



Rapport d'Inventaire  
**Burundi**

Mars 2008

**RAPPORT D'INVENTAIRE**  
**BURUNDI**

**PARTENARIAT INTERNATIONAL POUR LA SANTE ET LES INITIATIVES CONNEXES  
(PIS+)  
DISPOSITIF D'HARMONISATION POUR LA SANTE EN AFRIQUE (HSA)**

**Réunion Inter régionale des Equipes du Secteur national de la Santé**

**28 Février – 1<sup>er</sup> Mars 2008  
Lusaka, Zambie**

## **I. Etat actuel des plans et stratégies de développement sanitaires au Burundi dans le cadre du IHP+/HHA**

1. Le Burundi se trouve en période de post conflit et a amorcé la phase de reconstruction et de développement. Au mois de Mars 2007, un cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD) a été mis en place par le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre la SIDA (MSPLS) pour faciliter la coordination des appuis techniques, matériels, et financiers dans la mise en œuvre du PNDS. Le but de ce nouveau cadre de coordination est d'atteindre les objectifs nationaux en matière de santé ainsi que les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMDs) liés directement à la santé telle que reflétée dans le CSLP et le plan d'actions prioritaires (PAP) du Gouvernement.

Le CPSD s'est réuni à plusieurs reprises pour préparer la Table Ronde des Partenaires en mai 2007 et progresser dans l'harmonisation des appuis au secteur suivant une approche sectorielle (SWAP) dans la coordination de la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions dans le secteur de la Santé.

Dans le cadre du Partenariat international pour la Santé (IHP+), le Burundi est signataire du pacte en date du 5 septembre 2007 comme un des 7 premiers pays.

Le Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida (MSPLS) a organisé une Mission conjointe avec ses Partenaires de développement du secteur de la santé du 23 au 31 octobre 2007 marquant le point de départ pour évoluer progressivement vers une véritable approche sectorielle en matière de santé au Burundi.

Il est à noter que le Gouvernement du Burundi a entamé le processus de mise en place un Groupe des partenaires pour le Développement (GPD) présidé par la Deuxième Vice-présidence de la République à travers son Secrétariat Permanent de Comité National de Coordination de l'Aide (SP/CNCA) et composé des décideurs politiques sectoriels et des partenaires techniques et financiers. Au niveau du secteur de la santé, le CPSD constitue le cadre technique et politique du GPD.

En concertation avec les instances de coordination nationale : le Groupe de Coordination des Partenaires (GCP), le Secrétariat Permanent du Comité national de coordination de l'aide (CNCA-SP), et le Cadre de concertation des Partenaires pour la santé et le Développement (CPSD), il sera créé un organe technique multisectoriel permanent impliquant les partenaires et les ministères techniques concernés (Santé et Finances), pour des missions spécifiques dans le pilotage et le suivi évaluation du développement sanitaire au Burundi en commun accord avec les partenaires.

Les faiblesses de coordination se sont fait tellement sentir que chaque intervenant a tendance à apporter son propre système, ce qui risque de créer davantage de problèmes au Gouvernement. Les deux exemples de mécanismes les plus actuellement ancrés en parallèle dans le système de coordination sont : (a) le CCM (Country Coordination Mechanism) introduit avec les financements du Fond Mondial ; et le CCIA (Comité de Coordination Inter Agence) dans le contexte des financements de l'Initiative GAVI.

2. Une Politique sanitaire nationale à long terme (2005-2015) et un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2006-2010) ont été élaborés. Un document de plan d'action à moyen terme pour la mise en œuvre de ce PNDS, (2007-2009) a également été adopté par le Gouvernement.

Une vision commune se dégage pour faire figurer le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) et les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) parmi les outils nécessaires pour accompagner la mise en place de l'approche sectorielle. Toutes les stratégies programmatiques nationales de développement sanitaire se réfèrent au Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté 2006-2010 (CSLP) et l'atteinte des OMD. Il s'agit notamment du VIH/SIDA, du paludisme, de la Tuberculose, du PEV, de la santé de la reproduction, et des médicaments essentiels. Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) et le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) ainsi qu'un Cadre commun de résultats se sont avérés indispensables pour

accompagner la mise en place de l'approche sectorielle. L'élaboration de tels outils a fait l'objet de consensus au niveau du CPSD.

Au stade actuel, le niveau d'atteinte des résultats attendus dans le cadre du PNDS est encore faible.

3. Quatre principales réformes sont en cours dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS. Il s'agit
  - i) de l'organisation du niveau district sanitaire comme niveau de décentralisation pour l'organisation, le financement et la gestion des services de santé à base communautaire et familiale;
  - ii) la contractualisation à la performance pour augmenter la disponibilité, la motivation et la qualité des services de santé;
  - iii) l'intégration des programmes verticaux existants pour arriver à de meilleurs résultats à moindres coûts par synergie et coordination, et par un renforcement des responsabilités transversales du MSP; et
  - iv) la réforme de l'enseignement paramédical. D'autres réformes sont envisagées notamment dans le domaine des ressources humaines pour la santé, du système de financement, du système national d'information sanitaire et du système d'approvisionnement et de gestion des médicaments essentiels.

L'analyse des besoins et des sources de financement a été amorcée dans une étude récente ; et l'estimation des fonds disponibles et la détermination des gaps financiers seront bientôt possibles avec le développement du CDMT.

4. La stratégie nationale de financement intérieur du secteur de la santé reste encore à définir. La part du budget de l'Etat alloué aux dépenses publiques de fonctionnement du secteur de la santé reste très faible (4% des dépenses totales de l'Etat en 2006 soit environ 1\$ EU per capita contre 5% en 1992). Ce budget est largement inférieur aux normes de l'OMS et aux objectifs d'Abuja auxquels le Burundi a souscrit (15%). Le financement consacré à l'investissement est également très faible : 6,7% en 2006, soit une moyenne de 3,1% pour les 10 dernières années.

En 2006<sup>1</sup>, la part des soins de santé représentait 5.6% des dépenses totales des ménages soit environ 8.6\$ EU per capita. L'on comprend que le poids des dépenses de santé sur les ressources des ménages, conjugué avec les niveaux de pauvreté extrême, a fait de la barrière financière le principal obstacle à l'accès aux soins de santé première ligne.

Actuellement, les sources de financement propre au pays sont l'Etat, les ménages et les assurances/ mutuelles, mais la part de ces dernières est très marginale car elle ne concerne que les salariés du secteur public. Etant donné la faible couverture d'assurance, malgré la mesure présidentielle de gratuité, les dépenses directes des ménages pourraient encore représenter aujourd'hui une part relativement importante du financement de la santé.

Les réflexions actuelles dans le contexte du CPSD sous la coordination du Gouvernement visent notamment la mise en place d'un cadre des dépenses à moyen terme pour asseoir les prémisses d'une approche sectorielle basée sur des scénarios de financement réalistes et soutenables.

Au sein du MSPLS, la direction générale des ressources (DGR) est la structure centrale qui coordonne actuellement les ressources publiques de la santé y compris la gestion des fonds de l'Etat. La DGR fonctionnera sur base des normes de prestation de services établies et des besoins qualitatifs et quantitatifs déterminés par la direction générale de la santé (DGS).

5. Les goulots d'étranglement et les contraintes à la base des dysfonctionnements du système de santé se manifestent à travers les éléments suivants :
  - Les infrastructures de mauvaise qualité (vétustes pour la plupart)

---

<sup>1</sup> Source: enquête QUID 2006 complétée avant l'introduction de la politique de gratuité des soins en faveur des moins de 5 ans et des mères qui accouchent.

- L'insuffisance en personnel qui de surcroît est mal réparti
- la concentration du personnel de santé à la capitale Bujumbura avec très peu de relais à l'intérieur du pays.
- la faiblesse dans la gestion des structures de santé (par une insuffisance de personnel compétent en la matière, et par la faible motivation de ce personnel) ;
- la faiblesse du système d'approvisionnement en médicaments essentiels et consommables médicaux;

Cette situation a pour conséquence l'aboutissement à de faibles performances du secteur en matière de fonctionnement et de prestation des services en milieu rural.

**Il y a également lieu de souligner:**

- la forte centralisation de la gestion du secteur de la santé,
- la faiblesse des moyens financiers alloués au secteur et l'inefficience de l'utilisation des moyens disponibles,
- la faiblesse du système de surveillance épidémiologique et d'information sanitaire, et
- l'insuffisance d'hygiène et d'assainissement.

Face à ces défis, le Burundi en collaboration avec les partenaires s'est engagé dans le cadre du CPSD d'intensifier la concertation, la coordination, et la collaboration autour des priorités nationales dans le secteur de la santé notamment:

- La mise à échelle du système de districts sanitaires fonctionnels;
- la motivation des professionnels de santé pour qu'ils acceptent de travailler dans les centres de santé et hôpitaux en milieu rural, par la contractualisation basée sur la performance des services de santé et ou l'achat des services;
- l'organisation d'un système unique et bien géré du système d'approvisionnement des médicaments essentiels et produits de santé;
- Le renforcement des responsabilités transversales du MSPLS dans les domaines d'approvisionnement en médicaments, SNIS, suivi et évaluation, IEC, comptabilité, formation du personnel, supervision et autres.

6. Les changements nécessaires dans le processus de mise en œuvre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide par le Gouvernement, les partenaires au développement et la société civile consistent à:

**a) Mettre en place une stratégie sectorielle forte et cohérente pour le développement sanitaire au Burundi tout en s'inscrivant dans la philosophie des initiatives internationales, notamment:**

1. Le Partenariat international sur la santé (IHP)
2. Les recommandations du Forum de haut niveau sur les OMD relatifs à la santé.
3. Le travail du CAD de l'OCDE pour faire de la santé un secteur phare.
4. L'approche « One UN » du Panel de haut niveau sur la cohérence d'ensemble du système des Nations Unies.
5. Les engagements récents du G8 (2005-2007) en matière de santé.
6. La déclaration d'engagement sur le SIDA de l'Assemblée générale des Nations Unies (2006).
7. Les recommandations de l'équipe de travail mondiale sur l'amélioration de la coordination sur le SIDA entre les institutions multilatérales et les donateurs internationaux.
8. Les politiques de développement de l'Union Européenne, notamment celles qui ont trait aux « Contrats OMD » et les travaux en cours de la Commission Européenne sur l'harmonisation, l'alignement et la coordination de l'aide parmi les Etats membres.

9. Le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) adopté par le Gouvernement du Burundi.
10. Le nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD): stratégie sanitaire.
11. L'engagement (à Abuja en 2001) des Chefs d'état de l'Union Africaine d'atteindre l'objectif de 15% du budget national alloué à la santé.

**b)** Traduire l'engagement du Gouvernement du Burundi et de ses partenaires en collaboration avec la société civile de faire face aux défis auxquels le système de santé au Burundi est confronté.

Le Gouvernement et les partenaires se concentreront particulièrement sur les indicateurs de la déclaration de Paris contenus dans le cadre de Partenariat /Mou. Une collaboration particulière sera entreprise avec le GCP et le CNCA-SP, pour mesurer la progression de ces indicateurs dans le domaine de la santé notamment en matière d'appropriation, alignement, harmonisation, gestion axée sur les résultats et responsabilité mutuelle.

**c)** Le passage du système actuel de financement des intrants au financement des résultats est une des préoccupations du pays. Certaines initiatives telle que la contractualisation basée sur la performance globale des structures de santé et celle qui consiste à l'achat des services sont en cours de développement au Burundi.

**7.** Les assistances techniques nécessaires pour la préparation du pacte /Mou et autres instruments sectoriels sont notamment pour:

- La mise à jour et la finalisation du programme santé à moyen terme dans le cadre du CDMT (Mars -Avril 2008);
- Le renforcement du secrétariat du CPSD et des groupes thématiques (avril 2008-avril 2010);
- L'élaboration des comptes nationaux de la santé (mars 2008-mars2009);
- L'élaboration du CDMT pour le Burundi (avril 2008-septembre 2008);
- La conception et le processus SWAP (Mars 2008- mars 2009);
- Les appuis ponctuels nécessaires dans la mise en oeuvre des réformes sanitaires et lors des missions de suivi et ou d'évaluation (mars 2008- mars 2010).

## **II. Résumé des autres discussions sur le développement du cadre de partenariat /pacte /Mou.**

Depuis Septembre 2007, le Burundi fait partie des sept pays pilotes où l'initiative de Partenariat International pour la Santé (IHP) sera mise en oeuvre. L'inclusion du Burundi parmi les pays IHP doit permettre d'améliorer la façon dont les agences internationales, les bailleurs de fonds, la société civile et les pays bénéficiaires harmonisent et coordonnent leurs interventions en vue d'atteindre les OMDs en matière de santé.

Un document de cadre de partenariat /compacte a été élaboré et finalisé et par le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers dans le secteur de la santé. Il sera bientôt signé par le ministre ayant en charge la santé publique et de lutte contre le sida et celui de l'Economie, des Finances et de la Coopération au Développement ainsi que les partenaires de développement.

Les éléments ci-après résument la valeur ajoutée par le développement de ce cadre de partenariat :

1. L'efficacité de l'aide internationale sera améliorée, grâce à une concertation mutuelle accentuée qui mène à moins de duplications, plus d'harmonisation, et une utilisation mieux

2. Les services de santé à la population seront améliorés quantitativement et qualitativement grâce à:
- un renforcement des capacités des instances publiques à concevoir, planifier, mettre en œuvre et évaluer une stratégie cohérente et efficace;
  - un accroissement de la quantité, de la qualité et de la stabilité des ressources humaines dédiées à la santé, ainsi qu'une gestion cohérente et transparente de ces ressources;
  - un accroissement des ressources financières dédiées à la santé et une amélioration de la prédictibilité de ces ressources, de même que leur gestion efficiente, cohérente et transparente;
  - un accroissement et une amélioration de la qualité et de la disponibilité des équipements, des intrants, et des médicaments, ainsi qu'une réduction des barrières financières pour les plus démunis;
  - une amélioration de la transparence et l'efficience de la gestion des ressources matérielles dédiées à la santé.

Les documents ci-après sont annexés à ce rapport: Politique Nationale de la Santé 2005-2015, Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010, ToRs du Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et Développement, Cadre de partenariat, Programme d'Action Prioritaire 2007-2010, Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté et le Plan stratégique national VIH/Sida 2007-2011).

**Pour des renseignements complémentaires sur le IHP+, veuillez contacter:**

**Robert Fryatt**

Senior Advisor  
Health Systems and Services

**Nicole Klingen**

Senior Health Specialist  
Human Development Network

**Chris Mwikisa**

Director  
Harmonisation for Health in Africa

**Rudolph Knippenberg**

Senior Health Advisor

**World Health Organization**

Avenue Appia 20  
1211 Geneva 27  
Switzerland

Tel: +41 22 791 2743  
Mobile: +41 79 202 1837  
Fax: +41 22 791 4881

Email: [fryattr@who.int](mailto:fryattr@who.int)  
<http://www.who.int>

**The World Bank**

1818 H Street N.W.  
Washington DC 20433  
USA

Tel: +1 202 458 7413  
Mobile: +1 202 460 0157  
Fax: +1 202 614 0148

Email: [nklingen@worldbank.org](mailto:nklingen@worldbank.org)  
<http://www.worldbank.org>

**World Health Organization**

Regional Office for Africa  
PO Box 06 Brazzaville  
Congo

Tel: +47 241 39100  
Mobile: +41 79 516 3135  
Fax: +47 241 395503

Email: [mwikisac@who.int](mailto:mwikisac@who.int)  
<http://www.afro.who.int>

**United Nations Children's Fund**

UNICEF House  
3 United Nations Plaza 10017  
USA

Tel: +1 212 326 7000  
Mobile: +1 917 605 1524  
Fax: +1 212 887 7465

Email: [rknippenberg@unicef.org](mailto:rknippenberg@unicef.org)  
<http://www.unicef.org>

**Mars 2008**