



Observatoire de l'Action Gouvernementale (O.A.G.) asbl

*Siège social : Bujumbura -Burundi * B.P.:3113 Bujumbura_Tél.:22 21 88 20*

*E-mail: oag@cbinet.net * Site Web: www.oag.bi*

Analyse de l'état des lieux du financement du secteur de la santé au Burundi: de bonnes initiatives aux résultats mitigés

Bujumbura, Octobre 2013

REMERCIEMENTS

Au terme de cette recherche, l'Observatoire de l'Action Gouvernementale tient à remercier les Consultants, Pr. Gilbert NIYONGABO et Dr Tércence HATORIMANA, pour leur apport précieux dans la réalisation de cette étude.

Ses remerciements vont également à l'endroit des membres du comité de pilotage en l'occurrence :

Monsieur Onesphore NDUWAYO, Ex-Président de l'Observatoire de l'Action Gouvernementale et membre du comité de pilotage de cette étude ;

Monsieur Diomède RUTUMWAKO, Inspecteur à l'Inspection Générale de l'Etat et membre du comité de lecteurs de cette étude ;

Docteur Jean Paul NYARUSHATSI, Expert National du Projet AMAGARA MEZA du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida et membre du comité de lecteurs de l'étude ;

Monsieur Déogratias NZUNOGERA, Chargé de Programmes à l'Observatoire de l'Action Gouvernementale et membre du comité de pilotage de cette étude.

Enfin, l'Observatoire de l'Action Gouvernementale exprime sa profonde gratitude à l'endroit de l'ONG CHRISTIAN AID pour son appui financier.

Table des matieres

N°	Matières	Page
	Remerciement.....	3
	Tables des matières.....	5
	Liste des tableaux et des graphiques.....	7
	Sigles et abréviations.....	11
	Résumé technique.....	13
	INTRODUCTION.....	23
	Contexte et justification.....	26
	Les objectifs de l'étude.....	28
	Méthodologie.....	30
	CHAPITRE I. LA DECLARATION D'ABUJA ET LA LOGIQUE DU FINANCEMENT.....	31
1.	Les orientations de la Déclaration.....	31
2.	La cohérence entre la Déclaration d'Abuja et d'autres accords.....	32
3.	Analyse de la conformité du financement de la santé.....	33
	CHAPITRE II. STRUCTURE DU BUDGET NATIONAL ET PARTS RESERVEES AUX SERVICES DE SANTE.....	38
1.	Présentation du Budget Général de l'Etat.....	38
2.	Parts allouées aux services de santé dans différents budgets..	39
3.	Les principaux financements.....	44

**CHAPITRE III. ANALYSE DES INVESTISSEMENTS
PRIORITAIRES PREVUS DANS LA
POLITIQUE NATIONALE DE SANTE ET LES
PLANS NATIONAUX DE DEVELOPPEMENT
SANITAIRE I ET II..... 48**

- 1. Les axes stratégiques de la Politique Nationale Sanitaire et des Plans Nationaux de Développement Sanitaire I et II..... 48
- 2. Analyse des actions prioritaires du secteur de santé..... 50
- 2.1. Niveau des indicateurs de santé en rapport avec les OMD 4,5 et 6..... 51
- 2.2. Financement des actions prioritaires..... 56

**CHAPITRE IV. ALIGNEMENT BUDGETAIRE DES
MESURES DE POLITIQUE DE SANTE..... 66**

- 1. La gratuité des soins des enfants de moins de cinq et des femmes qui accouchent et le financement basé sur la performance..... 66
- 1.1. Gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes qui accouchent..... 67
- 1.2. Financement basé sur la performance..... 68
- 1.3. Impact budgétaire de la gratuité des soins et du financement basé sur la performance..... 70
- 2. La carte d'assistance médicale..... 73
- 2.1. La nouvelle carte d'assistance médicale renouvelée..... 74
- 2.2. Impact budgétaire de la CAM..... 76
- 3. La santé communautaire..... 80
- 4. Les circuits d'approvisionnement et de distribution des médicaments..... 85

Conclusion..... 89

Liste des tableaux et des graphiques

1. Liste des tableaux

Tableau n°1: Le Budget Général de l'Etat pour les exercices 2011, 20012 et 2013 en milliards de Fbu.....	39
Tableau n°2: Budget Programme du MSPLS (en milliards de BIF)	40
Tableau n°3: Mobilisation des financements selon la conférence de Genève en milliards de BIF.....	40
Tableau n°4: Budget de l'Etat et dépenses réservées au secteur de santé.....	41
Tableau n°5: Principaux financements par type de maladie.....	45
Tableau n°6: Budget "Assistance aux personnes vulnérables"...	60
Tableau n°7: Financement de la formation paramédicale.....	63
Tableau n°8: Budget du FBP par rapport au budget du MSPLS	70
Tableau n°9: Population couverte par la CAM et facture annuelle des prestations.....	77

2. Liste des graphiques

Graphique n°1: Evolution des dépenses en médicaments par habitant.....	34
Graphique n°2: Budget de l'Etat affecté au Ministère de la Santé en BIF.....	35
Graphique n°3: Evolution des Budgets de l'Etat (sans dons en capital) et du MSPLS (BIF).....	42
Graphique n°4: Evolution comparée des parts du Budget de l'Etat réservées au secteur de la santé et au MSPLS entre 2008 et 2013 en %.....	43
Graphique n°5: Répartition des principaux partenaires financiers....	44
Graphique n°6: Financement intérieur et extérieur du secteur de la santé	57
Graphique n°7: Répartition du budget du Ministère de la santé publique.....	58
Graphique n°8: Contributions financières des partenaires du PNSR année 2012.....	59
Graphique n°9: Evolution du budget gratuité des soins et FBP de 2007 à 2012.....	71
Graphique n°10: Contributeurs financiers au FBP en 2012.....	72
Graphique n°11: Adhésion à la CAM par province de Mai 2012 à Avril 2013.....	78
Graphique n°12: Evolution de la facture mensuelle des prestations...	79

Sigles et abreviations

ARV	: Antirétroviraux
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ASLO	: Associations Locales
BDS	: Bureau de District Sanitaire
BIF	: Burundi Francs
BM	: Banque Mondiale
BPS	: Bureau provincial de Santé
BSS	: Behavior and Social Survey
CAM	: Carte d'Assistance Médicale
CAMEBU	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du Burundi
CDS	: Centre de santé
COGES	: Comité de Gestion du Centre de Santé
COSA	: Comité de Santé
CSLP	: Cadre Stratégique de croissance et de Lutte contre la Pauvreté
CTB	: Coopération Technique Belge
DDC	: Direction du Développement et de la Coopération suisse
DPSHA	: Direction de la Promotion de la Santé de l'Hygiène et de l'Assainissement
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
FBP	: Financement Basé sur la Performance
FHI	: Family Health International
FM	: Fonds Mondial
GAVI	: Global Alliance for Vaccines and Immunisation
GIZ	: Agence Allemande de Coopération Internationale
GVT	: Gouvernement
ISTEEBU	: Institut des Statistiques et des Etudes Economiques du Burundi
JICA	: Japanese International Cooperation Agency
KfW	: Kreditanstalt fuf Wiederaufbau
MFP	: Mutuelle de la Fonction Publique
MICS	: Multiple indicators Cluster Surveys
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA
OBC	: Organisation à Base Communautaire
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités

PADSS	: Projet d'Appui au Développement du Secteur de la Santé publique au Burundi
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLT	: Programme National de lutte contre la Lèpre et la Tuberculose
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PRADECS	: Projet d'Appui au Développement Communautaire et Social
PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à Enfant
QUIBB	: Enquête sur le questionnaire d'indicateurs de base et de bien être
SIPHAR	: Société Industrielle Pharmaceutique
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
UE	: Union Européenne
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: United States Aid Agency
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

Résumé technique

Après la période de guerre qui a mis à genou le système de santé du Burundi, le Gouvernement a initié dès 2005, des stratégies pour le réhabiliter. Il s'agit essentiellement de l'adoption d'un certain nombre de documents visant à orienter la politique du pays en matière de santé et la mobilisation des bailleurs pour le financement.

Un des grands défis était l'accent financier aux soins de santé surtout pour les plus pauvres et les plus vulnérables. En effet, selon une étude réalisée par Médecins Sans Frontières Belgique, plus de 80% de la population n'avait pas accès aux soins.

Dans le but de mener des actions de plaidoyer dans le domaine de la santé publique et en vue d'accroître le niveau d'accès des citoyens aux soins de qualité, l'OAG se propose de mener cette étude afin de rappeler les principaux défis du secteur de la santé. Ces derniers sont identifiés à travers cette analyse dont l'essentiel porte sur l'état des lieux du financement de la santé en général et sur le financement des différents aspects du secteur de la santé au Burundi en particulier.

Les principaux résultats de cette étude sont les suivants:

La part totale du budget qui est attribuée au secteur de santé au Burundi n'est que de 10% pour l'année 2013 et semble s'écarter de plus en plus de l'objectif des 15% signés dans la Déclaration d'Abuja qui a été atteint seulement en 2010.

En effet, la Déclaration d'Abuja signée par les chefs d'Etats Africains réunis du 26 au 27 avril 2001 au Nigéria lors d'un sommet spécial dédié aux problèmes de santé a fixé un taux de 15% de leurs budgets nationaux annuels. L'histoire récente montre que, malgré la remise de la dette à laquelle la plupart des pays africains ont bénéficié, très peu de pays ont atteint l'objectif. Le Burundi n'a pas fait exception. En effet, une analyse chronologique du Budget de l'Etat Burundais montre que les ressources

affectées au secteur de la santé sont de l'ordre de 81,6 milliards de Fbu en 2013 sur un budget révisé totalisant 1376 milliards de Fbu. Les années antérieures, ce montant était de 101,9 milliards en 2012 soit 14% du budget total sans les dons en capital, et était respectivement de 100 milliards et 95 milliards en 2011 et 2010, soit une proportion de 14% et 15%. En fixant une part réservée au secteur de la santé à 10% du budget national hors dons en capital, le Gouvernement a probablement hypothéqué les chances d'atteindre les objectifs fixés dans le CSLP-II dans le secteur de santé. En outre, le constat est que le Budget National de l'Etat est toujours en hausse d'une année à une autre, hors dons en capital, le Budget est passé de 614 milliards de Fbu à 796 milliards de Fbu entre 2010 et 2013. En d'autres termes, les engagements dans le secteur de la santé sont revus à la baisse alors que les défis sont encore énormes.

En guise de compensation, le gouvernement a mobilisé beaucoup de ses partenaires pour financer le système de santé du Burundi. Les principaux bailleurs sont la Banque Mondiale, l'Union Européenne, la Belgique et récemment USAID.

Les financements extérieurs dans le secteur de la santé sont plus élevés que ceux provenant des ressources internes. En 2013, sur les 336 milliards de Fbu prévus, 249 milliards proviennent des ressources extérieures, seules 80 milliards proviennent des ressources affectées au Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida (MSPLS). Les dépenses de tout le budget du secteur sont affectées principalement à la lutte contre le VIH/SIDA (22%), à la lutte contre le Paludisme (16%) et à la santé maternelle et infantile (9%).

La politique nationale de santé 2005 à 2015 et les deux PNDS pour la mise en œuvre de cette politique (le PNDS I 2006-2010 et le PNDS II 2011-2015) ont défini les priorités en matière de santé qui sont la réduction de la mortalité infantile, de la mortalité maternelle et la lutte contre les principales maladies prévalent au Burundi.

Bien qu'on soit encore loin de l'atteinte des objectifs du millénaire du développement, des progrès tangibles ont été enregistrés notamment en matière de la réduction de la mortalité maternelle et infantile, de même que la réduction de l'incidence et l'amélioration de la prise en charge des principales maladies comme le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose.

En effet, le taux de mortalité infantile est descendu jusqu'à 96 pour 1000 naissances en 2010 alors qu'il était de 203 en 1990, l'objectif de 34 décès pour 1000 ne sera pas atteint en 2015 mais pourra se poursuivre dans un horizon raisonnable. La mortalité maternelle, quant à elle a diminué de plus de moitié entre 1990 et 2010 en passant de 1100 décès à 499 pour 100 000 naissances, l'objectif du Millénaire étant de faire baisser ce taux jusqu'à 275 en 2015. Pour ce qui est de la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, les résultats montrent qu'il y a des progrès. Le taux de séroprévalence était de 2,97% pour ceux qui avaient 18 ans et plus en 2007, il est de 1,4% pour la population de 15 à 49 ans en 2010. L'objectif est de porter la couverture en Antirétroviraux à 90% en 2016 au lieu des 43% atteints en 2011. Pour ce qui est du paludisme, le taux de mortalité lié à cette maladie est de 1,9% en 2006 contre 7,6% en 1990 grâce à l'amélioration de la prise en charge des cas. Pour la tuberculose malgré une baisse de cas recensés, 162 pour 100 000 habitants en 2010 au lieu de 239 en 2000, le taux de détection reste faible, situé à 47% en 2011 alors que la cible fixée par l'OMS est de 70%.

Pour le PNDS I, les prévisions n'ont pas été réalisées. Faute de moyens sans doute mais il faut également noter que les réalisations de l'Etat n'ont pas toujours suivi les objectifs prévus.

Ces avancées sont dues à la fois aux efforts du gouvernement et aux partenaires techniques et financiers qui ont contribué fortement au financement du secteur de la santé au Burundi. Dans le financement de la santé, les partenaires techniques et financiers contribuent pour plus de 65%. Cependant, il faut remarquer que le budget de l'Etat est utilisé exclusivement pour les salaires du personnel pour plus de 30%, le fonctionnement pour 20%, quelques prestations de service 30 à 35% et les

investissements pour moins de 15%. Cela pour dire que la structure du budget de l'Etat ne correspond pas aux priorités définies dans les documents de planification. La contribution de l'Etat dans certains programmes jugés prioritaires reste symbolique (moins de 10% dans la santé de la reproduction par exemple).

Le financement de la santé est aussi assuré à travers d'autres ministères notamment le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique à travers le CHUK, le ministère de la défense nationale et des anciens combattants à travers l'hôpital militaire de Kamenge, le ministère de la solidarité nationale, des droits de la personne humaine et du genre qui prend en charge les soins des indigents.

La mise en route récemment de la carte d'assistance médicale rénovée qui visait une couverture d'au moins 60% de la population rencontre beaucoup de difficultés. Le taux d'adhésion est de 25% à la fin de la première année et le budget destiné au remboursement des prestations est dérisoire (à peine suffisant pour payer 4 mois de prestations).

Dans les faits, cette carte est une innovation qui résulte de la politique de santé initiée depuis 2006. La politique de santé au Burundi a depuis 2006 visé les groupes les plus vulnérables et le Gouvernement du Burundi a d'abord privilégié la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans depuis 2006 avant d'instituer la carte d'assistance médicale en 2012. Celle-ci est destinée aux populations du monde rural, du secteur informel et couvre un paquet minimum de soins.

La gratuité des soins de santé pour les enfants de moins de cinq ans et aux femmes qui accouchent a été instituée par décret n°100/136 du 16 juin 2006 et mise en application le 6 septembre 2006. Cette mesure salubre a connu beaucoup de succès mais des dysfonctionnements ont été vite remarqués liés au retard dans les remboursements, aux surfacturations et la surcharge des structures de soins de santé et de leur personnel. Le Gouvernement a réagi en créant un financement basé sur la performance (PBF) en Avril 2010 qui intègre la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans, les

femmes enceintes et celles qui accouchent. Cette mesure a réduit les délais de remboursements de 4 mois à 50 jours, diminué la surfacturation grâce au système de vérification et baissé la surcharge du personnel de santé.

Au niveau des résultats de santé, le constat est que l'utilisation des soins de santé a augmenté en général pour les enfants de moins de cinq ans, les accouchements assistés ont augmenté de 67% à la fin de 2012 et le taux des enfants complètement vaccinés a atteint 83,3%. Sur le plan des financements, le Gouvernement consacre à ce programme 22,4% des 80 milliards de Fbu affectés au secteur de santé en 2013.

En 2012, le Gouvernement a financé 47% des fonds du FBP au niveau des formations sanitaires contre 27% pour la Banque Mondiale, 18,8% pour la Commission Européenne ainsi que pour de moindres montants la coopération technique belge, USAID FHI 360, GAVI et Health Net TPO.

Cela peut constituer un bon exemple pour un meilleur financement de la santé à travers un basket fund pour les autres programmes prioritaires de santé notamment le financement de la carte d'assistance médicale.

En plus du PBF, le Gouvernement a introduit la carte d'assistance médicale pour les populations pauvres du monde rural et du secteur informel souvent non couvertes. Sans pour autant être un nouvel instrument puisque cette carte date de 1984 et a été modifiée en 1996 avant d'être complètement renouvelée en 2012. La carte d'assistance médicale donne droit aux prestations de soins médicaux, chirurgicaux et dentaires mais elle n'a pas connu beaucoup de succès auprès des populations visées. Une nouvelle carte d'assistance médicale (CAM) a été initiée et offre un Paquet Minimum d'Activités délivré aux centres de santé publics et agréés et le Paquet Complémentaire d'Activités délivré au niveau de l'Hôpital de District public ou agréé. Les prestations couvertes par un autre système d'assurance ou de système de subvention de soins ne sont pas prises en charge par la CAM. Il faut noter que cette carte connaît des succès mitigés avec un taux d'adhésion, au niveau national, de 25% au mois d'avril 2013, avec un taux élevé constaté dans la province de Cankuzo.

Concernant le paiement des factures, on remarque que la facture augmente progressivement en fonction du nombre d'adhérents. Avec un taux d'adhésion de 25% à la fin du mois d'avril 2013, la facture mensuelle est de 800 millions de BIF. En faisant une extrapolation simple si le taux d'adhésion atteignait 60%, la facture mensuelle serait de 2 milliards de BIF soit un budget annuel de 24 milliards de BIF alors que le budget actuel annuel est de 2,3 milliards. Ce budget prévu pour 2013 couvre les factures des quatre premiers mois de 2013 qui s'élèvent à 2 489 583 040 BIF.

A ce montant prévu dans le budget de l'Etat, il faut ajouter les recettes provenant de la vente des cartes d'assistance médicale. Ces recettes s'élèvent à 305 775 000 BIF soit 12% de la facture totale.

Une mission d'appui à l'opérationnalisation de la Carte d'Assistance Médicale au Burundi effectuée au Burundi en avril 2012 avait estimé le coût total de la CAM à 36 012 866 061 BIF en y incluant les prestations au niveau des hôpitaux nationaux, les médicaments du secteur privé et le coût de fonctionnement qui était estimé à 30% comme la Mutuelle de la Fonction Publique.

Malgré les avantages évidents de l'utilisation de la Carte d'Assistance Médicale, l'adhésion de la population n'a pas été massive en dépit de plusieurs séances de sensibilisation de la population rehaussées par les hautes autorités du pays en l'occurrence le deuxième Vice Président de la République.

Avec ce niveau bas d'adhésion, le budget disponible pour la prise en charge des détenteurs de la CAM est très insuffisant. Comme cela a été dit plus haut le budget est à peine suffisant pour quatre mois. Quelle aurait été la situation si le taux d'adhésion avait atteint plus de 50%.

Le délai de remboursement des factures est assez long et entraîne des conséquences sur la trésorerie des formations sanitaires. Le premier paiement de l'année 2013 a eu lieu au mois de juillet et couvrait les quatre premiers mois de l'année.

Il demeure une confusion quant au statut juridique de la CAM puisque son fonctionnement ne réponds pas aux critères d'une assurance maladie, ni une mutuelle de santé. En Effet, l'Etat perçoit les cotisations, dispensent les soins et se remboursent en quelques sortes. L'Etat cumule toutes les fonctions à savoir le financement, les prestations, la régulation et il laisse peu de place aux bénéficiaires. Le gouvernement se porte garant des soins de santé de la population sans considérer les contributions des bénéficiaires puisqu'aucune étude n'est faite sur les cotisations et leur contribution dans la prise en charge des prestations. La notion de partage de risques entre les affiliés n'entre pas en jeu dans le système actuel de la Carte d'Assistance Médicale.

Le Gouvernement a donc tout intérêt à prévoir les moyens nécessaires pour répondre aux besoins exprimés à travers les priorités du secteur de santé et éviter ainsi des impayés ou des retards de paiements déjà récurrents auprès des structures de santé.

D'autres stratégies susceptibles d'améliorer la santé de la population à moindre coût pourraient avoir lieu comme la santé communautaire qui est pour le moment peu ou pas financée.

Malgré l'existence des documents stratégiques, force est de constater que peu d'actions sont réalisées actuellement dans le domaine de la santé communautaire. En effet, à part quelques projets développés à titre pilote par quelques partenaires techniques et financiers. Il faut citer comme exemple la PECADOM (prise en charge des cas de paludisme à domicile) développée sur toutes les collines des districts sanitaires. Le Projet d'Appui au Développement du Secteur de la Santé (PDSS) financé par la Banque Mondiale a initié des activités de santé communautaire en faveur des groupes vulnérables comme les Batwa, les indigents, les déplacés, les orphelins, etc. pour promouvoir leur accès aux soins de santé pour les enfants de moins de cinq et les femmes enceintes.

Pourtant la santé communautaire figure en bonne place dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) II 2011-2015. En effet, dans le

premier axe stratégique qui parle du renforcement des prestations de soins et de services de santé (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) de qualité à tous les niveaux du système de santé, il est dit que les interventions communautaires visant à l'adoption de meilleures pratiques de santé et nutrition seront mises en œuvre de manière coordonnée.

Ce niveau du système de santé n'est pas encore organisé (pas d'agents de santé communautaire reconnus officiellement), le paquet de soins offerts n'est pas encore défini, le système de motivation des agents de santé communautaire n'est pas coordonné (chaque intervenant le fait à sa manière) et les modules de formation en vue du renforcement des compétences n'existent pas.

Aux termes de cette analyse et dans le but d'atteindre les objectifs fixés par la Déclaration d'Abuja de 15% ou des OMD, quelques recommandations s'imposent.

Au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA:

- Mettre en place une politique claire et pérenne en matière de couverture universelle qui vise l'accès aux soins de santé de qualité de toute la population burundaise;
- Mener une évaluation de la mise en œuvre de la CAM pour corriger rapidement les effets pervers observés aujourd'hui;
- Mettre en place un système de suivi de la gestion des hôpitaux pour garantir une gestion efficiente des ressources disponibles et faire un plaidoyer pour le remboursement des dettes par le Ministère des finances, de la planification et du développement économique;
- Faire un suivi de la qualité des soins dispensés dans le cadre des politiques de santé comme la gratuité des soins, la carte d'assistance médicale, etc.

Au Gouvernement :

- Revoir à la hausse les ressources du Budget National affectées au secteur de la santé, un des moyens d'atteindre les objectifs fixés ;
- Mettre plus de moyens financiers et humains afin de permettre aux populations d'accéder aux services de qualité notamment en revoyant à la hausse le budget de la Carte d'Assurance Médicale en planifiant une mutualité ou une couverture universelle;
- Améliorer l'accès équitable aux services médicaux et leur répartition au sein de la population en s'appuyant sur une gestion transparente et des moyens de contrôle à l'instar de ce qui est fait avec les financements basés sur la performance.
- Assurer une coordination dans des différents budgets de santé qui sont gérés dans les différents ministères (comme le Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la Personne Humaine et du Genre, du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité sociale, du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche scientifique)

Au Parlement :

- Tenir compte de la déclaration d'Abuja et des différentes politiques initiées par le Gouvernement dans la dotation du budget alloué à la santé pour viser en fin de compte une couverture universelle des soins de santé au Burundi;
- Adopter un budget particulier pour couvrir ceux qui sont pas encore couverts par le système actuel notamment les indigents, les personnes âgées, les groupes marginalisés;
- Voter un budget plus consistant dans le secteur de santé et pour une couverture universelle.

Aux Partenaires Techniques et Financiers :

- Revoir à la hausse le volume d'aide totale pour atteindre les 0.77% de leurs PIB comme promis et partant la part affectée à la santé serait plus grande;
- Revoir la structure de l'aide affectée à la santé et éviter des interventions imprévisibles et volatiles suite à la prolifération des programmes spécifiques de lutte contre certaines maladies ;
- Apporter un soutien à la mise en œuvre de la Carte d'Assistance Médicale en participant à sa gestion et son financement;
- Améliorer la responsabilité réciproque des partenaires, y compris celle portant sur leur désengagement et l'absence de résultats visibles.

A la société civile:

- Faire un plaidoyer pour faire accéder aux soins de santé de qualité à la majorité de la population;
- Plaider pour un budget consistant pour le secteur de la santé;
- Appuyer les organisations de la société civile à base communautaire dans la défense des droits des malades;
- Mener des études d'évaluation des politiques de santé pour améliorer leur efficacité et leur impact socio sanitaire.

Introduction

Dans le but d'élaborer un plan de plaidoyer pour l'accroissement du budget alloué à la santé jusqu'à atteindre 15% conformément à la Déclaration d'Abuja et pour l'accès des citoyens aux services de santé de qualité, l'OAG en collaboration avec ses partenaires dont Christian Aid propose une analyse portant sur *l'état des lieux du financement de la santé en général et sur le financement des différents aspects du secteur de la santé au Burundi en particulier*. L'étude met un accent particulier sur le financement des priorités de la santé communautaire et fait une brève présentation des budgets de l'Etat Burundais en particulier celui du secteur de santé.

Cette étude fait également suite à une série d'autres études que l'OAG publie régulièrement portant sur le Budget de l'Etat, son équilibre ou son taux d'exécution. Néanmoins, depuis quelque temps, l'OAG se propose d'analyser le financement sectoriel portant sur le secteur de l'éducation ou de l'agriculture, le secteur de santé vient au moment où l'on constate un financement élevé dans ce domaine de la part des bailleurs étrangers et le Gouvernement Burundais a consacré un montant de 80 milliards de Fbu en 2013 sur les 1389 milliards de Fbu prévus en début d'année ou les 1376 milliards Fbu du Budget Révisé de Juillet 2013. Le montant alloué au ministère de la santé et à d'autres services du secteur de santé ramené sur le Budget de l'Etat réduit des dons en capital qui proviennent de l'extérieur reste faible et n'atteint nullement les 15% prévus dans la Déclaration d'Abuja.

Une des explications de ce faible taux est sans doute historique, le Burundi a traversé une longue période de conflit durant laquelle les infrastructures de base ont été détruites accentuant la pauvreté des populations déjà vulnérables. Par conséquent, malgré un retour de croissance économique dans plusieurs secteurs économiques, les besoins exprimés dans le secteur de santé sont encore élevés et portent aussi bien à l'accessibilité des soins de santé qu'à leur qualité.

Il est sans doute fort à parier qu'un financement substantiel dans le domaine de la santé et une amélioration de la gestion avec un système de santé efficace permettront de réduire les taux de mortalité et de morbidité observés actuellement.

Toutefois, cette analyse considère que certains dommages subis pendant la période de la guerre civile en termes de destruction des infrastructures ou de réduction du personnel soignant ont contribué de manière sensible à réduire la capacité de gestion du système de santé au Burundi mis à part les aspects financiers.

Avec le retour de la paix, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA a commencé par mettre en œuvre des stratégies pour améliorer le système de santé notamment par l'élaboration de la Politique Nationale de Santé, le Plan national de développement sanitaire (PNDS), les normes sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS, la décentralisation à travers la mise en place des districts sanitaires, etc.

Mais le grand défi a toujours été la levée des barrières financières pour l'accès aux soins surtout pour les plus pauvres. En effet, en dehors des fonctionnaires soit environ 10% de l'ensemble de la population, qui ont un système d'assurance maladie, le reste de la population est soumise au paiement direct des soins susceptibles d'entraîner des frais exorbitants pour des ménages pauvres.

Face à cela, le Gouvernement a initié des mesures pour subventionner les soins pour les groupes les plus vulnérables en l'occurrence les soins pour les femmes enceintes et les accouchements et les enfants de moins de cinq ans. Une carte d'assistance médicale vient d'être mise en place pour la population rurale et du secteur informel.

Il en est de même pour les maladies les plus fréquentes comme les médicaments de première ligne contre le paludisme, les médicaments antirétroviraux et la prise en charge des malades tuberculeux.

Malgré toutes ces mesures, la santé de la population burundaise reste précaire en témoigne le niveau actuel de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement en particulier le taux élevé de la malnutrition chronique qui touche plus d'un enfant sur deux au Burundi (58%)¹.

Ceci est la résultante de plusieurs facteurs dont le manque des moyens pour le financement de la santé. L'objet de la présente étude est justement de faire un état des lieux du financement du secteur de la santé au Burundi.

Cependant, il faut noter que cette étude a souffert des problèmes de collecte de données. En effet, les données relatives aux financements extérieurs ne sont pas disponibles et même le Ministère, qui a en charge les finances publiques, n'a pas de chiffres actualisés et il faut consulter les différents bailleurs pour avoir une idée du volume des financements. Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA est entrain de faire une collecte exhaustive de ces données et dont leur publication permettrait d'avoir une idée globale du financement de ce secteur fortement dépendant de l'extérieur.

La présente analyse met un accent particulier sur le financement des priorités de la santé communautaire et dégage une vue globale de l'affectation des ressources du Budget de l'Etat et les résultats des mesures de politique de santé.

Cette étude présente les points essentiels suivants:

- La déclaration d'ABUJA et la logique du financement;
- La structure du budget national et les parts réservées à la santé;
- L'analyse des investissements prioritaires;
- L'impact des mesures de politique de santé sur les budgets.

Une conclusion et quelques recommandations sont donc à être formulées et adressées au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, au

¹ EDS 2010

Gouvernement, au Parlement du Burundi et aux Partenaires Techniques et Financiers.

1. Contexte et justification

D'après le recensement général de la population de 2008, le Burundi compte une population de 8,05 millions avec une croissance annuelle de 2,4%. La densité est de 310 habitants par Km² en moyenne avec des provinces qui arrivent à 800 habitants par Km²; ce qui fait du Burundi un des pays les plus peuplés du monde. L'indice synthétique de fécondité est de 6,4 enfants par femme, ce qui se traduit par une forte pression sur les ressources naturelles et les services sociaux de base comme l'éducation et la santé.

Du point de vue économique², le Produit Intérieur Brut s'élevait à 1.060 milliards de FBU en 2007, soit 135.802 FBU par habitant (environ 126 US\$). L'enquête QUIBB 2006 estime la pauvreté sur la base d'un seuil de pauvreté alimentaire et non alimentaire à environ 627 FBU par jour et par adulte pour le milieu urbain, tandis qu'il se situe à 525 FBU/jour et par adulte en milieu rural. La part de la population pauvre est de l'ordre de 66,9% au niveau national avec un taux plus élevé en zones rurales (69%) qu'en zones urbaines (34%). Actuellement, le PIB est estimé à 3.700 milliards de Fbu pour une population de 8,8 millions d'habitants soit un 420.000 Fbu (262US\$)³ avec un taux de pauvreté inchangé selon le CSLP II publié en 2012.

Une étude réalisée par MSF en 2004 a montré que 17,5% de ménages n'avait accès aux soins de santé et 81,5% devait s'endetter pour pouvoir se faire soigner. Il ressort de ce constat que la population burundaise en général n'a pas les moyens de se prendre en charge en matière de soins de santé.

² Comptes nationaux de la santé 2007

³ Banque Mondiale (2013), World Development Indicators.

Concernant le domaine de la santé, le système de santé du Burundi est organisé sous forme pyramidale et il s'articule sur 3 niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

Le niveau central est chargé principalement de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la coordination, de la mobilisation et de l'affectation des ressources ainsi que du suivi-évaluation. Le niveau intermédiaire est composé de 17 bureaux provinciaux de santé (BPS). Les BPS sont chargés de la coordination de toutes les activités sanitaires dans les 17 provinces, de l'appui aux districts sanitaires et de la bonne collaboration intersectorielle.

Le niveau périphérique est composé de 45 districts de santé couvrant 64 hôpitaux dont 42 publics, 8 agréés et 14 privés et 807 centres de santé dont 462 publics, 114 confessionnels, 9 associatifs et 222 privés.⁴ Avec ce nombre élevé de structures de santé, le Burundi est parmi les pays qui disposent d'un réseau de soins accessibles géographiquement (80% de la population habite à moins de 5 km du centre de santé).

Cependant, ce réseau ne peut fonctionner correctement que si le pays dispose d'un financement suffisant pour l'acquisition des médicaments, des ressources humaines compétentes et en nombre suffisant, des équipements et des infrastructures adéquats.

Selon les comptes nationaux de santé 2007, la dépense totale de santé est 17,4 USD/habitant/an représentant la moitié des 34 USD recommandés par la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS. Le financement des ménages au titre des paiements directs des soins de santé représente 40% de la dépense totale de santé⁵. Cette situation limite l'accès aux soins pour les ménages particulièrement les plus pauvres qui utilisent plusieurs

⁴ Annuaire statistique des données des centres de santé et des hôpitaux pour l'année 2011

⁵ Comptes Nationaux de Santé, Burundi 2007, Août 2009

stratégies pour faire face à ces paiements de soins et qui aggravent leur précarité (vente de parcelle ou de bétail).

Le secteur de santé a bénéficié de beaucoup de financements ces dernières années dont les principaux bailleurs sont la Belgique, l'Union Européenne, la Banque Mondiale et l'USAID. Ainsi la majorité des provinces sanitaires bénéficient de l'appui des partenaires et quelques appuis institutionnels sont apportés pour le niveau central. De même, le pays ayant bénéficié de l'IPPTE, le budget alloué à la santé a augmenté considérablement bien qu'il n'a pas encore atteint les 15% préconisé par l'OMS et la déclaration d'Abuja.

Cependant, une grande partie de la population n'est couverte d'aucun système d'assurance maladie et n'accèdent pas facilement aux soins même quand ils sont disponibles.

Dans le but de mener des actions de plaidoyer dans le domaine de la santé publique et en vue d'accroître le niveau d'accès des citoyens aux soins de qualité, l'OAG s'est proposé de mener cette étude afin de rappeler les principaux défis du secteur de la santé. Ces derniers sont identifiés à travers cette analyse dont l'essentiel porte sur l'état des lieux du financement de la santé en général et sur le financement des différents aspects du secteur de la santé au Burundi en particulier.

Avec les résultats de l'analyse, l'OAG et ses partenaires dont Christian Aid vont élaborer un plan de plaidoyer pour l'accroissement du budget alloué à la santé jusqu'à atteindre 15% conformément à la Déclaration d'Abuja et pour l'accès de tous les citoyens aux services de santé de qualité.

2. Les objectifs de l'étude

Objectif global

Contribuer à l'amélioration du financement du secteur de la santé et de l'accès des citoyens aux soins de santé de qualité au Burundi.

Objectifs spécifiques

L'étude se propose de mettre en exergue les aspects spécifiques qui concourent à la réalisation de l'objectif général et qui sont:

- Analyser la structure du budget du ministère de la santé à travers les différents aspects du secteur de la santé au Burundi ;
- Faire une analyse comparative entre les investissements prioritaires prévus par la Politique Nationale Sanitaire et le Plan National de Développement Sanitaire et le budget affecté dans le secteur de la santé ;
- Faire une analyse sur le financement des secteurs suivants :
 - la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et des femmes qui accouchent ;
 - la politique de la Carte d'assistance médicale ;
 - la santé communautaire au Burundi ;
- Faire une analyse portant sur le circuit d'approvisionnement et de distribution du médicament ;
- Proposer des améliorations à faire pour que le financement du secteur de la santé soit conforme à la Déclaration d'ABUJA (15% du budget national).

Résultats attendus

Un document d'analyse de l'état des lieux du financement de la santé au Burundi qui comprend :

- La structure du budget du ministère de la santé à travers les différents aspects du secteur de la santé au Burundi ;
- Une analyse comparative entre les investissements prioritaires prévus par la Politique Nationale Sanitaire et le Plan National de Développement Sanitaire et le budget affecté dans le secteur de la santé ;

- Une analyse sur le financement des secteurs suivants :
 - la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et des femmes qui accouchent ;
 - la politique de la Carte d'assistance médicale ;
 - la santé communautaire au Burundi ;
- Une analyse portant sur le circuit d'approvisionnement et de distribution du médicament ;
- Des propositions d'améliorations à faire pour que le financement du secteur de la santé au Burundi soit conforme à la Déclaration d'ABUJA (15% du budget national).

3. Méthodologie

La méthodologie utilisée pour la réalisation de ce travail a été essentiellement la revue de la littérature et le recueil des informations auprès des informateurs clés.

Ainsi les documents de planification et les rapports du Ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida ont été consultés ainsi que les documents du Ministère des finances et de la planification du développement économique.

Aussi d'autres documents comme les documents des projets développés par les partenaires comme le PAISS, PAPSBU Amagara Meza, le PDASS ont été consultés.

Concernant les informateurs clés, il s'agit du personnel de la Direction Générale des Ressources et de la Direction Générale de la Planification du MSPLS ainsi que certains partenaires.

Chapitre I. La déclaration d'Abuja et la logique du financement

La Déclaration d'Abuja signée par les pays membres de l'Union Africaine en 2001 accompagne une série d'autres accords ou résolutions portant sur le financement du secteur de la santé. Ce chapitre analyse le fondement de cette déclaration et les objectifs fixés par d'autres accords qui complètent cette déclaration.

1. Les orientations de la Déclaration

Malgré les évolutions récentes portant sur le financement de la santé en Afrique en général et au Burundi en particulier, force est de constater que les retards sont à constater en termes de taux et même de prépondérance des maladies.

La Déclaration d'Abuja est partie de ce constat d'une population Africaine qui dépasse les 10% des effectifs mondiaux mais qui contient 60% des populations infectées par le VIH/SIDA dans le monde sans oublier d'autres maladies prépondérantes comme le paludisme ou la tuberculose. Il faut noter également que les chiffres alarmants observés ont permis à l'Organisation des Nations Unies de fixer en 2000 huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en partant du constat d'une proportion élevée des pauvres (40%) dans le monde et en se donnant l'Horizon 2015 pour inverser la tendance. Il faut noter que sur les huit objectifs fixés par l'ONU, trois portent sur la santé. Il s'agit de l'OMD numéro trois qui porte sur la *réduction de la mortalité infantile*, l'OMD 4 portant sur *l'amélioration de la santé maternelle* et l'OMD 5 appelé à *Combattre le VIH/SDA, le Paludisme et d'autres maladies*.

La Déclaration d'Abuja (2001) s'inscrit également dans cette logique mondiale de réduction de la pauvreté et d'amélioration de la santé. Les pays de l'Union Africaine réunis à Abuja (Nigéria) qui ont fixé un objectif quantitatif de 15% portant sur le montant total du budget, ont voulu faire des dépenses publiques un instrument d'amélioration de la santé des populations vivant en Afrique.

La Déclaration d'Abuja est partie du constat selon lequel la plupart des pays africains affectent une part faible de leurs ressources internes au secteur de la santé, moins de 10% du budget pour plus de la moitié des pays selon les chiffres publiés par l'OMS.

Les chefs d'État africains se sont réunis du 26 au 27 avril 2001 lors d'un sommet spécial pour faire face aux problèmes de santé posés notamment par le VIH/Sida, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses. Les États africains se sont engagés alors à affecter 15% de leurs budgets totaux nationaux annuels au secteur de la santé tout en demandant aux bailleurs d'accroître leurs flux d'aide notamment en ce qui concerne la remise de dette.

Il faut noter également que cette déclaration intervient au moment où l'OMS avait publié des chiffres montrant que des dépenses de santé par habitant en Afrique se situaient à moins de 34 dollars. Sur la période comprise entre 1998 et 2002, sur 52 pays recensés, seuls quelques pays avaient atteint ce montant. Il s'agit de l'Afrique du Sud, l'Algérie, le Botswana, le Cap Vert, la Côte d'Ivoire, Djibouti, l'Égypte et le Gabon.

Depuis 2001 des efforts ont été fournis pour atteindre les objectifs fixés. Cependant, selon l'OMS, seuls le Rwanda et l'Afrique du Sud ont atteint le seuil de 15% tandis que la Commission de l'Union Africaine qui enregistre des progrès réalisés considère que le Botswana, le Niger, le Malawi, la Zambie et le Burkina Faso ont également réalisé cet objectif.

2. La cohérence entre la Déclaration d'Abuja et d'autres accords

Partant du fait que la plupart des pays africains dépensent très peu pour le secteur de santé, les accords d'Abuja doivent être complétés par d'autres seuils et objectifs internationaux plus ou moins similaires fixés par d'autres accords.

D'après les experts et les professionnels de santé, il est possible d'avoir des résultats plus significatifs en combinant les Objectifs du Millénaire pour le

développement (OMD), notamment l'Objectif portant sur la santé maternelle, et l'objectif fixé par la Commission de macroéconomie et santé. Ce dernier objectif est fixé à 34 dollars pour les dépenses de santé requises par habitant.

En effet, certaines analyses estiment que par exemple les objectifs fixés par la Déclaration d'Abuja ne permettent pas à eux seuls d'atteindre les OMD où les financements requis seraient de l'ordre de 20 à 70 milliards de dollars par an jusqu'en 2015 contre 10 milliards de dollars enregistrés en 2003.

Du 25 au 27 juin 2001, l'Assemblée Générale des Nations Unies adopte la Déclaration d'engagement portant sur le virus de l'immunodéficience humaine et le syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/Sida). Elle s'engage à un renforcement de la coordination et de l'intensification des efforts pour lutter contre cette maladie qui touche 36,1 millions de personnes en 2000 dont 75% sont localisés en Afrique subsaharienne.

Cette Résolution des Nations Unies accompagne également la Déclaration du Millénaire, faite le 8 septembre 2000, le Programme d'action de Beijing et la Conférence internationale sur la population et le développement de 1999.

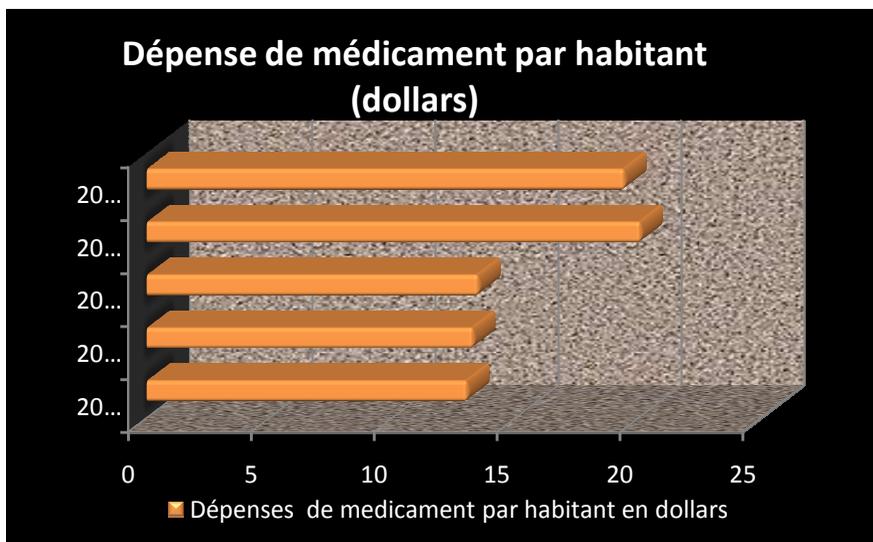
3. Analyse de la conformité du financement de la santé

Pour la plupart des données rapportées par l'OMS sur la région africaine, les dépenses publiques par habitant ont augmenté pour se situer autour de 15 dollars mais les chiffres de l'Union Africaine les situent entre 25 et 27 dollars; ce qui fait qu'au moins 20 pays sur les 53 qui composent le continent africain, s'approchent du seuil des 34 dollars de la commission Macroéconomie et santé de l'OMS, tandis que six pays auraient atteint le seuil des 15%.

Pour le cas du Burundi, le graphique présenté en bas montre que malgré des efforts considérables consentis pour les dépenses de santé, les chiffres portant sur les dépenses en médicaments montrent que les objectifs ne sont pas encore atteints. Le seuil des 34 dollars n'est pas encore atteint tout en

sachant que les données utilisées estiment la population Burundaise à 8,8 millions et les dépenses en médicaments sont chiffrées à 246 milliards, soit 28 mille par habitant ou 19 dollars à la fin de l'année 2012.

Graphique n°1 : Evolution des dépenses en médicaments par habitant



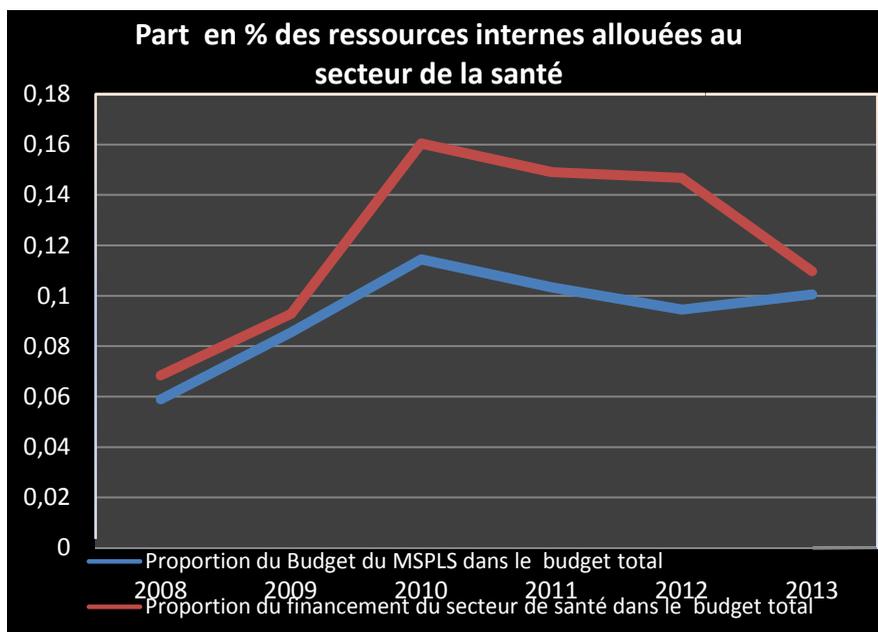
Source : MSPLS, Documents internes, 2013.

En fin de compte, malgré de multiples accords signés dans le secteur de la santé, il subsiste des écarts considérables entre les ressources affectées et les dépenses à couvrir. Que ce soit au niveau des ressources locales affectées par le Budget de l'Etat ou au niveau des ressources octroyées par les bailleurs de fonds, le Burundi comme la plupart des pays africains n'atteindra pas certains seuils fixés aux horizons figurant dans les Déclarations. La Déclaration d'Abuja qui est venu renforcer la réalisation et l'atteinte des OMD n'a pas encore abouti aux résultats escomptés au bout d'une décennie.

Les données reportées dans le graphique n°2 montrent que la part du Budget de l'Etat réservée à la santé, que ce soit à travers le Budget du

Ministère de tutelle ou à travers tous les ministères qui touchent ce secteur, la proportion est faible et se situe en deçà de 15% sauf pour l'année 2010. Il convient de noter que par période, cette part est croissante sur la période 2008-2010 et semble diminuer durant la période 2011-2013.

Graphique n°2 : Part du Budget de l'Etat affectée à la santé.



Source : Loi de finances, 2008 – 2013

Enfin de compte, la proportion de 15% fixée par la Déclaration d'Abuja n'a pas été atteinte par le Budget de l'Etat financé par les ressources propres comprenant les dons budgétaires. Ceci nous amène à conclure que l'insuffisance des ressources propres de l'Etat pour financer le secteur santé est largement compensée par les financements extérieurs.

Ainsi, le manque de financements dans le secteur de santé auquel il faut ajouter les problèmes récurrents de gestion rationnelle font que le système de santé n'arrive pas à atteindre les objectifs fixés que ce soit sur le plan

interne ou sur les accords signés dans le cadre international. Il est possible de supposer que, avec l'annulation de la dette de 2009 et la hausse des flux d'aide, l'Etat Burundais pourrait conclure des accords de financement avec les bailleurs extérieurs pour financer de manière substantielle un secteur aussi prioritaire que la santé.

Le Chapitre Deux montre comment le Budget de l'Etat est structuré et les proportions réservées au secteur de santé.

Encadré n°1.

La Déclaration d'Abuja a été signée par les chefs d'Etats Africains réunis du 26 au 27 avril 2001 au Nigéria lors d'un sommet spécial dédié aux problèmes de santé posés comme le VIH/sida, la tuberculose, la Malaria et bien d'autres maladies. Il faut noter qu'à cette période, le VIH/SIDA fait des ravages en Afrique plus qu'ailleurs. En s'associant aux Nations Unies pour affecter plus de ressources à la santé, les Etats africains ont voulu montrer qu'ils partagent le même combat dans lequel ils sont les principaux bénéficiaires, et en fixant un taux de 15% de leurs budgets nationaux annuels affectés au secteur de la santé, ils ont voulu montrer que l'engagement ne pouvait pas rester lettre morte.

L'histoire récente montre que, malgré la remise de la dette à laquelle la plupart des pays africains ont bénéficié, très peu de pays ont atteint cette proportion. Le Burundi comme la plupart d'autres pays et à l'exception d'une dizaine de pays dont le Rwanda et l'Afrique du Sud, les ressources du Budget National affectées au secteur de santé ne dépassent que faiblement les 10%. Le Burundi semble avoir fait des progrès, mais n'a pas atteint l'objectif fixé par la Déclaration d'Abuja. Dans les faits, avec une part du budget National de l'Etat consacré au secteur de la santé situé à plus de 10% depuis 2009 pour atteindre les 15% en 2010 pour diminuer par la suite, l'Etat Burundais semble avoir florié l'objectif avant de reculer par rapport à ses engagements dans ce secteur, une excuse qu'il pourrait sans doute

situer dans le plafonnement de ses ressources internes, la croissance économique observée ayant été très faible.

Chapitre II. Structure du budget national et parts réservées aux services de sante

Introduction.

Le secteur de Santé occupe une place importante dans l'économie burundaise. Dans le Rapport du CSLP-II publié au mois de Janvier 2012, la santé constitue un axe prioritaire (axe numéro trois sur les quatre prévus) avec cependant un budget annuel qui ne traduit pas cette priorité. En effet, avec un montant de 80 milliards pour le ministère de tutelle auquel il faut ajouter d'autres financements du secteur, la part totale qui est attribuée au secteur de santé au Burundi n'est que de 10% pour l'année 2013. Cette part est faible par rapport à celle de 2012 qui était de 14% et semble par conséquent s'écarter des 15% signés dans la Déclaration d'Abuja.

Les défis et les besoins sont, certes, énormes et l'analyse de ce chapitre permet de se faire une idée sur les priorités nationales et les financements de ce secteur clé de la vie des populations.

1. Présentation du Budget Général de l'Etat

Avant de présenter les parts du Budget de l'Etat réservées aux services de santé, il convient de rappeler que, au courant du mois de Juillet 2013 il y a eu révision budgétaire.

En effet, en date du 04 juillet 2013, le Gouvernement du Burundi constate une baisse des ressources de l'Etat de 49 milliards et introduit de nouvelles taxes sur certains produits. Les ressources du budget révisé se portent dès lors à 1321,2 milliards (au lieu de 1321,6 milliards) et les Dépenses sont portées à 1376,1 milliards (au lieu de 1389,9 milliards). L'impact de cette révision est la baisse du déficit qui est fixée à 54,8 milliards (au lieu de 68 milliards) ; autrement, le budget révisé ne s'écarte pas de manière sensible de celui qui est prévu. Les aménagements internes au sein des ministères

sont donc peu perceptibles. Notre analyse se base sur les chiffres déjà publiés en début d'année où le Budget se présentait comme suit :

Tableau n°1 : Le Budget Général de l'Etat pour les exercices 2011, 2012 et 2013 en milliards de Fbu.

Rubrique	Budget de 2013	Budget (révisé) de 2012	Budget de 2011
I. RESSOURCES	1 321,6	1 123,2	927,3
dont			
Produits fiscaux	577,9	522,7	432,6
Produits non fiscaux	61,9	37,7	25,2
Dons	645	523,2	469,1
II. DEPENSES TOTALES	1 389,9	1 196,8	1 026
Dépenses courantes (dont les salaires)	666 (303)	617,5 (288,7)	573,02 (272,4)
Dépenses en capital et prêts nets	723	579,3	451,15
III. Déficit global avec dons (II – I)	68	73,6	98,7

Source : Loi de Finances 2011, 2012 (Révisé) et 2013.

Comme il est déjà souligné, le budget révisé est légèrement réduit en ce qui concerne les ressources mais l'impact sur les dépenses pourrait s'avérer important surtout en ce qui concerne les dépenses des secteurs prioritaires comme la santé. En effet, dans la structure du budget national, les parts allouées aux services de santé sont élevées, et le manque de ressources provenant par exemple des dons (dont les parts sont importantes) pourrait affecter sensiblement le secteur.

2. Parts allouées aux services de santé dans différents budgets.

Bien qu'il occupe une place importante sur le plan économique notamment dans le document du Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) ; les services de santé souffrent probablement d'un manque de financement adéquat compte tenu des besoins exprimés. Le tableau n°1 décrit les

prévisions du Ministère de la Santé Publique et la Lutte contre le Sida (MSPLS) comme suit :

Tableau n°2 : Budget Programme du MSPLS (en milliards de Fbu)

2013			2014			2015		
Fonctionnement	Investissement	Total	Fonc	Inv	Total	Fonc	Inv	Total
269 946,4	36 280,2	306 226,5	356 506,8	41 534,9	398 041,8	361 407,4	9 414,1	370 821,4

Source : CDMT, Budgets Programmes (2012-2015)

Avec les prévisions du Budget Programme du CDMT, il apparaît clairement que le financement prévu de plus de 300 milliards est largement suffisant. Cependant, dans les faits, la réalité est tout autre. Le tableau suivant décrit la mobilisation prévue à l'issue de la conférence de Genève (Octobre 2012) et confirmée récemment lors du suivi de la conférence des bailleurs (15 Juillet 2013)

Tableau n°3 : Mobilisation des financements selon la conférence de Genève en milliards de BIF.

Rubriques	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Recettes internes	538,6	637,5	726,1	809,7	2711,9
Engagements des bailleurs	561,5	664,2	666,7	677,6	2570
TOTAL	1100,1	1301,7	1392,8	1487,3	5281,9

Source : CSLP-II/PAP/CDMT.

Le tableau n°3 montre que les prévisions sont élevées au niveau du budget national de l'Etat avec un effet de s'écarter des prévisions de court terme. Les ressources internes du budget estimées à 637 milliards sont revues à 577 milliards dans la Loi de Finances de 2013.

Le tableau suivant se réfère aux prévisions des trois dernières années et au budget de 2013 qui prévoit un budget du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida d'un montant de 80 milliards sur un total de 1321 milliards de ressources totales.

Tableau n°4 : Budget de l'Etat et dépenses réservées au secteur de santé.

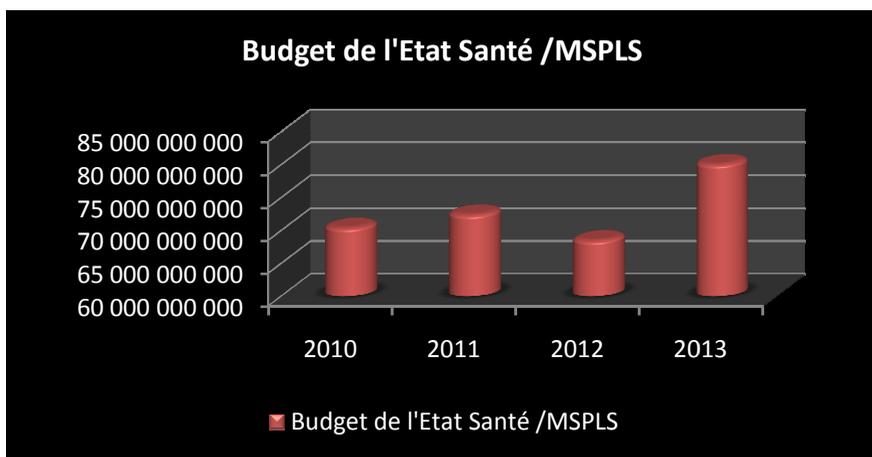
Libellés	2010	2011	2012	2013
Budget de l'Etat /sans dons en capital (I)	614 939 305 127	700 074 776 311	724 423 046 261	795 998 896 297
Budget de l'Etat Santé /MSPLS	70 365 503 005	72 364 365 043	68 453 546 620	80 035 262 676
Budget de MSPLS % du Budget (I)	0,11	0,10	0,09	0,10
Financement du secteur santé/Gouvernement	95 152 832 899	100 201 066 192	101 499 147 844	81 662 517 589
Financement de santé en % du Budget de l'Etat	0,15	0,14	0,14	0,10
Financement total de la santé (gvt et PTFs)	267 902 718 916	274 839 877 594	234 997 241 240	330 351 463 049
% du Partenaires (PTF)	0,64	0,64	0,57	0,75
Dépenses par habitant (santé) en dollars	7,57	7,79	7,71	6,05
Revenu national en dollars	2 084 479 768	2 295 822 077	2 518 819 324	2 683 242 815

Source : MSPLS, 2013, Documents internes ; Ministère des Finances et de la PD, CDMT, Loi de finances ; Banque Mondiale, Rapport sur le Développement

Les données présentées dans le tableau n°4 démontrent que malgré un budget de l'Etat assez élevé pour l'exercice 2013 contre des ressources disponibles, la part réservée au secteur de la santé ou celle attribuée au Ministère de tutelle (MSPLS) reste en dessous du seuil fixé de 15% selon les accords d'Abuja. Le pourcentage moyen accordé au Ministère est de 10% sur le budget de 2013 et des trois dernières années par rapport au total du budget total sans les dons en capital. En ramenant les 80 milliards au total de tout le budget de l'Etat (1321 milliards), le taux est plus réduit et se situe à 6% loin des objectifs fixés pour ce secteur.

Cependant, en observant la tendance des récentes dotations budgétaires (2010-2013), il y a lieu de constater une évolution positive qui peut laisser penser que le seuil souhaité pourrait être atteint. Le graphique présente les budgets du Ministère de tutelle sur une période de quatre ans.

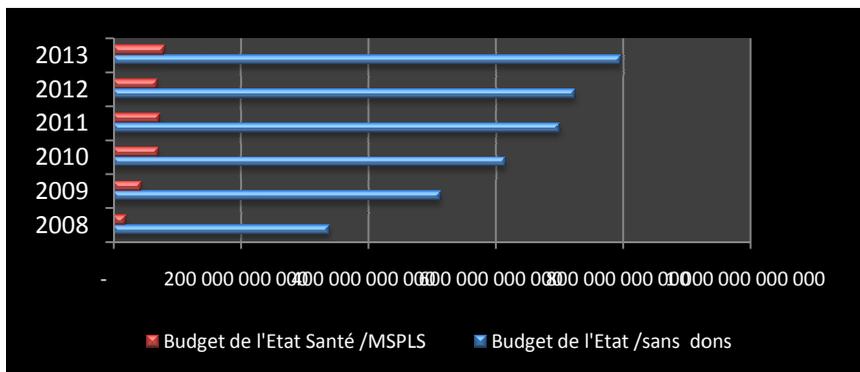
Graphique n°3 : Budget de l'Etat affecté au Ministère de la Santé en Fbu.



Le graphique suivant fait une comparaison entre le budget de l'Etat (sans dons en capital) et le budget du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA. Il faut noter une tendance à la croissance du budget de l'Etat (sans dons en capital) qui dépasse les 500 milliards de Fbu dès 2009, pour se situer à 700 milliards en 2011 puis 796 milliards en 2013. Vu sous cet angle,

l'on constate que malgré une hausse du budget de l'Etat celle du Ministère de la santé n'augmente que dans les mêmes proportions et reste à 10%.

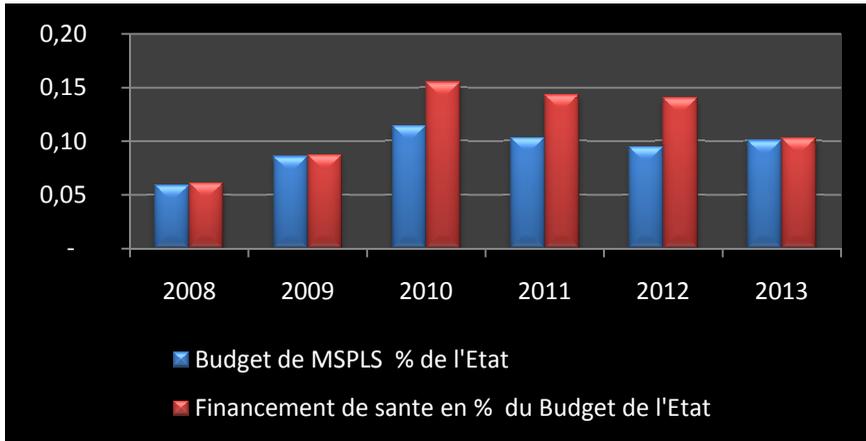
Graphique n°4 : Evolution des Budgets de l'Etat (sans dons en capital) et du MSPLS (Fbu)



Source : Loi de finances, de 2010 à 2013.

Les données représentées dans ce graphique portent sur les budgets du Ministère de la santé (MSPLS). Toutefois, il faut noter que le budget de l'Etat finance aussi d'autres services de santé en dehors de ceux du Ministère.

Graphique n°5 : Evolution comparée des parts du budget de l'Etat réservées au secteur de la santé et au MSPLS entre 2008 et 2013 en %.



Source : Loi de finances (2008-2013).

La présentation faite dans le graphique N°3 qui suit montre que le financement du secteur de la santé sur le budget de l'Etat (sans les dons en capital) durant les six dernières années représente une part de 10% (en 2013) et elle est supérieure à 14% entre 2010 et 2012 tout en sachant qu'en 2010, cette part était de 15%.

L'on peut conclure que pour la première fois, le taux de 15% a été atteint si on se limite à ce taux qui ne tient pas compte de tout le budget. Celui-ci a probablement l'avantage d'être plus proche du budget exécuté, ce qui donne un sens à la proportion reportée.

3. Les principaux financements.

Compte tenu des engagements pris lors des différentes réunions des bailleurs, en commençant par la remise de la dette de 2009 puis celles de 2012 (Octobre) ou de 2013 (Juillet) les financements en faveur des populations pauvres se sont accrues. Les financements visent à réduire les

taux de morbidité et de mortalité déjà assez élevés portant sur les couches de populations faibles et vulnérables. Les données du CSLP-II montrent que les taux de mortalité les plus élevés portent sur la mortalité infantile (59‰ en 2010), la mortalité infanto juvénile (96‰) ou maternelle (866 sur 100,000 nouvelles naissances) et un taux de prévalence VIH/SIDA de 2,97%. Par conséquent, les financements suivent les statistiques de morbidité et de mortalité.

Tableau n°5 : Principaux financements par type de maladie.

	Montant 2013	% des ressources	Ressources extérieure	% de toutes les ressources extérieures
VIH/SIDA	72 184 613 160	22%	70 234 173 000	28%
Paludisme	53 644 770 500	16%	53 618 770 500	22%
Santé Maternelle	29 459 893 881	9%	27 782 961 101	11%
Tuberculose	2 868 256 500	1%	2 843 236 500	1%
Autres	171 105 500 682	52%	94 748 630 946	38%
Provenance		100%	243 288 945 460	100%
MSPLS	80 035 262 676	26%		
Les autres ministères	7 330 055 245			
PTFs	243 288 945 460	74%		
Total	330 654 263 381	100		

Source : Calculs faits à partir des données de la Loi de finances 2013 et du MSPLS, Rapports.

Ce tableau montre que les financements extérieurs dans le secteur de la santé sont plus élevés que ceux provenant des ressources internes. En 2013, sur les 336 milliards de Fbu prévus, 249 milliards proviennent des ressources extérieures, seules 80 milliards proviennent des ressources affectées au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS). Les dépenses de tout le budget du secteur sont affectées

principalement à la lutte contre le VIH/SIDA (22%), à la lutte contre le Paludisme (16%) et à protéger la santé maternelle (9%).

Enfin de compte, on peut constater que le financement du budget de l'Etat a connu une évolution ascendante ces dernières années suite aux dons octroyés par les bailleurs internationaux. Cependant, la part attribuée par l'Etat sur ses ressources propres au secteur de la santé n'a pas connu la même tendance à la hausse. Les taux se situent à moins de 15% et le financement additionnel ne vient que de la part des partenaires financiers. Par conséquent, le financement des priorités dans ce domaine reste une question délicate.

Encadré n°2

L'Etat Burundais affecte moins de 15% de ses ressources au secteur de santé et s'écarte de ses engagements pris lors du Sommet des Chefs d'Etats d'Afrique à Abuja en 2001. Une analyse du budget national démontre que malgré son augmentation annuelle, celui de la santé ne suit pas le même rythme, raison pour laquelle il faut probablement remettre en cause le niveau d'engagement du Gouvernement dans ce domaine. En effet, une analyse dynamique du budget de l'Etat Burundais montre que les ressources affectées au secteur de la santé sont de l'ordre de 81,6 milliards de Fbu en 2013 sur un budget révisé totalisant de 1376 milliards de Fbu. Les années antérieures, ce montant était de 101,9 Milliards en 2012 soit 14% du budget total sans les dons en capital, et était respectivement de 100 Milliards et 95 milliards en 2011 et 2010, soit une proportion de 14% et 15%. En fixant une part réservée au secteur de la santé à 10% du budget national hors dons en capital, le Gouvernement a probablement hypothéqué les chances d'atteindre les objectifs fixés dans le CSLP-II dans le secteur de la santé. Néanmoins, le constat est que le budget de l'Etat est toujours en hausse d'une année à une autre, hors dons en capital le budget est passé de 614 milliards de Fbu à 796 milliards de Fbu entre 2010 et 2013. En d'autres termes, les engagements dans le secteur de la santé sont revus à la baisse alors que les défis sont encore énormes.

A l'horizon 2015, selon les prévisions du Cadre des Dépenses à Moyen Terme, les ressources affectées devraient être plus élevées. Le constat est que les engagements des bailleurs extérieurs sont élevés et sur un montant total de 330 milliards de Fbu affecté à la santé en 2013, ces bailleurs contribuent pour 75% dont 40% sont alloués au VIH/SIDA et au paludisme. Cette contribution vient combler le manque de ressources provenant des ressources internes mais l'orientation des fonds externes vers certains programmes de lutte contre les maladies que d'autres démontre que l'engagement de l'Etat est encore requis dans l'atteinte des objectifs fixés.

Chapitre III. Analyse des investissements prioritaires prévus dans la politique nationale de sante et les plans nationaux de développement sanitaire i et ii.

1. Les axes stratégiques de la Politique Nationale Sanitaire et des Plans Nationaux de Développement Sanitaire I et II

La politique nationale de santé a été élaborée en 2005 et couvre une période de dix ans. Les axes stratégiques sont ⁶:

- L'intensification des interventions de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles en particulier le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA ;
- La réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
- La réduction de la mortalité infanto juvénile ;
- La réduction de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans ;
- L'accroissement de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé ;
- L'amélioration de l'offre des soins (ressources humaines, infrastructures et équipements, médicaments et consommables, etc.)

Cette politique a été mise en œuvre à travers le plan national de développement sanitaire 2006-2010 (PNDS I) et le plan national de développement sanitaire 2011-2012 (PNDS II).

Pour le PNDS 1 quatre objectifs généraux ont été définis :

- Réduire la mortalité maternelle et la mortalité néonatale ;
- Réduire le taux de mortalité infantile et juvénile ;
- Réduire la prévalence des maladies transmissibles et non transmissibles ;

⁶ Politique nationale de santé 2005-2015

- Renforcer la performance du système national de santé.

Ces objectifs sont conformes aux objectifs mondiaux et régionaux en matière de santé comme les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et les priorités sanitaires du NEPAD (New Economic Partnership in Africa for Development).

Pour le PNDS II 9 axes stratégiques prioritaires ont été identifiés⁷:

- Renforcement des prestations de soins et de services de santé (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) de qualité à tous les niveaux du système de santé ;
- Renforcement de la gestion des ressources humaines disponibles ;
- Amélioration de la production des ressources humaines ayant les qualifications requises ;
- Disponibilité des médicaments et autres produits de santé de qualité et leur accessibilité ;
- Amélioration de la couverture en infrastructures sanitaires et équipements ;
- Augmentation du financement du secteur santé et amélioration de son utilisation ;
- Renforcement et pérennisation du FBP associé à la gratuité des soins ;
- Renforcement de la Gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé ;
- Renforcement du système d'Information Sanitaire, de la Planification et du suivi et évaluation.

L'élaboration du PNDS II s'est basée sur les 6 piliers du système de santé tel que proposé par le rapport de l'OMS 2008⁸. Un bon système de santé doit offrir à la population des prestations de soins et des services de santé de bonne qualité et accessibles à tous. Pour cela des ressources sont

⁷ PNDS 2011-2015

⁸ Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais. Rapport de l'OMS 2008

nécessaires pour la mise en œuvre de ces prestations (ressources humaines, les médicaments, les infrastructures et les équipements, le financement, un système d'information sanitaire efficace, etc.). Tous ces éléments sont soutenus par une gouvernance et un leadership à tous les niveaux.

Dans le domaine du renforcement de soins et de services de santé (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) à tous les niveaux du système de santé les actions prioritaires sont :

- L'amélioration de la Santé de la mère et de l'enfant ;
- La lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
- Le renforcement de la lutte contre le VIH/ SIDA dans une approche multisectorielle ;
- Le renforcement des actions de lutte contre la malnutrition.

Aussi bien dans la politique nationale de santé que dans le PNDS I et le PNDS II les priorités sont l'amélioration des services de santé en vue de la réduction de la mortalité maternelle, de la mortalité infantile et de la réduction de la mortalité liées aux principales endémo épidémies dont le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.

2. Analyse des actions prioritaires du secteur de santé

Comme le montrent les différents axes stratégiques de la PNS et des PNDS I et II, la planification du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida se réfère aux Objectifs du Millénaire pour le Développement définis en 2000 lors du sommet du Millénaire des nations Unies. Ces OMD se déclinent en huit objectifs dont trois concernent la santé. Ces objectifs sont: (1) réduire l'extrême pauvreté et la faim ; (2) assurer l'éducation primaire pour tous ; (3) promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; (4) réduire la mortalité infantile; (5) améliorer la santé maternelle ; (6) combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies (7) préserver l'environnement et (8) mettre en place un partenariat mondial pour le développement, et tout cela à l'horizon 2015.

2.1. Niveau des indicateurs de santé en rapport avec les OMD 4,5 et 6

a) Mortalité infantile

Malgré les progrès enregistrés depuis la fin des hostilités au Burundi, la situation sanitaire reste préoccupante et le Burundi risque de ne pas atteindre les objectifs du millénaire pour le développement. En effet, selon l'enquête démographique et de santé effectuée en 2010, le taux de mortalité des enfants est de 96 décès pour 1000 naissances alors qu'il était de 203 décès pour mille en 1990 tandis que celui des enfants de moins d'un an est de 59 décès pour 1000 naissances alors qu'il était de 118.4 pour 1000 naissances vivantes en 1990. L'objectif jusqu'à 2015 est respectivement de 61 décès pour 1000 naissances pour les enfants de moins de cinq ans et de 34 décès pour 1000 naissances pour les enfants de moins d'un an.⁹

Cette situation globale cache des inégalités sociales parfois très importantes. En effet, la mortalité des enfants au Burundi varie selon certaines caractéristiques socio-économiques qui sont¹⁰ :

- Le milieu de résidence : Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en milieu rural est supérieur à celui du milieu urbain (131 ‰ contre 79 ‰).
- Les régions : La région Nord présente les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans les plus élevés (155 ‰). A l'opposé, c'est à Bujumbura-Mairie que ces taux sont les plus faibles (69 ‰).
- Les enfants dont la mère n'a aucune instruction courent un risque plus élevé de mortalité que ceux dont la mère a un niveau primaire ou secondaire, avec des taux de mortalité des moins de 5 ans respectivement de 141 ‰, 118 ‰ et 47 ‰.
- Les ménages du quintile le plus pauvre, le quotient de mortalité des enfants de moins de 5 ans est estimé à 152 ‰ contre 80 ‰ dans les ménages du quintile le plus riche.

⁹ Rapport OMD 2012: PNUD

¹⁰ Les données de ce chapitre 2 proviennent de l'Enquête Démographique et de Santé, EDS 2010

- L'âge de la mère à la naissance : Le risque de décéder de l'enfant est plus élevé quand la mère avait moins de 20 ans à la naissance de l'enfant (taux de mortalité infantile de 122 ‰ pour les enfants nés de mère de moins de 20 ans contre 77 ‰ pour les enfants nés de mère plus âgée).

Les principales causes des décès des enfants de moins de 5 ans au Burundi sont les causes néonatales (31%, y compris la prématurité/faible poids à la naissance, l'asphyxie et les infections), la pneumonie (17%) et la diarrhée (14%) ; viennent ensuite le VIH/SIDA (6%) et le paludisme (4%). D'autre part, on estime que plus d'un tiers des décès d'enfants sont imputables à la malnutrition. Au Burundi 58% des enfants de moins de 5 ans sont des malnutris chroniques¹¹.

De ce fait, la réduction de la mortalité infantile et juvénile est tributaire de la performance du pays dans les autres OMD, notamment la réduction de l'extrême pauvreté et de la faim, l'amélioration de la santé maternelle, la lutte contre le VIH/SIDA et le paludisme, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement et le niveau d'éducation des mères.

b) Mortalité maternelle

La mortalité maternelle a diminué de 54,5% entre 1990 et 2010 puisqu'elle a passé de 1100 décès pour 100 000 naissances vivantes à 499 décès pour 100 000 naissances vivantes selon l'enquête démographique et santé de 2010. Si cette tendance continue, la probabilité d'atteindre l'objectif du millénaire pour le développement pour cette composante est élevée soit 275 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2015.¹²

Selon l'évaluation des besoins en SONU faite en 2010, les décès maternels sont dus principalement aux complications obstétricales directes telles que les hémorragies, les dystocies et les infections. L'hémorragie est la cause la

¹¹ Enquête Démographique et de Santé, EDS 2010

¹² Rapport OMD 2012: PNUD

plus fréquente des décès maternels, et l'hémorragie du post-partum occupe plus de 72% des cas d'hémorragie.

Le taux d'accouchement dans les structures de soins a progressé de 17,8% à 64% entre 2000 et 2010 et le taux de contraception est passé de 2,7% à 25% entre 2000 et 2012 semblent avoir influencé positivement la réduction de la mortalité maternelle¹³.

c) La lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose Le VIH/SIDA

Selon l'enquête de séroprévalence réalisée en 2007, la Séroprévalence moyenne était de 2.97% au sein de la population de 18 ans et plus avec une prédominance féminine. Selon l'EDS 2010, la séroprévalence est estimée à 1.4% dans la population de 15 à 49 ans. La même enquête montre que la prévalence chez les femmes de 15 à 24 ans est de 0.8% alors qu'elle était de 3.5% en 2007.

Les mêmes tendances à la diminution de la séroprévalence s'observent au niveau des groupes à haut risque comme les hommes en uniforme où la séroprévalence est passée de 2.9 en 2007 (enquête BSS 2007) à 0.4% en 2011 (Enquête BSS 2011), les professionnels de sexe où la séroprévalence est passée de 37.7% à 19.8% selon les mêmes enquêtes.

Malgré ces progrès, il faut noter que des efforts supplémentaires restent nécessaires pour faire face à la progression préoccupante de l'épidémie en zone rurale où vivent plus de 90% de la population et améliorer les couvertures des interventions clés contenues dans le plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida 2012-2016. A titre illustratif, un des résultats attendus de ce plan est de porter la couverture en ARV à 90% chez les adultes et les enfants au moment où cette dernière se situe encore à 43.1% chez l'adulte et 13.7% en 2011 chez les enfants de moins de 15 ans (Estimation Spectrum 2011). Il est aussi urgent de parvenir à l'élimination de

¹³ Rapports PNSR 2012

la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Or, la couverture PTME reste encore assez basse malgré quelques progrès enregistrés (en 2011, seuls 38.12% des femmes enceintes avaient accès aux ARV).¹⁴

Le Paludisme

Le paludisme représente 74,7% de l'ensemble des consultations externes enregistrées dans les formations sanitaires en 2010 et 62,6% dans la tranche d'âge des enfants de moins de 5 ans. Les données disponibles pour la période de 2000-2010 montrent une évolution en dents de scie sous l'influence d'une combinaison de facteurs parmi lesquels une amélioration de la fréquentation des structures de soins consécutive aux mesures de gratuité des soins aux moins de cinq ans (2006) et des anti paludiques de première ligne à toutes les catégories de malades.

Quant au taux de décès dû au paludisme, il se situait à 1.9% en 2006 contre 7.6% en 1990 (ISTEEBU). La mortalité proportionnelle liée au paludisme chez les moins de 5 ans est de 36% en 2010 et un taux de létalité hospitalière de 0.09%.

Avec les efforts fournis depuis 2009 en matière de couverture universelle à travers la distribution gratuite de moustiquaires imprégnés durant les campagnes et les services de routine, la proportion d'enfants de moins 5 ans et celle des femmes enceintes qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticides est respectivement de 45.2% et 49.7% (EDS 2010) alors que ces indicateurs étaient de 8.3% et 16% en 2005 (MICS 2005). Cependant, des efforts doivent être menés pour promouvoir leur utilisation régulière dans les ménages.

La Tuberculose

Si on tient compte du risque annuel d'infection, la prévalence de la tuberculose au Burundi serait de 212 cas pour 100.000 habitants en 2009,

¹⁴ PSN 2012-2016

239 cas pour 100.000 habitants en 2000 et 162 cas pour 100.000 habitants en 2010. Ces chiffres restent en deçà de la réalité car le taux de détection pour l'exercice 2011 est de 47%, encore loin de la cible de 70%, fixée par l'OMS. La tuberculose touche essentiellement la tranche d'âge de la population productive de 15-44 ans, ce qui constitue un frein à la lutte contre la pauvreté et au développement en général¹⁵.

La lutte contre cette maladie est actuellement rendue difficile par deux nouveaux défis qui sont la coïnfection tuberculose/VIH (26 % des malades tuberculeux sont en même temps coinfectés par le VIH (Enquête de séroprévalence du VIH chez les tuberculeux 2007) et la tuberculose multi résistante où en moyenne 20 cas de tuberculose multi résistante sont diagnostiqués chaque année.

Malgré ces résultats encourageants, plusieurs contraintes sont à relever:

- Le manque de ressources humaines qualifiées dans le secteur de la santé : on estime que le pays compte 1 médecin pour 19.231 habitants¹⁶ (la norme de l'OMS est de 1/10000) et la majorité de ces médecins travaillent en ville alors que plus de 90% de la population vit en zone rurale ; un infirmier pour 1,349 habitants (la norme de l'OMS est de 1/3000) mais la majorité de ces infirmiers sont sous qualifiés (niveau A3). Ceci est aggravé par un taux de rotation élevé du personnel à tous les niveaux. Certains profils de personnel que sont prévus dans les normes sanitaires n'existent pas sur le marché de l'emploi;
- La mentalité toujours pro-nataliste qui encourage les grossesses trop précoces, trop nombreuses, trop rapprochées et trop tardives;
- Le faible accès aux services de planification familiale particulièrement dans les zones couvertes par les formations sanitaires gérées par les confessions religieuses qui n'offrent pas les méthodes contraceptives modernes;

¹⁵ Rapport PNLT 2011

¹⁶ Plan National de Développement Sanitaire PNDS II

- La croissance démographique élevée en déphasage avec la croissance économique du pays qui entraîne une forte pression sur les structures économiques et sociales.

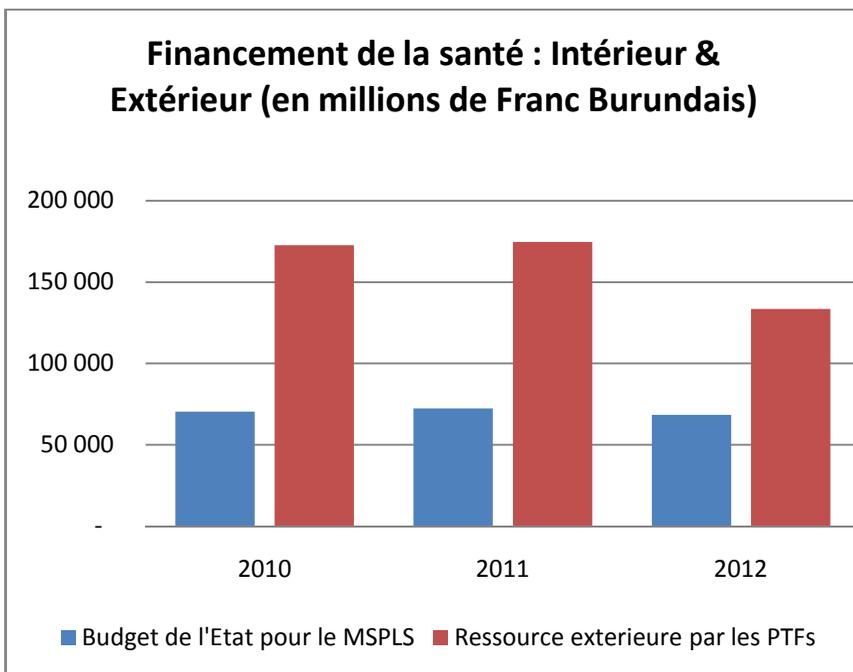
2.2. Financement des actions prioritaires

a) Vue d'ensemble du financement de la santé

Avec les fonds IPPTE, le budget de l'Etat consacré à la santé a augmenté de 2% à 10% de 2005 à 2010. Concernant le financement de la santé, il faut savoir que 2/3 des ressources utilisées dans le domaine de la santé proviennent de l'extérieur ; l'Etat ne contribuant que pour 30% seulement.

C'est ainsi que le budget qui finance les programmes provient essentiellement des Partenaires Techniques et Financiers cités plus haut. Le graphique suivant montre la proportion de la contribution de l'Etat dans les ressources totales allouées à la santé pour les années 2010 à 2012.¹⁷

¹⁷ Direction générale de la planification du MSPLS



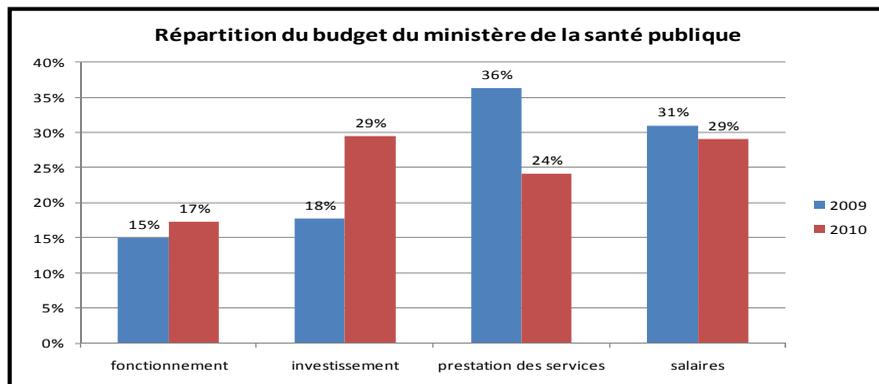
Graphique n°6: Financement intérieur et extérieur du secteur de la santé

Il faut noter le niveau de l'ensemble de ces ressources presque égal aux besoins de financement du PNDS II pour cette période et aux montants du CDMT 2011-2013.

Concernant le budget de l'Etat financé par les ressources nationales, il est utilisé pour l'année 2010 pour environ 30% pour les salaires, 17% pour le fonctionnement, 29% pour les investissements et 24% pour les prestations de service. Jusqu'à présent sa structuration n'est pas compatible avec les grandes orientations du PNDS II puisqu'il complète les fonds des PTFs alors que cela devrait être le contraire.¹⁸

¹⁸ PNDS II

Après les salaires et le fonctionnement qui consomment la moitié du budget, le faible montant qui reste ne peut pas couvrir les besoins du MSPLS. Il faut noter que le budget qui couvre les prestations de service comprend le budget consacré à la gratuité des soins comme on le verra plus loin.



Graphique n°7: Répartition du budget du Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA

a) Les programmes de santé

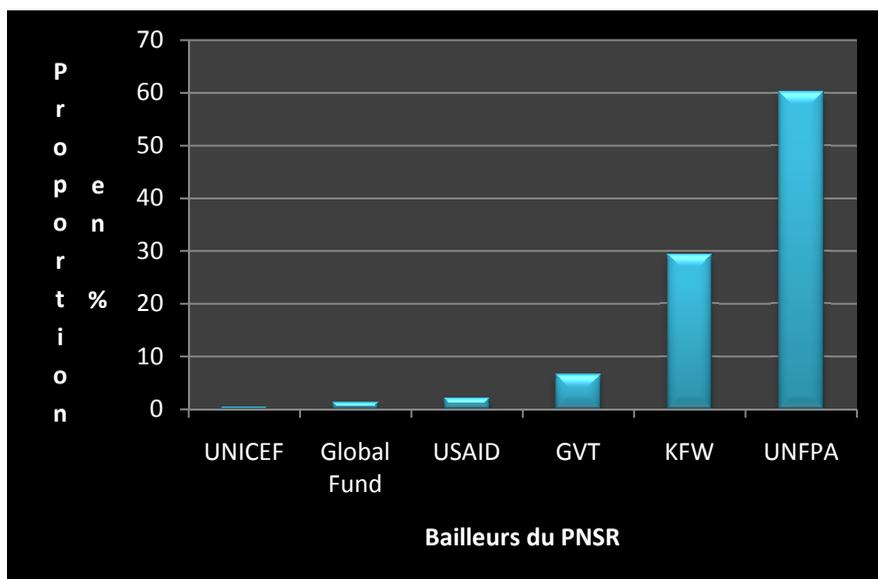
Malgré le fait que les priorités en matière de santé soient définies, le Gouvernement consacre peu de moyens pour leur réalisation. En effet, pour tous ces programmes prioritaires, on constate une faible participation du Gouvernement dans le financement des activités clés de la survie de l'enfant comme l'acquisition des vaccins et des contraceptifs, l'approvisionnement en médicaments antirétroviraux, les antipaludiques, les antituberculeux et les tests de dépistage du VIH, les intrants nutritionnels, les moustiquaires imprégnées d'insecticide etc. Pour tous ces produits, il y a une dépendance exclusive aux sources externes de financement des bailleurs bilatéraux et multilatéraux.

A titre d'exemple, le contrôle de la croissance démographique a été déclaré une priorité nationale, mais la contribution du Gouvernement au Programme National de la Santé de la reproduction en 2012 n'a été que de 6,6%. Sur un budget global de plus de 10 milliards de BIF consacré au financement de ce

programme, le gouvernement a contribué pour presque 700 millions de BIF. Le tableau ci-dessous montre les proportions des contributions dans le budget 2012 du PNSR.¹⁹

Il en est de même pour le programme de vaccination, le programme de lutte contre le VIH/SIDA, le programme de lutte contre le paludisme où la contribution du gouvernement se limite exclusivement au paiement des salaires des fonctionnaires et quelques contributions pour l'achat de certains intrants.

Graphique 8: Contributions financières des partenaires du PNSR année 2012



b) Les soins aux indigents

Un des rôles de l'Etat est de s'occuper des personnes les plus vulnérables en l'occurrence les indigents. Cette mission a été confiée au Ministère de la

¹⁹ Rapport PNSR 2012

Solidarité Nationale, des droits de la Personne Humaine et du genre. Le gouvernement consacre chaque année un budget pour la prise en charge de ces indigents.

Depuis 2011, il existe une ligne budgétaire dénommée "Assistance médicale aux groupes vulnérables" qui rembourse les soins prodigués aux indigents.

Tableau n° 6: Budget : "Assistance médicale aux groupes vulnérables"

Année	Budget en BIF
2011	890 000 000
2012	1 390 000 000
2013	1 490 000 000

Cette prise en charge connaît beaucoup de difficultés:

- Il y a beaucoup d'arriérés de plusieurs millions de BIF que ce ministère doit aux hôpitaux (estimés à 3,1 milliards de BIF)
- Les cartes sont délivrées à Bujumbura après beaucoup de démarches à partir du chef de colline avec un certain clientélisme local;
- La délivrance de la carte est sujette à une bureaucratie excessive voire exclusive;
- Les coûts directs et indirects élevés pour obtenir le statut d'indigent;
- Le bénéficiaire doit avoir la carte d'assistance médicale;
- Le ministère a signé les contrats avec 24 hôpitaux, mais seulement 8 ont amené des factures (pas d'espoir d'être payé);

Pour l'année 2013, le Ministère a déjà pris en charge 8000 personnes et le budget est déjà épuisé avec le premier semestre. Cela amène le constat suivant, peu d'indigents sont pris en charge soit moins de 1% alors que le nombre est situé entre 10 et 15%. Cette prise en charge est par conséquent inefficace.

c) Les investissements en infrastructures

Au niveau du PNDS I, il était prévu d'améliorer l'accessibilité géographique aux soins de santé avec comme stratégies la construction et la réhabilitation des infrastructures de santé, l'amélioration des équipements des infrastructures sanitaires et la mise en place des mécanismes de gestion des infrastructures et équipements. Avec les fonds IPSTE et la contribution des partenaires, le MSPLS a construit 75 CDS, un hôpital de district et 16 dépôts pharmaceutiques au niveau des districts sanitaires. Il a aussi réhabilité et équipé 53 CDS.

En plus des constructions et équipements, le Gouvernement a pu doter des districts sanitaires et des hôpitaux de district des véhicules d'approvisionnement (82) et des ambulances (39) pour la référence et contre référence.

Beaucoup de centres de santé ont été équipés en énergie solaire et en matériel de communication radiophonique.

Concernant les infrastructures de santé, il faut noter que peu de partenaires techniques et financiers contribuent dans ce domaine, sauf pour des réhabilitations mineures et certaines infrastructures administratives (bureaux provinciaux de santé, bureaux de districts). Cependant, au cours de ses dernières années, le projet PRADECS a financé la construction des centres de santé à travers tout le pays en collaboration avec les communes.

Pour le PNDS II, il est prévu la construction de 4 hôpitaux de district, la réhabilitation des hôpitaux de Nyabikere et Rutana, 71 centres de santé, 40 bureaux de districts sanitaires, l'extension des entrepôts du PEV et de la CAMEBU, etc.

Le budget de l'Etat a contribué au financement de la construction des centres de santé et des pharmacies de district. Mais aussi le budget de l'Etat a financé la construction de l'hôpital de Karusi pour plus de 20 milliards de BIF alors qu'il n'était pas prévu dans le PNDS II.

Devant le manque du budget suffisant, la plupart des investissements prévus dans la loi de finances 2013 ont été annulés.

Devant l'absence d'un plan d'extension et de couverture, les investissements réalisés par l'Etat dans le domaine des infrastructures a été anarchique et n'a pas répondu forcément aux priorités définies dans le PNDS I.

Il prévoyait prioritairement la construction des hôpitaux dans les districts qui n'en disposent pas encore. La construction des centres de santé devait tenir compte de la population à desservir et actuellement, on trouve des centres de santé qui desservent une petite population (moins de 5000 habitants). Cela entraine un problème de viabilité financière de ces infrastructures vues les charges récurrentes qui restent élevées et le manque de recettes à cause de la faible fréquentation.

En conclusion, depuis que le pays dispose des fonds IPSTE, beaucoup d'investissements en termes d'infrastructures ont été initiés par l'Etat dans son budget annuel. Par contre, le Gouvernement consacre peu de moyens pour les autres programmes de santé qui couvre les salaires du personnel et une partie du budget de fonctionnement.

d) Formation du personnel médical et paramédical

A travers le Budget du MSPLS, le Gouvernement finance la formation initiale dans les écoles paramédicales publiques et l'Institut National de Santé Publique. Il n'y a aucun budget prévu pour la formation continue.

Le budget consacré à la formation dans les écoles paramédicales est repris dans le tableau qui suit:

Tableau n°7: Financement de la formation paramédicale en BIF

Année	2010	2011	2012	2013
Budget écoles paramédicales publiques	317 411 764	440 000 000	653 280 000	653 280 000
Institut national de santé publique	1 717 674 764	1 528 364 630	1 528 364 630	1 620 066 508
Total	2 034 674 764	1 968 364 630	2 181 644 630	2 273 346 508

Source: Loi des finances 2010 à 2013

Le budget des écoles paramédicales a doublé de 2010 à 2012 alors que celui de l'Institut national de santé publique est resté quasiment le même. Il faut aussi signalé que les écoles paramédicales bénéficient d'un appui de la Coopération Technique Belge pour un montant de 3 891 000 euros pendant trois ans.

La formation médicale est du ressort du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique. Le budget spécifique est difficile à distinguer des subsides de l'Université du Burundi d'un peu plus de dix milliards et les subsides du centre hospitalo universitaire de Kamenge de plus de deux milliards.

A côté des structures publiques, il faut noter que le pays compte plus de 25 écoles paramédicales, deux facultés de médecine dans les universités privées et trois instituts universitaires de formation paramédicale. En général, les structures d'enseignement privé souffrent d'un manque d'enseignants qualifiés, de matériel didactique et de terrains de stage appropriés hypothéquant ainsi la qualité de la formation.

Encadré n°3.

Malgré une faible affectation des ressources nationales au secteur de santé, les investissements prévus dans la Politique Nationale de Santé (PNS) et les Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS) couvrent plusieurs volets. Il s'agit pour les périodes couvertes, en partant de 2005 quand fut élaborée la PNS, d'intensifier la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, de réduire la mortalité maternelle, néo-natale et infanto juvénile, la réduction de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans, l'accessibilité des soins de santé et l'amélioration de l'offre des soins.

A travers les PNDS I et II, des actions ont été menées, et il faut noter que celles-ci se réfèrent aux Objectifs du Millénaire pour le Développement notamment les OMD 4,5 et 6 qui visent à réduire la mortalité infantile et la mortalité maternelle ainsi que et le combat contre le VIH/SIDA et d'autres maladies comme le paludisme et la tuberculose. Ils ont atteint des progrès remarquables.

En effet, le taux de mortalité infantile est descendu jusqu'à 96 pour 1000 naissances en 2010 alors qu'il était de 203 en 1990, l'objectif de 34 décès pour 1000 ne sera pas atteint en 2015 mais pourra se poursuivre dans un horizon raisonnable. La mortalité maternelle, quant à elle a diminué de plus de moitié entre 1990 et 2010 en passant de 1100 décès à 499 pour 100 000 naissances, l'objectif du Millénaire étant de faire baisser ce taux jusqu'à 275 en 2015. Pour ce qui est de la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, les résultats montrent qu'il y a des progrès. Le taux de séroprévalence était de 2,97% pour ceux qui avaient 18 ans et plus en 2007, il est de 1,4% pour la population de 15 à 49 ans en 2010. L'objectif est de porter la couverture en Antirétroviraux à 90% en 2016 au lieu des 43% atteints en 2011. Pour ce qui est du paludisme, le taux de mortalité lié à cette maladie est de 1,9% en 2006 contre 7,6% en 1990 grâce à l'amélioration de la prise en charge des cas. Pour la tuberculose malgré une baisse de cas recensés, 162 pour 100 000 habitants en 2010 au lieu de 239

en 2000, le taux de détection reste faible, situé à 47% en 2011 alors que la cible fixée par l'OMS est de 70%.

Malgré tous ces programmes, les moyens consacrés par l'Etat sont faibles, et même dérisoire si l'on regarde les taux d'investissement dans ce secteur qui ne dépassent guère les 10% de l'ensemble des dépenses prévues dans le CDMT (2012-2015). Au courant de l'année 2013, par manque de moyens suffisants la plupart des investissements ont été annulés, ce qui est préjudiciable aux structures de santé et à leurs équipements. Il faut reconnaître néanmoins que, avec le PNDS I et avec les fonds de l'initiative PPTE, le MSPLS a construit 75 centres de santé et 16 dépôts pharmaceutiques.

Pour les PNDS II, les prévisions n'ont pas été réalisées. Faute de moyens sans doute mais il faut également noter que les réalisations de l'Etat n'ont pas toujours suivi les objectifs prévus.

Chapitre IV. Alignement budgétaire des mesures de politique de sante

Comme cela a été dit plus haut, la majorité de la population burundaise vit en dessous du seuil de pauvreté. La politique du financement de la santé s'est basée depuis 2006 sur la subvention des soins de santé pour les groupes les plus vulnérables comme les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans, les indigents, les malades chroniques, etc. Pour cela le Gouvernement a opté pour la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Il vient aussi de mettre en route une carte d'assistance médicale pour le secteur informel et rural.

1. La gratuité des soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes qui accouchent et le financement basé sur la performance

Le Burundi, à l'instar des autres pays du monde, cherche depuis plusieurs années l'accès aux soins de santé de qualité pour tous en mettant en place des stratégies susceptibles d'améliorer la santé de la population. En effet, la crise sociopolitique qu'a connue le pays pendant plus d'une décennie a engendré de graves conséquences sur l'ensemble du système de santé. Cette crise a touché non seulement les infrastructures et les équipements, mais également les ressources humaines, l'approvisionnement en médicaments et par voie de conséquences une détérioration considérable de la qualité des soins de santé.

Au cours des six dernières années, des mesures ont été prises pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé. Il s'agit essentiellement de la politique de gratuité de soins pour les enfants de moins de cinq ans, des femmes enceintes et celles qui accouchent, le financement basé sur la performance, la décentralisation du système de santé par la mise en place des districts sanitaires et la mise en place de la carte d'assistance médicale pour le secteur rural et le secteur informel.

Ce chapitre sera consacré sur l'impact budgétaire des différentes mesures prises par le gouvernement pour améliorer l'accès de tous aux soins de santé à savoir :

- La gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes qui accouchent couplée depuis 2010 avec le financement basé sur la performance ;
- La mise en place depuis 2012 de la carte d'assistance médicale pour le secteur informel et le secteur rural ;
- La santé communautaire ;
- L'approvisionnement en médicaments.

1.1. Gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes qui accouchent

Depuis mai 2006, le Burundi a adopté une politique de subventions des soins pour les enfants de moins de cinq ans et des femmes qui accouchent. En effet, le décret n°100/136 portant sur la subvention des soins aux enfants de moins de cinq ans et des accouchements dans les structures des soins publiques et assimilées a été signé le 16 juin 2006. Une ordonnance ministérielle n°630/848 sur les modalités de mise en application de cette mesure a été signée le 6 septembre 2006. En vue de compléter ces dispositions légales par une prise en charge des femmes pendant la grossesse, un autre décret n°100/38 portant sur la subvention des soins aux enfants de moins de cinq ans et des accouchements a été signé le 16 mars 2010.

Du fait d'une préparation insuffisante de la mise en œuvre de cette politique, beaucoup de dysfonctionnements et de faiblesses ont été remarqués. Il s'agit notamment des retards répétés dans le remboursement des factures des formations sanitaires par le Gouvernement, des surfacturations des soins médicaux du fait de l'absence d'un système de vérification sur les lieux de prestations, la surcharge de travail du personnel de santé suite à une augmentation rapide de l'utilisation des services de santé, le manque de médicaments et d'équipements dans les formations sanitaires, un surplus de tâches administratives relatives à la lourdeur de la facturation et enfin une démotivation du personnel liée à la surcharge de travail sans rien attendre en retour.

Pour résoudre ces problèmes, le gouvernement a initié depuis avril 2010 un système de financement basé sur la performance qui intègre le paquet gratuit des soins pour les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et les accouchements. Avec le financement basé sur les performances, le délai de remboursement a été réduit de 4 mois en moyenne à 50 jours, les surfacturations ont été réduites par la mise en place d'un système efficace de vérification et de contre vérification dans chaque province, la charge de travail administratif a été allégée avec des documents à remplir qui sont passés de 2.500 pages à 2 pages par mois (la facturation est faite par des prix forfait au lieu des factures détaillées) et une motivation financière a été accordée aux prestataires de soins. En outre, cela a permis aux structures de s'approvisionner régulièrement en médicaments et consommables médicaux en utilisant leurs propres budgets.

1.2. Financement basé sur la performance

La stratégie de financement basé sur la performance est une stratégie de financement des soins de santé qui rémunère les activités réalisées contrairement au système classique qui consiste à fournir des moyens matériels et financiers en vue d'atteindre des résultats convenus. Il s'agit de financer l'output au lieu de l'input. Les objectifs de la stratégie de financement basée sur la performance adoptée par le Burundi visaient à atteindre les objectifs suivants ²⁰:

- Améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé offerts à la population en général et en particulier aux groupes vulnérables;
- Améliorer les mécanismes de vérification et de remboursement des prestations du paquet de soins gratuit en faveur de la femme enceinte et des enfants de moins de 5 ans ;
- Motiver et stabiliser le personnel de santé ;
- Inciter le personnel de santé à travailler dans les structures de soins périphériques ;

²⁰ Manuel de procédures du FBP révisé 2010

- Renforcer la gestion, l'autonomie et l'organisation des structures de santé ;
- Prendre en compte le point de vue des bénéficiaires dans la gestion et la résolution des problèmes de santé.

Trois ans après le début de mise en œuvre, voici quelques résultats atteints qui sont très encourageants²¹ :

- L'utilisation des services de santé a augmenté pour les enfants de moins de cinq ans (4 nouveaux cas par habitant par an) ;
- La proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié a augmenté jusqu'à 67% à la fin de 2012;
- Le taux d'enfants complètement vacciné atteint 83,3% ;
- Les scores de qualité technique s'améliorent progressivement 80% pour les centres de santé et 70% pour les hôpitaux de district ;
- La transparence dans la gestion des ressources financières, la planification et la redevabilité sont en continuelle progression ;
- Malgré quelques ruptures de stock, les médicaments sont plus ou moins disponibles dans les différentes formations sanitaires ;
- Il y a une augmentation et une stabilisation relative du personnel paramédical dans les structures de santé périphériques (au moins trois infirmiers par centre de santé) ;
- Bien que le nombre de médecins par hôpital de district soit augmenté (4 à 5 médecins), le changement de poste reste fréquent ;
- Le système d'information sanitaire s'est beaucoup amélioré du fait de la vérification des prestations dans le cadre du FBP ;
- Implication accrue des Comités de Santé et Agents de Santé Communautaires dans la planification des activités des Centres de Santé et des Associations locales dans les enquêtes communautaires pour vérifier les prestations offertes par les centres de santé et le degré de satisfaction des bénéficiaires de soins et des services de santé ;

²¹ Rapport annuel FBP 2012

- Amélioration de l'alimentation et de la trésorerie des formations sanitaires par l'injection directe des fonds de la gratuité de soins et de la mise en œuvre du FBP.

1.3 Impact budgétaire de la gratuité des soins et du financement basé sur la performance

Le financement basé sur la performance couplé à la gratuité des soins est financé principalement par le budget de l'Etat et la contribution des partenaires.

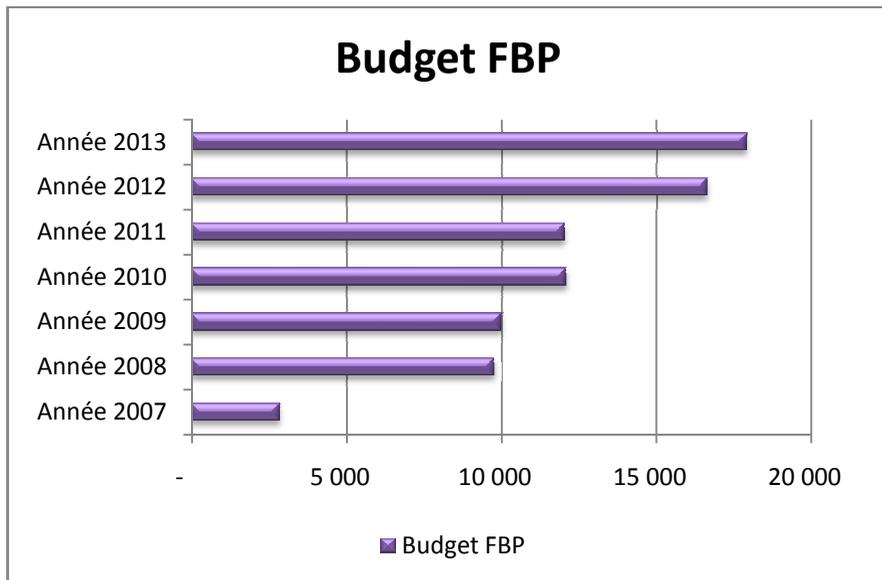
D'après le tableau ci dessous, on voit que depuis 2007, le Gouvernement consacre un budget important pour la gratuité des soins et le financement basé sur la performance couplé à la gratuité des soins depuis avril 2010. Ce budget équivaut plus ou moins à environ 1/5 du budget du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA et augmente progressivement. Pour l'année 2008, le budget est proportionnellement élevé du fait qu'on a tenu compte des arriérés de 2007. ²²

Tableau n°8 : Budget du FBP par rapport au budget du MSPLS

Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Budget total santé (en millions de FBU)	13 003	29 908	43 906	70 365	72 364	68 453	80 035
Budget FBP(en millions de FBU)	2 844	9 750	10 000	12 078	12 028	16 650	17 930
%	21,9	32,6	22,8	17,2	16,6	24,3	22,4

²² Source: Lois de Finances 2007-2013

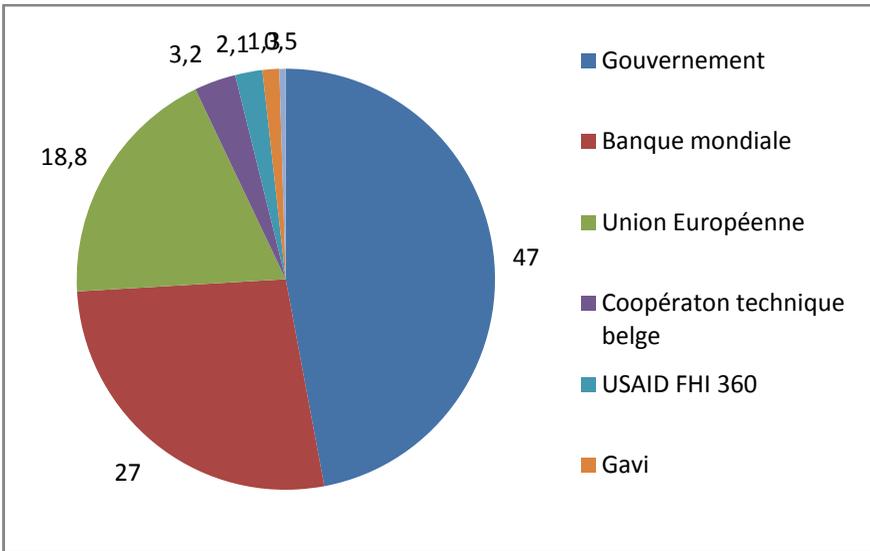
Graphique N° 9: Evolution du budget gratuité des soins et FBP de 2007 à 2012 en Fbu



En 2012 le Gouvernement a financé 47% des fonds du FBP au niveau des formations sanitaires contre 27% pour la Banque Mondiale, 18,8% pour la Commission Européenne ainsi que pour de moindres montants la coopération technique belge, USAID FHI 360, GAVI et Health Net TPO.²³

²³ Rapport annuel FBP 2012

Graphique N° 10: Contributeurs financiers au FBP en 2012



Il faut noter que le Burundi a fait un effort particulier pour la mise en œuvre du FBP en consacrant un budget important qui a permis la mise en œuvre de la politique de subventions de soins, l'autonomie de gestion des formations sanitaires et la motivation du personnel dans le cadre de l'amélioration de l'accès aux soins de santé de qualité.

Contrairement aux autres projets et programmes de santé, le Gouvernement finance ce volet avec des moyens plus importants que ceux des bailleurs ce qui améliore la pérennité du système.

1.4. Part de la gratuité des soins

Le système du financement basé sur la performance finance les résultats de santé. Pour cela, il définit des indicateurs prioritaires en fonction desquels le paiement va être attribué aux structures de soins. Au niveau du paquet minimum d'activités des centres de santé, 4 indicateurs ont été définis :

consultations curatives des enfants moins de 5 ans, journées d'observation des moins de 5 ans, consultations curatives des femmes enceintes, accouchements eutociques. Pour les hôpitaux le FBP se base sur 6 indicateurs pour payer les structures de soins : consultation curative des moins de 5 ans, journée d'hospitalisation des moins de 5 ans, consultation curative des femmes enceintes, accouchement eutocique, accouchement dystocique, césarienne.

Pendant l'année 2012, 50% du budget FBP affecté aux formations sanitaires a contribué au remboursement des prestations liées à la mesure de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes soit environ 14 milliards de BIF.

2. La carte d'assistance médicale

Pour améliorer l'accès de la population aux soins de santé, le gouvernement du Burundi avait mis en place de 1980 une mutuelle de santé des agents de la fonction publique et des structures paraétatiques. Dans la même ligne, le Gouvernement du Burundi avait institué par l'ordonnance ministérielle n° 620/57 du 20 mars 1984 une carte d'assurance maladie (CAM) dont l'acquisition volontaire était ouverte à tout burundais âgé de 21 ans dont les activités relevaient du secteur informel. Cette ordonnance a été modifiée par l'Ordonnance Ministérielle n°630/172 du 23 mai 1996 en instaurant un ticket modérateur de 20%.

L'acqureur de cette carte avait droit aux prestations de consultations médicales, soins médicaux et chirurgicaux, soins dentaires, soins de protection maternelle et infantile, soins prénataux, soins pendant et après l'accouchement.

Ce système d'assurance maladie, qui apparemment accordait des avantages aux bénéficiaires, n'a pas eu beaucoup de succès du fait que la population n'a pas été assez sensibilisé sur le bien-fondé du prépaiement des soins pour éviter les dépenses catastrophiques de santé d'une part, mais également, il y a eu un manque de suivi de ce système d'autre part.

C'est ainsi que plusieurs formations sanitaires ont cessé d'accepter cette carte car les frais engagés n'étaient jamais remboursés. En effet, le budget consacré à cette rubrique était une modique somme à peine suffisante pour les hôpitaux de Bujumbura.

2.1. La nouvelle carte d'assistance médicale renouvelée

En vue de corriger cette défaillance de l'ancienne CAM, le gouvernement a décidé depuis le début de l'année 2012, d'instituer une nouvelle carte d'assistance médicale avec un budget conséquent et des modalités de suivi et de paiement mieux élaborées.

Sur proposition du Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, le Deuxième Vice-Président de la République a signé le 25/01/2012 l'arrêté N°01/VP2/2012 portant réorganisation du système d'assistance médicale au Burundi. L'article 3 de cet arrêté stipule que la CAM donne à son acquéreur, à son conjoint et aux membres de sa famille encore mineurs, moyennant un ticket modérateur de 20%, le droit aux prestations de soins correspondant au paquet de soins disponibles au niveau des Centres de Santé publics ou agréés et au niveau des Hôpitaux de District. L'article 5 quant à lui indique que la CAM est valable sur tout le territoire national et son coût annuel est de 3.000 Fbu.

Cet arrêté a été complété par une ordonnance ministérielle signée conjointement par la Ministre de la santé publique et de la lutte contre le SIDA et le Ministre des Finances et de la planification du développement économique en septembre 2012 et fixe les modalités pratiques.

a) Le paquet de soins couvert

Dans son article 4, l'ordonnance précise que le paquet de soins couvert par la Carte d'Assistance Médicale est le Paquet Minimum d'Activités délivré aux centres de santé publics et agréés et le Paquet Complémentaire d'Activités délivré au niveau de l'Hôpital de District public ou agréé.

Il faut noter que les prestations qui sont couvertes par un autre système d'assurance ou de système de subvention de soins ne sont pas prises en charge par la CAM. Il s'agit des soins pour les enfants de moins de cinq ans, les accouchements y compris la césarienne, les pathologies liées à la grossesse, les soins préventifs (vaccination, planning familial, consultation prénatale, consultation post natale, la surveillance de la croissance, etc.), la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA sous ARV, la prise en charge des malades tuberculeux, le traitement de première ligne contre le paludisme.

Le paquet de soins couvert par la Carte d'Assistance Médicale (CAM) est le Paquet Minimum d'Activités (PMA) délivré au Centres de Santé et le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) délivré au niveau de l'Hôpital de District.

Il est à noter que toutes les prestations couvertes par une gratuité des soins ne sont pas remboursées par la CAM. Il s'agit de : les soins des enfants de moins de 5 ans, les accouchements (y compris la Césarienne), les pathologies liées à la grossesse bénéficiant d'une couverture de gratuité, les soins préventifs, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA sous ARV ainsi que la prise en charge des malades tuberculeux.

Dans le paquet minimum du centre de santé, la CAM prend en charge moyennant un ticket modérateur de 20%, les consultations curatives pour les enfants de 5 à 14 ans et pour les adultes de plus de 14 ans de même que la prise en charge des pathologies chroniques y compris la prise en charge à domicile. Tous les actes posés font partie de la consultation y compris les médicaments.

Pour le paquet complémentaire d'activités au niveau des hôpitaux de district, la CAM prend en charge moyennant un ticket modérateur de 20%, les consultations curatives pour les enfants de 5 à 14 ans (soins ambulatoires pour les pathologies aiguës), les consultations curatives pour les personnes de plus de 14 ans (soins ambulatoires pour les pathologies aiguës), la prise en charge des pathologies en hospitalisation dans les différents services, les urgences médicales, la prise en charge des pathologies chroniques (Soins

ambulatoires chroniques), la chirurgie mineure, la chirurgie majeure ainsi que la chirurgie gynécologique et obstétricale.²⁴

b) La population bénéficiaire

La CAM couvre les soins des ménages relevant du secteur informel et du monde rural en particulier les personnes de 5 ans et plus à l'exception des femmes enceintes pour les accouchements, les césariennes et les pathologies liées à la grossesse couvertes par la gratuité des soins.

Sont exclues du présent régime toutes les personnes couvertes par un autre système d'assurance maladie qu'elle soit obligatoire ou volontaire.

Toutefois des adhérents à des mutuelles communautaires qui le souhaitent pourront bénéficier d'une prise en charge complémentaire par la CAM au prorata du ticket modérateur.

C) Les structures de prise en charge

Les structures de soins concernées par la prise en charge des prestations couvertes par la CAM sont les Centres de Santé Publics et Agréés et les Hôpitaux de District Publics et Agréés.

2.2. Impact budgétaire de la CAM

a) Taux d'adhésion

Une année après la mise en place de la carte d'assistance médicale, le taux d'adhésion à la fin du mois d'avril 2013 était de 25%. La province de Cankuzo enregistre le taux le plus élevé d'adhésion avec 67 % des ménages et la Mairie de Bujumbura enregistre le taux le plus bas. Cette situation mérite d'être documenté afin de savoir pourquoi cette différence dans l'adhésion à l'utilisation de la CAM. S'agit-il d'un effort de

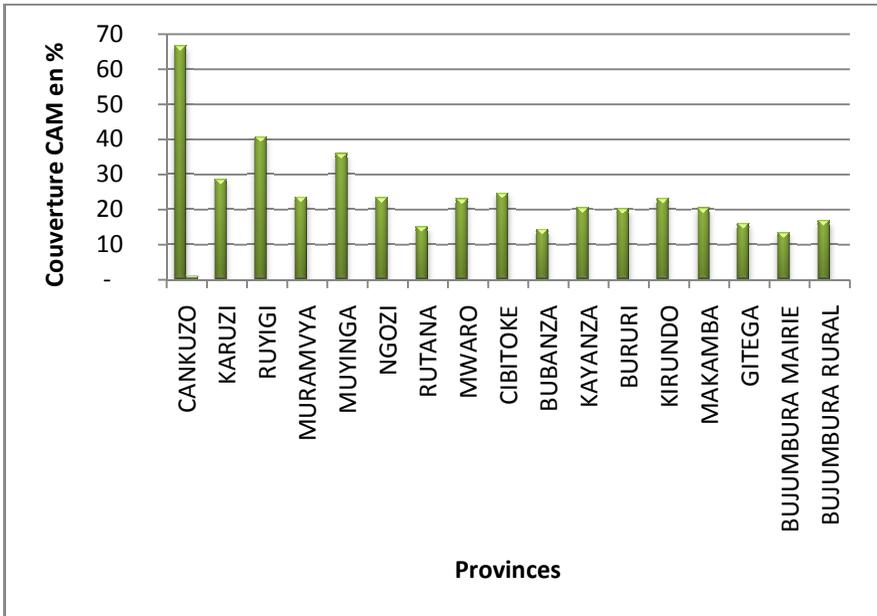
²⁴ Modalités pratiques de la mise en place de la CAM

sensibilisation, du pouvoir d'achat de la population ou des services de soins offerts aux adhérents?

Tableau N°9 : Population couverte par la CAM et facture annuelle des prestations

Provinces	Ménages: (90%)	Cartes vendues	Population couverte %	Facture cumulée	Payement par ménage/an
CANKUZO	48 188	32 096	67	585 320 180	18 237
KARUZI	91 891	26 288	29	379 204 720	14 425
RUYIGI	84 330	34 329	41	483 292 600	14 078
MURAMVYA	61 603	14 478	24	69 795 600	4 821
MUYINGA	133 150	47 825	36	496 938 380	10 391
NGOZI	139 110	32 449	23	333 193 740	10 268
RUTANA	70 219	10 622	15	165 310 620	15 563
MWARO	57 509	13 233	23	137 071 340	10 358
CIBITOKÉ	96 942	23 892	25	329 309 800	13 783
BUBANZA	71 169	10 209	14	73 590 560	7 208
KAYANZA	123 256	25 301	21	246 080 580	9 726
BURURI	120 856	24 440	20	327 597 480	13 404
KIRUNDO	132 276	30 662	23	330 217 880	10 770
MAKAMBA	90 723	18 534	20	153 982 500	8 308
GITEGA	152 692	24 496	16	289 327 620	11 811
BUJUMBURA MAIRIE	104 676	14 012	13	271 468 800	19 374
BUJUMBURA RURAL	117 049	19 687	17	202 590 660	10 291
TOTAL	1 695 638	402 553	25	4 874 293 060	11 930

Source: Département de la demande et de l'offre des soins (DODS)

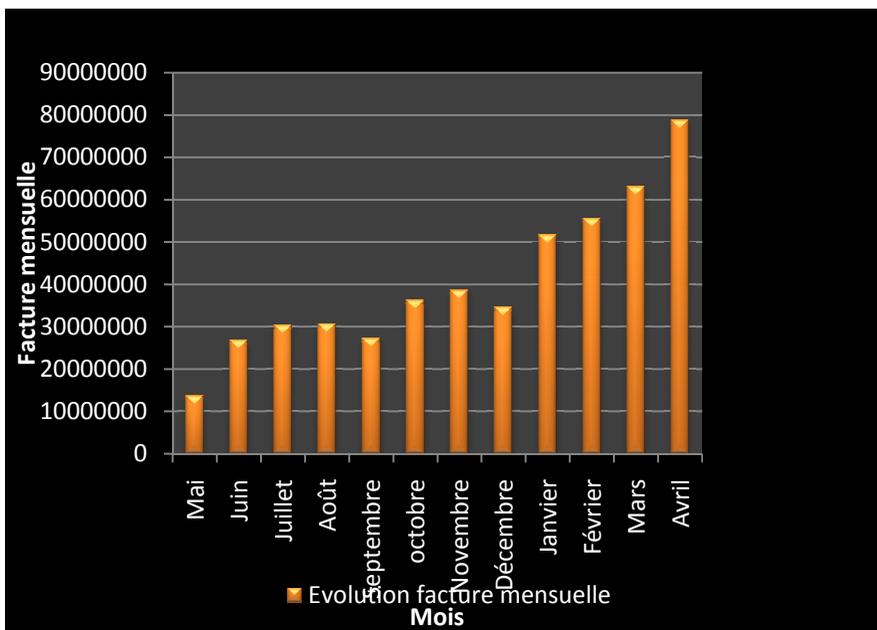


Graphique 11: Adhésion à la CAM par province de mai 2012 à avril 2013

b) Impact budgétaire de la CAM

Concernant le paiement des factures, on remarque que la facture augmente progressivement en fonction du nombre d'adhérents. Avec un taux d'adhésion de 25% à la fin du mois d'avril 2013, la facture mensuelle de 800 millions de BIF. En faisant une extrapolation simple si le taux d'adhésion atteignait 60%, la facture mensuelle serait de 2 milliards de BIF soit un budget annuel de 24 milliards de BIF alors que le budget actuel annuel est de 2,3 milliards. Ce budget couvre les factures des quatre premiers mois de 2013 qui s'élèvent à 2 489 583 040 BIF.

A ce montant prévu dans le budget de l'Etat, il faut ajouter les recettes provenant de la vente des cartes d'assistance médicale. Ces recettes s'élèvent à 305 775 000 BIF soit 12% de la facture totale.



Graphique N° 12: Evolution de la facture mensuelle des prestations

En effet, le budget de 2012 a suffi pour payer les factures de 2012 du fait de la faible adhésion, mais le budget de 2013 pour un taux d'adhésion de 25% a juste couvert 4 mois.

Une mission d'appui à l'opérationnalisation de la Carte d'Assistance Maladie au Burundi effectuée au Burundi en avril 2012 avait estimé le coût total de la CAM à 36 012 866 061 BIF en y incluant les prestations au niveau des hôpitaux nationaux, les médicaments du secteur privé et le coût de fonctionnement qui était estimé à 30% comme la Mutuelle de la Fonction Publique²⁵.

²⁵ Mission d'appui à l'opérationnalisation de la Carte d'Assistance Maladie au Burundi: AEDS Bruno MEESEN et Mathieu ANTONY avril 2012.

c) Principaux constats

Malgré les avantages évidents de l'utilisation de la Carte d'Assistance Médicale, l'adhésion de la population n'a pas été massive en dépit de plusieurs séances de sensibilisation de la population rehaussées par les hautes autorités du pays en l'occurrence le deuxième Vice Président de la République.

Avec ce niveau bas d'adhésion, le budget disponible pour la prise en charge des détenteurs de la CAM est très insuffisant. Comme cela a été dit plus haut le budget est à peine suffisant pour quatre mois. Quelle aurait été la situation si le taux d'adhésion avait atteint plus de 50%?

Le délai de remboursement des factures est assez long et entraîne des conséquences sur la trésorerie des formations sanitaires. Le premier paiement de l'année 2013 a eu lieu au mois de juillet et couvrait les quatre premiers mois de l'année.

Il demeure une confusion quant au statut juridique de la CAM puisque son fonctionnement ne réponds pas aux critères d'une assurance maladie, ni une mutuelle de santé. En Effet, l'Etat perçoit les cotisations, dispensent les soins et se remboursent en quelques sortes. L'Etat cumule toutes les fonctions à savoir le financement, les prestations, la régulation et il laisse peu de place aux bénéficiaires. Le gouvernement se porte garant des soins de santé de la population sans considérer les contributions des bénéficiaires puisqu'aucune étude n'est faite sur les cotisations et leur contribution dans la prise en charge des prestations. La notion de partage de risques entre les affiliés n'entre pas en jeu dans le système de Carte d'Assistance Médicale actuel.

3. La santé communautaire

La santé communautaire est définie comme une participation de la communauté à l'amélioration de sa santé en mettant en œuvre des programmes de santé communautaire au niveau des collectivités.

La politique sanitaire du Burundi s'est toujours basée sur les soins curatifs, préventifs et promotionnels offerts dans les services de soins en laissant peu de place pour l'approche communautaire. En effet, l'approche communautaire des problèmes de santé pourrait contribuer l'adoption des comportements favorables à la santé et des habitudes de vie saine en luttant contre les maladies observées actuellement.

Au début des années 2000, il a été initié des actions de participation communautaire à travers les comités de santé élus par la communauté autour des centres de santé avec l'organisation plus ou moins régulières des assemblées communautaires dans tout le pays. Le financement basé sur la performance a renforcé ces comités de santé en contractualisant quelques indicateurs des Comités de santé et des comités de gestion des centres de santé.

Malgré la présence de ces comités, la participation communautaire n'a pas abouti aux résultats escomptés en raison de : i) la résistance du personnel soignant à collaborer avec les membres du COSA ; ii) le pouvoir décisionnel de ces comités est limité ; iii) le déphasage entre les comités élus et les populations à la base suite à l'insuffisance d'encadrement et de renforcement de leurs capacités ; iv) le risque de désintérêt de la population ; v) le manque de statut juridique des COSA et des COGES.

En vue d'organiser le volet communautaire, des documents stratégiques viennent d'être élaborés afin de limiter la multiplicité d'approches initiés aussi bien par les services de santé que par les partenaires techniques et financiers et les ONGs.

Ces documents sont : i) les normes sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 dans lesquelles le niveau communautaire fait partie intégrante des différents niveaux de soins ; ii) le manuel de procédures en santé communautaire et iii) les orientations stratégiques en santé communautaire.

Selon le manuel de procédures en santé communautaires, les relais communautaires sont les associations locales (ASLO), les comités de santé, les agents de santé communautaire, les accoucheuses traditionnelles et les guérisseurs traditionnels. Ce manuel définit comment s'effectue la mise en place de tous ce relais : modalités de mise en place, les critères d'éligibilité, étapes à suivre pour l'identification, la composition, le fonctionnement, cahier de charges, champ d'action, canaux de communication, système d'encouragement et ou motivation, mandat et mécanismes d'exclusion et la collaboration et partenariat.

Au niveau des normes sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS II, le paquet d'activités au niveau communautaire est défini comme suit²⁶:

- L'identification précoce des principaux problèmes de santé dans la communauté,
- La sensibilisation des communautés sur les saines habitudes de vie qui préservent la santé,
- La vulgarisation de l'information sur la disponibilité des soins et services de santé dans les structures sanitaires,
- La mobilisation des communautés autour des questions de santé comme la création des mutuelles de santé, l'accès aux soins pour les plus pauvres ou indigents,
- La participation dans l'administration des traitements préventifs comme l'administration du Mébendazole, de la vitamine A, de l'iode, du fer, de l'acide folique, etc.,
- La participation dans les activités de prise en charge à domicile de patients tuberculeux, de PVVIH, de patients souffrant de bilharziose, etc.,
- L'organisation communautaire dans la création des organisations à base communautaire (OBC),
- L'encadrement des OBC dans la mise en place des mécanismes alternatifs de financement de la santé (mutuelles de santé, fonds d'équité, micro-finances, micro-assurances, etc.)

²⁶ Normes sanitaires pour la mise en œuvre du PNDSII 2011-2015

- Le plaidoyer auprès des autres secteurs pour l'apport des services sanitaires de base comme l'alimentation ; l'eau potable, l'électricité, l'aménagement des milieux de vie, les services d'alphabétisation, etc.,
- le rapportage des données : décès, naissances, accouchements à domicile, les cas d'épidémies, rumeurs

En début de 2012, un document qui définit les grandes orientations stratégiques en santé communautaire a été élaboré²⁷. Ces orientations sont les suivantes :

- Améliorer la planification, la mise en œuvre, la coordination et le suivi évaluation du DPSHA, des BPS, des BDS et des CDS par l'intégration des actions de santé communautaire dans leurs missions et plans d'actions;
- Améliorer la participation de toutes les parties prenantes de la santé communautaire y compris les représentants des communautés dans l'identification des besoins, la planification, la mise en œuvre et le suivi évaluation des interventions communautaires;
- Améliorer la participation et les capacités de la communauté par l'implication des représentants des communautés y compris les groupes vulnérables et marginalisés dans les organes de prise de décision du CDS;
- Accroître le niveau de coordination de la santé communautaire par une implication des partenaires, des associations de la société civile et des acteurs privés dans la planification, la mise en œuvre, la coordination, le suivi évaluation et le financement du système ;
- Créer un cadre institutionnel et légal pour la promotion de la santé communautaire.

Malgré l'existence de ces documents, force est de constater que peu d'actions sont réalisées actuellement dans le domaine de la santé communautaire. En effet, à part quelques projets développés à titre pilote

²⁷ Les grandes orientations stratégiques en santé communautaire

par quelques partenaires techniques et financiers. Il faut citer comme exemple la PECADOM (prise en charge des cas de paludisme à domicile) développée sur toutes les collines des districts sanitaires de Mabayi, Gahombo et Muyinga. Le projet PDSS financé par la Banque Mondiale a initié des activités de santé communautaire en faveur des groupes vulnérables comme les Batwa, les indigents, les déplacés, les orphelins, etc. pour promouvoir leur accès aux soins de santé pour les enfants de moins de cinq et les femmes enceintes.

Pourtant la santé communautaire figure en bonne place dans le PNDS II 2011-2015. En effet, dans le premier axe stratégique qui parle du renforcement des prestations de soins et de services de santé (préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) de qualité à tous les niveaux du système de santé, il est dit que les interventions communautaires visant à l'adoption de meilleures pratiques de santé et nutrition seront mises en œuvre de manière coordonnée.

Les actions principales préconisées sont l'élaboration des documents d'orientation stratégique et opérationnelle des acteurs communautaires et le renforcement des capacités des acteurs communautaires.

Malgré que la santé communautaire soit considérée comme une priorité du Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA et qu'une partie des documents stratégiques y relatives soient élaborés, peu d'attention est accordé jusqu'à présent à la santé communautaire.

Alors que les expériences dans les autres pays notamment au Rwanda ont montré une grande efficacité des interventions communautaires en matière de santé, au Burundi ce niveau du système de santé n'est pas encore organisé (pas d'agents de santé communautaire reconnus officiellement), le paquet de soins offerts n'est pas encore défini, le système de motivation des agents de santé communautaire n'est pas coordonné (chaque intervenant le fait à sa manière) et les modules de formation en vue du renforcement des compétences n'existent pas.

En analysant le budget du MSPLS, on trouve qu'aucune rubrique ne concerne la santé communautaire bien qu'elle constitue une priorité. Cependant, on observe une amélioration du fonctionnement des comités de santé depuis l'introduction du financement basé sur la performance étant donné qu'ils reçoivent en même temps que le personnel de santé une prime en guise de compensation des activités réalisées au niveau des centres de santé.

Une étude réalisée par CORDAID en 2009 avait montré que les indicateurs d'organisation, de leadership, de relation avec la communauté et de pouvoir de décisions sont meilleurs dans le cas des CoSa des CdS bénéficiant du FBP que dans le cas de ceux qui ne disposent d'aucun appui. De plus, en collaboration avec le MSPLS, CORDAID a mené un projet pilote dans la province de Makamba sur le FBP au niveau communautaire. Ce projet a contractualisé les groupements des agents de santé communautaire sur trois paquets de services les références communautaires, la sensibilisation et les visites à domicile. Il était prévu de contractualiser par la suite les prestations (distributions de matériel, de médicaments ou soins prodigués par les ASC dans la population).

4. Les circuits d'approvisionnement et de distribution des médicaments

Le circuit d'approvisionnement des médicaments et autres produits de santé en vigueur dans le secteur public, est défini par la décision ministérielle de Juin 2009 N° 630/1359/2009 portant sur les normes à respecter dans la gestion du système de médicaments. Les districts sanitaires et les hôpitaux à gestion autonome s'approvisionnent à la CAMEBU tandis que les hôpitaux de district et les centres de santé s'approvisionnent à partir des pharmacies de district. Sur autorisation du MSPLS, les districts peuvent s'approvisionner dans les pharmacies privées en cas de non disponibilité des produits à la CAMEBU.

Le circuit d'approvisionnement et de distribution des médicaments est composé de plusieurs acteurs notamment le secteur public, le secteur parapublic et le secteur privé.

Le secteur public est composé par la Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi (CAMEBU), les pharmacies de district et les pharmacies des hôpitaux et des centres de santé. La CAMEBU est un organe sous tutelle du MSPLS jouissant d'une autonomie de gestion administrative et financière.

Sa principale mission consiste à assurer la logistique pharmaceutique dont l'importation, le stockage et la distribution des produits prioritairement aux pharmacies des districts sanitaires et aux hôpitaux à gestion autonome. Dans les pharmacies de district s'approvisionnent les hôpitaux de district et les centres de santé de leur ressort.

Le secteur para public est composé par les pharmacies des hôpitaux nationaux, des hôpitaux à gestion autonome, et celles de la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP).

Le secteur privé est composé d'une unité de fabrication de médicaments (SIPHAR), des pharmacies et d'environ 400 pharmacies de détail situées principalement à Bujumbura et dans les agglomérations de l'intérieur du pays. Quelques pharmacies communautaires sont implantées en milieu rural.

Selon ces directives, la pharmacie de district doit appliquer une marge bénéficiaire de 5% du prix sur tous les médicaments et les hôpitaux et les centres de santé appliquent une marge bénéficiaire de 15%. Avec le financement basé sur la performance, chaque structure de santé est responsable de la commande et de l'achat des médicaments dont elle a besoin et jouit d'une autonomie de gestion.

Malgré la mise en place de ce système, les structures de santé continuent à connaître des ruptures de stock en médicaments. Pendant l'année 2012 seulement 53% de centres de santé n'ont pas connu de rupture de stock et 31% des hôpitaux.

Le système d'approvisionnement en médicaments reste encore handicapé par une multitude de facteurs, entre autres : les ruptures de stock occasionnées par de longues procédures auxquelles la CAMEBU se trouve confrontées, le manque d'informations régulières aux structures périphériques sur les états de stock de la CAMEBU, la lourdeur des procédures administratives au niveau du Département de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires, des CDS nouvellement construits et enrôlés dans le FBP ne disposant pas encore de capacités financières suffisantes occasionnant ainsi des ruptures répétitives des stocks, etc.

L'amélioration de la gestion des médicaments, des recherches opérationnelles s'imposent afin d'identifier tous les goulots d'étranglement de la chaîne d'approvisionnement et de distribution du médicament. Par ailleurs, d'autres mesures d'accompagnement méritent d'être prises en vue de renforcer le circuit d'approvisionnement du médicament jusqu'au niveau périphérique notamment les moyens de transport.

Encadré n°4

La politique de santé au Burundi a toujours visé depuis 2006 les groupes les plus vulnérables. A défaut de viser la couverture universelle, le Gouvernement du Burundi a privilégié la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans depuis 2006. Toutefois, il vient d'instituer la carte d'assistance médicale depuis 2012, pour les populations du monde rural et du secteur informel et couvre un paquet minimum de soins.

La gratuité des soins de santé au bénéfice des enfants de moins de cinq ans et aux femmes qui accouchent a été instituée par décret n°100/136 du 16 juin 2006 et mise en application le 6 septembre 2006. Bien que cette mesure salubre ait connu des succès auprès des bénéficiaires, des dysfonctionnements ont été remarqués liés au retard dans les remboursements, le constat des surfacturations et la surcharge des structures de soins et du personnel soignant.

Le Gouvernement a alors créé un financement basé sur la performance (en avril 2010 qui intègre cette gratuité offerte aux enfants de moins de cinq ans, les grossesses et les accouchements. Avec cette mesure, les délais de remboursements ont été réduits de 4 mois à 50 jours, la surfacturation a été réduite grâce au système de vérification et la surcharge a diminué pour le personnel soignant et administratif. En plus, au niveau de quelques résultats atteints, on peut constater que l'utilisation des soins de santé a augmenté pour les enfants de moins de cinq ans, les accouchements assistés ont augmenté de 67% à la fin de 2012 et le taux des enfants complètement vaccinés a atteint 83,3%. Sur le plan des financements, le Gouvernement consacre 22,4% des 80 milliards de Fbu affectés au secteur de santé.

Enfin, la carte d'assistance médicale apparaît comme la mesure la plus récente au niveau des politiques de santé. Sans pour autant être un nouvel instrument puisqu'elle date de 1984 et a été modifiée en 1996 et rénovée en 2012, la carte d'assistance médicale donne droit aux prestations de soins médicaux, chirurgicaux et dentaires. Pourtant cette carte n'a pas connu beaucoup de succès auprès des populations visées. La nouvelle carte d'assistance médicale (CAM) offre un paquet minimum d'activités délivré aux centres de santé publics et agréés et le paquet complémentaire d'activités délivré au niveau de l'Hôpital de District public ou agréé. Les prestations couvertes par un autre système d'assurance ou de système de subvention de soins ne sont pas prises en charge par la CAM. Il faut noter cette carte connaît des succès mitigés avec un taux d'adhésion, au niveau national, de 25% au mois d'avril 2013.

Toutefois, le coût estimé des prestations liées à cette CAM était de 36 milliards de Fbu en 2012, avec un taux d'adhésion plus élevé en perspective. Le problème de financement qui se pose maintenant risque de s'accroître puisque le budget de l'Etat ne prévoit que 2,3 milliards de Fbu. Le Gouvernement a tout intérêt à chercher des ressources à temps pour éviter des impayés ou des retards de paiements déjà récurrents auprès des structures de santé.

Conclusion

Cette étude qui porte sur le financement du secteur de la santé montre que la part du budget de l'Etat Burundais affectée au secteur de santé n'atteint pas le seuil de 15% fixée par la Déclaration d'Abuja. En dehors des normes établies pour améliorer ce secteur ou des accords de financement signés, cet état de fait démontre que les financements fournis par l'Etat ne sont pas suffisants pour soutenir des besoins exprimés à travers les documents de planification économique comme le CSLP-II ou le CDMT qui fixent les dépenses de Moyen Terme pour les objectifs à atteindre en 2015.

Par conséquent, l'Etat Burundais doit s'appuyer sur la coopération internationale pour solliciter des financements de la part des Partenaires Techniques et Financiers qui fournissent l'essentiel des ressources dont le secteur a besoin (plus de 70% en 2013).

Parmi les principaux bailleurs, il y a lieu de citer le Fonds Mondial pour VIH/SIDA qui fournit 17% du total des ressources extérieures, soit 42 milliards de Fbu ou encore le Fonds Mondial Malaria, 16%, l'USAID, 17% et la Banque Mondiale, 10,5% et bien d'autres partenaires multilatéraux et bilatéraux.

Une des conséquences de l'insuffisance des financements est que les taux de mortalités et de morbidités observés sont encore élevés au Burundi. Par exemple, 58% des enfants de moins de 5 ans sont des malnutris chroniques²⁸ et les principales causes des décès des enfants de moins de 5 ans au Burundi sont les causes néonatales (31%), la pneumonie (17%) et la diarrhée (14%) ; viennent ensuite le VIH/SIDA (6%) et le paludisme (4%). Pour ce qui est de la mortalité maternelle, elle a diminué de 54,5% entre 1990 et 2010 en passant de 1100 décès pour 100 000 naissances vivantes à 499 décès pour 100 000 naissances vivantes selon l'enquête démographique et santé de 2010. Si cette tendance continue, la probabilité d'atteindre l'objectif du millénaire pour le développement pour cette

²⁸ Enquête Démographique et de Santé, EDS 2010

composante est élevée soit 275 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2015.

En outre, il faut noter que toutes mesures de politique de santé ont des impacts sur les budgets accordés par l'Etat. En effet, au cours des six dernières années, des mesures ont été prises pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé dont la politique de gratuité de soins pour les enfants de moins de cinq ans, des femmes enceintes et celles qui accouchent, le financement basé sur la performance, la décentralisation du système de santé par la mise en place des districts sanitaires et la mise en place de la carte d'assistance médicale pour le secteur rural et le secteur informel.

En adoptant une politique de subventions des soins de santé sans une étude préalable, le Gouvernement s'est exposé à beaucoup de dysfonctionnements dont les retards répétés dans le remboursement des factures, les surfacturations des soins médicaux, la surcharge de travail du personnel de santé, l'augmentation rapide de l'utilisation des services de santé, le manque de médicaments et d'équipements dans les formations sanitaires. Cela a conduit à une lourdeur de la facturation et une démotivation du personnel liée à la surcharge de travail sans rien attendre en retour.

Pour résoudre ce genre de problèmes, le gouvernement a initié depuis avril 2010 un système de financement basé sur la performance qui intègre le paquet gratuit des soins pour les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et les accouchements. Avec ce financement, le délai de remboursement a été réduit de 4 mois à 50 jours, les surfacturations réduites, et la charge de travail administratif a été allégée avec des documents à remplir qui sont passés de 2.500 pages à 2 pages par mois et une motivation financière a été accordée aux prestataires de soins. Enfin, des résultats sur la santé sont palpables avec une hausse de l'utilisation des services de santé, la hausse jusqu'à 67% des accouchements assistés par un personnel qualifié (2012), le taux d'enfants complètement vacciné atteint 83,3% et les scores de qualité technique s'améliorent progressivement 80% pour les centres de santé et 70% pour les hôpitaux de district.

En fin de compte, on peut constater que malgré l'appui des ressources octroyées par les bailleurs de fonds au budget de l'Etat, le Burundi comme la plupart des pays africains n'atteindra pas certains seuils fixés aux horizons figurant dans les Déclarations.

La Déclaration d'Abuja n'est suivie que par quelques pays en Afrique, et le Burundi se trouve encore loin de l'objectif fixé. Tous les acteurs du développement devaient donc plaider pour que le Gouvernement du Burundi augmente de manière visible le financement affecté au secteur de santé. La plupart des structures de santé sont affectées par le manque de ressources financières, ce qui augmente la vulnérabilité des populations déjà pauvres.

Aux termes de cette analyse et dans le but d'atteindre les objectifs fixés par la Déclaration d'Abuja de 15% ou des OMD, quelques recommandations s'imposent :

Au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA:

- Mettre en place une politique claire et pérenne en matière de couverture universelle qui vise l'accès aux soins de santé de qualité de toute la population burundaise;
- Mener une évaluation de la mise en œuvre de la CAM pour corriger rapidement les effets pervers observés aujourd'hui;
- Mettre en place un système de suivi de la gestion des hôpitaux pour garantir une gestion efficiente des ressources disponibles et faire un plaidoyer pour le remboursement des dettes par le Ministère des finances, de la planification et du développement économique;
- Faire un suivi de la qualité des soins dispensés dans le cadre des politiques de santé comme la gratuité des soins, la carte d'assistance médicale, etc.

Au Gouvernement :

- Revoir à la hausse les ressources du Budget National affectées au secteur de la santé, un des moyens d'atteindre les objectifs fixés ;

- Mettre plus de moyens financiers et humains afin de permettre aux populations d'accéder aux services de qualité notamment en revoyant à la hausse le budget de la Carte d'Assurance Maladie et en visant une couverture universelle;
- Améliorer l'accès équitable aux services médicaux et leur répartition au sein de la population en s'appuyant sur une gestion transparente et des moyens de contrôle à l'instar de ce qui est fait avec les financements basés sur la performance.
- Assurer une coordination dans des différents budgets de santé qui sont gérés dans les différents ministères comme le Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la Personne Humaine et du Genre, du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité sociale, du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche scientifique

Au Parlement :

- Tenir compte de la déclaration d'Abuja et des différentes politiques initiées par le Gouvernement dans la dotation du budget alloué à la santé pour viser en fin de compte une couverture universelle des soins de santé au Burundi;
- Adopter un budget particulier couvrir ceux qui sont pas encore couverts par le système actuel notamment les indigents, les personnes âgées, les groupes marginalisés;
- Voter un budget plus consistant dans le secteur de santé et pour une couverture universelle.

Aux Partenaires Techniques et Financiers :

- Revoir à la hausse le volume d'aide totale pour atteindre les 0.77% de leurs PIB comme promis et partant la part affectée à la santé serait plus grande;
- Revoir la structure de l'aide affectée à la santé et éviter des interventions imprévisibles et volatiles suite à la prolifération des programmes spécifiques de lutte contre certaines maladies ;

- Apporter un soutien à la mise en œuvre de la Carte d'Assistance Médicale en participant à sa gestion et son financement;
- Améliorer la responsabilité réciproque des partenaires, y compris celle portant sur leur désengagement et l'absence de résultats visibles.

A la société civile:

- Faire un plaidoyer pour faire accéder aux soins de santé de qualité à la majorité de la population;
- Plaider pour un budget consistant pour le secteur de la santé;
- Appuyer les organisations de la société civile à base communautaire dans la défense des droits des malades;
- Mener des études d'évaluation des politiques de santé pour améliorer leur efficacité et leur impact socio sanitaire.