANALYSE DE LA SITUATION

2.1. INFORMATIONS GENERALES SUR LE BURUNDI

2.1.1. Situation géographique

Le Burundi est un pays à cheval entre l'Afrique de l'Est et l'Afrique Centrale. Il est frontalier au Nord avec le Rwanda, au Sud et à l'Est avec la Tanzanie et à l'Ouest avec la République Démocratique du Congo(RDC). Sa superficie est de 27.834 km² incluant la surface des eaux territoriales. Il est situé à 3°22' 34" de latitude Sud et à 29°21'36" de longitude Est.

2.1.2. Situation démographique

La population burundaise est estimée à 8,05 millions d'habitants en 2008 avec 50,8% de femmes et 49,2 % d'hommes et une croissance démographique annuelle de 2,4%³.

La population est majoritairement jeune avec 56,1% de moins de 20 ans dont 44,1% de moins de 15 ans. L'indice synthétique de fécondité du Burundi est de 6,4 enfants⁴ en moyenne par femme, il est donc très élevé. Les femmes en âge de procréer représentent près de la moitié de la population féminine totale, soit 46% avec comme conséquence l'accroissement rapide de la population et le niveau élevé de la morbidité et de la mortalité maternelles et infantiles.

2.1.3. Situation socio - économique

L'impact désastreux des crises répétitives s'est traduit par un ralentissement significatif des performances de l'économie nationale et par un appauvrissement généralisé de la population avec un taux de la pauvreté estimé à 66.9% en 2014⁵, le taux de croissance est aussi faible car il est de 4.7% depuis 2013 jusqu'en 2014, le taux d'inflation a connu une légère diminution passant de 7.9% en 2013 à 4.4% en 2014 et le PIB par habitant est évalué à 437381 Fbu/an en 2014⁶.

Cette pauvreté touche près de 69 % des ménages en milieu rural et 34% en milieu urbain⁷. On estime qu'environ huit burundais sur dix vivent en dessous du seuil de pauvreté (moins de 1\$ par jour).

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 aux dépenses de santé. La pauvreté s'est, en effet, considérablement aggravée avec la crise et le nombre d'indigents augmente de jour en jour. On retrouve encore le cercle vicieux « mauvais état de santé - effet néfaste sur l'économie - paupérisation - aggravation

³RGPH 2008

⁴Rapport provisoire de l'EDSBII 2010

⁵Rapport de la Banque Mondiale 2014

⁶Economie Burundaise 2014

⁷Rapport évaluation OMD Burundi 2010

de l'état de santé »⁸. Le Burundi enregistre des pertes économiques énormes dans la prise en charge des maladies liées à l'alcool. Il connaît une baisse de productivité due à l'absentéisme au travail et aux décès précoces.

2.1.4. Education

Ces dernières années, les taux bruts de scolarisation primaire ont continué d'augmenter, atteignant 136,9% en 2012-2013 sous l'effet de la gratuité de l'enseignement primaire. Les taux nets sont passés de 59,8% en 2005 à 95,4% en 2013 et la parité garçons/filles s'est améliorée passant de (0,97 en 2009 à 0,99 en 2013). Cependant, le défi reste l'amélioration du taux d'achèvement qui était de 68% et du taux de redoublement au primaire qui reste élevé (33,7% en 2012) ainsi que le taux d'abandon (7,4%) et de rétention scolaire (44%)⁹.

Concernant l'alphabétisation des adultes, les taux ne cessent d'augmenter malgré la résistance à ce genre d'enseignement. Ce taux est estimé à 55,3% pour l'ensemble de la population dont 42,8% pour les hommes et 65,1% pour les femmes. L'indice de parité en matière d'alphabétisation est de 0,84 en 2009. Le maintien de ces efforts permettra à moyen et long terme d'avoir un impact positif sur les indicateurs en matière de santé¹⁰.

2.1.5. Equité et Genre¹¹

Les femmes occupent une place importante dans la vie économique et sociale du Burundi d'autant plus qu'elles jouent un rôle majeur dans l'économie familiale et dans la production du secteur agricole qui constitue plus de 90% du PIB.

Pourtant les femmes burundaises n'ont pas, au même titre que les hommes, un accès équitable au revenu familial avec très peu d'autonomie économique. Selon le RGPH de 2008, les femmes représentent 50,8% de la population et 3 femmes sur 5 sont analphabètes avec des disparités interprovinciales. Les filles abandonnent plus tôt l'école (taux d'achèvement scolaire de 17 % contre 23,9% pour les garçons au primaire) et à un niveau moyen (taux d'achèvement de 9,1% contre 17,1% pour les garçons) ce qui explique leur faible niveau de formation et de compétitivité sur le marché du travail. Les causes les plus couramment citées par les acteurs sont relatives aux grossesses précoces et à la pauvreté qui poussent les filles de plus en plus tôt dans le secteur informel.

Outre le faible taux de rétention de la fille à l'école, plusieurs autres contraintes juridiques, économiques et culturelles limitent la capacité des femmes à

⁸ Idem que 2

⁹ Deuxième année de mise en œuvre du CSLP II, Rapport des progrès réalisés en 2013

¹⁰ Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP I. 2007-2009), Evaluation de la Performance et de l'Impact, 2010

¹¹ Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP I. 2007-2009), Evaluation de la Performance et de l'Impact, 2010

l'entrepreneuriat et à une autonomie économique. Dans une étude menée en Mairie de Bujumbura ,42% des femmes enquêtées ont affirmé être victimes de violences dans leurs ménages. Les coups et blessures occupent la première place.

Cependant, des progrès sont notables à différents secteurs de la vie du pays. En effet, la femme burundaise est représentée à 30% dans les instances dirigeantes du pays. Le mouvement associatif féminin développé depuis les années 1990 a suscité la création de plusieurs organisations de microcrédits qui ont facilité aux femmes l'accès à de petits crédits à des taux raisonnables, palliant ainsi à l'inaccessibilité aux systèmes financiers du secteur formel.

2.1.5. Information et communication

Le paysage médiatique au Burundi se révèle très dynamique avec la pluralité des médias. En ce qui concerne les technologies de l'information et de la communication, l'informatique est de plus en plus accessible en particulier aux jeunes en zones urbaines. L'installation de la fibre optique tend à améliorer sans doute le niveau de communication. Il y a actuellement quatre (4) opérateurs de téléphonie mobile au Burundi dont trois couvrent l'ensemble du pays même si leur signal est faible ou inexistant dans certaines localités du pays.

Toutes ces nouvelles technologies constituent des opportunités à capitaliser dans le domaine de la communication et de l'information. Malgré le succès de certains groupes théâtraux, les autres canaux de communication culturelle tels que la chanson, la danse et les arts plastiques restent sous-exploités dans la mobilisation et le renforcement des capacités de la population. Par ailleurs, le Cinéma mobile figure parmi les outils de communication de proximité utilisés pour renforcer le dialogue communautaire.

2.1.6. Leadership et Gouvernance

Le Gouvernement a élaboré et mis en œuvre un Cadre Stratégique de croissance et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) et un Cadre Stratégique de Consolidation de la Paix (CSCP). Ces documents stratégiques constituent des dispositifs de stabilisation créant des conditions politiques et sécuritaires pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui, viennent de laisser place aux Objectifs de Développement Durables (ODD) adopté en septembre 2015 à New York. Celui-ci développe un aspect lié à l'alcool à l'axe 3.5. Sur le plan administratif, le Burundi est subdivisé en 18 provinces ,119communes et 2847 collines.

Dans le cadre de la réforme administrative, le Gouvernement a adopté en 2008 un document cadre de politique nationale de décentralisation et un plan triennal pour sa mise en œuvre. Actuellement, les communes sont dotées de plans communaux de développement communautaire.

Le Gouvernement du Burundi a mis en place des organes et institutions de lutte contre la corruption par le renforcement de la cour des comptes et de l'Inspection Générale de l'Etat. Une brigade spéciale anti-corruption est venue renforcer ces actions.

Les procédures et les systèmes sont modernisés (Loi Organique, Code des Marchés Publics, Code des Douanes, Office Burundais des Recettes (OBR), le système de gestion des finances) et ont été étendus à la quasi - totalité de la gestion financière, aux plans de trésorerie et d'engagements pour un meilleur contrôle de l'exécution budgétaire. Enfin, la part des secteurs prioritaires dans les dépenses exécutées (hors charges communes) a progressé de 40,9% en 2005 à 54,4% en 2009. En particulier pour le secteur de la santé où le Budget est passé de 5, 6 % en 2006 à 7,7% en 2010¹².

En termes de régulation et normalisation du secteur de la santé, un pas a été franchi à travers l'adoption de plusieurs textes réglementant le secteur :

- manuels de procédures ;
- protocoles ;
- normes pour les ressources humaines ;
- Infrastructures ;
- Règlement Sanitaire International (RSI).

Le suivi et le contrôle de la mise en application de ce cadre institutionnel est assuré par l'Inspection Générale de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida. La création d'une cellule des Marchés Publics au sein du ministère est également une bonne opportunité pour assurer la transparence et la bonne gestion des marchés publics.

Dans le cadre de la promotion des droits humains, de l'éthique et de la déontologie, des ordres nationaux des médecins et des pharmaciens ainsi que le comité national d'éthique existent. Les autres corps de la santé sont en voie de disposer des textes qui les régissent.

2. 2. SYSTEME DE SANTE

L'organisation du système sanitaire est décrite dans la politique nationale de la santé. Le présent chapitre se focalise sur le profil sanitaire de la population et le profil épidémiologique des Maladies Non Transmissibles.

2.2.1. Profil sanitaire

L'état de santé de la population burundaise demeure relativement précaire¹³. Le taux brut de mortalité est de 15 pour 1000 (RGPH, 2008) pour une population dont l'espérance de vie est estimée à 56 ans¹⁴.

Cette situation est principalement liée, en amont, au poids important des déterminants de la santé (pauvreté des ménages, démographie galopante, nutrition,

¹² PNDS 2011-2015

¹³OMS-Burundi : Stratégie de coopération avec le pays 2009-2015. Revue en 2014

¹⁴OMS-Burundi : Stratégie de coopération avec le pays 2009-2015. Revue en 2014

environnement, genre, inégalités sociales,...) et; en aval, à la fragilité du système de santé, à la charge élevée des maladies transmissibles, des maladies non transmissibles, de la vulnérabilité des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des personnes âgées.

2.2.2. Profil épidémiologique des Maladies Non Transmissibles

Les MNT regroupent essentiellement les pathologies telles que le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les Broncho-pneumopathies Chroniques Obstructives ainsi que les troubles mentaux. Les facteurs de risque communs à ces maladies (tabagisme, consommation nocive de l'alcool, inactivité physique et un mauvais régime alimentaire) peuvent être évités, ce qui permet de réduire leur ampleur.

Les résultats de l'enquête STEPS réalisée dans la Province de Kirundo en 2013 précise que la prévalence de l'hypertension est de 25,2 %, celle du diabète de 1% tandis que celle des facteurs de risque se présente comme suit : 0,4% pour l'obésité, 3,1% pour la surcharge pondérale, 20% pour la consommation du tabac, 88% pour la consommation de l'alcool, 91,5% pour la faible consommation des fruits et légumes et 16,7% pour la faible activité physique :

Le pays ne dispose que de données parcellaires sur les Maladies Non Transmissibles et leurs facteurs de risque dont l'alcoolisme.

2.3. PROBLEMATIQUE DE L'USAGE DE L'ALCOOL AU BURUNDI

Les facteurs de risque de consommation nocive d'alcool seraient nombreux et diversifiés : ignorance de la population, chômage, faible niveau d'instruction, culture, recherche du plaisir, inhibition du stress, effet des pairs, influence de l'environnement, prolifération des boissons alcoolisées, etc.

L'alcool est responsable des conséquences socio-économiques graves. Une étude faite en mairie de Bujumbura sur l'impact socioéconomique de la consommation d'alcool en 2012 montre que l'alcool est responsable de 5% d'accidents de la voie publique, 22.4% de bagarres avec les amis, 11.9% de violences conjugales, 8.2% de comportements anormaux.¹⁵

Les données relatives à l'usage nocif d'alcool sont lacunaires car la recherche n'est pas encore développée dans ce domaine.

Selon une étude faite par l'Association des Guides et des scouts du Burundi en 2008, le pourcentage des enfants buveurs dont l'âge varie entre 6 et 18 ans est de 35% dont 25% ont commencé avant 13 ans et 12% en sont dépendants vu que 18% commencent avant 5 ans.

¹⁵ Enquête AGB et ASB sur l'impact socio-économique de la consommation d'alcool en Mairie de Bujumbura en 2012

Pour parier à cette situation, quelques actions de lutte contre l'usage nocif d'alcool ont été menées.

En juin 2014, le Gouvernement a mis en place un arrêté portant réglementation des débit des boissons, restaurants et autres établissements ouverts au public ainsi que l'interdiction de fabrication, commercialisation et consommation de certaines boissons et liqueurs.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida via le Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles a déjà mené des interventions de sensibilisation des décideurs politiques à Bujumbura en février 2014 ainsi que dans la communauté de Vumbi en province Kirundo la même année.

L'Association des Guides du Burundi (AGB) et celle des Scouts du Burundi exécutent conjointement depuis 2009 un programme de prévention des méfaits liés à la consommation d'alcool chez les jeunes et des activités de sensibilisation visant la prévention auprès de la jeunesse en général et particulièrement pour la population ont été menées dans toutes les provinces du pays.

Burundi Alcohol Policy Alliance (BAPA) conduit depuis 2012 un projet de plaidoyer pour la mise en place d'une politique nationale sur l'alcool.

Bien que les quelques actions aient été menées, ce domaine reste peu réglementé et les quelques articles contenus dans le Code et lois du Burundi sont lacunaires.

Malgré les recettes importantes résultant de la production et de la commercialisation de l'alcool, les coûts de prise en charge des maladies liées à l'usage nocif de l'alcool ne sont pas moins importants.

III.DEFINITION DES CONCEPTS CLES

III.1. Alcool¹⁶

Le Dictionnaire français Larousse définit l'alcool comme étant « Liquide incolore et volatile obtenu par la distillation de jus sucrés fermentés. »

Il est aussi « Liquide obtenu par la distillation de certains produits et qui possède un groupement hydrogène-oxygène. »

L'alcool est également définit comme « Boisson contenant de l'alcool, ... »

III.2. Usage nocif¹⁷

Ce type de consommation ne se définit pas par un seuil de consommation, mais par l'existence de dommages liés à une consommation d'alcool répétée sans signes de

¹⁶ Dictionnaire français, Larousse

¹⁷ La Documentation française – Paris, 2002

dépendance. Cette catégorie correspond à la définition de l'abus par le DSM IV et de l'utilisation nocive à la santé de la CIM-10.

Les personnes qui rentrent dans cette catégorie sont appelées « consommateurs à problèmes ».

Il existe naturellement aussi des problèmes en cas de dépendance, mais ce terme est volontairement restreint à la dénomination pour cette catégorie.

III.3. Usage à risque

Le risque peut être aigu ou chronique. Il s'agit de toute consommation supérieure au seuil défini ci-dessous mais qui n'entraîne pas de dommages médical, psychique ou social. Les personnes dont la consommation se situe dans ce cadre sont appelées « consommateurs à risque ».

Cette catégorie se définit donc,

- soit par une consommation au-delà d'un seuil de consommation défini comme supérieur à 35 verres par semaine chez l'homme, supérieur à 21 verres par semaine chez la femme et/ou supérieur à 4 à 5 verres par occasion. Ceci ne signifie pas que toute consommation inférieure ne pose aucun problème ou, a priori, puisse être encouragée. Il s'agit, dans le domaine des soins, de seuils devant déclencher une intervention thérapeutique. Rappelons que le seuil d'information est par l'OMS de 21 verres pour les hommes et 14 verres pour les femmes.
- Soit en cas de consommation dans certaines circonstances (risque situationnel):
 - grossesse ;
 - conduite automobile ou de machines ;
 - association à certains traitements psychotropes.
- Soit en cas de modalités de consommation à risque
 - de précocité de la consommation d'alcool ;
 - de cumul de consommation d'alcool avec d'autres substances ;
 - de recherche d'ivresses et notamment en cas d'ivresses précoces ou répétées ;
 - de consommation solitaire à visée anxiolytique ou antidépressive.

NB: Le calcul des Grammes d'alcool d'une boisson s'effectue en utilisant la formule suivante: grammes d'alcool pur = Quantité en ml x teneur en alcool x 0,8/100.

Notons qu'un verre standard contient 10g d'alcool.

IV. VISION

A l'horizon 2025, il y aura au Burundi une consommation zéro de boissons alcoolisées chez les personnes âgées de moins de 18ans et une consommation responsable d'alcool chez les adultes.

V. MISSION

Améliorer le bien-être de la population en réduisant l'impact de la consommation nocive de l'alcool par la promotion de la santé, la prévention et la prise en charge accessible à toute la population burundaise.

VI. OBJECTIFS

VI.1. Objectif général

Contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité liées à la consommation nocive de l'alcool.

VI.2. Objectifs spécifiques

- Renforcer la législation sur la production, la commercialisation et la consommation d'alcool ;
- Promouvoir la surveillance et la recherche liées à la consommation nocive d'alcool ;
- Promouvoir la prévention primaire, secondaire et tertiaire en matière de consommation nocive d'alcool ;
- Renforcer la coordination intersectorielle des activités de lutte contre l'usage nocif de l'alcool ;

VII. PRINCIPES DIRECTEURS

La prévention et la réduction de l'usage nocif de l'alcool pour protéger la santé de la population sont des priorités de santé publique. L'élaboration et la mise en œuvre de cette politique s'appuient sur les principes suivants et tiennent compte des multiples déterminants des méfaits de l'alcool et de l'action concertée que doivent mener différents secteurs pour appliquer des interventions efficaces.

(a) La politique et les interventions appliquées dans le secteur public pour prévenir et réduire l'usage nocif de l'alcool doivent être motivées par des préoccupations de santé publique, viser des objectifs de santé publique clairement définis et reposer sur les données les plus fiables dont on dispose.

- (b) La politique doit être équitable et tenir compte du contexte national, religieux et culturel.
- (c) Il incombe à toutes les parties intéressées d'agir d'une façon qui n'entrave pas l'application de cette politique et des interventions publiques destinées à prévenir et à réduire l'usage nocif de l'alcool.
- (d) La santé publique doit primer en cas d'intérêts antagonistes et il faut promouvoir les approches allant dans ce sens.
- (e) La protection des populations très exposées aux méfaits de l'alcool et aux conséquences de l'usage nocif doit faire partie intégrante de cette politique visant à combattre l'usage nocif de l'alcool ;
- (f) Les personnes affectées par l'usage nocif de l'alcool doivent avoir accès à des services efficaces et peu coûteux de prévention et de soins ;
- (g) Les enfants, les adolescents et les adultes qui choisissent de ne pas boire de boissons alcoolisées ont le droit d'être soutenus dans leur démarche et protégés de toute pression les incitant à consommer de l'alcool ;
- (h) La politique et les interventions appliquées dans le secteur public pour prévenir et réduire l'usage nocif de l'alcool doivent englober toutes les boissons alcoolisées.

VIII. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Les interventions prioritaires proposées dans la politique sont:

1. Mise en place d'un cadre légal régissant la consommation d'alcool;

Les boissons alcoolisées se caractérisent par une grande accessibilité, une consommation précoce dans un contexte familial et une large diffusion au sein de la population. L'usage nocif de l'alcool n'est cependant pas perçu comme un problème social nécessitant d'être réglementé. De ce fait, l'élaboration et la mise en œuvre d'une loi régissant la production, la commercialisation et la consommation de l'alcool s'avère nécessaire.

2. Renforcement du partenariat, de la coordination des interventions et de la gouvernance

Une action durable dans la lutte contre l'usage nocif de l'alcool nécessite une volonté politique et un engagement ferme du gouvernement qui doivent de préférence trouver leur expression dans des stratégies et plans exhaustives et intersectorielles, fondées sur des bases factuelles, adaptées aux conditions locales et suffisamment financées, qui définissent clairement le rôle et les responsabilités des différents partenaires concernés. La participation judicieuse de la société civile et des acteurs économiques est essentielle.

Le gouvernement veillera à la mise en place des mécanismes de coordination efficaces et permanents pour l'atteinte des objectifs ci-hauts cités, notamment la mise en place d'une structure organisationnelle.

Le MSPLS assure le leadership en collaborant avec les ministères impliqués et les autres parties prenantes pour la mise en œuvre de cette politique. Il doit aussi veiller à la cohérence des planifications sectorielles par rapport aux objectifs de santé publique.

3. Plaidoyer et mobilisation des ressources ;

Les ressources sont indispensables à la mise en œuvre des mesures visant à réduire les problèmes liés à l'alcool. Ces ressources, qui sont à mobiliser par le gouvernement auprès des individus, du secteur privé et des partenaires internationaux, doivent être disponibles en permanence et doivent être réparties entre les différents niveaux du système de santé, en fonction de leurs besoins relatifs.

Le Gouvernement inscrit le phénomène de l'usage nocif de l'alcool parmi les priorités de ses plans nationaux de développement sanitaire. L'élaboration d'une approche intégrée pour la prévention et le traitement peut faciliter l'utilisation des ressources disponibles au sein d'autres domaines ou programmes, en vue de la mise en œuvre des interventions nécessaires.

4. Communication pour le changement de comportement ;

Pour être efficace, la sensibilisation à l'action de santé publique doit reposer sur des bases factuelles, avoir un fondement éthique et être crédible. Elle doit pouvoir présenter des informations exactes, pertinentes et impartiales qui éclairent et stimulent la prise de mesures personnelles et collectives favorables à la santé. Dans le cadre d'interventions multisectorielles, le gouvernement veillera à appliquer des stratégies d'éducation de changement de comportement dont l'efficacité est prouvée lorsqu'elles sont associées à d'autres mesures de contrôle de l'usage nocif de l'alcool. Ces stratégies doivent viser non seulement la diffusion de l'information mais également des mesures permettant à changer le comportement et certaines pratiques culturelles de la population.

5. L'amélioration de la réponse du secteur de la santé;

Il est nécessaire de déployer des efforts pour améliorer la réponse du secteur de la santé, en procédant d'une manière appropriée à la formation, à la mise en place des infrastructures et à la mobilisation des financements, et en renforçant les approches intégrées pour s'attaquer aux problèmes liés à l'usage nocif de l'alcool aux différents niveaux du système de santé. La détection et la prise en charge précoces des problèmes liés à cet usage nocif au niveau des soins primaires et le traitement efficace des personnes qui en souffrent revêtent une importance cruciale. Les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer dans l'éducation de la communauté et dans la mobilisation et l'implication des acteurs au sein et hors du secteur de la santé.

6. Le renforcement des systèmes d'information stratégique, de surveillance et de recherche.

Le succès et la bonne mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre l'usage nocif de l'alcool dépendent des données issues du suivi et de la surveillance. Ceux-ci sont indispensables aux niveaux local et national pour connaître l'ampleur et suivre les tendances des méfaits de l'alcool, renforcer l'action de sensibilisation, concevoir des stratégies et évaluer l'impact des interventions. L'instauration, au niveau national, de systèmes d'information viables qui utilisent des indicateurs, des définitions et des méthodes de recueil des données compatibles avec ceux des systèmes d'information de l'OMS offre une base solide pour évaluer l'action nationale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.

Il est nécessaire d'explorer la possibilité d'établir de nouveaux partenariats avec les instituts de recherche et de promouvoir la recherche opérationnelle en tant que partie intégrante de la lutte contre l'usage nocif d'alcool afin de cartographier la consommation non comptabilisée et de documenter les interventions efficaces.

IX.CADRE DE MISE EN ŒUVRE

Le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA, par le biais du Programme National Intégré de lutte contre les Maladies Chroniques non Transmissibles (PNILMCNT), est le maître d'œuvre de cette Politique au nom du Gouvernement, en collaboration avec tous les partenaires du secteur public et privé.

La mise en œuvre de cette politique traduit la volonté politique d'intégrer la problématique de l'usage nocif de l'alcool "dans la planification, la programmation, l'exécution et l'évaluation en des directives pratiques qui permettront d'obtenir des résultats visibles et tangibles.

La mise en œuvre de la présente politique nécessite l'implication des différents acteurs :

- La participation des communautés locales est essentielle pour la prévention ou la réduction des méfaits de l'alcool.
- Une participation active des décideurs à tous les niveaux est indispensable.
- Les professionnels de santé et les institutions de santé publique jouent un rôle important dans les soins destinés aux buveurs excessifs et à leur famille, y compris le traitement et les interventions de brève durée.
- La participation de la société civile (parents, membres de la famille, pairs, mouvements d'entraide et associations militantes, etc.) et des confessions religieuses, est essentielle pour la prévention, le traitement et la réduction des problèmes liés à l'alcool dans la société.
- Les partenaires techniques et financiers accompagneront la mise en œuvre de cette politique.

La mise en œuvre de cette politique se fera à travers un plan stratégique et des plans opérationnels. Son suivi nécessitera des réunions périodiques de coordination et d'évaluation.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Equipe qui a élaboré le document

- Dr Pascal NDAYONGEJE, SP
- Dr Victor BUCUMI, DPPS
- Dr Stany BIGIRIMANA, DGP
- Dr Godefroid KAMWENUBUSA, PNILMCNT
- Dr Jeanine AYINKAMIYE, PNILMCNT
- Mme Joselyne MIBURO, PNILMCNT
- Mme Jeanne KWIZERA, PNILMCNT
- Mme Odette NIYOYANKUNZE, PNILMCNT
- Mme Diane NKURUNZIZA, PNILMCNT
- Mme Yvette GATEYENEZA, Cabinet du Ministre
- Mr Anicet BIGIRIMANA, PNILMCNT
- Mr Spageon NGABO, BAPA
- Mme Bernadette MUNEZERO, BAPA

ANNEXE 2: Liste des documents consultés

1. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool ; OMS 2010
2. Enquête AGB et ASB ; Bujumbura 2008 et 2012
3. RGPH 2008
4. Rapport provisoire de l'EDSB 2010
5. Rapport de la Banque Mondiale 2014
6. Economie Burundaise 2014
7. Rapport évaluation OMD Burundi 2010
8. Deuxième année de mise en œuvre du CSLP II, Rapport des progrès réalisés en 2013
9. Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP I. 2007-2009), Evaluation de la Performance et de l'Impact, 2010
10. L'alcoolisme en hausse chez les jeunes au Burundi 2014
11. Enquête AGB et ASB sur l'impact socio-économique de la consommation d'alcool en Mairie de Bujumbura en 2012
12. The County Alcoholic Drinks Control Model Law 2013 (DRAFT ONE)
13. Politique nationale de lutte contre l'usage nocif de l'alcool du RDC
14. Politique nationale de santé des adolescents et des jeunes à Madagascar
15. Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS