

REPUBLIQUE DU BURUNDI



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

**POLITIQUE ET STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE
(PSS 2023-2027)**

JUILLET 2024

PREFACE



Pour rendre effectif son engagement constitutionnel qui est de faire de la santé un droit fondamental, le gouvernement a adopté un ensemble de mécanismes de protection sociale visant notamment : la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et celles qui accouchent, le Financement Basé sur la Performance, la gratuité des programmes prioritaires de santé (VIH, TB, Paludisme), la Mutuelle de la Fonction Publique ; la Carte d'Assistance Médicale ; la subvention aux indigents, la prise en charge du ticket modérateur pour certains agents de l'Etat, les mutuelles communautaires de santé, la Mutuelle des Entreprises du secteur privé les assurances privées et

les systèmes de prise en charge des employeurs du secteur privé.

Je me réjouis de ce que ce plan qui traduit un cadre d'action multi sectoriel en faveur du bien-être des populations pour la croissance économique est conforme à la vision 2040 et 2060 de notre Plan National de Développement.

Je note avec grande satisfaction que la PSS 2023-2027 est parfaitement aligné sur les principaux instruments, cadres programmatiques internationaux et nationaux, en l'occurrence :

- les Objectifs de Développement Durable (ODD), en particulier l'ODD3, "Santé et Bien-être"
- le treizième programme global de travail de l'organisation Mondiale de la Santé.

Dans un contexte international marqué par l'émergence de menaces diverses et variées mettant en péril la sécurité sanitaire mondiale, la construction d'un système de santé résilient aux chocs exogènes est devenue un impératif pour toutes les nations du monde. A cet égard, je salue le caractère innovant et ambitieux de la PSS 2023-2027.

Je félicite l'équipe technique du Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida et ses collaborateurs, tous les départements ministériels, les partenaires au développement ainsi que ceux qui de près ou de loin ont contribué à la production de cet excellent outil.

Au regard de la situation économique et financière du pays, le principal défi à relever sera celui de la mobilisation des ressources nécessaires à la mise œuvre de la PSS 2023-2027. Mais je reste persuadé que les Partenaires au Développement ainsi que les amis du Burundi ne ménageront aucun effort pour apporter les appuis multiformes indispensables à la mise en œuvre de cette politique et stratégie sectorielle.

A cet effet, j'exhorte tous les acteurs du système de santé burundais à s'approprier et à s'aligner sur la PSS 2023-2027 et, de mutualiser leurs ressources humaines, matérielles et financières afin de permettre au Burundi d'être au rendez-vous des Objectifs de Développement Durables à l'horizon 2030.

LE PREMIER MINISTRE DU GOUVERNEMENT

DU BURUNDI

REMERCIEMENTS



La réalisation de ce document n'aurait pas été possible sans la contribution et le soutien de nombreuses personnes et institutions. Nous souhaitons exprimer notre gratitude à toutes celles et ceux qui ont joué un rôle clé dans ce processus.

Nous tenons à remercier particulièrement Son Excellence le Président de la République pour son leadership visionnaire et son engagement indéfectible en faveur de la santé et du bien-être de la population Burundaise à travers la vision

2040 Burundi, Pays Emergent et 2060, Burundi Pays Développé dont les indicateurs en santé ont été déclinés dans le PND révisé 2023-2027 auquel nous nous sommes référés. Son soutien constant a été un moteur essentiel pour la réalisation de ce document.

Nos remerciements vont également à tous les membres du Gouvernement, dont la collaboration intersectorielle a été déterminante pour l'intégration des différentes dimensions nécessaires à la réussite de cette politique.

Nos sincères remerciements vont également aux équipes techniques du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida. Leur expertise, leur dévouement et leur travail acharné ont été déterminants pour mener à bien cette tâche complexe.

Nous exprimons notre reconnaissance aux différents départements ministériels qui ont collaboré de manière intersectorielle, apportant leur soutien et partageant leurs connaissances pour enrichir ce document.

Nous adressons nos profonds remerciements à tous nos Partenaires au Développement en général et l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) en particulier. Leur appui inestimable, tant en termes de financements que d'assistance technique, a permis de renforcer nos capacités et de réaliser ce document ambitieux. Leur engagement envers le développement du secteur de la santé au Burundi est précieux.

Un grand merci également aux institutions de recherche et aux experts indépendants qui ont contribué par leurs analyses et recommandations. Leur expertise a enrichi le contenu de ce document et a permis d'assurer une approche basée sur des preuves solides.

Enfin, nous remercions chaleureusement tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la production de ce document de PSS 2023-2027. Votre implication et votre soutien ont été cruciaux pour son aboutissement.

Nous espérons que ce document servira de guide efficace pour améliorer la santé et le bien-être de la population burundaise, et qu'il sera une source d'inspiration pour tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de cette politique et stratégie sectorielle. Ensemble, nous pouvons faire en sorte que chaque Burundais ait accès aux soins de santé dont il a besoin, tout au long de sa vie.

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

Dr Lydwine BARADAHANA

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ABREMA	: Autorité Burundaise de Régulation des Médicaments et Aliments à usage humain
AGVSAN	: Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition
BIF	: Franc Burundais
BPS	: Bureau Provincial de la Santé
CAMEBU	: Central d'Achat des Médicaments Essentiels du Burundi
CARMMA	: Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et en Afrique
CCAI	:
CDMT	: Cadre de Dépenses à moyen terme
CDS	: Centre de Santé
COVID-19	: Maladie à Corona virus
CPSD	: Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle
DHIS2	: District Health Information Software 2
DPPD	: Documents de Programmation Pluriannuelles des Dépenses
EAC	: East African Community
ECD	: Equipe Cadre de District
EDSB	: Enquête Démographique et de Santé du Burundi
EHA	: Eau Hygiène et assainissement
FFOM	: Forces Faiblesses Opportunité et Menaces
FOSA	: Formation Sanitaire
GAR	: Gestion axée sur les résultats
HHFA	: Harmonized Health Facility Assessment
ICN	: Instance de coordination Nationale
IDH	: Indice de Développement Humain
INSBU	: Institut National des Statistiques du Burundi
INSP	: Institut National de Santé Publique
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
JMP	: Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene
MAG	: Malnutrition Aigüe Globale
MAM	: Malnutrition aiguë modérée
MAS	: Malnutrition aiguë sévère
MNT	: Maladies Non Transmissibles
Mpox	: MonkeyPox
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
MTN	: Maladies Tropicales Négligées
NEPAD	: Nouveau Partenariat Africain pour l'Aide au Développement
ODD	: Objectifs de développement durable
OMS	: Organisation mondiale de la Santé
PAD	: Partenaires aux développement
PAP	: Projets Annuels de Performance
PCI	: Prévention et Contrôle de l'Infection
PFA	: Paralysie Flasque Aiguë
PIB	: Produit Interieur Brut
PND	: Plan National de développement

PNILT	: Programme National Intégré de Lutte contre la Tuberculose
POA	: Plans Opérationnels Annuels
PSA	: Prostate Specific Antigen
PSS	: Politique et Stratégie Sectorielle
PSS	: Politique et stratégie Sectorielle de Santé
PTBA	: Plans de Travail et du Budget Annuel
PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de l'a Mère à l'Enfant
RAC	: Revue Annuelle Conjointe
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RSI	: Règlement Sanitaire International
SAN	: Stratégie agricole nationale
SARA	: Services. Availability and Readiness Assessment
SIDA	: Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
SIMR	: Surveillance Intégré de la Maladie et Riposte
SIPA	: Soins Intégrés des personnes âgées
SIS	: Système d'information sanitaire
SISCOM	: Système d'information sanitaire Communautaire
SMART	: Standardized Monitoring and Assessment of Relief/Transitions
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SONUB	: Soins Obstétricaux Néonatal d'Urgence de Base
SONUC	: Soins Obstétricaux Néonatal d'Urgence de Base
SPAR	: State Party Self Assesment Annual Report for IHR 2005
SPN/CPN	: Consultation Pré-Natale
SRMNIA	: Santé de la Reproduction, Maternelle, Néo-natale, Infantile des Adolescents
SSP	: Soins de Santé Primaires
TAR	: Traitement anti-retroviral
TB	: Tuberculose
TPB+	: Tuberculose Pulmonaire à bacilloscopie positive
UGADS	: Unité de Gestion des
VIH	: Virus de l'Immuno-déficience Humaine
VSBG	: Violence Sexuelle Basée sur le Genre

Sommaire

PREFACE	2
REMERCIEMENTS	3
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	4
Sommaire	6
LISTE DES TABLEAUX	9
LISTE DES ANNEXES	11
1. Les programmes et actions budgétaires.....	11
2. Indicateurs de performances.....	11
3. Costing.....	11
4. Feuille de route de mise en oeuvre	11
RESUME EXECUTIF	12
INTRODUCTION.....	14
PEMIERE PARTIE : LE CONTEXTE GENERAL DU PAYS	16
I CONTEXTE NATIONAL	17
I.1 Situation géographique.....	17
I.2 Situation démographique.....	18
I.3 Contexte socio-économique	18
I.4 Organisation administrative.....	19
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE	22
II. Organisation, disponibilité des services et capacités opérationnelles des établissements de santé ..	23
II.1. Organisation du système sanitaire	23
II.2 Disponibilité des services de santé et capacités opérationnelles au niveau des établissements de santé.....	24
II.2.1. Disponibilité et capacités opérationnelles des services généraux	24
II.2.2. Disponibilité et capacités opérationnelles des services spécifiques	24
II.3. Système de protection sociale en santé	29
II.4. Performances du système de santé.....	30
TROISIEME PARTIE : DIAGNOSTIC DU SECTEUR DE LA SANTE.....	31
III. ANALYSE DE LA SITUATION	32
III.1. Etat de santé de la population.....	32
III.2. Profil épidémiologique	33
III.3. Déterminants de la santé.....	38
III.4. ANALYSE FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES DU SYSTEME DE SANTE AU BURUNDI (FFOM).....	44
III.4.1. Prestation des Services	44

III.4.2. Médicaments et Autres Intrants de Santé, Infrastructures et Équipements	45
III.4.3. Gouvernance et Leadership Management	47
III.4.4. Système d'Information Sanitaire et recherche	49
III.4.5. Financement de la santé au Burundi.....	50
III.4.6. Ressources Humaines en santé.....	52
III.5. Problèmes Prioritaires	53
1) Insuffisance dans la gouvernance et la coordination du système de santé	53
2) Insuffisance de l'offre, d'accès et d'utilisation des soins et services de santé de qualité centré sur la personne	54
3) Faible protection des populations contre les risques sanitaires et environnementaux tout le long du cycle de vie	54
QUATRIEME PARTIE : CADRE POLITIQUE ET STRATEGIQUE	56
IV.1. Vision, Principe, valeurs et fondement	57
IV.1.1 Vision.....	57
IV.1.2. Valeurs :	57
IV.1.3. Principes directeurs	58
IV.1.4. Fondements	59
IV.1.4.1. Dispositions législatives et réglementaires nationales	59
- IV.1.4.2. Dispositions législatives internationales	59
IV.2. Orientations stratégiques.....	60
IV.3. Objectifs stratégiques	60
IV.4. But Objectifs général et spécifiques.....	60
IV.5. Synthèse du Cadre stratégique	62
IV.6 Arrimage de la PSS 2023-2027 avec les objectifs de développement	63
CINQUIEME PARTIE : CADRE DE MISE EN OEUVRE ET SUIVI- EVALUATION	64
IV. Cadre de mise en œuvre et de suivi évaluation	65
V.1 Cadre de mise en œuvre	65
V.1.1 Mécanisme de coordination et de mise en œuvre.....	65
V.1.2 Principes directeurs.....	66
V.1.3 Responsabilités dans la mise en œuvre de la PSS 2023-2027	66
V.1.4 Contraintes et conditions de succès de la mise en œuvre de la PSS 2023-2027.....	70
V.2. Cadre de suivi, d'évaluation et de redevabilité	71
SIXIEME PARTIE : FINANCEMENT DE LA PSS 2023-2027.....	74
VI. MECANISME DE FINANCEMENT DE LA PSS 2023-2027.....	75
VI.1 Sources de financement.....	75
VI.2 Financement innovant	75

VI.3 Les dispositifs de gestion optimale des ressources	75
VII. CONCLUSION	76
VIII. Annexe :	77

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Cadre des indicateurs performance	71
---	----

LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES

Figure 1: Carte géographique de la République du Burundi.....	17
Figure 2: Pyramide des âges au Burundi.....	18
Figure 3: Carte du Burundi indiquant le découpage administratif actuel.....	20
Figure 4: Carte du Burundi indiquant le découpage administratif en perspective	21
Figure 5: Evolution de l'épidémie de Choléra au Burundi	34
Figure 6: Evolution des cas confirmés de rougeole en 2024.....	35
Figure 7: Evolution du décès maternel de 2021 à 2024 au Burundi	36
Figure 8: Evolution de la mortalité néonatale de 2021 à 2024Source	36
Figure 9: Graphique : Evolution de la mortalité périnatale de 2021 à 2024	37
Figure 10: Cadre Conceptuel d'Action Multisectoriel de Renforcement de la résilience du Système de Santé en vue de la promotion du bien-être en parfaite pour la croissance économique	44
Figure 11: Cadre d'action pour le renforcement du système de santé pour un meilleur état de santé et du bien de la population Burundaise	57
Figure 12: Cadre conceptuel d'action multisectoriel pour le renforcement du système de santé en vue de la couverture sanitaire universelle	68
Figure 13 : Cadre de référence pour le suivi et l'évaluation des systèmes de santé (IHP+)	73

LISTE DES ANNEXES

1. Les programmes et actions budgétaires
2. Indicateurs de performances
3. Costing
4. Feuille de route de mise en oeuvre

RESUME EXECUTIF

1. Dans le cadre de la matérialisation des engagements régionaux et mondiaux, le Burundi s'est doté d'un plan stratégique sectoriel 2021-2027 qui est en parfaite cohérence avec le Plan National de Développement (2018-2027). Tenant compte de la nouvelle vision du pays et de l'agenda du PAP 2023-2027 du PND 2018-2027 révisé, la Politique nationale de la santé ci-dessus visée a été revue pour s'aligner aux nouvelles orientations et priorités nationales.
2. Le diagnostic participatif réalisé à l'occasion de l'élaboration de la Politique Sectorielle Santé 2023-2027 a révélé entre autres : (i) un taux élevé de mortalité maternelle ;(ii) une mortalité néonatale, infantile et juvénile qui demeure élevée; (iii) les maladies transmissibles continuent de causer un nombre élevé de décès; (iv) des difficultés d'accès financiers aux soins (paiement direct des ménages) ; (v) les populations sont vulnérables face aux épidémies, aux catastrophes et aux autres urgences sanitaires; (vi) La malnutrition chronique persiste au-delà des normes acceptables chez les enfants de moins de 5 ans ; (vii) les maladies non transmissibles sont en augmentation ; (viii) les maladies tropicales négligées persistent ; (ix) les comportements à risque sont fréquents chez les adolescents et les jeunes et la x) le leadership et la gouvernance du système de santé est insuffisante avec une absence quasi-totale d'un cadre de coordination de la multisectorialité et du One-Health.
3. Le secteur de la santé au Burundi fait face à plusieurs défis, dont des infrastructures insuffisantes, un accès limité aux soins, et des ressources humaines et matérielles inadéquates. La Politique et Stratégie Sectorielle de Santé 2023-2027 (PSS) a été élaborée pour répondre à ces défis et aux multiples insuffisances en alignant les efforts nationaux sur les Objectifs de Développement Durable (ODD) et la Vision Burundi 2040-2060. Cette politique vise à améliorer l'état de santé de la population burundaise à travers un système de santé performant et résilient.
4. La vision de la PSS 2023-2027 est qu'ici **2027, la population burundaise ait un meilleur état de santé grâce à un système de santé performant et résilient, favorisant un développement durable et intégral du pays.** Les valeurs fondamentales de cette PSS incluent la solidarité, l'égalité, l'équité, la justice sociale, l'intégrité et l'éthique, ainsi que le respect des droits humains et de l'égalité des genres. Les principes directeurs comprennent le leadership, la gouvernance, la décentralisation, la qualité des soins, l'intégration et la continuité des soins, le financement basé sur la performance, la gestion basée sur des évidences, la participation communautaire, le partenariat en santé, la couverture santé universelle et les soins de santé primaires. La PSS s'appuie sur des dispositions législatives et réglementaires nationales, telles que la Constitution de 2018 et le Code de la santé publique, ainsi que sur des engagements internationaux comme la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et les Objectifs de Développement Durable.
5. **Au regard des problèmes identifiés, trois orientations stratégiques majeures** ont été identifiées pour répondre aux problèmes prioritaires : (i)le renforcement du leadership, de la gouvernance et de la collaboration multisectorielle ; (ii)l'amélioration de l'offre, de l'accès et de l'utilisation des soins et services de santé de qualité centrés sur la personne ; et (iii) la protection des populations contre les risques sanitaires et environnementaux tout au long du cycle de vie. Ces orientations stratégiques se déclinent en sept objectifs stratégiques : (a)renforcer la coordination intra et multisectorielle ; (b)garantir la disponibilité des ressources humaines qualifiées et motivées ; (c)assurer la disponibilité, l'utilisation des

informations et des résultats de recherche, ainsi que la transformation digitale du système de santé à tous les niveaux ; (d)assurer le financement durable de la santé en vue de la couverture sanitaire universelle ; (e)garantir des services et soins de santé de qualité pour atteindre la couverture santé universelle ; (f)promouvoir la prévention des risques sanitaires ; et (i)assurer la préparation et la réponse aux événements de santé publique et aux risques environnementaux.

6. Pour atteindre ces objectifs, **17 objectifs spécifiques** ont été définis, notamment : améliorer la gouvernance et le leadership ; assurer la coordination et le partenariat ; veiller à la planification, le suivi et l'évaluation ; assurer la production et la gestion des professionnels de la santé ; renforcer le système d'information sanitaire et promouvoir l'innovation ; développer la stratégie e-santé ; renforcer les mécanismes de financement de la santé ; assurer l'accès équitable aux services et soins de santé de qualité pour tous ; promouvoir les modes de vie sains et renforcer la résilience du système de santé face aux urgences.
7. Pour ce qui est de **l'arrimage avec les Objectifs de Développement**, la PSS 2023-2027 est alignée sur la « Vision Burundi pays émergent en 2040, pays développé en 2060 », et plus spécifiquement sur le pilier 3 du Plan National de Développement révisé, dédié au développement du capital humain et à l'inclusion sociale. Cette vision vise à améliorer l'accès aux soins de santé de base et à développer des services hospitaliers de pointe. Deux programmes prioritaires en matière de santé sont identifiés : le renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ; et la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile, de l'adolescent et nutrition.
8. Le Burundi a adopté l'approche **budget-programme** pour sa gestion financière avec trois programmes budgétaires spécifiques : **offre et accès aux services et soins de santé ; prévention et sécurité sanitaire ; et administration générale**. Ces programmes incluent plusieurs actions et activités budgétaires pour atteindre les objectifs de la PSS et du Plan National de Développement révisé, tout en contribuant à la réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD), en particulier l'ODD 3 visant la bonne santé et le bien-être pour tous à tout âge.
9. En fin, la Politique et Stratégie Sectorielle de Santé 2023-2027 du Burundi est un cadre stratégique exhaustif destiné à transformer le système de santé pour qu'il soit plus résilient, inclusif et capable de répondre efficacement aux besoins de la population burundaise. En s'appuyant sur des valeurs fortes, des principes directeurs clairs, et des objectifs stratégiques et spécifiques bien définis, cette PSS ambitionne d'améliorer de manière significative la santé et le bien-être de tous les Burundais d'ici 2027.

INTRODUCTION

La volonté du Gouvernement du Burundi est d'assurer l'accès aux soins et services de santé et la promotion du bien-être de tous. Ceci est matérialisé, par les engagements pris à travers les ratifications et déclarations faites au niveau mondial, régional et national notamment :

Au niveau mondial, le Burundi a souscrit aux Objectifs de Développement Durable en général et pour la mise en œuvre de l'ODD 3 (Bonne santé et bien-être) en particulier ainsi qu'à la déclaration d'Astana sur les Soins de Santé Primaires durables.

Au niveau régional, le Pays a ratifié l'**Agenda 2063 de l'Union Africaine** qui vise à promouvoir la santé et le bien-être des populations africaines, en mettant l'accent sur la prévention des maladies, l'amélioration des infrastructures de santé, et le renforcement des systèmes de santé, la Stratégie Sanitaire du Nouveau Partenariat Africain pour l'Aide au Développement (NEPAD), la Déclaration d'Addis Abeba sur la population et le développement ainsi que et celles des Sommets d'Abuja sur le Paludisme et sur la santé en Afrique.

Dans le cadre de la Vision 2050 de l'EAC, le Burundi a pris l'engagement de contribuer à l'amélioration de la nutrition, de permettre à tous de vivre en bonne santé et de promouvoir le bien-être de tous à tout âge.

Le droit à la santé au Burundi est un droit fondamental consacré par l'article 24 de la constitution du 07 Juin 2018 qui stipule : « toute personne humaine a droit à la vie ».

En 2021 à l'occasion de l'élaboration du plan stratégique sectoriel 2021-2027, un diagnostic a été réalisé. Ce diagnostic révèle que : grâce à la politique de gratuité de soins en faveur des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et à l'appui des Partenaires au Développement par le mécanisme de financement basé sur les performances, la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié s'est améliorée passant de 60 % en 2010 (EDS II 2010) à 85% en 2016 (EDS III 2016-2017), la mortalité maternelle est passée de 500 Décès Maternel (DM) (EDS II 2010) à 392 DM/100.000 Naissances Vivantes (NV) pour toute cause de décès et 334 DM/100.000NV selon la définition de l'OMS d'un décès maternel (EDS III 2016-2017), la mortalité néonatale est passée de 31/1000 NV à 23/1000 NV, la mortalité infantile de 59 à 47/1000 NV, la mortalité infanto-juvénile de 96 à 78/1000 NV (EDS III 2016-2017). La couverture en centres de santé (CDS) et en hôpitaux s'est nettement améliorée avec une couverture en hôpitaux qui est passée d'un hôpital pour 176 112 habitants en 2010 à un hôpital pour 128 486 en 2015 et celle des CDS est passée d'un CDS pour 12 475 habitants en 2010 à un CDS pour 9 377 habitants en 2015. Quant à l'OMD 6 en rapport avec le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies, les cibles y relatives ont aussi évolué positivement mais partiellement atteintes. En effet, la prévalence du VIH est passée de 1.4% (EDS II 2010) à 0.9% (EDS III 2016-2017), la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux est passée de 16% en 2010 à 11% en 2017, l'incidence de la tuberculose toutes formes confondues (TTF) est passée de 91/100.000 habitants à 78/100.000 habitants de 2010 à 2017, la tuberculose pulmonaire bactériologiquement positive (TPB+) de 54 à 44/100.000 habitants, et les cas de tuberculose multi résistante (TB/MR) notifiés passant de 24 à 50 cas de 2010 à 2017.

Dans les projections du Plan National de Développement (PND), l'Etat met en place la dynamique pour offrir aux citoyens le droit d'accéder aux soins et service de santé indispensable à la matérialisation de la vision du Burundi « un Pays Émergent en 2040 et Pays Développé en 2060 ». Ainsi, il est mis en exergue une nette démarcation de l'engagement de l'Etat à réduire les inégalités, à améliorer les conditions de vie et du bien-être des populations en vue de la promotion de la croissance économique.

Le Plan National de Développement (2018-2027) révisé et son Plan d'Action Pluriannuel (2023-2027) constituent un outil d'orientation stratégique sur la base de laquelle, les secteurs

devront construire leurs politiques et plans d'actions afin de permettre au Burundi d'atteindre les objectifs visés à l'horizon 2027. Tenant compte de la nouvelle vision du pays et de l'agenda du PAP 2023-2027 du PND 2018-2027 révisé, la Politique nationale de la santé 2016 - 2025 est revue pour s'aligner aux nouvelles orientations et priorités nationales.

Dans le cadre d'un arrimage de la politique et stratégie sectorielle au nouveau Plan National de Développement une évaluation sommaire a eu lieu. Cette évaluation révèle de façon globale que le pays a connu par rapport aux différents indicateurs une performance mitigée. Il est à noter qu'avec une population de 13 087 399 habitants et une densité 470 hab. /km² en 2023 le Burundi a un taux brut de mortalité de 10,27 pour 1000 habitants et une espérance de vie à la naissance de 61,66 ans. Sur le plan épidémiologique, le pays fait face au double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles. Le pays présente par ailleurs une vulnérabilité accrue aux urgences de santé publique et à la malnutrition. Les efforts réalisés par le pays et ses partenaires au développement ces dernières années ont permis de faire passer le ratio de mortalité maternelle de 334 à 299 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2017 et 2023. Par ailleurs, une lecture du niveau d'atteinte de certains indicateurs ODD montre que le pays est sur une bonne trajectoire. Il s'agit du taux de Mortalité néonatale (23 pour 1 000 naissances vivantes), du taux de Mortalité infantile (47 pour 1 000 naissances) et du taux de mortalité infanto-juvénile (78 pour 1 000 naissances). A ces progrès, il faut ajouter le fait que : i) le pays ait atteint les 3x90 (90% de personnes dépistées, 90% des personnes dépistées mis sous traitement et 90% des personnes sous traitement ayant une charge virale indétectable) et qu'il est classé parmi les pays en bonne voie vers l'atteinte des 3x95%, ii) 85% des enfants sont complètement vaccinés, et que la prévalence contraception moderne est de 23% malgré les diversités culturelles qui existent dans le pays, iii) le taux d'accouchement en milieu de soins (CDS + Hôpitaux) en présence du personnel qualifié est de 77,9% et iv) le financement de la santé s'inscrit dans le cadre de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) avec 9,6% en moyenne du budget de l'Etat alloués au secteur de la santé.

L'élaboration de la présente politique et stratégie sectorielle de santé 2023-2027 (PSS 2023-2027) s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la Vision et du PND 2018-2027 révisé. Signalons que, compte tenu de la période relativement courte d'environ 4 ans, le Ministre des Finances, du Budget et de la Planification Économique, qui supervise le processus dans les 15 ministères, a décidé de regrouper la politique sectorielle et sa stratégie sectorielle. Cette fusion a conduit à l'appellation de "**Politique et Stratégie Sectorielle (PSS)**".

PEMIERE PARTIE : LE CONTEXTE GENERAL DU PAYS

I CONTEXTE NATIONAL

I.1 Situation géographique

Le Burundi est 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., le Burundi s'étend sur une superficie de 27.834 km² incluant la surface des eaux territoriales. Son relief est dominé par de hauts plateaux au centre, de la plaine de l'Imbo à l'Ouest et de la dépression de Kumoso. Son climat est de type tropical avec quatre saisons, une petite saison de pluie (d'octobre à décembre), une petite saison sèche (janvier à février), la grande saison des pluies (de mars à mai) et la grande saison sèche (de juin à septembre). Ces profils climatologiques et géomorphologiques exposent les communautés aux différentes vulnérabilités et sont susceptibles d'avoir une forte influence sur le profil épidémiologique du pays.



Figure 1: Carte géographique de la République du Burundi

I.2 Situation démographique

La population du Burundi a été estimée à 13 087 399 habitants en 2023, selon les projections démographiques de la population au niveau communal de l'INSBU de 2020 et pourrait atteindre 14,9 millions d'habitants en 2030 (PND 2018-2027) dont 50.6% de femmes et 41,5 % des jeunes âgées de moins de 15 ans¹avec un taux d'accroissement naturel de 2,4% par an, une taille moyenne de 4,8 personnes RGPH 2008), par ménage et un indice synthétique de fécondité de près de 5,5 enfants par femme (EDS III 2016-2017). Le taux brut de mortalité est de 10,27 pour 1000 habitants et une espérance de vie à la naissance de 59,7ans en 2020². La densité moyenne de cette population, l'une des plus fortes d'Afrique, est estimée à environ 470 hab. /km² en 2023 (Projections démographiques INSBU). Cette forte croissance démographique a pour conséquence, une pression de plus en plus forte sur les ressources naturelles et sur les services de base avec plus de 86% de la population qui vit en zone rurale (RGPH 2008).

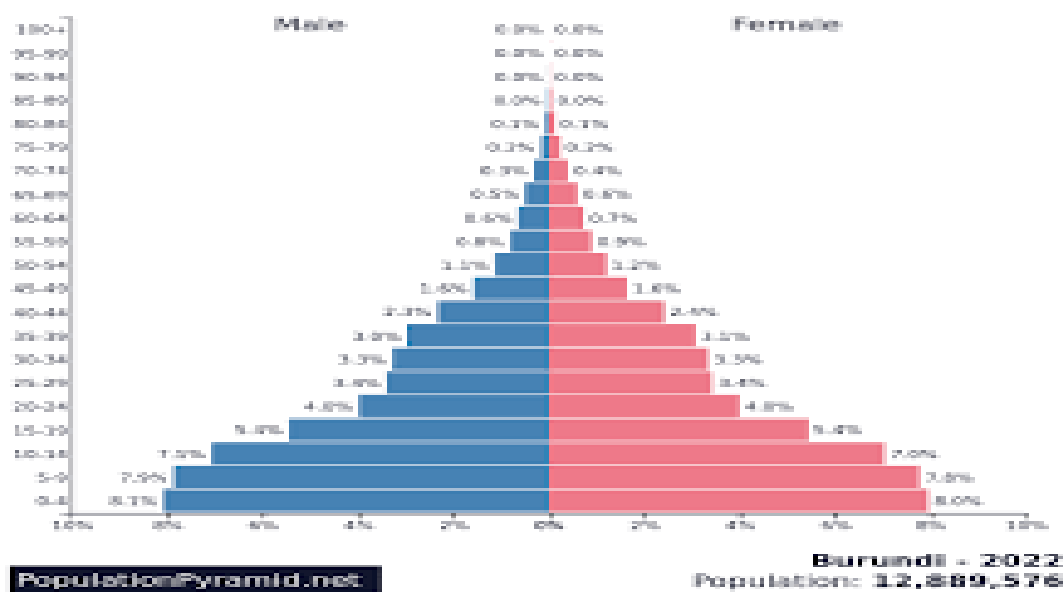


Figure 2: Pyramide des âges au Burundi

I.3 Contexte socio-économique

Au Burundi, le PIB réel, 2023-2024 est de 3 433 milliards de francs Burundais-BIF soit environ 1348 milliards de dollars USD. En 2023, la croissance économique du pays s'est

accélérée pour atteindre 2,7 %, contre 1,8 % en 2022, toute chose égale par ailleurs, cette croissance économique devrait atteindre 3,8 % en 2024³. L'économie du Burundi est tirée par le secteur agricole (35,4 % du PIB) et les services (plus de 37,0 % du PIB) alors que le secteur industriel reste très peu développé (19,9 % du PIB). La contribution des impôts et taxes au PIB est de 7,7 %⁴.

Sur la période 2018/2019-2022/2023, le PIB moyen par habitant reste faible avec 249,30 dollars américains et il est estimé à 259,50 dollars en 2023/2024. Ce niveau faible s'explique certes par des faibles performances économiques mais aussi par un taux de croissance démographique relativement élevé, de 2,4 % en moyenne sur la période 2018/2019-2022/2023. Cette situation reste une entrave au développement économique étant donné les niveaux de pauvreté (51,4 %) et des inégalités avec un indice Gini de 37,1 en 2020.

Par ailleurs, La valeur de l'IDH du Burundi pour 2019 est de 0.433 ce qui place le pays dans la catégorie « développement humain faible » et au 185e rang parmi 189 pays et territoires.

I.4 Organisation administrative

Au niveau administratif, au moment de l'élaboration de cette politique, le Burundi compte 18 provinces qui sont ensuite divisées en 119 Communes. Ces communes sont elles-mêmes subdivisées en 399 zones et 2910 collines.

³RGPH 2008

⁴

BURUNDI

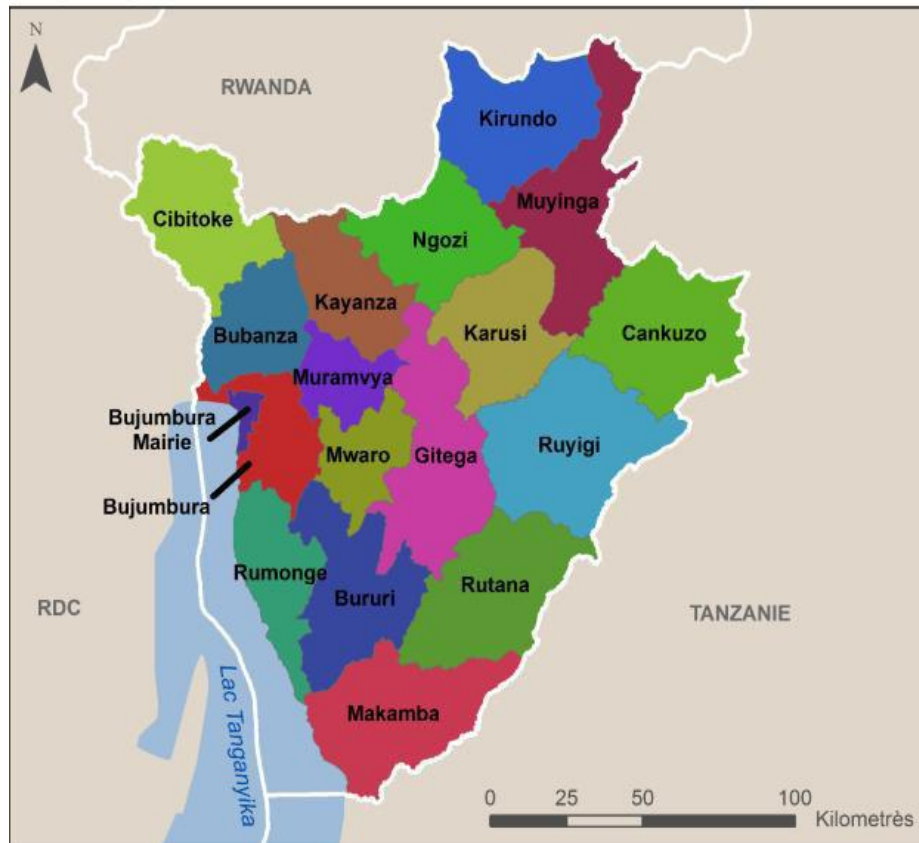


Figure 3: Carte du Burundi indiquant le découpage administratif actuel

La Loi organique n°1/05 du 16 Mars 2023 portant détermination et délimitation des provinces, des communes, des zones et collines a été signée. En perspectives, le redécoupage-groupage administratif prévoit 5 provinces (Bujumbura, Buhumuza, Gitega, Burunga et Butanyerera), 42 communes, 450 zones et 3041 collines/quartiers. La carte ci-après montre les 5 provinces en vue :

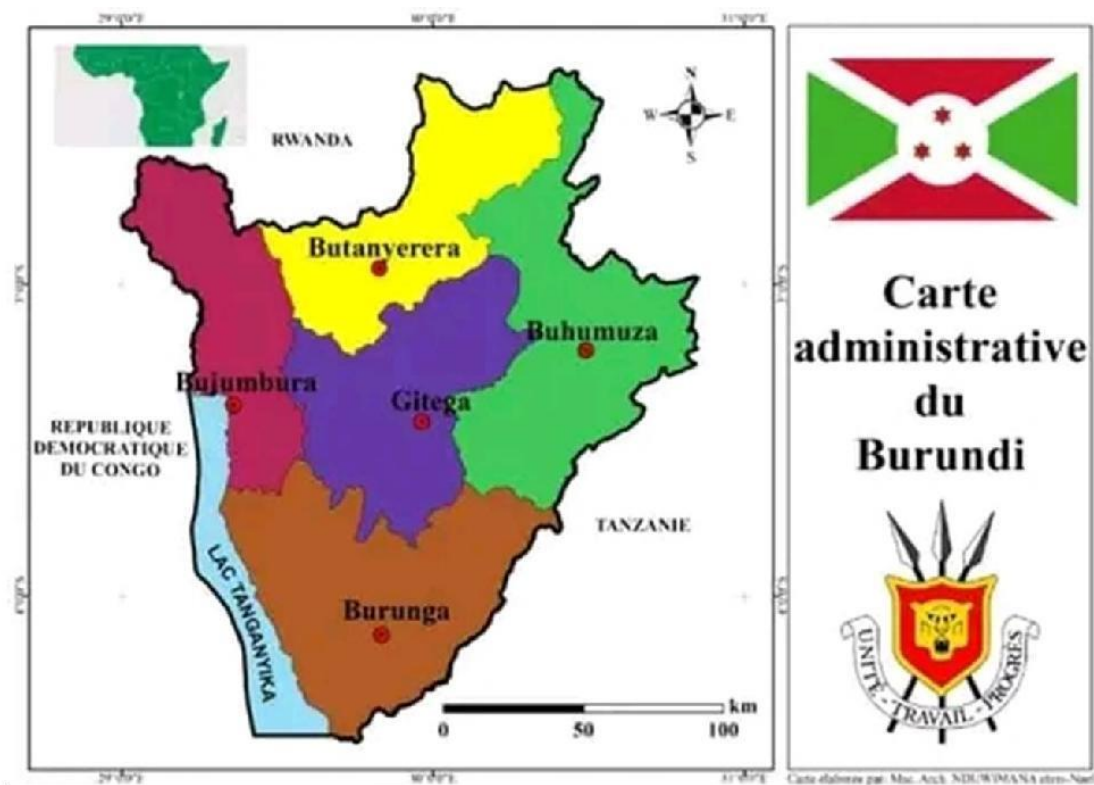


Figure 4: Carte du Burundi indiquant le découpage administratif en perspective

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE

II. Organisation, disponibilité des services et capacités opérationnelles des établissements de santé

II.1. Organisation du système sanitaire

Le système de santé du Burundi est organisé sous forme pyramidale et s'articule sur 4 niveaux : central, intermédiaire, périphérique et communautaire. Ces niveaux sont reliés entre eux par des relations de fonctionnement hiérarchique et tout repose sur le développement du district sanitaire.

Le niveau central : le niveau central comprend le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Permanent, le Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA, l'Inspection Générale de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, quatre Directions Générales centrales (Services de Santé, Ressources, Planification et Offre des soins). En outre, il comprend 4 Directions Générales à gestion personnalisées, les programmes nationaux intégrés de santé, les administrations personnalisées de l'Etat et les hôpitaux nationaux.

Le niveau intermédiaire : le niveau intermédiaire est un niveau déconcentré du Ministère. Il comprend 18 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) qui ont pour mission de veiller à la mise en œuvre de la politique sanitaire dans leur zone de responsabilité.

Le niveau périphérique : le niveau périphérique est composé de 49 districts sanitaires autour desquels gravitent des hôpitaux et les CDS et constitue le niveau opérationnel du système de santé. Il a le rôle de coordonner l'action sanitaire et d'encadrer les activités communautaires.

Le niveau communautaire : le volet communautaire comprend les relais communautaires qui sont les associations locales, les agents de santé communautaire, les comités de santé, les accoucheuses traditionnelles et les guérisseurs traditionnels, etc. Ces relais ont pour rôle d'assurer certaines prestations au niveau communautaire et servent de pont entre la communauté et le centre de santé. De façon opérationnelle, les prestations offertes au niveau communautaire sont sous la responsabilité du Centre de Santé.

II.2 Disponibilité des services de santé et capacités opérationnelles au niveau des établissements de santé

II.2.1. Disponibilité et capacités opérationnelles des services généraux

Selon l'enquête HHFA de 2023, toutes les FOSA offrent les services ambulatoires concernant les examens ou les traitements pour lesquels le patient séjourne moins de 48 heures dans la formation sanitaire. La durée de fonctionnement journalière est plus faible dans les structures privées soit 17,88 heures par jour pour les FOSA privées à but lucratif et 22,18 heures par jour pour celles à but non lucratif. Les FOSA du milieu rural fonctionnent 23,48 heures par jour contre 21,31 heures par jour en milieu urbain. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les FOSA privées sont plus nombreuses en milieu urbain qu'en milieu rural.

Concernant les capacités générales des services, l'enquête a montré les faits suivants : (i) Une source d'énergie est disponible dans 64% des FOSA contre 87% en 2017 selon les résultats de l'enquête SARA ; (ii) Une source d'eau améliorée est disponible dans 93% des FOSA contre 76% en 2017 selon les résultats de l'enquête SARA ; (iii) Un moyen de communication est disponible dans 76% des FOSA contre 74% en 2017 selon les résultats de l'enquête SARA ; (iv) Un moyen de transport d'urgence est disponible dans 56% des FOSA contre 57% en 2017 selon les résultats de l'enquête SARA, (v) 14% des FOSA disposent de toilettes hygiéniques, fonctionnelles et accessibles pour les malades, (vi) la proportion moyenne (ou score moyen) de disponibilité des équipements essentiels dans les FOSA est de 65% soit environ 8 équipements essentiels disponibles sur les 12 équipements essentiels évalués ; ce score était de 79% en 2017 selon les résultats de l'enquête SARA, (vii) La proportion moyenne (score moyen) de disponibilité des éléments de précautions standard pour la prévention des infections dans les FOSA est de 53% ;

II.2.2. Disponibilité et capacités opérationnelles des services spécifiques

II.2.2.1. Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

L'enquête HHFA a montré que la disponibilité de services de planification familiale dans les FOSA est de 75% en 2023 contre 74% en 2017 selon les résultats de l'enquête SARA. Le score moyen de capacité opérationnelle des FOSA à offrir les services de planification familiale (proportion moyenne des éléments traceurs) est de 75%. Ce score est en baisse par rapport à 2017 où il était de 86% selon les résultats de l'enquête SARA. L'enquête a en outre montré que 34% de FOSA offrent des services de santé pour les adolescents, 43% de FOSA font les soins post-avortements, 67% de FOSA offrent les soins prénatals (SPN/CPN), 70% de FOSA font les

soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB), les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) sont offerts dans 79% des hôpitaux et dans 49% des hôpitaux communaux. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces derniers, jadis des centres de santé, ont récemment été classés comme hôpitaux communaux. La majorité d'entre eux ne font ni la césarienne ni la transfusion sanguine.

En considérant toutes les FOSA quel que soit le type, les services de vaccination sont offerts dans 59% des FOSA soit dans 70% des CDS, 85% des hôpitaux communaux, 33% des centres de santé intégrés et polycliniques, 20% des hôpitaux régionaux, 15% des autres hôpitaux de deuxième référence, 14% des hôpitaux nationaux et 13% des hôpitaux du district. La vaccination est beaucoup plus réalisée dans les FOSA publiques (72%) et confessionnelles (59%) par rapport aux FOSA privées à but lucratif (20%) et à but non lucratif (38%). La vaccination de routine des enfants de moins d'un an se fait dans 59% des FOSA et celle des adolescents et adultes dans 54%.

II.2.2. 2.. Maladies transmissibles

a) Paludisme

Les services de lutte contre le paludisme sont disponibles dans les formations sanitaires. En effet, 98% des formations sanitaires diagnostiquent et/ou traitent les cas de paludisme. Ce résultat est identique à celui de l'enquête SARA réalisée en 2017. En outre, 63% des formations sanitaires assurent la prévention du paludisme chez la femme enceinte à travers le traitement préventif intermittent pendant grossesse. Le score moyen de capacité opérationnelle (proportion moyenne de tous les éléments traceurs dans les établissements) de 61% tout comme en 2017 selon les résultats de l'enquête SAR.

b) Tuberculose

La disponibilité des services de lutte contre la tuberculose dans les formations sanitaires est globalement faible soit 46% de FOSA au niveau national. Au niveau national, la proportion moyenne de tous les éléments dans les FOSA (score moyen de la capacité opérationnelle des FOSA à offrir les services de lutte contre la tuberculose) est de 37%.

c) Infections sexuellement transmissibles

Cette évaluation a montré que 88% des FOSA offrent des services IST. La proportion des FOSA qui offrent les services des IST a connu une hausse de 11% comparé aux résultats de l'enquête SARA 2017 où elle était de 77%.

Le score moyen de capacité opérationnelle (proportion moyenne de tous les éléments dans les établissements) est de 56% proche du score moyen de 2017 (57%) d'après les résultats de l'enquête SARA.

d) Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

La disponibilité de services est globalement de 84% dans les formations sanitaires ; selon les résultats de l'enquête SARA, elle était à 75% en 2017. Le score moyen de capacité opérationnelle (proportion moyenne de tous les éléments traceurs dans les établissements) de 77% alors qu'était de 74% en 2017 selon les résultats de l'enquête SARA.

Les services de PTME sont offerts dans 77% des FOSA. Cet indicateur était de 57% en 2017 selon les résultats de l'enquête SARA. Le score moyen des capacités opérationnelles des formations sanitaires à fournir les services est de 55%. Ce score a évolué de 2% par rapport à 2017 où il était de 53% selon les résultats de l'enquête SARA.

La disponibilité des services de traitement antirétroviral ou de suivi du traitement antirétroviral sont faits dans 81% des hôpitaux. Le score moyen de capacité opérationnelle des hôpitaux à assurer le TAR est de 44%. Ce score a évolué de 18% par rapport aux résultats de l'enquête SARA de 2017 où il était de 26%.

Par contre, le score moyen de disponibilité des médicaments utilisés pour le traitement du VIH chez les enfants dans les hôpitaux est de 34%

Les résultats de cette enquête montrent une bonne disponibilité des services de soins et d'appui en matière de VIH/SIDA dans les hôpitaux du pays. En effet, 75% des hôpitaux offrent les services de soins et soutien en matière de VIH. Cette disponibilité était de 38% en 2017 selon les résultats de l'enquête SARA de l'époque. Le score moyen de capacité opérationnelle des FOSA à assurer les soins et soutien en matière de VIH est de 51%. Ce résultat est en baisse de 12% par rapport à 2017 où l'enquête SARA avait révélé une capacité opérationnelle moyenne de 63%.

e) Les hépatites virales (à chercher)

Au Burundi, la situation épidémiologique des hépatites est peu connue. Quelques études parcellaires faites au cours des 2 dernières décennies montreraient que la prévalence de l'hépatite B serait entre 5 et 10% et celle de l'hépatite C plus importante, proche des 10% et augmente avec l'âge ; ce qui montre que les hépatites virales posent un problème de santé publique⁵. Les estimations de l'OMS, la prévalence de l'hépatite virale B est de 2,3% dans la population générale et de 0,5% chez les personnes de moins de 5 ans et celle de l'hépatite C est plus importante de l'ordre de 3,6%. L'étude IBBS de 2021 a montré que la prévalence de

⁵ MSPLS, Résumé analytique profil sanitaire du Burundi 2021

l'hépatite virale B chez les consommateurs de drogues injectables est de 4,6% et celle de l'hépatite virale C est de 3,1%. L'Etude de prévalence des Hépatites virales B et C et du VIH des personnes travaillant dans la communauté des pêcheurs sur le littoral du Lac Tanganyika au Burundi effectuée en 2022 a montré que la prévalence de l'hépatite virale B est de 4,4% et celle de l'hépatite virale C est de 0,56%.

II.2. 2.3. Maladies non transmissibles (MNT)

Les données de l'enquête montrent une faible disponibilité des services de lutte contre les MTN soit 29% des FOSA au niveau national. Le score moyen de capacité opérationnelle des FOSA à offrir les services de lutte contre MTN) est de 30%

Les maladies cardiovasculaires

Les résultats de l'enquête HHFA montrent une bonne disponibilité des services de lutte contre les maladies cardiovasculaires dans les hôpitaux. En effet, 76% des hôpitaux diagnostiquent et prennent en charge les maladies cardiovasculaires. Ce résultat est supérieur à celui de l'enquête SARA 2017 qui était de 45%. Le score moyen de capacité opérationnelle des hôpitaux à prendre en charge les maladies cardiovasculaires) de 40% soit en moyenne 5 des 12 éléments traceurs disponibles dans les hôpitaux. Ce résultat est supérieur à celui de SARA 2017 où il était de 32%

a) Le Diabète

Quatre-vingt pourcent (80%) des hôpitaux donnent de conseils pour l'autogestion aux patients diabétiques et 77% des hôpitaux font le suivi des patients diabétiques. Le score de capacité opérationnelle des hôpitaux à diagnostiquer et prendre en charge le diabète) est de 59%.

b) Les Cancers

Selon les données fournies par Globocan 2020, on estimait à 7 929 le nombre de nouveaux cas de cancers au Burundi dont 19,9% représentaient le cancer du col de l'utérus, 10,1% le cancer du sein, 9,5% le cancer de la prostate, 6% le sarcome de Kaposi, 5,2% les cancers œsophagiens et 49,2% pour les autres cancers.

- **Cancer du col de l'utérus** : Selon l'enquête HHFA, 13% des hôpitaux dépistent, diagnostiquent ou traitent les cas de cancer du col de l'utérus. Le score moyen de capacité opérationnelle des hôpitaux à diagnostiquer et prendre en charge les cas de cancer du col de l'utérus (proportion moyenne de tous les éléments dans les établissements) est de 63%.

Les hôpitaux faisant le dépistage ou la prise en charge du cancer du col de l'utérus qui disposent de tous ces 4 éléments traceurs évalués représentent 15%.

- **Cancer du Sein :** Selon les résultats de l'enquête HHFA, l'examen manuel du sein à la recherche du cancer du sein se fait dans seulement 2% des hôpitaux qui sont dans les provinces de Bujumbura Mairie, de Gitega et de Rumonge. La chimiothérapie et la tumorectomie du sein se font seulement dans 1% des hôpitaux qui sont uniquement dans la province de Bujumbura Mairie. La ponction biopsique du sein, la mammographie, la radiothérapie et la mastectomie ne se font dans aucun hôpital du pays. Le score moyen de la capacité opérationnelle des hôpitaux à diagnostiquer et prendre en charge le cancer du sein) est de 50%
- **Cancer de la prostate :** Les services de lutte contre le cancer de la prostate sont offerts à 6% des hôpitaux au niveau national. Parmi ces éléments traceurs, seul le test PSA se fait dans 76% des hôpitaux offrant les services de lutte contre le cancer de la prostate. Tous ces hôpitaux se trouvent dans la province de Bujumbura Mairie. Aucun hôpital ne dispose des directives nationales et du personnel formé sur le diagnostic et le traitement du cancer de la prostate au cours des deux dernières années dans tout le pays.
- **Soins palliatifs :** L'enquête HHFA a permis de constater un faible niveau d'offre des soins palliatifs. En effet ; seulement 46% des hôpitaux offrent les soins palliatifs en hospitalisation et 35% en ambulatoire. Seulement 3% des hôpitaux offrant les soins palliatifs disposent de tous les 9 éléments traceurs évalués.
- **Soins de réadaptation :** L'offre des soins de réadaptation se fait dans 18% des hôpitaux au niveau national avec une grande disparité entre les provinces. Le score moyen de capacité opérationnelle des hôpitaux à offrir les soins de réadaptation (proportion moyenne de tous les éléments dans les établissements) est de 52%.
- **Services de santé mentale et neurologiques :** Les services de santé mentale ou neurologique sont disponibles dans à 35% des FOSA dont 33% pour les troubles neurologiques et 25% pour les troubles mentaux. Les hospitalisations se font dans 9% des FOSA pour les troubles neurologiques et dans 10% pour les troubles mentaux. Le score moyen de capacité opérationnelle (proportion moyenne de tous les éléments traceurs dans les établissements) est de 51%.

II.2. 2..3. Services pour les victimes de violences et d'abus sexuels

Les résultats de l'enquête HHFA montrent que les services pour les victimes de violences et d'abus sexuels sont disponibles dans 59% des FOSA. Le score moyen de capacité

opérationnelle (proportion moyenne de tous les éléments traceurs dans les établissements) des FOSA à offrir les services pour les victimes de violences et d'abus sexuels de 49%.

II.2.2.2.4. Soins Intégrés des personnes âgées (SIPA)

La santé des personnes âgées (Gériatrie) reste un domaine presque non exploré au Burundi. Les services de prévention des maladies de la vieillesse et les besoins des personnes âgées restent moins satisfaits. Les projections démographiques de l'Institut National de la Statistique du Burundi (INSBU) font état de 724 385 personnes de troisième âge en 2025 contre 329 328 personnes en 2008.

L'évaluation de la fonctionnalité des districts sanitaires réalisée en 2022 a montré que le score moyen de disponibilité de services essentiels pour les personnes âgées est de 50,7%. L'accès aux services de santé pour les personnes âgées reste faible ; l'absence de politique et de stratégies est l'une des causes pour améliorer l'accès aux soins de santé à cette catégorie de la population. L'offre de service de santé dans les formations sanitaires est aussi moins adaptée à leurs besoins spécifiques.

II.2.2.2.5. Systèmes de préparation aux situations d'urgence

La capacité de prévenir, de détecter et de riposter par rapport aux menaces qui pèsent sur la santé est de 42% (Outil SPAR /OMS, en 2022).

II.2.2.2.6. Système d'assurance qualité des services

Les résultats de l'enquête HHFA montrent qu'un processus d'assurance de la qualité des services est mis en place dans 65% des FOSA, surtout dans les hôpitaux nationaux et régionaux (100%) et dans les autres hôpitaux de deuxième référence (99%).

II.2.2.2.7. Systèmes de prévention et de contrôle des infections

Les résultats de l'enquête HHFA montrent que seulement 44% des FOSA disposent d'un comité technique dédié à la PCI et 32% disposent des directives nationales sur la prévention et le contrôle des infections. Selon le type d'établissement, les directives nationales sur la prévention et le contrôle des infections sont beaucoup plus observées dans les hôpitaux régionaux (80%) et nationaux (71%), et moins observées dans les CDS (25%) et les hôpitaux communaux (27%).

II.3. Système de protection sociale en santé

En ce qui est de la protection financière en santé, il existe un certain nombre de mécanismes de protection sociale en santé (assurances, mutuelles de santé, gratuité de soins, subvention

des services), ce qui dénote d'un faible taux de couverture du risque maladie. En effet, le système de prévoyance sociale du pays ne couvre qu'une faible partie de la population. Ainsi les paiements directs des ménages représentent 20,63% (Dépenses catastrophiques).

II.4. Performances du système de santé

Selon l'étude sur la fonctionnalité des districts sanitaires au Burundi réalisée en 2022 utilisant la méthode d'autoévaluation par les équipes cadres des districts et l'Outil standard de l'OMS. Cette étude a évalué quatre dimensions clés du système de santé à savoir l'accès aux services de santé essentiels, la qualité des soins, la demande et la résilience aux chocs.

Accès physique, financier et socio culturel :

- Le score moyen pour l'accès physique aux services essentiels est de 72%. Le score plus élevé et le plus bas sont respectivement de 93% et de 57 %.
- Le score moyen pour l'accès financier aux services essentiels est de 58% . Le score plus élevé et le plus bas sont respectivement de 82% et de 30 %.
- Le score moyen pour l'accès socio-culturel est de 72%. Le score plus élevé et le plus bas sont respectivement de 100% et de 45,4%.

La qualité des soins :

Concernant l'évaluation de la qualité de soins, le score moyen obtenu est de 67%. Le score le plus bas est de 44% et le plus élevé est de 92%.

Demande effective des services essentiels :

Le score moyen de la capacité de la demande des services est de 72%. Le score le plus bas est de 38% et le plus élevé est de 100%.

Résilience du système de santé aux chocs :

Globalement, le score moyen de résilience du système de santé aux chocs est de 56%. Le plus faible score est de 28% et le plus élevé est de 83%.

La même étude montre que le score moyen global de mise en place des Soins de Santé Primaires (SSP) en référence aux six composantes alignées avec la Déclaration d'Astana est très faible (48%) : le score le plus élevé (71%) et le plus faible est de 35%.

TROISIEME PARTIE : DIAGNOSTIC DU SECTEUR DE LA SANTE

III. ANALYSE DE LA SITUATION

III.1. Etat de santé de la population

L'état de santé de la population burundaise est caractérisé par des niveaux encore élevés des taux de morbidité et de mortalité avec le taux brut de mortalité de 10,27 pour 1000 habitants et une espérance de vie à la naissance de 61,6 ans en 2020⁶. Ce taux brut de mortalité résulte essentiellement des taux élevés de mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto juvénile.

Sur le plan épidémiologique, le pays fait face au double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles.

Il présente par ailleurs une vulnérabilité accrue aux urgences de santé publique et à la malnutrition. Le ratio de mortalité maternelle est passé de 500 à 334 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre EDS II 2010 et EDS III 2016-2017. Malgré cette amorce de baisse du taux de mortalité maternelle, il reste cependant encore élevé et sa tendance d'évolution reste encore au-delà de celle préconisée par les ODD qui est fixé à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes en 2030. L'hémorragie et la pré-éclampsie viennent en tête des causes de décès maternels et néonataux suivi d'autres causes dont la rupture utérine, l'infection sévère du postpartum, les complications de la grossesse, l'anomalie congénitale, l'asphyxie néonatale qui nécessite la réanimation.

La tendance montre une baisse des niveaux des trois composantes de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Ainsi, la mortalité infantile a diminué de 59 ‰ à 47 ‰, la mortalité juvénile est passée de 40 ‰ à 33 ‰ alors que la mortalité néonatale est passée de 31 ‰ à 23 ‰ entre 2010 et 2017⁷.

Selon les données du SNIS, le paludisme est la première cause de morbi-mortalité avec une incidence de 539,7 pour 1000 habitant en 2022 (Rapport de l'annuaire statistique 2022) ; il représente 46% des motifs de consultation dans les FOSA. Le taux de létalité dans les hôpitaux est de 0,74 (Rapport de l'annuaire statistique 2022).

La situation nutritionnelle des enfants de 0 à 59 mois est restée statique depuis l'EDS III jusqu'à l'enquête SMART 2022 (Standardized Monitoring and Assessment of Relief/Transitions) générant la prévalence de la Malnutrition Aigüe Globale (MAG) estimée à

⁶<https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=BDI&codeTheme=3&codeStat=SP.DYN.LE00.IN>, consulté le 21/04/2024 à 23 H59

⁷ EDS III 2016-2017

4,8%. Cette prévalence est légèrement en dessous du seuil moyen de 5% fixé par l'OMS au moment où la prévalence de malnutrition chronique est de 55,8%.

La situation épidémiologique des maladies non transmissibles n'est pas encore bien documentée. Selon l'EDS III 2016-2017, le taux de prévalence du diabète est 0,5% chez les femmes et de 0,3% chez les hommes pour la tranche d'âges de 15-59 ans. Quant aux maladies cardiaques, la prévalence est de 0,8% chez les femmes et de 0,6% chez les hommes pour la même tranche d'âges de 15-59. Le taux de prévalence du cancer (toutes formes confondues) est de 0,1% dans les deux sexes pour la tranche ci-haut citée.

III.2. Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique du pays est caractérisé entre autres par des maladies à potentiel épidémique comme le paludisme, le choléra, la rougeole, la tuberculose, le VIH/SIDA avec une forte prédominance des cas de paludisme. En plus de ces affections ci-dessus citées, le pays fait face à un fort taux de mortalités maternelle, néonatale, et périnatale

- **Paludisme** : le paludisme est la première cause de morbi-mortalité avec une incidence de 539,7 pour 1000 habitant en 2022 (Rapport de l'annuaire statistique 2022) ; il représente 46% des motifs de consultation dans les FOSA. Selon les données du DHIS2. Le taux de létalité dans les hôpitaux est de 0,74 (Rapport de l'annuaire statistique 2022). La prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 17% (enquête sur les indicateurs du paludisme Burundi 2012) à 27%, EDSB III (2016-2017). L'incidence du paludisme en 2022 est 539,7 pour 1000 habitants ce qui classe le pays parmi les pays à forte transmission ($\text{Incidence} \geq 450$ pour 1000 habitants selon la stratification de l'OMS) avec deux pics saisonniers de paludisme (d'octobre à décembre et d'avril à juin) qui prennent de temps en temps une allure épidémique.
- **VIH** : l'infection à VIH se présente sous forme d'épidémie généralisée avec un taux de prévalence globale de 0,9% au sein de la population générale âgée de 15 à 49 ans (EDSB III 2016-2017). Selon la même source, l'épidémie à VIH a une tendance à la féminisation avec une séroprévalence de 1,2% chez la femme contre 0,6% chez l'homme dans la même tranche d'âge. L'épidémie est plus concentrée en milieu urbain avec une prévalence de 2,5% contre 0,7% pour le milieu rural. (EDSB III 2016-2017).
- **Hépatites** : la situation épidémiologique des hépatites est peu connue. Quelques études parcellaires faites au cours des 2 dernières décennies montreraient que la prévalence de l'hépatite B serait entre 5 et 10% et celle de l'hépatite C plus importante, proche des 10%

et augmente avec l'âge ; ce qui montre que les hépatites virales posent un problème de santé publique. Selon les estimations de l'OMS, la prévalence de l'hépatite virale B est de 2,3% dans la population générale et de 0,5% chez les personnes de moins de 5 ans et celle de l'hépatite C est plus importante de l'ordre de 3,6%.

- **Tuberculose** : La tuberculose (TB) constitue toujours un important problème de santé publique et sévit sous forme endémo-épidémique. L'incidence notifiée en 2021 est de 34 cas pour 100 000 habitants pour les TPB+ et 55 cas pour 100 000 habitants pour les TTF (annuaire statistique). La proportion de TPB+ représente 63%. La coïnfection TB/VIH reste une préoccupation (la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux est de 6% selon la même source). Le rapport annuel 2021 du PNILT montre 46 cas de tuberculose multirésistante notifiés contre 60 cas notifiés en 2020.
- **Choléra** : comme l'indique le graphique ci-dessous, il est observé dans le pays une épidémie de choléra depuis décembre 2022 et le cumule total des cas donne 1810 avec 10 décès. Cette épidémie peine à s'éteindre surtout avec la vague des multiples inondations liées au phénomène de changement climatique.

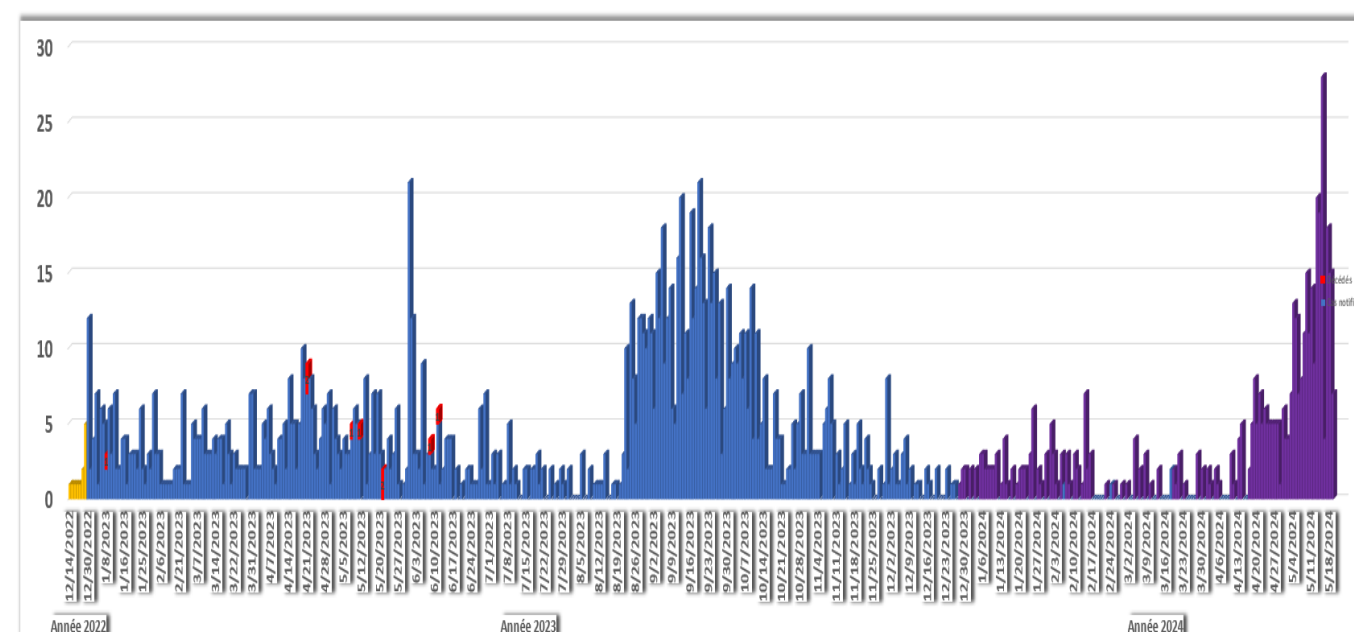


Figure 5: Evolution de l'épidémie de Choléra au Burundi⁸

Source relevée de surveillance épidémiologique

⁸ Source : relevée de surveillance épidémiologique

- Rougeole : Une analyse des données de la surveillance épidémiologique indique qu'au titre de 2024 le pays a connu une épidémie de rougeole avec un cumul de cas estimé à 88. Selon le graphique ci-dessous le pic de l'épidémie en 2024 a été observé à la semaine 6.

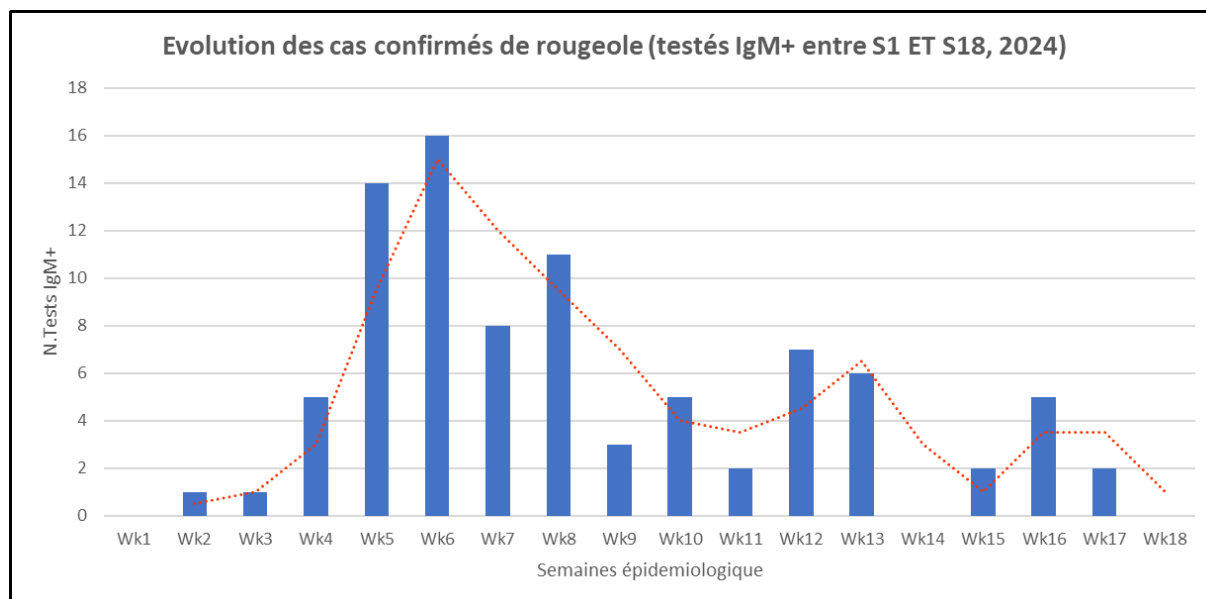


Figure 6: Evolution des cas confirmés de rougeole en 2024⁹

- **Santé de la Femme, du Nouveau-Né, de l'Enfant, de l'Adolescent/Jeune :** la prévalence des fistules obstétricales réalisée en 2013, la prévalence est de 1,9‰ chez les femmes de 15-49 ans et 750 nouveaux cas de fistules obstétricales en moyenne chaque année. Selon le rapport de dépistage du cancer cervical effectué en 2017, sur un total de 382 femmes examinées, 2% avaient des lésions précancéreuses ou des cancers du col confirmé. Concernant les violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG), 36% des femmes et 32% des hommes âgés de 15 à 49 ans ont subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans, tandis que près d'un quart des femmes (23%) et 6 % des hommes âgés de 15 à 49 ans ont subi des violences sexuelles (EDS III 2016-2017). La mortalité maternelle chez les jeunes et adolescentes de 15 à 24 ans représente 24.1% de la mortalité maternelle globale

Une analyse de la mortalité maternelle au niveau du pays ces 5 dernières années témoigne de résultats mitigés. Comme l'indique le graphique ci-dessous, la mortalité maternelle demeure un sujet de grande préoccupation et il faut prendre de mesures fortes dans le cadre du présent document de politique et stratégie sectorielle santé.

⁹ Source : relevée de surveillance épidémiologique SIMR

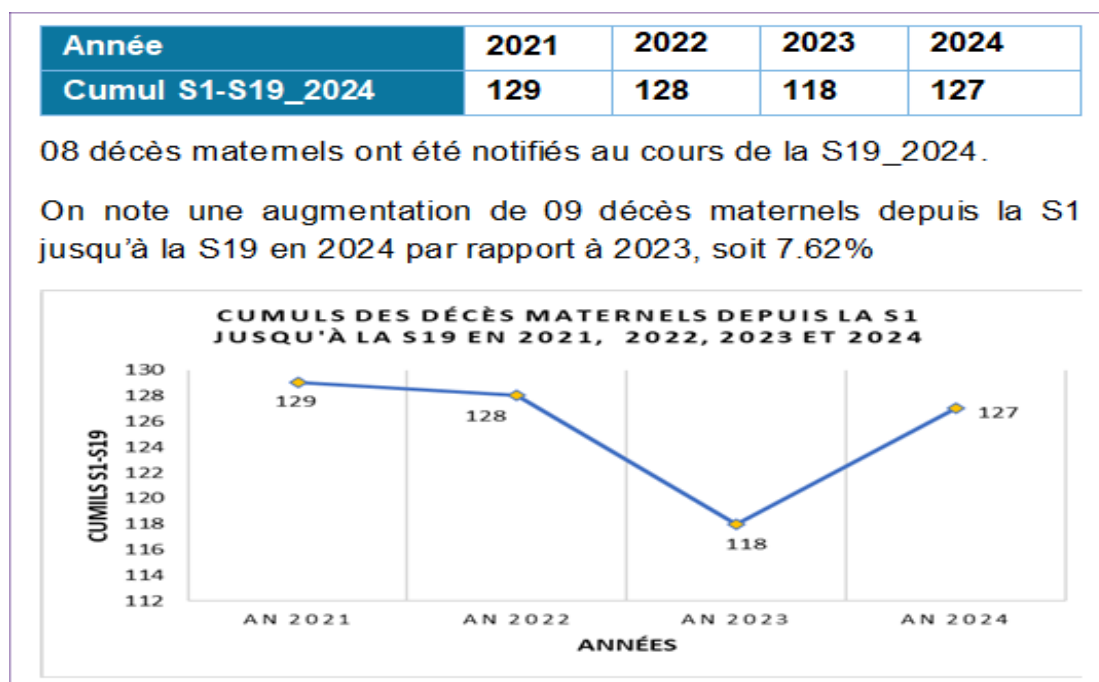


Figure 7: Evolution du décès maternel de 2021 à 2024 au Burundi¹⁰

Une analyse de la situation des décès néonataux révèle les mêmes inquiétudes. Comme l'indique le graphique ci-dessous, le nombre de cas de décès sont resté au-delà de 230 décès par année.

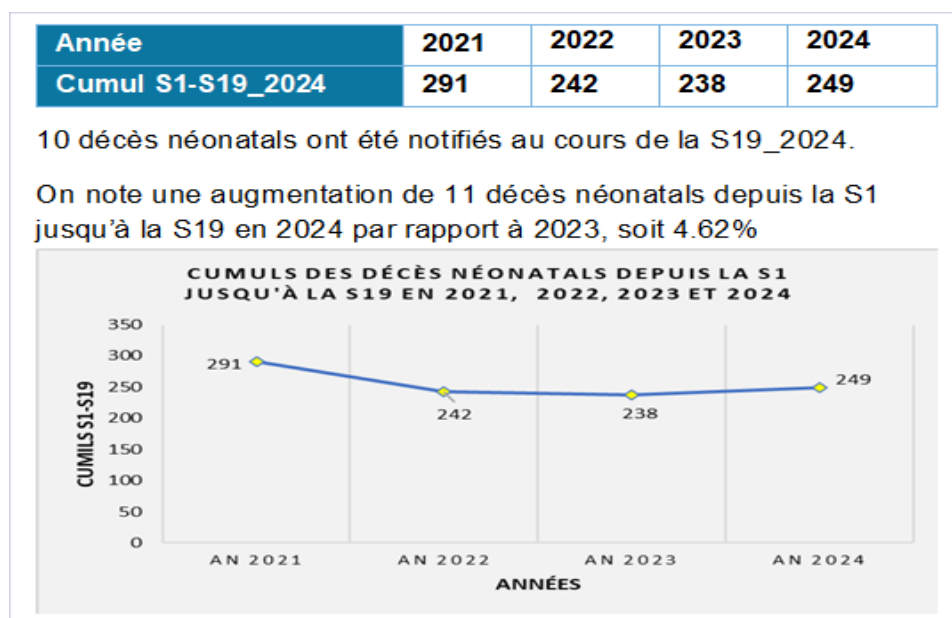


Figure 8: Evolution de la mortalité néonatale de 2021 à 2024Source¹¹

¹⁰ Source : relevée de surveillance épidémiologique SIMR

¹¹ Relevée de surveillance épidémiologique SIMR

Une analyse de la situation des décès périnatals révèle des inquiétudes identiques aux précédents. Comme l'indique le graphique ci-dessous, le nombre de cas de décès sont resté au-delà de 1000 décès par année les trois dernières années.

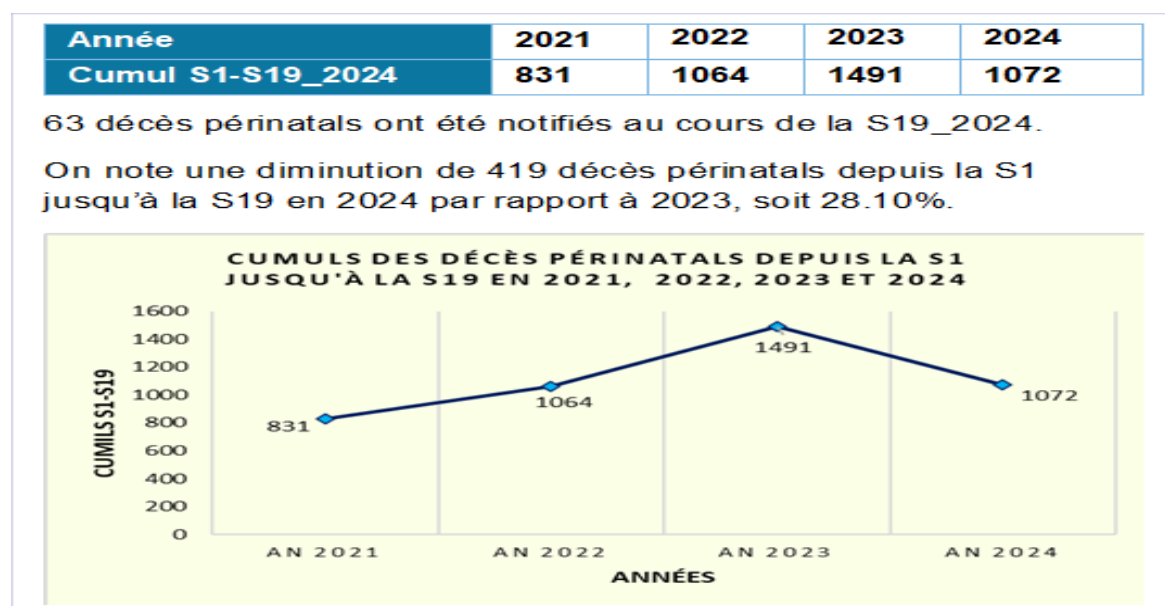


Figure 9: Graphique : Evolution de la mortalité périnatale de 2021 à 2024 ¹²

- **Les verminoses et autres Maladies tropicales négligées (MTN) :** les Maladies Tropicales Négligées dont on dispose les données épidémiologiques sont : l'onchocercose, la schistosomiase (1,13%), les géo helminthiases 12.5% (l'ascaridiose (8,9%), l'ankylostomiase (1,7%) et la trichocéphalose (3,9%) selon l'enquête menée par le programme en 2021-2022, le trachome et la lèpre.
- **Préparation et réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique :** le Burundi est confronté fréquemment à des maladies épidémiques telles que la rougeole, le choléra, le paludisme, la poliomyélite, la paralysie flasque aiguë (PFA) et la COVID-19. De plus, les inondations, qui surviennent régulièrement, créent des conditions propices à la propagation des agents pathogènes et des vecteurs, augmentant ainsi le risque d'épidémies. Les districts sanitaires riverains du lac Tanganyika et de la plaine de l'Imbo sont particulièrement touchés par les épidémies de choléra, en raison d'un assainissement et d'une qualité de l'eau insuffisants. (Seul 58% de la population a accès à l'eau potable à moins de 30 minutes, moins de 44% des Burundais utilisent des toilettes améliorées non

¹² Source relevée de surveillance épidémiologique SIMR

partagées selon l'EDSB-III de 2016-2017. Entre 2006 à 2023, 9582 cas ont été notifiés de cholera. Pour la COVID-19, sur 2 050 099 personnes testées, 54 392 cas positifs ont été traités et rapportés. Le taux global de positivité est de 2,7%, restant en dessous du seuil de contrôle de l'infection de 5%. Actuellement, la COVID-19 ne constitue plus une urgence de santé publique de portée internationale, mais reste une urgence sanitaire sous surveillance. Grâce à sa situation géographique, le pays est sous menace d'autres maladies à potentiel épidémique comme les fièvres hémorragiques virales (Ebola, Lassa, Vallée du Rift et Marbourg) et la réémergence des maladies comme Mpox, et autres...).

- **Maladies Non Transmissibles (MNT)** : Les principaux types de MNT sont le diabète, les maladies cardiovasculaires (l'hypertension artérielle), les cancers, les maladies respiratoires chroniques (comme la bronchopneumopathie chronique obstructive ou BPCO, et l'asthme). Selon l'EDS III 2016-2017, les données sur quelques MNT sont :
 - ✓ **Chez les hommes de 15-59 ans** : les taux de prévalence des principales maladies non transmissibles sont : (i) diabète : 0,5% ; (ii) Hypertension artérielle : 0,5% ; (iii) Maladies cardiaques : 0,6% ; (iv) Insuffisance rénale : 1,2% ; (v) Cancer 0,1% ; (vi) paralysie 0,6% et (vii) Asthme /Bronchique Chronique 0,5%
 - ✓ **Chez les femmes de 15-59 ans** : les taux de prévalence sont respectivement de : (i) diabète : 0,3% ; (ii) Hypertension artérielle : 0,6% ; (iii) Maladies cardiaques : 0,8% ; (iv) Insuffisance rénale : 1,1% ; (v) Cancer : 0,1% ; (vi) paralysie : 0,6% et (vii) Asthme /Bronchique Chronique 0,5%
- **Nutrition et Alimentation** : la prévalence de la Malnutrition Aigüe Globale (MAG) estimée à 4,8%. Cette prévalence est légèrement en dessous du seuil moyen de 5% fixé par l'OMS. Par contre, la prévalence du retard de croissance a été estimée à 55,8%, ce qui est largement au-dessus du seuil très élevé de 30% fixé par l'OMS mettant ainsi le pays dans une faible situation en matière de santé publique. Quant à l'insuffisance pondérale, elle a été estimée à 27,6% dont 7,8% présente la forme sévère au niveau national (Selon la même l'enquête SMART 2022). Pour la situation nutritionnelle et alimentation des femmes de 15 à 49 ans, la prévalence de malnutrition aigüe a été estimée à 2,7% dont 0,2% avec une forme sévère et la diversité alimentaire acceptable a été estimée à 14,8% au niveau national (Selon la même l'enquête SMART 2022).

III.3. Déterminants de la santé

La résolution des problèmes de santé et l'amélioration du bien-être des populations ne relèvent pas d'une compétence exclusive du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte au nombre desquels on peut citer les facteurs relatifs à : la politique, l'agriculture, l'élevage, la sécurité alimentaire, l'éducation, l'eau, l'hygiène et l'assainissement, l'économie, l'habitude de vie (habitation, consommation,

activités, etc.), la socio-culture, le climatique, l'environnement, le transport et la communication.

Ainsi, dans un élan de mutualisation et d'optimisation des ressources, la diversité des intervenants et des interventions dont bénéficie le système de santé devrait permettre d'éviter les superpositions, les chevauchements, les double-emplois et les conflits opérationnels,

➤ **Facteurs politiques**

La stabilité politique, les choix et les priorités du gouvernement au niveau global en général et au niveau du secteur de la santé ont une significativement l'état de santé de la population. Le Burundi est une République multipartite à régime présidentiel où le Président est le Chef d'État et le Premier Ministre Chef du gouvernement. Le pouvoir législatif est assuré par les deux chambres du Parlement (le Sénat et l'Assemblée nationale)¹³.

Le politique burundais affiche une volonté politique en faveur de l'amélioration de la santé de la population : La loi fondamentale de la République du Burundi du 07 juin 2018 en son article 55 stipule que « toute personne a le droit d'accéder aux soins de santé ». *La vision Burundi pays Emergent en 2040, pays développé en 2060 veut que personne ne meurt d'une cause évitable et une population épanouie, jouissant du bien-être social économique.* Le gouvernement a pris des mesures concrètes en faveur de la santé notamment l'instauration de la gratuité des soins aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans¹⁴, la gratuité des soins aux retraités de la fonction publique¹⁵. Le gouvernement a aussi pris des initiatives de construction des CDS, des hôpitaux communaux et des postes de soins sur les collines. Cet engagement en faveur de la santé reste sujet à des reconsidérations de la dynamique politique nationale, régionale et internationale. Il est également influencé par la situation socio-économique qui influence l'allocation budgétaire vers le secteur de sécurité et d'investissement réduisant la part réservée au secteur de la santé. En effet le budget de l'état alloué à la santé est passé de 12,5% en 2016 et 9,93 en 2020

➤ **Agriculture et Sécurité alimentaire**

La vision de la stratégie agricole nationale (SAN) est « d'ici 2030, une agriculture respectueuse de l'environnement, garantissant une sécurité alimentaire et nutritionnelle à toute la population du Burundi et assurant un revenu décent aux acteurs sectoriels »¹⁶. L'économie du Burundi repose sur une agriculture de subsistance qui occupe 84% de la population, fournit 95% de l'offre alimentaire et contribue pour 39,6% au PIB¹⁷. En matière d'utilisation des engrais et pesticides le pays est en deçà des normes et l'utilisation des semences sélectionnées est très marginale¹⁸. Le pays connaît ces dernières années une chute de production des produits d'exportation.

¹³ Constitution de la république du Burundi de 2018

¹⁴ Décret n° 100/038 du 16 mars 2010 portant révision des subventions des soins aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements dans les structures de soins publiques et assimilées

¹⁵ Décret n°100/062 du 16 septembre 2020 portant subvention des soins de santé pour le personnel de l'Etat mis en retraite pour limite d'âge

¹⁶ Ministère de l'Environnement, de l'Agriculture et de l'Elevage, Stratégie Agricole Nationale 2018-2027.

¹⁷ Ministère de l'Environnement, de l'Agriculture et de l'Elevage, Stratégie Agricole Nationale 2018-2027

¹⁸ Ministère de l'Environnement, de l'Agriculture et de l'Elevage, Stratégie Agricole Nationale 2018-2027

Selon l'Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition au Burundi (AGVSAN 2023), 41,2 % des ménages, soit 5 398 685 personnes (sur la base de la population de 2023), sont en situation d'insécurité alimentaire dans le pays¹⁹. De même, les ménages dirigés par une femme sont plus touchés par l'insécurité alimentaire (50 %) que par rapport aux ménages dirigés par un homme (39,1 %).

La prévalence de la malnutrition chronique reste très élevée, avec plus d'un enfant sur deux souffrant d'un retard de croissance soit 55,9%²⁰. La prévalence de la malnutrition aiguë modérée (MAM) était de 4,2 % et celle de la malnutrition aiguë sévère (MAS) de 1,8 %²¹.

➤ **Élevage**

L'élevage joue un rôle capital dans l'exportation agricole et contribue pour 14% au PIB. L'élevage enregistre ces dernières années, une progression croissante grâce aux efforts du Gouvernement et de ses Partenaires au Développement.

➤ **Éducation**

Les effectifs scolarisés représentent juste 12% au préscolaire et 28% au post-fondamental (en 2019). Le taux brut de scolarisation est moyennement élevé au fondamental (89 % en 2019)²². Le taux d'achèvement du fondamental était estimé à seulement 32 % en 2019 alors que celui du post-fondamental n'atteignait que 25 %. Le coefficient d'efficacité interne est estimé à 34 % au fondamental et 76 % au post-fondamental 2019, des indicateurs en recul par rapport à 2014 (44 % et 80 % respectivement). L'espérance de vie scolaire au Burundi en 2018 est de neuf (9) ans.

Dans le souci de renforcer l'Éducation à la Santé et au Bien-être des adolescents et des jeunes en conciliant la modernité et la culture burundaise, le Ministère de l'éducation nationale et les autres parties prenantes dont le Ministère de la Santé ont organisé un forum en juillet 2023 sur la conception des programmes scolaires, de nature à rendre les jeunes responsables de leur bien-être.

➤ **Eau Hygiène et assainissement (EHA)**

Les responsabilités dans ce secteur sont réparties entre cinq ministères : i) le Ministère de l'Hydraulique, de l'Énergie et des Mines, en charge de l'eau potable et de l'assainissement de base, ii) le Ministère de l'Environnement, de l'Agriculture et de l'Élevage, en charge de la gestion des ressources en eaux et de l'assainissement du milieu notamment l'assainissement de l'eau, l'air, les déchets, les produits toxiques, etc, iii) le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, en charge de promotion de l'hygiène et de l'assainissement, iv) le Ministère de l'Intérieur, du Développement Communautaire et de la Sécurité Publique, en charge du développement communautaire; et v) le Ministère des Infrastructures, de l'Équipement et des Logements Sociaux en charge de l'assainissement urbain.

Dans le budget général de l'État 2022-2023, le montant alloué à l'eau, l'hygiène et l'assainissement (EHA) est de 36,3 milliards de francs burundais (BIF), soit 17,9 millions de dollars américains (USD). Il représente 1,7 % du budget total contre 2,1 % en 2021-2022.

¹⁹ Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition au Burundi (AGVSAN 2023)

²⁰ Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition au Burundi (AGVSAN 2023)

²¹ Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition au Burundi (AGVSAN 2023)

²² Ministère de l'Éducation Nationale et de la Recherche Scientifique, plan Sectoriel de l'Éducation 2022-2030

Au Burundi, malgré les progrès réalisés dans l'accès à l'eau potable, 60 % de la population ont accès à une source d'eau améliorée à moins de 30 minutes, il y a encore du retard comparativement à d'autres pays dans le domaine l'assainissement (46 % des ménages) et hygiène (seulement 6 % des ménages) selon JMP 2021. Ce qui augmente la pénibilité pour les femmes et les enfants²⁴.

S'agissant de l'assainissement, 39 % de ménages burundais utilisent des toilettes améliorées, 10 % utilisent des toilettes partagées, 47 % utilisent des toilettes non améliorées, et 3 % n'ont pas de toilettes²⁵.

Pour ce qui concerne l'hygiène, La couverture de base en hygiène n'est que de 6 % de la population (accès à un système de lavage des mains avec de l'eau et du savon)

➤ Facteurs économiques

Au Burundi, le PIB réel, 2023-2024 est de 3 433 milliards de francs Burundais-BIF soit environ 1348 milliards de dollars USD. En 2023, la croissance économique du pays s'est accélérée pour atteindre 2,7 %, contre 1,8 % en 2022, toute chose égale par ailleurs, cette croissance économique devrait atteindre 3,8 % en 2024.²⁶ L'économie du Burundi est tirée par le secteur agricole (35,4 % du PIB) et les services (plus de 37,0 % du PIB) alors que le secteur industriel reste très peu développé (19,9 % du PIB). La contribution des impôts et taxes au PIB est de 7,7 %²⁷.

Sur la période 2018/2019-2022/2023, le PIB moyen par habitant reste faible avec 249,30 dollars américains et il est estimé à 259,50 dollars en 2023/2024. Ce niveau faible s'explique certes par des faibles performances économiques mais aussi par un taux de croissance démographique relativement élevé, de 2,4 % en moyenne sur la période 2018/2019-2022/2023. Cette situation reste une entrave au développement économique étant donné les niveaux de pauvreté (51,4 %) et des inégalités avec un indice Gini de 37,1 en 2020.

Par ailleurs, La valeur de l'IDH du Burundi pour 2019 est de 0.433 ce qui place le pays dans la catégorie « développement humain faible » et au 185e rang parmi 189 pays et territoires²⁸.

➤ Habitudes de vie²⁹

²³ https://www.unicef.org/burundi/media/2941/file/7_FR_Wash_BudgetBrief%202022-2023.pdf.pdf, consulté le 08/05/2024 à 13H43

²⁴ https://www.unicef.org/burundi/media/2941/file/7_FR_Wash_BudgetBrief%202022-2023.pdf.pdf, consulté le 08/05/2024 à 12H51

²⁵ https://www.unicef.org/burundi/media/2941/file/7_FR_Wash_BudgetBrief%202022-2023.pdf.pdf, consulté le 08/05/2024 à 13H27

²⁶ https://www.unicef.org/burundi/media/4591/file/FRA_National%20Budget%20Brief%202023-24.pdf, consulté le 8/05/2024 à 10H58

²⁷ https://www.unicef.org/burundi/media/4591/file/FRA_National%20Budget%20Brief%202023-24.pdf, consulté le 08/05/2024 à 10H59

²⁸ https://www.google.com/search?q=indice+de+developpement+humain+Burundi&rlz=1C1GCEA_enCF1063TG1068&oq=indice+de+&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqCAGAEUUYJxg7MgglABBFgCcYOzIGCAEQRRg5MgclAhAAGIAEMgclAxAAAGIAEMgclBBAAGIAEMgclBRAAGIAEMgclBhAAGIAEMgclBxAAAGIAEMgclC-BAAGIAEMgclCRAAGI8CqAlIsAIB&sourceid=chrome&ie=UTF-8, consulté le 08/05/2024 à 11H37

Les pratiques sociales sont communes aux Burundais et transcendent les distinctions ethniques, claniques ou régionales. Certes, on peut identifier des modes de vie et des habitudes différentes mais on note une grande homogénéité des mœurs burundaises. La famille nucléaire et élargie constitue le cadre de la construction sociale de tout individu, de sa naissance à sa mort, en passant par ses noces et ses difficultés quotidiennes. Le voisinage aussi est primordial, les gens de la colline ou des environs étant des témoins privilégiés de toutes les étapes de la vie d'un homme. De façon réglementaire des travaux communautaires sont développés avec une forte participation des autorités politico-administratives. En termes de religions importées on y rencontre le catholicisme, le protestantisme, les mouvements évangéliques et l'islam. Du point de vue religions on y trouve l'Imana et le Kiranga est le plus célèbre.

➤ **Facteurs socioculturels**

Le paysage rural burundais est caractérisé par un habitat dispersé sur les collines. On est ici dans une configuration d'habitat originale, où les maisons sont isolées les unes des autres, ou groupées en petit nombre au sein du *ruغو* (la " concession ", située en général au milieu des cultures).

➤ **Facteurs climatiques**

Les conditions climatiques sont parmi les facteurs influençant le bien-être physique et mental de la population³⁰. Les changements climatiques induisent une augmentation de l'incidence de la malnutrition, des maladies à transmission vectorielle et celles d'origine hydrique ou alimentaire³¹. Les variations saisonnières des précipitations et des températures influent sur les maladies à transmission vectorielle en raison de (i) leurs effets sur la survie des vecteurs, leurs taux de reproduction ainsi que l'adéquation, la distribution et l'abondance de leurs habitats, (ii) l'intensité et le mode temporel de l'activité du vecteur (taux de mordance) et (iii) les taux de développement, la survie et la reproduction des agents pathogènes au sein des vecteurs. Les changements climatiques peuvent modifier les fourchettes de répartition des maladies à transmission vectorielle³². Au Burundi, une projection sur les changements climatiques au Burundi réalisée en 2014 et indiquait que ³³ : i) des précipitations au Burundi devraient s'accroître en général dans les régions de l'est et du sud du pays ainsi que sur le plateau central et (ii) une forte probabilité d'augmentation de la température de l'air.

➤ **Facteurs environnementaux**

L'environnement physique dans lequel la population vit influence sa santé directement ou indirectement. Les facteurs sont multiples allant de la qualité de l'air qui peut être polluée (industrielle, combustion fossiles ou automobiles, etc), la qualité de l'eau pouvant être polluée par des substances chimiques, des microorganismes néfastes pour la santé; la qualité du sol, le type d'habitat et conditions de logement. La gestion des

²⁹ <https://www.petitfute.com/p119-burundi/guide-touristique/c18489-mode-de-vie.html>, consulté le 11/05/2024 à 14H46

³⁰ [Intergovernmental Panel on Climate Change. Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability](#)

³¹ https://publications.gc.ca/collections/collection_2017/aspc-phac/HP5-122-2017-fra.pdf

³² Planifier un avenir durable – Stratégie fédérale de développement durable pour le Canada. www.fsds-sfdd.ca/index_fr.html#/fr/detail/all/

³³ https://adelphi.de/en/system/files/mediathek/bilder/changement_climatique_au_burundi_r%C3%A9sum%C3%A9_fr_1.pdf

déchets /polluant n'est pas performant en Afrique en général et au Burundi en particulier³⁴. L'augmentation des déchets touche essentiellement les milieux urbains et elle est due principalement à la croissance démographique, l'urbanisation rapide, à une classe moyenne croissante, aux changements, dans les habitudes de consommation et les schémas de production, ainsi qu'au commerce et trafic mondiaux des déchets. La population burundaise est de 12.3 millions d'habitants (estimation de l'INSBU)³⁵ avec environ 10% vivant en milieu urbain 2023³⁶. Cette population crée une pression environnementale et une complexité dans la gestion des déchets solides et liquides particulièrement en milieu urbain. Le Burundi était en dernière position au niveau de la gestion des déchets solides et liquides selon le classement de l'indice de la performance environnementale de 2022 dans la gestion des trois catégories de déchets (gestion des déchets solides, pollution des eaux par les plastiques et le taux de recyclage).³⁷ Chaque année, 5,2 % des terres cultivables sont perdues suites aux érosions en lien avec les changements climatiques depuis 2020³⁸.

➤ **Transport et communication**

Le Burundi est un pays enclavé. Il est obligé d'utiliser les voies ouvertes par ses pays voisins vers les océans pour exporter ou importer des produits ce qui n'est pas sans conséquence sur le coût de revient des biens³⁹. Plusieurs " corridors " sont utilisés pour les transports. Le corridor Nord rejoint l'océan Indien à Mombasa (Kenya) par la route, via Kigali et Kampala. Le couloir central, en ligne droite de Kobero (poste frontière) à Dodoma puis Dar-es-Salaam en Tanzanie, est également un axe terrestre (camions). Les corridors Est et Sud empruntent le lac Tanganyika puis des tronçons routiers ou ferroviaires en passant par Kigoma, Tabora puis Dar-es-Salaam pour le premier, Mpulungu en Zambie puis le Mozambique pour le deuxième. Enfin, vers l'Ouest, les marchandises peuvent - difficilement - atteindre l'océan Atlantique par le fleuve Congo et Matadi.

A l'intérieur même du pays, les conditions de transport ne sont pas optimales mais elles se sont améliorées grâce à un vaste programme de réparation et de goudronnage des routes. Le pays dispose également d'un réseau ferroviaire pour le transport.

Les télécommunications ont connu un prodigieux essor depuis une vingtaine d'années. Autrefois, seul l'Onatel (Office national des télécommunications) ouvrait des lignes fixes, mais désormais les opérateurs privés de téléphonie mobile, en plus de la filiale Onamob du prestataire public, sont nombreux (Leo, Tempo, Econet, Smart Mobile...).

³⁴ https://www.utbm.fr/wp-content/uploads/2015/04/LivreNum32_LesVillesDafrriqueFaceAleursDechets.pdf

³⁵ <https://burundi.un.org/fr/231703-plan-cadre-de-coop%C3%A9ration-pour-le-d%C3%A9veloppement-durable-entre-le-gouvernement-du-burundi-et>

³⁶ [Rapport des projections 2008-2030.pdf](#)

³⁷ <https://epi.yale.edu/epi-results/2022/component/wmg>

³⁸ <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/>

³⁹ <https://www.petitfute.com/p119-burundi/guide-touristique/c18477-politique-et-economie.html>, consulté le 08/05/2023 à 15H50

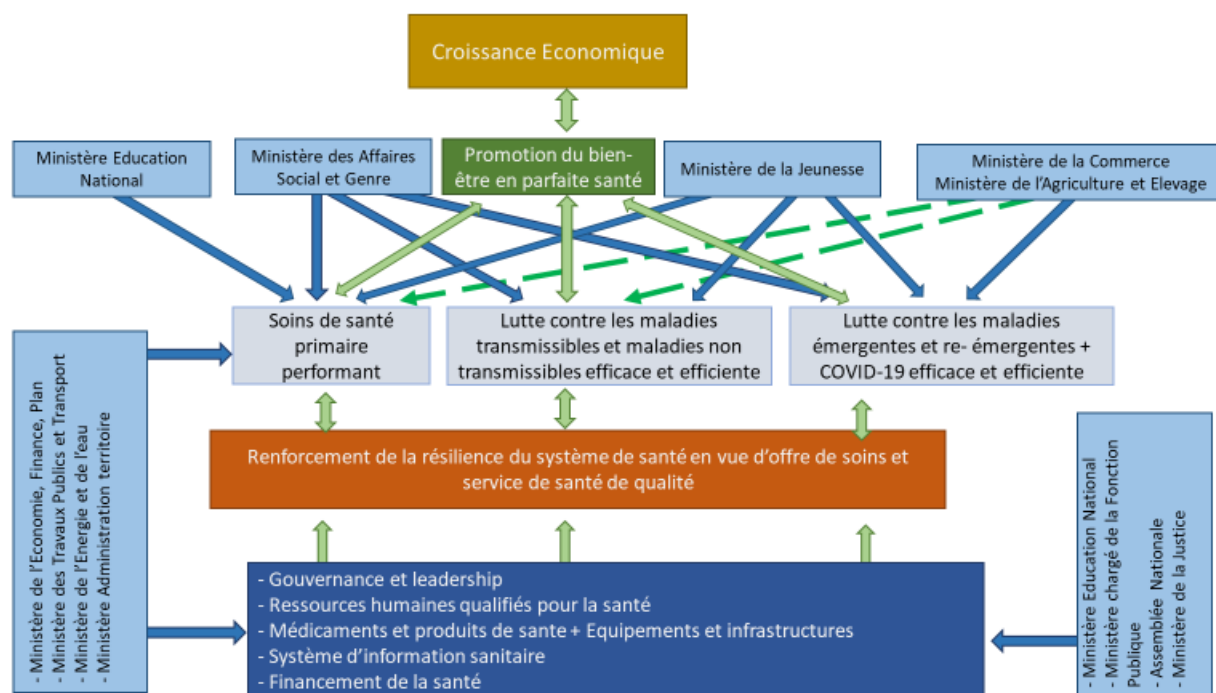


Figure 10: Cadre Conceptuel d’Action Multisectoriel de Renforcement de la résilience du Système de Santé en vue de la promotion du bien-être en parfaite pour la croissance économique

III.4. ANALYSE FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES DU SYSTEME DE SANTE AU BURUNDI (FFOM)

Dans le cadre du renforcement du système de santé en vue de la couverture sanitaire universelle (CSU), l’analyse des FFOM se fera à travers les six piliers du système de santé à savoir :i) les prestations des soins et services de santé, ii) les infrastructures et les équipements, les médicaments et autre produits de santé, iii) la gestion des ressources humaines, iv) le financement de la santé, v) les information sanitaires et la recherche vi) la gouvernance et le leadership.

III.4.1. Prestation des Services

Forces : Au centre du système de santé fonctionnel du Burundi se trouve une prestation de services efficace et équitable. La Politique Nationale de Santé 2016-2025 avait mis en place des protocoles standardisés et de normes de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Au bout de huit ans de mise en œuvre de cette politique, des progrès ont été observé notamment un accès accru aux services de santé de base à haut impact dans les communautés et les formations sanitaires, soutenu par des ressources humaines qualifiées. De plus, l’intégration des services de SRMNIA-N et santé mentale dans les paquets de services offre une approche holistique. Des stratégies nationales pour la santé environnementale et la nutrition en milieu scolaire complètent cet arsenal, tandis qu’un nouveau plan stratégique national de santé communautaire est en cours d’élaboration. La préparation et la riposte aux maladies à potentiel épidémique/pandémique, aux événements, aux urgences humanitaires liées aux catastrophes naturelles ont permis à contrôler les différentes urgences de santé publiques survenus au pays. La mise en œuvre du Financement Basé sur les Performances a amélioré le système de santé.

Faiblesses : Malgré ces avancées, des défis de taille persistent. Le continuum des soins et services de santé demeure faible, surtout dans le contexte des urgences de santé publique et face aux changements climatiques. La qualité des services de santé n'atteint pas toujours les normes requises, le manque d'un système de détection et d'alerte précoce par la surveillance électronique ainsi que l'insuffisance de la surveillance transfrontalière constituent des lacunes de la surveillance épidémiologique. Des lacunes se font sentir également dans les services d'urgence médicale et de réadaptation, ainsi que dans l'adéquation des plateaux techniques des formations sanitaires y compris le manque des hôpitaux de pointes. Des comportements individuels et collectifs peu favorables à la santé perdurent, et l'insuffisance des ressources humaines qualifiées est un obstacle majeur.

Menaces : Les menaces extérieures, telles que le changement climatique, l'importation d'éventuelles maladies épidémiques/pandémiques à la suite des mouvements des populations et des animaux et la fuite des cerveaux, exacerbent ces défis. Un environnement de travail moins efficient et des problèmes liés à la séparation de l'offre et de la demande des services et soins de santé complètent ce tableau inquiétant et freinent les progrès escomptés.

Opportunités : Des facteurs externes constituent des opportunités émergentes qui seront capitalisés pour minimiser les menaces. L'engagement politique et des partenaires au développement et l'opérationnalisation des accords régionaux et internationaux dans le secteur de la santé sont les opportunités du pays.

III.4.2. Médicaments et Autres Intrants de Santé, Infrastructures et Équipements

a) Infrastructures et Équipements

Forces

Les infrastructures et équipements médicaux sont les piliers tangibles du système de santé. Depuis 2016, une augmentation significative des infrastructures sanitaires a été observée, avec notamment la construction des formations sanitaires (passant de 1076 en 2016 à 1411 formations sanitaires en 2022, soit une augmentation de 31,1 %) et le renforcement des services d'imagerie. Des normes et standards en matière d'infrastructures et équipements existent, tandis que des techniciens maintenanciers sont déployés au niveau des districts.

Faiblesses

L'absence d'une politique nationale pour l'acquisition et la gestion des infrastructures et équipements, ainsi que des problèmes liés à leur adaptation aux normes, sont des défis majeurs. La maintenance des équipements biomédicaux est insuffisante, tout comme la gestion des déchets biomédicaux. Certains districts ne disposent même pas d'hôpitaux de district. Le non-respect du Règlement Sanitaire International (RSI 2005) dans la construction et l'équipement des points d'entrée. La non prise en compte des besoins en maintenance biomédicale dans les programmes de formation qui constitue également une faiblesse majeure

Menaces

Les menaces ne peuvent pas manquer dans le domaine des équipements telles que la fin de série de fabrication de certains équipements et pièces de rechange affectant ainsi la disponibilité et la durabilité des équipements sans oublier les équipements ou dons d'équipements biomédicaux fermés.

Opportunités

L'appui des partenaires de développement et la disponibilité de biodigesteurs dans certains hôpitaux constituent les opportunités qui ont permis d'influence en matière d'infrastructure sanitaire. Elles seront mises en contribution au cours des prochaines années

b) Médicaments et Autres Intrants de Santé

Forces

L'accès aux médicaments et autres intrants de santé est crucial. Des documents de politique et des directives de mise en œuvre existent, tout comme une distribution active jusqu'aux pharmacies de districts par la CAMEBU. Les kits et intrants d'urgences médicaux et de laboratoire sont prépositionnés à la CAMEBU, à l'INSP et dans les districts sanitaires pour la gestion des situations d'urgences de santé publique. La pré- qualification des fournisseurs et la production locale de certains produits comme les solutés et l'oxygène médical sont également des points forts qu'on peut étendre.

Faiblesses

L'accès aux médicaments et fournitures médicales est faible, de même que l'insuffisance de la chaîne d'approvisionnement. La capacité de production locale est insuffisante, tout comme la capacité opérationnelle de l'ABREMA et un mécanisme de suivi de l'utilisation des médicaments et autres intrants biomédicaux jusqu'au dernier kilomètre.

Menaces

La forte dépendance extérieure du système d'approvisionnement et les chocs climatiques ainsi que les épidémies/pandémies comme le Covid-19, sont des menaces à prendre en compte. La fermeture des couloirs d'importation des médicaments, intrants et produits de santé constitue une menace non négligeable.

Opportunités

L'engagement du gouvernement et l'appui technique et financier des partenaires ainsi que la collaboration interpays de la région en matière de chaîne d'approvisionnement offrent des opportunités de développement.

III.4.3. Gouvernance et Leadership Management

a) Gouvernance et Leadership

Forces :

Au Burundi, la gouvernance et le leadership témoignent d'une volonté politique affirmée en faveur de la santé et du développement durable. La Constitution de la République reconnaît le droit à la santé, tandis que des décrets et des lois définissent les cadres institutionnels et réglementaires du secteur de la santé. Le renforcement des partenariats public-privé et des instances de coordination stratégique témoigne de l'engagement envers l'amélioration des services de santé.

Faiblesses :

Cependant, des faiblesses persistent, notamment l'absence du cadre réglementaire professionnalisant les agents de santé communautaire, le chevauchement de certaines attributions et actions entre les départements du MSPLS, une décentralisation du système de santé qui ne prend pas en compte la gestion des ressources en matière de mise en œuvre du cadre de redevabilité, de stabilité des postes de responsabilité, et de respect des normes sanitaires. Le manque de capitalisation des expertises, l'absence des formations professionnelles aux postes de responsabilité, et la faible intégration des principes d'équité et de genre dans les politiques de santé sont autant de défis à relever, un manque du cadre réglementaire instituant la multisectorialité.

Opportunités :

Les opportunités de développement offertes par la Vision 2040-2060 et le Plan National de Développement révisé 2021-2027 fournissent une base solide pour renforcer la gouvernance et le leadership dans le secteur de la santé. L'adoption de l'approche axée sur les résultats et la mise en place du budget programme ouvrent des perspectives pour une meilleure gestion des ressources et une planification stratégique efficace.

Menaces :

L'environnement socio-économique instable et une faible transparence dans la gestion des ressources pourraient compromettre les efforts visant à renforcer la gouvernance et le leadership en santé. La nécessité d'une gestion prudente des risques et d'une vigilance accrue face à ces menaces est cruciale pour garantir la durabilité des progrès réalisés dans le secteur de la santé au Burundi.

b) Coordination et Partenariat

Forces :

La coordination et le partenariat dans le domaine de la santé au Burundi bénéficient de structures telles que les comités de coordination sectorielle stratégique et technique, permettant une collaboration efficace entre les différentes parties prenantes. La mise en place d'un CPSD décentralisé renforce l'engagement à l'échelle locale, tandis que le partenariat entre le secteur public et privé favorise l'innovation et la complémentarité des ressources.

Faiblesses :

En matière de coordination, les lacunes persistent, notamment l'absence d'un cadre de coordination multisectorielle pour la mise en œuvre de l'approche "santé dans toutes les politiques" et une seule santé « **One Health** ». Les mécanismes de coordination entre le MSPLS et ses partenaires ainsi qu'entre les différents programmes et départements du MSPLS sont encore insuffisamment développés. Au niveau communautaire, il s'observe une faible coordination des interventions communautaires. De plus, il y a besoin de renforcer la capacité managériale à tous les niveaux du système de santé.

Opportunités :

Les opportunités offertes par l'alignement multisectoriel à la Vision 2040-2060 et la gestion du MSPLS par programme budgétaire à travers la nouvelle approche de budget programme ouvrent des perspectives de renforcement de la coordination et du partenariat dans le secteur de la santé. Les objectifs stratégiques mondiaux fournissent également un cadre d'action pour une collaboration efficace entre les différentes parties prenantes.

Menaces :

Des menaces telles que la faible implication des autres secteurs dans l'approche de la "santé dans toutes les politiques", le contexte de conflit au niveau mondial et le changement des intérêts géopolitiques pourraient compromettre les efforts de coordination et de partenariat dans le domaine de la santé. La vigilance et la résilience face à ces menaces sont essentielles pour garantir la durabilité des progrès réalisés dans le secteur de la santé au Burundi.

c) Planification, Suivi et Évaluation

Forces :

La planification, le suivi et l'évaluation dans le domaine de la santé est un processus décentralisé et déconcentré, favorisant une gestion efficace des ressources et une adaptation aux besoins locaux. Elle s'aligne aux documents normatifs mondiaux, régionaux et nationaux en vigueur. L'existence d'une culture de planification ascendante au sein du MSPLS ainsi que des cadres nationaux de planification et de coordination fournissent une base solide pour une prise de décision éclairée et la mobilisation des ressources.

Faiblesses :

La faible appropriation des plans stratégiques par les parties prenantes, l'insuffisance des compétences en planification et suivi-évaluation, et la faible intégration des systèmes de suivi-évaluation dans le secteur de la santé constituent des entraves. L'insuffisance de financement

pour le suivi-évaluation et la non-régularité de la recherche opérationnelle, des études et évaluations en santé représentent également des obstacles à surmonter.

Opportunités :

L'adoption de l'approche axée sur les résultats (GAR) et la mise en place du budget programme fournissent un cadre propice à l'amélioration de la planification, du suivi et de l'évaluation dans le secteur de la santé. L'alignement sur la Vision 2040-2060, le PND révisé et les directives internationales offrent également des perspectives d'innovation et d'amélioration continue. Les cadres de consultation multisectorielle renforcent la planification inter et multisectorielle.

Menaces :

L'imprévisibilité de certains financements et les urgences humanitaires compromettent les efforts de planification, du suivi et de l'évaluation dans le domaine de la santé. L'absence d'un plan de contingence multisectorielle de gestion des urgences de santé et changements climatiques constitue un défi pour le processus de planification, suivi et évaluation.

III.4.4. Système d'Information Sanitaire et recherche

Forces :

Le système d'information sanitaire (SIS) au Burundi bénéficie d'un système digital qui inclut les outils numérisés afin d'accroître la disponibilité et l'utilisation d'informations de santé de qualité pour la prise de décision sur la base des données. L'existence du sous-groupe thématique « digitalisation » fonctionnel permet de mieux coordonner les interventions.

La mise en place des documents normatifs de gestion et d'analyse des données, l'existence d'un cadre de coordination des partenaires, la mise en place et d'un chargé du SIS dans toutes les formations sanitaires ont contribué à la disponibilité et accessibilité des données de routine, la mise en place d'un data center du MSPLS pour héberger tous les logiciels de gestion des données de santé, la digitalisation des hôpitaux et centres de santé.

Faiblesses :

La fragmentation des outils digitalisés du SNIS, la non-effectivité de l'interopérabilité entre DHIS2 et les autres logiciels ainsi que la faible digitalisation des formations sanitaires constituent un défi pour l'amélioration et la disponibilité des données du SNIS.

Dans l'optique de l'innovation, la connexion des données du SNIS avec les statistiques vitales d'état-civil permettra au MSPLS d'élargir la surveillance de la mortalité et de capturer des données supplémentaires sur les naissances.

Opportunités :

Les opportunités telles que l'existence d'un DATA CENTER et le fonctionnement du SISCOSM offrent des perspectives d'amélioration du système d'information sanitaire au Burundi. L'alignement sur les directives internationales et l'utilisation efficace des outils numériques pourraient renforcer la qualité et l'accessibilité des données de santé.

Menaces :

Les menaces telles que la faible accessibilité à l'internet et l'absence de digitalisation des statistiques vitales d'État-Civil pourraient compromettre l'efficacité du système d'information sanitaire. Une attention particulière doit être portée à ces défis pour assurer la fiabilité et la pertinence des données de santé au Burundi.

III.4.5. Financement de la santé au Burundi

Le financement de la santé est l'ensemble des fonds alloués aux soins et services de santé d'une population. Il inclut les dépenses publiques, les contributions privées, les assurances santé, les financements extérieurs, les partenariats public-privé et d'autres mécanismes financiers. Il se divise en trois aspects : la mobilisation des ressources pour la santé, la mutualisation et l'achat stratégique. Analyser les Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces de ces trois éléments permettra d'évaluer la situation des ressources financières dédiées à la santé et d'aider les décideurs à prendre des décisions éclairées.

a) Mobilisation des ressources pour le financement de la santé

L'évaluation des performances d'un système de financement de la santé se fait en fonction de sa capacité à mobiliser des ressources de manière équitable, efficace et efficiente pour garantir un accès aux soins sans impact financier sur les populations. Au Burundi, plusieurs sources de financement interne et externe contribuent au financement du secteur de la santé.

Les Forces

Les forces identifiées dans ce système incluent la disponibilité de financements des partenaires au développement, la contribution des confessions religieuses et du secteur privé, l'existence d'une coordination des partenaires pour la santé et développement, la mise en place d'une stratégie de financement basée sur la performance et la tenue de dialogues nationaux de haut niveau sur le financement de la santé.

Les faiblesses

Cependant, des points d'amélioration sont à noter, tels que la part élevée des dépenses de santé supportée par les ménages, le manque de coordination du système de financement, la faible capacité de gestion des ressources en raison d'un manque de digitalisation et de personnel qualifié, la gouvernance et le leadership insuffisants en matière de financement de la santé, l'absence de financements innovants et une insuffisance des ressources financières disponibles pour la santé,

notamment une faible contribution de l'État pour couvrir les besoins en santé et un manque de financements pour les infrastructures de santé.

Menaces

Par ailleurs, des menaces telles que l'imprévisibilité des financements extérieurs et le manque d'adhésion à la mise en commun des fonds des partenaires au développement à travers l'UGADS sont également présentes.

Opportunités

Malgré les défis rencontrés, il existe des opportunités telles que l'existence de partenaires au développement (PAD) pour le financement de la santé, l'élaboration d'un projet de stratégie de financement et un engagement politique à placer le financement de la santé parmi ses priorités.

b) Mise en commun (mutualisation)

La consolidation des financements pour la santé implique de regrouper les ressources financières de diverses sources afin de garantir un accès équitable et pérenne aux services de santé pour tous.

Forces

Cela repose sur des éléments clés tels que l'assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires de l'Etat, la mutualisation du risque au niveau communautaire, une unité de gestion pour le développement sanitaire et des mécanismes d'assurance médicale.

Faiblesses

Cependant, des améliorations sont nécessaires pour optimiser la mutualisation des fonds, notamment en renforçant la coordination et la gestion des ressources, en garantissant une allocation plus équitable des ressources entre les différentes structures du système de santé, en réduisant la fragmentation des financements et en augmentant la couverture des mécanismes d'assurance santé.

Menaces

De plus, les institutions d'assurance santé font face à des défis de gestion managériale.

Pas d'opportunités

c) Achat stratégique

L'achat stratégique en matière de financement de la santé consiste à optimiser les objectifs du système de santé en utilisant une approche basée sur des données probantes. Il s'agit de déterminer

les services de santé à acquérir, les prestataires à solliciter, les modalités de paiement à mettre en place, les tarifs à appliquer et les bénéficiaires concernés.

Forces

Le Burundi a réalisé des progrès importants suite à des mesures saluaires dans le cadre du financement de la santé tels que la gratuité des soins de santé (vaccination, soins gratuits pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, personnes âgées, etc.), le financement basé sur les performances.

Faiblesses

Cependant, il reste des domaines à améliorer tels que la répartition inégale des ressources entre les différentes structures de santé et la menace que représente la crise économique pour les achats stratégiques.

Pas de menaces

Opportunités

Malgré ces défis, il existe des opportunités, comme la volonté des organismes assureurs d'établir des contrats avec les établissements de santé.

III.4.6. Ressources Humaines en santé

L'amélioration de l'investissement dans les ressources humaines est essentielle pour la réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD) et de la couverture santé universelle au Burundi. La crise des ressources humaines en santé dans le pays constitue un obstacle majeur, avec une pénurie de personnel qualifié tant en quantité qu'en qualité.

Malgré une augmentation du nombre de professionnels de santé, des problèmes persistants tels que la répartition inégale géographiquement, la motivation et la fidélisation du personnel continuent de poser des défis. De plus, la qualité de la formation du personnel reste un obstacle majeur pour le système de santé, avec des programmes souvent inadaptés aux besoins réels. C'est pourquoi le Ministère de la Santé a entrepris une révision des programmes de formation des écoles paramédicales pour les adapter au contexte actuel. La production des ressources humaines en santé est assurée par divers établissements de formation, tant publics que privés, incluant des écoles paramédicales, des instituts et des facultés de médecine.

Forces

L'examen du secteur des ressources humaines en santé au Burundi révèle que le système de santé possède des atouts dans ce domaine. En effet, il dispose d'institutions de formation en santé publiques et privées, de programmes de formation harmonisés pour les professionnels de la santé et d'enseignants qualifiés.

De plus, il bénéficie d'une direction des ressources humaines et de candidats pour les postes à pourvoir. Le personnel de santé reçoit régulièrement son salaire et ses proches bénéficient d'une carte de soins gratuits.

Faiblesses

Cependant, malgré ces atouts, le secteur de la santé au Burundi est confronté à plusieurs défis. Les institutions chargées de former les ressources humaines manquent de matériel didactique et les programmes de formation ne sont pas adaptés aux besoins du pays. Il y a également une pénurie de professionnels de la santé, en particulier de médecins spécialistes. Les contraintes budgétaires entravent également les efforts visant à améliorer la formation et le recrutement de nouveaux professionnels de la santé.

De plus, il y a un déséquilibre entre l'offre et la demande du personnel de la santé sur le marché du travail, car les diplômés ne correspondent pas toujours aux besoins du système de santé. Les populations des zones rurales ont également un accès limité à des professionnels de la santé qualifiés, en raison des conditions difficiles qui rendent ces zones moins attractives pour les professionnels de la santé.

En outre, le système d'information et de gestion des ressources humaines en santé est peu performant en raison du manque d'outils essentiels tels qu'un logiciel de gestion des ressources humaines, un guide de mobilité du personnel, un observatoire sur les ressources humaines, et d'un référentiel de compétences pour les différents profils d'agents de santé. Il y a également un manque de coordination entre les parties prenantes pour réguler la formation médicale et paramédicale.

Opportunités

En dépit des défis rencontrés, il est important de souligner que le secteur de la production des ressources humaines recèle de nombreuses opportunités. En effet, les Partenaires au Développement (PAD) soutiennent ce secteur, les professionnels de santé qualifiés sont prêts à faire des études de spécialisation, et le secteur privé ainsi que le secteur confessionnel offrent de nombreuses opportunités d'emploi aux lauréats. De plus, l'utilisation de logiciels adaptés à la gestion des ressources humaines peut grandement améliorer le suivi de la production des ressources humaines.

Menaces

La gestion des ressources humaines en santé est confrontée à des menaces telles que les crises sécuritaires, l'immigration des professionnels de la santé et les risques associés au métier des agents de santé (risques associés aux soins). Pour relever ces défis, il est essentiel de garantir un nombre suffisant de professionnels de la santé qualifiés et accessibles à tous, indépendamment de leur lieu de résidence. Il est également primordial de mettre en place des infrastructures de formation en santé efficaces pour répondre aux besoins croissants en soins et services de santé.

III.5. Problèmes Prioritaires

Trois groupes de principaux problèmes Prioritaires ont été retenus à l'issue du diagnostic. Il s'agit de :

1) Insuffisance dans la gouvernance et la coordination du système de santé

- Le chevauchement de certaines attributions et actions entre les directions et départements du MSPLS
- Une décentralisation du système de santé qui n'est pas accompagnée d'une décentralisation de la gestion des ressources
- Instabilité aux postes de responsabilité à tous les niveaux
- Absence de stages probatoires aux postes de responsabilité
- Non-respect de la carte sanitaire dans l'installation des structures sanitaires et la répartition des ressources
- La part élevée des dépenses de santé supportée par les ménages
- Insuffisance du budget de l'Etat pour couvrir les besoins de santé
- L'absence d'une stratégie nationale de financement de la santé.
- Fragmentation des outils digitalisés du SNIS
- Faible digitalisation des formations sanitaires
- Non effectivité de l'interopérabilité entre DHIS2 et les autres logiciels
- Faible appropriation à tous les niveaux des plans stratégiques et opérationnels par les parties prenantes
- Insuffisance des compétences en planification et suivi évaluation à tous les niveaux du système ;
- Faible intégration des systèmes de suivi-évaluation dans le secteur de la santé ;
- Absence d'un cadre de coordination multisectorielle pour la mise en œuvre de l'approche « santé dans toutes les politiques »
- Faible coordination des interventions communautaires et la liaison avec les centres de santé.

2) Insuffisance de l'offre, d'accès et d'utilisation des soins et services de santé de qualité centré sur la personne

- Mettre en place un système de motivation / fidélisation du personnel de la santé et assurer des formations des professionnels de santé qui répondent aux besoins de santé des populations burundaises ;
- Ouvrir une institution de formation des médecins spécialistes et d'autres catégories de professionnels en santé en déficit ;
- Faire une étude sur le marché du travail en santé et élaborer un plan d'investissement en RHS au Burundi.
- Insuffisance de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et intrants biomédicaux à usages humains ;
- Faible disponibilité et capacité de production locale de médicaments et autres produits de santé ;
- Faible capacité opérationnelle de l'ABREMA ;
- Insuffisance d'autonomie des formations sanitaires en eau et en énergie ;
- Insuffisance du mécanisme de suivi de l'utilisation des médicaments et autres intrants jusqu'au dernier Kilomètre
- Des infrastructures et équipements médicaux non adaptés aux normes standards actualisés
- Insuffisance de la maintenance des équipements biomédicaux
- Une gestion lacunaire des déchets médicaux/produits et médicaments périmés dans les structures sanitaires et extra hospitalier
-

3) Faible protection des populations contre les risques sanitaires et environnementaux tout le long du cycle de vie

- Inadéquation des plateaux techniques des formations sanitaires à tous les niveaux du système de santé ;
- Faible capacité opérationnelle des services de prévention, de promotion, de traitement et de la médecine physique et réadaptation ;
- Faible continuum des soins et services de santé dans les Formations sanitaires y compris dans le contexte humanitaire/ changement climatique.
- Insuffisance dans l'opérationnalisation des protocoles standardisés dans les formations sanitaires ;
- Faible intégration des services de santé sexuelle, reproductive des adolescents jeunes, soins inclusives et d'autres services qui influencent l'offre des soins (Multisectorialité)
- Faible accès et utilisation des soins et services de santé

QUATRIEMME PARTIE : CADRE POLITIQUE ET STRATEGIQUE

IV. Cadre politique et stratégique

IV.1. Vision, Principe, valeurs et fondement

IV.1.1 Vision

La vision de la politique et stratégie sectorielle santé 2023-2027 du Burundi tire sa substance de l'agenda 2040 et 2060 du plan national de Développement qui est en lien avec les objectifs du Développement Durable. Cette vision s'intitule « d'ici 2027, la population burundaise a un meilleur état de santé à travers un système de santé, performant et résilient favorisant un développement durable et intégral du pays »

Pour y parvenir, le pays se dote du cadre conceptuel ci-dessous qui idéalise les actions et les interventions ainsi que les interventions indispensables pour offrir aux populations burundaises le bien-être en parfaite santé. ,

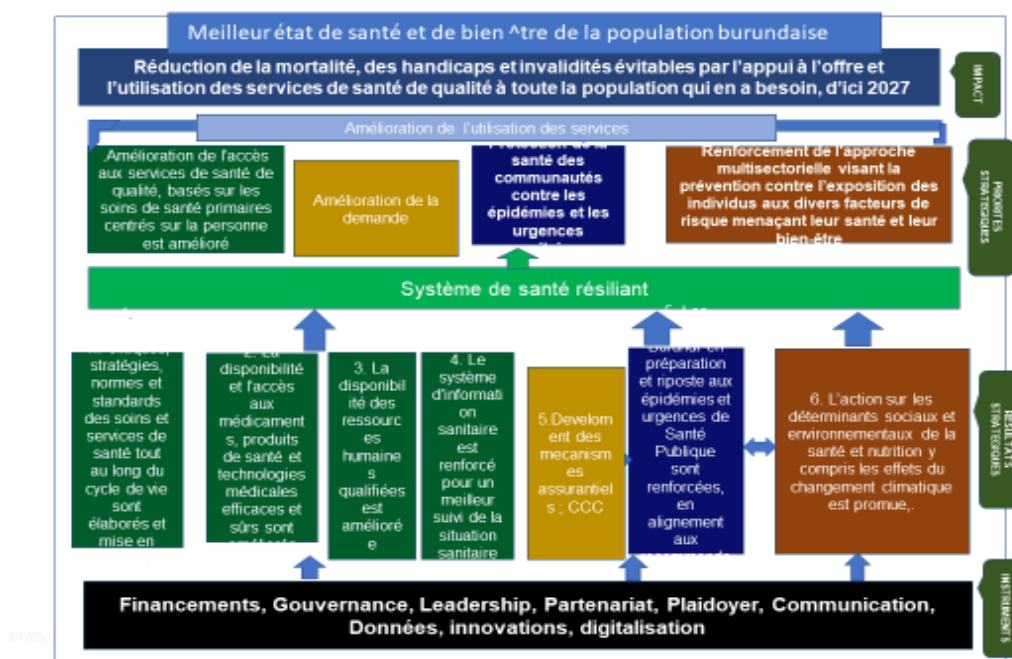


Figure 11: Cadre d'action pour le renforcement du système de santé pour un meilleur état de santé et du bien de la population Burundaise

Dans le cadre de la mise en œuvre de la présente politique sectorielle, les choix en matière de santé s'appuient sur des valeurs, principes et fondements suivants :

IV.1.2. Valeurs :

Cette PSS s'appuie sur les valeurs suivantes :

- **Solidarité** : Elle se réfère au devoir social et l'obligation d'aide dans le système de santé. Dans le cadre de cette PSS, les vulnérables seront assistés par le gouvernement et les autres couches de la population à travers les mécanismes de financement innovants, subventions, mutuelles et assurances maladies.
- **Égalité** : Dans les services, chaque personne sera considérée sans aucune forme de discrimination.

- **Equité** : Chaque personne aura droit aux services qui correspondent à ses besoins spécifiques sans barrières
- **Justice sociale** : Nous entendons l'inclusion sociale et la réhabilitation en cas de préjudices subies dans le cadre d'une action de santé
- **Intégrité et éthique** : Le respect de la dignité humaine, soulager toujours et ne jamais nuire guident les choix et la mise œuvre cette PSS ;
- **Respect des droits humains et de l'égalité du genre** : cela inclut le droit à la vie sans aucune distinction aucune (catégorie sociale ou socio-professionnelle, l'origine, ethnie, la religion, la race, handicap, l'âge, sexe...)

IV1.3. Principes directeurs

La mise en œuvre de la politique et stratégie sectorielle de santé 2023-2027 est guidée par les principes directeurs suivants :

Leadership : il s'affirme au niveau central et devra être renforcé à tous les niveaux du système afin que les interventions de tous les acteurs soient mieux coordonnées, plus efficaces et atteignent les objectifs visés au bénéfice du bien-être des populations.

Gouvernance : La redevabilité et la transparence seront de rigueur dans la mise en œuvre des activités quotidiennes à tous les niveaux du système de santé. L'obligation de rendre compte de ses actions et le contrôle social permettra d'être plus efficace.

Décentralisation et déconcentration : elle est en cours mais timide, elle sera renforcée et accélérée en fonction des ressources disponibles.

Soins et services de qualité : le secteur de la santé devra fournir des prestations de soins et des services conformes aux normes et standards nationaux et internationaux.

Intégration et continuité des activités de soins : elles devront être renforcées à tous les niveaux du système.

Financement basé sur la performance : il s'agira d'accorder une attention particulière aux questions d'efficacité, d'efficience, de pertinence, de viabilité financière et d'excellence dans la chaîne de planification, programmation, de budgétisation et de suivi évaluation afin d'atteindre les résultats selon la disponibilité des ressources.

Gestion basée sur des évidences : Respects des engagements internationaux : il faudra recenser les principaux engagements internationaux en matière de santé et les mettre en œuvre.

- **Participation communautaire** : il faudra prendre des mesures en vue de la responsabilisation effective des communautés et des individus dans la gestion de leurs problèmes de santé.
- **Partenariat en santé** : il s'agira de susciter, organiser et assurer la cohérence des interventions de tous les partenaires autour d'un plan d'action budgétisé et consensuel.
- **Couverture santé universelle** : elle sera mise en œuvre de manière progressive en veillant d'abord à ce que le système soit résilient et fonctionnel sur l'ensemble du territoire afin de ne laisser pour compte personne.
- **Soins de santé primaires** : le système de santé demeurera organisé selon les principes de soins de santé primaires tels que proclamés par la Déclaration d'Alma

IV1.4. Fondements

La Politique Nationale de Santé est basée sur les dispositions législatives et réglementaires tant du niveau national qu'internationales.

IV.1.4.1. Dispositions législatives et réglementaires nationales

- Le droit à la santé est consacré par l'article 24 de la constitution du 17 Mai 2018
- Le décret-loi n° 1/16 du 17 mai 1982 portant code de la santé publique
- L'ordonnance ministérielle conjointe n°630/67 du 20/04/2010 portant modalités d'application du décret 100/138 du 16 mars 2010 portant révision du décret n° 100/136 du 16 juin 2006 portant subvention des soins aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements dans les structures de soins publiques et assimilées ;
- Politique nationale de protection sociale 2024-2033 adopté le 31 mai 2024 lors de la 8^{ème} Assemblée Générale de la Commission Nationale de Protection Sociale.

IV.1.4.2. Dispositions législatives internationales

- La politique nationale de santé repose sur les engagements du gouvernement du fait de son adhésion à des instruments juridiques en matière de santé au plan mondial et africain ;
- La Déclaration universelle des droits de l'homme ;
- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ;
-
- La Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires actualisée par la Déclaration de Astana ;
- - La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples ;
- - La Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant ;
- La Convention relative aux droits de l'enfant ;
- Le Règlement Sanitaire International (2005) ;
- La Déclaration de Paris et de Rome sur l'efficacité de l'aide publique au développement ;
- L'Initiative du Secrétaire Général des Nations Unies sur la Redevabilité en matière de santé de la mère et de l'enfant (2010) ;
- Le Programme d'Action d'Accra sur l'efficacité de l'aide au développement (2008) ;
- La Feuille de route africaine sur la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et en Afrique (CARMMA), (Addis-Abeba, 2009) ;
- La Déclaration de Rio sur les Déterminants sociaux de la santé en 2011 ;
- La Déclaration de la Conférence mondiale de Beijing ;
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard de la femme ;
- La Convention relative à la lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ;
- Les Objectifs de Développement Durable ;
- La Déclaration de Mexico sur la Couverture Santé Universelle ;
- La Déclaration de Tunis sur le Financement de la santé et la Couverture Santé Universelle ;
- Le Plan d'Action mondial pour les vaccins 2011-2020 ;
- Ending Preventable Child and Maternal Deaths: A Promise Renewed (APR);
- La Déclaration des Chefs d'Etat de l'Union Africaine à Abuja relative à l'allocation au secteur de la santé à hauteur de 15% au moins du budget de l'Etat ;
- La Déclaration d'Alger sur la Recherche en Santé en Afrique ;
- La Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique ;

- La Déclaration de Tunis sur le financement de la santé et la Couverture Santé Universelle ;
- La Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, Brazzaville, Congo, avril 2011 ;
- La Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et le renforcement des systèmes de santé en Afrique ;
- La Déclaration d'Addis-Abeba sur la Santé Communautaire dans la Région Africaine ;
- La Résolution AFR/RC50/R3 sur la Médecine Traditionnelle et la Pharmacopée Africaine ;
- La Politique de la Santé pour Tous dans la Région Africaine pour le 21ème siècle : Agenda 2020, AFR/RC50/R8 Rév.1.
- La résolution World Health Assembly WHA 58.33 sur le Financement durable de la santé, la couverture universelle et les systèmes de sécurité sociale, 25 mai 2005,
- La résolution WHA 64.9 relative aux structures durables de financement de la santé et la couverture universelle, 24 mai 2011,
- La déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : améliorer la santé au cours du nouveau millénaire avril 2008,

IV.2. Orientations stratégiques

Dans la dynamique d'ajuster les interventions de manière à résoudre les problèmes identifiés notamment ceux prioritaires, trois orientations stratégiques sont retenues :

- Renforcement du leadership, de la gouvernance et de la collaboration multisectorielle ;
- Amélioration de l'offre, de l'accès et de l'utilisation des soins et services de santé de qualité centrés sur la personne ;
- Protection des populations contre les risques sanitaires et environnementaux tout le long du cycle de vie

IV.3. Objectifs stratégiques

Ces trois orientations stratégiques ont été déclinées en sept (07) objectifs stratégiques à savoir :

- 1.1 Objectif Stratégique (ObSt1) : Renforcer la coordination intra et multisectorielle
- 1.2 Objectif Stratégique (ObSt2) : Garantir la disponibilité des ressources humaines qualifiées et motivées
- 1.3 Objectif Stratégique (ObSt3) : Assurer la disponibilité, l'utilisation des informations et des résultats de recherche, ainsi que la transformation digitale du système de santé à tous les niveaux y compris le secteur privé
- 2.1 Objectif Stratégique (ObSt4) : Assurer le financement durable de la santé en vue de la couverture sanitaire universelle
- 2.2 Objectif Stratégique (ObSt5) : Garantir des services et soins de santé de qualité pour l'atteinte de la CSU
- 3.1 Objectif Stratégique (ObSt6) : Assurer la promotion et la prévention de la population contre les risques sanitaires
- 3.2 Objectif Stratégique (ObSt7) : Assurer la préparation et réponse aux événements de santé publique et risques environnementaux

IV.4. But Objectifs général et spécifiques

a) But

Le but de la présente Politique et Stratégie Sectorielle de la Santé est d'assurer à l'ensemble de la population burundaise le bien être en parfaite santé le long du cycle de vie.

b) Objectif général

L'objectif général de la Politique et Stratégie Sectorielle de la Santé est d'assurer à la population l'accès universel aux soins et services de qualité, continus et centrés sur la personne afin de contribuer efficacement au développement socio-économique du pays.

c) Objectifs spécifiques

Pour adresser les problèmes prioritaires identifiés, 17 objectifs spécifiques ont été retenus. Il s'agit de :

- 1.1.1 Objectif spécifique (ObSp1) : Améliorer la gouvernance et le leadership
- 1.1.2 Objectif spécifique (ObSp2) : assurer la Coordination et le partenariat
- 1.1.3 Objectif spécifique (ObSp3) : veiller à la Planification, le suivi et l'évaluation
- 1.2.1 Objectif spécifique (ObSp4) : Assurer la production des professionnels de la santé en adéquation avec les besoins du secteur
- 1.2.2 Objectif spécifique (ObSp5) : Améliorer le recrutement, la gestion et la fidélisation des professionnels de la santé
- 1.3.1 Objectif spécifique (ObSp 6) : Renforcer le système d'information sanitaire, promouvoir la recherche et l'innovation pour une meilleure prise de décision en matière de santé et une amélioration continue des services
- 1.3.2 Objectif spécifique (ObSp 7) : Développer la stratégie e-santé
 - 2.1.1 Objectif Spécifique (ObSp8) : Renforcer les mécanismes de mobilisation des financements de la santé
 - 2.1.2 Objectif Spécifique (ObSp9) : Renforcer les mécanismes de mutualisation des ressources de financements de la santé
 - 2.1.3 Objectif Spécifique (ObSp10) : Renforcer les mécanismes d'achat stratégique des services de santé
 - 2.1.4 Objectif spécifique (ObSp11) : Assurer un accès équitable aux services et soins de santé de qualité pour tous
 - 2.1.5 Objectif Spécifique (ObSp 12) : Renforcer les infrastructures et les équipements sanitaires
 - 2.1.6 Objectif Spécifique (ObSp 13) : Optimiser la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des médicaments, produits sanguins, vaccins et autres produits de santé y compris les produits de la médecine traditionnelle
 - 2.1.7 Objectif spécifique (ObSp 14) : Améliorer l'hygiène, la prévention et le contrôle des infections à tous les niveaux
 - 2.1.8 Objectif spécifique (ObSp 15) : Promouvoir les modes de vie sains
 - 2.1.9 Objectif spécifique (ObSp 16) : Améliorer la préparation et la réponse aux urgences liées aux catastrophes et risques environnementaux
 - 2.1.10 Objectif spécifique (ObSp17) renforcer la résilience du système de santé face aux événements de santé publique

IV.5. Synthèse du Cadre stratégique

Tableau : Tableau Synthèse du cadre stratégique.

IV.6 Arrimage de la PSS 2023-2027 avec les objectifs de développement

La Politique et Stratégie Sectorielle de la Santé au Burundi s'inscrit dans la « **Vision Burundi pays émergent en 2040, pays développé 2060** », spécifiquement au pilier-3 sur l'équité sociale dont l'objectif-12 d'améliorer l'accès aux soins de santé de base pour tous et l'objectif-13 de développer des services hospitaliers de pointe. Cette vision ambitieuse a conduit à la révision du Plan National de Développement (PND) du Burundi, en conformité avec la vision. L'axe-3 du PND révisé, intitulé "**Développement du capital humain et inclusion sociale**", est dédié à l'amélioration des services sociaux de base.

Dans le cadre de l'axe-3 du PND révisé, l'objectif sectoriel est d'améliorer l'accès aux prestations sociales pour tous, avec deux axes sectoriels spécifiques visant l'amélioration de l'accès aux prestations sociales pour tous et le développement des services sociaux de qualité.

Ces objectifs sectoriels sont soutenus par deux programmes prioritaires en matière de santé : (i) renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, de la riposte aux épidémies et à toute autre urgence de santé publique et (ii) Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile, de l'Adolescent et Nutrition. Chaque programme prioritaire comprend 3 projets. Le premier programme a : (i) le projet visant à améliorer l'accès aux services de santé primaires et de pointe ; (ii) le projet intégré pour renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, la prévention, la préparation et la riposte aux épidémies et toutes autres urgences de santé publique ; et (iii) le projet d'amélioration du système d'information sanitaire, de la promotion de la recherche et de l'innovation en santé. Le deuxième programme comporte (i) le projet de promotion de la santé nutritionnelle ; (ii) le projet de santé communautaire et environnementale ; et (iii) le projet de santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents/adolescentes et de nutrition.

Le Burundi a adopté l'approche budget programme pour sa gestion financière. Le MSPLS a ainsi établi trois programmes budgétaires spécifiques : le Programme 037 pour l'offre et l'accès aux services et soins de santé, le Programme 038 pour la prévention et la sécurité sanitaire, et le Programme 039 pour l'administration générale. Chaque programme budgétaire comprend jusqu'à cinq actions budgétaires spécifiques elles-mêmes déclinées en activités.

Les programmes prioritaires en matière de santé joueront un rôle clé dans la réalisation des objectifs et des axes sectoriels du PND révisé. Enfin cette Politique et Stratégie Sectorielle de la Santé contribuera également à la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD), en particulier l'ODD 3 qui vise une bonne santé et le bien-être de tous à tout âge.

CINQUIEME PARTIE : CADRE DE MISE EN OEUVRE ET SUIVI- EVALUATION

IV. Cadre de mise en œuvre et de suivi évaluation

V.1 Cadre de mise en œuvre

V.1.1 Mécanisme de coordination et de mise en œuvre

La mise en œuvre du PSS 2023-2027 s'appuiera sur trois instances principales de coordination ayant des démembrements aux niveaux central, niveau intermédiaire, niveau opérationnel et niveau communautaire.

- ✓ Comité des Directeurs ;
- ✓ Cadres de concertation des Partenaires Techniques et Financiers et du Ministère de la Santé ;
- ✓ Revue Annuelle Conjointe de Performance du Secteur de la Santé.

La coordination de l'ensemble des orientations stratégiques et les axes d'intervention relève de l'autorité du Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida qui délègue cette responsabilité aux Chefs de file des trois programmes budgétaires.

La gestion du PSS relève des quatre niveaux de la pyramide sanitaire à savoir les niveaux périphériques, intermédiaire et central. Elle privilégie la collaboration entre directions ou services pour l'atteinte des objectifs des programmes de développement et met l'accent sur le transfert des ressources selon la décentralisation et la décentration.

En tenant compte des responsabilités institutionnelles et de la réforme budgétaire en cours, la Politique et stratégie Sectorielle de Santé (PSS) sera opérationnalisée à travers le Cadre de Dépenses à moyen terme (CDMT), les cadres de mesures des résultats (CMR), les Projets Annuels de Performance (PAP) et doivent être traduits en Plans de Travail et du Budget Annuel (PTBA). Un cadre commun de planification sera mis en place pour une meilleure coordination des interventions des différentes parties prenantes. Le cadre de gestion de cette politique et stratégie sectorielle se décline en trois programmes budgétaires qui sont (1) Offre et accès aux services et soins de santé, (2) Prévention et Sécurité Sanitaire et (3) Administration Générale.

En plus du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, cette politique et stratégie sectorielle sera mise en œuvre en partenariat avec différentes parties prenantes du secteur de la santé tels que les partenaires bilatéraux et multilatéraux, ordres, associations professionnelles et sociétés savantes, délégués des professionnels de la santé et organisations syndicales, secteur privé et confessionnel, médecine traditionnelle, communautés et Organisations de la société civile, Organisations représentant les malades

Afin d'assurer un meilleur suivi des domaines, les groupes techniques de travail seront créés ou renforcés et conjointement dirigés par les chefs de file et les Directeurs du Ministère de la Santé.

Par ailleurs, il convient de noter que la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la PSS sera faite dans le cadre global du dispositif national de coordination des politiques et programmes du PND révisé 2018-2027. Ainsi, le pilotage sera assuré sous le leadership du MSPLS conformément aux orientations de la GAR et le budget programme avec rôle principal d'encadrer, superviser, harmoniser, ordonner, orienter et coordonner les actions de la PSS. L'opérationnalisation et la coordination de la PSS s'appuieront sur la décentralisation et la déconcentration du MSPLS à travers la pyramide sanitaire.

Aussi, sied-t-il de mentionner que la PSS est ancrée dans une approche systémique avec le renforcement du multisectoriel dans la dynamique « One Health » afin d'agir de façon

optimale sur tous les déterminants de la santé et de répondre efficacement aux épidémies et autres problèmes de santé.

V.1.2 Principes directeurs

La mise œuvre de la PSS 2023-2027 sera guidée par les principes directeurs suivants :

- **L'unicité de la PSS** : la notion d'unicité renvoie au leadership que le MSP doit garder pour la coordination des interventions au sein du système de santé. Ainsi, la PSS constitue l'unique cadre fédérateur de la mise en œuvre de la politique et stratégie sanitaire nationale ;
- **L'appropriation** : ce principe sous-entend que tous les acteurs et parties prenantes de même que les détenteurs d'enjeux considèrent ce plan comme la référence en matière de mise en œuvre de la politique de l'État, et apportent les ressources nécessaires à son opérationnalisation à tous les niveaux ;
- **La participation communautaire** : ce principe requière l'implication des communautés dans la notification des événements de santé publique, l'identification des problèmes de santé, le choix des solutions et la mise en œuvre des interventions. Cette participation communautaire fait également appelle à la contribution attendue du niveau communautaire dans la résolution des défis liés à l'accès, l'utilisation de l'offre des soins et services de santé de qualité ;
- **La décentralisation** : la mise en œuvre de la PSS concerne tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans le respect de leurs attributions et compétences. Cette décentralisation concerne aussi bien les services de production des soins que les centres de prise de décisions
- **La redevabilité** : l'obligation de rendre des comptes doit animer tous les acteurs dans la mise en œuvre de la PSS, afin d'instaurer la confiance entre l'État et les partenaires du développement d'une part, et, d'autre part, entre les acteurs et les populations bénéficiaires
- **« Ne laisser personne de côté »** : ce principe met en exergue la nécessité de structurer l'offre de manière à apporter une réponse prompte et adéquate à la satisfaction de la demande de soins et services de santé de qualité des populations le long du cycle de vie ;
- **L'innovation** : ce principe appelle à un changement de paradigme dans la mise en œuvre de la PSS. Il vise l'optimisation du temps, des ressources (humaines, matérielles et financières) et une amélioration sensible de la performance.

V.1.3 Responsabilités dans la mise en œuvre de la PSS 2023-2027

Dans le cadre de la mise en œuvre de la PSS, les responsabilités sont partagées entre les structures Gouvernementales, les Partenaires Techniques et Financiers et la Société Civile.

a) Les Structures gouvernementales

- Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida

Le niveau central focalisera son attention sur le leadership et la gouvernance globale du système. Il veillera à l'élaboration, la vulgarisation des politiques, stratégies sectorielles, textes légaux et réglementaires, et les normes pour le management du secteur santé. Il poursuivra également le renforcement des structures de soins et services de santé dans la dynamique de soins de santé primaires en veillant à une offre de référence et contre référence de qualité à travers la rationalisation de la gestion des hôpitaux, des laboratoires et des centres nationaux. Le niveau central devra également s'occuper de l'accompagnement et de

l'encadrement des provinces et districts sanitaires dans leur rôle d'organisation des Soins de Santé Primaires, de suivi et d'évaluation des projets et dans la production de l'information stratégique. Un rôle clé du niveau central sera aussi d'assurer la mobilisation et la mise à disposition des ressources.

Le niveau Provincial travaillera sous la responsabilité du directeur de la Province sanitaire. Il assurera ses prérogatives à travers les Directions provinciales (DPS) et les Districts Sanitaires (DS). Les DPS assureront un encadrement de proximité des DS pour la mise en œuvre des soins de santé primaires et coordonneront toutes les actions sanitaires dans leurs zones de responsabilité. Ils devront, en plus, faire le suivi des performances des districts sanitaires par rapport aux cibles des interventions prioritaires à travers le contrôle de la conformité et le respect de l'application des politiques, des stratégies, des normes, lois, règlements, etc

Le niveau opérationnel, constitué par les DS, représente le lieu d'exécution des prestations des soins et services en vue d'atteindre les résultats du PSS. Il met en œuvre le PSS à travers son Plan de Développement du District Sanitaire (PDDS) et son Plan Opérationnel de District (POD). À ce niveau, une attention particulière devra être accordée à l'amélioration de la couverture sanitaire, à l'extension des interventions prioritaires et à leur accessibilité par les populations avec leur pleine participation à travers l'élaboration des feuilles de route des communes.

Le niveau communautaire, définit comme le premier niveau de contact du système de santé facilite la notification des événements de santé publique, l'identification des problèmes de santé ainsi que les approches de solutions. La politique et la stratégie de santé communautaire mettra en exergue les moindres détails la logique de la participation communautaire.

- Implication des autres ministères sectoriels dans la mise en œuvre de la PSS 2023-2027

Le cadre d'action ci-dessous pour le renforcement du système de santé servira aux acteurs et parties prenantes ainsi qu'aux détenteurs d'enjeux de référence pour la multisectorialité et la mutualisation des ressources.

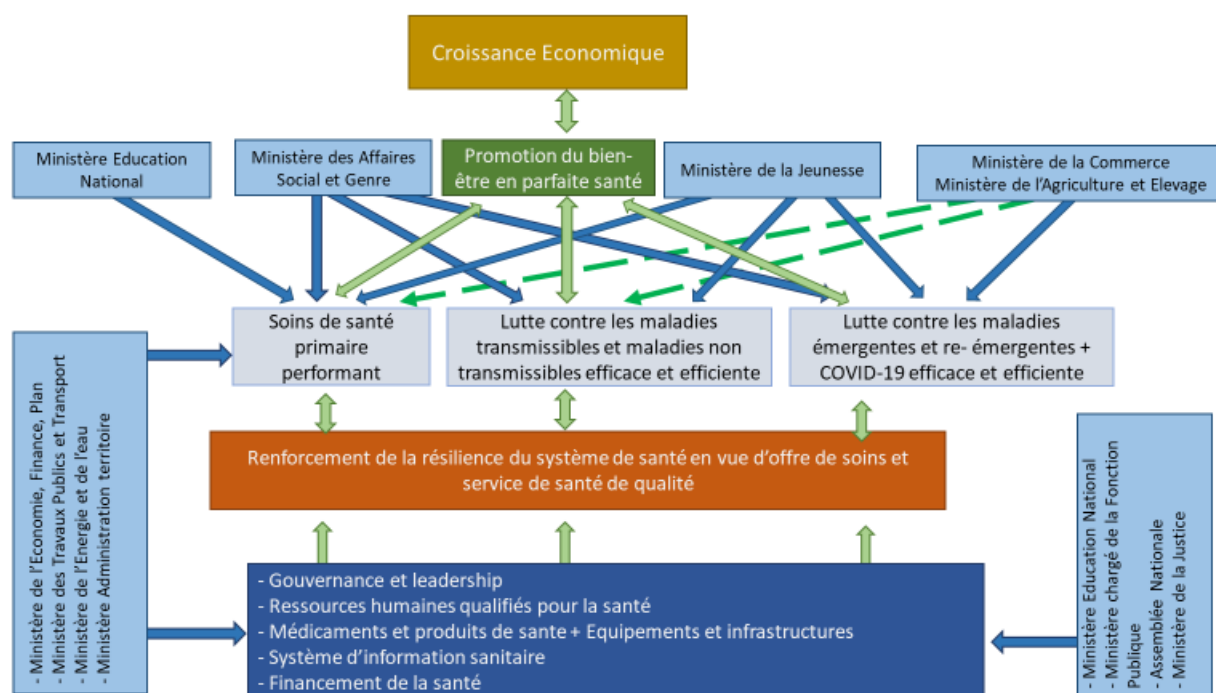


Figure 12: Cadre conceptuel d'action multisectoriel pour le renforcement du système de santé en vue de la couverture sanitaire universelle

Pour parvenir à la fonctionnalité de la multisectorialité vecteur de renforcement de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des structures de santé il faudra entre autres agir sur :

- La gouvernance du système :

Le cadre d'action ci-dessus indique un retour sur investissement dans la santé pour la croissance économique. A travers la gouvernance le pays devrait parvenir à avoir la santé dans toutes les politiques. Ainsi, le leadership et la coordination du Ministre en charge de la santé devront amener les autres ministères sectoriels qui influencent les déterminants de la santé à jouer convenablement leurs rôles. A ce niveau, l'Assemblée nationale vote les dispositions législatives pour conforter le droit à la santé des populations. L'exécutif à son niveau à travers le Chef du Gouvernement définit les grandes orientations. Les autres ministères sectoriels comme le Plan, l'économie, les finances, le cadre de vie, l'agriculture, l'environnement, la fonction publique, le transport et autres ministères sectoriels à travers la bonne gouvernance inter sectorielle influencent positivement les déterminants dont ils ont la charge. Dans le cadre de cette multisectorialité la dynamique de groupe va influencer positivement la résilience du système de santé.

- La gestion des ressources humaines :

La production des ressources humaines qualifiées en santé relève des prérogatives du ministère de l'Enseignement supérieur. Dès lors qu'elles sont formées, le ministère des Finances et de la fonction publique interviennent pour leur recrutement et leurs mises à disposition du Ministère de la Santé. L'action déclencheur de la disponibilité des ressources humaines qualifiées relève donc d'une action concertée entre plusieurs secteurs. La résilience du système de santé une fois encore dépend d'une action multisectorielle. Ainsi, la viabilité et la soutenabilité des interventions en faveur du bien-être des populations de nos villes et campagnes dépendent d'une intervention trans pluridisciplinaire.

- Les Infrastructures et équipements :

La question des infrastructures et équipements sanitaires va au-delà des structures de santé. Elle prend en compte les infrastructures et équipement qui favorisent l'accès et la qualité des services offerts. Il s'agit entre autres des infrastructures routières qui favorise la référence et la contre référence, des ouvrages d'énergie électrique, d'assainissement, d'hygiène et d'eau potable qui favorisent une offre de soins et service de santé de qualité. Dans cette logique, la construction et l'équipement des infrastructures sanitaires, impliquent le Ministère de la santé, le Ministère des Finances, le Ministère du Plan, le Ministère en charge de l'eau, de l'électricité et du cadre de vie. Il est donc important que chaque acteur joue sa partition de manière à rendre disponible et opérationnelle les structures de soins et services de santé.

- Le Système d'information sanitaire (SIS) et la recherche

Par SIS il faut comprendre : la déclaration des événements de santé publique qui la plupart du temps ont lieu dans les communautés, les informations et données générées par le système d'information sanitaire, la production des données sur la sécurité routière et autres. Ainsi, pour la production d'information sanitaire fiable pour la prise de décision à bonne date, il faut la contribution du Ministère de l'administration du territoire à travers l'implication des élus locaux et le Ministère de l'intérieur, le Ministère de l'Agriculture, de l'élevage et de la pêche dans la notification des événements de santé publics. Le Ministère du transport intervient dans la production des données sur la sécurité routière. Le Ministère de la Santé et de la population

travaille pour la production des données sanitaires. On en déduit que pour un système d'information sanitaire fiable, il faut également agir à travers la multisectorialité.

Pour ce qui concerne la recherche, il est important que le Ministère de l'Enseignement supérieur s'approprie la vision de la PSS et l'intègre dans les curricula de formation de manière que la recherche soit orientée action opérationnelle. Il faudra avec le Ministère du plan, de l'économie et des finances, envisager une augmentation des ressources en vue de favoriser la recherche action au niveau des Districts Sanitaires.

- Prestation des soins et services de santé :

La prestation des soins et services de santé comprend : la promotion, la réadaptation, les soins curatifs, la prévention et les soins palliatifs.

Prévention, tous les Ministères sectoriels doivent s'impliquer pour la sensibilisation sur les risques tels que l'importation de faux médicaments, le tabagisme, l'alcoolisme, les accidents de la route, les catastrophes naturelles et les urgences sanitaires ou les événements de santé publique. Les Ministères des finances, du transport et du commerce doivent mettre un système d'imposition et de contrôle qui décourage les comportements et la consommation des produits dangereux pour la santé.

Promotion, les ministères de la jeunesse, de l'agriculture, du cadre de vie, de la décentralisation, de la famille et des affaires sociales, de l'éducation, de l'enseignement supérieur et de la santé promeuvent une alimentation saine, un cadre de vie sain et le développement d'activités physique pour la réduction des facteurs de risque.

Réadaptatifs, palliatifs et curatif le Ministère de la santé, de la famille et des affaires sociales, de la défense, de l'enseignement supérieur et de l'éducation nationale et de l'intérieur travaillent chacun dans son domaine pour la disponibilité et la capacité opérationnelle des soins et service de santé en rapport avec leurs différentes cibles.

- Financement de la santé :

Il apparaît comme un pilier fondamental compte tenu des interventions indispensables au renforcement du système de santé en vue de sa résilience pour une couverture sanitaire universelle. Comme noté ci-dessus le financement de la santé va au-delà des ressources allouées au secteur de la santé. Il prend en compte le financement des autres ministères sectoriels qui influencent les déterminants de la santé comme énoncé ci-dessus. Il est donc important d'optimiser les ressources dans le cadre de la mise en œuvre des projets de développement en agissant sur des choix stratégiques qui ont des effets leviers.

b) Les partenaires techniques et financiers

Ils joueront leur partition en apportant l'appui technique selon leur avantage comparatif. Ils contribueront également à la mobilisation et à la mise à disposition des ressources pour la mise en œuvre de la PSS dans la vision de la gestion axée sur la performance et la redevabilité. Dans le cadre de l'efficacité de l'aide au développement, les partenaires s'aligneront sur les priorités nationales. Ils seront impliqués, à toutes les étapes du processus de planification et veilleront à l'utilisation de mécanisme d'optimisation des ressources.

c) La société civile et le secteur sanitaire privé

Elle regroupe entre autres : les ordres et les associations de professionnelles de santé, les confessions religieuses qui ont des structures de santé, les ONG de santé. Ils poursuivront leur partenariat avec le gouvernement en tant qu'acteurs sanitaires. Ils participeront à toutes les étapes de planification depuis de l'élaboration, le suivi et l'évaluation des politiques et stratégies y compris la mobilisation de ressources additionnelles pour la santé.

V.1.4 Contraintes et conditions de succès de la mise en œuvre de la PSS 2023-2027

a) Analyse des contraintes

Les contraintes de mise en œuvre de la Politique et Stratégie Sectorielle de la Santé sont essentiellement d'ordre politique, économique et socio-culturel liées à la pauvreté, au bas niveau d'éducation des populations et à la persistance de pratiques néfastes à la santé. Par ailleurs, la résolution des problèmes de santé est complexe du fait de leur caractère multisectoriel. Les aléas liés à l'adaptation aux changements climatiques doivent être atténués sans oublier des urgences sanitaires.

b) Conditions de succès

Pour garantir le succès de la mise en œuvre de la Politique et Stratégie Sectorielle de la (PSS) 2023-2027, plusieurs éléments clés doivent être mis en place. Tout d'abord, une coordination intra-sectorielle efficace est nécessaire pour assurer une harmonie dans la mise en œuvre de la PSS. Les décideurs doivent également afficher un leadership fort et assumer leur rôle de gouvernance pour orienter et soutenir les efforts. De plus, un engagement soutenu de toutes les parties prenantes du système de santé, y compris les autres départements ministériels, les ONG/Associations et la société civile, est essentiel pour garantir l'efficacité et l'efficience des interventions.

Il est également crucial de mettre en place un cadre commun de planification afin de faciliter la coordination et l'alignement des actions entre les différents acteurs. Une collaboration multisectorielle organisée, en particulier avec les autres secteurs de la vie nationale, est nécessaire pour aborder les déterminants de santé et promouvoir des approches intégrées.

Un changement des comportements est indispensable, en mettant l'accent sur l'adoption de pratiques favorables à la santé et à la prévention des maladies. De plus, un engagement politique fort et soutenu au plus haut niveau est nécessaire, ainsi que la dynamisation des corps de contrôle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour assurer la reddition des comptes et la redevabilité envers les populations.

Enfin, il est crucial d'accroître le financement de la santé, en allouant au moins 15% du budget global de l'État à la promotion de la santé et à la prévention. Il est également important de simplifier les procédures de dépenses au profit du secteur de la santé.

Par ailleurs, pour disposer des données fiables capables de suivre les progrès, des enquêtes épidémiologiques ou sociales seront menées.

- Supervision et monitoring

Le système de supervision et de monitoring sera renforcé à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Il sera élaboré par niveau un plan régulier de suivi des activités de santé.

Le niveau central supervisera trimestriellement les activités des régions sanitaires. Les districts sanitaires seront supervisés tous les deux mois par les provinces. Les Districts assureront mensuellement à leur tour une supervision rapprochée des formations sanitaires de leurs aires de compétence respectives.

- Revues : pour une meilleure capitalisation des bonnes pratiques et des réajustements réguliers, des revues conjointes seront organisées.

- Evaluation : des évaluations périodiques seront réalisées dans le cadre de la mise en œuvre des plans de travail annuels 2024, 2025, 2026 et 2027. Les conclusions de ces évaluations guideront l'élaboration d'autres plans. Une évaluation à mi-parcours sera faite en 2025 suivie d'une évaluation finale en 2027. Ces deux dernières évaluations seront externes.

c) Cadre de performance de la PSS 2023-2027

le tableau ci-dessous fait le récapitulatif des indicateurs de performance retenu dans la cadre de la mise en œuvre de la PSS 2023-2027. Il présente les indicateurs, les données de références, les cibles, leurs modes de production ainsi que les sources de collecte de ces données.

Tableau 1 : Cadre des indicateurs performance

Libellé des indicateurs	Type d'indicateurs	Base		Sources Informatio	Années				Périodicité des rapports	Observations
		Année 20	Valeur		2024	2025	2026	2027		
§ Diminuer le taux de mortalité maternelle de 299 à 219 pour 100 000 naissances vivantes le taux de mortalité maternelle ;	Impact	2023		PNSR	330	315	300	285	Sans	
§ Augmenter de 90% à 94% le pourcentage des accouchements assistés par un prestataire qualifié en milieu de soins ;	Effet	2023		PNSR	85	93,00	94,00	95,00	Sans	
§ Diminuer le taux de mortalité infantile de 33,75 à 32,50 (pour 1000 naissances vivantes) ;	Impact	2023		PNSR					Sans	
§ Diminuer le taux de mortalité infanto juvénile de 58 à 56 (pour 1000 naissances vivantes) ;	Impact	2023		PNSR	56	54	52	50	Sans	
§ Augmenter le taux d'enfants complètement vaccinés de 86 à 92 ;	Effet	2023		PNSR	85	87	90	92	Sans	
§ Accroître de 18 à 26,6% la prévalence contraceptive de toutes les méthodes chez les femmes en âge de procréer ;	Effet	2023		PNSR						
§ Augmenter de 23 à 33% le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes ;	Effet	2023		PNSR	27.02	29.08	31.14	33.21	Sans	
§ Diminuer de 54 à 43% (naissances pour 1 000 filles de 15-19 ans) le taux de fécondité chez les adolescentes ;	Effet	2023		PNSR	49,51	47,31	45,11	42,91	Sans	
§ Diminuer la prévalence du VIH SIDA dans la population total 15-49 ans de 0,9 à moins de 0,3% ;	Effet	2023		PNSLS	0.6	0.5	0.4	0.3	Sans	
§ L'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est assurée (moins de 5% de TME) ;	Effet	2023		PNLS	3	2	2	2	Sans	
§ Les nouvelles infections à VIH/IST/HV sont réduites d'au moins 70 %, en particulier pour les populations les plus exposées ;	Effet	2023		PNLS						
§ Diminuer le taux d'incidence du paludisme de 518,8 à 258 (pour 1000 population à risque) ;	Effet	2023		PNILP	432	382	292	258	Sans	
§ Réduire la morbidité liée au paludisme d'au moins 60% ;	Impact	2023		PNILP						
§ Diminuer de 103 à 78 pour 100 000 personnes le taux d'incidence de la tuberculose ;	Effet	2023		PNLT	93	88	83	78		
§ Augmenter de 55 à 90% le taux de notification de la Tuberculose Pulmonaire Bacille positif (TPB+) ;	Effet	2023		PNLT	69	76	83	90		
§ Diminuer de 56% à 45% le taux de prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans ;	Effet	2023		PRONUANIT	51%	49%	47%	45%	Sans	
§ Baisser le taux de prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de moins de 5 ans passera de 4,8% à 3% ;	Effet	2023		PRONUANIT	4	4	3	3	Sans	
§ Augmenter de 54,7% à 80% le taux de disponibilité des médicaments essentiels (Communauté, Formations Sanitaires) ;	Effet	2023		CAMEBU	65	72	80	80		
§ Homologuer au moins 80% des médicaments circulant au Burundi	Processus	2023		ABREMA						
§ Renforcer l'analyse de la qualité des médicaments, consommables essentiels et produits sanguins ;	Processus	2023		ABREMA						
§ Maitriser 100% des épidémies survenues dans le pays ;	Effet	2023		COUSP	100	100	100	100		
§ Augmenter progressivement la part du budget de l'Etat allouée à la santé pour atteindre au moins 15% ;	Effet	2023		DPSE	4.5	≥15	≥15	≥15		
§ Passer de 62% à 100% de la digitalisation des hôpitaux ;	Effet	2023	62	PROGISSA	70	80	90	100	annuel	disponibilité du budget
§ Réduire de 37% à 32% le taux de mortalité prématurés des Maladies chroniques non transmissibles ;	Impact	2023		MCNT						
§ Promouvoir la santé mentale.	Effet	2023		MCNT						

V.2. Cadre de suivi, d'évaluation et de redevabilité

Le cadre de suivi, d'évaluation et de redevabilité est basé sur la logique d'une gestion axée sur la performance, qui oblige les acteurs, les parties prenantes ainsi que les détenteurs à mettre en place un dispositif permettant de générer des informations relatives aux progrès réalisés dans la mise en œuvre de la PSS 2023-2027, de procéder à l'analyse des performances régulières et d'orienter la prise de décision.

Le cadre ci-dessous inspiré du guide de suivi évaluation de l'OMS décrit les modalités et les indicateurs traceurs permettant d'apprécier l'efficacité, l'efficience ainsi que l'impact des interventions menées dans le système de santé.

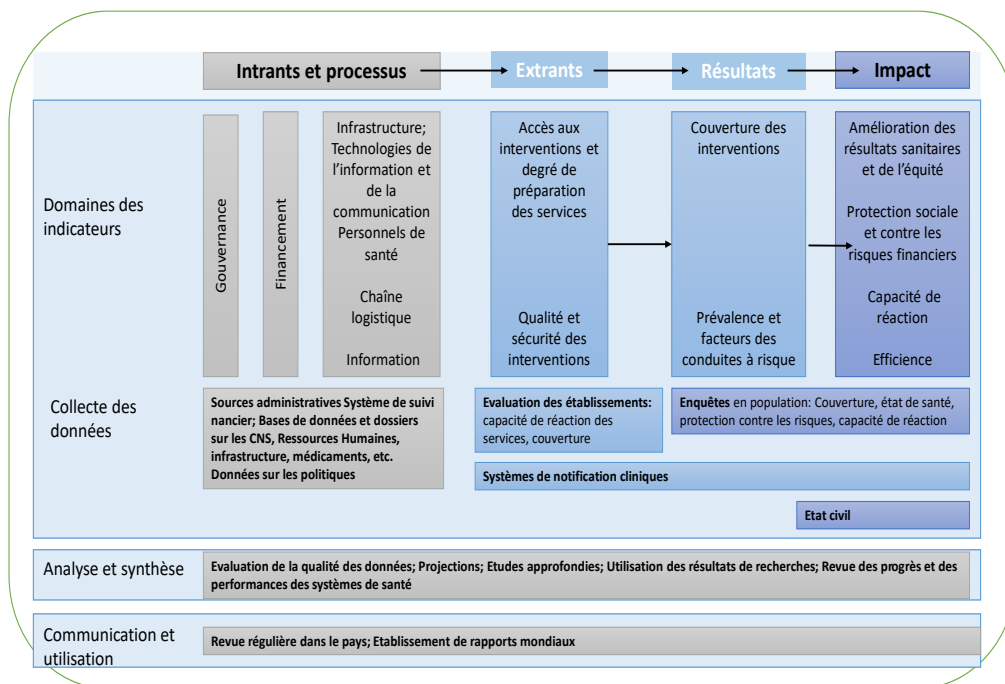


Figure 13 : Cadre de référence pour le suivi et l'évaluation des systèmes de santé (IHP+)

Le cadre ci-dessus servira de référence pour la mesure des progrès réalisés dans le cadre de la mise en œuvre de la PSS 2023-2027 de manière à faire les réajustements nécessaires à temps pour une amélioration sensible de la performance.

Les processus de suivi et évaluation de la PSS se réalisent à travers les Cadres de concertation, les groupes thématiques, la Revue annuelle conjointe (RAC) et la revue finale de la PSS. Des enquêtes, études et des données du SIS de routine constituent une source de documentation des indicateurs d'évaluation de la PSS. Il sera mis en place un Comité technique multisectoriel chargé de (i) récolter toutes les informations nécessaires permettant un suivi de la mise en œuvre et (ii) alimenter, sur une base annuelle, la matrice des indicateurs de résultats.

Aux différents niveaux du système de santé, le suivi-évaluation impliquera les organes suivants :

- (1) Au niveau central : (i) le Cadre de Concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement (CPSD); (ii) les Comités spécifiques tels que le ICN, le CCAI...; (iii) la Direction générale de la Planification avec ses deux départements (Planification et Système National d'Information Sanitaire)
- (2) Au niveau provincial : (i) le démembrement provincial du CPSD; (ii) l'Équipe Cadre Provinciale.
- (3) Au niveau du district sanitaire : (i) l'Équipe Cadre de District (ECD); (ii) le Comité de Gestion au niveau des structures périphériques; (iii) le Conseil de direction au niveau des hôpitaux de district.

Le suivi et l'évaluation seront menés de manière à : (i) assurer un meilleur suivi des différentes interventions permettant d'apporter les mesures correctrices nécessaires ; (ii) assurer une meilleure appréciation des résultats ; (iii) apporter des évidences des résultats obtenus ; (iv) permettre une meilleure communication avec l'ensemble des différents partenaires.

SIXIEME PARTIE : FINANCEMENT DE LA PSS 2023-2027

VI. MECANISME DE FINANCEMENT DE LA PSS 2023-2027

VI.1 Sources de financement

Le financement de la **PSS 2023-2027** sera assuré par le budget de l'État, le secteur privé, les ONG nationales et internationales, ainsi que les partenaires bilatéraux et multilatéraux sans oublier la contribution des ménages. Le budget de l'État sera progressivement augmenté pour atteindre au moins **15%**, conformément aux recommandations de la conférence d'Abuja. Ce niveau de financement est essentiel pour atteindre les objectifs fixés. Le soutien financier externe sera également sollicité pour compléter les ressources nécessaires.

VI.2 Financement innovant

Il est impératif d'explorer des sources de financement novatrices pour améliorer le secteur de la santé au Burundi. Des considérations peuvent inclure la taxation ciblée de produits tels que les billets d'avion, les boissons alcoolisées et sucrées, les cigarettes et les transactions de téléphonie mobile etc... Par ailleurs, des opportunités à exploiter résident dans l'organisation d'activités de collecte de fonds telles que des soirées de gala.

VI.3 Les dispositifs de gestion optimale des ressources

Pour assurer une gestion optimale des ressources financières, il est important d'adopter une approche sectorielle basée sur les principes clés suivants : l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités définies dans la **PSS 2023-2027**, la gestion axée sur les résultats et la redevabilité mutuelle entre les partenaires au développement et le gouvernement grâce au renforcement du mécanisme de suivi. La flexibilité sera de mise en combinant différentes approches telles que l'appui budgétaire sectoriel et/ou global, les projets et programmes, ainsi que les fonds spécialement affectés. Les organes de contrôle de l'État, notamment l'inspection générale du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, seront sollicités pour effectuer des contrôles de gestion annuels, y compris des audits financiers sur l'ensemble des financements et des rapports financiers. Cela contribuera à renforcer l'obligation de rendre compte de manière transparente et responsable.

VII. CONCLUSION

La Politique et stratégie sectorielle de santé 2023-2027 est l'aboutissement d'un travail collectif de l'ensemble des acteurs du secteur. Elle prend en compte les acquis et défis issus du bilan de la Politique Nationale de Santé 2016-2025, mais aussi du PNDS III 2018-2023 sans oublier l'ancienne Stratégie sectorielle de la santé 2021-2027. De ces acquis et défis, ont été formulés des orientations stratégiques et des actions prioritaires d'intervention ainsi que des propositions d'actions qui sont calqués aussi bien sur les aspirations nationales du moment donc la vision du **"Burundi Pays Émergent en 2040"** et **"Burundi Pays Développé en 2060"** et Plan National de Développement révisé 2023-2027. Les propositions d'action seront reprises dans Stratégie sectorielle de la santé et des plans de travail et de budget annuel (PTBA) des différentes institutions ministérielles.

La santé étant au carrefour du développement humain et de la croissance économique, l'implication et la contribution de tous les acteurs sont d'une importance capitale dans la mise en œuvre concrète de la présente PNS afin que les résultats escomptés soient atteints en 2027. L'atteinte des résultats nécessitera une forte collaboration avec les parties prenantes, y compris le secteur privé et une mobilisation encore plus grande des ressources dont la gestion sera soutenue par la culture du résultat, l'esprit d'efficacité, d'efficience et de la redevabilité.

VIII. Annexe :

A. LES PROGRAMMES ET ACTIONS BUDGETAIRES

I. Le programme budgétaire "Offre et accès aux services et soins de santé-037"

Le programme budgétaire "Offre et accès aux services et soins de santé" vise à allouer des ressources financières pour garantir que les services et les soins de santé sont disponibles et accessibles à tous. Cela comprend la mise en place de mesures pour soutenir l'offre de services de santé de qualité et faciliter l'accès des individus à ces services. Voici quelques exemples de mesures qui peuvent être prises dans le cadre de ce programme :

- 1. **Construction et rénovation d'infrastructures de santé** : Allouer des fonds pour la construction de nouveaux hôpitaux, cliniques ou centres de santé, ainsi que pour la rénovation et la modernisation des installations existantes ;*
- 2. **Formation du personnel médical** : Financer des programmes de formation et de perfectionnement pour les professionnels de la santé, tels que les médecins, les infirmières et les techniciens médicaux, afin d'améliorer la qualité des soins fournis ;*
- 3. **Fourniture d'équipements médicaux** : Allouer des ressources pour l'achat et la maintenance d'équipements médicaux essentiels, tels que des scanners, des appareils de radiographie, des respirateurs, etc. ;*
- 4. **Programmes de santé communautaires** : Financer des initiatives visant à améliorer la santé au niveau communautaire, telles que des campagnes de sensibilisation, des programmes de dépistage et des services de santé mobiles ;*
- 5. **Subventions pour les soins de santé** : Allouer des subventions pour aider les individus à accéder aux soins de santé, notamment pour les populations défavorisées, les personnes âgées ou les personnes atteintes de maladies chroniques.*

L'objectif principal de ce programme budgétaire est de garantir que tous les individus ont accès à des services et des soins de santé de qualité, en allouant des ressources financières adéquates pour soutenir l'offre et faciliter l'accès aux services de santé essentiels.

❖ L'action budgétaire "Infrastructures sanitaires et équipement-03701"

L'action budgétaire "Infrastructures sanitaires et équipement" dans le cadre du programme "Offre et accès aux services et soins de santé" vise à allouer des ressources financières pour la construction, la rénovation et l'équipement des infrastructures de santé. Voici quelques exemples pour expliquer cette action budgétaire de manière concise :

- ✓ ***Construction d'hôpitaux et de centres de santé** : Les fonds alloués permettent de construire de nouveaux établissements de santé pour répondre aux besoins croissants de la population. Par exemple, la construction d'un nouvel hôpital régional ou d'un centre de santé communautaire ;*
- ✓ ***Rénovation des installations existantes** : Une partie du budget est consacrée à la rénovation des infrastructures de santé existantes pour les rendre plus modernes et fonc-*

tionnelles. Par exemple, la rénovation des salles d'opération, des unités de soins intensifs ou des services d'urgence ;

- ✓ **Acquisition d'équipements médicaux :** Les ressources budgétaires sont utilisées pour l'achat d'équipements médicaux essentiels. Par exemple, l'acquisition de scanners, de machines d'imagerie médicale, de respirateurs ou de matériel de laboratoire ;
- ✓ **Amélioration des technologies de l'information et de la communication :** Une partie du budget est allouée à l'amélioration des systèmes informatiques et de communication dans les établissements de santé. Par exemple, l'installation de dossiers médicaux électroniques ou de systèmes de téléconsultation.

L'objectif de cette action budgétaire est de garantir des infrastructures de santé modernes et bien équipées, afin de fournir des services de santé de qualité et d'améliorer l'accès aux soins pour la population.

❖ L'action budgétaire "Intrants et produits de santé-03702"

L'action budgétaire "Intrants et produits de santé" dans le cadre du programme "Offre et accès aux services et soins de santé" vise à allouer des ressources financières pour l'acquisition et la distribution des intrants et produits nécessaires aux services de santé. Ces intrants et produits comprennent les médicaments, les vaccins, les fournitures médicales et autres produits essentiels. Voici quelques exemples pour expliquer cette action budgétaire de manière concise :

- ✓ **Achats de médicaments :** Les fonds alloués permettent d'acheter des médicaments essentiels tels que des antibiotiques, des antipaludiques, des antirétroviraux, des médicaments pour le traitement du cancer, etc. Ces médicaments sont ensuite distribués aux établissements de santé pour assurer un accès adéquat aux traitements nécessaires ;
- ✓ **Vaccination :** Les ressources budgétaires sont utilisées pour l'achat de vaccins afin de prévenir les maladies infectieuses telles que la rougeole, la polio, la grippe, etc. Ces vaccins sont ensuite administrés dans les centres de santé et lors de campagnes de vaccination pour protéger la population contre ces maladies ;
- ✓ **Fournitures médicales :** Les fonds sont alloués pour l'achat de fournitures médicales telles que des pansements, des seringues, des gants, des équipements de protection individuelle, etc. Ces fournitures sont essentielles pour assurer des soins de santé sûrs et hygiéniques, tant pour les patients que pour les professionnels de la santé ;
- ✓ **Équipements médicaux :** Une partie du budget est consacrée à l'achat d'équipements médicaux tels que des appareils de diagnostic, des moniteurs de santé, des lits d'hôpital, des équipements de laboratoire, etc. Ces équipements sont nécessaires pour fournir des soins de santé de qualité et pour améliorer les capacités de diagnostic et de traitement.

L'objectif de cette action budgétaire est de garantir l'approvisionnement adéquat en intrants et produits de santé essentiels, afin de répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé et d'améliorer l'accès aux services médicaux nécessaires.

❖ L'action budgétaire "Accessibilité aux services de santé-03703"

L'action budgétaire "Accessibilité aux services de santé" dans le cadre du programme "Offre et accès aux services et soins de santé" vise à allouer des ressources financières pour

améliorer l'accès des populations aux services de santé. Voici quelques exemples pour expliquer cette action budgétaire de manière concise :

- ✓ **Développement de centres de santé communautaires** : Les fonds alloués permettent de créer des centres de santé de proximité dans les zones rurales ou éloignées, offrant ainsi un accès plus facile aux soins de santé primaires pour les populations locales ;
- ✓ **Campagnes de sensibilisation et de prévention** : Une partie du budget est consacrée à la mise en place de campagnes de sensibilisation et de prévention des maladies. Par exemple, des programmes de dépistage du cancer, des campagnes de vaccination ou des initiatives de promotion de la santé ;
- ✓ **Subventions pour les soins de santé** : Les ressources budgétaires sont utilisées pour fournir des subventions aux personnes à faible revenu ou aux groupes vulnérables, afin de faciliter leur accès aux services de santé. Par exemple, des programmes d'assurance maladie abordables ou des subventions pour les médicaments essentiels ;
- ✓ **Amélioration des infrastructures de transport** : Une partie du budget est allouée à l'amélioration des infrastructures de transport pour faciliter l'accès aux établissements de santé. Par exemple, la construction de routes ou l'extension des réseaux de transport en commun vers les zones mal desservies.

L'objectif de cette action budgétaire est de garantir une accessibilité accrue aux services de santé pour tous, en particulier pour les populations défavorisées ou vivant dans des régions éloignées.

❖ L'action budgétaire "Assurance qualité de produits de santé-03704"

L'action budgétaire "Assurance qualité de produits de santé" dans le cadre du programme "Offre et accès aux services et soins de santé" vise à allouer des ressources financières pour garantir la qualité et la sécurité des produits de santé. Voici quelques exemples pour expliquer cette action budgétaire de manière concise :

- ✓ **Contrôle et réglementation des médicaments** : Les fonds alloués permettent de mettre en place des mécanismes de contrôle et de réglementation pour assurer la qualité des médicaments sur le marché. Cela inclut des inspections régulières des fabricants, des tests de qualité des produits et des réglementations strictes en matière de fabrication et de distribution ;
- ✓ **Surveillance des dispositifs médicaux** : Une partie du budget est consacrée à la surveillance et à l'évaluation des dispositifs médicaux pour garantir leur sécurité et leur efficacité. Cela comprend des évaluations régulières des performances des dispositifs, des inspections des fabricants et des réglementations pour assurer leur conformité aux normes de qualité ;
- ✓ **Laboratoires de contrôle qualité** : Les ressources budgétaires sont utilisées pour renforcer les capacités des laboratoires de contrôle qualité, afin de mener des tests et des analyses approfondis sur les produits de santé. Cela permet de détecter les éventuels problèmes de qualité et de s'assurer que les produits répondent aux normes requises ;
- ✓ **Formation et sensibilisation** : Une partie du budget est allouée à la formation du personnel de santé et à la sensibilisation des professionnels de la santé sur les bonnes pratiques en matière d'assurance qualité des produits de santé. Cela contribue à améliorer la compréhension et l'application des normes de qualité dans les établissements de santé.

L'objectif de cette action budgétaire est de garantir que les produits de santé disponibles sur le marché sont sûrs, efficaces et de haute qualité, afin de protéger la santé des patients et d'assurer des soins de santé de qualité.

❖ **L'action budgétaire "Ressources humaines en santé-3705"**

L'action budgétaire "Ressources humaines en santé" dans le cadre du programme "Offre et accès aux services et soins de santé" vise à allouer des ressources financières pour renforcer les effectifs et les compétences du personnel de santé. Voici quelques exemples pour expliquer cette action budgétaire de manière concise :

- ✓ **Recrutement et formation du personnel de santé** : Les fonds alloués permettent de recruter de nouveaux professionnels de santé tels que des médecins, des infirmières, des techniciens de laboratoire, etc. Ils sont également utilisés pour offrir des formations continues afin d'améliorer les compétences et les connaissances du personnel existant ;
- ✓ **Amélioration des conditions de travail** : Une partie du budget est consacrée à l'amélioration des conditions de travail du personnel de santé. Cela peut inclure des augmentations de salaire, des avantages sociaux, des équipements de protection individuelle et des améliorations des infrastructures de santé ;
- ✓ **Développement des carrières et des spécialisations** : Les ressources budgétaires sont utilisées pour soutenir le développement des carrières et des spécialisations du personnel de santé. Cela peut inclure des programmes de formation avancée, des bourses d'études ou des incitations à se spécialiser dans des domaines spécifiques de la santé ;
- ✓ **Renforcement des équipes de soins primaires** : Une partie du budget est allouée au renforcement des équipes de soins primaires, notamment en recrutant davantage de professionnels de santé de première ligne tels que des infirmières et des agents de santé communautaires. Cela vise à améliorer l'accès aux soins de santé de base pour les populations locales.

L'objectif de cette action budgétaire est de garantir des ressources humaines en santé adéquates, compétentes et motivées, afin de fournir des services de santé de qualité et d'améliorer l'accès aux soins pour la population.

II. Le programme budgétaire " Prévention et Sécurité Sanitaire -038"

Le programme budgétaire "Prévention et Sécurité Sanitaire" vise à allouer des ressources financières pour prévenir les maladies et assurer la sécurité sanitaire de la population. Il s'agit de mettre en place des mesures de prévention, de surveillance et de réponse aux risques sanitaires, afin de protéger la santé publique. Voici quelques exemples de mesures qui peuvent être prises dans le cadre de ce programme :

1. **Vaccination** : Financer des campagnes de vaccination pour prévenir la propagation de maladies infectieuses telles que la grippe, la rougeole ou la polio ;
2. **Contrôle des maladies transmissibles** : Allouer des fonds pour la surveillance et la prévention des maladies transmissibles telles que le VIH/SIDA, la tuberculose ou le paludisme.
3. **Promotion de la santé** : Financer des programmes de sensibilisation et d'éducation pour promouvoir des comportements sains, tels que l'alimentation équilibrée, l'activité physique et l'arrêt du tabac ;

4. Sécurité alimentaire : Investir dans des mesures de contrôle et de prévention des risques alimentaires, tels que l'inspection des aliments, la sécurité des produits alimentaires et la prévention des intoxications alimentaires ;

5. Préparation aux urgences sanitaires : Allouer des ressources pour la planification, la formation et la mise en place de systèmes d'alerte précoce en cas d'épidémie ou de catastrophe sanitaire.

L'objectif principal de ce programme budgétaire est de prévenir les maladies, de promouvoir la santé et de garantir la sécurité sanitaire de la population en allouant des ressources financières adéquates aux mesures de prévention et de réponse aux risques sanitaires.

❖ L'action budgétaire "**Promotion nutritionnelle-03801**"

L'action budgétaire "Promotion nutritionnelle" dans le cadre du programme "Prévention et Sécurité Sanitaire" vise à allouer des ressources financières pour promouvoir une alimentation saine et équilibrée. Voici quelques exemples pour expliquer cette action budgétaire de manière concise :

- ✓ **Campagnes de sensibilisation :** Les fonds alloués permettent de mettre en place des campagnes de sensibilisation sur les bienfaits d'une alimentation équilibrée. Cela peut inclure des messages publicitaires, des brochures d'information et des programmes éducatifs dans les écoles et les communautés ;
- ✓ **Subventions pour l'accès à des aliments sains :** Une partie du budget est consacrée à fournir des subventions pour rendre les aliments sains plus accessibles et abordables. Par exemple, des programmes de subvention pour les fruits et légumes frais ou des incitations financières pour l'achat de produits alimentaires nutritifs ;
- ✓ **Promotion de l'allaitement maternel :** Les ressources budgétaires sont utilisées pour promouvoir l'allaitement maternel exclusif et soutenir les mères dans cette pratique. Cela peut inclure des programmes de sensibilisation, des formations pour les professionnels de santé et des initiatives visant à créer des environnements favorables à l'allaitement ;
- ✓ **Éducation nutritionnelle :** Une partie du budget est allouée à l'éducation nutritionnelle, en fournissant des ressources et des programmes d'information sur les principes d'une alimentation équilibrée. Cela peut inclure des ateliers, des consultations individuelles et des ressources en ligne pour aider les individus à prendre des décisions alimentaires éclairées.

L'objectif de cette action budgétaire est de promouvoir une alimentation saine et équilibrée, de prévenir les problèmes de santé liés à la nutrition et de sensibiliser la population aux choix alimentaires bénéfiques pour leur bien-être.

❖ L'action budgétaire "**Santé communautaire et environnementale-03802**"

L'action budgétaire "Santé communautaire et environnementale" dans le cadre du programme "Prévention et Sécurité Sanitaire" vise à allouer des ressources financières pour promouvoir la

santé au sein des communautés et protéger l'environnement. Voici quelques exemples pour expliquer cette action budgétaire de manière concise :

- ✓ **Programmes de prévention des maladies :** Les fonds alloués permettent de mettre en place des programmes de prévention des maladies au niveau communautaire. Cela peut inclure des campagnes de vaccination, des dépistages de maladies courantes, des programmes de sensibilisation sur l'hygiène et des initiatives de promotion de modes de vie sains ;
- ✓ **Amélioration de l'accès aux soins de santé :** Une partie du budget est consacrée à améliorer l'accès aux soins de santé au sein des communautés. Cela peut inclure la création de centres de santé communautaires, le déploiement de professionnels de santé dans les zones rurales ou défavorisées, et la mise en place de services de santé mobiles ;
- ✓ **Protection de l'environnement :** Les ressources budgétaires sont utilisées pour protéger l'environnement et réduire les risques pour la santé. Cela peut inclure des initiatives de gestion des déchets, des programmes de lutte contre la pollution de l'air et de l'eau, et des mesures visant à promouvoir des environnements sains et durables ;
- ✓ **Renforcement des capacités communautaires :** Une partie du budget est allouée au renforcement des capacités des communautés en matière de santé. Cela peut inclure des programmes de formation sur les premiers secours, la sensibilisation aux risques sanitaires spécifiques à la région et le développement de compétences en matière de prévention des maladies.

L'objectif de cette action budgétaire est de promouvoir la santé au sein des communautés en améliorant l'accès aux soins, en prévenant les maladies et en protégeant l'environnement. Cela contribue à créer des communautés plus saines et résilientes sur le plan sanitaire.

❖ L'action budgétaire "Prévention et contrôle des maladies-03803"

L'action budgétaire "Prévention et contrôle des maladies" dans le cadre du programme "Prévention et Sécurité Sanitaire" vise à allouer des ressources financières pour prévenir la propagation des maladies et contrôler leur impact. Voici quelques exemples pour expliquer cette action budgétaire de manière concise :

- ✓ **Campagnes de sensibilisation :** Les fonds alloués permettent de mettre en place des campagnes de sensibilisation sur les maladies infectieuses et les mesures de prévention. Cela peut inclure des messages publicitaires, des brochures d'information et des programmes éducatifs pour informer la population sur les pratiques d'hygiène, la vaccination et les comportements à risque ;
- ✓ **Surveillance épidémiologique :** Une partie du budget est consacrée à la surveillance épidémiologique, c'est-à-dire la collecte et l'analyse de données sur les maladies. Cela permet de détecter rapidement les épidémies, de suivre leur évolution et de prendre des mesures de contrôle appropriées ;
- ✓ **Vaccination et immunisation :** Les ressources budgétaires sont utilisées pour soutenir les programmes de vaccination et d'immunisation. Cela inclut l'achat de vaccins, la mise en place de campagnes de vaccination de masse et la formation du personnel de santé pour administrer les vaccins en toute sécurité ;
- ✓ **Préparation aux urgences sanitaires :** Une partie du budget est allouée à la préparation aux urgences sanitaires, telles que les épidémies ou les pandémies. Cela comprend la mise en place de plans d'intervention, la constitution de

stocks de médicaments et d'équipements de protection, ainsi que la formation du personnel de santé pour faire face à de telles situations.

L'objectif de cette action budgétaire est de prévenir la propagation des maladies, de protéger la population et de contrôler les épidémies. Cela contribue à assurer la sécurité sanitaire et à maintenir la santé de la population.

❖ L'action budgétaire "Santé de la Reproduction, Maternelle, Néo-natale, Infantile, des Adolescents(SRMNIA)-03804"

L'action budgétaire "Santé de la Reproduction, Maternelle, Néo-natale, Infantile (SRMNIA), des Adolescents(SRMNIA)" dans le cadre du programme "Prévention et Sécurité Sanitaire" vise à allouer des ressources financières pour améliorer la santé des femmes enceintes, des nouveau-nés, des nourrissons, des enfants et des adolescents. Voici quelques exemples pour expliquer cette action budgétaire de manière concise :

- ✓ **Soins de santé maternelle (Soins prénatals et postnatals) :** Les fonds alloués permettent de fournir des soins de santé complets aux femmes enceintes, y compris des consultations prénatales régulières, des examens médicaux, des conseils en matière de nutrition, des accouchements sûrs et des soins postnatals pour assurer la santé et le bien-être de la mère et du nouveau-né ;
- ✓ **Accès aux services de planification familiale :** Une partie du budget est consacrée à garantir l'accès aux services de planification familiale, y compris la fourniture de contraceptifs, l'éducation sexuelle et la sensibilisation à la santé reproductive pour les adolescents et les adultes ;
- ✓ **Soins néonataux et infantiles :** Les ressources budgétaires sont utilisées pour améliorer les soins de santé pour les nouveau-nés et les nourrissons, y compris la formation du personnel de santé, l'équipement médical spécialisé, la prévention des maladies, la vaccination, les soins postnatals et les programmes de dépistage précoce, et de traitement des maladies infantiles, et les campagnes de sensibilisation sur les pratiques de soins appropriées ;
- ✓ **Santé des adolescents :** Une partie du budget est allouée à la promotion de la santé des adolescents, y compris la fourniture de services de santé adaptés à leurs besoins spécifiques, tels que la santé mentale, la santé sexuelle et reproductive, l'accès à des services de planification familiale, l'éducation sur les comportements à risque, la prévention des maladies et la promotion d'un mode de vie sain ;
- ✓ **Soins de santé des personnes âgées :** Une partie du budget est allouée à la santé des personnes âgées, y compris la prévention des maladies liées à l'âge, l'accès aux soins médicaux spécialisés, les programmes de dépistage et les services de soutien pour améliorer leur qualité de vie.

L'objectif de cette action budgétaire est d'améliorer la santé et le bien-être des femmes enceintes, des nouveau-nés, des nourrissons, des enfants, des adolescents et des personnes âgées en leur fournissant des soins de santé adaptés à leurs besoins spécifiques. Cela contribue à réduire les taux de mortalité maternelle et infantile, à promouvoir la santé reproductive, à prévenir les maladies et à assurer un développement sain des enfants et des adolescents et à assurer un vieillissement en bonne santé.

III. Le programme budgétaire " Administration Générale -039"

Le programme budgétaire "Administration Générale" vise à allouer des ressources financières pour soutenir les activités administratives et de gestion d'une organisation ou d'un service lié à la santé. Il s'agit de financer les fonctions administratives essentielles nécessaires au bon fonctionnement de l'entité. Voici quelques exemples de domaines couverts par ce programme :

- 1. Ressources humaines :** *Allouer des fonds pour la gestion du personnel, y compris le recrutement, la formation, les salaires et les avantages sociaux ;*
- 2. Gestion financière :** *Financer les activités liées à la comptabilité, à la budgétisation, à la gestion des dépenses et à la gestion des contrats ;*
- 3. Technologies de l'information :** *Allouer des ressources pour la gestion des systèmes informatiques, le développement de logiciels, la maintenance du matériel informatique et la sécurité des données ;*
- 4. Logistique et approvisionnement :** *Financer les activités liées à la gestion des stocks, à l'approvisionnement en fournitures et équipements, ainsi qu'à la gestion des installations ;*
- 5. Communication et relations publiques :** *Allouer des fonds pour les activités de communication interne et externe, y compris la gestion des relations avec les médias, la création de supports de communication et la sensibilisation du public.*

L'objectif principal de ce programme budgétaire est de garantir une gestion efficace et efficiente de l'organisation ou du service de santé en allouant des ressources financières appropriées aux activités administratives essentielles. Cela permet de soutenir le bon fonctionnement de l'entité et de favoriser la réalisation de ses objectifs.

❖ L'action budgétaire "Pilotage et coordination des interventions du Ministère de la santé-03901"

L'action budgétaire "Pilotage et coordination des interventions du Ministère de la santé" dans le cadre du programme budgétaire "Administration Générale" vise à allouer des ressources financières pour assurer la supervision et la coordination efficace des interventions menées par le Ministère de la santé. Voici quelques exemples pour expliquer cette action budgétaire de manière concise :

- ✓ **Planification stratégique :** *Les fonds alloués permettent de développer des plans stratégiques pour orienter les actions du Ministère de la santé, en identifiant les priorités de santé et les indicateurs de performance, les objectifs à atteindre et les mesures à prendre pour améliorer la santé publique ;*
- ✓ **Coordination des services de santé :** *Une partie du budget est consacrée à la coordination des différentes entités et départements au sein du Ministère, assurant une collaboration efficace et une utilisation optimale des ressources des différents services de santé, tels que les hôpitaux, les centres de santé et les programmes de prévention, afin d'assurer une prestation de soins de santé cohérente et de qualité pour la population ;*

- ✓ **Collaboration avec les partenaires :** Les ressources budgétaires sont utilisées pour établir des partenariats avec d'autres organismes gouvernementaux, des organisations internationales et des acteurs de la santé, afin de renforcer la coopération et la coordination des interventions pour relever les défis de santé ;
- ✓ **Suivi et évaluation :** Une partie du budget est allouée à la mise en place de systèmes de suivi et d'évaluation pour évaluer l'efficacité des interventions du Ministère de la santé, en collectant des données, en analysant les résultats et en apportant les ajustements nécessaires.

L'objectif de cette action budgétaire est d'assurer une gestion stratégique et coordonnée des interventions du Ministère de la santé, en veillant à ce que les ressources soient utilisées de manière optimale, les objectifs de santé atteints et les résultats évalués de manière rigoureuse.

❖ **L'action budgétaire "Planification, programmation et suivi-évaluation en santé-03902"**

L'action budgétaire "Planification, programmation et suivi-évaluation en santé" dans le cadre du programme budgétaire "Administration Générale" vise à allouer des ressources financières pour soutenir les activités de planification, de programmation et de suivi-évaluation dans le domaine de la santé. Voici quelques exemples pour expliquer cette action budgétaire de manière concise :

- ✓ **Planification stratégique :** Les fonds alloués permettent de développer des plans stratégiques en santé, en identifiant les priorités, les objectifs et les actions à entreprendre pour améliorer les services de santé et répondre aux besoins de la population ;
- ✓ **Programmation des interventions :** Une partie du budget est consacrée à la programmation des interventions de santé, en déterminant les activités spécifiques à mettre en œuvre, les ressources nécessaires et les échéanciers pour atteindre les objectifs fixés ;
- ✓ **Suivi-évaluation des performances :** Les ressources budgétaires sont utilisées pour mettre en place des systèmes de suivi-évaluation, en collectant des données sur les indicateurs de santé, en analysant les résultats et en évaluant l'efficacité des interventions pour prendre des décisions éclairées ;
- ✓ **Renforcement des capacités :** Une partie du budget est allouée au renforcement des capacités des professionnels de la santé, en fournissant des formations, des outils et des ressources pour améliorer leurs compétences en matière de planification, de programmation et de suivi-évaluation.

L'objectif de cette action budgétaire est de garantir une gestion efficace et basée sur des données probantes dans le domaine de la santé, en veillant à ce que les ressources soient utilisées de manière optimale, les objectifs de santé atteints et les résultats évalués de manière rigoureuse.

❖ **L'action budgétaire "Ressources Humaines, matérielles et financières en santé-03903"**

L'action budgétaire "Ressources Humaines, matérielles et financières en santé" dans le cadre du programme budgétaire "Administration Générale" vise à allouer des ressources financières

pour soutenir les besoins en personnel, en équipement et en financement dans le domaine de la santé. Voici quelques exemples pour expliquer cette action budgétaire de manière concise :

- ✓ **Ressources Humaines** : Les fonds alloués permettent de recruter et de former du personnel qualifié dans le secteur de la santé, tels que des médecins, des infirmières et des techniciens de laboratoire, afin de garantir une prestation de soins de santé de qualité ;
- ✓ **Ressources Matérielles** : Une partie du budget est consacrée à l'acquisition et à la maintenance d'équipements médicaux, de fournitures médicales et d'infrastructures nécessaires pour assurer le bon fonctionnement des établissements de santé ;
- ✓ **Ressources Financières** : Les ressources budgétaires sont utilisées pour financer les activités de santé, telles que l'achat de médicaments, le remboursement des frais médicaux, la mise en place de programmes de prévention et la gestion des dépenses liées à la santé ;
- ✓ **Gestion des ressources** : Une partie du budget est allouée à la gestion efficace des ressources, en mettant en place des mécanismes de suivi des dépenses, de contrôle financier et de gestion des stocks pour optimiser l'utilisation des ressources disponibles.

L'objectif de cette action budgétaire est de garantir des ressources adéquates en personnel, en équipement et en financement pour soutenir les services de santé, assurer des soins de qualité et répondre aux besoins de la population en matière de santé.

❖ **L'action budgétaire "Communication en santé, information et digitalisation en santé, et archives en santé-03904"**

L'action budgétaire "Communication en santé, information et digitalisation en santé, et archives en santé" dans le cadre du programme budgétaire "Administration Générale" vise à allouer des ressources financières pour soutenir les activités de communication, de gestion de l'information et d'archivage dans le domaine de la santé. Voici quelques exemples pour expliquer cette action budgétaire de manière concise :

- ✓ **Communication en santé** : Les fonds alloués permettent de développer des stratégies de communication pour informer le public sur les questions de santé, promouvoir les comportements sains et diffuser des informations pertinentes sur les services de santé disponibles ;

Exemple : Organisation de campagnes de prévention contre les maladies transmissibles, telles que le VIH/SIDA, en diffusant des messages de sensibilisation à travers les médias, les réseaux sociaux et les événements communautaires.

Exemple : Création de campagnes de sensibilisation sur les réseaux sociaux pour encourager la vaccination et promouvoir les pratiques d'hygiène.

- ✓ **Information et digitalisation en santé** : Une partie du budget est consacrée à collecte, à l'analyse et à la gestion des données et à la digitalisation des données et des informations liées à la santé. Cela peut inclure le développement de systèmes d'information et de bases de données pour suivre les indicateurs de santé, les statistiques et les résultats des interventions, le développement de systèmes d'information électroniques pour faciliter le partage sécurisé des données médicales et améliorer la coordination des soins ;

Exemple : Mise en place d'un système d'information électronique pour enregistrer les données des patients, faciliter la coordination des soins et permettre une analyse approfondie des tendances de santé.

Exemple : Mise en place d'un système d'information électronique pour enregistrer les données des patients, faciliter la coordination des soins et permettre une analyse approfondie des tendances de santé.

Exemple : Mise en place d'un dossier médical électronique pour permettre aux professionnels de santé d'accéder rapidement aux informations des patients et d'améliorer la continuité des soins.

- ✓ **Archives en santé** : Les ressources budgétaires sont utilisées pour la gestion et la préservation des archives en santé, y compris les dossiers médicaux, les rapports de recherche et les documents administratifs. Cela garantit l'accès aux informations historiques et facilite la recherche et l'analyse ultérieures.

Exemple : Numérisation des anciens dossiers médicaux pour faciliter leur stockage, leur recherche et leur consultation ultérieure.

L'objectif de cette action budgétaire est de favoriser une communication efficace en santé, de promouvoir la digitalisation des informations médicales pour une meilleure coordination des soins, et de préserver les archives pour une gestion transparente et une prise de décision éclairée dans le domaine de la santé.

❖ L'action budgétaire "Etude et recherche en santé-03905"

L'action budgétaire "Etude et recherche en santé" dans le cadre du programme budgétaire "Administration Générale" vise à allouer des ressources financières pour soutenir les activités d'étude et de recherche dans le domaine de la santé. Voici quelques exemples pour expliquer cette action budgétaire de manière concise :

- ✓ **Financement de projets de recherche** : Les fonds alloués permettent de soutenir des projets de recherche scientifique dans des domaines tels que la médecine, la santé publique, la biologie, et d'autres disciplines connexes. Ces projets contribuent à l'avancement des connaissances et à l'amélioration des pratiques en matière de santé.

Exemple : Financement d'une étude sur l'efficacité d'un nouveau traitement contre le cancer, visant à évaluer son impact sur la survie des patients.

- ✓ **Promotion de la recherche translationnelle** : Une partie du budget est consacrée à la promotion de la recherche translationnelle, qui vise à transformer les découvertes scientifiques en applications pratiques pour améliorer les soins de santé. Cela peut inclure le soutien à la collaboration entre les chercheurs et les praticiens de la santé.

Exemple : Financement d'un projet de recherche visant à traduire les avancées en neurosciences en nouvelles approches thérapeutiques pour les patients atteints de troubles neurologiques.

- ✓ **Collecte et analyse de données** : Les ressources budgétaires sont utilisées pour collecter et analyser des données épidémiologiques, des statistiques de santé et d'autres informations pertinentes. Cela permet de mieux comprendre les tendances de santé, d'identifier les problèmes de santé émergents et d'évaluer l'efficacité des interventions.

Exemple : Financement d'une étude épidémiologique visant à déterminer les facteurs de risque associés à une maladie spécifique, en collectant des données auprès d'une population cible.

L'objectif de cette action budgétaire est de favoriser l'avancement des connaissances en santé, d'améliorer les pratiques cliniques et de contribuer à l'élaboration de politiques de santé fondées sur des données probantes.

B. LES CIBLES du cadre de résultat

La mise en œuvre de la Politique et Stratégique sectorielle de santé jouera un rôle essentiel dans l'atteinte des cibles fixées à l'horizon 2027 par le Burundi à travers le PND révisé 2023-2027, à savoir :

- ✓ Diminuer le taux de mortalité maternelle de 299 à 219 pour 100 000 naissances vivantes le taux de mortalité maternelle ;
Augmenter de 90% à 94% le pourcentage des accouchements assistés par un prestataire qualifié en milieu de soins ;
- ✓ Diminuer le taux de mortalité infantile de 33,75 à 32,50 (pour 1000 naissances vivantes) ;
- ✓ Diminuer le taux de mortalité infanto juvénile de 58 à 56 (pour 1000 naissances vivantes) ;
- ✓ Augmenter le taux d'enfants complètement vaccinés de 86 à 92 ;
- ✓ Accroître de 18 à 26,6% la prévalence contraceptive de toutes les méthodes chez les femmes en âge de procréer ;
- ✓ Augmenter de 23 à 33% le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes ;
- ✓ Diminuer de 54 à 43% (naissances pour 1 000 filles de 15-19 ans) le taux de fécondité chez les adolescentes ;
- ✓ Diminuer la prévalence du VIH SIDA dans la population total 15-49 ans de 0,9 à moins de 0,3% ;
- ✓ L'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est assurée (moins de 5% de TME) ;
- ✓ Les nouvelles infections à VIH/IST/HV sont réduites d'au moins 70 %, en particulier pour les populations les plus exposées ;
- ✓ Diminuer le taux d'Incidence du paludisme de 518,8 à 258 (pour 1000 population à risque) ;
- ✓ Réduire la morbidité liée au paludisme d'au moins 60% ;
- ✓ Diminuer de 103 à 78 pour 100 000 personnes le taux d'incidence de la tuberculose ;
- ✓ Augmenter de 55 à 90% le taux de notification de la Tuberculose Pulmonaire Bacille positif (TPB +) ;
- ✓ Diminuer de 56% à 45% le taux de prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans ;
- ✓ Baisser le taux de prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de moins de 5 ans passera de 4,8% à 3% ;
- ✓ Augmenter de 54,7% à 80% le taux de disponibilité des médicaments essentiels (Communauté, Formations Sanitaires) ;
- ✓ Homologuer au moins 80% des médicaments circulant au Burundi

- ✓ Renforcer l'analyse de la qualité des médicaments, consommables essentiels et produits sanguins ;
- ✓ Maitriser 100% des épidémies survenues dans le pays ;
- ✓ Augmenter progressivement la part du budget de l'Etat allouée à la santé pour atteindre au moins 15% ;
- ✓ Passer de 62% à 100% de la digitalisation des hôpitaux ;
- ✓ Réduire de 37% à 32% le taux de mortalité prématurés des Maladies chroniques non transmissibles ;
- ✓ Promouvoir la santé mentale.

