

REPUBLIQUE DU BURUNDI



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

**RAPPORT DES COMPTES DE
LA SANTE DU BURUNDI
ANNEE 2021-2022**



COMPTES DE LA SANTE-2021-2022

Table des matières

AVANT-PROPOS	8
REMERCIEMENTS	9
RESUME EXECUTIF	10
INTRODUCTION.....	12
I. CONTEXTE NATIONAL	15
I.1. Situation géographique du pays	15
I.2. Situation démographique.....	16
I.3. Contexte économique	17
I.4. Profil épidémiologique.....	18
I.4.1 Santé de la mère et du nouveau-né.....	18
I.4.2 La santé des enfants	19
I.4.3 La santé des jeunes et adolescents	19
I.4.4 La santé des adultes et des personnes âgées.....	20
I.5. Organisation du système de santé.....	20
I.6. Financement de la santé.....	21
II. UTILITE, CADRE ET DEFINITIONS DES COMPTES DE LA SANTE	24
II.1. Utilité des comptes de la Santé	24
II.2. Le cadre principal et élargi des comptes du SCS.....	24
II.3. Définitions des concepts.....	25
III. METHODOLOGIE	28
III.1. Processus d'élaboration des comptes de la santé	28
III.2. Échantillon.	28
III.3. Outils de collecte des données	28
III.4. Collecte des données.....	28
III.5. Traitement des données	29
III.6. Encodage des données dans l'outil HAPT version 4.0.0.6	30
III.7. Difficultés et limites de l'étude	30
IV.DIMENSIONS ANALYTIQUES DES COMPTES DE LA SANTE.....	31
IV.1. Sources de financement.....	31
IV.2. Régimes de financement	31
IV.3. Agents des régimes de financement.....	31
IV.4. Prestataires de soins et services de santé.....	31

IV.5. Fonctions	31
IV.6. Facteurs de prestation.....	31
V. RESULTATS DES COMPTES DE LA SANTE	32
V.1. Validité des données.....	32
V.2. Mobilisation des ressources de la sante.....	32
V.2.1. Volume du financement de la santé.....	33
V.2.2. Dépenses courantes en santé.....	33
V.2.3. Dépenses d'Investissement en santé.....	34
V.2.4. Principaux Indicateurs des comptes de la santé.....	35
V.2.5. Analyse des dépenses courantes de santé par source de 2021 et 2022	36
V.2.5.1. Dépenses courantes de santé de l'administration Publique	37
V.2.5.2. Dépenses courantes de santé des Bailleurs	38
V.2.5.3. Dépenses courantes de santé des Ménages.....	39
V.2.6. Analyse des dépenses courantes de santé par Agent de financement, Régimes et Recettes de régimes entre 2021 et 2022	39
V.3. Affectation des ressources de la sante	42
V.3.1. Pourcentage des DCS par prestataires de soins de santé de 2021 à 2022 (Toutes sources)	42
V.3.2. Dépenses courantes de santé par prestataire selon les sources de financement en BIF	43
V.3.3. Les dépenses courantes de santé par facteurs des prestations de 2021 à 2022 (en BIF)	44
V.4. Analyse et interprétation des résultats	45
V.4.1. Mobilisation des ressources.....	45
V.4.1.1. Volume de financement de la santé	45
V.4.1.2. Dépenses courantes en santé.....	45
V.4.1.3. Dépenses d'investissement en santé	45
V.4.1.4. Principaux Indicateurs des comptes de la santé.....	46
V.4.1.5. Dépenses courantes en santé de l'administration Publique	46
V.4.1.6. Dépenses courantes en santé des Ménages.....	46
V.4.2. Affectation des ressources de la santé	46
V.4.2.1. Affectation des ressources par prestataires de soins.....	46
V.4.2.2. Dépenses effectuées par facteurs de prestation	47
V.4.3. Utilisation des ressources de la santé	47
V.4.3.1. Fonctions de soins de santé	47
V.4.3.2. Fonctions de soins de santé par source de financement	48

V.4.3.3. Analyse de l'efficacité et efficience	56
VI. RECOMMANDATIONS.....	59
VII. CONCLUSION.....	60
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	62
ANNEXES	63
EQUIPE D'ELABORATION	66

Liste des tableaux

Tableau 1: Evolution de quelques indicateurs clés pour les dépenses au cours des 5 dernières années	21
Tableau 2: Evolution de la dépense totale de santé de 2016 à 2022 en milliards de BIF.....	33
Tableau 3: Evolution de la dépense courante en santé par source de financement de 2016 à 2022 en milliards de BIF.....	33
Tableau 4 : Part des dépenses de santé affectées aux investissements de 2016 à 2022 en milliards de BIF	34
Tableau 5: Evolution des indicateurs de financement de la santé de 2016 à 2022 en milliards de BIF.	35
Tableau 6: Le pourcentage des dépenses courantes en santé par source de financement et en moyenne entre 2021 et 2022	36
Tableau 7: Dépenses courantes de santé des Bailleurs.....	38
Tableau 8: Dépenses courantes de santé par Agent, Régimes de financement et revenus des régimes de financement de 2021 à 2022.....	39
Tableau 9: La répartition de la dépense de santé par prestataire par source de financement en moyenne (2021 et 2022)	43
Tableau 10: Répartition de la DCS par facteur de prestation de 2021 et 2022 (toutes sources confondues)	44
Tableau 11: Répartition de DCS par fonctions (toutes sources confondues) de 2021 à 2022.....	47
Tableau 12: Répartition des DCS par fonctions par sources de financement de 2021 à 2022	48
Tableau 13: Evolution de la dépense courante de santé par maladie	50
Tableau 14: Répartition de DCS par catégorie des maladies selon leurs sources de financement de 2021 à 2022	52
Tableau 15: Evolution des indicateurs de santé entre 2020 et 2022.....	56

Liste des graphiques

Graphique 1: La répartition des dépenses courantes de santé par source en moyenne	37
Graphique 2: Part du budget général de l'Etat alloué à la santé de 2010 à 2022.....	38
Graphique 3: Dépenses courantes de santé des Bailleurs.....	39
Graphique 4: Répartition de la dépense courante de santé par prestataire de soins	42

Liste des schémas

Schéma 1: Les flux financiers dans le système de santé	23
--	----

Schéma 2: Cadre comptable du système des comptes de la santé (SHA 2011)24

Liste des cartes

Carte 1: Carte géographique du Burundi.....16

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

ABREMA	Autorité Burundaise pour la régulation des médicaments et des aliments
ARV	Antirétroviral
AVP	Accident de Voie Publique
BDS	Bureau du District Sanitaire
BIRD	Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement
BPS	Bureau Provincial de Santé
BRB	Banque de la République du Burundi
CAM	Carte d'assistance médicale
CDS	Centre de Santé
CESAG	Centre Africain d'Études Supérieures en Gestion
CICOP	Classification of Individuel Consumption according to Purpose
CHUK	Centre Hospitalier Universitaire de Kamenge
CS	Comptes de la Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DCS	Dépenses Courantes de Santé
DIS	Code pour classification des dépenses par maladie
DTS	Dépenses totales en santé
EAC	Communauté de l'Afrique de l'Est
EDSB	Enquête Démographique et de Santé
FA	Agents de financement des soins de santé
ENAB	Enquête National Agricole du Burundi
FBP	Financement Basé sur la Performance
FM	Fonds Mondial
FBCF	Formation Brute de Capital Fixe
BIF (BIF)	Francs Burundais
FOSA	Formation sanitaire
FP	Facteurs de prestations des soins de santé
FS	Recettes des régimes de financement des soins de santé
GAVI	Global Alliance for Vaccination and Immunization
GHED	Global Health Expinditures Database
HTA	Hypertension Artérielle
HAPT	Health Account Production Tool
HC	Fonctions des soins de santé
HF	Régimes de financement des soins de santé
HP	Prestataires des soins de santé
ICHA	International Classification for Health Account
IDA	Association Internationale de Développement
INSS	Institut National de Sécurité Sociale

IRA	Infection Respiratoire Aigue
ISBLSM	Institutions sans but lucratif au service des ménages
ISTEEBU	Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi
MEV	Maladie Évitable par la Vaccination
MFP	Mutuelle de la Fonction Publique
MII	Moustiquaire Imprégnées d'Insecticide
MFBDE	Ministère des Finances, du Budget et de la Planification au Développement Économique
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
NCA	Non Classé Ailleurs
NV	Naissances Vivantes
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PVVIH	Personne vivant avec le VIH/Sida
OBR	Office Burundais des Recettes
OCDE/ OECD	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectifs de Développement Durables
OMD	Objectifs du Millénaire de Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PIB	Produit Intérieur Brut
PPA	Parité de pouvoir d'achat
SCS	Système des Comptes de la Santé
RDC	République Démocratique du Congo
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SHA	Système Health Account
SIGEFI	Système de Gestion des Finances Publiques
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
TB	Tuberculose
TIC	Technique d'Information et de Communication
UE	Union Européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	United States Agency for International Développement
USD	Dollar Américain
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

AVANT-PROPOS

Le Gouvernement du Burundi, a adopté, depuis 2005, une série de réformes visant l'amélioration de l'accès de la population aux soins de santé de qualité en vue d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU) à travers le renforcement du système de santé du pays.

C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida vient de se doter de la 7^{ème} édition des comptes de la santé. La démarche d'élaboration des comptes de la santé trouve son importance non seulement dans le besoin d'informations financières fiables pour la prise de décisions dans le secteur de la santé, mais aussi et surtout dans la nécessité de cerner l'ensemble des mécanismes de financement du secteur de la santé.

Les Comptes de la santé (CS) sont d'une importance capitale pour le suivi et l'évaluation de l'utilisation des ressources financières pour l'atteinte des objectifs et des engagements nationaux et internationaux. En effet, le rapport des comptes de la santé indique le niveau des dépenses de santé et analyse les tendances de leurs différentes composantes. Il fait ressortir la contribution des différentes catégories d'acteurs et les mécanismes de financement qui interviennent aussi bien dans le processus de mobilisation et de gestion des fonds que dans l'offre et l'utilisation des services de santé.

Le présent rapport des comptes de la santé 2021-2022 constitue une source d'informations pour le décideur politique ainsi que tous les intervenants dans le secteur de la santé, surtout en ce moment où le Burundi s'est engagé à accélérer les progrès vers l'atteinte de la couverture sanitaire universelle. Il constitue également un outil utile pour le Gouvernement et ses Partenaires au Développement pour la mobilisation et l'allocation efficace et équitable des ressources dans le secteur de la santé.

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

Dr Lydwine BARADAHANA

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida vient de se doter de la 7^{ème} édition des comptes de la santé. Les résultats des comptes de la santé de 2021-2022 fournissent des informations financières fiables indispensables pour la prise de décisions pour la mobilisation et l'allocation efficace et équitable des ressources dans le secteur de la santé. L'élaboration des comptes de la santé 2021-2022 a requis la participation de nombreux partenaires. C'est dans ce sens que, nous adressons nos remerciements plus particulièrement à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour son appui technique et financier.

L'élaboration des CS 2021-2022 n'aurait pu être possible sans le travail assidu de l'équipe technique nationale des comptes de la Santé au Burundi sous le lead de la Direction Générale de la Planification.

Nous sommes reconnaissants vis-à-vis des départements, des programmes et projets, des services du MSPLS, d'autres Ministères et institutions de l'Etat, de la société civile (les secteurs privé et associatif) et des partenaires internationaux de la santé qui ont participé activement au processus d'élaboration des CS malgré leur charge de travail.

Puissent les résultats de ces comptes servir de base factuelle pour orienter la prise de décisions dans le secteur de la santé.

RESUME EXECUTIF

Le système de financement de la santé au Burundi est soutenu par le gouvernement (administration publique), le reste du monde (coopération bilatérale et multilatérale, ONG & fondations internationales) ; les ménages (population), les entreprises publiques et privées, les ONG et fondations nationales. Cependant, les ménages (29,15% de la DCS) sont la première source de financement, suivis par les bailleurs multilatéraux (26,96% de la DCS). Le gouvernement (23,05% de la DCS) occupe la troisième place, les bailleurs bilatéraux (18,18%) la quatrième, suivis des entreprises (2,3%) et des ONG et fondations (0,3%), qui occupent la dernière place.

Le volume global des dépenses de santé a presque doublé entre 2016 et 2022 passant de 369,77 à 643,4 milliards de BIF, soit une augmentation de 74%. Cette augmentation s'explique par les investissements réalisés pendant et après l'avènement de Covid-19 au Burundi. Malgré cette augmentation des dépenses de santé, le taux d'allocation du Gouvernement pour la santé continue à régresser passant de 12,50% à 5,70% entre 2016 et 2022. Ceci montre que jusqu'en 2022, le financement du Gouvernement Burundais pour la santé reste loin pour atteindre la cible d'au moins 15% fixé à Abuja. Parallèlement avec les allocations, les dépenses courantes de santé ont connu une diminution de 14,5% passant de 146,87 à 125,64 milliards de BIF entre 2021 et 2022. Par rapport à la dépense courante de santé, les dépenses du gouvernement ont passé de 25,49% à 20,6%. Ce financement représente 1,9% et 1,4% du PIB. Cependant, il reste inférieur à l'objectif de 5% du PIB recommandé par le groupe d'experts de haut niveau sur le financement de la santé.

Le Reste du monde occupe la première place dans le financement de la santé au Burundi. Entre 2021 et 2022, son financement est passé de 259,42 à 278,83 milliards de BIF. Ceci représente 45% et 45,8% de la DCS. Ceci reflète le niveau de dépendance du secteur de la santé à l'aide extérieure.

Les ménages viennent en second comme source de financement. Leur contribution avec un accroissement de 22% passant de 155,554 à 190,440 milliards entre 2021 et 2022. Le paiement direct reste le principal mécanisme de financement qui permet aux ménages d'effectuer leurs dépenses de santé au Burundi. Sa part représente respectivement 27,29% et 31,29% de la DCS. Ce niveau de financement reste élevé et montre que les ménages burundais sont exposés aux dépenses catastrophiques et appauvrissantes. Le Gouvernement et ses partenaires doivent redoubler d'efforts pour alléger cette charge. Les cotisations sociales et les prépaiements volontaires représentent respectivement 4,72% et 1,92% en moyenne entre 2021 et 2022, ce qui indique un faible taux de couverture du risque maladie. Le système de sécurité sociale burundais ne couvre qu'une faible proportion de la population.

Les Hôpitaux sont les prestataires les plus importants en matière d'offre de service de santé entre 2021 et 2022. Les dépenses courantes de santé allouées à ces structures représentent 44,5% et 46,4% de la DCS. Ils sont suivis des prestataires de soins de santé ambulatoires (21,5 % et 19,7%) et les pharmacies (11,6% et 13,2%). La part allouée aux services administratifs et de financement du système de soins de santé est de 10,2% et 15,6% et les prestataires de soins préventifs 10,6% et 4,9%. Les autres prestataires notamment, les prestataires de services auxiliaires (1,3% et 0,2%), le reste de l'économie (0,3 et 0,1%).

La rémunération des employés et les produits pharmaceutiques restent les premiers postes qui consomment le financement dans l'ensemble de dépenses effectuées de 2021 et 2022. Les services non sanitaires tel que : réunions, entretiens etc. occupent la deuxième place.

En moyenne, entre 2021 et 2022, plus de la moitié des financements publics ont été effectués pour la rémunération (56%) suivis des produits pharmaceutiques (34,2%). Les entreprises consacrent 42% de la dépense de santé pour effectuer les achats des produits pharmaceutiques. Les ménages dépensent beaucoup pour les produits pharmaceutiques, cette dépense absorbe plus de 60% de la DCS des ménages.

Les dépenses courantes de santé relatives à ces soins curatifs sont passées de 52,26% à 54,36% de l'ensemble des dépenses courantes de santé. Les soins préventifs viennent en deuxième position 24,48% et 16,4% entre 2021 et 2022 et les biens médicaux 12 à 13%.

Les maladies infectieuses et parasitaires ont été financées à hauteur de 56%, suivis des maladies liées à la santé de reproduction à 27%, Maladies non transmissibles à 8%, Carences nutritionnelles à 7% et à 2% pour les traumatismes.

Le Paludisme est la pathologie la plus financée parmi les autres maladies infectieuses et parasitaires, sa part représente 20% de la dépense. Les infections des voies respiratoires à 11%, maladies diarrhéiques et VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MSTs) à 7%. Maladies tropicales négligées, Covid-19 à 6%, Maladies évitables par la vaccination et autres maladies infectieuses et parasitaires à 3%.

INTRODUCTION

Les financements de la santé sont un facteur crucial pour garantir un accès universel à des soins de qualité, et leur évolution varie considérablement selon les régions du monde. À l'échelle mondiale, la crise des financements de la santé est exacerbée par des défis internes et externes, tels que les pandémies, les conflits, les crises économiques mondiales et les inégalités dans les systèmes de santé. Ces défis sont ressentis différemment dans les pays industrialisés, les pays d'Asie du Sud et les pays africains, bien que chacun fasse face à des contraintes spécifiques.

Dans les pays industrialisés, les systèmes de santé sont généralement mieux financés, grâce à des économies solides et à une gestion plus rigoureuse des ressources. Cependant, ces pays font face à des défis tels que le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et les coûts élevés des technologies médicales. Cela met une pression continue sur les budgets de santé, nécessitant des stratégies de financement innovantes telles que l'optimisation de la gestion des dépenses publiques et la révision des systèmes de couverture des soins de santé. Les Comptes de la Santé sont devenus un outil essentiel pour suivre les flux financiers dans le secteur de la santé et identifier les zones de gaspillage ou d'inefficacité. Les pays industrialisés mettent en œuvre des réformes pour intégrer des modèles de financement basés sur la performance (FBP), comme le financement basé sur les résultats (FBR) et pour diversifier les sources de financement (cotisations sociales, taxes sur la santé, contributions privées).

En Asie du Sud, les pays comme l'Inde, le Bangladesh et le Pakistan font face à un défi particulier : combiner une grande population avec des ressources limitées. Malgré les progrès réalisés dans l'amélioration des services de santé, l'accès universel reste un objectif difficile à atteindre. Les stratégies de financement dans cette région incluent le partenariat public-privé, le recours à l'assurance santé nationale et la mobilisation des ressources internes par une meilleure collecte des impôts. L'établissement de Comptes de la Santé permet d'identifier les financements insuffisants dans des sous-secteurs critiques et de mieux orienter les investissements publics et privés dans la santé.

Dans les pays africains, la situation est encore plus complexe. La région est confrontée à des défis financiers majeurs notamment la faiblesse des budgets nationaux, la dépendance à l'aide internationale et l'inefficacité des systèmes de gestion des ressources. Bien que de nombreux pays aient pris des engagements pour améliorer le financement de la santé, la mise en œuvre de stratégies efficaces reste un défi de taille. L'établissement des Comptes de la Santé en Afrique est en croissance, permettant aux gouvernements et aux partenaires de suivre les dépenses de santé et de mieux allouer les fonds.

La mobilisation des ressources domestiques est une priorité pour plusieurs pays africains. Des solutions comme l'imposition de taxes spécifiques pour la santé, l'augmentation des investissements dans les infrastructures sanitaires et le renforcement de la gouvernance sont des approches proposées pour assurer un financement durable. Le financement basé sur les résultats (FBR) et l'engagement avec des institutions financières internationales telles que la Banque Mondiale et le FMI sont également essentiels pour soutenir ces efforts.

Dans la région OMS AFRO, la situation est particulièrement préoccupante. L'Afrique subsaharienne est confrontée à une charge de morbidité élevée due aux maladies infectieuses, aux maladies non transmissibles émergentes et aux pandémies, mais avec des ressources limitées pour y faire face. De plus, les crises sanitaires récurrentes et les conflits géopolitiques amplifient cette situation. Les stratégies de financement incluent la coopération internationale pour soutenir les budgets de santé nationaux, les financements innovants tels que les taxes sur les produits de santé et la révision des politiques de santé publique pour mieux orienter les financements vers les soins primaires de santé.

Au Burundi, les défis liés au financement de la santé sont multiples. Le pays fait face à des contraintes économiques sévères, une faible collecte des recettes fiscales et une forte dépendance à l'aide extérieure pour financer le secteur de la santé. Le Gouvernement Burundais, dans ses efforts pour atteindre l'objectif de couverture sanitaire universelle, se concentre sur des solutions telles que le renforcement du financement national de la santé à travers une meilleure gestion des ressources

publiques, l'optimisation des dépenses de santé en ciblant les investissements prioritaires et la promotion du financement participatif à travers des initiatives de solidarité communautaire. Le développement des comptes de la santé au Burundi permet de mieux suivre les financements et d'identifier les priorités. De plus, la mise en place **d'un fonds commun pour la santé**, ainsi que l'implication accrue des partenaires au développement, constituent des solutions cruciales pour surmonter les lacunes de financement.

Ainsi, les défis de financement de la santé sont complexes et multiformes. Cependant, des solutions stratégiques comme l'établissement des Comptes de la Santé, la diversification des sources de financement et l'implication accrue des secteurs privé et public offrent des pistes pour renforcer la durabilité des systèmes de santé et améliorer l'accès aux soins. Pour le Burundi, ces approches peuvent constituer un levier pour surmonter les contraintes économiques et bâtir un système de santé plus résilient face aux défis futurs.

I. CONTEXTE NATIONAL

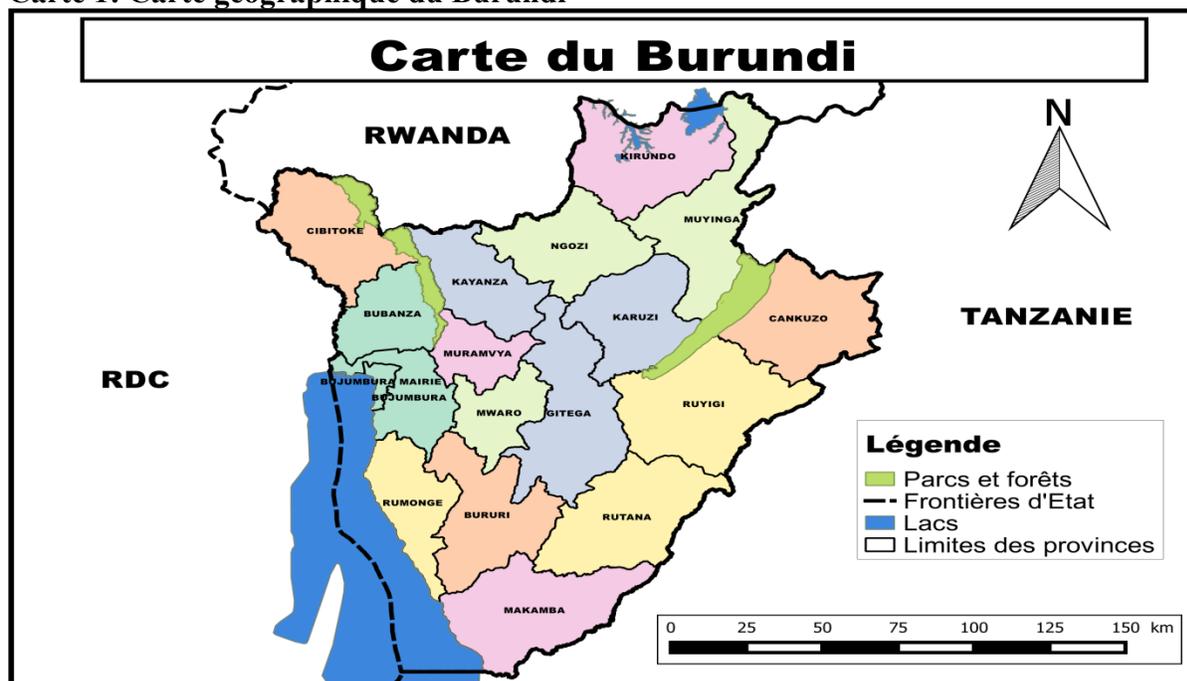
I.1. Situation géographique du pays

Le Burundi est un pays situé à cheval entre l'Afrique de l'Est et l'Afrique Centrale. Il est frontalier au nord avec le Rwanda, au Sud et à l'Est avec la Tanzanie et à l'Ouest avec la République Démocratique du Congo (RDC). Sa superficie est de 27.834 km² dont 2.700 Km² de lacs et 23.500 Km² de terres potentiellement agricoles. Il est situé à 3°22' 34" de latitude sud et à 29°21'36" de longitude Est.

Le relief du Burundi est dans l'ensemble accidenté, caractérisé par des collines dont les pentes fragilisent les sols avec des risques d'érosion. Il existe 5 zones assez diversifiées dont la Plaine de l'Imbo à l'Ouest (entre 774 m et 1.000 m d'altitude), les contreforts de Mirwa (entre 1.000 m et 1.500 m), les hautes terres de la crête Congo-Nil (entre 1.500 m et 2.600 m), les plateaux centraux (entre 1.400 m et 2.000 m), les dépressions du Moso à l'Est (entre 1 200 m et 1 400 m) et du Bugesera (1 200 m et 1 500 m).

Le Burundi a un climat tropical modéré avec des pluies abondantes et connaît deux grandes saisons distinctes : la saison sèche (juin à août) et la saison pluvieuse (septembre à mai). Ces dernières années, la saison sèche a tendance à s'allonger anormalement surtout dans les zones de dépressions (Bugesera, Moso et Imbo) avec le départ précoce des pluies en mai et le retour des pluies fin octobre. Sur le plan administratif, le pays est subdivisé en 18 provinces, 119 communes et 2 910 collines.

Carte 1: Carte géographique du Burundi



I.2. Situation démographique¹

La population du Burundi était estimée à 12,3 millions d'habitants² en 2020 et pourrait atteindre 20,2 millions d'habitants en 2050 selon les projections de l'INSBU (ex-ISTEEBU), une taille moyenne de 4,8 personnes par ménage et un indice synthétique de fécondité de près de 5,5 enfants par femme (respectivement RGPH 2008, EDS III 2016-2017).

La démographie croissante présente un défi pour la santé et le bien-être de la population burundaise.

Les résultats de l'EICVMB 2019-2020 révèlent que la population du Burundi est majoritairement jeune. En effet, 48% des burundais ont moins de 15 ans tandis que 48,8% se situent dans la tranche d'âge de 15 à 64 ans, avec une proportion

¹Projections démographiques 2010-2050 niveau national et provincial, ISTEEBU, Avril 2017

² ISTEEBU : Projections démographiques de la population 2010-2050

significative de 29,8% de jeunes âgés de 15 à 34 ans. En revanche, seulement 3% de la population totale a 65 ans ou plus.

La densité moyenne de cette population, l'une des plus fortes d'Afrique, est estimée à environ 461 hab. /km² en 2022³

Au Burundi, un ménage compte, en moyenne, 4,8 personnes. Trois ménages sur dix (29%) sont dirigés par une femme. Près de la moitié (49%) de la population des ménages est composée d'enfants de moins de 15 ans.

Cette croissance démographique spectaculaire a conduit à une pression croissante sur les ressources naturelles et les soins et services de santé de base avec plus de 90% de la population vivant en milieu rural.

I.3. Contexte économique

Le Burundi est l'un des pays en voie de développement avec plusieurs défis selon les classements de l'IDH. Toutefois, les perspectives s'améliorent avec la levée des sanctions et le retour des bailleurs bilatéraux et multilatéraux depuis mai 2020, avec notamment un programme FMI conclu en juillet 2023. Un appui est indispensable pour relever les défis économiques et financiers qui dépendent néanmoins de la bonne mise en œuvre du programme de réforme et notamment de la politique de change.

L'économie burundaise repose essentiellement sur le secteur de l'agriculture, élevage, sylviculture et pêche, qui représentait 34,6% du PIB en 2022 et 85,1% des emplois (19,5 et 52,9% pour l'ASS), dont le développement extensif est toutefois contraint par une densité de population très élevée, malgré le plus faible taux d'urbanisation au monde (13,7% contre 41,3% pour l'ASS). L'industrie (dont la construction) représente 13,2% du PIB, et les services 53,1%.

Le secteur minier pourrait représenter une opportunité pour la reprise économique. Le Burundi, 1^{er} producteur de terres rares en Afrique, se classe 9^{ème} au niveau mondial. Le secteur minier, soutenu par le secteur aurifère (68,5 MUSD d'exportations en 2022), est le principal pourvoyeur de devises devant les secteurs du café (70,6 MUSD d'exportations en 2022) et du thé (28,6 MUSD d'exportations en 2021). Parmi les différentes ressources minières présentes au Burundi, le nickel est le plus prometteur avec des estimations de 6% des réserves mondiales. Le gisement le plus important est celui de Musongati, pour des réserves exploitables estimées à 150 Mt.

Finances publiques

³Idem que ci-haut.

Les principaux leviers de consolidation budgétaire sont entre autres : (i) une nette augmentation des recettes et dons portée notamment par le DPO attendu de la Banque mondiale (80 M USD) et l'introduction de nouvelles taxes et (ii) une baisse des dépenses courantes. Les dépenses d'investissement sont néanmoins en forte augmentation principalement en raison de l'inclusion de la contribution publique au SGR (125 M USD sur ressources propres/an).

La dette publique est passée de 68,4% en 2022 à 62,8% en 2023. Selon les dernières projections du FMI, la part de la dette domestique est également passée de 71% en 2022 à 53% en 2023, tandis que la part de dette externe est passée de 29% en 2022 à 47% en 2023.

Niveau d'instruction⁴.

Les données de l'enquête IDH montrent que 37,3% n'ont aucun niveau d'instruction. La proportion des personnes ayant un certain niveau d'instruction diminue du niveau d'éducation le plus petit au niveau le plus grand. En effet, 40,4% a atteint le niveau primaire, 13,4% le niveau secondaire premier cycle/fondamentale, 5% le niveau post fondamental/secondaire 2nd cycle tandis que le niveau supérieur est de 1,5% contrairement à la situation de 2013-2014 de l'enquête sur les conditions de vie de ménages qui était moins de 1%. Par sexe, le même phénomène de diminution de la population instruite du niveau le plus bas vers le niveau le plus haut s'observe et les femmes sont minoritaires par rapport aux hommes à tous les niveaux atteints. Parmi les enfants de moins de 15 ans, 37,6% n'ont aucun niveau, cette proportion non négligeable peut être due à la rareté du cycle préscolaire surtout en milieu rural.

I.4. Profil épidémiologique

I.4.1 Santé de la mère et du nouveau-né

Dans le domaine de la santé de la mère et du nouveau-né, le Burundi a connu des progrès considérables bien que les agendas des OMD soient restés inachevés.

En effet, le ratio de mortalité maternelle était de 334 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2016 (EDSIII) alors que la cible des ODD est fixée à moins de 70 décès d'ici 2030.

Le taux de mortalité néo-natale est de 23 décès pour 1000 naissances vivantes en 2016 alors que la cible des ODD est fixée à 12 d'ici 2030.

⁴. Op cit.

Le taux de mortalité infanto-juvénile est de 78 pour 1000 naissances vivantes en 2016.

I.4.2 La santé des enfants

Selon l'Annuaire Statistique 2022, les dix principales causes de morbidité dans les centres de santé (CDS) chez les enfants de moins de cinq ans étaient : le paludisme (58,7%), les IRA autres que la pneumonie (12,66%), la pneumonie (2,09%), conjonctivite (2,06%), autres maladies (1,76%), infection oreille chez les moins de 5 ans (1,02%), les géo helminthiases (0,89%), la diarrhée avec déshydratation (0,69%), la malnutrition aiguë modérée (0,44%) et la malnutrition aiguë sévère (0,4%).

Certains domaines comme celui des maladies congénitales (Drépanocytose, Hémoglobinopathies, cardiopathies congénitales, Insuffisance motrice cérébrale, malformations congénitales, pieds bots, etc.) restent faiblement explorées et moins soutenues.

Selon l'EDSIII, 56% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique : 31% sous sa forme modérée et 25% sous sa forme sévère. La prévalence de la malnutrition chronique varie de manière importante selon l'âge de l'enfant. C'est parmi les plus jeunes enfants de moins de six mois que la prévalence est la plus faible (25%) , l'augmentation progressive jusqu'à la tranche d'âge de 36-47 mois, âges auxquels les deux-tiers des enfants sont affectés par ce type de malnutrition (66%). Au-delà, le niveau de la malnutrition chronique diminue, tout en restant élevé, puisque 59% des enfants de 48-59 mois accusent un retard de croissance. La prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants est 5%. L'insuffisance pondérale est de 29% dont 21% sous forme modérée et 8% sous forme sévère.

Par ailleurs selon l'EDSIII, il est observé une augmentation de la prévalence de l'anémie 45% à 61% parmi les enfants de 6-59 mois.

I.4.3 La santé des jeunes et adolescents

Le niveau de connaissance des méthodes de prévention du VIH et des maladies sexuellement transmissibles demeure faible : 42% des filles contre 50% des garçons ont une bonne connaissance de méthodes de prévention. L'accès aux services de santé sexuelle et de reproduction, qui pour la plupart, ne leur sont pas adaptés demeure un secteur à améliorer. En outre, les adolescents et les jeunes sont exposés

à d'autres problèmes tels que la malnutrition, l'usage d'alcool, du tabac et d'autres substances psycho-affectives.

I.4.4 La santé des adultes et des personnes âgées

Le Burundi fait actuellement face au double fardeau de la morbi-mortalité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles. Le taux de mortalité des adultes est de 3,24‰ chez les femmes et 4,55‰ chez les hommes selon l'EDS III 2016-2017. Les principales causes étant les maladies transmissibles (paludisme, le VIH/Sida, tuberculose, les autres infections respiratoires, les hépatites, etc.), les maladies non transmissibles (les maladies cardio-vasculaires comme l'hypertension artérielle (HTA), les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, les maladies métaboliques comme le diabète, les cancers, etc.) ainsi que les accidents de la voie publique (AVP). Cependant, ces maladies non transmissibles sont faiblement documentées au niveau national. Seules quelques études parcellaires ont été jusque-là réalisées.

I.5. Organisation du système de santé

Le système administratif de santé est organisé selon une pyramide à trois niveaux : le niveau central avec les unités centrales du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS), le niveau intermédiaire composé de 18 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) et le niveau périphérique avec 49 Bureaux des Districts Sanitaires (BDS). Le niveau communautaire est contrôlé par les bureaux de district sanitaire.

Les soins de santé sont fournis au niveau national et intermédiaire à travers 1411 formations sanitaires.

Selon l'annuaire des statistiques sanitaires 2023, le point d'entrée dans le système de soins est assuré par 1171 centres de santé dont 646 publics, 142 confessionnels, 41 associatifs et 342 privés.

Les hôpitaux sont au nombre de 120 dont 91 publics, 8 privés et 21 confessionnels. Quant aux centres médicaux, ils sont au nombre de 51 dont 44 privés et 7 confessionnels

Les cliniques sont au nombre de 61 avec 58 privées, 3 confessionnels et 1 associative.

Les centres des handicapés physiques sont au nombre de 8 dont 1 privé, 4 confessionnels et 1 associatif. En plus de cela, la population des zones urbaines et assimilées a accès aux cabinets privés généraux et spécialisés selon leur choix.

I.6. Financement de la santé

Le financement de la santé au Burundi est effectué par (i) l'appui budgétaire de l'Etat aux structures sanitaires, (ii) le financement basé sur la performance couplé à la gratuité (FBP-G), la mutuelle de la Fonction publique (MFP), (iii) la Carte d'Assistance Médicale (CAM), (iv) les mutuelles communautaires de santé, (v) le régime de prise en charge des indigents, (vi) les régimes volontaires de paiement privé des soins de santé comprenant les assurances santé, (vii) les financements de la santé provenant de l'extérieur, (viii) les paiements directs des ménages. Lorsqu'on examine la structure des dépenses par source de financement, on constate que les trois principales sources de financement de la santé au Burundi étaient les fonds d'origine extérieur respectivement **56,6%** des dépenses, les contributions des ménages **20,63%** et **20,1%** (contre **10%** recommandé par l'OMS) pour les financements de l'état (Compte de Santé 2020)

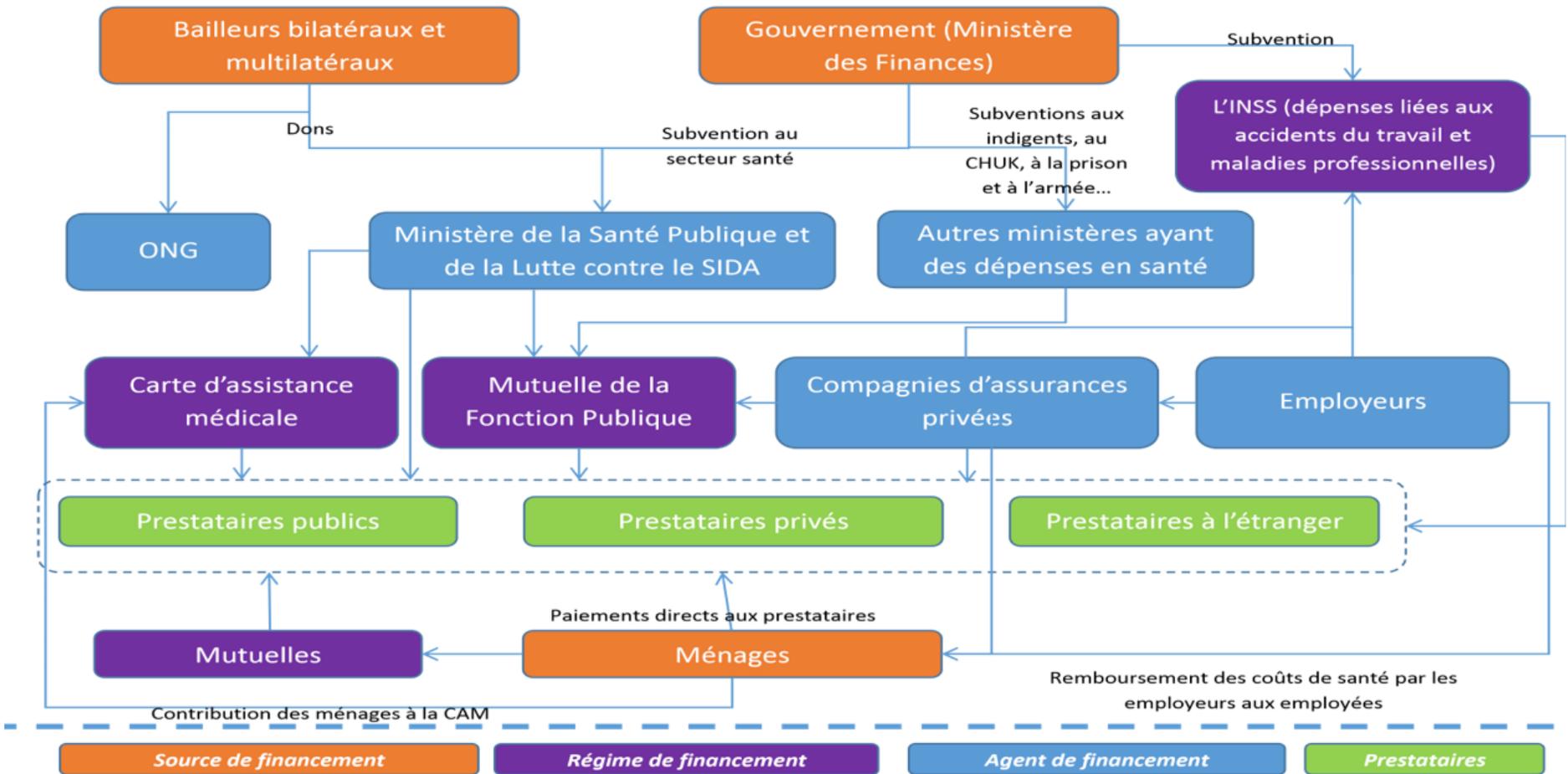
Selon le tableau ci-dessous, l'évolution de quelques indicateurs clés pour les dépenses au cours des cinq dernières années est la suivante :

Tableau 1: Evolution de quelques indicateurs clés pour les dépenses au cours des 5 dernières années

Indicateurs	2010	2013	2016	2018	2020
Dépenses courantes en Santé (Milliards BIF courant)	285,9	389,9	344,3	398,947	633,5
Le budget général de l'état	863,05	1389,9	1260,65	1388,17	1576,03
Part du budget de l'État alloué à la santé (%)	10,40%	10,90%	12,50%	12,10%	9,93%
Dépenses de santé des ménages en% des dépenses courantes de santé	28,00%	19,00%	28,80%	30,10%	20,6%
Dépenses de santé du reste du monde en% des dépenses totales de santé	53,00%	62,00%	37,50%	38,90%	55,89%
Dépenses d'investissement (Milliards BIF courant)	18,3	40,6	20,1	12,82	49,2

Dépenses totales en Santé (DTS, (Milliards BIF courant)	304,2	430,5	364,4	411,767	682,7
DTS par habitant (BIF courant)	35 840	46 541	32 971	32 914	55 465
DTS comme% du PIB	12,20%	10,20%	7,60%	6,70%	10,26%

Schéma 1: Les flux financiers dans le système de santé



II. UTILITE, CADRE ET DEFINITIONS DES COMPTES DE LA SANTE

II.1. Utilité des comptes de la Santé

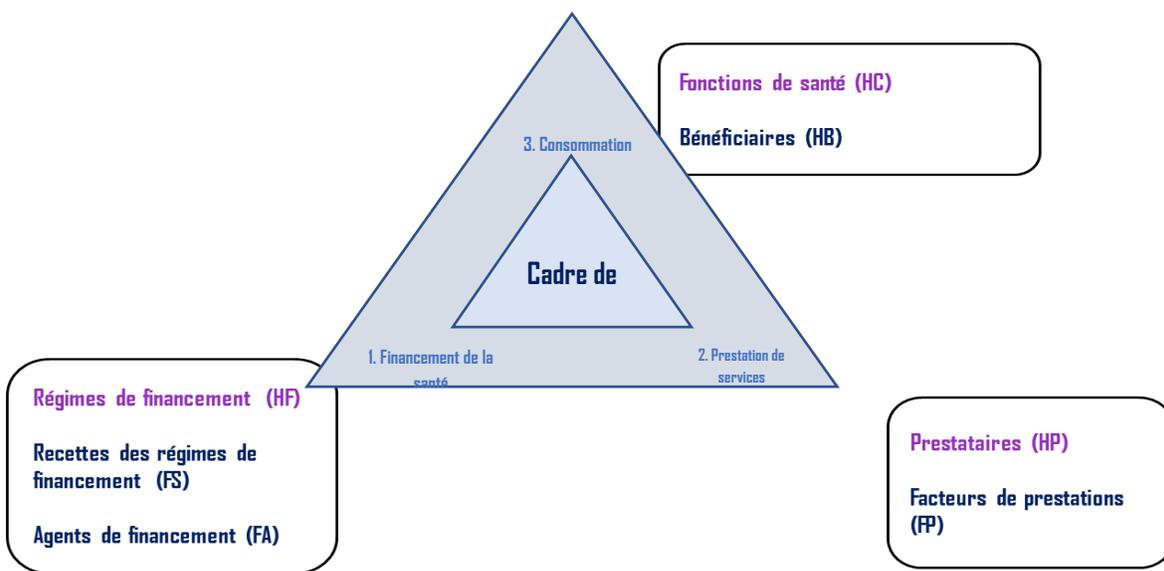
Les comptes de la santé (CS) fournissent une description exhaustive des flux financiers au sein du système de santé. Ils indiquent l'origine des ressources et la façon dont elles sont utilisées. L'analyse des flux des dépenses entre les différentes entités permet d'évaluer l'efficacité des politiques publiques, leur impact dans le temps et l'utilisation des ressources afin de corriger les déséquilibres du financement du système de santé.

II.2. Le cadre principal et élargi des comptes du SCS

Le cadre principal de la comptabilité est articulé autour d'un système triaxial pour l'enregistrement des dépenses de santé, notamment les classifications des fonctions de soins de santé (ICHA-HC), les prestataires de soins de santé (ICHA-HP) et les régimes de financement de la santé (ICHA-HF). Ces trois principales classifications répondent à trois questions fondamentales :

- ✓ Quel régime de financement prend en charge ces biens et services ?
- ✓ Quels prestataires de soins de santé fournissent ces biens et services ?
- ✓ Quels types de biens et services de santé sont consommés ?

Schéma 2: Cadre comptable du système des comptes de la santé (SHA 2011)



La figure ci-dessus montre les trois fonctions clefs d'un système de financement de la santé à savoir : la mobilisation des ressources, la mise en commun des ressources et l'achat des services. Ce cadre donne la synthèse des informations sur les dépenses de santé à travers les différentes classifications utilisées dans cette étude.

Source : Manuel du SHA 2011

II.3. Définitions des concepts

Concepts	Définitions
Les dépenses de santé	Il s'agit de toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif primaire est l'amélioration, le maintien et la prévention de la détérioration de l'état de santé des personnes et en réduisant les conséquences de la mauvaise santé à travers l'application de connaissances qualifiées en santé.
Les dépenses courantes de santé	Les dépenses courantes de santé sont des dépenses de biens et services de santé consommés par les unités résidentes uniquement, quel que soit le lieu où cette consommation a été effectuée sur le territoire économique nationale ou dans le reste du monde.
La formation du capital des établissements prestataires de soins de santé	Il s'agit des investissements réalisés (équipements medicotechniques, microscopes,) acquis au profit des structures de santé. Les investissements créent des actifs dont la particularité est d'être utilisée sur le long
La dépense totale de santé (DTS)	La dépense totale de santé (DTS) est égale à la dépense courante de santé à laquelle on ajoute la formation brute de capital fixe (FBCF) du secteur hospitalier public et privée, les dépenses liées au handicap et on retranche les indemnités journalières, les dépenses de recherche, dépenses d'enseignements et les dépenses de prévention collective alimentaire.

Concepts	Définitions
Les paiements directs des ménages	Les paiements directs des ménages sont des sommes d'argent versées par les ménages en contrepartie d'une prestation de service de santé dans une formation sanitaire. Ne sont pas comptabilisées dans les débours directs, les cotisations des ménages pour le compte d'un mécanisme de partage de risque maladie (mutuelle de santé ou assurance maladie).
Les biens médicaux dispensés	Ce sont les médicaments, les consommables et les dispositifs médicaux, la lunetterie, les prothèses pour l'orthopédie et les appareils pour handicapés et autres petits matériels consommés en dehors de l'hospitalisation.
Les recettes des régimes de financement (FS)	Elles sont une accumulation de fonds d'un régime de financement de soins par des mécanismes de contribution spécifiques. Les catégories de la nomenclature sont les différents types de transactions par lesquels les régimes de financement mobilisent leurs revenus.
Les régimes de financement (HF)	Ce sont les composantes du système de financement de la santé d'un pays qui canalisent les revenus reçus et utilisent ces fonds pour payer, ou acheter les activités à l'intérieur de la frontière des Comptes de la santé (CS).
Les prestataires (HP)	Les entités qui reçoivent de l'argent en échange ou en anticipation de la réalisation d'activités au sein de la frontière des comptes de la santé.
Les fonctions (HC)	Les types de biens et services fournis et les activités réalisées dans la frontière des comptes de la santé.
La formation de capital (HK)	Les types d'actifs que les prestataires de soins de santé ont acquis au cours de la période comptable et qui sont utilisés fréquemment ou continuellement pendant plus d'une année pour la production des services de santé.

Concepts	Définitions
Les transferts directs étrangers	Ce sont les revenus financiers étrangers directement alloués à la santé. Ils sont normalement en forme de subventions venant des agences internationales ou des gouvernements étrangers, ou des transferts volontaires (des dons) en provenance des ONG étrangères ou des individus qui contribuent directement au financement des régimes nationaux de financement de soins.
Les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique	Les fonds issus des revenus nationaux de l'administration publique destinés au financement de la santé. Les pays dont l'administration publique est décentralisée peuvent ressentir le besoin de souligner le rôle joué par les administrations centrale et locale dans l'allocation des revenus aux régimes de financement des soins.
Les données de sources primaires	Les données de sources primaires sont issues d'une collecte à l'aide des questionnaires bien structurés.
Les données de sources secondaires	Les données de sources secondaires aussi appelées données de sources administratives sont issues de l'exploitation des rapports d'activités et/ou financiers d'une structure.

Source : Guide du SCS 2011

III. METHODOLOGIE

La méthodologie utilisée est celle du Système des Comptes de la Santé (SCS 2011), basée sur une nomenclature et une classification internationale détaillée des dépenses de santé. Le ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) a préparé ce rapport pour les années 2021 et 2022 en utilisant la méthodologie standardisée du Système des CS développée par l'OMS. L'objectif est de se conformer aux normes internationales pour la production des résultats et d'indicateurs comparables à ceux d'autres pays ayant des conditions socio-économiques similaires.

III.1. Processus d'élaboration des comptes de la santé

La production des comptes de la santé 2021 et 2022 s'est déroulée selon les étapes suivantes : activités préparatoires à savoir : la mise en place de l'équipe technique composée de 11 membres, la production des questionnaires, le renforcement des capacités de l'équipe, la collecte des données, le traitement des données et le codage. Après le codage, l'équipe a procédé à la production de tableaux, à l'analyse des résultats, et à la rédaction et la validation du rapport.

III.2. Échantillon.

Les CS étant une étude rétrospective basée sur un choix raisonné (toutes les entités consommant et fournissant des biens de santé sont incluses), les données ont été collectées auprès de l'administration publique, des compagnies d'assurance, des bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, des ONG nationales et internationales.

Par ailleurs, il faut noter que les dépenses de santé des ménages sont estimées selon la nature des biens ou services consommés, sur base du rapport annuel de la Banque de la République du Burundi. Les dépenses des entreprises ont été estimées par les experts de l'Institut National de la Statistique du Burundi sur base d'une série des données des dépenses de santé des entreprises.

III.3. Outils de collecte des données

L'outil de collecte des données utilisé est un questionnaire produit directement à l'aide du logiciel HAPT version 4.0.0.6 de production des comptes de la santé actualisé et adapté aux sources de collecte des données (bailleurs, ONG nationales et internationales ainsi que les sociétés d'assurances).

III.4. Collecte des données

Nous distinguons deux sources des données (primaire et secondaire) utilisées pour élaborer les Comptes de la Santé.

Les données primaires : Leurs collectes ont concerné les entités suivantes : Bailleurs de fonds, ONGs/Associations et les sociétés d'assurances. La collecte à ce niveau a été une occasion pour rechercher les informations relatives aux dépenses de santé sous toutes formes ainsi que l'affectation de ces dépenses dans les différents services de soins. Au total 73 questionnaires ont été administrés. Le tableau ci-dessous présente la répartition des questionnaires par entité :

Catégorie de l'organisation	Nombre de questionnaires
Bailleurs de Fonds	20
ONGs	39
Assurances	14

La collecte des données a été effectuée auprès des bailleurs de fonds, des ONGS nationales /internationales et des assurances. Parmi les 73 questionnaires de l'outil HAPT qui ont été distribués aux répondants, 59 questionnaires ont été remplis, soit un taux de 81%. Certaines données non retrouvées au niveau des organisations de mise en œuvre ont été captées au niveau des bailleurs de fonds. C'est le cas de l'USAID.

Les données secondaires : elles sont issues de l'exploitation de divers rapports et de bases des données, du circuit de gestion des finances publiques (SIGEFI), des rapports financiers des projets et programmes de santé, des rapports des ONGs et de certains partenaires au développement. Elles ont permis de collecter les informations sur le financement des structures du ministère de la santé, ministère de la défense, ministère de l'intérieur, ministère ayant en charge la protection sociale, la Banque Centrale et les ménages.

Les données épidémiologiques et les données de ressources humaines en santé ont été collectées et exploitées pour les besoins des clés de répartition.

III.5. Traitement des données

Données primaires : elles ont été préalablement organisées autour des questionnaires de l'outil HAPT suivant la nomenclature du système des comptes de la santé. Les différentes triangulations des données appliquées ont permis de supprimer les doublons dans le souci de comparer les données des bailleurs avec les sources internationales.

Données secondaires : elles ont été réorganisées suivant un format Excel importable dans l'outil de production des comptes. Des identifiants ont été créés suivant une logique standard permettant de prendre en compte la structure, l'activité, l'orientation de la stratégie sectorielle 2021-2027.

III.6. Encodage des données dans l'outil HAPT version 4.0.0.6

L'outil de production des comptes de la santé (HAPT) a servi de base pour le codage des données. Cet outil renferme plusieurs modules organisés autour des différentes sources des données. Toutes les données ont été importées dans l'outil et codifiées suivant la classification internationale du système des comptes de la santé (ICHA) 2011. La codification a consisté à attribuer à chaque ligne de dépense, les codes correspondants aux dimensions du financement du SHA 2011 (FS, HF, FS.RI, FA, HP, HC, FP, DIS, Age, Sexe et PSS). Des clés de répartition ont été utilisées pour répartir les dépenses transversales suivant plusieurs centres d'intérêt. Ces clés proviennent principalement de l'exploitation des données épidémiologiques. Les tableaux croisés des dépenses globales, par maladie et par caractéristiques des bénéficiaires ont été produits. Ces tableaux ont servi de base à l'analyse du rapport des comptes de la santé 2021 et 2022 suivant le plan d'analyse adopté par l'équipe technique.

III.7. Difficultés et limites de l'étude

Les difficultés rencontrées sont liées à la collecte et au traitement des données. S'agissant de la collecte, l'inadaptation de la comptabilité des données des organisations enquêtées au canevas des comptes de la santé, explique une insuffisance dans le renseignement des items du questionnaire. À cela s'ajoute la réticence de certaines organisations à fournir les données.

La distribution des certaines dépenses communes réalisées au niveau central sont toujours tributaires des clés de répartition. C'est le cas notamment des dépenses d'administration réalisées au niveau central. Les clés de répartition des dépenses de santé des ménages par prestataires, par fonction de soins et par caractéristiques de bénéficiaires sont élaborées à partir des anciennes clés (étude 2020) et des avis des experts.

IV.DIMENSIONS ANALYTIQUES DES COMPTES DE LA SANTE

Dans le cadre de notre étude, l'analyse se fera de façon globale sur la base de la mobilisation, de l'affectation et de l'utilisation. De façon spécifique, nous allons examiner par compartiment les Sources de financement, les Régimes de financement, les Agents de financement, les Prestataires de soins et services de santé et les fonctions.

IV.1. Sources de financement

Ce sont les organisations ou les entités qui fournissent les fonds utilisés par les agents de financement dans le système de santé.

IV.2. Régimes de financement

Les régimes de financement de la santé sont des mécanismes de financement à travers lesquels les services sont payés. Ils mobilisent et allouent les ressources financières au sein du système de santé pour couvrir les besoins courants en santé des populations (individuellement et collectivement), en tenant compte également des besoins futurs attendus.

IV.3. Agents des régimes de financement

On entend par Agents de financement, les unités institutionnelles gérant les régimes ou pourvoyeurs de fonds. Ils gèrent un ou plusieurs régimes de financement.

IV.4. Prestataires de soins et services de santé

Les prestataires de soins sont des entités qui reçoivent de l'argent en échange de l'ensemble des activités réalisées comprises dans le champ délimité des comptes de la santé.

IV.5. Fonctions

Les fonctions sont les types de biens et services fournis ainsi que les activités réalisées dans le champ délimité des comptes de la santé.

IV.6. Facteurs de prestation

Ils représentent la valeur totale des ressources, en espèces ou en nature, utilisée dans la fourniture des biens et services de santé.

V. RESULTATS DES COMPTES DE LA SANTE

V.1. Validité des données

Les données des comptes de la santé tirent leur validité dans :

- le processus : le processus d'élaboration des comptes de la santé respecte la méthodologie du Système SCS 2011 qui est basée sur une nomenclature et une classification internationale détaillée des dépenses de santé ;
- les outils : les outils de collecte et d'analyse respectent les standards internationaux ;
- le contrôle et la validation des données par un expert de l'OMS AFRO recruté dans le cadre d'appui à ce processus.

Les résultats des comptes de la santé 2021-2022 du Burundi seront présentés selon les trois **(03)** fonctions importantes des systèmes de financement de la santé :

- ✓ La mobilisation des ressources de santé ;
- ✓ L'affectation des ressources ;
- ✓ L'utilisation des ressources disponibles pour acheter et fournir les services de santé souhaités.

L'objectif est de répondre aux questions fondamentales qui se posent dans le système de santé, à savoir :

- ✓ Qui finance les soins de santé ?
- ✓ Combien dépense-t-il ?
- ✓ Pour quels types de services ?
- ✓ Qui bénéficie de ce financement ?

V.2. Mobilisation des ressources de la sante

Au Burundi comme partout ailleurs, le financement de la santé provient des sources suivantes :

- (i) Le gouvernement (administration publique) ; (ii) Le reste du monde (coopération bilatérale et multilatérale, ONG & fondations internationales) ; (iii)

Les ménages (population) ; (iv) Les entreprises publiques et privées ; Les ONG et fondations nationales.

V.2.1. Volume du financement de la santé

À partir de ce tableau ci-dessous, il est estimé de façon globale la masse totale des financements drainés au profit de la santé de 2016-2022.

Tableau 2: Evolution de la dépense totale de santé de 2016 à 2022 en milliards de BIF

Catégories	2016	%	2018	%	2020	%	2021	%	2022	%
Dépenses d'investissement	20,11	5%	12,9	3%	49,2	7%	60,3	9%	34,8	5%
Dépenses courantes	349,66	95%	381,43	97%	633,5	93%	576,2	91%	608,6	95%
Dépenses totales de santé	369,77	100%	394,33	100%	682,7	100%	636,5	100%	643,4	100%

L'analyse du tableau montre que le volume global des dépenses de santé a presque doublé entre 2016 et 2022 passant de 369,77 à 643,4 milliards de BIF, soit une augmentation de 74%. Malgré cette augmentation des dépenses totales de santé au cours de la période le niveau d'investissement reste toujours faible et varie entre 5% et 10% des dépenses totales de santé.

V.2.2. Dépenses courantes en santé

Le Système de Comptes de la Santé (SCS) se préoccupe principalement des biens et services de santé consommés par les unités résidentes uniquement, quel que soit le lieu où la consommation a eu lieu dans le territoire économique ou dans le reste du monde. Par conséquent, les exportations de biens et services de santé (fournis aux unités non-résidentes), sont exclues, alors que les importations de biens et services de santé pour usage final sont incluses.

Tableau 3: Evolution de la dépense courante en santé par source de financement de 2016 à 2022 en milliards de BIF

Source de financement	2016	2018	2020	2021	2022
Reste du monde	131,18	170,08	358,49	259,42	278,83
Ménages	98,91	107,52	130,72	155,55	190,44
Administration publique	109,23	111,00	127,42	146,87	125,64
Entreprises	3,43	4,32	14,98	14,01	13,33
ONG Nationales et Fondations	1,53	0,32	1,91	0,35	0,31

Dépenses Courantes de Santé	344,28	393,24	633,52	576,2	608,55
-----------------------------	--------	--------	--------	-------	--------

Le tableau ci-dessus montre que le financement du reste du monde, pris dans son ensemble, est la première source de financement de la santé au Burundi, suivi du financement des ménages, le financement du gouvernement venant en troisième position au cours de la période sous revue. Par ailleurs, il est observé que la part des ménages dans le financement de la santé est restée croissante d'une année à l'autre passant de 99 à 190 milliards respectivement en 2016 et 2022.

V.2.3. Dépenses d'Investissement en santé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les **dépenses d'investissement en santé** sont définies comme les ressources allouées à l'acquisition ou à l'amélioration des actifs fixes utilisés pour la prestation des services de santé. Ces actifs comprennent les infrastructures physiques, les équipements médicaux, les technologies de l'information et de la communication, ainsi que d'autres biens durables nécessaires pour renforcer les systèmes de santé et améliorer la qualité des services.

Caractéristiques des dépenses d'investissement selon l'OMS

- **Durabilité** : Les dépenses d'investissement concernent des biens ou services ayant une durée de vie utile prolongée (généralement supérieure à un an).
- **Amélioration de la capacité** : Elles visent à accroître la capacité, l'efficacité et la résilience des systèmes de santé.
- **Lien avec les services de santé** : Les investissements doivent directement ou indirectement contribuer à la fourniture de soins de santé ou au renforcement des systèmes de santé.

Tableau 4 : Part des dépenses de santé affectées aux investissements de 2016 à 2022 en milliards de BIF

Type d'investissement	2016	2018	2020	2021	2022
Infrastructure	7,50	6,40	8,14	17,68	5,44
Équipements médicaux	8,96	2,28	7,04	34,70	27,07
Matériel de transport	0,02	0,36	4,96	2,02	0,66

Équipements TIC	0,00	0,46	1,24	0,38	1,16
Machines et équipements (n.c.a)	2,66	1,86	27,33	5,51	0,49
Produits de la propriété intellectuelle	0,97	0,77	0,00	-	-
Formation brute de capital non spécifiée (n.c.a.)	-	-	0,23	-	-
Actifs non financiers non produits	-	0,68	0,29	-	-
Total	20,11	12,82	49,23	60,29	34,82

En ce qui concerne les investissements dans le secteur de la santé, les dépenses de santé sont passées de 20 milliards à 34 milliards entre 2016 et 2022. Elles ont augmenté entre 2016 et 2021 pour atteindre 60 milliards de BIF. Les types d'investissements qui ont concentré plus des ressources au cours de cette période sont les équipements médicaux et les constructions d'infrastructures.

V.2.4. Principaux Indicateurs des comptes de la santé

Le tableau ci-dessous montre la variation des indicateurs de financement de la santé pour la période de 2016 à 2022.

Tableau 5: Evolution des indicateurs de financement de la santé de 2016 à 2022 en milliards de BIF

Indicateurs	2016	2018	2020	2021	2022
Dépenses d'investissement	20,1	12,9	49,2	60,3	34,8
Dépenses courantes	349,7	381,4	633,5	576,2	608,6
Dépenses totales de santé	364,4	394,3	682,7	636,5	643,4
Population	11 215 024	11 772 322	11 493 673	11 181 273	12 837 743
DTS par habitant	32 492,10	33 496,40	55 464,60	56 370,80	50 115,50
DTS par habitant (USD)	19,07	19,04	28,8	31,57	28,06
DTS comme% du PIB	7,60%	6,70%	10,26%	8,21%	6,98%
Dépenses de santé des ménages en% des dépenses courantes de santé	28,73%	27,34%	20,63%	26,99%	31,29%
Dépenses de soins préventifs en% des dépenses courantes de santé	21,20%	19,40%	40,60%	24,48%	16,41%
Dépenses de soins curatifs en% des dépenses courantes de santé	38,00%	42,50%	40,27%	52,26%	54,36%
Dépenses de médicaments en% des dépenses courantes de santé	44,23%	43,17%	48,39%	36,78%	31,70%
Dépenses de santé du reste du monde en% des dépenses totales de santé	37,50%	38,90%	55,89%	40,76%	48,16%
Dépense des salaires payés par l'État en% les dépenses de santé de l'État	37,00%	37,50%	33,15%	56,00%	56,00%

Dépenses assurance maladie en% dépenses courantes de santé	6,30%	4,50%	3,80%	6,77%	6,44%
Soins de santé primaire en% des dépenses courantes de santé	80,65%	83,83%	78,62%	86,36%	84,30%

Source : Tableau récapitulatif généré à partir des données CS 2021-2022

Dans ce tableau le constat est que le curatif a concentré plus de ressources que le préventif de 2016 à 2022.

V.2.5. Analyse des dépenses courantes de santé par source de 2021 et 2022

Le tableau ci-dessous montre la part des dépenses courantes de santé par source de manière désagrégée.

Tableau 6: Le pourcentage des dépenses courantes en santé par source de financement et en moyenne entre 2021 et 2022

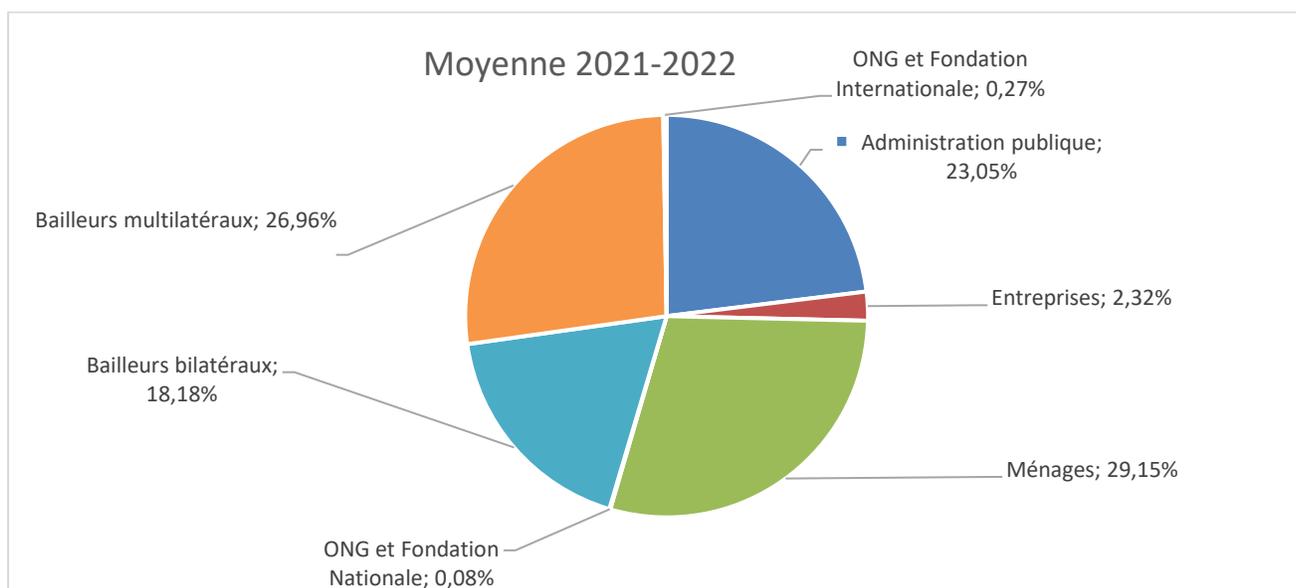
source de financement	2021	2022	Moyenne 2021-2022
Administration publique	25,49%	20,60%	23,05%
Entreprises	2,43%	2,20%	2,32%
Ménages	27,00%	31,30%	29,15%
ONG et Fondation Nationale	0,06%	0,10%	0,08%
Bailleurs bilatéraux	19,06%	17,30%	18,18%
Bailleurs multilatéraux	25,72%	28,20%	26,96%
ONG et Fondation Internationale	0,24%	0,30%	0,27%
Dépenses Courantes de Santé	100,00%	100,00%	100,00%

Lorsque l'on compare les efforts de chaque source distincte entre 2021 et 2022, on constate clairement que les ménages sont la première source de financement (29,15%), suivis par les bailleurs multilatéraux (26,96%). Le gouvernement occupe la troisième place (23,05%), les bailleurs bilatéraux la quatrième (18,18%), suivis des entreprises (2,32%) et des ONG et fondations (0,27%), qui occupent la dernière place.

La figure ci-dessous montre la part de chaque source de financement en moyenne pour les deux années sous revue

Figure n°1 la répartition des dépenses courantes de santé par source en moyenne

Graphique 1: La répartition des dépenses courantes de santé par source en moyenne



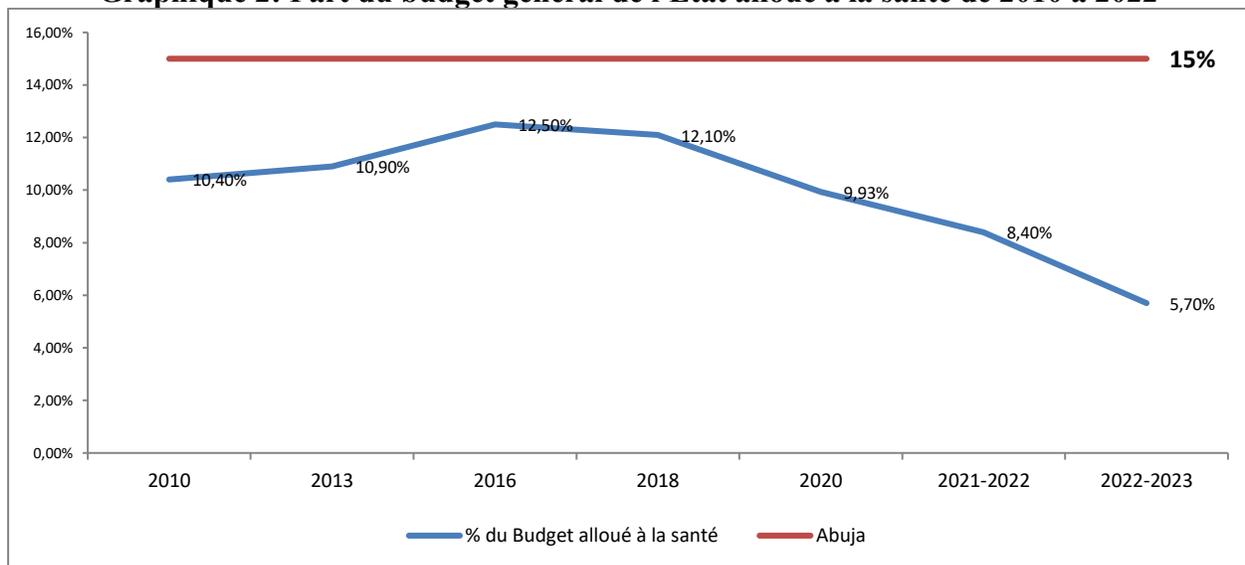
V.2.5.1. Dépenses courantes de santé de l'administration Publique

Les fonds publics de l'État proviennent de deux sources : le financement interne (FS1) et les transferts étrangers distribués par l'administration publique (FS2). L'analyse de cette section se concentre sur le financement interne.

Les dépenses courantes de santé de l'État sont passées de 146,87 à 125,64 milliards de BIF entre 2021 et 2022, soit une réduction de 14% (Tableau N° 2). Ce financement représente 1,9% et 1,4% du PIB. Il reste cependant inférieur à l'objectif de 5% du PIB recommandé par le groupe d'experts de haut niveau sur le financement de la santé.

Le financement gouvernemental représente près d'un quart de la DCS, soit 23,05%. Il se place ainsi en troisième position après les bailleurs bilatéraux.

Graphique 2: Part du budget général de l'Etat alloué à la santé de 2010 à 2022



La figure ci-dessus montre que le budget général de l'Etat alloué au système de santé a augmenté de 2010 à 2016 avec un pic en 2016. À partir de 2018, il est observé une diminution progressive de l'allocation budgétaire passant de 12,10% en 2018 à 5,7% en 2022.

V.2.5.2. Dépenses courantes de santé des Bailleurs

Le tableau suivant montre la répartition des dépenses des bailleurs par rapport aux dépenses courantes de santé.

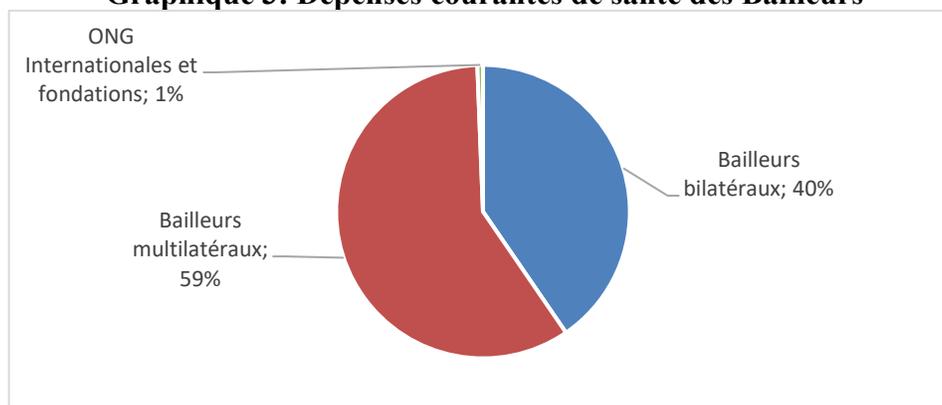
Tableau 7: Dépenses courantes de santé des Bailleurs

Année	Dépenses courantes de sante en milliards de BIF	Dépenses des bailleurs en milliard de BIF	%
2021	576,21	259,43	45%
2022	608,55	278,83	45,8%

Le reste du monde est composé de bailleurs bilatéraux et multilatéraux, d'ONG et de fondations internationales. Ces dépenses courantes de santé sont passées de 259,43 à 278,82 milliards de BIF. Cela représente 45% et 45,8% des DCS entre 2021 et 2022.

Graphique n°5 : Répartition des dépenses courantes de santé des bailleurs par composante des bailleurs.

Graphique 3: Dépenses courantes de santé des Bailleurs



Elles sont majoritairement financées par des bailleurs multilatéraux (59%), suivis par des bailleurs bilatéraux (40%) et des ONG et fondations internationales (1, %).

V.2.5.3. Dépenses courantes de santé des Ménages

La contribution des ménages est passée de 155,554 à 190,440 milliards de BIF entre 2021 et 2022, soit une augmentation de 22%. En moyenne, les dépenses courantes de santé des ménages représentent 29.15% de la DCS. (**Tableau n°5**)

V.2.6. Analyse des dépenses courantes de santé par Agent de financement, Régimes et Recettes de régimes entre 2021 et 2022

Il est mis en exergue à ce niveau l'origine des différents flux financiers drainés au profit du financement de la santé pour les années 2021 et 2022.

Le tableau ci-dessous fait le récapitulatif des différents régimes des financements ainsi que des agents de financement

Tableau 8: Dépenses courantes de santé par Agent, Régimes de financement et revenus des régimes de financement de 2021 à 2022

Recettes de régimes de financement	Agent de financement	Régimes des financement	2021	%	2022	%	Moyenne
FS.1 Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique	FA.1.1 Administration centrale	HF.1.1.1 Régimes de l'administration centrale	119,58	20,75%	99,22	16,30%	18,53%

Recettes de régimes de financement	Agent de financement	Régimes des financement	2021	%	2022	%	Moyenne
(alloués à la santé)		HF.1.2.1 Régimes d'assurance maladie sociale	1,98	0,34%	1,27	0,21%	0,28%
FS.2 Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	FA.1.1 Administration centrale	HF.1.1.1 Régimes de l'administration centrale	79,5	13,88%	95,41	15,68%	14,78%
FS.3 Cotisations d'assurance sociale	FA.1.1 Administration centrale	HF.1.2.1 Régimes d'assurance maladie sociale	24,5	4,25%	24,11	3,96%	4,11%
	FA.1.3.1 Agence d'assurance maladie sociale	HF.1.2.1 Régimes d'assurance maladie sociale	1,83	0,32%	1,87	0,31%	0,31%
FS.5 Prépaiement volontaire	FA.2 Sociétés d'assurance	HF.2 Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	10,67	1,85%	11,97	1,97%	1,91%

Recettes de régimes de financement	Agent de financement	Régimes des financement	2021	%	2022	%	Moyenne
FS.6 Autres revenus nationaux n.c.a.	FA.3 Sociétés (hors sociétés d'assurances) (part de HF.RI.1.2)	HF.2 Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	8,66	1,50%	7,5	1,23%	1,37%
	FA.4 Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	HF.2 Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	0,35	0,06%	0,31	0,05%	0,06%
	FA.5 Ménages	HF.3 Paiement direct des ménages	149,22	25,90%	183,48	30,15%	28,02%
FS.7 Transferts directs étrangers	FA.4 Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	HF.2 Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	179,48	31,15%	183,42	30,14%	30,64%
Dépenses Courantes de Santé			576,21	100,00%	608,55	100,00%	100,00%

Les régimes de l'administration publique et les régimes de financement obligatoire de la santé sont les régimes de financement de la santé les plus importants au Burundi. Ensemble, ils représentent 38% de la DCS.

Les transferts directs étrangers, gérés par les institutions sans but lucratif au service des ménages, représentent 30,81% des dépenses courantes de santé grâce aux systèmes de paiement volontaire des soins de santé privés.

Les paiements directs des ménages représentent 29,15% de la DCS alors que le seuil recommandé par les experts de haut niveau sur le financement de la santé pour mesurer le niveau de paiement direct des ménages pour la santé est de 15-25% de la DCS).

Les cotisations sociales et les prépaiements volontaires représentent respectivement 4,72% et 1,92% en moyenne entre 2021 et 2022, ce qui indique un faible taux de couverture du risque maladie. Le système de sécurité sociale burundais ne couvre qu'une faible proportion de la population ».

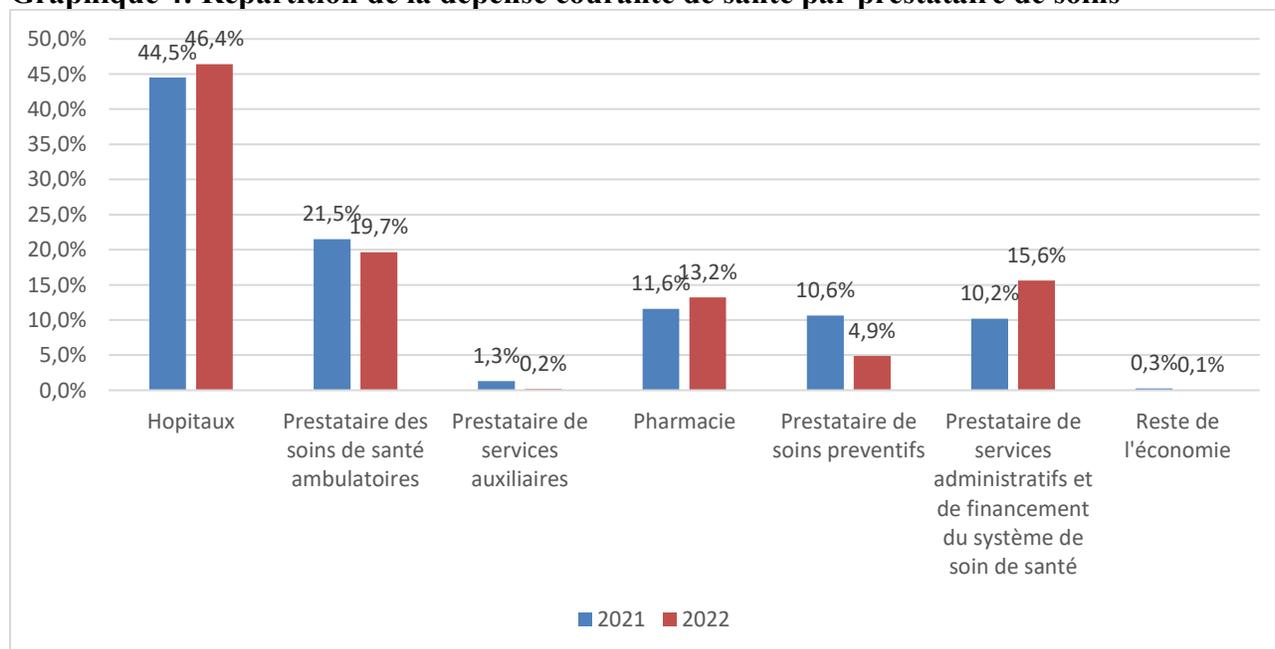
V.3. Affectation des ressources de la sante

L'affectation des ressources de la sante consiste en la répartition des fonds entre les différents prestataires du système de santé, sources de financements et par facteurs de prestation.

V.3.1. Pourcentage des DCS par prestataires de soins de santé de 2021 à 2022 (Toutes sources)

C'est le pourcentage des dépenses courantes de santé réparties par prestataire, ces derniers sont : les hôpitaux, les prestataires de soins de santé ambulatoires, les prestataires de services auxiliaires, les pharmacies, les prestataires des soins préventifs, les prestataires des services administratifs et de financement du système de santé ainsi que le reste de l'économie. La figure ci-dessous montre la proportion des dépenses courantes de santé au profit de ces prestataires.

Graphique 4: Répartition de la dépense courante de santé par prestataire de soins



La figure ci haut montre que les Hôpitaux sont les premiers bénéficiaires des dépenses courantes de santé (444.5% et 46.4%) suivis par les prestataires de santé ambulatoires (21,5% et 19.7,2%), les pharmacies (11,6% et 13,2%), les services administratifs et de financement du système de soins de santé (10,2% et 15,6%), les prestataires de soins préventifs (10,6% et 4,9%), les prestataires de services auxiliaires (1.3% et 0,2%) et enfin le reste de l'économie (0,3 et 0,1%).

V.3.2. Dépenses courantes de santé par prestataire selon les sources de financement en BIF

Cette partie présente la proportion des dépenses courantes de sante en fonction des sources de financement et par prestataire. Pour estimer l'affectation des dépenses courantes de santé selon les sources de financement, nous avons calculé une moyenne des dépenses sur la période de 2021 et 2022.

Les sources de financement identifiées sont l'administration publique, entreprises, ménages, ONGs et reste du monde.

Le tableau ci-dessous illustre la répartition des dépenses courantes de santé par prestataire et par source de financement.

Tableau 9: La répartition de la dépense de santé par prestataire par source de financement en moyenne (2021 et 2022)

Prestataires	Administration publique	%	Entreprises	%	Ménages	%	ONG National et Fondations	%	Reste du monde	%
Hôpitaux	64,59	47 %	11,7	85 %	91,83	53 %	0,03	8%	109,7	41 %
Prestataires de soins de santé ambulatoire	28,95	21 %	1,23	9%	8,3	5%	0,02	5%	84,94	32 %
Prestataires de services auxiliaires	0,41	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3,82	1%
Pharmacies	0	0%	0,71	5%	72,87	42 %	0	0%	0	0%
Prestataires de soins préventifs	0,41	0%	0,04	0%	0	0%	0	0%	48,07	17 %
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	41,91	31 %	0	0%	0	0%	0	0%	21,93	8%
Reste de l'économie	0	0%	0	0%	0	0%	0,29	87 %	0,67	0%
Dépenses Courantes de Santé	136,26	100 %	13,67	100 %	173	100 %	0,33	100 %	269,132	100 %

En moyenne, entre 2021 et 2022, les financements par source de financement sont orientés comme suit :

- Financement de l'administration publique : hôpitaux (47%), prestataires administratifs et financiers du système de santé (31%) et prestataires de soins ambulatoires (21%).
- Financement par les entreprises : hôpitaux (85%), prestataires de soins ambulatoires (9%) et pharmacies (5%).
- Financement des ménages : hôpitaux (53%), pharmacies (42%) et prestataires de soins ambulatoires (5%).
- Financement du reste du monde : hôpitaux (41%), prestataires de soins ambulatoires (32%), prestataires de soins préventifs (17%), prestataires de services administratifs et financiers du système de santé (8%) et prestataires de services auxiliaires (1%).

V.3.3. Les dépenses courantes de santé par facteurs des prestations de 2021 à 2022 (en BIF)

Les dépenses courantes de santé par facteurs de prestation regroupent entre autres les rémunérations des employés et des professionnels particuliers, les services de soins de santé.

Le tableau ci-dessous fait le récapitulatif de l'affectation par facteur des prestations au titre de 2021 et 2022.

Tableau 10: Répartition de la DCS par facteur de prestation de 2021 et 2022 (toutes sources confondues)

Facteur de prestation	2021	%	2022	%	Moyenne
Rémunération des employés	185,38	32,2%	249,40	41,0%	36,6%
Rémunération des professionnels particuliers	3,97	0,7%	4,24	0,7%	0,70%
Services de soins de santé	45,37	7,90%	46,90	7,7%	7,85%
Produits pharmaceutiques	211,91	36,8%	193,05	31,7%	34,20%
Autres produits de santé	33,42	5,8%	14,98	2,5%	4,10%
Services non sanitaires	64,23	11,1%	71,32	11,7%	11,40%
Biens non sanitaires	29,99	5,2%	26,89	4,4%	4,8%
Autres équipements et services utilisés (n.c.a.)	1,95	0,3%	1,78	0,3%	0,30%
Dépenses Courantes de Santé (DCS)	576,21	100,0%	608,55	100,0%	100%

La lecture du tableau ci-dessus montre que les rémunérations des employés engagent 36,6% des dépenses courantes de santé suivie des dépenses relatives aux produits pharmaceutiques (34,20%) suivie des dépenses liées aux services non sanitaires

(11,40%). Les dépenses relatives aux services de soins de santé représentent 7,85% des DCS.

V.4. Analyse et interprétation des résultats

L'analyse et l'interprétation des résultats se fera sur la base de la mobilisation, de l'affectation et de l'utilisation des ressources.

V.4.1. Mobilisation des ressources

L'analyse de la mobilisation des ressources portera entre autres sur : le volume du financement de la santé, les dépenses courantes en santé, les dépenses d'investissement en santé.

V.4.1.1. Volume de financement de la santé

Les résultats de nos travaux montrent qu'entre 2016 et 2022, il est observé une augmentation de 74% des dépenses de santé. Ce résultat pourrait être attribué aux investissements des flux financiers obtenus lors de la survenue de la pandémie de COVID-19.

Par ailleurs, il est observé que les dépenses affectées aux investissements sur la période d'étude sont faibles. Une comparaison des dépenses d'investissements avec les dépenses globales de santé indique une proportion qui varie entre 5 et 10%. Cet état des choses pourrait justifier la faible disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé.

V.4.1.2. Dépenses courantes en santé

Il est observé une forte dépendance du financement de la santé des ressources extérieures. Cette situation pourrait fragiliser le renforcement de la résilience du système de santé face aux chocs exogènes ou à la réorientation du centre d'intérêt des partenaires au développement.

Il s'en déduit que la pression de contribution au financement de la santé sera davantage exercée sur les ménages déjà vulnérables. Il apparaît donc nécessaire d'envisager des stratégies visant à sécuriser et mobiliser davantage des financements domestiques.

V.4.1.3. Dépenses d'investissement en santé

Les résultats nous ont permis de noter que les investissements concentrent plus de ressources en matière d'équipements au détriment des infrastructures adéquates. Cette

situation indique qu'il n'y a pas adéquation entre la couverture en infrastructures et le déploiement du plateau technique.

V.4.1.4. Principaux Indicateurs des comptes de la santé

À travers les résultats, il s'est avéré que les dépenses relatives aux soins curatifs concentrent plus de ressources. On en déduit que les stratégies relatives à la promotion et à la prévention ne sont pas efficaces. Ce résultat pourrait être lié à la faible disponibilité et la capacité opérationnelle des services promotionnels et préventifs, la faible utilisation de ces services, l'influence des déterminants socio-culturels et la faible attractivité de ces services.

V.4.1.5. Dépenses courantes en santé de l'administration Publique

Le résultat nous a montré que depuis 2018 la part du budget général de l'Etat alloué au système de santé est en nette régression (Figure n°2). Cependant il est indiqué selon la déclaration d'Abuja que les États devraient faire l'effort d'allouer au moins 15% de leurs budgets globaux au système de santé. Cet état de fait pourrait expliquer le faible renforcement de système de santé (Prestation des soins et services de santé, infrastructure et équipements, ressources humaines qualifiées et motivées, disponibilité des médicaments et autres intrants de santé, qualité des données et informations sanitaires, et gouvernance et leadership). Ce faible renforcement induit une morbi-mortalité élevée dans le pays. Il convient donc d'envisager des stratégies visant à optimiser et à mobiliser davantage de ressources.

V.4.1.6. Dépenses courantes en santé des Ménages

Il est observé que les ménages contribuent fortement aux dépenses courantes de santé à travers les paiements directs (Tableau n°4). Cet état pourrait s'expliquer par une faiblesse des mécanismes de mutualisation du risque maladie, une faible volonté et une faible capacité des ménages à souscrire à des mécanismes de couverture universelle. Il convient de mettre en place un mécanisme de couverture sanitaire universelle à caractère obligatoire.

V.4.2. Affectation des ressources de la santé

L'analyse et l'interprétation de l'affectation des ressources de la santé se fera sur base des dépenses effectuées par les prestataires des soins, les dépenses effectuées par sources de financement et les dépenses effectuées par facteurs de prestations.

V.4.2.1. Affectation des ressources par prestataires de soins

Quelle que soit la source de financement il est observé une forte concentration des ressources sur les soins en milieu hospitalier (Figure n°5). Les résultats observés à ce niveau pourraient être liés à l'attractivité du milieu hospitalier du fait de la présence des ressources humaines qualifiées, les équipements, le système d'exploration diagnostique disponible, les effets du FBP-gratuité, le système de référence, l'usure de la maladie liée au recours tardif au système de santé et à la qualité des services offerts en milieu hospitalier. Cet état des choses fragilise l'atteinte des objectifs de développement sanitaire qui recherchent à réduire la morbi-mortalité et à optimiser les ressources.

V.4.2.2. Dépenses effectuées par facteurs de prestation

La forte concentration des ressources dans la rémunération des employés (36,65%) serait liée entre autres à : la création de nouveaux postes et services, les primes et indemnités allouées à la motivation du personnel de santé, l'augmentation de la masse salariale du fait de nouveaux recrutements et de reclassements obtenus à l'issue des stages de formation, les divers paiements effectués aux profits de la COVID-19 et des diverses épidémies.

Les résultats obtenus par rapport aux produits pharmaceutiques (34,20%) en moyenne seraient liés entre autres à : l'acquisition d'intrants et produits de santé pour la prise en charge des épidémies (COVID-19, poliomyélite, Choléra, la rougeole), l'acquisition des MILDA pour les campagnes de masse, la consommation des produits de santé du fait des hospitalisations et l'automédication.

V.4.3. Utilisation des ressources de la santé

À travers ce volet, nous allons présenter l'utilisation des ressources en fonction : des soins et services de santé offerts et de la distribution des soins par sources de financement d'une part et d'autre part nous allons analyser l'efficacité et l'efficience des ressources.

V.4.3.1. Fonctions de soins de santé

Il sera question d'observer à ce niveau les différentes affectations des ressources injectées dans les prestations des soins et services de santé au titre de 2021 et 2022.

Tableau 11: Répartition de DCS par fonctions (toutes sources confondues) de 2021 à 2022

Fonctions	2021	%	2022	%
Soins curatifs hospitaliers	103,09	18%	148,81	24%
Soins curatifs ambulatoires	198,05	34%	181,98	30%
Soins de réadaptation	1,11	0%	0,24	0%

Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	7,5	1%	0,96	0%
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	66,79	12%	81,60	13%
Soins préventifs	141,04	24%	99,87	16%
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	58,63	10%	95,08	16%
Dépenses Courantes de Santé	576,21	100%	608,55	100%

La distribution des dépenses courantes selon les fonctions de soins de santé entre 2021 et 2022 montre une prédominance des soins de curatifs. Les dépenses courantes de santé relatives à ces soins curatifs sont passés de 52% à 54% de l'ensemble des dépenses courantes de santé. Les soins préventifs viennent en deuxième position 24% et 16% entre 2021 et 2022 et les biens médicaux 12 à 13%. Par ailleurs nous constatons qu'il y a eu une faible utilisation des services auxiliaires (Exploration diagnostique) et une faible utilisation des services réadaptatifs.

Pour les services relatifs à la gouvernance, administration du système de santé, nous notons un équilibre relatif sur la période d'étude.

V.4.3.2. Fonctions de soins de santé par source de financement

Il sera question d'examiner par source de financements les postes d'attraction des flux financiers drainés au titre de 2021 et 2022.

Tableau 12: Répartition des DCS par fonctions par sources de financement de 2021 à 2022

Sources de financement	Fonctions	2021	%	2022	%	2021-2022
FS.RI.1.1 Administration publique	HC.1 Soins curatifs	101,13	68,85%	77,67	61,81%	65,33%
	HC.2 Soins de réadaptation	0,50	0,34%	0,24	0,19%	0,27%
	HC.4 Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	0,82	0,56%	0,00	0,00%	0,28%
	HC.6 Soins préventifs	3,63	2,47%	4,72	3,75%	3,11%
	HC.7 Gouvernance, administration du système de santé et des financements	40,80	27,78%	43,02	34,24%	31,01%
Total		146,87	100,00%	125,64	100,00%	100,00%
FS.RI.1.2 Entreprises	HC.1 Soins curatifs	12,51	89%	12,03	90%	89,74%
	HC.5 Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	1,42	10%	1,23	9%	9,67%
	HC.6 Soins préventifs	0,09	1%	0,08	1%	0,59%
Total		14,01	100%	13,33	100%	100,00%
	HC.1 Soins curatifs	90,19	58%	110,07	58%	57,89%

FS.RI.1.3 Ménages	HC.5 Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	65,37	42%	80,37	42%	42,11%
Total		155,55	100%	190,44	100%	100,00%
FS.RI.1.4 ONG Nationales et fondation	HC.1 Soins curatifs	0,03	8%	0,03	11%	9,60%
	HC.6 Soins préventifs	0,32	92%	0,27	89%	90,40%
Total		0,35	100%	0,31	100%	100,00%
FS.RI.1.5 Reste du monde	HC.1 Soins curatifs	97,29	38%	157,05	56%	47,37%
	HC.2 Soins de réadaptation	0,61	0%	0,00	0%	0,12%
	HC.4 Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	6,68	3%	0,96	0%	1,49%
	HC.6 Soins préventifs	137,0	53%	94,80	34%	43,41%
	HC.7 Gouvernance, administration du système de santé et des financements	17,83	7%	26,02	9%	8,19%
Total		259,41	100%	278,83	100%	100%

On observe une diminution du financement provenant de l'administration publique, passant de 146,87 millions en 2021 à 125,64 millions en 2022, ce qui montre une réduction de 14,5%. Cette diminution s'accompagne d'un changement dans les priorités de financement, avec une augmentation notable des dépenses courantes allouées aux soins curatifs et à la gouvernance.

Le financement des ménages a connu une hausse significative, de 155,55 millions à 190,44 millions, augmentant ainsi leur part dans le financement des soins. Cela pourrait indiquer une dépendance croissante des ménages pour couvrir les coûts de santé, un phénomène souvent observé dans des systèmes de santé sous-financés. Il est essentiel de revoir les politiques de financement afin de garantir une protection efficace et accessible pour tous les citoyens.

Par ailleurs, il est observé que les ressources issues de l'administration publique dans une proportion de 65% sur les deux années ont servi aux soins curatifs. Il est également noté que les ressources des entreprises ont servi aux soins curatifs dans une proportion de 89%. Les ressources issues des ménages ont servi dans une proportion de 57% aux soins curatifs et 42% aux biens médicaux. Cependant, les ressources issues du financement des ONGs ont permis d'offrir des soins préventifs dans une proportion de 90%.

a) Dépenses courantes de santé par Maladies selon CIM 10 (toutes sources confondues)

À travers la présente, nous allons examiner la distribution des financements injectés dans l'offre des services et soins de santé par certaines maladies.

Tableau 13: Evolution de la dépense courante de santé par maladie

Maladies	2021	%	2022	%	2021-2022
DIS.1 Maladies infectieuses et parasitaires	331,25	57,49%	327,55	54%	56%
DIS.1.1 VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MSTs)	47,4	8,23%	44,12	7%	8%
DIS.1.2 Tuberculose	4,49	0,78%	2,18	0%	0%
DIS.1.3 Paludisme	114,72	19,91%	123,2	20%	20%
DIS.1.4 Infections des voies respiratoires	51,95	9,02%	71,86	12%	11%
DIS.1.5 Maladies diarrhéiques	28,82	5,00%	43,75	7%	6%
DIS.1.6 Maladies tropicales négligées	7,93	1,38%	9,56	2%	2%
DIS.1.7 Maladies évitables par la vaccination	16,99	2,95%	12,36	2%	2,47%
DIS.1.8 Hépatites	0,63	0,11%	0,3	0%	0%
DIS.1.9 COVID 19	52,11	9,04%	12,09	2%	6%
DIS.1.nec Autres maladies, et maladies non spécifiées, infectieuses et parasitaires (n.c.a.)	6,21	1,08%	8,12	1%	1%
DIS.2 Santé de la reproduction	147,77	25,65%	176,96	29%	27%
DIS.3 Carences nutritionnelles	43,42	7,54%	43,91	7%	7%
DIS.4 Maladies non transmissibles	40,62	7,05%	49,75	8%	8%
DIS.5 Traumatismes	12,6	2,19%	9,72	2%	2%
DIS.nec Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	0,54	0,09%	0,66	0%	0%
Dépenses Courante de Santé	576,21	100,00%	608,55	100%	100%

Les résultats moyens des deux années montrent que les maladies infectieuses et parasitaires ont été financées à hauteur de 56%, suivies des maladies liées à la santé de la reproduction 27%, celles non transmissibles à hauteur de 8%, les carences nutritionnelles à hauteur de 7% et à hauteur de 2% pour les traumatismes.

Somme toutes, le paludisme est la pathologie la plus financée parmi les maladies infectieuses et parasitaires, sa part représente 20% de la dépense courante en santé. Les maladies infectieuses des voies respiratoires 11%, maladies diarrhéiques et VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MSTs) 8%. Maladies tropicales négligées 2%, Covid -19, 6%, Maladies évitables par la vaccination 2% et autres maladies infectieuses et parasitaires 1%.

b) Source de financement de 2021 à 2022 par maladie

Il est question d'examiner la distribution des ressources mobilisées par source de financement selon les catégories des maladies.

Tableau 14: Répartition de DCS par catégorie des maladies selon leurs sources de financement de 2021 à 2022

Maladies	Administration Publique			Entreprises			Ménages			ONG Nationales et Fondations			Reste du Monde		
	2021	2022	Moy en.	2021	2022	Moy en.	2021	2022	Moy en.	2021	2022	Moye n.	2021	2022	% Moye n.
DIS.1 Maladies infectieuses et parasitaires	72,66 %	62,33 %	67,50 %	55,97 %	55,97 %	55,97 %	56,00 %	56,00 %	56,00 %	95,24 %	93,71 %	94,47 %	49,82 %	48,36 %	49,09 %
1.1. VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MSTs)	3,13 %	1,54 %	2,34 %	0,03 %	0,02 %	0,03 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,06%	0,07%	0,06%	16,49 %	15,13 %	15,81 %
1.2. Tuberculose	0,17 %	0,23 %	0,20 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,03%	0,04%	0,04%	1,63 %	0,68 %	1,16%
1.3. Paludisme	14,83 %	18,85 %	16,84 %	30,57 %	29,70 %	30,13 %	30,60 %	30,53 %	30,56 %	2,22%	2,93%	2,57%	15,82 %	13,42 %	14,62 %
1.4. Infections des voies respiratoires	9,23 %	12,78 %	11,01 %	18,07 %	18,07 %	18,07 %	18,00 %	18,00 %	18,00 %	1,57%	2,08%	1,83%	3,03 %	6,85 %	4,94%

Maladies	Administration Publique			Entreprises			Ménages			ONG Nationales et Fondations			Reste du Monde		
	2021	2022	Moy en.	2021	2022	Moy en.	2021	2022	Moy en.	2021	2022	Moye n.	2021	2022	% Moye n.
1.5. Maladies diarrhéiques	6,92 %	9,79 %	8,36 %	6,30 %	7,17 %	6,74 %	6,30 %	6,37 %	6,34 %	1,33%	1,76%	1,54%	3,07 %	6,58 %	4,83%
1.6. Maladies tropicales négligées	3,15 %	4,30 %	3,73 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	89,58 %	86,25 %	87,92 %	1,15 %	1,39 %	1,27%
1.7. Maladies évitables par la vaccination	1,72 %	2,66 %	2,19 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00%	0,00%	0,00%	5,58 %	3,24 %	4,41%
1.8. Hépatites	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,24 %	0,11 %	0,18%
1.9. Covid 19	31,29 %	9,11 %	20,20 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00%	0,00%	0,00%	1,89 %	0,23 %	1,06%
Autres Maladies à potentiel épidémique	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,48 %	0,00 %	0,24%
Autres maladies, et maladies non spécifiées, infectieuses et	2,21 %	3,05 %	2,63 %	1,00 %	1,01 %	1,01 %	1,10 %	1,10 %	1,10 %	0,44%	0,59%	0,51%	0,43 %	0,73 %	0,58%

Maladies	Administration Publique			Entreprises			Ménages			ONG Nationales et Fondations			Reste du Monde		
	2021	2022	Moy en.	2021	2022	Moy en.	2021	2022	Moy en.	2021	2022	Moye n.	2021	2022	% Moye n.
parasitaires (n.c.a.)															
DIS.2 Santé de la reproduction	10,89 %	15,35 %	13,12 %	30,28 %	30,28 %	30,28 %	30,30 %	30,30 %	30,30 %	1,66%	2,19%	1,93%	30,99 %	34,40 %	32,70 %
DIS.3 Carences nutritionnelles	4,34 %	5,97 %	5,16 %	0,96 %	0,97 %	0,97 %	1,10 %	1,10 %	1,10 %	0,89%	1,17%	1,03%	13,56 %	12,26 %	12,91 %
DIS.4 Maladies non transmissibles	11,32 %	15,50 %	13,41 %	7,47 %	7,52 %	7,49 %	8,10 %	8,10 %	8,10 %	2,22%	2,93%	2,57%	3,99 %	4,96 %	4,48%
DIS.5 Traumatismes	0,75 %	0,80 %	0,78 %	5,10 %	5,02 %	5,06 %	4,20 %	4,20 %	4,20 %	0,00%	0,00%	0,00%	1,64 %	0,02 %	0,83%
DIS.nec Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	0,03 %	0,04 %	0,04 %	0,22 %	0,23 %	0,22 %	0,30 %	0,30 %	0,30 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00 %	0,00 %	0,00%

Maladies	Administration Publique			Entreprises			Ménages			ONG Nationales et Fondations			Reste du Monde		
	2021	2022	Moy en.	2021	2022	Moy en.	2021	2022	Moy en.	2021	2022	Moye n.	2021	2022	% Moye n.
DIS TOUS	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%

Une lecture du tableau ci-dessus permet de déduire que les ressources issues de l'administration publique en moyenne sur 2021 et 2022 servent à la prise en charge des maladies infectieuses dans une proportion de 67,5%. De même les ressources issues des entreprises (55,97%), des ménages (56,00%) et du reste du monde (49,09%) sont également orientées vers la prise en charge des maladies infectieuses.

V.4.3.3. Analyse de l'efficacité et efficience

L'analyse de l'utilisation des ressources se fera par rapport à l'efficacité et à l'efficience des dépenses effectuées dans l'ensemble.

a) Analyse de l'efficacité de l'utilisation des ressources

Pour parvenir à l'analyse de l'efficacité des dépenses, nous allons examiner les résultats de 2021 et 2022 et les comparer aux choix de politique et stratégies nationales de santé.

Un premier niveau d'analyse nous permet de constater toutes proportions gardées qu'il y a plus de ressources injectées dans la prestation de l'offre des soins et services de santé que dans l'administration et la gouvernance du système de santé. On en déduit une efficacité dans l'utilisation des ressources mobilisées.

Un deuxième niveau d'analyse nous permet de constater que l'utilisation des ressources nous a permis d'offrir des prestations en adéquation avec le profil épidémiologique du pays. Il est observé par exemple que les maladies infectieuses et parasitaires ont engrangé en moyenne 56% des ressources suivi des soins et services liés à la santé de la reproduction 27%. Ce résultat témoigne de l'efficacité de l'utilisation des ressources.

Un troisième niveau d'analyse est fait par rapport aux indicateurs de performance de santé tandis que l'analyse de l'utilisation des ressources se fera par rapport aux indicateurs de performance du système de santé.

Le tableau ci-dessous fait le récapitulatif de l'évolution des indicateurs de santé entre 2020 et 2022.

Tableau 15: Evolution des indicateurs de santé entre 2020 et 2022

Libellé des indicateurs	2020	2021	2022	Observation
Nombre de décès maternel	345	402	360	
Nombre des accouchements assistés par un prestataire qualifié en milieu de soins ;	280 938	275 527	276 540	
Nombre de décès néonatale	958	844	703	
Nombre de décès infanto juvénile ;	8 360	8 000	7 763	Considéré(0-11mois) à (15-19 ans)

Libellé des indicateurs	2020	2021	2022	Observation
Nombre de femmes utilisant des méthodes contraceptives modernes ;	457 482	463 215	493 894	
Nombre de femme VIH+ mises sous PTME	3 101	2 395	2 264	
NC VIH+	10 322	7 968	6 871	
NC de paludisme confirmé	4 807 492	6 011 833	6 581 216	
Nombre de décès liés au paludisme	2 867	2 213	2 380	
Nombre de NC de tuberculose (TPB +) ;	3	8	4 770	Pour 2020 et 2021, la tuberculose n'était pas intégrée dans le DHIS2
Nombre de NC de malnutrition aiguë chez les enfants 0-59 mois	57 931	50 773	48 921	
Nombre de femmes vues en CPN1 précoce	273 365	289 317	295 705	
Nombre de femmes vues en CPN4 et plus	219 040	225 569	231 750	
Taux de couverture en Penta1	406 370	415 395	426 782	
Taux de couverture en Penta3	391 172	405 036	410 130	
Taux de couverture en RR1	388 455	402 225	395 421	
Taux de couverture en RR2	341 079	360 433	395 739	
Nombre d'enfants complètement vaccinés	339 244	357 612	393 728	

Santé de la reproduction : Cette analyse nous montre que les ressources injectées dans la santé de la reproduction ont connu une variation. Si on compare les années 2020, 2021 et 2022, on observe une diminution des ressources en 2021 passant respectivement de 177,8 à 147,77 Milliards de BIF alors qu'en 2022, les ressources ont augmenté jusqu'à 176,96 Milliards en BIF. Par rapport au nombre de décès maternel, nous remarquons une augmentation des cas de décès de 2020 à 2021 passant respectivement de 345 à 402 alors qu'en 2022, ces cas ont diminué passant de 402 à 360 cas.

Quant à la CPN précoce, on note une augmentation d'une année à l'autre passant de 273 365 en 2020, 289 317 en 2021 et 295 705 en 2022.

De ce fait, on en déduit que les fonds injectés dans la santé de la reproduction ont eu un impact positif vu l'augmentation des prestations en CPN. Pour les décès maternels, la situation pourrait être due à d'autres facteurs qui ne dépendent pas directement au flux de ressources injectées dans la santé de la reproduction entre autres : accès limité aux soins obstétricaux d'urgences (RCR), qualité des services et les facteurs socio-économiques des ménages.

Paludisme : Dans notre analyse, l'augmentation des cas de paludisme malgré les flux des ressources injectées, les raisons pourraient être liées aux facteurs socio-comportementaux entre autres : faiblesse des ménages dans l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action, faiblesse dans la collaboration intersectorielle dans les activités de lutte contre le paludisme dans la communauté.

b) Analyse de l'efficacité de l'utilisation des ressources

Nous avons observé dans les résultats que 47% des ressources ont été utilisées dans le milieu hospitalier et que la moyenne des ressources affectées aux soins curatifs sont estimées à 52,5%. Cependant, les ressources affectées aux soins préventifs et promotionnels ne représentent que 20% des ressources injectées dans la prestation de l'offre des soins et services de santé. Cet état des choses est contraire aux choix stratégiques du pays et recommandés par l'OMS qui devraient être calqués sur les interventions des soins de santé primaire.

On en déduit que l'utilisation des ressources a été relativement inefficace car les interventions relatives à la promotion et à la prévention qui devraient permettre d'optimiser les ressources du système n'ont pas fait objet de priorités. Mieux, nous avons observé une forte concentration des ressources, toutes sources de financement confondues, dans les soins curatifs. Il convient de constater que des cas en soins curatifs constituent des véritables manques à gagner aussi bien pour l'individu, les ménages, la communauté et l'Etat. En effet, ce manque à gagner est caractérisé par les coûts exorbitants et prohibitifs des soins. Aussi, convient-il de noter que les soins curatifs engendrent une incapacité temporaire de travail pour l'individu et sa communauté et affecte la production nationale. Il faudrait donc de réorienter la logique d'intervention de manière à optimiser les ressources du système.

VI. RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes peuvent être formulées à l'endroit de certains acteurs :

Au Gouvernement :

- ✓ Augmenter le budget alloué à la santé pour atteindre la norme d'Abuja qui est de 15%;
- ✓ Optimiser les allocations des ressources dans les soins et services de santé préventive et promotionnelle ;
- ✓ Mettre en place des réformes et des stratégies permettant de diminuer la lourde charge des ménages ;
- ✓ Renforcer les centres de santé et sensibiliser les populations pour une meilleure fréquentation des centres de santé par rapport aux hôpitaux.
- ✓ Vulgariser les rapports des comptes de santé aux différents décideurs du pays pour leur utilisation effective.

A l'endroit des partenaires au Développement :

- Aligner les appuis financiers et techniques aux priorités du pays.
- Appuyer l'institutionnalisation et l'élaboration régulière des CS par l'assistance technique et financière ;
- Accompagner l'équipe des comptes de la santé à travers le financement régulier de la formation des membres de l'équipe des comptes de la santé

VII. CONCLUSION

Les Comptes de la santé 2021-2022 ont permis d'estimer le niveau global des dépenses de santé au Burundi et d'analyser les tendances des différentes composantes de ces dépenses pour la période de 2016 à 2022. Ils font ressortir également la contribution des différentes catégories d'acteurs, les mécanismes de financement et les caractéristiques par bénéficiaires. Par ailleurs, le rapport fait une analyse sur les dépenses des ménages et les dépenses par maladies en mettant l'accent sur la distribution des dépenses selon les principales maladies. Il ressort principalement une évolution avec une tendance à la baisse du volume global des dépenses en santé passant de 682,75 milliards de BIF à 643,4 milliards de BIF soit une baisse de 5,76% entre 2020 et 2022. Malgré cette augmentation des dépenses totale de santé au cours de la période de 2016 à 2022, le niveau d'investissement reste toujours faible et varie entre 5 à 10% des dépenses totales de santé.

Aussi, la structure des dépenses totales de santé est largement dominée par les dépenses courantes. En effet, sur la période d'analyse, la proportion des dépenses courantes de santé varie de 93% en 2020 à 95% en 2022 des dépenses totales de santé. Les fonds d'origine étrangère constituent la source de financement la plus importante en matière de financement de la santé, avec une contribution estimée à 45% et à 45,8% des dépenses courantes de santé, respectivement en 2021 et en 2022.

Quant aux paiements directs des ménages, ils constituent la deuxième source de financement et contribuent sous forme d'un ticket modérateur ou de paiement direct sans partage de coût avec une part estimée à 27% et à 31,3% des dépenses courantes de santé en 2021 et en 2022.

L'administration publique constitue la troisième source des dépenses, avec une contribution par rapport à la dépense courante qui varie de 20,1% en 2020 à 20,6% en 2022. La part du budget de l'Etat alloué à la santé par rapport au budget général est de 7% en moyenne entre 2021 et 2022.

Les dépenses totales de santé par habitant sont relativement stables de 2020 à 2021 (28,8 à 31,57 USD) avec une légère diminution en 2022 (28,06 USD). Toutefois, cet indicateur reste en deçà des 112 USD par habitant recommandé par les financements innovants des systèmes de Santé pour assurer une prestation de service de santé de base.

En moyenne, entre 2021 et 2022, les financements publics ont été orientés vers les hôpitaux (47%), les prestataires administratifs et financiers du système de santé (31%) et les prestataires de soins ambulatoires (21%). Les ménages ont quant à eux orienté leur financement vers les hôpitaux (53%), les pharmacies (42%) et 5% vers les prestataires de soins ambulatoires. Le reste du monde, quant à lui, a orienté 41% de ses

financements vers les hôpitaux, 32% vers les prestataires de soins ambulatoires, 17% vers les prestataires de soins préventifs, 8% vers les prestataires de services administratifs et financiers du système de santé et 1% vers les prestataires de services auxiliaires.

Quant à la dimension consommation des soins de santé, il est remarquable que la part des soins curatifs par rapport aux dépenses courantes de santé a augmenté passant de 40,3% en 2020 à 53% entre 2021 et 2022, tandis que les soins préventifs ont diminué passant de 40,6% en 2020 à 20% entre 2021 et 2022.

Dans un contexte dominé par la résurgence des maladies à caractère épidémique telle que, la maladie à virus Ébola, Covid-19, choléra, les efforts soutenus devraient être orientés dans les activités préventives et promotionnelles à travers la multisectorialité, la participation de la communauté et le renforcement des activités de communication des risques et d'engagement communautaire dans le but du changement des comportements et mode de vie des populations. Des actions prioritaires devraient donc prendre en compte les déterminants de la santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- OMS, Système des Comptes de la Santé (SHA), 2011, version abrégée, juin 2012
- Annuaire des statistiques sanitaires du MSPLS, 2021-2022
- Projections démographiques 2010-2050 Niveau national et provincial, INSBU, Avril 2017
- BRB, rapport annuel 2021-2022
- Enquête intégrée sur les conditions de vie des ménages au Burundi (2019-2020)
- EDS 2016-2017
- Ministère de la santé et de la Lutte contre le Sida, Rapport des CS 2016, 2018 et 2020
- <http://apps.who.int/nha/database>
- <https://www.banquemondiale.org>

<https://www.populationdata.net>

ANNEXES

Tableau n°16 : Revenus des régimes des financements par régimes de financement de 2021 à 2022 en BIF

		2021	%	2022	%
FS.1 Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	HF.1 Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	121 562 511 686	21%	100 485 446 627	17%
FS.2 Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	HF.1 Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	79 950 303 426	13%	95 412 918 002	16%
FS.3 Cotisations d'assurance sociale	HF.1 Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	26 329 214 288	5%	25 980 034 319	4%
FS.5 Prépaiement volontaire	HF.2 Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	10 668 033 333	2%	11 970 702 130	2%
FS.6 Autres revenus nationaux n.c.a.	HF.2 Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	9 005 939 200	2%	7 812 164 368	1%

	HF.3 Paiement direct des ménages	149 221 430 152	26%	183 475 597 204	30%
FS.7 Transferts directs étrangers	HF.2 Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	179 477 809 325	31%	183 416 812 421	30%
Total		576 215 241 410	100%	608 553 675 071	100%

Tableau n°17 : Agent des régimes des financements par régimes de financement de 2021 à 2022 en BIF

		2021	%	2022	%
FA.1 Administration s publiques	HF.1 Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	227 842 029 400	39%	221 878 398 948	36%
FA.2 Sociétés d'assurance	HF.2 Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	10 668 033 333	2%	11 970 702 130	2%
FA.3 Sociétés (hors sociétés d'assurances) (part de HF.RI.1.2)	HF.2 Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	8 658 689 479	2%	7 503 731 332	1%
FA.4 Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	HF.2 Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	179 825 059 046	32%	183 725 245 457	30%
FA.5 Ménages	HF.3 Paiement direct des ménages	149 221 430 152	26%	183 475 597 204	30%
Total		576 215 241 410	100 %	608 553 675 071	100 %

Tableau n°18 : Prestataire par activité de 2021 à 2022 en BIF

		2021		2022	
HP.1 Hôpitaux	HC.1 Soins curatifs	232 805 825 483	41%	285 675 256 756	47%
	HC.2 Soins de réadaptation	871 141 805	0%	242 986 000	0%
	HC.5 Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	-	0%	1 228 654 938	0%
	HC.6 Soins préventifs	22 842 613 516	4%	12 009 738 257	2%
HP.3 Prestataires de soins de santé ambulatoire	HC.1 Soins curatifs	68 339 305 252	12%	71 166 054 377	12%
	HC.2 Soins de réadaptation	236 156 731	0%	-	0%
	HC.5 Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	1 229 044	0%	-	0%
	HC.6 Soins préventifs	49 241 444 524	9%	57 864 162 389	10%
HP.4 Prestataires de services auxiliaires	HC.4 Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	7 500 054 118	1%	962 677 829	0%
HP.5 Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	HC.5 Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	66 785 622 176	12%	80 374 727 545	13%
HP.6 Prestataires de soins préventifs	HC.6 Soins préventifs	61 154 167 126	11%	29 682 598 864	5%
HP.7 Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	HC.7 Gouvernance, administration du système de santé et des financements	58 631 843 340	10%	69 036 441 236	11%

HP.8 Reste de l'économie	HC.6 Soins préventifs	1 602 321 290	0%	310 376 880	0%
Total		576 215 241 410	100%	608 553 675 071	100%

EQUIPE D'ELABORATION

❖ Équipe technique

NOM & Prénom	Structure/Poste	Téléphone	Mail
Dr NDAYIKEZA Polycarpe	Directeur Général de la Planification	61187070	Pondaykey@gmail.com
Dr KUBWIMANA Zacharie,	Directeur de la Planification et Suivi-Evaluation	76297746	kubwizac2@gmail.com
NGABONZIZA Ignace	DPSE, Point Focal des CS/MSPLS	79442556	ngabonzizaigance@gmail.com
NSHIMIRIMANA Pacifique	DSNIS	79056039	nshimrimanap@gmail.com
Mme NAHANIYO Consolata	DGP	76407922	nahaniyo@gmail.com
Mme NDAYININAHAZA Goreth,	DGP	79976720	ndayininahazago@gmail.com
NIYONEMEYE Ladislas	DGP	79912223	niyonemeyel@gmail.com
HITIMANA Évariste	INSBU	76759129	hitimev@gmail.com
Mme BARUTWANAYO Jeannette	DPSE	79971992	bajeannette2@gmail.com
IRAMBONA Eric	MFBPE	79311134	ericrambona85@gmail.com
Dr NDAYIKEZA Christine	DGP	76081311	ndayikezachrista@gmail.com

❖ Point Focal des CS/OMS :

M. NZAMBIMANA Joseph, Economiste de la Santé: nzambimanaj@who.org

❖ Consultant :

M. Eddy MONGANI MPOTONGW : eddmerphy@yahoo.fr